



OPERAČNÍ PROGRAM  
LIDSKÉ ZDROJE  
A ZAMĚSTNANOST

PODPORUJEME  
VAŠI BUDOUCNOST  
[www.esfcr.cz](http://www.esfcr.cz)

## Návrh politiky na podporu neformálních pečovatелů

2015

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

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



## Obsah

<b>1. Úvod.....</b>	<b>8</b>
<b>2. Metodologie .....</b>	<b>10</b>
2.1. Desk research .....	10
2.1.1. Zahraniční řešerše .....	10
2.2. Primární výzkum .....	10
2.2.1. Dotazníkové šetření.....	10
2.2.2. Fokusní skupiny .....	11
2.2.3. Kulaté stoly .....	11
2.3. Analytické metody policy analysis.....	12
2.3.1. Strom problémů .....	12
2.3.2. Identifikace cílů a strom cílů.....	12
2.3.3. Tvorba a vyhodnocení variant .....	13
<b>3. Analýza současného stavu a problémů .....</b>	<b>15</b>
<b>4. Cíle politiky.....</b>	<b>22</b>
<b>5. Zvýšení podpory neformálních pečovatелů ze strany veřejné správy .....</b>	<b>26</b>
5.1. Nastavení koordinovaného a koncepčního přístupu k podpoře pečujících osob a jejich ustanovení jako cílové skupiny veřejně politických opatření.....	26
5.1.1. Vymezení neformálních pečovatелů jako cílové skupiny prostřednictvím změny zákona 108/2006 Sb., o sociálních službách .....	26
5.1.2. Vytvoření strategie podpory neformálních pečovatелů .....	27
5.1.3. Ustanovení meziresortního orgánu pro oblast podpory a koordinace neformální péče.. .....	28
5.1.4. Zavedení pravidelného monitoringu a sběru dat z oblasti neformální péče .....	29
5.2. Zvýšení podpory pečujících osob na regionální a lokální úrovni .....	30
5.2.1. Povinnost obcí III. typu zpracovávat plány rozvoje sociálních služeb .....	30
5.2.2. Převedení agendy nepojistných dávek zpět do kompetence obcí II. a III. typu .....	32
5.2.3. Systematizace předávání informací mezi ÚP, obcemi a kraji skrze úpravu JISPSV .....	32
5.3. Zlepšení podpory pečovatелů ze strany sociálních pracovníků a pracovníků veřejné správy.....	34
5.3.1. Tvorba rámcového vzdělávacího programu s tematikou neformální péče.....	34
5.3.2. Podpora zahrnutí tématu neformální péče do obsahu kurikula studijních oborů sociální práce a dalších souvisejících oborů .....	35
5.3.3. Zvýšení pozornosti věnované neformálním pečovatелům pracovníky veřejné správy a samosprávy prostřednictvím úpravy metodik pro výkon sociální práce.....	35

5.3.4.	Ustanovení koordinátora podpory pro pečující osoby, osoby se zdravotním postižením a seniory .....	36
<b>6.</b>	<b>Zlepšení finančně-sociálního zabezpečení neformálních pečovatelů .....</b>	<b>39</b>
6.1.	Zlepšení funkce příspěvku na péči a odstranění implementačních deficitů dávky .....	39
6.1.1.	Změna nastavení posuzovacích kritérií příspěvku na péči .....	39
6.1.2.	Úprava výše PnP v jednotlivých stupních závislosti .....	40
6.1.3.	Valorizace PnP .....	40
6.1.4.	Úprava kompetencí LPS v procesu přiznávání PnP.....	41
6.1.5.	Zavedení ochranné doby při přerušení péče.....	44
6.2.	Zavedení finančního ohodnocení pečujících osob .....	45
6.2.1.	Zavedení nového příspěvku pro pečující osoby .....	45
6.3.	Zlepšení funkce dalších příspěvků, důchodů a pojištění .....	47
6.3.1.	Nová dávka mimořádné okamžité pomoci při vzniku potřeby péče .....	47
6.3.2.	Úprava příspěvku na mobilitu .....	47
6.3.3.	Navázání výpočtu starobního důchodu pečovatelů na průměrný plat v sociálních službách .....	48
6.3.4.	Rozšíření doby zdravotního pojištění .....	49
<b>7.</b>	<b>Zvýšení podpory neformálních pečovatelů prostřednictvím sociálních a zdravotních služeb..</b>	<b>51</b>
7.1.	Zvýšení podpory neformálních pečovatelů sociálními službami.....	51
7.1.1.	Podpora rozvoje sociálních služeb pro neformální pečovatele.....	51
7.1.2.	Vymezení kapacit některých služeb pro výskyt nenadálé situace v rodině opečovávaných osob .....	52
7.1.3.	Posílení místní dostupnosti a kapacity ambulantních a terénních sociálních služeb pro osoby se zdravotním postižením a seniory.....	53
7.1.4.	Zvýšení dostupnosti odpočinku prostřednictvím odlehčovacích služeb.....	54
7.1.5.	Zlepšení propojenosti zdravotních a sociálních služeb .....	56
7.2.	Posílení podpory péče v domácím prostředí systémem zdravotnictví a zdravotními službami .....	57
7.2.1.	Přesnější vymezení a posílení povinnosti návštěvních služeb v domácnosti včetně odborných specialistů.....	58
7.2.2.	Zvýšení informovanosti zdravotnických pracovníků o sociálních aspektech zdravotních diagnóz .....	59
7.2.3.	Větší zohlednění aktuálního stavu pacientů v limitech předepisovaných zdravotnických pomůcek .....	60
7.2.4.	Rozvoj úlevových zdravotních služeb pro pečující osoby.....	60
<b>8.</b>	<b>Podpora ekonomické aktivity pečujících osob v průběhu a po ukončení péče .....</b>	<b>63</b>
8.1.	Zlepšení možností pro udržení si zaměstnání při vyvstání potřeby péče.....	63

8.1.1.	Krátkodobé volno na péči.....	63
8.1.2.	Dlouhodobé volno na péči.....	64
8.2.	Zvýšení nabídky částečných pracovních úvazků a flexibilních forem práce pro neformální pečovatele .....	66
8.2.1.	Úprava povinných odvodů na sociální a zdravotní pojištění pro zaměstnavatele při zaměstnávání neformálních pečovatelů na částečný úvazek .....	66
8.2.2.	Podpora vytvoření platformy „Práce a péče“ spojující zaměstnavatele se vstřícným přístupem k neformálním pečovatelům.....	66
8.3.	Zvýšení dostupnosti sociálních služeb pro ekonomicky aktivní neformální pečovatele .....	67
8.3.1.	Využívání sociálních služeb jako odečitatelné položky či slevy na dani pro zaměstnance/OSVČ.....	67
8.4.	Zvýšení podpory nezaměstnaných současných i bývalých neformálních pečovatelů.....	68
8.4.1.	Explicitní zařazení neformálních pečujících mezi osoby vyžadující zvýšenou péči při zprostředkování zaměstnání .....	68
8.4.2.	Prodloužená podpůrná doba v nezaměstnanosti pro současné pečovatele .....	69
8.4.3.	Upravení výpočtu podpory v nezaměstnanosti pro bývalé pečovatele .....	69
8.4.4.	ESF projekty zaměřené na podporu zaměstnatelnosti pečující osoby.....	69
<b>9.</b>	<b>Zlepšení informovanosti a vzdělávání pečujících osob, osob závislých na péči a veřejnosti ....</b>	<b>72</b>
9.1.	Zlepšení informovanosti a nabídky vzdělávání pro pečující osoby .....	72
9.1.1.	Vytvoření uživatelsky přístupnějšího webového rozhraní s informacemi pro pečující osoby .....	72
9.1.2.	Vytvoření a distribuce informačních materiálů pro pečující osoby .....	73
9.1.3.	Vzdělávací kurzy pro pečující osoby .....	73
9.2.	Podpora inkluze dětí se zdravotním postižením do škol hlavního vzdělávacího proudu.....	74
9.2.1.	Osvěta o inkluzivním vzdělávání mezi řediteli škol .....	74
9.2.2.	Úprava způsobu financování asistenta pedagoga .....	74
9.3.	Zlepšení povědomí veřejnosti o neformální péči .....	75
9.3.1.	Informační kampaň o neformální péči .....	75
<b>10.</b>	<b>Varianty politik a jejich vyhodnocení .....</b>	<b>78</b>
10.1.	Varianta 1 – „Klíčová“ .....	78
10.2.	Varianta 2 – „Komplexní“ .....	81
10.3.	Varianta 3 – „Rozvinutá“ .....	85
10.4.	Doporučení pro implementaci opatření a variant.....	87
<b>11.</b>	<b>Závěr .....</b>	<b>88</b>
<b>12.</b>	<b>Zdroje.....</b>	<b>89</b>

## Seznam zkratek

ADL	aktivity každodenního života
AIFP	Asociace inovativního farmaceutického průmyslu
BADL	základní aktivity každodenního života
CESES	Centrum pro sociální a ekonomické strategie
CS	cílová skupina
ČCE	Českobratrská církev evangelická
ČNP	český národní panel
ČR	Česká republika
ČSSZ	Česká zpráva sociálního zabezpečení
ČSÚ	Český statistický úřad
DMO	dětská mozková obrna
DPV	další profesní vzdělávání
ESF	Evropský sociální fond
EU	Evropská unie
FDV	Fond dalšího vzdělávání
FSS MUNI	Fakulta sociálních studií Masarykovy univerzity
FSV UK	Fakulta sociálních věd Univerzity Karlovy
IADL	instrumentální aktivity každodenního života
IOP	intenzivní ošetrovatelská péče
JISPSV	Jednotný informační systém práce a sociálních věcí
KA	klíčová aktivita
KP ÚP	kontaktní pobočky úřadu práce
KrP ÚP	krajské pobočky úřadu práce
LDN	léčebna dlouhodobě nemocných
LPS	Lékařská posudková služba
MPSV	Ministerstvo práce a sociálních věcí
MŠMT	Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy
MÚ	městský úřad
MZ	Ministerstvo zdravotnictví
NePe	neformální pečovatelé
NNO	nestátní nezisková organizace
NRZP	Národní rada osob se zdravotním postižením
OČR	ošetřování člena rodiny
OECD	Organizace pro hospodářskou spolupráci a rozvoj
OP LZZ	Operační program Lidské zdroje a zaměstnanost
OPPA	Operační program Praha – Adaptabilita
OPZ	Operační program Zaměstnanost
ORP	obec s rozšířenou působností (III. typu)
OSN	Organizace spojených národů
OSVČ	Osoba samostatně výdělečně činná
OÚ	obecní úřad
OZP	osoba se zdravotním postižením
PAS	porucha autistického spektra

PDF UPOL	Pedagogická fakulta Univerzity Palackého v Olomouci
PnP	příspěvek na péči
RKC	rehabilitační koordinační centra
SIPS	systém integrovaných podpůrných služeb
TP	těžce postižená osoba
ÚP ČR	Úřad práce České republiky
ÚZIS	Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR
VÚPSV	Výzkumný ústav práce a sociálních věcí
VZP ČR	Všeobecná zdravotní pojišťovna České republiky
WHO	Světová zdravotnická organizace
ZP	zdravotní pojišťovna
ZP	zdravotní postižení
ZTP	zvláště těžce postižená osoba
ZTP/P	zvláště těžce postižená osoba s průvodcem

## Seznam tabulek a grafů

Tabulka 1: Hodnotící kritéria pro návrhy opatření.....	14
Tabulka 2: Zhodnocení opatření z kapitoly 5. Zvýšení podpory neformálních pečovatелů ze strany veřejné správy .....	38
Graf 1: Naplněnost lékařských míst v ČSSZ a počty posudků za období 2003–2014 .....	42
Tabulka 3: Zhodnocení opatření z kapitoly 6. Zlepšení finančně-sociálního zabezpečení neformálních pečovatелů .....	50
Tabulka 4: Zhodnocení opatření z kapitoly 7. Zvýšení podpory neformálních pečovatелů prostřednictvím sociálních a zdravotních služeb .....	62
Tabulka 5: Zhodnocení opatření z kapitoly 8. Podpora ekonomické aktivity pečujících osob v průběhu a po ukončení péče.....	71
Tabulka 6: Zhodnocení opatření z kapitoly 9. Zlepšení informovanosti a vzdělávání pečujících osob, osob závislých na péči a veřejnosti.....	77
Tabulka 7: “Klíčová“ varianta – přehled opatření .....	80
Tabulka 8: „Komplexní“ varianta – přehled opatření.....	83
Tabulka 9: „Rozvinutá“ varianta – přehled opatření.....	86

## 1. Úvod

Problematika neformálních pečovatelů byla v České republice dlouhou dobu opomíjena, v poslední době se však téma stále častěji dostává do centra pozornosti. Pozorovat lze rostoucí zájem veřejných institucí se tématem zabývat a otevřenost k podpoře této cílové skupiny. Nakloněný a připravený ke spolupráci nad podporou pečujících osob je i neziskový sektor. Pečující osoby a rozvoj neformální péče se také stále více stávají objektem výzkumu akademických a vědeckých center a přibývá poznání, které je nezbytné pro tvorbu politiky. V neposlední řadě roste poptávka o problematiku neformální péče ze strany veřejnosti a téma se stále častěji ocitá v hledáčku médií. Téma je tak rozličnými aktéry rozeznáváno jako důležité a zájem řešit problémy spojené s poskytováním péče v domácím prostředí je významný.

Předkládaný dokument Návrh politiky na podporu neformálních pečovatelů byl vytvořen v rámci klíčové aktivity 2 (dále jen „KA“) „*Analýza veřejných nástrojů podpory pečujících osob v ČR i zahraničí a návrh politiky na podporu neformálních pečovatelů*“ projektu „*Podpora neformálních pečovatelů*“. Dokument reaguje na současný stav a problémy spojené s neformální péčí v České republice, které byly v rámci daného projektu zmapovány v předchozích klíčových aktivitách. Navazuje zejména na „*Výstupní analytickou zprávu o současné situaci a potřebách pečujících osob a bariérách pro poskytování neformální péče v ČR*“ (Geissler et al. 2015b), která předkládá soubor informací o situaci neformálních pečovatelů a jež je jedním z hlavních výstupů KA1. Východiskem je nejen popsání situace v ČR, ale také v rámci projektu zrealizované kvantitativní a kvalitativní šetření s relevantními aktéry politiky a zmapování dobrých příkladů praxe ze zahraničí, které se nezdálo staly inspirací pro navrhovaná opatření. Tento dokument tak vychází a odkazuje na další analýzy zpracované v rámci projektu a podrobné a detailní informace a popisy jevů již neopakuje z důvodu zachování stručnosti materiálu.

Zpráva usiluje o návrh systematické a komplexní podpory pečujících osob. Samotný dokument identifikuje problematická místa podpory pečujících osob a cíle, které by politika na podporu pečujících osob měla sledovat a jakým směrem by měla být případná opatření orientována. Základní vizí přitom je vytvoření takových podmínek pro poskytování neformální péče v České republice, které zajistí dobrou kvalitu života a důstojnost pečujících i závislých osob a celkově podpoří kvalitu poskytované péče v domácím prostředí.

Blíže je popisováno celkem pět oblastí podpory, a to zvýšení podpory neformálních pečovatelů ze strany veřejné správy, zlepšení finančně-sociálního zabezpečení pečujících osob, zvýšení podpory prostřednictvím sociálních a zdravotních služeb, podpora ekonomické aktivity pečovatelů v průběhu a po ukončení péče a zlepšení informovanosti a vzdělávání pečujících osob, osob závislých na péči a veřejnosti.

Předkládané návrhy opatření jsou vyhodnoceny podle kritérií jejich náročnosti implementace, odhadu finanční náročnosti, významnosti přínosu pro neformální pečovatele a jejich efektivity. Finální tvorba návrhu politiky na podporu neformálních pečovatelů je pak posouzena na základě variantního přístupu.



Významnou přidanou hodnotou předkládaného výstupu je celková komplexnost návrhů na podporu neformálních pečovatелů a podložení problematických oblastí detailní analýzou současné situace pečujících osob. Detailnější rozpracování jednotlivých opatření obsažených v návrhu však již není cílem tohoto dokumentu.

Projekt „Podpora neformálních pečovatелů“ (č. CZ.1.04/3.1.00/C6.00002) je realizován Fondem dalšího vzdělávání (FDV), příspěvkovou organizací Ministerstva práce a sociálních věcí ČR (MPSV), jako individuální projekt v rámci Operačního programu Lidské zdroje a zaměstnanost, oblasti podpory 3.1 – Podpora sociální integrace a sociálních služeb. Projekt vznikl za spolupráce MPSV a FDV, kde MPSV je hlavním příjemcem výstupů a FDV realizátorem projektu a jeho klíčových aktivit. Projekt je svým charakterem analytický, součástí projektu není implementace opatření do praxe. Výstupy budou sloužit MPSV jako podklady pro tvorbu politiky, role FDV je tak v tomto kontextu poradenská. Dokument zpracoval realizační tým projektu, zaměstnanci FDV.

## 2. Metodologie

Navrhovaná opatření jsou podložena předchozí analýzou dostupných sekundárních zdrojů a vlastním primárním výzkumem. Zdroj poznatků a informací, které slouží jako podklad pro navrhovaná opatření, tvoří primární výzkum (dotazníkové šetření, fokusní skupiny, kulaté stoly), sekundární výzkumná a administrativní data a desk research českých a zahraničních zdrojů a jsou doplněny užitím metod policy analysis (strom problémů a strom cílů). Použitá metodologie je blíže popsána v následujících podkapitolách.

### 2.1. Desk research

Rozsáhlý desk research<sup>1</sup>, neboli shromáždění a studium českých i zahraničních veřejně-politických dokumentů a sekundárních zdrojů a dat, bylo východiskem pro samotný primární výzkum. Desk research umožnil obeznámení se s existujícími opatřeními na podporu neformální péče v České republice na národní i lokální úrovni, přinesl podstatný vhled do podoby podpory neformální péče v jiných zemích EU a umožnil identifikaci řady příkladů dobré praxe (viz dále 2.1.1.).

#### 2.1.1. Zahraniční rešerše

Analýza zahraniční rešerše<sup>2</sup> byla provedena v rámci klíčových aktivit projektu 1.1 – „Analýza současného stavu a potřeb skupiny pečujících osob“ a 2.1 – „Analýza veřejných nástrojů podpory pečujících osob v ČR i zahraničí a návrh politiky na podporu neformálních pečovatelských služeb“. V obou analytických aktivitách, 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. Při tvorbě případových studií jsme věnovali pozornost nejen podobě politik a opatření, ale i vnějším faktorům a podmínkám ovlivňujícím situaci v neformální péči a existující podporu a byly-li dostupná určitá vyhodnocení dopadů politik, pak i těmito informacím (Geissler, Muralová 2011: 176-178).

Sepsáno bylo celkem 5 případových studií mapující situaci v neformální péči a opatření na podporu pečujících osob v zemích Evropské unie. Podle typologie Esping-Andersena (cit. dle Potůček 1995) byla zjišťována situace ve Velké Británii, Německu, Švédsku, Španělsku a Polsku<sup>3</sup>. Příklady dobré praxe napříč zmiňovanými státy byly cennou inspirací a podkladem pro tvorbu návrhů opatření, kde mnoho z inovativních návrhů pro české prostředí bylo podloženo zahraničními zkušenostmi.

## 2.2. Primární výzkum

### 2.2.1. Dotazníkové šetření

V rámci klíčové aktivity 1 bylo na podzim 2014 zrealizováno dotazníkové šetření mezi neformálními pečovateli pokrývající vzorek v celé České republice. Výzkum byl designován jako face-to-face dotazníkové šetření. Průměrná doba dotazování dosahovala 35 minut. Celkem bylo realizováno 858 rozhovorů s pečujícími osobami.

<sup>1</sup> Desk Research je součástí zprávy „Výstupní analytická zpráva o současné situaci a potřebách pečujících osob a bariérách pro poskytování neformální péče v ČR“ (Geissler et al. 2015b).

<sup>2</sup> Zahraniční rešerše je obsažena ve výstupu projektu „Neformální péče ve vybraných státech Evropské unie – Komparativní rešerše a identifikace příkladů dobré praxe“ (Geissler et al. 2015a).

<sup>3</sup> Pro účely návrhů opatření byly příklady dobré praxe doplněny o zkušenosti z Rakouska.

Tematicky se šetření zaměřilo na zmapování především těchto oblastí:

- základní charakteristiky poskytované péče (jako jsou úkony péče, jaká je organizace péče v rámci rodiny, jakou podporu služeb pečovatelé očekávají);
- ekonomická (ne)aktivita neformálních pečovatelů a jejich zapojení na trhu práce (bariéry na trhu práce, sladění péče a zaměstnání aj.);
- finanční situace neformálních pečovatelů a jejich rodin;
- dostupnost a využívání sociálních a zdravotních služeb pro závislé osoby a pečovatele;
- ztráta a přínosy péče (dopady péče na psychiku pečovatele, na vztahy, životní styl, zdravotní stav pečující osoby aj.).

Výstupy z dotazníkového šetření byly jedním z hlavních podkladů pro identifikování problémových situací, na něž jsou zaměřeny návrhy opatření. Výstupy z dotazníkového šetření, včetně podrobného popisu metodologie, průběhu dotazování a konstrukce vzorku, jsou shrnuty ve studii „*Podpora neformálních pečovatelů – závěrečná zpráva z výzkumu*“ (Šimoník 2015).

### 2.2.2. Fokusní skupiny

Záměrem vlastního kvalitativního výzkumu uskutečněného v rámci klíčové aktivity 1, bylo obohatit a vhodně doplnit poznatky o situaci a potřebách pečujících osob, které vyplynuly z předchozích analýz a zejména pak dotazníkového šetření. Použitou výzkumnou metodou byly tzv. „focus groups“, neboli ohniskové, či také fokusní, skupiny. Focus group je kvalitativní metoda získávání informací ke zvolenému tématu od skupiny osob, které sdílejí určitou zkušenost, charakteristiku nebo zájem. Fokusní skupinu je možné si představit jako formu moderované diskuse s cílem zjistit a postihnout co nejvíce názorů a postojů jednotlivých účastníků diskuse k danému tématu (Veselý, Nekola 2007: 176-179).

V rámci projektu bylo zrealizováno deset fokusních skupin, které se uskutečnily v Praze, Brně, Olomouci, Ústí nad Labem a Plzni. Fokusní skupiny byly dalším zdrojem pro identifikaci, popsání a vysvětlení problematických oblastí, na které by měla veřejná politika reagovat. Čtyři fokusní skupiny byly provedeny s experty (akademickými a výzkumnými pracovníky, zástupci obcí, ÚP, poskytovatelů služeb apod.), a šest fokusních skupin se zástupci pečujících osob. Skupiny byly realizovány v období od října do listopadu 2014. Fokusních skupin se dohromady zúčastnilo 109 respondentů. Závěry z fokusních skupin obsahuje „*Závěrečná zpráva z fokusních skupin*“ (Geissler et al. 2015c).

### 2.2.3. Kulaté stoly

Na základě zjištění z vlastních výzkumů a desk research byla navržena různorodá opatření ekonomického, legislativního, administrativního a informačního charakteru, která byla následně v rámci KA 2 konzultována s významnými aktéry<sup>4</sup> v problematice neformální péče. Diskuze návrhů

---

<sup>4</sup> Dle Veselého a Nekoly lze pojmem aktér označit „...jakékoliv jednotlivce, skupiny, či organizace, kteří mohou být ovlivněni nebo mohou ovlivnit připravované politiky či projekty, nebo jejich realizaci (2007: 225). Významnost aktérů lze pak definovat s ohledem na zájem těchto aktérů na konkrétní politice, postoje aktérů k dané politice a moc a vliv podílet se na realizaci dané politiky (2007: 229).

opatření probíhala formou kulatých stolů<sup>5</sup>, kde účastníci hodnotili první verzi návrhu jednotlivých opatření a jejich případných variant zejména s ohledem na jejich účelnost a praktickou uplatnitelnost.

V průběhu dubna a května 2015 se uskutečnilo celkem pět kulatých stolů – v Brně, Olomouci, Plzni a v Praze. K účasti na kulatých stolech byli přizváni představitelé veřejné správy jak z centrálních institucí (Ministerstvo práce a sociálních věcí, Česká správa sociálního zabezpečení, Generální ředitelství Úřadu práce ČR, Vládní výbor pro zdravotně postižené občany), tak z místní úrovně veřejné správy (krajské pobočky ÚP, kontaktní pracoviště). Účastnili se rovněž zaměstnanci samosprávy – obcí i krajů, kteří působí na sociálních odborech. Přizváni byli zástupci neziskových organizací, které se věnují práci s neformálními pečujícími, osobami se zdravotním postižením nebo seniory, poskytovatelé sociálních služeb, zástupci akademické sféry a několik pečujících osob. Účastníci kulatých stolů byli osloveni a vybíráni s důrazem na zastoupení všech podstatných aktérů na poli problematiky neformální péče. Každého kulatého stolu se účastnilo 11 – 14 osob, celkem pak 63 účastníků.

Kulaté stoly byly pro sestavení návrhů opatření klíčovou aktivitou. Jednotlivé prvotní návrhy byly oponentovány aktéry pohybujícími se v problematice neformální péče. Po reflexi ze strany expertů byla první verze návrhů doplněna o nové poznatky a upravena do finální podoby.

## 2.3. Analytické metody policy analysis

### 2.3.1. Strom problémů

V rámci identifikace a strukturace veřejně-politických problémů při analýze problematiky neformální péče byla použita metoda stromu problémů, jež je jednou z heuristik<sup>6</sup> policy analysis<sup>7</sup>. Veselý a Nekola (2007: 218) definují strom problémů jako „*univerzální metodu identifikace, prioritizace a vizualizace problémů.*“ Podle autorů jde o „*diagram příčin a důsledků, tj. faktorů, které způsobují určitý problém. Stejně jako každý strom má i strom problémů kmen, kořeny i větve. Kmen představuje klíčový problém, kořeny příčiny problému a větve důsledky tohoto problému*“ (ibid.: 218). V realitě je interakce jevů a vazeb, a tak i tato metoda se často za cenu zpřehlednění problematiky dopouští určitého zjednodušení. Účelem stromu problémů však není co nejpřesněji vymodelovat vztahy, ale znázornit základní strukturu problematiky a klasifikaci jednotlivých faktorů problému a jeho příčin.

Popis veřejně-politického problému je východiskem pro tvorbu návrhu opatření, a je zařazen v kapitole 3, schematicky pak je znázorněn na konci dané kapitoly. Schéma rozvíjí klíčový problém nepříznivých podmínek pro poskytování neformální péče v České republice.

### 2.3.2. Identifikace cílů a strom cílů

Na metodu stromu problémů navazuje identifikace cílů a sestavení stromu cílů. „*Cíle jsou „předjímané očekávané stavy, v nichž je vyjádřen budoucí efekt veřejné politiky*“ (Veselý, Nekola 2007: 237).

<sup>5</sup> Výstupem z kulatých stolů je dokument „*Závěrečná zpráva z kulatých stolů se zástupci odborníků na veřejnou politiku státu, oblast sociální péče, zástupců neziskových organizací, zástupců cílové skupiny a zástupců organizací státní správy a samosprávy*“ (Geissler et al. 2015d).

<sup>6</sup> Heuristiky jsou neformalizované strategie řešení problému. Jde o zvláštní případy výzkumných metod s volnými pravidly jejich aplikace (Veselý, Nekola 2007: 143).

<sup>7</sup> Policy analysis je praktická, na problém orientovaná činnost, zaměřená na tvorbu poznatků a metodologií využitelných při tvorbě reálné politiky. Za základní cíl policy analysis je považováno politické poradenství (Veselý, Nekola 2007: 21-23).

Stanovené cíle tedy reagují na vymezené problémy a definují stav, kdy je dosaženo řešení daného problému. Metodou tvorby cílů není vytvořit vyčerpávající seznam cílů a kritérií, ale definovat cíle, aby mohly být nalezeny vhodné varianty řešení identifikovaného problému.

Strom cílů je pak logickým vyústěním stromu problémů, jehož smyslem je „*ozřejmit, jakou pozitivní situaci chceme v budoucnosti dosáhnout*“ (ibid.: 244).“ Ve stromovém diagramu jsou hierarchicky seřazeny cíle od všeobecného cíle nulté úrovně po konkrétní primární cíle a podcíle, které mají napomoci dosažení primárních cílů. V tomto případě je cílem nulté úrovně komplexní a systematická podpora neformálních pečovatelů. Na konci tohoto hierarchického uspořádání pak stojí jednotlivá navrhovaná opatření. Identifikování cílů a zobrazení stromu cíle je rozepsáno ve 4. kapitole.

### 2.3.3. Tvorba a vyhodnocení variant

Po identifikaci problémů a stanovení cílů bylo přistoupeno k tvorbě variant politik, jež jsou nástrojem k dosažení cílů. Nejprve byly sestaveny návrhy opatření na podporu pečujících osob. Jednotlivá opatření byla následně posouzena podle hodnotících kritérií. Kritéria hodnocení „*umožňují vzájemně „poměřovat“ a porovnávat jednotlivé varianty a seřadit je do určité stupnice. Smyslem tohoto seřazení je určit, nakolik přispívají k plnění vytyčeného cíle*“ (Veselý, Nekola 2007: 292). Kritéria přitom mohou nabývat kvalitativní i kvantitativní podoby. Podle teorie Bardacha (1972: 216) by měla být relevantní kritéria možné identifikovat ve čtyřech hlavních kategoriích, a to technická proveditelnost, ekonomické a finanční možnosti, politická životnost a administrativní operabilita.

Pro posouzení jednotlivých opatření byly sestaveny celkem čtyři hodnotící kritéria, a to jedno kvantitativní podoby a tři kvalitativní podoby. Z kvantitativního hlediska hodnotíme finanční náročnost jednotlivých návrhů opatření pro veřejné rozpočty, kde však vzhledem k jejich rozmanitosti a nesorodosti můžeme porovnání nákladnosti pouze odhadovat jako nízké, střední či vysoké. Kvalitativní kritéria pak pokrývá náročnost implementace, přínos opatření pro neformální pečovatele a projevený efekt. Kritérium implementační náročnosti je posuzováno jako nízké, střední či vysoké podle administrativní náročnosti zavedení, nutnosti koordinace mezi více rezorty, náročnosti změny legislativy, existence potenciálního konfliktu mezi aktéry a nároku na zaškolení administrativních pracovníků. Přínosnost pro neformální pečovatele rozděluje návrhy opatření do třech oblastí, a to klíčové opatření, významné opatření a podpůrné opatření, podle toho, jak významně přispívají ke zlepšení situace neformálních pečovatelů. Efekt při zavedení opatření pak může být okamžitý, střednědobý či dlouhodobý vzhledem k projevení sledovaného dopadu na neformální pečovatele. Vydefinování hodnotících škál je zaznamenáno níže (tabulka 1). Zhodnocení konkrétních opatření lze nalézt vždy na konci příslušné kapitoly.

Celkem byly vytvořeny tři možné varianty řešení veřejně-politického problému. Klíčovým kritériem pro jejich tvorbu byl jejich význam pro řešení různě vážných problémů, kdy první varianta řeší klíčové minimum, druhá přidává a rozvíjí další významné oblasti a třetí variantou je komplexní návrh obsahující i opatření podpůrného charakteru. Zhodnocená opatření byla seřazena napříč všemi cílovými oblastmi podle významnosti přínosu pro neformální pečovatele a dle toho přiřazena k jednotlivým variantám. Souhrnný přehled klíčových, významných a podpůrných opatření je možné nalézt v kapitole 10. Ve stejné kapitole je dále rozveden variantní přístup k navrhované politice na podporu pečujících osob včetně jeho vyhodnocení.



evropský  
sociální  
fond v ČR



EVROPSKÁ UNIE



OPERAČNÍ PROGRAM  
LIDSKÉ ZDROJE  
A ZAMĚSTNANOST

PODPORUJEME  
VAŠI BUDOUCNOST  
[www.esfcr.cz](http://www.esfcr.cz)

**Tabulka 1: Hodnotící kritéria pro návrhy opatření**

Náročnost implementace	Finanční náročnost	Přínos pro neformální pečovatele (NePe)	Efekt
<p><b>Nízká:</b> Nízká administrativní náročnost, nevyžaduje koordinaci mezi více resorty, změna legislativy není náročná, nenese v sobě potenciální konflikt mezi zájmovými skupinami pohybujícími se v oblasti neformální péče, nevyžaduje zaškolení pracovníků nebo jen v malé míře.</p>	<p><b>Nízká:</b> Odhad</p>	<p><b>Klíčové opatření:</b> Opatření, která upravují některé ze současných pilířů podpory neformálních pečovatelů, řeší významné nedostatky současného systému či přímo systémové chyby.</p>	<p><b>Okamžitý:</b> Okamžitě po zavedení by se opatření dotklo většiny neformálních pečovatelů, jeho náběh by byl nárazový, mělo by mít okamžitý vliv, typicky změna nastavení některého ze současných způsobů podpory neformálních pečovatelů.</p>
<p><b>Střední:</b> Určitá administrativní náročnost, může vyžadovat i nenáročnou koordinaci více resortů, změna legislativy může být poměrně komplexní, spojeno s méně zásadním rizikem konfliktu zájmových skupin, vyžaduje zaškolení pracovníků.</p>	<p><b>Střední:</b> Odhad</p>	<p><b>Významné opatření:</b> Opatření, která významným způsobem přispívají ke zlepšení systému podpory neformálních pečovatelů, nezasahuje však do současných pilířů, na kterých stávající systém stojí, ani je nenahrazují.</p>	<p><b>Střednědobý:</b> Opatření by mělo postupný náběh v řádu více měsíců, kdy by postupně zasahovalo skupinu neformálních pečovatelů, typicky například nová forma přímé či nepřímé finanční podpory, o kterou by pečovatelé mohli žádat.</p>
<p><b>Vysoká:</b> Vysoká administrativní náročnost, může vyžadovat náročnou koordinaci mezi více resorty, komplexní úprava legislativy, riziko konfliktu mezi zájmovými skupinami, vyžaduje zaškolení pracovníků.</p>	<p><b>Vysoká:</b> Odhad</p>	<p><b>Podpůrné opatření:</b> Opatření, která mají potenciál situaci neformálních pečovatelů pozitivním způsobem ovlivnit, jejich příspěvek je ale doplňující ke kvalitně fungujícímu systému základní podpory, jejich zavedením by došlo k posunu v určitých důležitých oblastech, na zlepšení situace neformálních pečovatelů by však při izolovaném zavedení, bez úpravy základního systému, měla jen omezený vliv.</p>	<p><b>Dlouhodobý:</b> Jejich dopad by se dal vysledovat spíše v horizontu let, jedná se typicky například o informační kampaně snažící se o změnu ve vnímání neformálních pečovatelů.</p>

### 3. Analýza současného stavu a problémů

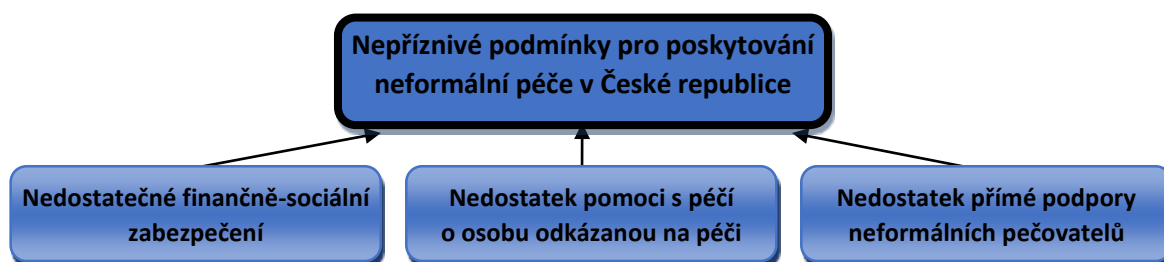
Tato kapitola shrnuje poznatky z *“Výstupní analytické zprávy o současné situaci a potřebách pečujících osob a bariérách pro poskytování neformální péče v ČR”* (Geissler et al. 2015b), která obsahuje datová podložení a detailní analýzu níže popsanych jevů.

V České republice neexistuje registr či databáze neformálních pečovatelů, odhady velikosti této skupiny se tak liší. Dle expertního odhadu provedeného realizačním týmem, poskytuje neformální péči v ČR cca 250 tis. osob. Nalézt lze tři větší kategorie pečovatelů – pečující o dítě se zdravotním postižením, pečující o dospělou osobu se zdravotním postižením a pečující o seniora. Péče je nejčastěji realizována v rámci příbuzenských vztahů, častěji ženami. Na základě výstupů z kvantitativního šetření lze říci, že péče žen pečovatelek je co do počtu hodin intenzivnější a v počtu let péče dlouhodobější v porovnání s muži. Roli žen v poskytování neformální péče tak lze označit za dominantní.

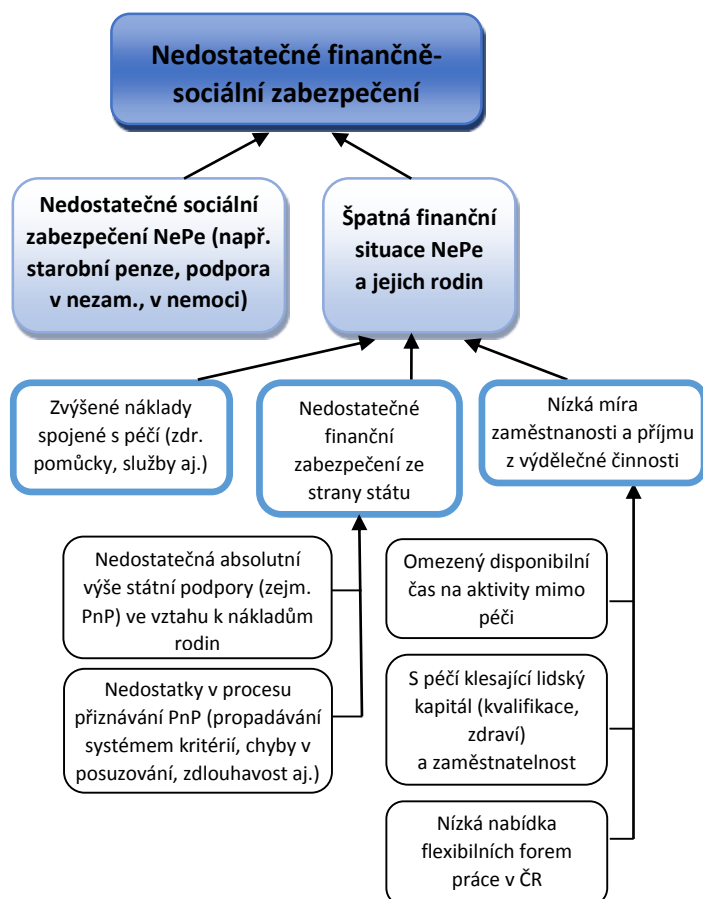
Převládající motivy pro poskytování neformální péče identifikované výzkumem vycházejí z morálního přesvědčení o správnosti péče. U nízkopříjmových skupin či nezaměstnaných se objevily i zjištěné motivy k zahájení péče, nicméně dle výsledku výzkumu provedeného v rámci projektu se nejedná o převládající fenomén a současně výzkum nedokládá, že by poskytovaná péče byla méně kvalitní.

Podoba a obsah péče je velice variabilní a odvíjí se od typu a stupně postižení osoby, stejně jako od sdílení péče s dalšími rodinnými příslušníky či profesionálními pečovateli. Podpora a pomoc rodiny či využívání sociálních služeb vede zpravidla ke zlepšení kvality života hlavního pečovatele.

Na základě výsledků výzkumu a provedených analýz lze říci, že podpora neformálních pečovatelů ze strany nejen veřejného sektoru není velmi výrazná a **podmínky pro poskytování neformální péče v České republice jsou tak celkově spíše nepříznivé**: Za nedostatečné lze označit finančně-sociální zabezpečení pečujících osob, příliš intenzivní není ani míra pomoci a sdílení péče o závislou osobu, v neposlední řadě se pak cílové skupině pečovatelů dostává minimum přímé podpory.



Co se **sociálního zabezpečení** týká, patří pečující osoby mezi skupiny, jejichž sociální jistoty se volbou pečovat výrazně smršťují. Dlouhodobá neformální péče má negativní dopad na budoucí výši starobního důchodu, dále neexistují žádné ochranné doby, které by pečovateli garantovaly příjem v životních situacích, které vedou k přerušení péče, jako je nemoc či hospitalizace pečovatele nebo osoby na péči závislé. Po ukončení péče je výše podpory v nezaměstnanosti velmi nízká.



Pečovatelé jsou skupinou výrazně závislou na finanční podpoře veřejného sektoru. Tu však hodnotí pečující osoby ve vztahu k nákladům, které péče generuje, jako nízkou. Nejvýznamnější dávkou je pro pečující rodiny příspěvek na péči, byť jde o dávkou pro závislé osoby a pečovatelé jsou jejím příjemcem pouze nepřímo. Výzkum však identifikoval mnoho nedostatků, které se k této formě podpory vážou: a) systém kritérií pro hodnocení nároku na příspěvek je vázán na zvládnutí úkonů, nikoliv hodnocení reálných potřeb, aby se stav závislé osoby mohl zlepšovat; b) určité diagnózy (zejm. psychiatrického spektra) systémem propadají; c) v případě dobré péče a zlepšení kompetencí, které jsou předmětem hodnocení, dochází ke snížení příspěvku, tedy existuje něco jako „trest

za dobrou péči“; d) proces přiznávání dávky je zdlouhavý, nutnost opakovaného posuzování u nevyčísitelných nemocí pak byla hodnocena jako neodůvodněná; e) nezřídka dochází ke špatnému a nejednotnému posuzování, kdy podklady od ošetřujících lékařů a sociálních pracovníků obsahují nesrovnalosti, a posudkoví lékaři o dávce rozhodují bez osobního kontaktu s žadatelem. V neposlední řadě výše dávky nepokryje nákup nezbytných ambulantních a terénních služeb pro zajištění péče. Rodiny tak často volí ponechání dávky ve vlastním rozpočtu a zajištění kompletní péče vlastními silami.

**Omezené pracovní uplatnění**, nezaměstnanost či ekonomická neaktivita spolu se zvýšenými náklady vyplývajícími z péče vedou k **napjaté finanční situaci** pečovatelů a jejich rodin, zejména pečující samoživitelé a samoživitelky nezřídka balancují na hranici chudoby. Disponibilní čas pečujících osob na aktivity mimo péči je zpravidla omezen, stejně jako jejich flexibilita, která je podřízena aktivitám vyplývajícím z pečovatelského závazku. Vystane-li v rodině potřeba péče, zaměstnaná osoba nemůže omezit svou pracovní aktivitu bez obav ze ztráty zaměstnání. Spolu s nízkou nabídkou flexibilních forem práce a částečných úvazků se pečující osoby zcela stahují z trhu práce, což vede nejen k výpadku příjmu, ale sekundárně i ke snížení jejich budoucí zaměstnatelnosti. Zároveň tato jejich obtížná uplatnitelnost na trhu práce zapřičiňuje i tlak na další členy domácnosti (typicky partnery), na kterých leží břemeno finančního zajištění rodiny. Nejen ve vztahu k životní úrovni rodiny, ale i pro efektivní využívání sociálních a dalších služeb je přitom účast na trhu práce, alespoň některého z členů rodiny, zásadní.

Druhou klíčovou skupinou problémů jsou ty, které vedou k **nedostatku pomoci s péčí o závislou osobu** a tedy k určité dělbě o pečovatelské břemeno. Odlehčit pečovatelům mohou v zásadě tři hlavní typy služeb: sociální, zdravotní a v případě pečovatelů pečujících o dítě ve školním věku pak vzdělávací. Deficit **vzdělávacích služeb** vůči pečujícím rodičům lze spatřovat zejména v případech, kdy zvolí



vzdělávání v zařízení hlavního vzdělávacího proudu a ne ve speciálním školství. Neúplná inkluze dětí s handicapem do hlavního vzdělávacího proudu a nedostatečná inkluze u návazných vzdělávacích služeb typu školní družina či volnočasové aktivity vedou k omezeným časovým možnostem rodičů pro pracovní uplatnění.

**Sociální služby** pak představují významnou podporu neformálních pečovatелů napříč kategoriemi. Sdílení péče s profesionální službou je většinou pečovatелů preferováno, existuje však mnoho bariér pro jejich větší využívání: finanční nákladnost v kombinaci se špatnou finanční situací pečovatелů, nedostatečná informovanost pečujících o existenci služeb, místní a časová nedostupnost a neexistující funkční síť odpovídajících sociálních služeb (nedostatek služeb v odlehlých lokalitách a malých obcích, jejich časová neflexibilita a malá pružnost např. v případě nemoci pečovatele), kapacitní nedostupnost, nemožnost dopravy za službou aj. Jeden z nejnámějších faktorů ovlivňující dostupnost sociálních služeb je systém jejich financování, jehož nestabilita a jistá nepředvídatelnost představuje pro poskytovatele služeb nesnáze. Na tyto aspekty opakovaně poukazovali poskytovatelé sociálních služeb také v realizovaných fokusních skupinách. Dalším důvodem může být někdy také neznalost problémů politických reprezentací na úrovni obcí III. typu, kteří nepociťují potřebu věnovat pozornost rodinám občanů se zdravotním postižením a seniorům a služby jsou proto zřizovány pouze krajem nebo neziskovými organizacemi, které však nejsou potřebně podporovány. Zcela opomenout nelze ani různé důvody nezájmu o tyto služby často vycházející z nedůvěry, špatných zkušeností či neinformovanosti o možnostech profesionální pomoci.

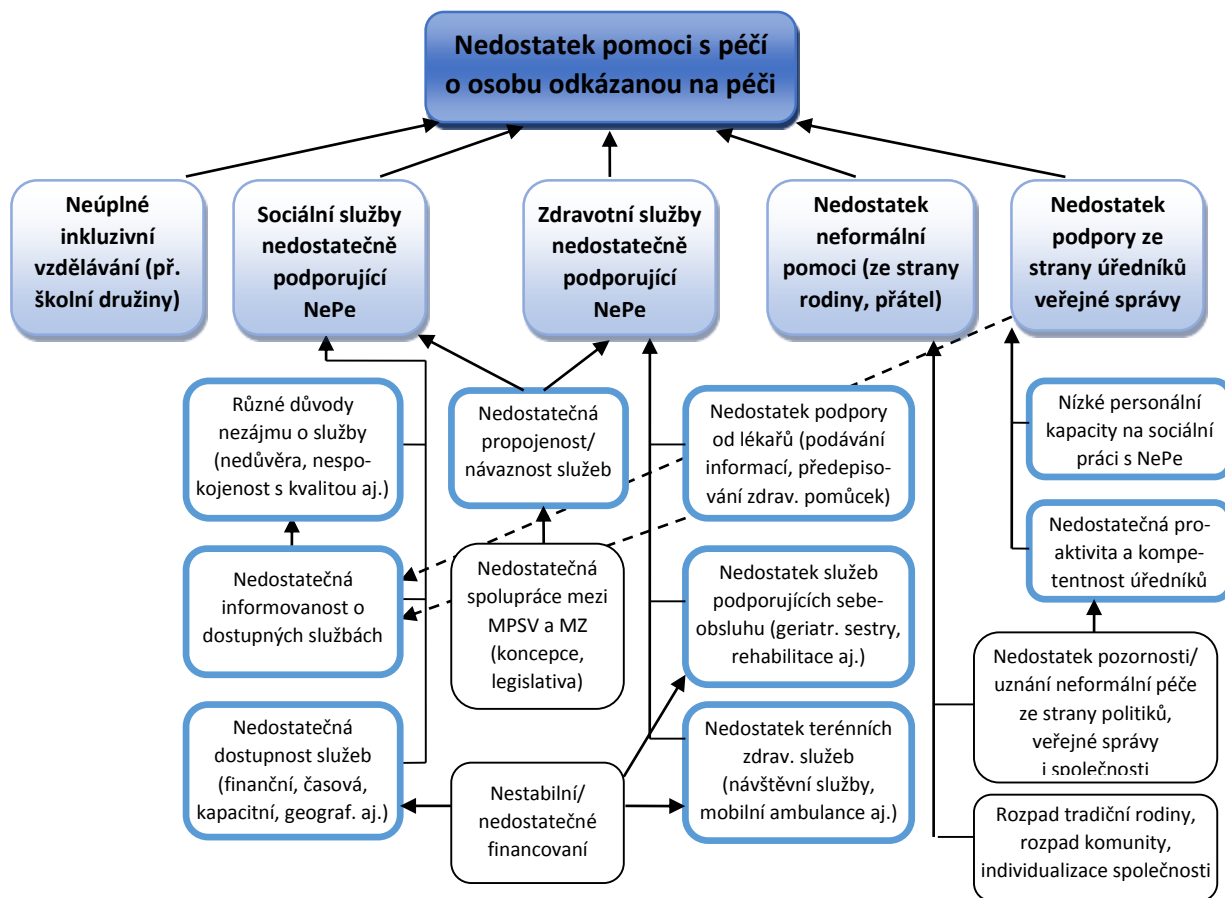
Systém **zdravotních služeb** není podpoře péče v domácím prostředí příliš nakloněn. Zcela chybí zdravotní služby, které by svojí povahou byly zaměřeny na klientelu preferující nebo vyžadující péči ve vlastním prostředí. Jako nedostatečné lze označit zejména terénní zdravotní služby, kdy minimum zdravotnických úkonů je provedeno při návštěvních službách lékařů. Zdravotní služby současně ani neplní roli přípravy pacientů na návrat do vlastního prostředí k sebeobsluze a díky nedostatečné existenci sociálních pracovníků či geriatrických sester ve zdravotnických zařízeních a také díky omezené dostupnosti rehabilitace či lázeňských pobytů obecně kladou malý důraz na udržení a zvýšení sebeobsluhy u osob s handicapem<sup>8</sup>. Úroveň ošetřujících lékařů jako hlavních koordinátorů při léčbě pacienta, posudkové péči, spolupráci s rodinou či informátorů o navazujících zdravotně-sociálních službách je také velice kolísavá.

**Nedostatečná návaznost a provázanost zdravotních a sociálních služeb** má též nemalý vliv na pečující rodiny. Oba typy služeb se liší odpovědností veřejné správy, organizací péče, užívanými standardy péče i jejím financováním. Naléhavost potřeby propojení zdravotních a sociálních služeb se potvrdila také z realizovaného výzkumu. Osoby odkázané na péči potřebují komplexní pomoc, a pokud není dostupná, má to negativní vliv jak na jejich zdravotní stav, tak na život jejich okolí.

Na základě výzkumu se netěší pozitivnímu hodnocení ani **podpora neformálních pečovatелů ze strany úředníků veřejné správy**. Mnozí pečující si stěžují na pasivní a nevstřícný přístup, s jakým přistupují k řešení jejich problémů a potřeb. Další výtky se týkaly nízké kompetentnosti a neprofesionality. Nedostatek podpory ze strany úředníků je bezpochyby spojen s personální poddimenzovaností úřadů

<sup>8</sup> Ačkoliv dostupnost rehabilitace neformální péči ovlivňuje, jde v tomto kontextu spíše o vedlejší téma. Pro podrobnější informace je možné nahlédnout např. do následujícího zdroje: TOMÁŠKOVÁ, Vladimíra. *Systém poskytování léčebné rehabilitační péče dospělým osobám se zdravotním postižením v ČR: souvislost zdravotně-rehabilitační péče, integrace a kvality života*. Praha: Univerzita Karlova, Fakulta sociálních věd, Institut sociologických studií, 2008.

práce a obecních úřadů a nízkým finančním ohodnocením sociálních pracovníků, kteří nemají dostatek času na poradenství a sociální práci, který by byl třeba. Určitou roli v pozadí ale sehrává obecně nízká pozornost, která je cílové skupině veřejnou správou připisována.

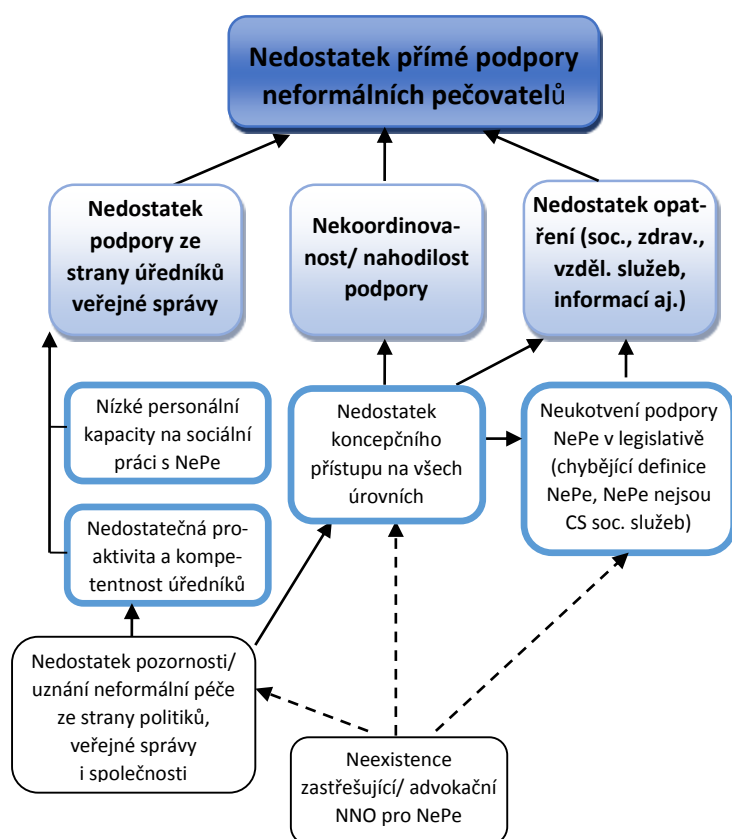


Za nedostatečnou lze označit nejen formální podporu, ale i **podporu neformální** ze strany rodiny, přátel či komunity. S rozpadem tradiční rodiny, oslabováním komunitních či sousedských vztahů a individualizací jedinců ve společnosti lze nalézt nezanedbatelný podíl osob, kterým se nedostává žádné podpory, a jsou na péči zcela samy. Snadno ohraničitelnou skupinou jsou matky samoživitelky pečující o dítě s postižením. Úroveň neformální pomoci je bezpochyby také ovlivněna nedostatečným společenským uznáním a respektem k práci pečovatелů, která vede k nezájmu okolí.

Třetí skupina dílčích problémů se váže ke skutečnosti, že v České republice prakticky **absentuje přímá podpora neformálních pečovatелů**. Většina nástrojů, ať už jde o nástroje legislativního, finančního, administrativního či informačního charakteru, je cílená na osoby na péči závislé. Na národní i regionální úrovni **neexistuje koncepční přístup** k podpoře pečujících osob a komplexní uchopení problematiky. Obce a kraje řeší problematiku individuálně zejména v rámci plánování rozvoje sociálních služeb na svém území. Otázka neformální péče však ve většině zpracovaných regionálních dokumentů, stejně jako v národních strategických dokumentech, není prioritou a skupina pečujících osob, je-li už zahrnuta, se v nich objevuje pouze okrajově. Podpora pečovatелů je tak nekoordinovaná, nekomplexní a převážně nahodilého charakteru.

Česká legislativa neobsahuje bližší **definici neformálního pečovatелe**. Nalézt lze pouze nepřímé vymezení této cílové skupiny v souvislosti s definicí odlehčovacích služeb v zákoně o sociálních

službách. Chybějící vymezení neformálních pečovatелů znamená nejasně stanovený rámec toho, na koho politiku a nástroje vlastně cílit. Pečovatelé tak nejsou cílovou skupinou sociálních služeb a poskytování služeb této skupině musí být vázáno na služby pro závislé osoby. To představuje významnou **bariéru v poskytování služeb přímo pečujícím**. Nabídka zdravotních a vzdělávacích služeb, které by byly určeny přímo neformálním pečovatелům, je také malá. Stejně limity, které se váží k podpoře neformálních pečovatелů ze strany úředníků veřejné správy v souvislosti s péčí o závislou osobu, se váží i k úrovni jejich přímé podpory. Další právní akty (např. zákon o důchodovém pojištění či zákon o nezaměstnanosti) definují neformálního pečovatele skrze přiznaný stupeň závislosti opečovávané osoby, což v praxi může v kontextu výše jmenovaných deficitů spojených s příspěvkem na péči vést k propadávání určitých skupin pečovatелů již existující podporou.



Příčinu tohoto stavu lze bezesporu spatřovat v nedostatku pozornosti, která byla tématu v minulosti věnována. V posledních letech však lze zaznamenat posun zejména díky diskursu deinstitucionalizace sociálních služeb hovořící o individualizaci služby na základě reálných potřeb osoby a ESF projektům, které byly na skupinu neformálních pečovatелů zacíleny.

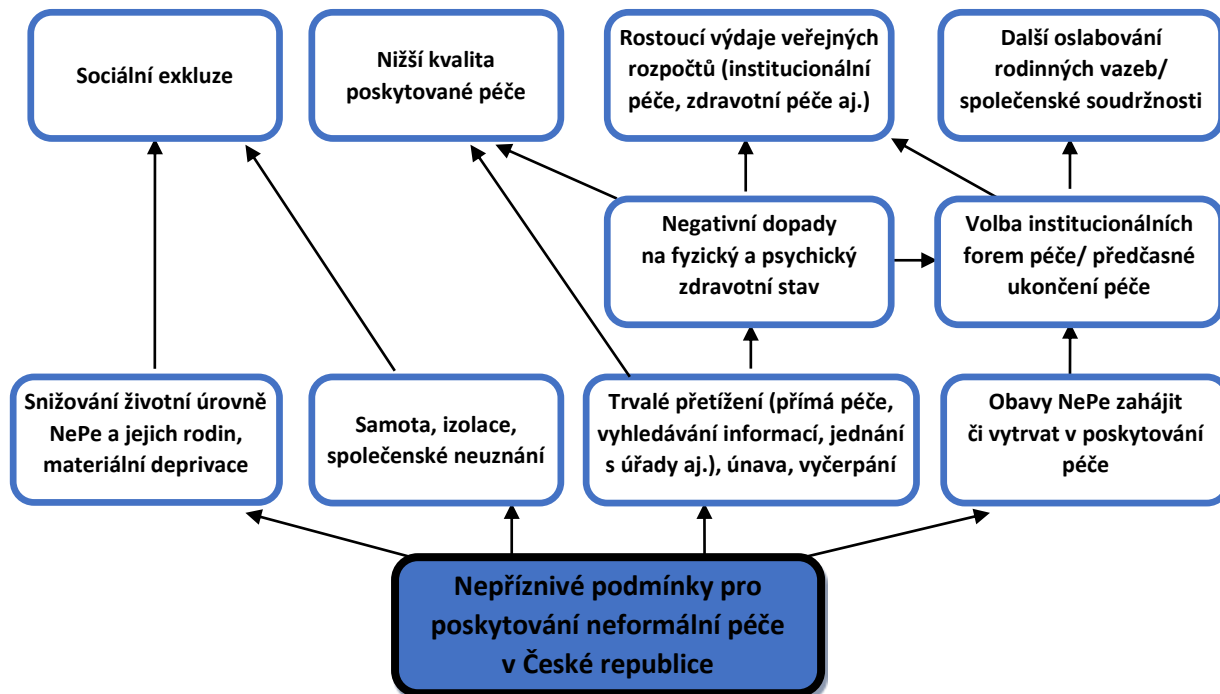
Ačkoliv se v případě neformálních pečovatелů jedná o poměrně početnou skupinu osob, výrazná aktivizace a možnost ovlivňovat opatření, která jsou k ní směřována, je značně limitovaná jednak velkou různorodostí skupiny a také často velmi vyčerpávajícím životním stylem, který je s intenzivní péčí o blízkou osobu spojen. V České republice existuje řada neziskových organizací, které mimo jiné

činnosti (zaměřené především na opečovávanou osobu) sdružují jednotlivce nebo rodiny pečující o své blízké. Více je pak slyšen hlas organizací zastupující rodiny osob se zdravotním postižením, pečující osoby o seniory se však sdružují minimálně. Neexistuje však žádná zastřešující advokační organizace, která by dlouhodobě zájmy pečovatелů hájila. I zde lze však pozorovat první iniciativy (např. Unie pečujících).

Poskytování samotné péče má mnoho **dopadů** na pečovatele a jejich osobní, rodinný i pracovní život. Jako ty nejzávažnější pečovatелé jmenovali nedostatek času pro sebe, psychické vyčerpání, omezení společenského života, omezení koníčků a zhoršení finanční situace.

Rozhodnutí pečovat ovlivní život pečovatele do jisté míry vždy, určité identifikované negativní dopady však přímo souvisí se skutečností, že **podmínky pro poskytování neformální péče nejsou v České republice tomuto fenoménu zcela nakloněny**. To se týká zejména nízkého sociálně-materiálního zabezpečení pečujících osob, pro které tak péče zpravidla znamená snížení životní úrovně a zvýšení

materiální deprivace. Nedostatečné sdílení v péči spolu s pocitem společenského neuznání je pak uvrhá do samoty a izolace. Nemalá část neformálních pečovatелů pak naplňuje prvky neviditelných, sociálně vyloučených, aktérů. Nedostatek sdílení a pomoci současně znamená neúměrné fyzické a psychické zatížení vedoucí k vyhoření a zhoršení zdravotního stavu pečujících osob, které může mít za následek snížení kvality péče či její předčasné ukončení.



Nedostatek pozitivního společenského naladění vůči neformální péči spolu s nedostatkem podpory při jejím zahájení a během poskytování vedou ke zbytečnému využívání institucionální péče a uměle se tak zvyšuje zájem o tento druh služeb a snižuje význam a účinnosti právě probíhající deinstitucionalizace. Institucionální péče současně vede k dalšímu oslabování rodinných vazeb a mezigenerační solidarity. Právě ekonomická výhodnost neformální péče (při návrhu politiky podporující pečující osoby přitom respektujeme premisu, dle které by náklady na podporu neformální péče neměly převýšit cenu institucionální péče) a její společenský význam pro upevnění sociální soudržnosti jsou hlavními argumenty, proč tématu neformální péče věnovat nadále pozornost a hledat způsoby její podpory.

# Strom problémů



#### 4. Cíle politiky

Hlavním cílem každé poskytované podpory by měla být její účelnost a efektivita. Z analýzy situace neformálních pečovatелů vyšlo najevo, že hlavním problémem v tomto případě není jen nedostatečnost (a tedy neefektivita) podpory, ale také její nesystémovost a roztržitost. **Ukázalo se, že neformální pečovatelé svou činnost vykonávají v celkově velice nepříznivých podmínkách. Proto je globálním cílem navrhovaných opatření v obecném smyslu podpořit existenci dobrých podmínek pro poskytování neformální péče, aby tato péče mohla být kvalitní a aby bylo dosaženo i uspokojivé kvality života pečujících osob a osob odkázaných na péči.**

Na základě takto vymezeného smyslu jednotlivých opatření byl definován stěžejní cíl, jehož by v oblasti podpory neformální péče mělo být dosaženo. Tím je **zajištění komplexní a systematické podpory neformálních pečovatелů. Stěžejní cíl byl rozpracován do dílčích cílů, které jsou představeny níže v tzv. stromu cílů<sup>9</sup>. Dílčí cíle byly rozčleněny do pěti tematických oblastí. Tyto oblasti byly stanoveny na základě předchozí analytické fáze projektu a odpovídají základním sférám, v nichž je podle výstupů analýz potřeba provést změny.** Jsou jimi: zvýšení podpory neformálních pečovatелů ze strany veřejné správy, zlepšení finančně-sociálního zabezpečení neformálních pečovatелů, zvýšení podpory neformálních pečovatелů prostřednictvím zdravotních a sociálních služeb, podpora ekonomické aktivity neformálních pečovatелů v průběhu a po ukončení péče a zlepšení informovanosti a vzdělávání pečujících osob, osob závislých na péči a veřejnosti.

Prvním důležitým tematickým cílem je tedy zvýšení podpory neformálních pečovatелů ze strany veřejné správy. **Veřejná správa představuje klíčovou oblast pro vytvoření podmínek úspěšného fungování neformální péče a podpory pečujících osob.** Do této oblasti spadají dílčí cíle, jako je nastavení koordinovaného a koncepčního přístupu k podpoře neformálních pečovatелů nebo vymezení neformálních pečovatелů jako cílové skupiny veřejně politických opatření. Těchto cílů lze dosáhnout např. vytvořením strategie podpory neformálních pečovatелů nebo ustanovením meziresortního orgánu pro oblast podpory a také pravidelným monitoringem a sběrem dat z oblasti neformální péče.

Do oblasti veřejné správy patří také veškerá opatření zajišťující vyšší podporu neformálních osob na regionální a lokální úrovni, jako jsou např. námi navrhované změny v oblasti agendy a povinností obcí a Úřadu práce. Tím by se výrazně zjednodušil formální proces získání podpory, která by se snáze dostala přímo do rodin pečujících osob. Zlepšení přímé podpory neformálních pečovatелů ze strany veřejné správy zahrnuje i opatření pro zlepšení vzdělání, znalostí a kompetencí sociálních pracovníků a pracovníků veřejné správy.

Všechna navrhovaná opatření podporující uvedené cíle z oblasti veřejné správy jsou představena v kapitole 5. **Obecně platí, že tato opatření zároveň umožní zavedení jiných významných opatření, např. z oblasti zdravotních a sociálních služeb, protože potvrdí potřebu vnímat neformální pečovatele jako objekty politiky.**

---

<sup>9</sup> Heuristika strom cílů byla blíže představena v kapitole Metodologie.

Druhou důležitou oblastí podpory je finančně-sociální zabezpečení neformálních pečovatелů, jímž lze účinně řešit nepříznivou finanční situaci pečujících rodin. Jednou z možností je zavedení finančního ohodnocení neformálních pečovatелů.

Z analýz také vyplynulo, že významný prostor pro zlepšení finanční situace pečujících rodin nabízí nastavení příspěvku na péči, který je současně může podpořit ve vyšším využívání různých podpůrných služeb (viz dále). Aby příspěvek mohl lépe plnit svoji funkci, je potřeba provést změny v nastavení posuzovacích kritérií pro jeho přiznání, v částkách vyplácených v jednotlivých stupních závislosti a ve vymezení úlohy lékařské posudkové služby v procesu přiznání příspěvku. K odstranění problémů by přispělo i zavedení valorizace a tzv. ochranné doby, která by alespoň v omezené míře umožnila vyplácení příspěvku při přerušení péče. Návrhy na odstranění deficitů příspěvku na péči jsou podrobně rozpracovány v kapitole 6, stejně jako opatření, která by měla zlepšit funkci dalších příspěvků a dávek podporujících výkon neformální péče. Jedná se např. o zavedení nové dávky okamžité pomoci nebo o úpravu příspěvku na mobilitu.

Třetí oblastí, skrze níž lze dosáhnout účinnější a komplexní podpory neformálních pečovatелů, je podpora prostřednictvím zdravotních a sociálních služeb. Přestože zdravotní a sociální služby jsou nástrojem podpory koncipovaným pro osoby na péči odkázané, je jejich úloha v podpoře neformálních pečovatелů významná a nepřehlédnutelná. Sociální a zdravotní služby v první řadě usnadňují a z kvalitnější samotnou neformální péči. Pomáhají zlepšovat či udržovat zdravotní stav osob v péči, podporují jejich rozvoj, a tím pomáhají dosahovat lepších pečovatelských výsledků. Zároveň mohou činnost neformálních pečovatелů zastoupit, dočasně nahradit a umožnit pečujícím potřebný odpočinek např. ve chvíli, kdy onemocní. Sociální služby mohou pečujícím také umožnit setrvat na trhu práce, což je jimi samotnými hodnoceno jako podstatné nejen kvůli možnosti udržet si vlastní příjem (viz dále).

Velkým nedostatkem v oblasti sociálních služeb je však jejich místní, kapacitní a časová nedostupnost spojená s vysokou finanční nákladovostí. Proto je důležitým cílem v této oblasti podpora dalšího rozvoje služeb, která obnáší mimo jiné i vyčlenění jejich kapacit pro případ výskytu mimořádných situací, kdy pečovatel náhle nemůže péči vykonávat a nemá jiné zastoupení. Současně je potřeba podporovat rozvoj služeb přímo určených pečovatелům (odborného poradenství, krizové péče, odlehčovacích služeb aj.). K rozvoji sociálních služeb cílených na neformální pečovatele by přispělo zahrnutí této skupiny mezi cílové skupiny vhodných služeb.

Nutným krokem pro dosažení efektivního fungování služeb poskytovaných osobám odkázaným na péči je podpora vzájemné provázanosti sociálních a zdravotních služeb a s ní související podpora vymezení a uzákonění dlouhodobé péče a ucelené rehabilitace. Obě sféry služeb jsou stále velmi izolované, což výrazně komplikuje poskytování přímé péče, která ve většině případů musí být poskytována jako komplexní (mnoho osob potřebuje jak zdravotní dohled, tak pomoc se zajištěním základních životních úkonů, jako je podávání stravy nebo oblékání). V oblasti samotných zdravotních služeb je pak nutné více podporovat vykonávání péče v domácím prostředí ze strany lékařů (např. rozšířením a posílením povinnosti poskytovat zdravotní péči v domácnosti) nebo i úpravami v oblasti získávání zdravotnických a kompenzačních pomůcek, které také mohou poskytování péče a zdravotní stav jejich uživatelů významně ovlivnit. Návrhy opatření z oblasti zdravotních a sociálních služeb jsou popsány v kapitole 7.

Tématem kapitoly 8 jsou možnosti podpory ekonomické aktivity neformálních pečovatелů v průběhu a po ukončení péče. Jak již bylo zmíněno, **podpora ekonomické aktivity nemá význam jen pro zlepšení či udržení finanční situace rodin pečujících osob. V provedených analýzách se jejich důležitost projevila také v jiných směrech: zaměstnání představuje pro pečovatele určitou možnost relaxace a odpočinku (či nabrání nových sil), potřebný kontakt se sociálním prostředím, podporuje jejich sebevědomí a v neposlední řadě pak nedochází ke ztrátě kvalifikace**, což obvykle výrazně komplikuje návrat na trh práce v případě ukončení péče, která byla poskytována soustavně a dlouhodobě.

Vhodnými možnostmi udržet si zaměstnání při vyvstání potřeby péče je zavedení tzv. krátkodobého a dlouhodobého volna na péči a také podpora využívání částečných pracovních úvazků a flexibilních forem práce doprovázená zvýšením jejich nabídky. Pracovní uplatnění neformálních pečovatелů lze dobře podpořit také lepší dostupností sociálních služeb. V tomto případě je však nutné využívat služby ve vyšším rozsahu, což často představuje vyšší finanční zátěž, než by byl výdělek v zaměstnání. Je proto potřeba tento nesoulad limitovat, aby nákladovost služeb nebyla důvodem opuštění zaměstnání nebo odmítnutí pracovní nabídky. Cílem podpory ekonomické aktivity neformálních pečovatелů by měla být tedy také vyšší podpora nezaměstnaných pečovatелů, současných i bývalých, např. využitím projektů ESF či programů Úřadu práce.

Pátou významnou oblastí podpory neformální péče je zlepšení informovanosti a vzdělávání pečujících osob i osob odkázaných na péči, doprovázené také zlepšením informovanosti veřejnosti o neformální péči. Opatření z oblasti informovanosti představuje kapitola 9. **Výrazné nedostatky v informovanosti se projevují zejména při zahájení péče, kdy se pečující k potřebným informacím dostávají komplikovaně, zdlouhavě a často i náhodně.** To samozřejmě má přímý vliv na jejich motivaci a pocit, že jsou v obtížné situaci zcela sami. **Proto je potřeba také k informovanosti přistupovat cíleně a zajistit, aby se potřebné informace k pečujícím i k osobám, které péči potřebují, dostaly včas.** Do oblasti podpory vzdělávání pak patří zprostředkování praktických informací o tom, jak správně vykonávat přímou péči a podpora inkluzivního vzdělávání dětí se zdravotním postižením, která představuje možnost podpory také pro jejich rodiče.

**V rámci celkové informovanosti je potřeba zlepšovat také povědomí veřejnosti o neformální péči.** Tímto způsobem lze např. zlepšit přístup zaměstnavatelů k zaměstnávání neformálních pečovatелů. A ačkoliv se to může zdát druhořadé, je důležité, aby také osoby, které zrovna o nikoho nepečují, měly o neformální péči alespoň základní informace. Stále totiž platí, že do role neformálního pečovatele anebo osoby závislé na péči se nečekaně ze dne na den může dostat kdokoliv. Stačí k tomu náhlý úraz nebo změna zdravotního stavu. Proto čím dříve a lépe bude společnost o úskalích neformální péče informována, tím snazší bude její poskytování pro všechny zúčastněné.

**Pro podporu neformální péče je důležité, aby byla přijata opatření ze všech uvedených oblastí.** Pokud by některá z nich zůstala opomenuta, nebude poskytována podpora komplexní a účinná tak, jak by měla být.





evropský  
sociální  
fond v ČR



EVROPSKÁ UNIE

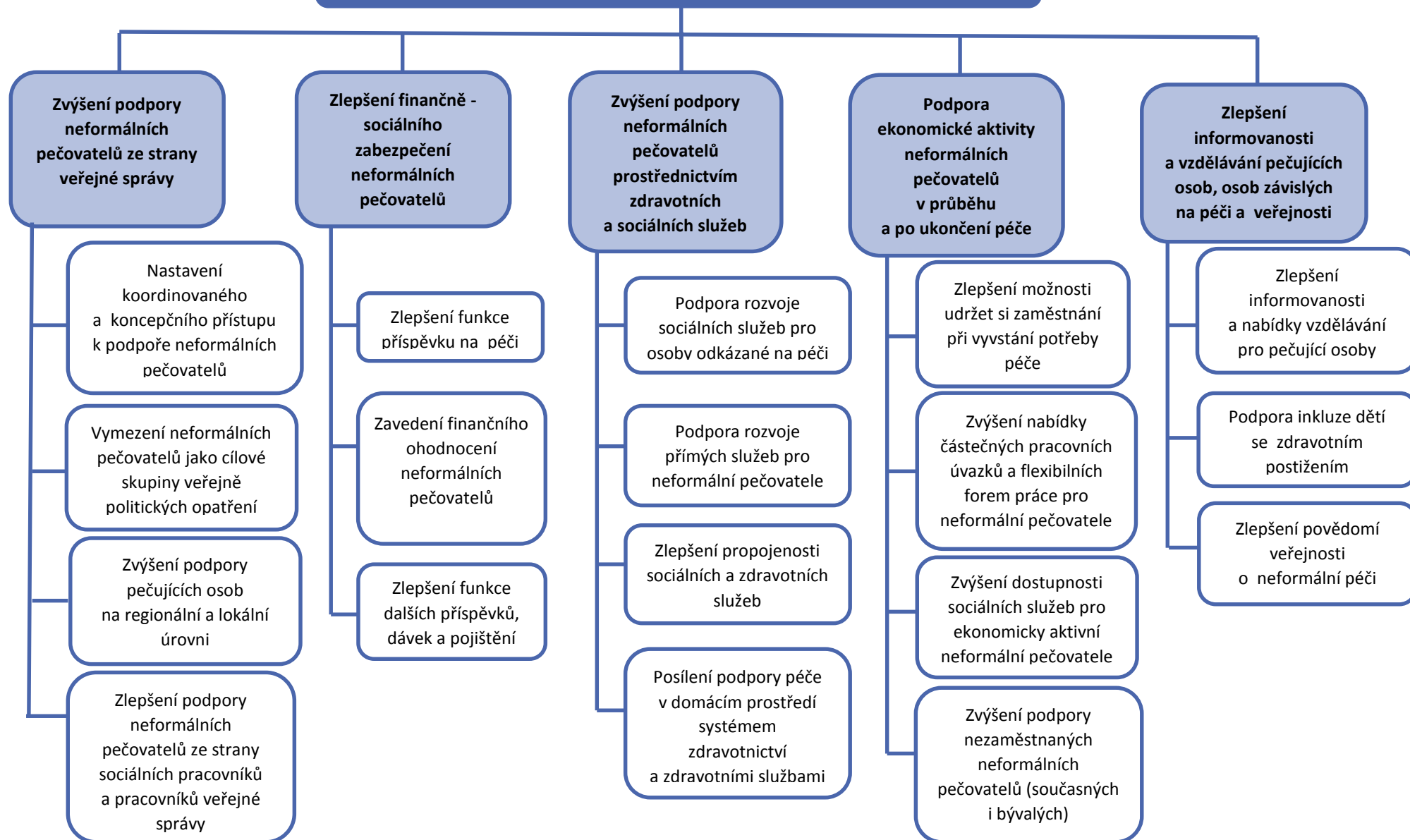


OPERAČNÍ PROGRAM  
LIDSKÉ ZDROJE  
A ZAMĚSTNANOST

PODPORUJEME  
VAŠI BUDOUCNOST  
[www.esfcr.cz](http://www.esfcr.cz)

## Strom cílů

### Komplexní a systematická podpora neformálních pečovatелů



## 5. Zvýšení podpory neformálních pečovatелů ze strany veřejné správy

### 5.1. Nastavení koordinovaného a koncepčního přístupu k podpoře pečujících osob a jejich ustanovení jako cílové skupiny veřejně politických opatření

Klíčovou bariérou podpory neformálních pečovatелů je skutečnost, že neformální pečovatелé nejsou současnou legislativou chápány jako přímá cílová skupina opatření sociální politiky ani sociálních a zdravotních služeb. Legislativa ani jiné veřejně-politické dokumenty (strategie, koncepce) na neformální pečovatелe explicitně necílí a podpora dostupná osobám poskytujícím péči svým blízkým v domácím prostředí je zpravidla nepřímé povahy. Vzhledem k narůstající potřebě neformální péče a jejímu rostoucímu celospolečenskému významu však roste i naléhavost ustanovení neformálních pečovatелů jako objektu politiky, tedy přímých příjemců veřejně-politických nástrojů a opatření. To s sebou nese potřebu vytvoření definice institutu neformální péče nebo neformálního pečovatелe, které jsou předpokladem pro rozvoj přímé podpory pečujících osob.

#### 5.1.1. Vymezení neformálních pečovatелů jako cílové skupiny prostřednictvím změny zákona 108/2006 Sb., o sociálních službách

Definice<sup>10</sup> by měla být primárně součástí zákona 108/2006 Sb., o sociálních službách. Další zákony, jež řeší primárně jiné oblasti (např. zákon o zaměstnanosti či zákoník práce), by tuto definici mohly převzít a odkazovat na ni. Definice by následně mohla být použita ve strategických dokumentech (viz 5.1.2). Vymezením definice v zákonu o sociálních službách se pečující osoby stanou nejen oficiální cílovou skupinou sociálních služeb, které jsou považovány za klíčový nástroj podpory neformálních pečovatелů, ale vznikne i prostor pro práci s touto skupinou v rámci dalších důležitých zákonů (např. zákoník práce) a prostor pro rozvoj nových i stávajících opatření (např. při širším zacílení sociální práce (viz. 5.3) a tvorbě segmentu přímých služeb pro pečovatелe, např. z oblasti informovanosti a vzdělávání (viz kap. 9). Definice by měla být formulována tak, aby systémem podpory nepropadávali specifickí zástupci cílové skupiny, např. bývalí pečovatелé nebo pečující osoby, které poskytují péči blízké osobě, které z jakéhokoliv důvodu (nepodání žádosti z důvodu nezájmu či neinformovanosti, nedokončení procesu přiznávání závislosti) (zatím) nebyl přiznán stupeň závislosti. To znamená, že definice by měla nabývat relativně obecné povahy. Jelikož však neformální pečovatелé představují heterogenní skupinu s různými potřebami, pro účely některých opatření (např. opatření povahy finanční podpory), by definice měla být dost konkrétní na to, aby poskytovaná podpora byla cílena maximálně efektivně a byla účelně využívána<sup>11</sup>. Uvažovat lze o následujících variantách navrhovaného opatření:

<sup>10</sup> Návrh opatření je inspirován příkladem dobré praxe ze zahraničí. Definici neformální péče lze nalézt např. ve španělském Zákoně o závislosti, německý Sociální zákon pak rozeznává přímo definici cílové skupiny pečujících osob. Pro podrobnější informace viz dokument „*Neformální péče ve vybraných státech Evropské unie – Komparativní rešerše a identifikace příkladů dobré praxe*“ (Geissler et al. 2015a), který je výstupem první klíčové aktivity projektu.

<sup>11</sup> Pro účely dalších specifických zákonů/opatření by formulace definice mohla být konkretizována např. skrze náplň péče, intenzitu/počet hodin potřebné/poskytované péče, příspěvek na péči a nastavení limitů pro zapojení pečujících osob na trh práce nebo omezení možnosti využívání služeb institucionální péče. Úzké vymezení definice by mohlo být součástí předpisu 505/2006 Sb., vyhlášky, kterou se provádějí některá ustanovení zákona

### **Varianta A: Vymezení institutu neformální péče změnou § 3 zákona 108/2006 Sb.**

Varianta pracuje s možností ukotvení definice neformální péče v § 3 zákona o sociálních službách, v rámci kterého jsou pro účely tohoto zákona vymezeny i další související pojmy. Definice neformální péče by byla nově přidána jako samostatný bod daného paragrafu a formulována (podle vzoru ostatních pojmů) jako „*péče poskytovaná dlouhodobě a kontinuálně osobě se zdravotním postižením nebo osobě s dlouhodobě nepříznivým zdravotním stavem, v přirozeném sociálním prostředí rodinou nebo jinou osobou blízkou*“.

K propojení neformálního pečovatele se specifickou sociální službou, tedy k explicitnímu vyjádření neformálního pečovatele jako subjektu, kterému je konkrétní druh a forma služby přímo určena, by (v souladu s logikou zákona) proběhlo přidáním formulace „*osobám, které poskytují neformální péči*“ příp. „*osobám, které poskytují nebo poskytovaly neformální péči*“ (dává možnost podpořit i bývalé pečovatele) za výčet ostatních cílových skupin, kterým je daná služba určena<sup>12</sup>. Definováním neformální péče jako institutu bude podpořeno zapojení širší rodiny/okolí potřebné osoby do poskytování péče, stejně tak případná podpora bude moci být směřována na širší okruh osob, nikoliv pouze jednu hlavní pečující osobu.

### **Varianta B: Vymezení statusu neformálního pečovatele v § 83 zákona 108/2006 Sb.**

Varianta uvažuje vymezení definice neformálního pečovatele jako nového bodu v rámci § 83 zákona o sociálních službách. Dle odstavce 1 daného paragrafu, poskytuje-li pomoc osoba blízká či asistent sociální péče, nevyžaduje se registrace k poskytování sociálních služeb. V odstavci 2 a 3 je pak vymezen asistent sociální péče. Paragraf by mohl být vhodně doplněn odstavcem 4, jenž by obsahoval vymezení neformálního pečovatele: „*Osoba blízká poskytující pomoc může nabývat statusu neformálního pečovatele. Za neformálního pečovatele je považován člen rodiny nebo jiná blízká osoba, která dlouhodobě a kontinuálně poskytuje pomoc osobě se zdravotním postižením nebo osobě s dlouhodobě nepříznivým zdravotním stavem v přirozeném sociálním prostředí.*“

Alternativu této varianty představuje i možnost uvedení části formulace přímo popisující osobu neformálního pečovatele již v § 3 zákona o sociálních službách, jako v případě definice neformální péče u varianty A. Nově přidáný odstavec § 83 by pak obsahoval pouze tu část výše uvedené definice, podle které osoba blízká může nabývat statusu neformálního pečovatele.

Propojení neformálního pečovatele se specifickou sociální službou by bylo provedeno analogicky ke způsobu uvedenému ve variantě A návrhu opatření, tzn. zařazením „*neformálního pečovatele*“ za výčet ostatních cílových skupin, kterým je daná služba určena.

## **5.1.2. Vytvoření strategie podpory neformálních pečovatelů**

Cílové skupině pečujících osob se jednotlivé resorty věnují v rámci individuálních strategií a koncepcí spíše okrajově. Opatření, která tyto resorty navrhují a realizují prostřednictvím dalších institucí,

---

o sociálních službách nebo strategického dokumentu. Uvedené možnosti jsou navrženy v návaznosti na předešlé výstupy projektu.

<sup>12</sup> Výčet doporučovaných služeb pro neformální pečovatele je součástí návrhu opatření 7.1.1.

postrádají návaznost. Nejhuře je přitom pohlíženo na provázanost sociálních služeb a zdravotní péče<sup>13</sup> a na nevyřešený koncept dlouhodobé péče. Nekoordinovaný přístup resortů a izolované plánování se negativně odráží na kvalitě poskytované podpory a snižuje efektivitu opatření, neboť opečovávané osoby a jejich rodiny svými potřebami zřídka spadají pouze do záběru jednoho z resortů.

Navrhovaný strategický dokument<sup>14</sup> podpory neformální péče by měl obsahovat komplexní popis problémové situace a všech souvisejících aspektů. Strategie by měla deklarovat představy o budoucím významu, podobě a podpoře neformální péče, definovat politické cíle v této oblasti a vhodně je rozpracovat do podoby opatření. Strategie by měla být středně až dlouhodobého charakteru, přičemž za vhodné lze považovat doplnění dokumentu s několikaletým výhledem o krátkodobé (např. jednoleté) akční plány, reagující na aktuální potřeby a změny situace. Za využití akčních plánů potom tato opatření blíže specifikovat a organizovat jejich plnění (stanovit konkrétní úkoly, které budou jmenovitě přiřazeny příslušným aktérům, nastavit indikátory kontroly jejich plnění apod.). Tvůrcem strategie by bylo MPSV ve spolupráci s dalšími resorty a relevantními aktéry, nebo nově zavedený meziresortní orgán (viz opatření 5.1.3.).

Z hlediska definice cílové skupiny a její ukotvení v centru pozornosti relevantních aktérů však nepovažujeme vytvoření samotné strategie jako dostačující, jelikož strategický dokument ze své podstaty nepředstavuje obecně závaznou normu, spíše návod, který vybranými aktéry může a nemusí být následován. Pro vymezení neformálních pečovatелů jaké cílové skupiny je klíčová legislativní úprava popsána v opatření 5.1.1.

### **5.1.3. Ustanovení meziresortního orgánu pro oblast podpory a koordinace neformální péče**

Opatření reaguje na výše popsany deficit současného systému podpory pečujících osob v ČR, kterým je nedostatečná koordinace podpory neformální péče, provázanost a spolupráce aktérů centrální úrovně, zejména pak MPSV, MZ a MŠMT.

Opatření předpokládá ustanovení rady/komise trvalé povahy, tematicky zaměřené na oblast neformální a rodinné péče a situaci pečujících osob<sup>15</sup>. Za relevantní stálé členy orgánu lze považovat zástupce MPSV, MZ, MŠMT, příp. zástupce jim podřízených subjektů (ÚP, ČSSZ), dále zástupce samosprávy, poskytovatelů sociálních a zdravotních služeb a neziskových organizací reprezentujících zájmy neformálních pečovatелů a osob se zdravotním postižením a odborníky z oblasti výzkumu/akademické sféry. Za další vhodné (ad hoc) členy lze považovat např. zástupce zaměstnavatelů nebo zdravotních pojišťoven.

<sup>13</sup> Potřeba rodinné a neformální péče a její podpora je komplexněji diskutována v souvislosti s konceptem dlouhodobé péče v ČR (viz např. dokument *Diskusní materiál k východiskům dlouhodobé péče v ČR* z roku 2010), v tomto smyslu je však diskuse relativně jednostranná, zaměřená na problém stárnutí populace a situaci seniorů, resp. situaci pečujících o seniory a opomíjí situaci ostatních pečovatелů (pečující o dítě, partnera).

<sup>14</sup> Komplexní strategii na podporu pečujících osob lze nalézt např. ve Velké Británii. Podrobněji viz Geissler et al. 2015a.

<sup>15</sup> Návrh opatření je inspirován tzv. SAAD systémem existujícím ve Španělském království. Od roku 2007 je ve Španělsku legislativně zakotven SAAD systém, tj. Systém pro autonomii a ochranu závislosti, jehož hlavním cílem je zajištění základních podmínek a předpokládané úrovně sociální ochrany pro všechny osoby v situacích závislosti. Systém SAAD zavádí mechanismus pro spolupráci a účast veřejné správy na této problematice. Podrobněji viz Geissler et al. 2015a.

Podstata opatření spočívá v propojení aktérů, kteří nastavují rámec systému podpory neformálních pečovatелů a dlouhodobé péče. Propojení aktérů umožní centrálním institucím lépe uchopit cílovou skupinu pečujících osob a veškeré související aspekty problematiky. Mezirezortní orgán poskytne aktérům komplexní vhlad do situace a vytvoří podmínky pro koncepční přístup a společné plánování. Očekávaným dopadem zavedení takového opatření je zamezení vzniku dílčích nebo izolovaných kroků v rámci resortů a naopak, dosažení provázanosti a větší efektivity navrhovaných a realizovaných opatření v praxi. Jedním z výstupů činnosti orgánu by měla být strategie podpory pečujících osob (viz 5.1.2.).

#### 5.1.4. Zavedení pravidelného monitoringu a sběru dat z oblasti neformální péče

Předpokladem pro tvorbu politiky a efektivní nastavení nástrojů podpory neformálních pečovatелů je existence dostatečného poznání (dat, informací aj.) o situaci v oblasti neformální péče. Některé obce, kraje nebo úřady práce realizují vlastní výzkumy a analýzy a disponují tak potřebnými daty, ne vždy je však s těmito informacemi dále vhodně pracováno. Nedostatek komplexních dat, které by sloužily jako podklad pro plánování v oblasti neformální péče, je přitom pociťován zejména na národní úrovni. Cílem navrhovaného opatření je tedy systematický a kontinuální monitoring neformální péče a realizace výzkumné a analytické činnosti v této oblasti<sup>16</sup>.

Inspirací návrhu jsou příklady dobré praxe ze zahraničí<sup>17</sup>. Např. švédské *Národním centrum podpory poskytovatelů neformální péče (Nationellt Kompetenscentrum Anhöriga)* je organizace, jehož posláním je koordinace výzkumu a rozvoje v oblasti neformální péče, zvyšování obecného povědomí o problematice a informační podpora zainteresovaných aktérů. V Anglii jsou pak data o neformálních pečovatелích již od 80. let získávána prostřednictvím cenzu, sledování neformální péče a jejího vývoje ve společnosti je tak celosvětově excelentní<sup>18</sup>. Rakousko má zase propracovaný sběr administrativních dat, kdy potřebné údaje o pečujících rodinách zjišťují zdravotní sestry v rámci návštěvní činnosti v domácnostech. Návštěvy probíhají v domácnosti osob, kterým je přidělen příspěvek na péči. V rámci těchto návštěv jsou sbírána data nejen o osobách v péči, ale i o jejich pečovatелích<sup>19</sup>.

Výzkumnou aktivitou by v ČR mohla být pověřena již etablovaná výzkumná instituce, např. Výzkumný ústav práce a sociálních věcí, Fond dalšího vzdělávání, vybraná univerzita apod.<sup>20</sup>. Povinnost sbírat, analyzovat a publikovat administrativní data by bylo vhodné kvůli kontinuitě a dlouhodobosti udělit

<sup>16</sup> Inspirací návrhu je švédské *Národním centrum podpory poskytovatelů neformální péče (Nationellt Kompetenscentrum Anhöriga)*. Posláním centra je koordinace výzkumu a rozvoje v oblasti neformální péče, zvyšování obecného povědomí o problematice a informační podpora zainteresovaných aktérů. Podrobněji viz Geissler et al. 2015a.

<sup>17</sup> Podrobněji viz Geissler et al. 2015a.

<sup>18</sup> Otázka, která je součástí cenzu, zní: „Do you look after, or give any help or support to family members, friends, neighbours or others because of either: long-term physical or mental ill – health or disability, or problems relating to old age?“

<sup>19</sup> Pro podrobnější informace viz příslušné dokumenty Spolkového ministerstva práce, sociálních věcí a ochrany spotřebitelů:  
[https://www.bmask.gv.at/site/Soziales/Pflege\\_und\\_Betreuung/Pflegegeld/Qualitaetssicherung\\_in\\_der\\_haeuslichen\\_Pflege](https://www.bmask.gv.at/site/Soziales/Pflege_und_Betreuung/Pflegegeld/Qualitaetssicherung_in_der_haeuslichen_Pflege)

<sup>20</sup> Nevýhodou takového pověření je ale zpravidla projektová povaha úkolu, což by komplikovalo kontinuální monitoring a sběr dat.

přímo MPSV ČR (jeho odborů nebo další jemu podřízené instituci např. ÚP ČR<sup>21</sup>), jehož gesce by v tomto směru byla jasně definována příslušnou legislativní úpravou (včetně vymezení potřebných kapacit). Vybraní aktéři by byli dlouhodobě pověřeni komplexním monitoringem situace v oblasti neformální péče v ČR, příp. i v zahraničí (monitoring situace na centrální, regionální i lokální úrovni, vč. příkladů dobré praxe) a tvorbou analýz na pomezí sociálně zdravotní problematiky neformální a dlouhodobé péče, vyvozováním příslušných závěrů a tvorbou návrhů a doporučení pro centrální instituce a jejich orgány (mj. i pro nově navrhovaný mezesortní orgán, viz opatření 5.1.3.). Tato aktivita by měla přinášet hlubší analytický vhled, který by používal postupy uplatňované v běžném sociálně vědním výzkumu. Takto pojatý monitoring by doplňoval hromadná data získávána standardně např. ze žádostí, v současnosti zejména o PnP. Rozšíření poznatků o podobách péče by rovněž pomohlo zapracování tohoto tématu do sčítání lidu podobně, jako tomu je nyní ve Velké Británii, nebo nastavení sběru administrativních dat přímo v terénu (např. při sociálních šetření či při výkonu sociální práce). Zde je možné se inspirovat dobrou praxí v Rakousku.

## **5.2. Zvýšení podpory pečujících osob na regionální a lokální úrovni**

### **5.2.1. Povinnost obcí III. typu zpracovávat plány rozvoje sociálních služeb**

Míra podpory vyjadřovaná skupině neformálních pečovatelů na místní úrovni, tzn. jednotlivými kraji a obcemi, je velmi rozdílná. Kraje a obce nedostatečně reflektují potřeby této cílové skupiny v rámci plánování sociálních služeb a komunitního plánování. Zpracovávání plánů za využití metody komunitního plánování je přitom chápáno jako efektivní nástroj systematické podpory, kterým lze předcházet rezortnímu přístupu a vzniku izolovaných opatření a který naopak podporuje propojenost, návaznost a lepší cílení služeb a dalších opatření. Zákon o sociálních službách ukládá krajům povinnost vytvářet střednědobé plány rozvoje sociálních služeb, tato povinnost však neplatí pro obce. Klíčová role v oblasti poskytování podpory pečujícím osobám a její koordinace je na místní úrovni přitom přisuzována zejména obcím. Zde se může poněkud problematickým zdát výkon samostatné a přenesené působnosti. Na úrovni krajů územní celek kopíruje i případný výkon státní správy. V úrovni obcí je tato analogie působnosti zachována pouze na nejnižší úrovni obcí, zatímco výkon státní správy (přenesená působnost) je definovaná v úrovni obecních úřadů (I. typ), pověřených obecních úřadů (II. typ), obecních úřadů obcí s rozšířenou působností (III. typ), a to až do úrovně území jiných obcí.

Opatření proto může teoreticky směřovat k více variantám úpravou v rámci stávajícího zákona 108/2006 Sb.

#### **Varianta A**

Varianta předpokládá zavedení povinnosti zpracovávat plány rozvoje sociálních služeb pro obce III. typu na území správního obvodu rozšířené působnosti obce. Povinnost by měla být obcím adresována změnou příslušných paragrafů zákona o sociálních službách, který vymezuje působnost

---

<sup>21</sup> ÚP ČR se jeví jako vhodná instituce s ohledem na fakt, že již nyní je, v kontextu zajišťování agendy PnP, držitelem významných dat a informací o osobách se ZP i neformálních pečovatelů. Možnost operovat s těmito daty je však limitováno s ohledem na ochranu osobních údajů (viz také opatření 5.2.2). Rozšíření povinností ÚP ČR o navrhované opatření (v celém jeho rozsahu, jak je popsáno výše) by také znamenalo významné navýšení agendy úřadu, jenž je již nyní mnohdy hodnocena jako „přetížená“.

obce při zajišťování sociálních služeb, a měla by být formulována analogicky k vymezení této povinnosti krajům v § 95 zákona. Analogie je samozřejmě poněkud nepřesná s ohledem na rozdílnou působnost (v úrovni krajů je tato povinnost definována v samostatné působnosti a je plně v kompetenci kraje jak tuto povinnost naplní, myšleno např. personálními zdroji). U obcí III. typu by území správního obvodu odkazovalo na působnost přenesenou a je logické, že by na ní stát musel poskytovat finanční prostředky. V opačném případě by bylo velmi složité kontrolovat a vymáhat plnění této povinnosti.

### **Varianta B**

Další variantou, méně vhodnou, může být stanovení této povinnosti obcím v jejich samostatné působnosti, nezohledňovat jejich velikost apod. a spíše doporučit a podpořit logické přenášení povinností z nižších na vyšší celky (zde je však možným rizikem nejednotná praxe a nedostatečné finanční a jiné zajištění agendy).

### **Varianta C**

Možností je také včlenit povinnost plánovat a vytvářet střednědobé plány ze strany obcí III. typu do úrovně výkonu činnosti sociální práce, jejíž zabezpečení je dotováno ze státního rozpočtu. Tímto krokem by došlo k propojení agendy i s agendou krajských úřadů. Poněkud problematické by bylo v tuto chvíli nastavení povinnosti plánování krajů v rámci samostatné působnosti a stejná agenda obcí III. typu v rámci přenesené působnosti. Nejasná by např. byla kontrola výkonu státní správy (provádí krajský úřad v přenesené a ne samostatné působnosti apod.). Takovouto úpravou této agendy by však bylo umožněno ji financovat ze státních zdrojů, ale povinnost krajů by logicky musela přejít buď do úrovně přenesené působnosti, což s ohledem na financování sociálních služeb apod. není úplně vhodné, popř. by úprava mohla být pouze do úrovně povinností obcí III. typu, kterým by se uložilo povinnost vytvářet plány a předávat je krajům.

Očekávaným dopadem opatření by však vždy mělo být zlepšení úrovně a systematizace podpory nejen pečujících osob, ale i ostatních cílových skupin sociálních služeb a také zkvalitnění spolupráce obcí a krajů, které i na základě informací poskytovaných obcemi vytváří krajské plány rozvoje.

Aby opatření skutečně plnilo svůj účel ve vztahu k pečujícím osobám, je třeba zavést toto opatření společně s ustanovením pečujících osob jako cílové skupiny sociálních služeb, neboť podle zákona o sociálních službách se střednědobý plán rozvoje sociálních služeb týká těch skupin osob, kterým jsou tyto služby poskytovány. Nezahrnutí pečujících osob mezi cílové skupiny sociálních služeb (a tím pádem i cílové skupiny strategického plánování) implicitně svádí obce a kraje k opomíjení této skupiny a jejich potřeb. Ačkoliv zahrnutí mezi cílové skupiny jim pozornost obcí nemusí vždy plně zaručit (což platí pro jakoukoliv jinou cílovou skupinu), je to potřebným uznáním toho, že neformálním pečovatelným je třeba věnovat pozornost jako samostatné, různými riziky ohrožené skupině. Tuto skutečnost řeší návrh opatření 7.1.1.

Situaci by také řešila úprava zákona o sociálních službách, která by zákon v příslušné části rozšířila tak, aby „záběr“ střednědobých plánů sociálních služeb a proces plánování jasně zahrnoval i skupinu neformálních pečovatelných, popř. by tento stav zohledňovala závazná minimální kritéria plánování

a síťování sociálních služeb ze strany odpovědných aktérů. I tento postup by však měl být provázán s vymezením konceptu neformální péče nebo pečující osoby v rámci platné legislativy.

### **5.2.2. Převedení agendy nepojistných dávek zpět do kompetence obcí II. a III. typu**

Problematickým aspektem systému podpory pečujících osob je roztržitost agendy podpory mezi obce, v jejichž kompetenci je především výkon terénní sociální práce a poradenství, a ÚP, kterému náleží výkon agendy PnP a nepojistných sociálních dávek a kterou plní převážně po formální stránce – proces žádosti o příslušnou dávku je omezen na její vyřízení a přijetí a probíhá bez hlubšího poradenství. Podobně je tomu při realizaci sociálního šetření pro účely LPS (zejména v případě PnP). Situace je z velké části způsobena nedostatečnými personálními kapacitami a přetížeností pracovníků ÚP. Pečující rodiny se také zároveň při zabezpečení podpory vždy musejí obracet na dvě instituce, což je považováno za zbytečně zatěžující a neefektivní (z hlediska času, potřeby rychle získat dostupnou podporu i administrativní náročnosti). V případě šetření pro účely PnP je na místě také otázka, zda jeho výkon sociálními pracovníky ÚP a nikoliv sociálními pracovníky obce, do jejich působnosti osoba s handicapem spadá, lze považovat za efektivní nastavení. Na rozdíl od obecních sociálních pracovníků, kteří jsou v kontaktu a obeznámeni se situací jedince/rodiny (resp. měli by být), pracovník ÚP tuto vazbu postrádá. Blízkost pracovníka obce k příjemci dávky by také významně zefektivnila kontrolu využívání, příp. zneužívání dávky a kontrolu samotného poskytování neformální péče.

Opatření proto navrhuje převedení agendy nepojistných sociálních dávek z Úřadu práce do kompetence obcí II. a III. typu, tzn. návrat do stavu před sociální reformou, jejíž změny vstoupily v platnost s lednem 2012. Návrh opatření byl diskutován a podpořen účastníky kulatých stolů, podle kterých rozdělení agendy nepojistných dávek a sociální práce mezi dva různé aktéry, s ohledem na efektivitu systému, jak z pohledu úředníků, tak z pohledu uživatelů – žadatelů o dávku, nebylo dobrým krokem.

Sjednocením agendy bude státem garantovaná podpora (informační i finanční), resp. její poskytování koncentrováno na jednom místě, čímž bude usnadněn přístup pečujících rodin k dostupné pomoci. Opatření podporuje komplexní charakter a efektivitu podpory nejen z pohledu její dostupnosti pro pečující rodiny. Sloučením agendy získají sociální pracovníci obcí ucelený přehled o situaci a potřebách svých klientů a poskytovanou pomoc budou moci lépe cílit a plánovat. Zavedení opatření ovšem významně navýší povinnosti obcí i krajů a tento nárůst agendy bude nezbytné vyvážit personálním posílením kapacit těchto subjektů.

### **5.2.3. Systematizace předávání informací mezi ÚP, obcemi a kraji skrze úpravu JISPSV**

ÚP ČR a jeho jednotlivé pobočky jsou držitelem informací o žadatelích/příjemcích příspěvku na péči (a dalších nepojistných dávek) a skrze to i určitých informací o neformálních pečovateli. Pro obce<sup>22</sup> (ale i kraje a instituce centrální úrovně) se jedná o potřebná data, na základě kterých mohou získat lepší přehled o situaci pečujících rodin v rámci své působnosti, aktivně vyhledávat a kontaktovat pečující rodiny, poskytovat a koordinovat podporu, plánovat sociální služby apod.

---

<sup>22</sup> Zejména pro obce II. a III. typu, informace však mohou být potřebné a relevantní i pro tzv. jedničkové obce.



V rámci tzv. Jednotného informačního systému práce a sociálních věcí (JISPSV) sice mají k některým z evidovaných údajů mimo ÚP přístup i kraje a obce, s ohledem na ochranu osobních údajů je ale možnost sdílení těchto informací s obcemi/kraji velmi limitovaná. Systém jim dovoluje pouze individuálně vyhledat konkrétního žadatele o dávku (znají-li jeho jméno, datum narození nebo rodné číslo) a nahlédnout do informací o žadateli, které jsou uvedeny v rozhodnutí o (ne)přiznání příslušné dávky. Obce/kraje dále mohou požádat příslušnou pobočku ÚP o zprostředkování agregovaných dat, s ohledem na ochranu osobních údajů však ÚP smí poskytnout pouze data anonymní povahy. Taková data jsou užitečná pro potřeby strategického a komunitního plánování krajů a obcí, pro sociální pracovníky (příp. navrhovaného koordinátora podpory, viz 5.3.4.) však nejsou významnou podporou – na základě anonymních dat nelze provádět depistáže – aktivně vyhledávat a kontaktovat cílovou skupinu (resp. osoby závislé na péči a skrze ně i osoby pečující). Informační deficit navíc mnohdy posiluje ne zcela fungující spolupráci a plynulý informační tok mezi ÚP a obcemi/kraji.

Příčinou problému je především dvojkolejnost a roztříštěnost systému dostupné podpory mezi dvě různé instituce – obec a ÚP. Systémové řešení situace představuje převedení agendy nepojistných dávek zpět do kompetence obcí (viz opatření 5.2.2.). Dalším navrhovaným (avšak méně systémovým) řešením je úprava stávajícího nastavení JISPSV a přístupu sociálních pracovníků (příp. navrhovaného koordinátora) při obecních a krajských úřadech do tohoto systému, resp. jeho rozšíření. Opatření by tak zároveň řešilo otázku komunikační bariéry mezi obcemi a ÚP v oblasti přenosu informací, neboť zodpovědnost za práci s potřebnými daty by náležela pouze obcím/krajům. Sociální pracovníci obcí/krajů by měli mít v JISPSV možnost:

- 1) generovat seznam žadatelů/příjemců PnP a ostatních nepojistných dávek pro OZP, které spadají do působnosti obce/kraje;
- 2) u konkrétních žadatelů/příjemců PnP a ostatních nepojistných dávek pro OZP spadajících do působnosti obce/kraje dohledat informace o: stupni závislosti/výši pobíraného příspěvku a způsobu využívání příspěvku, tzn. zda využívají formálních služeb nebo neformální péče;
- 3) extrahovat agregované anonymizované údaje o: počtu žadatelů/příjemců PnP a ostatních nepojistných dávek pro OZP spadajících do působnosti obce/kraje, stupni závislosti/výši pobíraného příspěvku, informace o využívání příspěvku, tzn. kolik příjemců využívá formálních služeb (a jakých), počet příjemců neformální péče nebo jiné s agendou související informace jako je např. počet zamítnutých žádostí o PnP apod.

Data specifikovaná v bodě 1) a 2) by měla být dohledatelná včetně kontaktních údajů, aby sociální pracovníci (koordinátoři) měli možnost využít data pro účely depistáže a aktivní terénní práci. V takovém případě je nezbytné ošetřit otázku ochrany osobních údajů žadatelů/příjemců PnP a pečujících osob. Navrhovaným řešením je informovaný souhlas. Aby ÚP mohl obcím poskytnout a pro jejich účely zpracovávat požadované informace včetně kontaktních údajů, bude nezbytné získat písemný souhlas žadatelů/příjemců příspěvku s dalším používáním těchto informací uvedených ve formuláři žádosti, příp. jeho přílohách. Informovaný souhlas by mohl být součástí buď samotné žádosti o příspěvek, nebo zvlášť předložen k podpisu jako samostatný formulář. Pracovníci obce by ve vztahu k poskytovaným informacím byli vázáni mlčenlivostí o využívání a šíření poskytnutých informací k jiným, než oprávněným důvodům. Potřeba informovaného souhlasu a otázka ochrany osobních údajů představují největší riziko opatření. Bez plošného nařízení/akceptace tohoto (příp.

podobného) řešení hrozí, že možnost zprostředkovat obcím/krajům požadované údaje bude limitovaná (z důvodu nesouhlasu žadatelů/příjemců) a tím pádem méně efektivní<sup>23</sup>.

Zavedení opatření by pravděpodobně vyžadovalo i úpravu evidence dat v JISPSV a úpravu samotného informačního systému tak, aby maximálně korespondovala s cílem opatření. I tento krok opatření lze spatřovat kvůli technickým a právním aspektům spojeným s informačními systémy resortu práce a sociálních věci jako riziko spojené s daným opatřením.

### **5.3. Zlepšení podpory pečovatelů ze strany sociálních pracovníků a pracovníků veřejné správy**

Problematickým aspektem na úrovni místní správy je výkon samotné sociální práce a činnost sociálních pracovníků při obcích a ÚP. Ačkoliv neformální pečovatelé sdílejí i pozitivní zkušenost s pracovníky veřejné správy, pečující sociální pracovníky často označují za nekompetentní – selhávají jako zdroj informací o možnostech podpory, jejich přístup je pasivní a reaktivní. Negativně je vnímána i kompetentnost sociálních pracovníků krajských poboček ÚP k výkonu sociálního šetření pro účely LPS a procesu přiznání PnP. V neposlední řadě pečující uvádějí, že způsob komunikace pracovníků veřejné správy s klienty mnohdy postrádá empatii, vstřícnost a snahu o porozumění. Přístup pracovníků přitom formují nejen jejich osobní postoje a angažovanost, ale i vnější aspekty, zejména personální poddimenzovanost úřadů a přetíženost sociálních pracovníků, jenž jim mnohdy neumožňuje věnovat se jednotlivým klientům v takové míře a s takovou intenzitou, jak by si sami představovali a jaká by byla z hlediska kvality poskytované služby optimální.

Částečné řešení situace se nabízí v podobě zvýšení a upevnění kompetencí sociálních pracovníků, příp. dalších pracovníků, kteří se v rámci své agendy setkávají s osobami se zdravotním handicapem, odkázanými na pomoc jiné osoby a jejich rodinami a blízkými, prostřednictvím specifického vzdělávání, a to jak v oblasti tvrdých (adekvátní vyhodnocení situace a potřeb pečujících rodin, poskytnutí správných a relevantních informací, schopnost proaktivně nabídnout řešení nepříznivé/krizové situace atd.), tak i měkkých (komunikace a celkový přístup) kompetencí. Za tímto účelem navrhuje následující opatření.

#### **5.3.1. Tvorba rámcového vzdělávacího programu s tematikou neformální péče**

Návrh opatření uvažuje o vytvoření rámcového vzdělávacího programu, tematicky zaměřeného na oblast neformální péče a práce s pečujícími osobami. Odpovědnost za tvorbu rámcového programu by náležela MPSV, které by tak učinilo samo, příp. tvorbu programu zadalo jako úkol podřízené organizaci<sup>24</sup>. Program by byl dále volně poskytnut k dispozici dalším aktérům (neziskovým organizacím, vzdělávacím agenturám, školám atd.)

---

<sup>23</sup> V praxi by pak zavedení informovaného mohlo být realizováno prostřednictvím následujících úprav stávající legislativy: Úprava § 21 zákona 108 /2006 Sb., který se týká povinností žadatelů/příjemců PnP a jiných oprávněných osob pro účely agendy PnP, v rámci kterého by měl být ošetřen souhlas těchto osob s poskytnutím osobních údajů.

<sup>24</sup> Úkolem by mohl být pověřen např. právě Fond dalšího vzdělávání. Vzdělávací kurz pro pracovníky veřejné správy, kteří se v rámci své agendy setkávají s neformálními pečovateli, je zároveň jedním z výstupů projektu Podpora neformálních pečovatelů.

Rámcový program by konkretizoval obecné cíle vzdělávání, vymezil věcnou oblast vzdělávacího programu, jeho obsah, charakterizoval očekávané výsledky, stanovil rámec pro tvorbu učebních plánů atd. Tematicky a obsahově by měl být rámcový program zaměřen tak, aby následně vytvořené studijní programy a kurzy mohli absolvovat jak sociální pracovníci při obcích (ale např. i neziskových organizacích), tak sociální pracovníci při ÚP, jejichž náplň činnosti ve směru k pečujícím osobám je, v určitých aspektech, odlišná, ale např. i koordinátor podpory, který je dalším z navrhovaných opatření (viz 5.3.4.).

### **5.3.2. Podpora zahrnutí tématu neformální péče do obsahu kurikula studijních oborů sociální práce a dalších souvisejících oborů**

Návrh opatření spočívá v podpoře zakomponování tématu neformální péče a práce se skupinou neformálních pečovatелů do osnov vzdělávacích programů/oborů, jejichž vystudování opravňuje k výkonu činnosti sociálního pracovníka, příp. dalších sociálně-zdravotních profesí podle zákona 108/2006 Sb., o sociálních službách. Propagací tématu mezi vzdělávacími institucemi by MPSV mělo pozitivně motivovat školy k vytvoření kurzu/předmětu obsahově zaměřeného na neformální péči, jenž by se stal součástí vzdělávacích modulů akreditovaných programů/oborů škol, které takové vzdělání nabízejí<sup>25</sup>.

### **5.3.3. Zvýšení pozornosti věnované neformálním pečovatелům pracovníky veřejné správy a samosprávy prostřednictvím úpravy metodik pro výkon sociální práce**

Poskytování neformální péče se (zejména) v dlouhodobém horizontu negativně odráží na životě pečujících osob a jejich rodin. Pečovatelé se potýkají se zdravotními (fyzickými i psychickými) komplikacemi, intenzivní péče jim zpravidla neposkytuje prostor pro odpočinek, seberealizaci a udržování sociálních kontaktů, negativně se odráží i na rodinných vztazích, je spojena se ztrátou pracovních kompetencí a limitovaným přístupem na trh práce. V kontextu popsaných aspektů se neformální pečovatелé nezdědky ocitají v tíživé životní situaci, ve které by uvítali profesionální pomoc sociálních pracovníků. Na rozdíl od osob, kterým poskytují péči, však pečovatелé nejsou sociálními pracovníky vždy automaticky vnímáni jako potencionální klienti, jejichž konkrétní situaci je třeba aktivně řešit. Situace má však i další rozměr. Pečující osoby v kontextu poskytování péče vykonávají spoustu činností (komunikace s různými institucemi, zajištění potřebných služeb a pomůcek, úkony spojené s výkonem samotné péče apod.), při jejichž zabezpečení by pečovatелé uvítali pomoc. I proto by měl sociální pracovník věnovat pozornost situaci celé rodiny nebo blízkého okolí opečovávané osoby a podporovat je ve výkonu neformální péče.

Příčinou je jednak neexistence definice neformálního pečovatelse nebo neformální péče v příslušné legislativě (viz kapitola 5.1.1.), prostor k takovému jednání však příliš nevytvářejí ani současné metodické materiály pro výkon sociální práce určené pracovníkům veřejné správy, které pozornost sociálních pracovníků směřují spíše na situaci jedince v „primární“ krizové situaci, v tomto případě osobu opečovávanou, a méně odkazují na potřebu věnovat pozornost i situaci osob v jejím blízkém okolí. To však lze (nejen v případě neformálních pečovatелů, ale i osob z blízkého okolí jiných skupin tradičních klientů sociálních pracovníků) považovat za žádoucí. V rámci opatření proto navrhuje úpravu či doplnění současných relevantních metodických postupů a materiálů pro výkon sociální práce

<sup>25</sup> Za vhodné lze přitom považovat spolupráci MPSV ČR s Asociací vzdělavatelů v sociální práci.

tak, aby maximálně zdůrazňovaly a naváděly sociální pracovníky k realizaci sociální práce nejen s jednou konkrétní osobou, nýbrž, je-li to potřebné a žádoucí, i s osobami v jejím okolí, příp. navrhneme vytvoření tzv. doporučeného postupu MPSV k práci s pečujícími osobami

#### **5.3.4. Ustanovení koordinátora podpory pro pečující osoby, osoby se zdravotním postižením a seniory**

Zejména v počátku ale i v průběhu péče se pečující osoby dostávají k potřebným informacím souvisejících s péčí obtížně, zdlouhavě, mnohdy i náhodně. Situaci by podle výpovědí expertů a pečujících osob účastnících se vlastního výzkumu v rámci projektu (Šimoník 2015) výrazně usnadnila existence osoby, která by měla komplexní přehled o možných formách podpory, tzv. koordinátora podpory<sup>26</sup>. Koordinátor podpory by byl zároveň přínosem i pro systém dlouhodobé péče, protože by svou činností monitoroval její průběh. Pozice koordinátora by proto měla být zařazena i do konceptu dlouhodobé péče.

Koordinátor bude zprostředkovatelem informací pro rodiny pečujících a opečovávaných osob. Bude jim zajišťovat podporu po celou dobu trvání péče: na počátku jim pomůže zorientovat se v možnostech a situaci, v průběhu bude situaci monitorovat a bude nápomocen v případě nastalých změn a po ukončení péče poskytne podporu pečovatелům, kteří se budou opět sžívat s novou situací nebo se budou po delší pauze znovu vracet na trh práce. Výraznou charakteristikou práce koordinátora bude také pomoc s vyřízením určité agendy (např. s vyplněním a podáním žádosti o přiznání dávky, domluvení poskytovatele služeb apod.). Jeho práce bude mít částečně terénní charakter, protože v případě potřeby bude docházet do domácností pečujících a opečovávaných osob a jejich rodin.

Pozice koordinátora se podrobněji věnuje samostatná studie s názvem „*Studie o možnostech a významu zavedení koordinátora podpory a osoby odkázané na pomoc druhých*“ (Tomášková et al. 2015). V ní byla kromě možností uchopení této role zhodnocena také varianta navýšení kapacity a počtu sociálních pracovníků obcí, která by za určitých podmínek (např. rozšíření vzdělání sociálních pracovníků o zdravotnickou problematiku nebo širší vymezení situací, v nichž má sociální pracovník podporu poskytovat) mohla být alternativou k zavedení pozice koordinátora. Podstatné je zde vymezení pracovní náplně tohoto pracovníka. Ta byla definována na základě dostupných zdrojů a výpovědí účastníků fokusních skupin. Podle finálního návrhu by proto koordinátor podpory, případně sociální pracovník s rozšířenými kompetencemi, měl vykonávat tyto okruhy činností:

- Navazuje a udržuje kontakty s institucemi a osobami v regionu, které jako první přicházejí do kontaktu s rodinami osob, u nichž vyvstala potřeba péče a podpory (zejména zdravotně-sociální povahy), tzn. zejména s praktickými lékaři, nemocnicemi, odbornými lékaři, případně i s neziskovými organizacemi. Informuje je o náplni své práce, spolupracuje s nimi, „učí“ je (zejména v počáteční fázi působení), aby veškeré evidované případy na něj odkazovali;
- Zároveň aktivně vyhledává rodiny (nově) pečujících osob (např. skrze obecní úřady, magistráty, ÚP), monitoruje situaci v rodinách již pečujících osob, s nimiž systematicky pracuje;

<sup>26</sup> Institut koordinátora lze jako zavedenou, státem realizovanou praxi nalézt např. ve Švédsku nebo Španělsku, kde obdobná pozice existuje v rámci konceptu individuálního plánování péče nebo také ve Velké Británii, zde se však jedná o iniciativu neziskového sektoru. Podrobněji viz „*Neformální péče ve vybraných státech Evropské unie – Komparativní rešerše a identifikace příkladů dobré praxe*“ (Geissler et al. 2015a).



evropský  
sociální  
fond v ČR



EVROPSKÁ UNIE



OPERAČNÍ PROGRAM  
LIDSKÉ ZDROJE  
A ZAMĚSTNANOST

PODPORUJEME  
VAŠI BUDOUCNOST  
[www.esfcr.cz](http://www.esfcr.cz)

- Pomáhá rodinám pečujících s vyhledáváním vhodných služeb zdravotních, sociálních i vzdělávacích, předává jim kontakty na vhodné poskytovatele;
- Doporučuje rodinám pečujících i jednotlivcům vhodné finanční dávky a zdravotní pomůcky a pomáhá jim s vyplňováním formulářů pro jejich získání;
- Shromažďuje a zpracovává informace o potřebách pečujících rodin a aktuální situaci v regionu a předává je nadřízenému orgánu.

U koordinátora se vzhledem k charakteru jeho práce budou shromažďovat informace potřebné pro efektivnější komunitní plánování (bude disponovat informacemi o počtu a potřebách všech osob využívajících/vyžadujících různé druhy služeb v regionu, bude mít přehled o poskytovatelích sociálních a zdravotních služeb apod.). Stane se proto důležitým článkem v systému podpory jak pečujících osob, tak osob odkázaných na péči. Jeho ustanovením dojde nejen k výraznému zlepšení informovanosti a celkové situace pečujících osob a osob odkázaných na péči, ale v určitém směru také k potřebnému propojení zdravotní a sociální péče, protože koordinátor se bude orientovat v obou těchto sférách. Mezi další přínosy této role patří: minimalizace počtu neodhalených případů vyžadujících odbornou pomoc, včasná identifikace osob vyžadujících podporu, včasná pomoc a prevence, minimalizace negativních dopadů péče, individuální a zároveň komplexní přístup, odlehčení agendy sociálních pracovníků, pozitivní motivace poskytovat neformální péči a podpora deinstitucionalizace služeb<sup>27</sup>.

---

<sup>27</sup> Návrhem koordinátora podpory se podrobněji zabývá dokument „*Studie o možnostech a významu zavedení koordinátora podpory pro pečující osoby a osoby odkázané na pomoc druhých*“ (Tomášková et al. 2015).



evropský  
sociální  
fond v ČR



EVROPSKÁ UNIE



OPERAČNÍ PROGRAM  
LIDSKÉ ZDROJE  
A ZAMĚSTNANOST

PODPORUJEME  
VAŠI BUDOUCNOST  
[www.esfcr.cz](http://www.esfcr.cz)

Tabulka 2: Zhodnocení opatření z kapitoly 5. Zvýšení podpory neformálních pečovatелů ze strany veřejné správy

Opatření	Náročnost implementace	Finanční náročnost	Přínos pro NePe	Efekt
5.1.1. Vymezení neformálních pečovatелů jako cílové skupiny prostřednictvím změny zákona 108/2006 Sb., o sociálních službách	Střední	Nízká	Klíčové opatření	Okamžitý
5.1.2. Vytvoření strategie podpory neformálních pečovatелů	Střední	Nízká	Klíčové opatření	Střednědobý/Dlouhodobý
5.1.3. Ustanovení mezíresortního orgánu pro oblast podpory a koordinace neformální péče	Střední	Nízká	Významné opatření	Střednědobý/Dlouhodobý
5.1.4. Zavedení pravidelného monitoringu a sběru dat z oblasti neformální péče	Střední/Vysoká	Střední	Významné opatření	Střednědobý/Dlouhodobý
5.2.1. Povinnost obcí III. typu zpracovávat plány rozvoje sociálních služeb	Střední	Střední	Významné opatření	Střednědobý/Dlouhodobý
5.2.2. Převedení agendy nepojistných dávek zpět do kompetence obcí II. a III. typu	Vysoká	Vysoká	Významné opatření	Okamžitý
5.2.3. Systematizace předávání informací mezi ÚP, obcemi a kraji skrze úpravu JISPSV	Vysoká	Nízká	Významné opatření	Okamžitý/Střednědobý
5.3.1. Tvorba rámcového vzdělávacího programu s tematikou neformální péče	Střední	Nízká/Střední	Podpůrné opatření	Střednědobý
5.3.2. Podpora zahrnutí tématu neformální péče do obsahu kurikula studijních oborů sociální práce a dalších souvisejících oborů	Vysoká	Nízká	Podpůrné opatření	Dlouhodobý
5.3.3. Zvýšení pozornosti věnované neformálním pečovatелům pracovníky veřejné správy a samosprávy prostřednictvím úpravy metodik pro výkon sociální práce	Střední	Nízká	Významné opatření	Okamžitý/Střednědobý
5.3.4. Ustanovení koordinátora podpory pro pečující osoby, osoby se zdravotním postižením a seniory	Vysoká	Vysoká	Klíčové opatření	Střednědobý

## 6. Zlepšení finančně-sociálního zabezpečení neformálních pečovatелů

### 6.1. Zlepšení funkce příspěvku na péči a odstranění implementačních deficitů dávky

Příspěvek na péči by měl být zaměřený na podporu individuálních potřeb a motivaci pro zlepšení zdravotního stavu osoby v péči, v současnosti je však koncipován jako dávka za nezvládnání úkonů. Bylo by proto dobré zrevidovat nastavení kritérií v posuzovacím procesu. Ačkoliv současná kritéria hodnocení jsou v zásadě dobrá, nejsou dostačující. Kritéria nejsou například relevantní pro posuzování psychiatrických onemocnění a nerozlišují mezi příspěvkem pro zdravotně znevýhodněné seniory (z důvodu věku) a osoby se zdravotním postižením, u kterých je nákladovost služeb odlišná. Během fokusních skupin se toto projevilo například u pečovatелů o osoby s poruchami autistického spektra (Geissler et al. 2015c). V dotazníkovém šetření projektu více jak třetina pečujících osob uvedla, že oficiálně přiznaný stupeň závislosti neodpovídá podle jejich mínění skutečným potřebám a zařadili by opečovávanou osobu do vyššího stupně (Šimoník 2015).

#### 6.1.1. Změna nastavení posuzovacích kritérií příspěvku na péči<sup>28</sup>

Z analýzy vyplynulo, že kritéria posuzování jsou v základu dobře nastavená. Navrhujeme proto pouze částečnou úpravu hodnotících kritérií, jejímž cílem je přesnější přidělení stupně závislosti potřebným osobám a v důsledku eliminace počtu odvolání z důvodu nesprávného posouzení. Kritéria posouzení by odrážela nejen stav uživatele dávky, ale také počet hodin strávených péčí a náročnost jednotlivých úkonů. Posuzovací kritéria by byla navázána na hodinovou dotaci vyžadované péče reflektující reálné a individuální potřeby osoby v péči<sup>29</sup>, která by vycházela z přesně definovaných úkonů, jejich standardizované náročnosti a času, který každý úkon vyžaduje<sup>30</sup>. Časová náročnost by se pak vztahovala ke každému přiznanému stupni závislosti. Doporučujeme standardizaci funkčnosti úkonů a výpočtu jejich časové náročnosti opřít o rakouský model, jehož metoda posouzení je dostupná například v detailní metodice pro posudkové lékaře (Wehringer 2012), která obsahuje doporučenou časovou dotaci jednotlivých činností<sup>31</sup> a jaká kritéria při posouzení hrají roli (dle čeho danou osobu posoudit). Podstata tohoto modelu spočívá ve stanovení doporučené časové náročnosti na jeden úkon, která je zaznamenaná v metodice posudkového lékaře. Hodnoty v metodice jsou pouze doporučující, reálnou časovou dotaci péče zhodnotí dle svého úsudku posuzovatel.

<sup>28</sup> Revize posuzování PnP probíhá v tuto chvíli také v rámci klíčové aktivity č. 12 projektu *Podpora procesů v sociálních službách*.

<sup>29</sup> Pro inspiraci uvádíme vzor z Německa: Pro stanovení stupně potřebnosti péče se posuzuje 1. základní péče a 2. obstarání domácnosti. Na základě toho se posuzuje: 1. **kolikrát denně** je potřeba pomoc se **základní péčí** (např. u stupně I. potřebnosti alespoň jednou denně se dvěma činnostmi) a zároveň 2. **kolikrát týdně** je potřeba pomoc **s domácností** (u stupně I. je definováno jako víckrát týdně). K tomu je stanovená i minimální doba, kterou musí pomoc být vyžadována. Např. u stupně I. má být průměr 90 minut denně a z toho alespoň 46 minut má tvořit základní péče. U stupně II. už to jsou 3/2 hodiny denně a u III. 5/4 hodiny (Geissler et al. 2015a).

<sup>30</sup> Podobná praxe existuje například v Německu, Rakousku nebo Velké Británii, kde je přesně vymezeno, jaké úkony se do výkonu péče započítávají a jak jsou časově dotovány (GOV UK 2014, Bundesministerium für Arbeit und Soziales 2014a: 69). V Rakousku jsou zároveň některé závažné diagnózy přímo navázány na stupeň závislosti (na určitou hodinovou dotaci).

<sup>31</sup> V metodice je zaznamenaný doporučený průměrný počet hodin měsíčně a počet minut týdně na vykonání jednoho úkonu péče (např. oblékání, mytí,...). Jednotlivé stupně závislosti pak odpovídají určitému rozsahu celkové časové náročnosti péče.

Definované úkony by přitom měly vycházet z Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví (Národní rada osob se zdravotním postižením ČR 2010), jež je v současnosti v České republice mimo jiné určena pro účely posouzení dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu ve věcech sociálního zabezpečení a zaměstnanosti.

### 6.1.2. Úprava výše PnP v jednotlivých stupních závislosti

Výše PnP je problematická ve všech jeho stupních. V prvním stupni jeho výše neodpovídá ceně sociálních služeb a nemotivuje k jejich nákupu. Naopak vyšší stupně závislosti (zejména III. a IV. stupeň) bývají většinou přiznány osobám vyžadující celodenní péči, u kterých výše PnP nedostatečně odráží nákladovost služeb, životních nákladů a samotné neformální péče, kdy pečující osoby kvůli péči významně častěji opouští trh práce a PnP se stává jejich hlavním příjmem. Po 18. roce PnP klesá, současně ale ve stejném období dochází k ukončení vzdělávacího procesu a rodinám, které pečují o dospívající osoby, u nichž z důvodu vysoké závažnosti postižení není možné jinak žádoucí osamostatnění, rostou náklady na sociální služby. Systém dále neurčuje, jak velkou část nákupu sociálních služeb by měl PnP pokrývat (zda jde pouze o pokrytí základních nákladů či pokrytí většiny výdajů na služby) a u jak velké části je legitimní, aby byl využit na další náklady spojené s péčí, běžné životní náklady závislé osoby a osob žijících ve společné domácnosti či ohodnocení pečovatele a tím zanechává prostor pro nespokojenost s vyšší dávkou ze strany pečovatelů i pro kritiky způsobů jeho využívání, resp. (ne)nákupu sociálních služeb.

Cílem návrhu je **finanční zabezpečení osob na takové úrovni, která garantuje důstojnou životní úroveň závislých osob, pečovatelů a jejich rodin a dostupnost sociálních služeb a tím i dostupnosti pomoci ze strany profesionálních pečovatelů**. Nicméně nedoporučujeme při konečném stanovování výše PnP neformální péči dávat na rovinu institucionální péči. Předpokladem neformální péče by mělo být, že díky reciprocitě, neformálním vztahům a pomoci v rodině bude péče levnější a část úhrady životních nákladů uhradí pečující osoby z vlastních zdrojů. Přesto ale navrhujeme **zvýšení částky ve všech stupních závislosti. Výše částky by měla reflektovat průměrný počet hodin potřebných na péči v jednotlivých stupních** (viz opatření 6.1.1.).

Zároveň by mělo dojít k rozšíření již zavedeného zvýšení PnP, kdy by mohli navýšení PnP o 2 000 Kč využít kromě současných skupin (pečující o děti ze sociálně slabých rodin a pečovatelé o děti ve věku 4 – 7 let) také pečovatelé starající se o osoby vyžadující celodenní péči. Tímto krokem by došlo ke snížení současného finančního znevýhodnění skupiny osob, jež pečují o osoby závislé na celodenní péči.

V důsledku rostoucích výdajů na sociální služby a nákladů na péči po 18. roce by i v dospělosti závislé osoby mělo dojít k dorovnání PnP na stejnou úroveň jako pro neplnoleté osoby z důvodu zachování možnosti využití sociálních služeb. Prakticky by se výše PnP sjednotila pro děti a pro dospělé.

### 6.1.3. Valorizace PnP

Problematická výše PnP je způsobena také téměř nulovou valorizací PnP od jeho vzniku, přitom dochází ke zdražování sociálních služeb<sup>32</sup> a zvyšování životních nákladů. Jednou z možností, jak zmírnit rozpor

<sup>32</sup> Podle vyhlášky č. 505/2006 Sb. se maximální výše úhrad u služeb sociální péče, které mají stanoven zákonný limit úhrad za jednu hodinu (osobní asistence, pečovatelská služba, průvodcovské a předčitatelské služby,



mezi rostoucími náklady na péči a výší PnP, je nastavit **pravidelnou valorizaci PnP** stejně jako u jiných dávek (například jako u existenčního a životního minima).

#### 6.1.4. Úprava kompetencí LPS v procesu přiznávání PnP

V procesu přiznávání příspěvku na péči bylo identifikováno několik implementačních deficitů. Nejvýznamnější z nich spočívá v odtržení posudkových lékařů od posuzovaných osob, kdy se z časových důvodů posudkoví lékaři téměř nesetkávají se žadateli a dochází k nesprávnému posouzení. Posudkoví lékaři také akcentují podklady od ošetřujících lékařů a nedostatečně přihlížejí k podkladům od sociálních pracovníků<sup>33</sup>. Další deficit spočívá v délce posuzovacího procesu, který je často nepřiměřeně dlouhý díky nedodržování lhůt, pozastavování řízení, pozdním nebo neúplným dodáním podkladu od ošetřujících lékařů posuzované osoby či odvolacímu řízení. Navíc při odvolání se objevuje nejednotnost v posudcích, kdy při opakovaném odvolání se může přiznaný stupeň lišit. Problematická se jeví i doba, na kterou je příspěvek na péči přiznán. Zejména u dětí se zdravotním znevýhodněním je málokdy příspěvek schválen na delší dobu, což je zejména u nevléčitelných nemocí jako PAS nebo Downův syndrom neefektivní a zatěžující celý proces.

Na základě diskuse v rámci kulatých stolů (Geissler et al. 2015d) vyplynuly další problematické aspekty procesu přiznávání PnP související s LPS, které limitují možná řešení výše popsaného problému. Ačkoliv by například bylo velmi vhodné, aby posudkový lékař navštívil posuzovanou osobu v jejím domácím prostředí (už jen z důvodu, že podklady, které LPS dostává od ošetřujících lékařů a sociálních pracovníků, bývají neúplné), není v tuto chvíli možné takovou věc zrealizovat. Brání tomu personální důvody LPS. Experti, mezi kterými se vyjadřovali i zástupci LPS, poukazovali na vysoký věkový průměr posudkových lékařů<sup>34</sup>, jejich odbornou specializaci, která je může omezit při posuzování stavu žadatelů, a jejich vytíženost způsobenou nedostatečnou obsazeností pracovních míst (podrobněji v Geissler et al. 2015c). Podle interních dat ČSSZ (Gajdošík 2015) v roce 2014 posoudil jeden posudkový lékař v průměru 1 222 žádostí (celkově v tomto roce LPS posoudila 433 483 posudků). Oproti předchozímu roku 2013 průměr posouzených případů na jednoho lékaře vzrostl o 8 %, ačkoliv přitom počet pracovníků LPS v posledních letech stagnoval na 355 naplněných místech. Neutěšenou situaci dokládá tabulka níže.

---

odlehčovací služby, centra denních služeb) zvýšila od zavedení PnP z 85 Kč/hod na 130 Kč/hod, tj. o 53 %. Podrobnější přehled zvýšení částek obsahuje také studie „Analýza dopadů nezvyšování příspěvku na péči na osoby se zdravotním postižením a jejich rodiny, modelace variant zvýšení příspěvku na péči“ zpracovaná MPSV v květnu 2015.

<sup>33</sup> Daný názor vyjadřovali experti na fokusních skupinách. Zejména sociální pracovníci ÚP, kteří provádí posouzení PnP, zmiňovali, že v některých případech konečný přiznaný stupeň nekořespondoval s jejich posudkem (zmíněny byly např. případy těžké demence). Z toho usuzují, že posudkům ošetřujícího lékaře je někdy dávana větší váha. Více ve výstupu projektu „Závěrečná zpráva z fokusních skupin“ (Geissler et al. 2015c).

<sup>34</sup> Podle interních dat ČSSZ dosahovala v roce 2013 více jak polovina lékařů LPS věku nad 60 let. Mladší lékaři do 49 let zastupovali pouze necelých 20 % posuzujících lékařů. Zbývající skupina LPS ve věku 50-59 let tvořila přibližně třetinu lékařů LPS (Gajdošík 2015).

**Graf 1: Naplněnost lékařských míst v ČSSZ a počty posudků za období 2003–2014**


Zdroj: Gajdošík 2015

Na problému věkové struktury LPS, kdy je nemalá část posudkových lékařů tvořena osobami v důchodovém věku, se významně podílí faktor nízké prestiže tohoto zaměstnání mezi samotnými lékaři. Práce posudkového lékaře má bližší k administrativní činnosti než k praktickému výkonu lékařské profese, navíc v případě přiznání nižšího stupně, než jaký byl žadatelem předpokládán, se může posudkový lékař potýkat s konfliktními situacemi.

V procesu posuzování má nemalý vliv na jeho délku také ošetřující lékař. Časově nejnáročnější částí je právě období, kdy si LPS vyžádá podklady od ošetřujících lékařů. Odborné posouzení v některých případech vyžaduje doložení pokladů od specialistů, u kterých bývají i několikaměsíční objednacích lhůty. V celém procesu pak dochází k neúměrnému prodloužení.

Při dodání lékařské zprávy pak není zaručen spolehlivý výsledek, jelikož ošetřující lékaři často dodávají etiologické posouzení (podle diagnózy) a ne podle funkčnosti, což opět vede ke zpětnému dojištění informací o dopadu stanovené diagnózy na samostatnost žadatele. S tím souvisí i malá informovanost žadatelů o příspěvek i ošetřujících lékařů, kdy by mohlo dojít k urychlení procesu přiznání, pokud by žadatel již k žádosti o PnP donesl potřebné podklady od ošetřujících lékařů.

Jako řešení situace bylo experty spatřováno posílení prestiže LPS díky nastavení systému náboru mladších posudkových lékařů. I kdyby však došlo k navýšení rozpočtu LPS s cílem posílit řady LPS mladšími kolegy, vzhledem k nízké prestiži se nemusí daného efektu dosáhnout. V návrzích opatření tak upouštíme od řešení problémové situace spočívající v reformě a úpravě činnosti LPS, ale i na základě dobrých příkladů z praxe ze zahraničí navrhuje dva různé způsoby změny systému posuzování v procesu přiznávání PnP.

#### **Varianta A: Posouzení stavu žadatele zdravotně-sociálním pracovníkem**

Na základě zahraničních zkušeností lze posouzení posudkovým lékařem přímo v domácím prostředí žadatele označit za efektivnější. Takovým způsobem posouzení se je možné inspirovat například v Rakousku (Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz 2015), kde posudek provádí lékař (případně při příliš velkém počtu žádostí kvalifikovaná zdravotní sestra<sup>35</sup>), kteří stav

<sup>35</sup> V českém prostředí je však zdravotní sestra nerelevantní s ohledem na kurikulum jejího vzdělání.

žadatele posoudí dle detailní metodiky (viz opatření 6.1.1.). Obdobný systém posuzování funguje i v Německu. Doba od podání žádosti do rozhodnutí zde nesmí přitom přesáhnout 5 týdnů, za překročení doby je pojišťovna, jež za proces zodpovídá, finančně sankcionována<sup>36</sup>. Rakouský i německý systém posuzování vykazují oproti českému systému jeden významný rozdíl: v systému posuzování figuruje o mezičlánek méně a i díky tomu je doba posuzování nesrovnatelně kratší.

Vzhledem k nemožnosti posouzení LPS v domácím prostředí v České republice (viz důvody popsané výše), navrhujeme možnost posouzení zcela směřovat na sociální pracovníky, kteří již v procesu přiznání PnP figurují. Důvody pro takovýto způsob posouzení vychází i ze záměru PnP, který je dávkou sociálního a ne zdravotního charakteru, což by mělo vést k větší úloze sociálního pracovníka v procesu posuzování. Přitom sociální pracovník při vyšetření žadatele v jeho domácím prostředí má své kompetence omezené nemožností nahlédnout do lékařské dokumentace žadatele. Je tak nucen provádět hodnocení stavu soběstačnosti, aniž by mohl znát diagnózu žadatele.

Nabízí se varianta, že by o přiznání PnP rozhodoval přímo vyškolený sociální pracovník se zdravotním vzděláním (tedy zdravotně-sociální pracovník), který by na základě lékařské dokumentace posoudil funkčnost stavu v domácím prostředí žadatele. Pokud budeme vycházet z principu PnP, který se opírá o funkční ohodnocení samostatnosti žadatele, pro správné posouzení není absolvování lékařského oboru tak rozhodující a lze soběstačnost osoby ohodnotit i z pozice zdravotně-sociální profese na základě podkladů od ošetřujících lékařů. Jednalo by se tak o zvýšení kvalifikace a rozšíření kompetencí již současných sociálních pracovníků ÚP, kteří by se v akreditovaném kurzu<sup>37</sup> dovzdělali ve zdravotní oblasti (tj. přešli pod profesi zdravotně-sociálních pracovníků). LPS by tak byla až druhou instancí při odvolání proti rozhodnutí přiznaného stupně závislosti.

V tomto případě by došlo k vyřešení problémů s kontaktem žadatele s LPS, kdy již v tuto chvíli sociální pracovník provádí šetření v domácím prostředí. Přitom by nebyly kladeny tak vysoké personální nároky na LPS, jelikož by figurovala až v druhé instanci.

Podmínkou zavedení by bylo posílení profese zdravotně-sociálních pracovníků a celkové navýšení kapacit zdravotně-sociálních pracovníků na ÚP, které by bylo kompenzováno snížením nároků na pracovní místa LPS (která jsou již v tuto chvíli nedostatečně obsazena a velmi nesnadno obsaditelná). Pokud by se v rámci posouzení PnP současná agenda sociálního pracovníka a LPS sloučila, došlo by nejen k úspoře času a snížení byrokratičnosti procesu, ale také ke snížení personálních kapacit na straně LPS.

---

<sup>36</sup> V Německu posuzování provádí vyškolený zdravotní pracovník, který posudek provede na základě vlastního šetření v domácnosti (příp. zdravotním či sociálním zařízení, kde žadatel žije) a podkladů dodaných k žádosti vč. zdravotní dokumentace. Zdravotní pojišťovna žadatele pak na základě posudku rozhodne o přidělení stupně závislosti, resp. příspěvku na péči. Více na webu Medizinischer Dienst der Krankenversicherung (Medizinischer Dienst der Krankenversicherung 2015).

<sup>37</sup> Pro rozšíření vzdělání sociálních pracovníků o zdravotní stránku lze absolvovat jednoletý dálkový kvalifikační kurz Zdravotně-sociálního pracovníka, jež je akreditovaný ministerstvem zdravotnictví (dle ustanovení § 45 odst. 2 zákona č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních), ve znění pozdějších předpisů.

Vedlejším výsledkem by zároveň bylo celkové zefektivnění celého procesu přiznání PnP, kdy by žádost i rozhodnutí dávky směřovala na stejné místo ÚP, a došlo by tak k úspoře veřejných prostředků.

Rizikovou oblastí daného návrhu je otázka zdravotně-sociálních pracovníků, kdy v současnosti tato profese ustupuje spíše do pozadí, a počty zdravotně-sociálních pracovníků se snižují. Záleží na ochotě zainteresovaných aktérů, zda bude pro ně podpora zdravotně-sociálních pracovníků dostatečně atraktivní. Přesto lze říci, že pokud by nakonec byla daná varianta podrobně rozpracována a implementována do praxe, mohla by přispět ke zjednodušení celého procesu posuzování.

### **Varianta B: Posouzení stavu v rehabilitačních koordinačních centrech**

Druhá varianta řešení nastalého stavu souvisí s tezí ucelené rehabilitace a vzniku rehabilitačních koordinačních center (RKC), které by zajišťovaly koordinovanou rehabilitaci na krajské úrovni. V případě vzniku takových center budou kraje vybaveny multidisciplinárním týmem, který bude schopen poskytovat komplexní specializované poradenství a který by mohl převzít roli posuzování dávek spojených s péčí jako právě PnP (či příspěvek pro pečující osobu a další).

Nevýhodou této varianty je nejistota, kdy a zda vůbec budou RKC zavedena. Teze o koordinované rehabilitaci je projednávána již řadu let.

Rizikem také je, že pokud budou RKC zavedena na krajské úrovni, nemusí jejich kapacita zaměstnanců pokrýt veškeré žádosti o PnP. V souvislosti s tím by muselo dojít k navýšení specializovaných týmů v rámci RKC na krajích, aby byly schopny realizovat posouzení žadatele v domácím prostředí. Ačkoliv by převzetí přiznávání dávek znamenalo rozšíření agendy RKC, vzhledem k zaměření jejich odborného týmu by bylo toto směřování pochopitelné.

#### **6.1.5. Zavedení ochranné doby při přerušení péče**

Pečující osoby nejsou v tuto chvíli nijak chráněny v případě, že osobám, o které pečují, je přerušeno vyplácení PnP. Jedná se zejména o případy hospitalizace opečovávané osoby (trvajících déle jak jeden kalendářní měsíc), delší lázeňský pobyt apod. Na základě vnějších (většinou nečekaných) okolností zaznamenaná pečující osoba významný výpadek příjmů, na který není schopná urychleně reagovat, a zároveň se nejedná o případ ukončení péče, kdy by se pečující osoba mohla přihlásit o podporu v nezaměstnanosti na Úřadu práce<sup>38</sup>. U hospitalizace a lázeňských pobytů se pak snaží pečující osoby toto riziko obcházet tím, že se alespoň na jeden den v kalendářním měsíci snaží zachovat stav nutnosti péče, aby ke zrušení PnP nedošlo.

Jako návrh na řešení situace se nabízí možnost **nastavit ochrannou lhůtu pro pobírání PnP i při přerušení péče z důvodu jasně stanovených vnějších okolností** (hospitalizace, lázeňský pobyt apod.). Uplatněny by byly stejné lhůty jako u započítávání délky péče do sociálního pojištění, kde se doba péče započítává i v případě, že závislá osoba je dlouhodobě mimo domov ve zdravotnickém zařízení. Přitom doba tohoto pobytu nepřekročí 90 dní nepřetržitě nebo 120 dní v průběhu celého roku<sup>39</sup>.

<sup>38</sup> Podpora v nezaměstnanosti vyplývá z péče jako náhradní doby zaměstnání.

<sup>39</sup> Přesáhne-li délka umístění závislé osoby ve zdravotnickém zařízení některou z výše uvedených dob, považuje se osoba za osobu pečující v období prvních 90, resp. 120 kalendářních dnů pouze v případě, že v tomto období

V tuto chvíli je možné ochrannou dobu navázat pouze na PnP, který je však koncipován jako dávka pro závislou osobu. V budoucnu by bylo vhodnější toto opatření převést na přímou podporu neformálních pečovatелů např. skrze zavedení příspěvku pro pečující osoby (viz 6.2.).

## 6.2. Zavedení finančního ohodnocení pečujících osob

Příspěvek na péči byl zamýšlen jako dávka na pokrytí výdajů na sociální služby pro osoby, o které je pečováno. Nedostatečně však byla doceněna role rodinných pečovatелů, kteří svou péči zastávají funkci sociálních služeb, a příspěvek na péči je jim od opečovávaných osob věnován analogicky, jako kdyby péče byla poskytována v rámci institucionálních zařízení. Příspěvek na péči je však pečujícími osobami vynakládán kromě úhrady úkonů a služeb spojených s péčí také na úhradu výdajů, které s péčí „přímo“ nesouvisí. Příspěvek je tedy využíván jako účelová dávka na úhradu péče ale rovněž neúčelově, jako příspěvek do rodinného rozpočtu. V případech zajištění péče v domácím prostředí se tak u PnP překrývá jeho zamýšlená účelovost s neúčelovostí, kdy pak PnP ve své podstatě plní funkci dodatečného důchodu.

V takových případech přitom v tomto dokumentu nemluvíme o zneužívání PnP, jelikož podle zákona může být příspěvek určen na zajištění pomoci závislé osoby sociálními službami nebo jinými formami pomoci při zvládání základních životních potřeb osob (zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách § 7). Pokud tedy pečující osoba zajišťuje péči závislé osobě, má nárok na poskytnutí PnP od závislé osoby s tím, že již závisí pouze na ní, na jaký účel částku vynaloží. O zneužití PnP by bylo možné mluvit pouze v takovém případě, pokud by závislá osoba PnP poskytovala pečující osobě, která by však danou péči nevykonávala. V praxi taková situace může nastat, je pak na kontrole PnP, aby v takovém případě zasáhla. V rámci výzkumu byl tento jev identifikován jen minimálně. Zavedení dávky určené přímo pečujícím osobám naopak podporují případy, kdy PnP závislá osoba svému pečovateli vůbec nepředá a dávku vnímá jako navýšení svého osobního příjmu.

Mnoho pečujících osob vykonává péči na úkor jiných ekonomických aktivit, včetně zaměstnání<sup>40</sup>. Finanční situace dlouhodobě pečujících osob je neuspokojivá a příspěvek na péči ušlé příjmy supluje nedostatečně. Chybí zde dávka, která by zabezpečovala pokrytí alespoň základních životních nákladů neformálních pečovatелů.

### 6.2.1. Zavedení nového příspěvku pro pečující osoby

Jako řešení nedostatečného finančního ohodnocení pečujících osob **navrhujeme zavést novou dávku pro pečující osoby**, která umožňuje zachování individuálního přístupu k péči. Cílem zavedení nové dávky by byla zejména **kompensace ušlého výdělku, ohodnocení vykonávané péče a pokrytí životních nákladů pečujících osob**. Výše ohodnocení by vycházela z počtu hodin strávených péčí a průměrného

---

závislou osobu v zařízení pravidelně navštěvovala a dle vyjádření tohoto zařízení se osobně podílela na péči o závislou osobu.

<sup>40</sup> Z dotazníkového šetření projektu (N = 858 pečujících osob) vyplynulo, že 80 % respondentů vyjde s příjmem domácnosti jen s obtížemi, zatímco v běžné populaci stejně situaci hodnotí jen 68 % domácností. Zjevnější nedostatek financí lze porovnat na základě možnosti zaplatit neočekávaný měsíční výdaj 9 600 Kč, kde podle našeho výzkumu si tento výdaj v roce 2014 nemohlo dovolit celkem dvě třetiny respondentů, zatímco v běžné populaci takový neočekávaný výdaj měsíčně nebylo schopno zaplatit jen 42 % domácností. Přitom příspěvek na péči označila téměř polovina pečujících osob za nenahraditelný příjem, bez kterého by nemohla pokrýt ani základní výdaje domácnosti. (Srov. Šimoník 2015 a ČSÚ 2014, také Geissler et al. 2015b.)

platu profesionálních pečovatелů a osobních asistentů. Návrh je inspirován i příklady z evropských zemí<sup>41</sup>. Předpokladem zavedení dávky je eliminace problémů spojených s přiznáváním PnP a propadáváním osob s určitými diagnózami systémem hodnotících kritérií (6.1.1.).

Příspěvek je určen jen pro hlavní vykonavatele péče o příjemce PnP, který nepobývá v institucionálním zařízení a sloužil by jako odměna za poskytovanou péči (náhrada ušlé mzdy). Možnost přivýdělku by byla kombinovatelná s příspěvkem za podmínky, že jeho výše by nepřesáhla určité maximum<sup>42</sup>. S cílem podpořit sdílení péče více osobami by bylo možné střídání pobírání příspěvku na podobném principu jako například u rodičovského příspěvku.

Příspěvek by měl primárně podpořit osoby, které jsou z důvodu péče nuceny opustit trh práce a nepobírají žádnou jinou veřejnou podporu. Příspěvek tak bude moci čerpat osoba, která pečuje o osobu s přiznaným PnP, je v produktivním věku a nepobírá rodičovský příspěvek, invalidní důchod, starobní důchod či podporu v nezaměstnanosti.

Samotný proces žádosti o dávku by se lišil pro děti a dospělé, kdy u dospělých jedinců by žádost o přiznání podávali pečovatelé spolu se závislou osobou (je-li způsobilá k právním úkonům). Tím by byla zachována možnost volby osoby závislé na péči tak, aby se rozhodla mezi využitím profesionálních služeb či neformální péče.

Systém příspěvku pro pečující osoby vychází z principu PnP, tedy celkem zahrnuje 4 výše příspěvku a odvíjí se od časové náročnosti péče (viz 6.1.1.). Pokud by se uživatel PnP rozhodl využít péči od blízké osoby, které by byl přiznán nový příspěvek pro pečovatele, došlo by k jistému ponížení PnP<sup>43</sup>. Z logiky věci, pokud by byla péče zajištěna neformálním pečovatelem pobírajícím příspěvek pro pečujícího, PnP by v tomto případě měl být zaměřen pouze na zajištění nezbytné profesionální péče či dalších specifických výdajů spojených s nesamostatností závislé osoby.

Spolu se zavedením dávky vyvstává i potřeba větší kontroly poskytované péče. Ta by probíhala spolu s kontrolním šetřením PnP, kdy sociální pracovník při kontrole PnP by se zaměřil na to, zda a v jakém rozsahu je péče poskytována osobou, které je přiznán příspěvek pro pečovatele. Kontrola dávky by zavedla jisté standardy a minimální požadavky na neformální péči, které v tuto chvíli nejsou více specifikovány.

Po skončení péče by byla stanovena ochranná doba, po kterou by byla dávka pro pečující osoby ještě dále vyplácena (6.1.5.). Příspěvek by měl zároveň fungovat synergicky spolu se zavedením nepřímé podpory pečujících osob jako je sleva na dani a úprava povinných odvodů na sociálním a zdravotním pojištění (viz 8.2.).

---

<sup>41</sup> Např. v Británii je vyplácen příspěvek pro pečující osoby („Carer’s Allowance“). Tento příspěvek je určen pro hlavní pečující o osoby se znevýhodněním. Obdobná dávka funguje také například v Německu a Rakousku (Geissler et al. 2015a).

<sup>42</sup> Maximum by mohlo vycházet z limitu pro uplatnění slevy na dani na druhého z manželů bez příjmu (68 000 Kč ročně), kde tato částka počítá s možností výdělku a zároveň zachování nízkopříjmového statusu.

<sup>43</sup> Přesné procento ponížení PnP při přiznání příspěvku pro pečující osoby by bylo stanoveno až na základě dalších analýz a diskuzí s odborníky.

## 6.3. Zlepšení funkce dalších příspěvků, důchodů a pojištění

### 6.3.1. Nová dávka mimořádné okamžité pomoci při vzniku potřeby péče

Délka procesu přiznání příspěvku na péči bývá velice dlouhá. Posudkoví lékaři mají lhůtu 45 dnů na posouzení stupně závislosti, na vydání rozhodnutí o přidělení či zamítnutí příspěvku na péči má příslušný úřad 60 dní. Obě lhůty mohou být prodlouženy, celková doba se pak může výrazně natáhnout odvolacím řízením. Při dodržování předepsaných lhůt se tak může doba bez finančních prostředků určených k financování péče protáhnout až na cca 3,5 měsíce, přičemž teoreticky může být i delší. Překlenout toto období tak bývá pro rodiny finančně náročné a nezřídka se ocitají bez prostředků. V současném systému, za aktuálně platných podmínek a při nynějším počtu posudkových lékařů, ale i vzhledem ke smyslu PnP jako dlouhodobé dávky, si lze jen obtížně představit, že by se doba vyřízení PnP výrazněji snížila a okamžitou situaci při vzniku péče by tak nebylo třeba jiným způsobem řešit.

Navrhujeme proto **zavedení nové dávky systému pomoci v hmotné nouzi<sup>44</sup>**, např. začleněním této podpory **pod dávky mimořádné okamžité pomoci**. Smyslem dávky by bylo pomoc překlenout období vyřizování žádostí o PnP, invalidní důchod, případně jiné stálé příspěvky související s nutností péče či se změněným zdravotním stavem těm, jejichž celkové sociální a majetkové poměry neumožňují nastalou situaci překonat vlastními silami. V úvahu připadá dopsání vzniku nutnosti dlouhodobé péče do seznamu životních situací, při kterých vzniká na dávku mimořádné okamžité pomoci nárok. Dávka by tak byla nenároková a měla by být flexibilním nástrojem, který by umožnil předcházet výraznému zhoršení životní situace u osob, které jsou i bez nutnosti péče ohrožené sociálním vyloučením a chudobou. Nejednalo by se tedy o dávku plošnou.

Klíčovým parametrem by tedy byla rychlost vyřízení nároku této nové formy sociální pomoci. Dávka by nebyla navázaná na výsledek řízení o přidělení příspěvku na péči a byla by vyplácena měsíčně až do doby rozhodnutí žádosti o PnP nebo invalidní důchod. Pokud by ale žádost o PnP byla vyřízena kladně, mohla by se již vyplacená dávka od zpětně vyplácené částky PnP odečíst. Ti, kterým by byl PnP zamítnut, by ale dávku následně nevraceli. Její vyřízení by mělo být méně administrativně náročné a proces posuzování zdravotního stavu by měl být oproti PnP mírnější (např. jen na základě vyjádření ošetřujícího lékaře).

### 6.3.2. Úprava příspěvku na mobilitu<sup>45</sup>

Příspěvek na mobilitu byl v rámci fokusních skupin častým terčem kritiky. Jeho výše byla vnímána jako vůči nákladům nepoměrně nízká. Často tak působil spíše jako stresor, kdy jeho nízká výše slouží jako „benchmark“ nákladů na dopravu, které mohou pak být, vzhledem k částce se kterou jsou porovnávány, vnímány pobírateli tohoto příspěvku subjektivně jako vyšší. K tomuto stavu může přispívat i jednotná výše příspěvku. Dávka je sice velmi konkrétně zaměřena, její výše však nezohledňuje skutečné náklady na dopravu, které se samozřejmě u různých žadatelů výrazně liší.

Řešením by mohla být **diferenciace příspěvku na mobilitu**, kdy by bylo možné **zažádat o navýšení dávky nad základní výši**, samozřejmě pouze do určitého limitu. Základní výše by zůstala přiznávána

<sup>44</sup> Novelizovat by se musel zákon č. 111/2006 Sb., o pomoci v hmotné nouzi, konkrétně § 2.

<sup>45</sup> V tomto případě by byla nutná novela zákona č. 329/2011 Sb., o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením a o změně souvisejících zákonů.

podle současných kritérií. (V úvahu přichází úplné nahrazení současného systému diferenciovanějším systémem novým.) Pro fungování diferenciovaného příspěvku by přitom bylo zásadní vhodné nastavení hranice najetých kilometrů, stejně jako určení oprávněných cest. Jako uznatelné by se mohly počítat např. cesty za sociálními, zdravotními nebo vzdělávacími službami, případně jiné odůvodněné cesty. Příspěvek by pak měl pokrýt jen určitou část nákladů na dopravu, nikoliv náklady v plné výši. Jako doklad o účelu a vykonání cesty by se mohla vyžadovat evidence jízd, potvrzení o návštěvě sociální nebo zdravotní či vzdělávací služby atd., podobně jako tomu bylo v dřívější úpravě v podobě příspěvku na provoz motorového vozidla.

Větší komplexita tohoto systému by byla vyvážena lepší účelností tohoto příspěvku, kdy by byl lépe dodržen jeho deklarovaný smysl, a sice přispívat na dopravu, jejíž potřeba vyplývá ze zdravotního stavu osoby. Možné je taky navýšení dávky nad základní výši spojit s finanční situací rodiny, nárok testovat a opatření tak cílit na nízkopříjmové pečující rodiny. Komplexita takto upraveného příspěvku by ovšem měla za následek i výrazné zvýšení administrativní náročnosti. Zvýšily by se tak nejen přímé náklady z důvodu vyššího objemu vyplacených prostředků, ale i náklady nepřímé spojené se zvýšenou administrativou.

### 6.3.3. Navázání výpočtu starobního důchodu pečovatelů na průměrný plat v sociálních službách<sup>46</sup>

Podle aktuálně platné právní úpravy se doba péče bere jako náhradní doba pojištění<sup>47</sup>. V zásadě se dá říct, že se doba péče (pokud pečovatel splní další podmínky) započítává jako odpracovaná doba, ale z výpočtu výše důchodu se vylučuje. Pokud doba péče přesáhne 15 let, pak se vypočítá důchod tak, jako by se doba péče z výpočtu výše důchodu vyloučila, následně se provede srovnávací výpočet, kdy se doba péče nevyloučí a jako příjem se berou příspěvky na péči, případně příjmy pečujících osob. Vyšší z obou částek se potom bere jako platná výše důchodu. V praxi tento způsob vede k velmi nízkým důchodům, často, dle hodnocení pečujících, neodpovídajícím práci, kterou odvádějí.

Navrhujeme, aby se **pro výpočet starobního důchodu neformálních pečovatelů jako příjem** nebrala výše PnP, ale **průměrný plat pracovníků v sociálních službách**, případně jeho poměrná část pro různé stupně závislosti. Navázání na plat pracovníků v sociálních službách vnímáme jako nejvíce odpovídající vzhledem k charakteru i náplni práce. Uvažovat lze ale i o výpočtu z průměrného platu celé populace, či jeho části<sup>48</sup>. Výši důchodů neformálních pečovatelů by tak ovlivňoval vývoj mezd na trhu práce obdobně, jako je tomu u zaměstnanců. Mírně by se tak handicap, který pro neformální pečovatele při výpočtu důchodu představuje neúčast na trhu práce.

<sup>46</sup> Nutná by byla úprava zákona č. 155/1995 Sb., o důchodovém pojištění.

<sup>47</sup> Od ledna roku 2000 do září 2014 přitom podle interních dat ČSSZ bylo rozhodováno asi o 92 000 požadavcích o započítání doby péče jako náhradní doby důchodového pojištění.

<sup>48</sup> V rámci projektu „Podpora neformálních pečovatelů“ výběrového řízení „Studie možností návratu osob pečujících na trh práce, včetně výzkumu postojů zaměstnavatelů“ dodavatel mj. navrhuje úpravu výpočtu starobního důchodu osob, který by snížil nerovnosti ve výši starobního důchodu mezi osobami, které část svého produktivního věku pečovaly o osobu blízkou a neměly tak žádný příjem, a osobami bez tohoto výpadku, a vyčíslil celkové dopady této změny na státní rozpočet (Sociotrendy 2015).



#### 6.3.4. Rozšíření doby zdravotního pojištění<sup>49</sup>

Podle současné legislativy jsou osoby pečující státními pojištěnci. Toto pojištění je ale vázáno na jejich aktivní péči, a pokud je tak pečovatel např. hospitalizován více než jeden měsíc v kuse, nárok na hrazení zdravotního pojištění zaniká. Zároveň se vzhledem k nemoci nelze zaregistrovat na Úřadu práce jako uchazeč o zaměstnání. Nastává tak situace, kdy by si dle zákona měl pečovatel hradit zdravotní pojištění z vlastních prostředků. V praxi se tak pečovatelé snaží o „uschopnění“ alespoň na jeden den v měsíci tak, aby neztratili nárok na hrazení zdravotního pojištění ze strany státu.

Navrhujeme proto **rozšíření doby hrazení zdravotního pojištění státem i po zániku péče**. Mohly by zde být uplatněny stejné lhůty jako u započítávání délky péče do sociálního pojištění, kde se doba péče započítává i v případě, že závislá osoba je dlouhodobě mimo domov ve zdravotnickém zařízení. Přitom doba tohoto pobytu nepřekročí 90 dní nepřetržitě nebo 120 dní v průběhu celého roku. Pokud by ale byl hospitalizován či dlouhodobě práce neschopný sám pečovatel, mělo by mu být hrazeno zdravotní pojištění po celou dobu hospitalizace, respektive pracovní neschopnosti.

---

<sup>49</sup> Upraven by musel být zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, konkrétně § 7 odstavec 1 písmeno g).



evropský  
sociální  
fond v ČR



EVROPSKÁ UNIE



OPERAČNÍ PROGRAM  
LIDSKÉ ZDROJE  
A ZAMĚSTNANOST

PODPORUJEME  
VAŠI BUDOUCNOST  
[www.esfcr.cz](http://www.esfcr.cz)

**Tabulka 3: Zhodnocení opatření z kapitoly 6. Zlepšení finančně-sociálního zabezpečení neformálních pečovatелů**

Opatření	Náročnost implementace	Finanční náročnost	Přínos pro NePe	Efekt
<b>6.1.1. Změna nastavení posuzovacích kritérií příspěvku na péči</b>	Vysoká	Nízká	Klíčové opatření	Okamžitý
<b>6.1.2. Úprava výše PnP v jednotlivých stupních závislosti</b>	Střední	Střední/Vysoká	Významné opatření	Okamžitý
<b>6.1.3. Valorizace PnP</b>	Nízká	Vysoká	Klíčové opatření	Okamžitý/Dlouhodobý
<b>6.1.4. Úprava kompetencí LPS v procesu přiznávání PnP</b>	Vysoká	Střední	Klíčové opatření	Okamžitý
<b>6.1.5. Zavedení ochranné doby při přerušení péče</b>	Nízká	Nízká/Střední	Významné opatření	Okamžitý
<b>6.2.1. Zavedení nového příspěvku pro pečující osoby</b>	Střední	Střední/Vysoká	Klíčové opatření	Střednědobý
<b>6.3.1. Nová dávka mimořádné okamžité pomoci při vzniku potřeby péče</b>	Střední	Nízká/Střední	Významné opatření	Střednědobý
<b>6.3.2. Úprava příspěvku na mobilitu</b>	Střední	Vysoká	Podpůrné opatření	Střednědobý
<b>6.3.3. Navázání výpočtu starobního důchodu pečovatелů na průměrný plat pracovníků v sociálních službách</b>	Střední	Střední	Významné opatření	Střednědobý/Dlouhodobý
<b>6.3.4. Rozšíření doby zdravotního pojištění</b>	Nízká	Nízká/Střední	Klíčové opatření	Okamžitý

## 7. Zvýšení podpory neformálních pečovatелů prostřednictvím sociálních a zdravotních služeb

Sociální a zdravotní služby jsou v současnosti spíše nepřímým nástrojem podpory neformálních pečovatелů, protože jsou primárně určeny opečovávaným osobám. Jejich nastavením lze však výrazně ovlivnit také situaci pečujících osob. Součástí níže uvedených návrhů opatření jsou zároveň návrhy, které by podpořily rozvoj služeb přímo pro pečující osoby.

### 7.1. Zvýšení podpory neformálních pečovatелů sociálními službami

#### 7.1.1. Podpora rozvoje sociálních služeb pro neformální pečovatele

Poskytovatelé sociálních služeb mohou své služby nabízet pouze osobám odkázaným na péči druhých osob, nikoliv přímo pečujícím. Ty mohou podporovat pouze nepřímo skrze některé druhy sociálních služeb určených jiným cílovým skupinám (např. poskytují poradenství pečujícím v rámci rané péče pro děti se zdravotním postižením nebo skrze poradenské linky určené seniorům).

Poskytování služeb pro pečující je jednou z významných chybějících a žádaných forem jejich podpory. Na základě hodnocení a doporučení kompetentních odborníků účastnících se diskusí v rámci realizovaných fokusních skupin a kulatých stolů, navrhujeme proto **v zákoně č. 108/2006, o sociálních službách, rozšířit výčet cílových skupin o neformální pečovatele u vybraných sociálních služeb**, které byly na základě analýzy identifikovány pro pečující osoby jako relevantní a potřebné.

Návrh opatření je **podmíněn definováním neformální péče** v zákoně č. 108/2006, o sociálních službách. Možné varianty definice uvádíme v kapitole 5.1.1, kdy varianta A se specifikuje na vymezení institutu neformální péče a varianta B definuje přímo status neformálního pečovatele. Podle vybrané varianty je třeba zvolit rozšíření formulace o tuto cílovou skupinu u jednotlivých sociálních služeb. Při definování vycházíme z varianty B a doplňujeme „neformální pečovatele“ jako cílovou skupinu. (V případě varianty A by pak doplnění předpokládalo formulaci cílové skupiny jako „osoby, které poskytují nebo poskytovaly neformální péči.“)

Jedná se zejména o úpravu formulace u těchto sociálních služeb:

- **odborné sociální poradenství** přidáním věty na konec odst. 3 v § 37 „Mezi cílové skupiny odborného sociálního poradenství patří i neformální pečovatelé“.  
V případě definování neformálních pečovatелů jako cílové skupiny sociálních služeb (více v opatření 5.1.1.), bude možné odborné sociální poradenství vzhledem k šíři jeho současné definice poskytovat také pečujícím osobám. Tuto sociální službu však považujeme pro neformální pečovatele za **zcela klíčovou**, a proto navrhujeme zahrnutí neformálních pečovatелů přímo do formulace této služby.
- **pečovatelská služba** doplněním odst. 1 v § 40 „*Pečovatelská služba je terénní nebo ambulantní služba poskytovaná osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu věku, chronického onemocnění nebo zdravotního postižení, a rodinám s dětmi a neformálním pečovatелům poskytující péči osobám, jejichž situace vyžaduje pomoc jiné fyzické osoby. Služba poskytuje ve vymezeném čase v domácnostech osob a v zařízeních sociálních služeb vyjmenované úkony.*“

Stejně jako v případě rodin s dětmi, i v případě pečujících osob je jejich péče časově náročná (např. znamenající 24 hodinovou péči denně), proto by bylo žádoucí přiznat nárok na pomoc i samotnému pečovateli.)

- **odlehčovací služby** změnou formulace v odst. 1 § 44 „*Mezi cílové skupiny odlehčovacích služeb patří neformální pečovatelé. Cílem služby je umožnit pečující fyzické osobě nezbytný odpočinek.*“

Tato změna by zpřesnila současnou právní úpravu ve prospěch pečovatelů a explicitně zdůraznila, že služba je určena těm osobám a rodinám, které už určitý čas pečují a potřebují odpočinek, a současně primárně těm pečujícím, kteří si závislou osobu po vyčerpání služby opět vezmou do jejího přirozeného prostředí a budou pokračovat v neformální péči.

- **raná péče** úpravou formulace v odst. 1 § 54 „*Raná péče je terénní služba, popřípadě doplněná ambulantní formou služby, poskytovaná dítěti a rodičům či jiným neformálním pečovatelům dítěte ve věku do 7 let.*“
- **sociálně aktivizační služby pro seniory a osoby se zdravotním postižením** upravením názvu na „**sociálně aktivizační služby pro seniory, osoby se zdravotním postižením a neformální pečovatele**“ a změnou formulace v odst. 1 § 66 na „*Sociálně aktivizační služby jsou ambulantní, popřípadě terénní služby poskytované osobám v důchodovém věku, osobám se zdravotním postižením a neformálním pečovatelům, kteří jsou ohroženi sociálním vyloučením.*“

Za relevantní služby pro neformální pečovatele lze považovat i telefonickou krizovou pomoc (§ 55) a krizovou pomoc (§ 60). Definice cílové skupiny obou služeb je však dostatečně široká, aby zahrнула i neformální pečovatele v obtížné či nepříznivé životní situaci, kterou nemohou řešit vlastními silami. Aby jim však mohly být služby poskytnuty, je třeba nejprve v zákoně definovat neformální pečovatele jako cílovou skupinu sociálních služeb (více v opatření 5.1.1.).

Úpravy v zákoně by měly být zároveň provázeny podporou rozvoje sociálních služeb určených pro neformální pečovatele v rámci plánování sociálních služeb.

### **7.1.2. Vymezení kapacit některých služeb pro výskyt nenadálé situace v rodině opečovávaných osob**

Problémem doprovázející náročnou situaci pečujících osob i osob odkázaných na jejich pomoc je neustálé riziko náhlé změny rodinné situace, která by pečujícím snadno znemožnila potřebnou péči poskytovat. Nejčastějším (a nikoliv nepravděpodobným) důvodem může být onemocnění pečujícího, ať už krátkodobé či dlouhodobé. Flexibilita sociálních služeb s omezenou kapacitní a časovou dostupností je vzhledem k výskytu nenadálé či krizové situace v rodině nedostatečná. Pokud tato situace nastane a v okolí opečovávaného není osoba, která by mohla stálého pečovatele plně zastoupit, často je jedinou možností umístit opečovávaného do nemocnice.

Navrhujeme proto v každém kraji **vyčlenění kapacit** (tzn. lůžek i personálu) **odlehčovací služby a pečovatelské služby pro případy zajištění pomoci rodině, která náhle nemůže neformální péči zajistit.**<sup>50</sup> V případě doložené potřeby (např. potvrzení od lékaře o nemoci nebo hospitalizaci

<sup>50</sup> U tohoto opatření se lze dobře inspirovat zahraniční praxí, např. tzv. krátkodobou péčí („Kurzeitpflege“) nebo náhradní péčí („Ersatzpflege“), které jsou rodinám pečujících nabízeny v Německu (podrobněji v Geissler et al. 2015a). Možnost využití náhradní péče je zde limitován 6 týdny v roce a vyčerpáním určitého finančního limitu

pečujícího) by tyto služby měly být rodině bezodkladně poskytnuty v potřebném množství. Využitá služba by pak byla uhrazena analogicky k odlehčovací a pečovatelské službě, tedy z dotace od státu pro poskytovatele a z PnP. Doložení potřeby služby slouží současně jako kontrolní mechanismus, aby služba nebyla nadužívána. Variantou je zde také finanční nebo časové omezení možnosti využití služby např. počtem týdnů v jednom roce obdobně, jako je tomu v Německu. Tato varianta však příliš nezohledňuje individuálnost rodinné situace a mohla by omezit dostupnost služby osobám, které by ji z oprávněných důvodů potřebovaly čerpat v delším rozsahu (např. ve chvíli opakovaného onemocnění pečujícího).

Neobsazená, pro tyto účely vyčleněná, místa budou poskytovatelům služeb proplacena z veřejných rozpočtů. Stát by v rámci účelové dotace krajů na financování sociálních služeb vyhradil část určenou přímo na financování akutních lůžek, které by měl kraj za povinnost udržovat. Daný požadavek by byl zanesen v odst. 3 § 104 zákona č. 108/2006, o sociálních službách. Opatření by tak provázelo mírné navýšení dotace Ministerstva na sociální služby v jednotlivých krajích.

Úhrada ze strany MPSV je reakcí na nepropojenost zdravotních a sociálních služeb, kdy určité služby patřící do resortu práce, se kryjí s resortem zdravotnictví. V ideálním případě by měla existovat možnost uhrazení takového lůžka ze zdravotního pojištění. Nabízí se tak myšlenka kofinancování vyčleněného místa ze strany MZ, jelikož zřízení takové sociální, resp. zdravotně-sociální služby povede k odlehčení lůžek v nemocnicích a jiných zdravotnických zařízeních a tedy k úspoře výdajů na zdravotní pojištění.

### **7.1.3. Posílení místní dostupnosti a kapacity ambulantních a terénních sociálních služeb pro osoby se zdravotním postižením a seniory**

Jedním z důvodů nedostatečného využívání ambulantních a terénních sociálních služeb je jejich omezená kapacita a nedostupnost místní, časová a finanční. Nabídka sociálních služeb se pak zhoršuje se vzdáleností od větších měst, v menších obcích mnohdy potřebné služby nejsou nabízeny vůbec. Překážkou ve využívání služby může být pro rodiny opečovávaných osob také nedostatečná kvalita a provozní doba služeb (zejména pak stacionářů a odlehčovacích služeb), která nekoresponduje s programem pečovatelským (např. zaměstnáním). Významný nedostatek lze spatřovat také v informačním deficitu o nabídce těchto služeb v začátcích péče (viz 9.1.). V neposlední řadě hraje roli finanční zátěž, kterou by využití služby představovalo.

Některé druhy služeb nemohou zájemci o služby využívat proto, že neodpovídají jejich situaci. Jedná se např. o situace, kdy služba nepokryje všechny úkony péče, které je potřeba osobě závislé na pomoci zajišťovat. Tento problém se dále výrazně dotýká určitých skupin osob odkázaných na péči, zejména osob se vzácnými diagnózami, s kombinovaným postižením nebo autismem. Pro tyto skupiny osob je nabídka služeb daleko více omezená. S výrazným poklesem nabídky vhodných služeb se pak potýkají také rodiny právě dospělých osob se zdravotním postižením, které z důvodu věku již nemohou využívat zařízení pro děti a mládež, přitom ale vzhledem k závažnosti svého postižení potřebují specializované sociální a vzdělávací služby. Rodiny těchto osob pak musí poskytovat veškerou péči samostatně, ačkoliv by o využívání podpůrných sociálních služeb měly zájem (podrobněji také v Geissler et al. 2015c).

---

jedním uživatelem. Využití ji lze i pro čerpání dovolené pečujícího. V případě krátkodobé péče se jedná o institucionální službu podobnou naší odlehčovací službě.

Požadavky směrem k posílení kapacity a dostupnosti sociálních služeb byly ve vlastním kvalitativním výzkumu vznášeny dále také směrem k posílení ambulantních odlehčovacích služeb, odlehčovacích služeb pro osoby s těžkým zdravotním postižením, rané péče zaměřené na vzácné diagnózy, větší nabídce služeb a stacionářů pro dospělé osoby se zdravotním postižením a tísňových služeb typu senior alarmu. Významnou podporu by pro rodiny pečujících osob představovalo také poskytování svozové služby, která bývá nabízena pouze jako součást odvozu do konkrétního zařízení a ani tak není její poskytování pravidlem. Jako přínosné se na základě výzkumu jeví zejména ustanovení samostatně fungující svozové služby, kterou by bylo možno využívat pro dopravu do různých vzdělávacích i jiných zařízení pro osoby se zdravotním postižením a seniory.

**Posílení kapacity a dostupnosti sociálních služeb pro osoby se zdravotním znevýhodněním** by zmírnilo většinu uvedených problémů. V rámci **komunitního plánování** by proto mělo být přihlíženo k požadavkům a potřebám jednotlivých specifických skupin zájemců a uživatelů služeb, protože lepším přizpůsobením nabídky by opět došlo k celkovému zvýšení zájmu o sociální služby.

Obecně pak platí, že zvýšení dostupnosti sociálních služeb pro osoby se zdravotním postižením a seniory by výrazně podpořilo také neformální pečovatele. Zároveň je třeba mít na zřeteli, že otázka posílení dostupnosti a kapacity sociálních služeb je natolik širokou a komplexní záležitostí, že při jejím řešení je potřeba zabývat se také otázkami, jako je např. **konkrétní způsob evidence poptávky po jednotlivých službách v jednotlivých regionech** nebo **způsoby financování sociálních služeb**. Vhodné úpravy v těchto oblastech představují proto další možnosti zlepšení dostupnosti, využívání a rozvoje sociálních služeb.

Pro komplexnost návrhů zařazujeme informaci o posílení dostupnosti sociálních služeb a možných způsobech řešení. Uvědomujeme si však, že není možné tuto problematiku postihnout jedním opatřením. Odkazujeme tedy na projekt „Transformace sociálních služeb“, ve kterém se ministerstvo této tématice podrobněji věnuje.

#### **7.1.4. Zvýšení dostupnosti odpočinku prostřednictvím odlehčovacích služeb**

Neformální péče je nezřídka fyzicky a psychicky časově náročná práce, která negativně dopadá na osobní i společenský život pečujících osob. Ač jde v případě péče o blízké osoby o činnost mimo formalizovaný rámec placené práce, potřeba odpočinku či určité formy „dovolené“ tím nemizí. Naopak, možnost tělesného i duševního oddechu od péče je nezbytné pro regeneraci a dlouhodobé zvládnutí pečovatelského závazku. Z hlediska ekonomické nákladnosti a i komfortu pro osobu v péči může být výhodnější, když je pečovateli odpočinek umožněn prostřednictvím pomoci a sdílení péče s dalšími členy rodiny či v komunitě (přáteli, sousedy aj.). Tato možnost však není vždy k dispozici a významnou roli hraje nabídka formalizované podpory, zejména pak odlehčovacích služeb.

Odlehčovací služby jsou ukotveny v zákoně o sociálních službách jako „*terénní, ambulantní nebo pobytové služby poskytované osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu věku, chronického onemocnění nebo zdravotního postižení, o které je jinak pečováno v jejich přirozeném sociálním prostředí; cílem služby je umožnit pečující fyzické osobě nezbytný odpočinek*“ (Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, § 44). Otázka právního vymezení cílové skupiny odlehčovacích služeb je diskutována v rámci opatření 7.1.1., obecné aspekty týkající se kapacitní a místní dostupnosti pak v rámci opatření 7.1.3.

Poskytování odlehčovacích služeb je ze své povahy nákladné a v případě nízkého obsazení lůžek pro poskytovatele nerentabilní. Finanční situace pečujících rodin je často napjatá<sup>51</sup> a, i přes zastropování maximální výše úhrady, je cena služby (spolu s nedostatkem informací o službě) hlavní bariérou pro její využívání<sup>52</sup>. Nedostatek reálné poptávky po službě spolu se snížením výdajů na respitní péči a počtu zdravotnických pracovníků v tomto sektoru tak paradoxně v posledních letech vede k úbytku klientů a nedostatku rozvoje této služby (Geissler et al. 2015b).

Celková účelnost odlehčovacích služeb, jejichž cílem je umožnit neformálním pečovatelům nezbytný odpočinek, tak není příliš vysoká. V kontextu toho, jak významnou bariérou je finanční nedostupnost této služby pro potenciální uživatele, současně platí, že v čím tíživější (nejen finanční) situaci se neformální pečovatel nachází (pečující samoživitel, osoba poskytující časově intenzivní péči osobě s vyšším stupněm postižení, které vylučuje ekonomickou aktivitu), tím nedostupnější odlehčovací služby a potřebný odpočinek jsou.

Příklady ze zahraničí ukazují, že řešením potřebného odpočinku pečujících osob je stanovení nároku na volno spojeným s úhradou péče v tomto období. Náhradní péče je institut existující v Německu (6 týdnů ročně) a v Rakousku (4 týdny ročně), během které je hlavnímu pečovateli uhrazena do určité výše péče jinou osobou, která může být využita v případě nemoci či dovolené pečovatele<sup>53</sup>.

Navrhujeme zavedení nároku na 2-4 týdny náhradní péče prostřednictvím terénních, ambulantních nebo pobytových odlehčovacích služeb ročně pro neformální pečovatele pečující o osobu s II. a vyšším stupněm závislosti. Během náhradní péče by pečující rodina měla nárok na bezplatné využití odlehčovacích služeb. Cílem navrhovaného opatření je umožnění pečujícím osobám nezbytný odpočinek (dovolená, nemoc pečovatele), resp. zvýšení dostupnosti a rovnosti v přístupu k tomuto odpočinku a skutečná realizace tohoto odlehčení. Nárok na toto opatření by měla hlavní pečující osoba poskytující neformální péči alespoň 1 kalendářní rok. V průběhu náhradní péče by byl příspěvek na péči krácen (např. na polovinu).

Na základě zahraničních zkušeností lze uvažovat o různých parametrech tohoto opatření – délce, výši příspěvku či testování. Zatímco v Německu jde o dávku v jednotné výši a univerzální, v Rakousku se

---

<sup>51</sup> Viz také opatření 6.2.

<sup>52</sup> Na základě dotazníkového šetření realizovaném v rámci projektu „Podpora neformálních pečovatелů“ využívá službu 13 % pečujících rodin, zároveň lze pozorovat neuspokojenou poptávku po této službě – téměř třetina pečujících osob (31 %) by službu ráda využívala či využívala více. Více než polovina pečovatелů naopak uvedla, že odlehčovací služby využívat nepotřebuje či nechce.

Pro 44 % osob, které službu nevyužívají, ale rády by je využívaly, je překážkou cena. Shodně pro 44 % respondentů uvedlo, že důvodem nevyužívání služby je nedostatek informací. Téměř dvě pětiny osob (38 %), které službu využívají, ji hodnotí jako drahou či velice drahou (Šimoník 2015). Výše příspěvku na péči ani ve vyšších stupních není dostatečná na uspoření na respitní službu a její úhradu, zvláště pokud je pečující osoba díky péči nucena vzdát se ekonomické aktivity a dávka je tak jejím jediným příjmem (Geissler et al. 2015c).

<sup>53</sup> V Německu má na náhradní péči („Ersatzpflege“) nárok pečující osoba, poskytující péči alespoň 6 měsíců osobě s přiznaným stupněm závislosti (v případě osob s demencí i s nulovým stupněm závislosti). Během tohoto období má nárok na 1612 €. V průběhu náhradní péče je vyplácen příspěvek na péči v poloviční výši (Bundesministerium für Gesundheit 2015). V Rakousku má nárok na náhradní péči pečovatel, které pečuje alespoň 1 kalendářní rok o osobu s alespoň 3 stupněm závislosti (v případě osob s demencí alespoň v 1 stupni). Výše dávky se liší podle stupně závislosti v rozmezí od 1200 do 2200 €. V Rakousku i Německu může být náhradní péče zajištěna nejenom profesionálním poskytovatelem, ale i soukromou osobou (např. jiným rodinným příslušníkem, sousedem), která má pak nárok na tuto odměnu (Sozialministeriumservice 2015).

výše liší dle stupně závislosti osoby v péči a nárok na příspěvek během náhradní péče je spojen s maximálním možným příjmem pečovatele (tedy není vyplácen vysoko příjmovým pečujícím rodinám). Otázkou je, zda pečujícím osobám vyplácet určitou dávku, na základě které by vybranou službu uhradili, či úhradu směřovat přímo poskytovateli služby. Doporučujeme nicméně institut náhradní péče spojit s čerpáním sociálních služeb a sdílení péče v rámci neformálních vztahů nehonorovat. Rakouský a německý model, kde je možné náhradní péči zajistit i fyzickou osobou (rodinou, sousedem), by s sebou nesl riziko, že nedojde ke zvýšenému odpočinku pečujících osob, ale k navyšování příjmu jejich domácností. Aby nástroj byl účelný, je vhodné, aby alokované prostředky reálně pokryly cenu respitní služby.

Opatření by muselo být včleněno do systému sociálních služeb, který nastavuje rámec pro poskytování a financování odlehčovacích služeb a ovlivňuje tak jejich kapacitu, dostupnost a kvalitu. Náročnost implementace stejně jako finanční nákladnost opatření lze odhadovat spíše jako vyšší. Podrobnější rozpracování tohoto opatření v tomto ohledu však již přesahuje možnosti projektu „Podpora neformálních pečovatelů“.

#### **7.1.5. Zlepšení propojení zdravotních a sociálních služeb**

Nepropojenost zdravotních a sociálních služeb výrazně ovlivňuje jak kvalitu nabízených služeb, tak jejich dostupnost. Pokud totiž osoba závislá na péči potřebuje oba druhy péče, musí si zajistit služby od dvou poskytovatelů služeb, přestože v některých případech se ani u jednoho z uvedených druhů péče nemusí jednat o vysoce specializované úkony (např. podání léků, pomoc s oblékáním či provedením hygieny apod.). **Teprve propojení sociálních a zdravotních služeb by v praxi umožnilo potřebné rozšíření poskytovaných služeb o služby komplexní povahy, po nichž je na straně pečovatelů a osob závislých na péči vysoká poptávka.**

Důležitou otázkou týkající se propojení zdravotních a sociálních služeb, je koncepce dlouhodobé péče. v situaci její nevyjasněné podoby lze jen obtížně účinně podpořit osoby, které zdravotně-sociální péči potřebují využívat i ty, které ji dlouhodobě poskytují. Dlouhodobá péče by měla přispět k včasné identifikaci osob, které ji potřebují, zlepšit koordinaci a kvalitu péče, zejména jsou-li využívány různé druhy péče (ambulantní, terénní, institucionální i rodinná). Těchto cílů nemůže být z povahy věci dosaženo, nebude-li vyřešeno propojení zdravotních a sociálních služeb.

Propojení zdravotních a sociálních služeb je klíčovou otázkou také pro tvorbu konceptu ucelené rehabilitace. Potřeba posílení ucelené rehabilitace je dlouhodobě řešeným problémem a v našem výzkumu se potvrdilo, že její absence výrazně ovlivňuje efektivitu poskytovaných sociálních a zdravotních služeb. Přitom skrze koncept ucelené rehabilitace dochází k aktivizaci člověka, snížení využití pobytových služeb a umožnění návratu do domácího prostředí a uplatnění se na trhu práce. V diskuzích v rámci kulatých stolů byl koncept ucelené rehabilitace podpořen, jelikož může napomoci snížení neefektivního využití služeb a zvýšení jejich zacílení (Geissler et al. 2015d).

Otázka propojení zdravotních a sociálních služeb, včetně vymezení konceptů dlouhodobé péče a ucelené rehabilitace, je velmi obsáhlá a přesahuje rámec tohoto projektu. Nicméně na základě sebraných informací lze konstatovat, že současnou situaci by výrazně pozitivně ovlivnilo:



- **Vytvoření koncepce o propojení zdravotní a sociální péče** – tento koncepční dokument by měl např. obsahovat způsob spolupráce MPSV a MZ, zapojení zdravotních pojišťoven do systému financování zdravotně-sociální péče, vymezení zdravotně-sociálních služeb aj.
- **Přesné vymezení konceptu ucelené rehabilitace a jeho uzákonění (v samostatném zákoně nebo jeho začlenění do existující legislativy)** – tato otázka je dlouhodobě řešena různými expertními a zájmovými skupinami i ministerstvy, je proto žádoucí podpořit další kroky vedoucí k nalezení úspěšného nastavení a uzákonění.
- **Úprava podoby konceptu dlouhodobé péče a jeho zanesení do legislativy (v samostatném zákoně nebo jeho začlenění do existující legislativy)** – opět jde o otázku, jejíž řešení je delší dobu v centru pozornosti odborníků, zájmových skupin i ministerstev a která má významnou úlohu při zajištění včasné, kvalitní a komplexní podpory pro osoby, které péči potřebují nebo poskytují.

V případě ucelené rehabilitace a konceptu dlouhodobé péče došlo k obdobné situaci, kdy byl vypracován věcný záměr zákona, další práce i samotné schválení norem se však ukázalo být jako problematické právě z důvodu nejasného způsobu propojení zdravotní a sociální péče a spolupráce patřičných ministerstev (MPSV a MZ). **Platí zde, že koncepce propojení zdravotní a sociální péče je nutným předpokladem pro uzákonění ucelené rehabilitace i dlouhodobé péče, ať už by k němu mělo dojít novou samostatnou normou nebo včleněním potřebných tezí do již existující legislativy.**

Nedostatky v řešení uvedených koncepcí mají významný dopad na životní situaci mnoha skupin osob, které vyžadují podporu státu, neformální pečovatelské služby. Základním předpokladem jejich odstranění je však dlouhodobá a systematická spolupráce Ministerstva práce a sociálních věcí a Ministerstva zdravotnictví.

## **7.2. Posílení podpory péče v domácím prostředí systémem zdravotnictví a zdravotními službami**

Také v případě zdravotních služeb platí, že podmínky poskytování neformální péče by výrazným způsobem zlepšilo vyřešení některých obecných problémů, které doprovázejí fungování systému zdravotních služeb a na něž je dlouhodobě upozorňováno. Patří sem zejména:

- Neuspokojivá kvalita služeb v lůžkových zdravotnických zařízeních,
- Nedostatek zdravotně-sociálních lůžek v zařízeních uvedeného typu,
- Roztříštěnost zdravotní dokumentace pacientů,
- Neexistence centrálního přehledu o poskytované zdravotní péči.

Tyto problémy byly v souvislosti s poskytováním neformální péče definovány jako významné, opět však přesahují rámec této studie. Níže navrhovaná opatření se proto budou vázat pouze k několika méně obecným tématům, u nichž je však zřejmá přímá souvislost s podmínkami poskytování neformální péče.

### 7.2.1. Přesnější vymezení a posílení povinnosti návštěvních služeb v domácnosti včetně odborných specialistů

Poskytování neformální péče by značně ulehčilo poskytování zdravotnických služeb v domácím prostředí, a to zejména v případě, kdy je schopnost mobility opečovávaného natolik omezená, že jeho přesun do ordinace lékaře se stane velmi komplikovanou záležitostí a často vede k využívání zdravotnické záchranné služby. Pacienti mají také možnost objednat si pro převoz do zdravotnického zařízení dopravu sanitním vozidlem. Ne vždy však tato možnost bývá využívána.

V současnosti však do domácnosti opečovávaných osob dochází většinou pouze ošetrovatelská péče nebo mobilní ambulance. Praktičtí lékaři sice mají návštěvní povinnost svých registrovaných pacientů předepsanou<sup>54</sup>, mnohdy ale není tato služba vůbec nabízena a poskytována. Pro odborné lékaře a specialisty pak tato povinnost neplatí vůbec.

Navrhujeme **přesnější vymezení návštěvních služeb v uvedených normách včetně podmínek, za jakých by je lékaři měli vykonávat**, např. specialista by do domácnosti docházel v případě vykonání pravidelné kontroly, nebo když k vyšetření pacienta nebude potřebovat speciální zařízení apod. Nutné bude také přesné vymezení okolností, za jakých bude mít pacient nárok na návštěvu praktického lékaře a odborného specialisty, aby tato možnost nemohla být nadužívána. Zde by předpokladem měla být výrazně omezená mobilita pacienta, tedy stav, kdy se pacient není schopen pohybovat samostatně ani na invalidním vozíku, jakýkoliv jeho přesun mimo domov by byl obtížný pro jednu doprovodnou osobu, není k dispozici vhodný dopravní prostředek pro přesun pacienta apod. Mimo omezení fyzické mobility by mělo být v úvahu bráno i omezení vyplývající z psychického stavu, nárok na návštěvní služby by tak měl vyplývat i z některých psychiatrických diagnóz. S upřesněním a rozšířením povinnosti vykonávat návštěvní službu v domácnosti by také mělo dojít ke zvýšení kontrol provádění této povinnosti (kterou by prováděly např. zdravotní pojišťovny nebo Česká lékařská komora). Součástí této úpravy bude i vymezená povinnost úhrady návštěvní služby, kterou by měly jako součást poskytované zdravotní péče hradit zdravotní pojišťovny. Alternativou či doplňkem k individuální návštěvní povinnosti by mohl být rozvoj mobilních ambulancí, které by byly na poskytování mobilních zdravotních služeb specializované. Další možnost představuje podpora častějšího využívání přepravy do zdravotnických zařízení sanitními vozidly v případech, kdy je vhodnější vyšetření v ordinaci lékaře.

Toto opatření by bylo nutné prosadit ve spolupráci s lékařskými oborovými sdruženími, jako je Česká lékařská komora, a samozřejmě ve spolupráci se zdravotními pojišťovnami. Ze současného stavu je evidentní, že samotný zákon nestačí. Přimět lékaře k vykonávání návštěvních služeb hrozbou sankcí se rovněž nejeví jako vhodná metoda. Při mnohdy vysokém počtu registrovaných pacientů jsou totiž reálné možnosti poskytování domácích vyšetření poměrně omezené. Řešením nemusí být ani změna lékaře – v některých oblastech není možnost výběru v rámci jedné specializace. Je tak jednoznačně nutné zapojit do diskuse o případné úpravě návštěvní povinnosti lékařskou obec a dojít tak k modelu, který by byl prakticky realizovatelný. Popsané opatření je tak spíše poukázáním na problém s výchozím návrhem k diskusi se širší lékařskou veřejností.

---

<sup>54</sup> Vyplývá to ze zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotnických službách, jímž byl nahrazen zákon č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, a současně ze zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění.

### 7.2.2. Zvýšení informovanosti zdravotnických pracovníků o sociálních aspektech zdravotních diagnóz

Ukazuje se, že při sdělování diagnózy pečovatelé i osoby s handicapem často potřebují širší informace, než jaké jsou jim lékařem poskytnuty. Jedná se především o informace týkající se sociálních aspektů diagnózy, možností péče po opuštění zdravotnického zařízení a odkazy na různé formy sociální pomoci. Ačkoliv se jedná o informace, které nespádají přímo do primárního výkonu lékařské profese, jsou od lékařů mnohdy, alespoň rámcově, očekávány. I s ohledem na autoritu, která je s povoláním lékaře a jim poskytnutými doporučeními spojena, se tak jako zásadní jeví kvalitní informovanost zdravotníků i o sociální oblasti. Kvalitní informace poskytované zdravotníky mohou zlepšit i návaznost sociálních a zdravotních služeb. Docílit by se toho, dle tohoto návrhu, mělo mimo jiné i kvalitním a systematickým vzděláváním lékařů v sociální oblasti.

Při výkonu lékařské praxe mají lékaři povinnost se vzdělávat. V rámci této povinnosti by mělo být lékařům k dispozici pro ně relevantně sestavené kurikulum zaměřující se na sociální aspekty některých diagnóz. Cílem takového vzdělávacího modulu by bylo hlubší pochopení širšího kontextu péče jdoucího i mimo rámec zdravotnické diagnózy. Takto nabyté znalosti by lékařům pomohly lépe pochopit celkovou situaci pečujících rodin a mohlo by se tak předcházet nedorozuměním či přímo nevhodnému přístupu některých lékařů, s kterým se v některých případech pečující rodiny setkávají (podrobněji v Geissler et al. 2015d). V rámci kurzů by se lékaři měli také dozvědět, kam můžou své pacienty směřovat v případě nutnosti využití sociálních služeb či jiné pomoci. Spíše, než aby doporučovali konkrétní službu, by ale bylo vhodnější, aby odkázali na např. kontaktní osobu na obecním úřadě, která by fungovala jako určitý rozcestník. Výkon lékařského povolání by se totiž jen těžko dal skloubit s rolí konzultanta či koordinátora dostupných sociálních služeb a jiné sociální pomoci. Kurzy by tedy měly lékařům pomoci v případech, kdy je pacienty nutné ze zdravotního systému odkázat na systém sociální, neměly by je ale do sociálního systému přímo včleňovat.

Lze si tak představit vytvoření jednoho obecného zastřešujícího kurikula a to ve spolupráci státních orgánů a neziskových organizací. Toto by se zaměřovalo na obecné problémy související s přechodem ze zdravotního systému do sociálního. Dále rovněž na obecnou situaci pečujících rodin a komunikaci s nimi. Kurzy zaměřené přímo na sociální aspekty některých diagnóz či skupin diagnóz, které poskytují např. mnohé neziskové organizace, by mohly samozřejmě existovat paralelně, jejich rozvoj by bylo rovněž žádoucí podpořit.

Mimo kvalitně zpracovaných kurzů by dostupnost informací o sociálních aspektech diagnózy měla být podpořena i doprovodnými materiály. Ty by měly být dostupné přímo ve zdravotnických zařízeních a měly by pro osoby se zdravotním postižením, po těžkém úrazu, či pro osoby s jinou formou disability a jejich pečovatele, fungovat jako jakýsi základní rozcestník, který by měl zjednodušit přechod ze zdravotního do sociálního systému.

V úvahu dále připadá i newsletter připravovaný ve spolupráci Ministerstva zdravotnictví a Ministerstva práce a sociálních věcí, který by lékaře informoval o nejnovějším vývoji v oblasti návaznosti zdravotní a sociální péče. Celkově by se pak měla prohloubit spolupráce zdravotního a sociálního sektoru např. i navázáním užší spolupráce mezi zdravotnickými zařízeními a sociálními pracovníky obcí apod.

### 7.2.3. Větší zohlednění aktuálního stavu pacientů v limitech předepisovaných zdravotnických pomůcek<sup>55</sup>

Rodiny osob odkázaných na péči se musí často potýkat s obtížnostmi při získávání potřebných pomůcek. V případě, že na pomůcku (např. vozík nebo polohovací lůžko) nárok mají, může její získání limitovat fakt, že lékař již vyčerpал limity pro předepisování léčiv a pomůcek. V některých případech však na pomůcku rodiny nárok nemají, přestože by její výměnu potřebovaly (například když dítě z pomůcky „vyroste“) a získání nové pomůcky je limitováno tím, že nárok na její výměnu vzniká teprve po uplynutí určitého počtu let. Další zmiňovanou překážkou v dostupnosti kompenzačních a speciálních pomůcek je také jejich finanční nákladovost. Přitom získání vhodné pomůcky či zařízení může výrazně zlepšit zdravotní stav a mobilitu osoby odkázané na pomoc druhých, a tím i samotné poskytování péče. Vhodně zvolené pomůcky mohou v důsledku dokonce výrazně snížit závislost na pomoci druhých osob.

Navrhujeme proto **revizi limitů úhrad za předepisování pomůcek** tak, aby lékařům umožnily předepsat zdravotní pomůcku tehdy, kdy je skutečně potřebná. Zároveň stanovená doba užívání pomůcky by měla být více navázána na aktuální zdravotní stav a situaci. Měla by být flexibilnější vzhledem k náhlým či mimořádným situacím, jež mohou nastat. V předem jasně definovaných závažných případech by měl být uživateli zajištěn nárok na mimořádnou či dřívější výměnu pomůcky. Takovou situací je např. závažné poškození pomůcky vlivem nezaviněných okolností (živelná pohroma, cizí poškození), prokázané odcizení, změna zdravotního stavu po závažném lékařském zákroku nebo růst dítě v období vývoje. V současnosti je možné pomůcku v některých případech vyměnit (např. potvrdí-li lékař výraznou změnu zdravotního stavu), výměna však není nároková a dochází k ní jen v ojedinělých případech.

Doplňující variantou by bylo současné podpoření nároku na zapůjčení vhodné pomůcky v období nejakutnější potřeby do doby, než bude získána vlastní. Lze si samozřejmě představit i kombinaci dalších variant (např. podporu poskytování repasovaných pomůcek, které u nás zatím není příliš rozšířené), smyslem ale zůstává méně paušální a více cílené předepisování kompenzačních pomůcek.

Na zřeteli je třeba mít i fakt, že úhrady za kompenzační pomůcky jsou velice komplexním tématem, v kterém figuruje poměrně mnoho silných aktérů a i, mimo jiné, ekonomických zájmů. Celkovou podobu návrhu je nutno velmi široce konzultovat v rámci Ministerstva zdravotnictví, mezi pojišťovny a lékaři, ale i s poskytovateli služeb sociálních, se sdruženími zastupujícími osoby se zdravotním postižením atd. V neposlední řadě je třeba se připravit i na tlak ze strany výrobců pomůcek, kteří mají na předepisování kompenzačních pomůcek zájem ekonomický. Obdobně jako v případě návštěvní služby má toto opatření sloužit jako výchozí obecný návrh k případné diskusi.

### 7.2.4. Rozvoj úlevových zdravotních služeb pro pečující osoby

Podpořit rozvoj zdravotnických služeb určených pečujícím osobám má význam v eliminaci a předcházení negativních dopadů na zdravotní stav pečujících osob. Ten byl ve fokusních skupinách jako závažný negativní dopad poskytování neformální péče zmiňován poměrně často. Je potřeba si uvědomit, že péče může být nejen psychicky, ale také fyzicky velice náročná (např. při nutnosti

<sup>55</sup> Nutno zahrnout do tzv. úhradové vyhlášky.

manipulovat s dospělými osobami s velmi sníženou schopností pohybu). Pokud pečující nemá možnost tuto každodenní zátěž jakkoliv kompenzovat (nemá finanční prostředky na zajištění potřebné péče, nezbyvá mu žádný osobní čas, který by mohl péči o sebe sama věnovat, neexistuje osoba, která by ho mohla na delší dobu zastoupit apod.), jsou zdravotní následky dlouhodobého pečování v podstatě nevyhnutelné.

**Navrhujeme tedy rozvíjet i segment zdravotnických služeb** (rehabilitace, masáže, konzultace zdravotního stavu, poradenství apod.), **kteří by sloužily jako úlevové a kompenzační přímo pro pečující osoby** s cílem předejít či redukovat negativní dopady neformální péče na zdravotní stav pečující osoby. V některých z námi sledovaných evropských států jsou podobné způsoby podpory pečujících již uplatňovány. Zjevná je zde snaha o individualizaci této podpory.<sup>56</sup>

Důležitou otázkou opatření je určení, kdo bude mít na jednotlivé služby nárok. Vhodné zdravotní služby jsou dvojího charakteru: první skupinu tvoří preventivní služby typu konzultací zdravotního stavu, poradenství apod. Ty by měly být dostupné každému pečujícímu, který o pomoc požádá, protože pomáhají problémům předcházet případně je podchytit v jejich počátcích. Druhou skupinou služeb jsou takové, které již reagují na nastalé problémy (bolesti zad, přetížení či vážnější zdravotní problémy) a které současně převyšují standardní rámec zdravotní péče hrazené ze zdravotního pojištění. Patří sem proto služby jako rehabilitace nebo lázeňský pobyt. Nárok na tyto služby by proto už měl být vymezen dobou a náročností vykonávané péče, tzn. získat by je mohli např. pouze pečující, kteří pečují o osobu od vyššího stupně závislosti, s níž je potřeba fyzicky manipulovat. Dalším kritériem přiznání by mohl být týdenní či měsíční počet hodin strávených péčí.

Nepředpokládá se, že by všechny přiznané služby byly pečujícím uhrazeny v plné výši, samotné přiznání nároku představuje významný krok v rozvinutí přímé podpory pečujících. Na finanční příspěvek či plnou úhradu služby by však někteří pečující měli mít nárok, a to zejména ti, kteří pečují dlouhodobě, intenzivně, jejichž zdravotní stav se prokazatelně zhoršil a kteří nemají dostatek zdrojů na úhradu potřebné služby (nemají k dispozici vlastní příjem ani příjem partnera apod.) Přesná kritéria a podmínky přiznání jednotlivých služeb i způsob implementace opatření by měly být předmětem dalšího vyjednávání relevantních aktérů, v jejichž čele stojí Ministerstvo zdravotnictví a zdravotní pojišťovny.

---

<sup>56</sup> Ve Švédsku jsou pečujícím běžně nabízeny služby jako lázeňské pobyty, masáže, konzultace zdravotního stavu apod. v rámci tzv. „feel good activities“ (podrobněji v Geissler et al. 2015a).



evropský  
sociální  
fond v ČR



EVROPSKÁ UNIE



OPERAČNÍ PROGRAM  
LIDSKÉ ZDROJE  
A ZAMĚSTNANOST

PODPORUJEME  
VAŠI BUDOUCNOST  
[www.esfcr.cz](http://www.esfcr.cz)

**Tabulka 4: Zhodnocení opatření z kapitoly 7. Zvýšení podpory neformálních pečovatelských prostřednictvím sociálních a zdravotních služeb**

Opatření	Náročnost implementace	Finanční náročnost	Přínos pro NePe	Efekt
<b>7.1.1. Podpora rozvoje sociálních služeb pro neformální pečovatele</b>	Střední	Střední	Klíčové opatření	Střednědobý/Dlouhodobý
<b>7.1.2. Vymezení kapacit některých služeb pro výskyt nenadálé situace v rodině opečovávaných osob</b>	Vysoká	Střední	Klíčové opatření	Střednědobý
<b>7.1.3. Posílení místní dostupnosti a kapacity ambulantních a terénních sociálních služeb pro osoby se zdravotním postižením a seniory</b>	Vysoká	Vysoká	Významné opatření	Dlouhodobý
<b>7.1.4. Zvýšení dostupnosti odpočinku prostřednictvím odlehčovací služeb</b>	Vysoká	Vysoká	Významné opatření	Střednědobý/Dlouhodobý
<b>7.1.5. Zlepšení propojenosti zdravotních a sociálních služeb</b>	Vysoká	Vysoká	Významné opatření	Dlouhodobý
<b>7.2.1. Přesnější vymezení a posílení povinnosti návštěvních služeb v domácnosti včetně odborných specialistů</b>	Vysoká	Střední	Podpůrné opatření	Střednědobý/Dlouhodobý
<b>7.2.2. Zvýšení informovanosti zdravotnických pracovníků o sociálních aspektech zdravotních diagnóz</b>	Střední	Střední	Významné opatření	Dlouhodobý
<b>7.2.3. Větší zohlednění aktuálního stavu pacientů v limitech předepisovaných zdravotnických pomůcek</b>	Vysoká	Střední	Podpůrné opatření	Střednědobý/Dlouhodobý
<b>7.2.4. Rozvoj úlevových zdravotnických služeb pro pečující osoby</b>	Střední	Střední	Podpůrné opatření	Střednědobý/Dlouhodobý

## 8. Podpora ekonomické aktivity pečujících osob v průběhu a po ukončení péče<sup>57</sup>

Dlouhodobé poskytování péče je v mnoha ohledech náročné a vyčerpávající (časově, finančně, fyzicky i psychicky) a skloubení péče s pracovními povinnostmi bývá pro neformální pečovatele velmi obtížné. Péče o závislou osobu generuje specifické potřeby na flexibilní podobu zaměstnání, jako je například nutnost sladit pracovní dobu s otevírací dobou zařízení sociálních služeb, mít možnost být uvolněn a řešit nenadálé problémy nebo být neustále na telefonu. Ekonomická aktivita pečujících je výrazně závislá na dostupnosti částečných úvazků a flexibilních forem práce, které jsou však v České republice málo dostupné. Pečující osoby jsou tak často, v důsledku nepříznivých podmínek pro skloubení péče a zaměstnání nuceny vzdát se své původní práce a propadají se do ekonomické neaktivity. Ta s sebou nese mimo snížení příjmů i vedlejší negativní efekty (ztráta pracovních kompetencí, sociální izolace, snížení psychické pohody pečujících apod.).

### 8.1. Zlepšení možností pro udržení si zaměstnání při vyvstání potřeby péče

#### 8.1.1. Krátkodobé volno na péči<sup>58</sup>

Cílem opatření je umožnit zaměstnanci, v jehož rodině vznikne potřeba dlouhodobé péče, zorientovat se v nové situaci a věnovat se péči bez obav ze ztráty zaměstnání. Svou povahou je koncept krátkodobého volna na péči analogií k institutu mateřské dovolené. Krátkodobé volno na péči by bylo nárokovatelným uvolněním ze zaměstnání, během kterého by zaměstnavatel garantoval pečující osobě ochranu pracovní pozice ve stejné síle, jako v případě čerpání mateřské dovolené. Nárok na volno by vznikl na základě potvrzení ošetřujícího lékaře o potřebě péče. Osoba čerpající toto volno by musela přerušit pracovní aktivitu (v zaměstnání, ve kterém čerpá volno, OSVČ by pak nesměla vykonávat samostatně výdělečnou činnost). V případě hospitalizace závislé osoby by nárok trval podobně jako u PnP, tedy do doby, pokud doba hospitalizace nepřekročí dobu jednoho kalendářního měsíce. I v průběhu hospitalizace závislé osoby před pečovatelem obzvláště na počátku péče stojí povinnosti jako zajištění služeb a organizace péče či úprava bydlení.

Krátkodobé volno by mělo co nejméně ohrozit a oslabit pozici pečovatele na trhu práce, řádově by se tak mělo pohybovat v několika týdnech, až měsících. Jeho délku navrhuje v délce 3 měsíce na zaměstnance na jednu na péči závislou osobu. Na jednu závislou osobu by mohlo být krátkodobé volno na péči přitom čerpáno celkem dvakrát. Bylo by tak podpořeno rozložení pečovatelského břemene mezi více členů rodiny, aby péče tradičně nedopadla jen na ženu-matku či dceru. Tedy na jednu závislou osobu by mohlo být vyčerpáno celkem 6 měsíců. Během krátkodobého volna by bylo možné se jednou vystřídat či si volno rozložit do více částí, platila by přitom podmínka délky 3 měsíců na jednoho zaměstnance na jednu závislou osobu.

<sup>57</sup> V rámci projektu „Podpora neformálních pečovatelů“ bylo téma ekonomické aktivity a účasti pečovatelů na trhu práce řešeno i externím dodavatelem. Pro další informace o problematice je tak možno odkázat na studii „Možnosti návratu pečujících osob na trh práce – závěrečná zpráva (Podkladová studie možností návratu pečujících na trh práce)“ (Sociotrendy 2015).

<sup>58</sup> Opatření vychází z návrhu opatření „Volno na péči, peněžité pomoci při péči a prodloužené volno na péči“ Odborné komise pro rodinnou politiku MPSV, pracovní skupiny k dlouhodobé péči o seniory, v níž je realizační tým projektu FDV „Podpora neformálních pečovatelů“ zastoupen a na přípravě daného návrhu se tak podílel.

Možnost opakování krátkodobého volna na péči by existovalo pouze jednou – v případě péče o osobu v terminálním stádiu nemoci. Parametry nástroje při péči o umírající osobu by byly stejné jako výše. Nárok by vznikl na základě potvrzení paliativního lékaře.

Během krátkodobého volna na péči by pečující osoba měla nárok na peněžitou pomoc při péči, jejímž cílem by byla finanční kompenzace ušlého výdělku. Peněžitá pomoc při péči by byla novou dávkou nemocenského pojištění stavěnou analogicky k institutu OČR – ošetřování závislého člena rodiny, který v tuto chvíli kryje pouze péči pouze u krátkodobých událostí. Dávka by byla vypočtená z redukce denního vyměřovacího základu ve výši 60 % a poskytována od prvního dne péče.

Institut by byl ukotven v zákoně č. 262/2006 Sb., zákoníku práce, v § 191, jako důležitá osobní překážka v práci na straně zaměstnance. Podrobněji by byl institut vymezen v novém paragrafu části osmé, hlavy I., dílu 1. daného zákona. Navrhovaná změna by si vyžádala i úpravu zákona o nemocenském pojištění 187/2006 Sb., (část 1, § 4, přidání bodu a další úpravy napříč zákonem). Novelizována by musela být i zdravotnická legislativa v souvislosti s úpravou nároku na péči.

### 8.1.2. Dlouhodobé volno na péči

Na krátkodobé volno na péči by mohlo navazovat, jako analogie k rodičovské dovolené, dlouhodobé volno na péči, které by umožnilo pečovateli alespoň po určité specifické období věnovat se plně péči bez obavy ze ztráty zaměstnání, příp. umožnilo lépe kombinovat pracovní a pečovatelské povinnosti. Oproti krátkodobému volnu na péči by tento institut umožnil péči v řádu až několika let. Dlouhodobé volno na péči je v tomto ohledu ve srovnání s rodičovskou dovolenou spojeno s několika nevýhodami vyplývajícími z nepředvídatelné délky potřeby péče. Péče může být ukončena takřka kdykoliv a nejasný termín návratu do zaměstnání zkomplikuje zaměstnavatelům personální politiku (např. plánování lidských zdrojů, uzavírání smluvního vztahu se zastupujícími pracovníky). Ne neobvyklá může být situace, kdy ani dlouhodobé volno nebude na pečovatelské závazky „stačit“ a pečující osoba po ukončení volna na péči do zaměstnání stejně nenastoupí.

I během tohoto volna na péči by měl zaměstnavatel povinnost ochrany pracovní pozice pečujícího zaměstnance, a to ve stejné síle, jako v případě čerpání rodičovské dovolené, tedy návrat na pracovní pozici v rozsahu uzavřené pracovní smlouvy. Nárok na volno by rovněž vznikl na základě potvrzení ošetřujícího lékaře o potřebě péče. Během dlouhodobého volna na péči by osoba v péči nesměla čerpat pobytové sociální služby. V případě hospitalizace by byl nárok stejný jako v případě pobírání PnP, resp. u čerpání krátkodobého volna na péči (viz 8.1.1). Navrhujeme následující varianty opatření:

#### Varianta A:

První možností je nastavení tohoto institutu jeho **nenárokovatelného** – čerpání volna by tak bylo závislé na dohodě zaměstnance a zaměstnavatele<sup>59</sup>. (O nárokovatelnosti volna na péči lze uvažovat např. v případě péče o umírající osobu.) V případě, že by se zaměstnanec či OSVČ po určitou dobu zcela stáhl z trhu práce (tzn. nepracoval by ani nevykonával samostatně výdělečnou činnost), zdravotní

<sup>59</sup> Nenárokovatelnost je spojena s institutem volna na péči v Rakousku („Pflegekarenz“). Čerpání volna na péči podmíněno schválením zaměstnavatele, ač jde svou délkou (1-3 měsíce) o krátkodobý výpadek. Dle vyjádření zástupce rakouského Ministerstva práce, sociálních věcí a ochrany spotřebitelů na mezinárodním workshopu zrealizovaném v rámci projektu „Podpora neformálních pečovatelských“ nenárokovost, tedy nutnost schválení volna zaměstnavatelem, paradoxně v praxi pozitivně přispívá k implementaci tohoto nástroje.



pojištění by za pečující osobu v tomto období platil stát. Osoba čerpající dlouhodobé volno na péči by se tak musela hlásit na Úřadu práce jako pečující osoba. V případě zachování částečného úvazku by zůstal plátcem pojištění zaměstnavatel, dá se ale, z důvodu větší motivace zaměstnavatelů, uvažovat i o tom, že by část, nebo celé pojištění hradil stát.

#### Varianta B:

Druhým možným nastavením tohoto institutu je jeho **nárokovatelné ukotvení**<sup>60</sup>. Analogicky jako v případě rodičovské dovolené, navrhuje délku trvání dlouhodobého volna na péči max. 3 roky na jednu na péči závislou osobu. Nárok na dlouhodobé volno na péči by současně musel být významně více přezkoumáván. Jeho čerpání by bylo podmíněno stupněm závislosti (např. přiděleným PnP, od II. stupně závislosti výše) a intenzitou péče (např. v min. rozsahu 20 hodin/týden). Volno na péči by mohlo být čerpáno v kuse nebo přerušovaně, pečující osoby by se mohly vystřídat. Pečující osoby by mohly také čerpat částečné volno, ze kterého by vyplýval nárok na zkrácení úvazku, (pakliže by tomu nebránily vážné provozní důvody), nebo úplné – v tom případě by se stejně jako u varianty A měly povinnost registrovat na Úřadu práce a zdravotní pojištění by za ně platil stát.

Existuje i několik možností, jak v průběhu péče zajistit finanční zabezpečení pečovatelů: První z nich je, že by dlouhodobé volno na péči bylo neplacené, resp. pečující osoba by měla nárok na existující podporu této cílové skupiny (tzn. nepřímo na PnP, případně na příspěvek pro pečující osoby, v případě jeho zavedení, viz kap 6.2.). Druhou, nákladnější možností, je zavedení příspěvku při péči jako dávky státní sociální podpory pro pečující osoby. Vzhledem k nepředvídatelné délce potřeby péče by bylo možné její pobírání pouze v jedné sazbě, analogicky s rodičovským příspěvkem lze uvažovat o celkové alokaci 220 000 Kč (cca 6 100 Kč měsíčně) na jednu na péči závislou osobu.<sup>61</sup>

Institut by byl ukotven v zákoně č. 262/2006 Sb., zákoníku práce, v § 191, jako důležitá osobní překážka v práci na straně zaměstnance. Podrobněji by byl institut vymezen v novém paragrafu části osmé, hlavy I., dílu 1. daného zákona. Navrhovaná změna by si dále vyžádala i úpravu zákona o důchodovém pojištění (155/1995 Sb.) a veřejném zdravotním pojištění (48/1997 Sb.), v případě zavedení příspěvku při péči pak zákonu o státní sociální podpoře (177/1996 Sb.).

---

<sup>60</sup> Nárokovatelnou podobu relativně dlouhého volna na péči („Carers Leave“) má ve své sociální politice ukotvené Irsko. Zákonný nárok je definován dobou nejméně 13 a nejvýše 104 týdnů, tedy 2 roky. Pouze v případě, že by pečující chtěl čerpat dobu kratší než 13 týdnů, má zaměstnavatel právo jeho požadavek odmítnout. Zkušenosti ale ukazují, že ani nárokovost nezaručí zaměstnanci automaticky, že bude moci bezproblémově přerušit výkon zaměstnání a věnovat se péči. Podpora deklarovaná zaměstnavatelem stejně jako atmosféra na pracovišti ve velké míře ovlivňují, zda zaměstnanec o volno na péči vůbec zažádá. (O’Mahoney, O’Sullivan 2015)

<sup>61</sup> Příklady ze zahraniční praxe ukazují, že oba způsoby (ne)financování jsou možné: neplacenou pečovatelskou dovolenou („Pflegezeit“) lze nalézt např. v Německu (Geissler et al. 2015b). Naopak v Irsku mají naopak pečovatelé čerpající volno na péči nárok na dávku pro pečovatele („Carer’s Benefit“), který vzniká na základě platby sociálního pojištění (Citizens Informations 2015). V Rakousku pečovateli čerpajícímu volno na péči náleží finanční příspěvek („Pflegekarenzgeld“) ve výši 55 % hrubého příjmu (Geissler et al. 2015b).

## 8.2. Zvýšení nabídky částečných pracovních úvazků a flexibilních forem práce pro neformální pečovatele

### 8.2.1. Úprava povinných odvodů na sociální a zdravotní pojištění pro zaměstnavatele při zaměstnávání neformálních pečovatelů na částečný úvazek<sup>62</sup>

Zvýšený zájem o částečné úvazky i jiné formy flexibilního zaměstnání mezi neformálními pečovateli potvrdila analýza v rámci projektu realizovaných fokusních skupin i dotazníkové šetření, které je rovněž jednou z aktivit projektu<sup>63</sup>. Politika směřující k vyššímu využívání částečných úvazků se přitom v současnosti uplatňuje i v mnoha evropských zemích<sup>64</sup>, přičemž nižší odvody, případně daňová zvýhodnění, jsou standardním nástrojem na jejich podporu. V současnosti je sice v Zákoníku práce popsán nárok na zkrácení pracovní doby<sup>65</sup>, v praxi se tento nárok ale uplatňuje poměrně obtížně. Jeví se tak jako potřebné motivovat zaměstnavatele k poskytování zkrácených úvazků pozitivní způsobem. Nižší odvody na sociálním a zdravotním pojištění neformálních pečovatelů by tedy měly napomoci tomu, aby tato skupina byla na „trhu částečných úvazků“ pro zaměstnavatele atraktivnější. Pro tuto skupinu by tak neplatil minimální vyměřovací základ (tzn. zdravotní pojištění by se vypočítávalo z vyměřovacího základu počítaného z reálného příjmu, který může být při částečných úvazcích i nižší než současné minimum, kterým je minimální mzda). Přesnou míru snížení přitom nelze v tomto obecném návrhu určit. Její výše samozřejmě musí být pro zaměstnavatele dostatečně motivující.

Aby tato forma podpory byla účinná v podpoře celých rodin, neměla by se omezovat pouze na jednoho pečovatele, ale měla by dát možnost podpory částečného úvazků alespoň dvěma neformálním pečovatelům ze sociálního okolí osoby, o kterou je pečováno (typicky manželovi a manželce, sourozencům apod.). Tento parametr by měl podpořit sdílenou péči, přičemž např. partneři pečující o dítě se zdravotním postižením by se tak mohli o snížení úvazku „podělit“, podpora v podobě snížených odvodů pro zaměstnavatele by se týkala obou z nich.

### 8.2.2. Podpora vytvoření platformy „Práce a péče“ spojující zaměstnavatele se vstřícným přístupem k neformálním pečovatelům

Vedle opatření, která mají za cíl zaměstnavatele finančně motivovat k zaměstnávání pečujících osob, či přímých legislativních opatření nařizujících věnovat skupině neformálních pečovatelů větší ochranu,

<sup>62</sup> Upraven by musel být zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, a zákon č. 589/1992 Sb., o pojistném na sociální zabezpečení a příspěvku na státní politiku zaměstnanosti.

<sup>63</sup> V něm například vyšlo, že ti, kteří pracují před započítáním péče na zkrácený úvazek, si ho jsou schopni poměrně často zachovat, naopak lidé pracující na úvazek plný, spíše než aby přešli na úvazek zkrácený, trh práce zcela opustí.

<sup>64</sup> Jedná se například o tzv. „flexicurity balíček“, balíček přijatý v Rakousku, Španělskou politiku zaměstnanosti atp. Více v dokumentu „Rešerše zkušeností ve vybraných evropských státech a identifikované příklady dobré praxe zaměřené na podporu neformálních pečovatelů a zaměstnavatelů“, který byl v rámci projektu zpracován dodavatelem.

<sup>65</sup> Konkrétně se jedná o následující pasáž „Požádá-li zaměstnankyně nebo zaměstnanec pečující o dítě mladší než 15 let, těhotná zaměstnankyně nebo zaměstnanec, který prokáže, že převážně sám dlouhodobě pečuje o osobu, která se podle zvláštního právního předpisu považuje za osobu závislou na pomoci jiné fyzické osoby ve stupni II (středně těžká závislost), ve stupni III (těžká závislost) nebo stupni IV (úplná závislost)77a), o kratší pracovní dobu nebo jinou vhodnou úpravu stanovené týdenní pracovní doby, je zaměstnavatel povinen vyhovět žádosti, nebrání-li tomu vážné provozní důvody“ § 241 odstavec 2 zákona č. 262/2006 Sb., zákoníku práce.

navrhujeme podpoření vzniku **uskupení propagující možnosti skloubení práce a péče, kde by se sdružovali zaměstnavatelé s přátelským přístupem k neformálním pečovatelům**. Inspirací pro tuto platformu by mohla být například zkušenost z Velké Británie, kde existuje skupina „Employers for Carers“<sup>66</sup> (Zaměstnavatelé pro pečovatele)<sup>67</sup>. Cílem opatření by bylo vytvořit určitou „značku“, která by nesla snadno rozpoznatelný obsah, a sice že zaměstnávání pečovatelů nemusí znamenat pro firmy problém a ztráty, ale i určité přínosy a zisk. Zároveň by firmy dávaly navenek najevo, že v jejich společnosti panuje přátelské prostředí, které počítá s případnou pečovatelskou rolí jejich zaměstnanců.

Stát by mohl vznik této platformy iniciovat, případně poskytnout jejímu zavedení prvotní finanční impuls, eventuálně by bylo možné vznik takového uskupení podpořit realizací ESF projektu. V úvahu by připadala i informační kampaň cílená na zaměstnavatele zaměřená na problematiku kombinace práce a péče. Dlouhodobě se pro tuto iniciativu předpokládá s klíčovou rolí soukromých firem za případné podpory neziskových organizací.

### **8.3. Zvýšení dostupnosti sociálních služeb pro ekonomicky aktivní neformální pečovatele**

#### **8.3.1. Využívání sociálních služeb jako odečitatelné položky či slevy na dani pro zaměstnance/OSVČ<sup>68</sup>**

Díky vhodným sociálním službám mohou neformální pečovatelé přenechat část péče profesionálům a rozdělit tak zátěž dlouhodobé péče mezi sebe a sociální služby. Podpora využívání sociálních služeb zaměstnanci, v jejichž rodinách, či blízkém sociálním okolí, se vyskytla akutní potřeba dlouhodobé péče, stejně jako podpora nákupu těchto služeb přímo osobami, o které je pečováno, by měla usnadnit setrvání pečujících osob na trhu práce.

Zaměstnanci či OSVČ by mohli **náklady na sociální služby pro osobu, o kterou pečují, odečíst do určité výše ze základu daně z příjmu, případně uplatnit na dani přímou slevu**. Oba tyto nástroje jsou přitom standardní a dlouhodobě zavedené, mimo jiné je jimi podpořena i péče o dítě ve školce. Tento odečet či slevu by mohli uplatnit jak přímí pečovatelé, tak jejich manžel či manželka, případně registrovaný partner či partnerka, nebo i další členové rodiny, kteří péči určitou měrou sdílejí (typicky například sourozenci pečující o rodiče a jejich partneri). Odečítat by se mohly pouze služby nakoupené pro osobu, o kterou je pečováno. Zároveň by tato sleva mohla být uplatňována až poté, co by byl na úhradu služeb vyčerpán příspěvek na péči. Limit odečítané částky či slevy by byl ale jeden, přičemž tuto formu slevy či odečtu by mohly využít v jednom kalendářním měsíci maximálně tři osoby. Takováto forma podpory by měla být cílena na rodiny, ve kterých se vyskytuje nutnost péče o osoby se závažnějšími typy

<sup>66</sup> <https://www.employersforcarers.org/>

<sup>67</sup> Ta zdůrazňuje benefity firemního prostředí chápajícího potřeby osob, které se snaží vybalancovat pracovní povinnosti a odpovědnost, která je svázaná s péčí. Hlavním argumentem je udržení si zkušených pracovníků, kteří by jinak museli kvůli náročnosti péče zaměstnání opustit. Náhrada takových pracovníků přitom s sebou, dle britské iniciativy, nese značný náklad pro zaměstnavatele. Tomuto nákladu se přitom díky nastavení firemní politiky tak, aby zohledňovala potřeby neformálních pečovatelů, lze vyhnout.

<sup>68</sup> Upraven by musel být zákon č. 586/1992 Sb., o daních z příjmů.

zdravotního znevýhodnění, v současném systému PnP doporučujeme uplatnit pro osoby alespoň ve druhém stupni závislosti.

#### **8.4. Zvýšení podpory nezaměstnaných současných i bývalých neformálních pečovatelů**

Pečující osoby se po mnoha letech strávených mimo trh práce potýkají se zastaráním pracovních kompetencí a „dírou“ v životopise. Společně se ztrátou sebevědomí a orientace v aktuálních podmínkách panujících na trhu práce je pro pečující návrat na trh práce, ať již v průběhu či po ukončení péče, nesnadný.

Zákon č. 435/2004 Sb., o zaměstnanosti, pracuje se skupinou pečujících osob a v § 5 odst. c uvádí „vážné důvody“ – těmi je také „nezbytná osobní péče o fyzickou osobu, která se podle zvláštního právního předpisu považuje za osobu závislou na pomoci jiné fyzické osoby ve stupni II (středně těžká závislost), ve stupni III (těžká závislost) nebo ve stupni IV (úplná závislost), pokud s uchazečem o zaměstnání trvale žije a společně uhrazují náklady na své potřeby; tyto podmínky se nevyžadují, jde-li o osobu, která se pro účely důchodového pojištění považuje za osobu blízkou.“ Vážné důvody pak uchazečům o zaměstnání přináší určitá specifická práva<sup>69</sup> (viz také 8.4.1.). Neformální péče je také posuzována jako náhradní doba zaměstnání pro posuzování nároku na podporu v nezaměstnanosti a podporu při rekvalifikaci (§ 41). Vzhledem k znevýhodnění, které pro neformální pečovatele pečovatelské závazky představují při hledání zaměstnání nebo které pro bývalé pečovatele znamená dlouhá doba ekonomické neaktivity, je vhodné hledat další způsoby podpory.

##### **8.4.1. Explicitní zařazení neformálních pečujících mezi osoby vyžadující zvýšenou péči při zprostředkování zaměstnání**

V procesu návratu na trh práce je velmi podstatné, aby ÚP věnoval dostatečný prostor kvalitnímu poradenství pečovatelům při hledání nového zaměstnání případně při volbě vhodné rekvalifikace. V současnosti, podle § 33 zákona 435/2004 Sb., o zaměstnanosti, je uvedeno, že „Při zprostředkování zaměstnání se věnuje zvýšená péče uchazečům o zaměstnání, kteří ji pro svůj zdravotní stav, věk, péči o dítě nebo z jiných vážných důvodů potřebují.“ Péče o závislou osobu je zákonem považována za „vážný důvod“ a proto by zvýšená péče neformálním pečovatelům měla být poskytována.

Přesto navrhujeme **explicitní zmínění péče o závislou osobu, jako důvodu pro zvýšenou péči při zprostředkování zaměstnání** do příslušného paragrafu. Explicitní jmenování pečujících osob by mělo signalizovat důležitost poskytování podpory právě pečujícím analogicky, jako je to v případě péče o dítě, což je rovněž skutečnost považována zákonem za „vážný důvod“. Navrhujeme proto doplnění § 33 následujícím způsobem: „Při zprostředkování zaměstnání se věnuje zvýšená péče uchazečům o zaměstnání, kteří ji pro svůj zdravotní stav, věk, péči o dítě **nebo o závislou osobu** nebo z jiných vážných důvodů potřebují.“ Nárok na zvýšenou péči při zprostředkování zaměstnání lze vztáhnout

<sup>69</sup> Možnost žádat o zprostředkování zaměstnání v okrese, kde se z vážných důvodů uchazeč o zaměstnání zdržuje (§ 28, zákona č. 425/2004 Sb.); určitá tolerance nesplnění informační povinnosti a prezenze na Úřadu práce z vážných důvodů při rozhodování o vyřazení z evidence uchazečů o zaměstnání (§ 30-31); právo na uhrazení nedokončené rekvalifikace z vážných důvodů Úřadem práce (§ 109a odst. 5) a odebrání povinnosti uhradit rekvalifikaci, pokud z vážných důvodů uchazeč o zaměstnání odmítne nastoupit do zaměstnání, odpovídajícího nově získané kvalifikaci (§ 109a odst. 8).

k přiznanému stupni závislosti fyzické osoby (na základě zákona o sociálních službách, č. 108/2006 Sb.)<sup>70</sup>, zvýšenou péčí by bylo vhodné poskytovat neformálním pečovatелům pečujícím o osobu ve II., III. a IV. stupni závislosti.

#### **8.4.2. Prodloužená podpůrná doba v nezaměstnanosti pro současné pečovatele<sup>71</sup>**

Cílem tohoto opatření by mělo být podpořit osoby, které se snaží sladit práci a péči. Pro ekonomicky aktivní pečovatele, kteří v průběhu péče ztratí zaměstnání, je hledání dalšího pracovního uplatnění komplikovanější právě vzhledem k existenci péče o osobu s handicapem. Navrhujeme proto, aby jim byla prodloužena podpůrná doba v nezaměstnanosti, a to na 8 měsíců, obdobně jako je tomu u lidí nad 50 let. Toto by se týkalo jen těch pečovatelů, kteří pečují o osoby se stupněm závislosti II. a vyšším a kteří zároveň za poslední dva roky alespoň 12 měsíců pečovali a zároveň pracovali.

#### **8.4.3. Upravení výpočtu podpory v nezaměstnanosti pro bývalé pečovatele<sup>72</sup>**

Doba péče se podle zákona o zaměstnanosti bere jako náhradní doba zaměstnání. Z této skutečnosti vyplývá nárok na podporu v nezaměstnanosti po ukončení péče. Výpočtový vzorec výše podpory však není z hlediska skupiny neformálních pečovatelů velice příznivý a výše podpory je tak nízká<sup>73</sup>. Cílem tohoto opatření by bylo výpočet upravit tak, aby byla výsledná podpora vyšší a více zohledňovala reálně vykonávanou práci pečovatelů, která, ač se neodehrává na trhu práce, má významný společenský přínos. Znamenalo by to zvýšení koeficientu, kterým se násobí průměrná mzda při výpočtu výše podpory. Vzhledem k náplni role pečovatele se může jako základ výpočtu místo obecné průměrné mzdy brát průměrná mzda pracovníků v sociálních službách. Přičemž výše koeficientu, pokud by se jako základ vzal průměrný plat v sociálních službách, by neměla překročit hodnotu 0,45, což je hodnota, kterou se násobí průměrný čistý měsíční výdělek zaměstnance, který se rozhodl odejít se zaměstnání z vlastní vůle<sup>74</sup>.

#### **8.4.4. ESF projekty zaměřené na podporu zaměstnatelnosti pečující osoby**

OPZ otevírá možnost pro realizaci projektů podporující zaměstnanost pečujících osob. Paleta podporovaných aktivit, které lze označit pro neformální pečovatele vracející se na trh práce za potřebné, je široká – od zprostředkování zaměstnání, přes poradenství, rekvalifikace, podporu aktivit k získání pracovních návyků a zkušeností či podporu tvorby nových pracovních míst. Realizace projektů cílených na neformální pečovatele, ať již Úřadem práce, poradenskými a vzdělávacími institucemi, nestátními neziskovými organizacemi, obcemi či dalšími oprávněnými příjemci by přispěla

<sup>70</sup> Tento mechanismus pro určení nároku už zákon o zaměstnanosti používá při vymezení „vážných důvodů“, viz kap. 8.4.

<sup>71</sup> Upraven by musel být zákon č 435/2004 Sb., o zaměstnanosti.

<sup>72</sup> Upraven by musel být zákon č 435/2004 Sb., o zaměstnanosti.

<sup>73</sup> Konkrétně se „stanoví za první 2 měsíce ve výši 0,15násobku, další 2 měsíce ve výši 0,12násobku a po zbývajících podpůrnou dobu 0,11násobku průměrné mzdy v národním hospodářství za 1. až 3. čtvrtletí kalendářního roku předcházejícího kalendářnímu roku“ (§ 51 zákona č 435/2004 Sb., o zaměstnanosti).

<sup>74</sup> Pokud bychom počítali se strukturou mezd zaměstnanců z roku 2014 dle ČSÚ (ČSÚ 2015), podpora by pečovatелům maximálně stoupla ze současných cca 3100 Kč pro první dva měsíce, 2480 Kč v třetím a čtvrtém měsíci a asi 2270 Kč pro pátý a šestý měsíc na cca 6200 Kč po celou podpůrnou dobu. Do výpočtu byly započítány kategorie zaměstnání „Ošetřovatelé a pracovníci sociálních služeb v oblasti pobytové péče“ a „Ošetřovatelé a pracovníci sociálních služeb v oblasti ambulantních služeb, domácí péče“. Pro srovnání, při průměrné mzdě v ČR je nejnižší podpora v nezaměstnanosti asi 9300 Kč.



OPERAČNÍ PROGRAM  
LIDSKÉ ZDROJE  
A ZAMĚSTNANOST

PODPORUJEME  
VAŠI BUDOUCNOST  
[www.esfcr.cz](http://www.esfcr.cz)

k podpoře zaměstnanosti této cílové skupiny. Řídícímu orgánu doporučujeme, zaměřit se na cílovou skupinu neformálních pečovatелů explicitně v příslušných výzvách.



evropský  
sociální  
fond v ČR



EVROPSKÁ UNIE



OPERAČNÍ PROGRAM  
LIDSKÉ ZDROJE  
A ZAMĚSTNANOST

PODPORUJEME  
VAŠI BUDOUCNOST  
[www.esfcr.cz](http://www.esfcr.cz)

Tabulka 5: Zhodnocení opatření z kapitoly 8. Podpora ekonomické aktivity pečujících osob v průběhu a po ukončení péče

Opatření	Náročnost implementace	Finanční náročnost	Přínos pro NePe	Efekt
8.1.1. Krátkodobé volno na péči	Střední	Vysoká	Klíčové opatření	Střednědobý
8.1.2. Dlouhodobé volno na péči	Střední	Střední/Vysoká (dle vybrané varianty)	Významné opatření	Střednědobý/Dlouhodobý
8.2.1. Úprava povinných odvodů na sociální a zdravotní pojištění pro zaměstnavatele při zaměstnávání neformálních pečovatelů na částečný úvazek	Střední	Střední	Podpůrné opatření	Střednědobý
8.2.2. Podpora vytvoření platformy „Práce a péče“ spojující zaměstnavatele se vstřícným přístupem k neformálním pečovatelům	Střední	Nízká	Podpůrné opatření	Dlouhodobý
8.3.1. Využívání sociálních služeb jako odečitatelné položky či slevy na dani pro zaměstnance/OSVČ	Střední	Vysoká	Podpůrné opatření	Střednědobý
8.4.1. Explicitní zařazení neformálních pečujících mezi osoby vyžadující zvýšenou péči při zprostředkování zaměstnání	Nízká	Nízká	Podpůrné opatření	Okamžitý
8.4.2. Prodloužená podpůrná doba v nezaměstnanosti pro současné pečovatele	Střední	Střední	Podpůrné opatření	Střednědobý
8.4.3. Upravení výpočtu podpory v nezaměstnanosti pro bývalé pečovatele	Střední	Střední	Významné opatření	Okamžitý
8.4.4. ESF projekty zaměřené na podporu zaměstnatelnosti pečujících osob	Nízká	Nízká/Střední	Podpůrné opatření	Střednědobý/Dlouhodobý

## 9. Zlepšení informovanosti a vzdělávání pečujících osob, osob závislých na péči a veřejnosti

### 9.1. Zlepšení informovanosti a nabídky vzdělávání pro pečující osoby

Absence komplexních a utříděných informací o péči byla identifikována jako jeden z významných problémů neformálních pečovatелů. Informační deficit je pociťován nejvíce především v začátcích péče, kdy pečujícím osobám chybí informace o aktuální právní úpravě neformální péče, možnostech finanční podpory, službách nebo technice vykonávání péče. Pečující v tomto směru nemohou zcela spoléhat na klasické informační kanály – lékaře, nebo sociální pracovníky na ÚP, jejichž schopnost poskytnout dobrou radu je podle zkušenosti pečujících velmi rozdílná. Všechna námi navrhovaná opatření by bylo vhodné aplikovat v ucelené podobě. Koncepční přístup k informovanosti pečujících by zajistil provázanost jednotlivých informačních kanálů a dlouhodobou udržitelnost poskytované podpory, pečujícím by poskytl jistotu v tom, kam se s žádostí o pomoc obracet. Pro funkční systém informovanosti pečujících je podstatné rovněž jasné vymezení kompetencí a odpovědnosti zapojených institucí.

#### 9.1.1. Vytvoření uživatelsky přístupnějšího webového rozhraní s informacemi pro pečující osoby

Pečující ve fokusních skupinách konaných v rámci projektu Podpora neformálních pečovatелů zmiňovali nespokojenost se současnou podobou internetové prezentace orgánů státní správy, především webu Ministerstva práce a sociálních věcí. Kritika směřovala k uživatelské nevstřícnosti webových stránek a nedostupnosti potřebných informací, což může vytvářet bariéru v přístupu k informacím především pro pečující osoby s horší znalostí práce s internetem.

#### **Varianta A: Vytvoření portálu s informacemi o péči provozovaném MPSV**

Jedním řešením může být vytvoření **portálu s informacemi o péči mimo hlavní stránky MPSV**. Inspiraci je možné hledat například v Německu, kde mohou pečující využívat informační portál zřizovaný spolkovým ministerstvem práce a sociálních věcí ([www.einfach-teilhaben.de](http://www.einfach-teilhaben.de))<sup>75</sup>. Zřízení informačního portálu v ČR by mohlo probíhat obdobným způsobem, tedy v kompetenci MPSV (příp. jím pověřené instituce) – zodpovídalo by za údržbu a aktualizace, na tvorbě obsahu by se mohli podílet i další resorty a instituce. K tomuto účelu by mohlo být využito rozhraní Integrovaného portálu ministerstva práce a sociálních věcí, který již celou řadu pro pečující důležitých informací obsahuje. V rámci portálu by mohly být pečujícím poskytnuty základní informace o problematice péče uceleně na jednom místě, umožnit prvotní zorientování se v problematice péče a sloužit jako rozcestník pro hledání dalších informací.

---

<sup>75</sup> Německý portál pro osoby s postižením a pečující osoby vyniká především svojí uživatelskou vstřícností (možnost volby jednoduššího jazyka nebo znakové řeči) a velmi dobře utříděnými informacemi.



## Varianta B: Vytvoření portálu s informacemi o péči provozovaném neziskovou organizací

Portál by mohl být provozován i neziskovou organizací, která se problematikou neformální péče zabývá. Inspiraci pro toto řešení lze čerpat například ve Velké Británii, kde pečující mohou využívat webový portál organizace Carers UK ([www.carersuk.org](http://www.carersuk.org)). V případě portálu provozovaného neziskovou organizací je nevýhodou nutnost spoléhat na vlastní iniciativu dané organizace. Provoz webu by byl hrazen z prostředků neziskové organizace, u kterých je nestabilita a nejistota financování dlouhodobým problémem. Existence webu by tak byla zcela závislá na funkčnosti dané organizace a jejím zájmu o tuto problematiku. Vznik portálu by mohl být podpořen z veřejných prostředků, avšak stále zůstává problematická udržitelnost jeho provozu po skončení případného projektu.

### 9.1.2. Vytvoření a distribuce informačních materiálů pro pečující osoby

Pro pečující osoby, zejména z řad seniorů, které nevyužívají webové prostředí k vyhledávání informací, by bylo vhodné vytvořit **informační brožury**. Ty by byly distribuovány přes ty články systému, se kterými přicházejí pečující do kontaktu nejvíce, především mezi ošetřující lékaře, ÚP či obce. Brožura by měla obsahovat základní informace, které pečující potřebuje v začátcích péče – informace o právních aspektech péče, možné finanční podpoře, službách a především by měla pečujícím poskytnout kontakty na organizace a instituce, kam se mohou ve své konkrétní situaci dále obracet. Bylo by tedy vhodné ji doplnit i regionálně specifickými informacemi. Kromě fungující distribuce je zcela zásadní rovněž pravidelná aktualizace materiálů.

Za tvorbu a distribuci brožur by zodpovídaly kraje, příp. ORP. V rámci projektu „Podpora neformálních pečovatелů“ byl tento typ brožury vytvořen, pilotní verze byla připravena pro Středočeský kraj. Tento výstup projektu bude umístěn na webu, v případě zájmu mohou další kraje na tento materiál navázat a do obecné části doplnit regionální informace.

V současné době již existuje celá řada příruček nebo brožur, které jsou často velmi informačně obsáhlé, podrobné, nebo cílené na konkrétní skupinu závislých osob. Námi navrhovaný materiál by neměl být další podrobnou příručkou, spíše rozcestníkem pro všechny pečující. Příručka by měla provést začínajícího pečujícího skrz typické situace, do kterých se může dostávat a navést ho směrem k další případné pomoci.

### 9.1.3. Vzdělávací kurzy pro pečující osoby

Vzdělávací kurzy jsou další z možností, jak zlepšit informovanost pečujících osob zejména v počátcích péče a kterých v ČR není mnoho<sup>76</sup>. Navrhujeme tvorbu dvou typů prezenčních vzdělávacích aktivit. První by představovaly **informační semináře**, které by pečujícím usnadnily především počátek péče. Ty by se konaly pravidelně (několikrát do roka) a byly by v gesci krajů, případně ORP. Hlavním posláním kurzů by bylo zprostředkování minimálního počátečního vhledu do problematiky (možnost finanční podpory, právní aspekty atd.) a především předání dalších užitečných kontaktů pečujícím (sociální služby). Informační seminář by bylo vhodné uspořádat rovněž v případech, kdy dojde ke změně

---

<sup>76</sup> V některých evropských zemích (např. Německo, Velká Británie) fungují kurzy pro pečující provozované neziskovými organizacemi nebo pojišťovnami. Kurzy jsou zaměřeny na různé aspekty péče, u některých si pečující mohou volit mezi prezenční a distanční formou.

legislativy, která by mohla mít na život pečujících nebo závislých osob zásadní vliv a je proto potřebné jim změny osvětlit.

Druhý typ vzdělávání představují **specializované kurzy**, které by pečujícím osvětlily některé aspekty vykonávání péče. Jedná se především o kurzy techniky péče a ošetřovatelských dovedností specifických pro konkrétní diagnózu, komunikace s opečovávaným nebo školení zaměřené na osobu pečujícího a jeho zvládnání celé situace. Kurzy by byly realizovány neziskovými organizacemi, které tyto konkrétní činnosti vykonávají a přijdou s pečovateli do kontaktu, jejich financování by bylo podpořeno z veřejných zdrojů.

Oba typy vzdělávacích akcí by poskytly pečujícím osobám možnost pro sdílení zkušeností. Důležité je zajistit dobrou propagaci (prostřednictvím krajů, obcí, ÚP, mezi klienty NNO apod.) a průběžně monitorovat zájem/ohlas účastníků. Realizace obou typů vzdělávacích aktivit by mohla být podpořena rovněž prostřednictvím ESF.

## 9.2. Podpora inkluze dětí se zdravotním postižením do škol hlavního vzdělávacího proudu

### 9.2.1. Osvěta o inkluzivním vzdělávání mezi řediteli škol

Problematiku inkluzivního vzdělávání je nutné systematicky podporovat zajištěním dostatku informací o dané problematice pro pedagogy i ředitele škol. Navrhujeme proto pokračovat v šíření osvěty o inkluzivním vzdělávání různými formami (semináře, tvorba informačních materiálů, sdílení dobré praxe aj.). Zajištění potřebné osvěty směřované k ředitelům základních i mateřských škol by bylo v kompetenci MŠMT.

### 9.2.2. Úprava způsobu financování asistenta pedagoga

Dostupnost inkluzivního vzdělávání je - jak v rámci povinné školní docházky, tak předškolního vzdělávání - pro mnoho pečujících rodin zcela klíčová. Zásadním problémem nastává v případě, kdy škola nedokáže zajistit dostatečné prostředky na plat asistenta pedagoga a dítě se nemůže účastnit vyučování v plném rozsahu. Prostředky na asistenta pedagoga ve družině jsou ještě omezenější. Tato situace znesnadňuje rodičům dítěte participaci na trhu práce, případně vyžaduje ze strany rodiny další investice do doplácení asistentů a tím dále zatěžuje rozpočet pečující rodiny. Situace se liší v různých krajích, které se spolupodílí na financování asistentů<sup>77</sup>.

Finanční dostupnost asistentů je základním předpokladem inkluzivního vzdělávání dětí se zdravotním postižením. Příspěvek k normativu pro žáky s handicapem náklady na asistenta nepokrývá, tudíž by bylo vhodné zajistit školám **další zdroj financí**, který by umožnil zřídit pozici asistenta pedagoga i při výrazném krácení rezerv kraje. Navrhujeme **vytvoření dotačního programu, ze kterého by ministerstvo mohlo vznik míst asistentů pedagoga podpořit** – v současné době jsou tímto způsobem

<sup>77</sup> Pro školy může být obtížné asistenta pedagoga zafinancovat – náklady na jeho mzdu jsou částečně hrazené z příspěvku, o který je navýšen krajský normativ v případě žáků s postižením, pokud tuto částku reálné náklady na asistenta převyšují, kraj může asistenta pedagoga dofinancovat z mimonormativních rezerv. Výše rezerv však není konstantní a školy jsou tudíž každoročně stavěny do nejistoty, jestli budou schopny financování zajistit. Výše normativu na žáka, stejně jako výše příspěvku na žáka s handicapem jsou zcela v kompetenci krajů. Kraje rovněž rozhodují o výši příspěvku při různých typech integrace.

podporovány školy, kde asistent nemůže být financován z normativů (soukromé, církevní). Škola by na kraj podala žádost o dofinancování asistenta pedagoga a kraj by podle počtů požadovaných úvazků zažádal o dotaci MŠMT.

### 9.3. Zlepšení povědomí veřejnosti o neformální péči

Lepší povědomí o neformální péči by pozitivně ovlivnilo situaci současných pečujících, kteří by mohli nalézt ve svém okolí a rodině větší pochopení své role, podporu a pomoc s péčí. Lepší informovanost o neformální péči a možnostech podpory by rovněž pozitivně přispěla k zatraktivnění péče v domácím prostředí a podpořila osoby, které se právě rozhodují, jakým způsobem vzniklou potřebu péče o blízkého člověka zajistit.

Je třeba pamatovat na to, že vedle čistě praktické stránky rozhodování o způsobu péče o blízkého člověka, hrají velmi podstatnou roli vždy vzájemné vztahy v rodině. Mimo rámec námi navrhovaných opatření je bezpochyby podstatné se rodinné soudržnosti do větší míry věnovat a podporovat jí jak ucelenou prorodinnou politikou, tak posilováním pečující funkce rodiny pomocí osvětové činnosti a vzdělávání dětí a mladých lidí k větší mezigenerační solidaritě.

#### 9.3.1. Informační kampaň o neformální péči

Velmi významným problémem neformálních pečujících je nedostatek podpory a docenění ze strany jejich okolí a širší veřejnosti. Role pečujícího se v české společnosti netěší příliš velkému uznání a existuje zde částí veřejnosti sdílená představa, že pečující osoby zneužívají nastavení systému. Nepochopení rozhodnutí pečovat o blízké v domácím prostředí může plynout právě z nedostatku informací o neformální péči.

**Cílem kampaně**, která by představila neformální péči jako dobrou alternativu institucionální péče o seniory a zdravotně postižené osoby, by bylo přispět ke **zvýšení uznání neformální péče**. Kampaň by zároveň měla **zvýšit obecné povědomí o přínosech a dopadech neformální péče** a tím podpořit osoby postavené před volbu způsobu péče o blízkého, aby možnost neformální péče zvážily. Zvýšení obecného povědomí o problematice neformální péče by mělo ideálně vést i k např. zvýšené nabídce kurzů na toto téma nabízených úředníkům v rámci celoživotního vzdělání či větší pozornosti ze strany vysokých škol apod.

Aby kampaň byla správně cílená a co nejvíce účinná, je potřeba postupovat podle osvědčených obecných postupů uplatňovaných při snaze o zvýšení povědomí o určitém tématu. Zejména se jedná o pre-test povědomí o tématu a o jeho konkrétních aspektech, na které by kampaň měla upozorňovat. I na základě tohoto předvýzkumu jsou poté stanoveny konkrétní priority pro kampaň. Ta je následně vytvořena, přičemž se klade důraz nejen na kvalitu kreativního řešení kampaně, ale i na efektivní využití co největšího počtu komunikačních kanálů tak, aby kampaň měla co největší dosah. Po ukončení kampaně (případně po skončení jejích jednotlivých fází) je proveden post-test. Na jeho základě se celá kampaň vyhodnotí, zejména co se zvýšení povědomí o problematice obecně a i o konkrétních tématech týče. Cílem je identifikovat slabiny kampaně a i příležitosti pro kampaň navazující. Bez pre-testu a post-testu se v podstatě nedá zhodnotit efektivita kampaně.



OPERAČNÍ PROGRAM  
LIDSKÉ ZDROJE  
A ZAMĚSTNANOST

PODPORUJEME  
VAŠI BUDOUCNOST  
[www.esfcr.cz](http://www.esfcr.cz)

Jako vhodnou inspiraci pro kampaň o neformální péči zmiňovaly pečující osoby ve fokusních skupinách konaných v rámci projektu Podpora neformálních pečovatелů kampaň „Hledáme rodiče“<sup>78</sup>, jejíž posláním byla medializace náhradní rodinné péče a snaha oslovit nové pěstouny. Inspiraci je možné hledat především ve způsobu prezentace daného tématu. Pro financování kampaně by bylo dobré ověřit možnosti ESF.

---

<sup>78</sup> <http://www.hledamerodice.cz/>



evropský  
sociální  
fond v ČR



EVROPSKÁ UNIE



OPERAČNÍ PROGRAM  
LIDSKÉ ZDROJE  
A ZAMĚSTNANOST

PODPORUJEME  
VAŠI BUDOUCNOST  
[www.esfcr.cz](http://www.esfcr.cz)

**Tabulka 6: Zhodnocení opatření z kapitoly 9. Zlepšení informovanosti a vzdělávání pečujících osob, osob závislých na péči a veřejnosti**

Opatření	Náročnost implementace	Finanční náročnost	Přínos pro NePe	Efekt
<b>9.1.1. Vytvoření uživatelsky přístupnějšího webového rozhraní s informacemi pro pečující osoby</b>	Nízká	Nízká	Významné opatření	Střednědobý/Dlouhodobý
<b>9.1.2. Vytvoření a distribuce informačních materiálů pro pečující osoby</b>	Nízká	Střední	Významné opatření	Střednědobý/Dlouhodobý
<b>9.1.3. Vzdělávací kurzy pro pečující osoby</b>	Střední	Nízká/Střední	Podpůrné opatření	Střednědobý
<b>9.2.1. Osvěta o inkluzivním vzdělávání mezi řediteli škol</b>	Střední	Střední	Podpůrné opatření	Dlouhodobý
<b>9.2.2. Úprava způsobu financování asistenta pedagoga</b>	Střední	Střední	Významné opatření	Střednědobý
<b>9.3.1. Informační kampaň o neformální péči</b>	Nízká	Střední	Významné opatření	Dlouhodobý

## 10. Varianty politik a jejich vyhodnocení

### 10.1. Varianta 1 – „Klíčová“

První varianta obsahuje základní kameny systematické a efektivní podpory neformální péče a pečujících osob. Varianta se tak skládá z opatření, která reagují na v současnosti nejvýznamnější identifikované problémy spojené s neformální péčí a u nichž tak lze očekávat nejzásadnější přínos pro pečující osoby. Z hlediska podpory cílové skupiny jde o několik klíčových opatření, která představují výchozí minimum pro existenci dobrých podmínek pro poskytování kvalitní neformální péče a která jsou nezbytná pro dosažení uspokojivé kvality života pečujících osob a osob odkázaných na péči.

Varianta obsahuje opatření z různých oblastí. Největší důraz však klade na zvýšení podpory neformálních pečovatelů ze strany veřejné správy a zlepšení sociálně-finančního zabezpečení této skupiny osob. Dlouhodobá pozornost věnovaná pečujícím rodinám a systematický přístup jsou základními předpoklady pro tvorbu efektivní podpory. Definice a vymezení neformálních pečovatelů v zákoně o sociálních službách by ze skupiny pečujících jasně vytvořila i objekt politiky, tedy cílovou skupinu, které jsou veřejně-politická opatření určena. Jako nezbytné opatření shledáváme i vytvoření strategického dokumentu, který by stanovil vizi, jakou podobu by neformální péče měla v budoucnu v České republice mít a jakou roli hrát, a vytyčil směr podpory a rozvoje této formy péče o závislé osoby. Strategický dokument, na jehož tvorbě by se podílely různé resorty a aktéři, je pak podmínkou pro tvorbu kontinuální a komplexní podpory, která by nahradila nahodilost a nesystematičnost současné politiky na všech úrovních. Klíčová je i role koordinátora podpory či sociálních pracovníků, kteří by na mikroúrovni pečující rodinu doprovázeli, poskytli ji poradenství, pomohli péči zorganizovat a zejména nové pečovatele podpořili v přijetí pečovatelského závazku.

Nedostatečné sociální zabezpečení a špatná finanční situace pečujících jsou pak skutečnosti, které si žádají okamžité řešení. „Klíčová“ varianta tak obsahuje tři opatření řešící implementační deficity příspěvku na péči, který je pro pečující rodiny významným zdrojem příjmu. Podstatná je revize nastavení posuzovacích kritérií příspěvku tak, aby jím žádné diagnózy nepropadávaly a aby příspěvek více reflektoval potřeby závislé osoby a náročnost péče a nebyl koncipován jako dávka za nezvládnutí úkonů. Úpravu si žádá i proces přiznávání PnP, který je neúměrně dlouhý. Vzhledem k růstu sociálních služeb a životních nákladů vnímáme jako sociálně spravedlivé zavedení valorizace příspěvku na péči. Do klíčové varianty řadíme i zavedení příspěvku pro pečující osoby, který by zlepšil finanční situaci zejména celodenních pečovatelů bez dalšího příjmu, jejichž finanční situace je nejkritičtější.

První varianta obsahuje i některá další opatření, která lze označit za klíčová. V kontextu sociálních služeb je třeba řešit zejména jejich dostupnost v případě krizových situací v pečující rodině (zejm. pak při nemoci pečovatele), které nepředvídatelně znemožní poskytování péče. V kontextu trhu práce je klíčovým opatřením zavedení krátkodobého volna na péči, které by umožnilo udržení si zaměstnání při vzniku potřeby péče v rodině a dalo pečující rodině potřebný čas na zorientování se v nové životní situaci a zorganizování péče.

Téměř všechna opatření ve variantě 1 kladou vysoké nároky na implementaci vyžadující zapojení a koordinaci více resortů a dalších aktérů, legislativní změny a zapojení pracovníků veřejné správy. Finanční náročnost je nejvyšší u opatření, při nichž vzniká nový mandatorní výdaj (valorizace PnP, zavedení dalších dávek). Finančně náročné opatření z hlediska lidských zdrojů je i koordinátor podpory.

Rychlejší efekt lze očekávat u úprav již zavedených institutů, naopak implementace zcela nových opatření se projeví spíše ve střednědobém či dlouhodobém horizontu.



evropský  
sociální  
fond v ČR



EVROPSKÁ UNIE



OPERAČNÍ PROGRAM  
LIDSKÉ ZDROJE  
A ZAMĚSTNANOST

PODPORUJEME  
VAŠI BUDOUCNOST  
[www.esfcr.cz](http://www.esfcr.cz)

Tabulka 7: “Klíčová” varianta – přehled opatření

Opatření	Náročnost implementace	Finanční náročnost	Efekt
5.1.1. Vymezení neformálních pečovatelů jako cílové skupiny prostřednictvím změny zákona 108/2006 Sb., o sociálních službách	Střední	Nízká	Okamžitý
5.1.2. Vytvoření strategie podpory neformálních pečovatelů	Vysoká	Nízká	Střednědobý/Dlouhodobý
5.3.4. Ustanovení koordinátora podpory pro pečující osoby, osoby se zdravotním postižením a seniory	Vysoká	Vysoká	Střednědobý
6.1.1. Změna nastavení posuzovacích kritérií příspěvku na péči	Vysoká	Nízká	Okamžitý
6.1.3. Valorizace PnP	Nízká	Vysoká	Okamžitý/Dlouhodobý
6.1.4. Úprava kompetencí LPS v procesu přiznávání PnP	Vysoká	Střední	Okamžitý
6.2.1. Zavedení nového příspěvku pro pečující osoby	Střední	Střední/Vysoká	Střednědobý
6.3.4. Rozšíření doby zdravotního pojištění	Nízká	Nízká/Střední	Okamžitý
7.1.1. Podpora rozvoje sociálních služeb pro neformální pečovatele	Střední	Střední	Střednědobý/Dlouhodobý
7.1.2. Vymezení kapacit některých služeb pro výskyt nenadálé situace v rodině opečovávaných osob	Vysoká	Střední	Střednědobý
8.1.1. Krátkodobé volno na péči	Střední	Vysoká	Střednědobý





evropský  
sociální  
fond v ČR



EVROPSKÁ UNIE



OPERAČNÍ PROGRAM  
LIDSKÉ ZDROJE  
A ZAMĚSTNANOST

PODPORUJEME  
VAŠI BUDOUCNOST  
[www.esfcr.cz](http://www.esfcr.cz)

## 10.2. Varianta 2 – „Komplexní“

Druhá varianta navazuje na variantu první. Varianta 2 obsahuje klíčová opatření popsaná v první variantě výše a doplňuje je o další opatření, která byla v jednotlivých kapitolách hodnocena jako významná. I tato opatření jsou z hlediska podpory cílové skupiny důležitá a jejich implementace by měla přinést pro tvorbu příznivých podmínek pro poskytování neformální péče, svým záběrem však již přesahují kategorii nezbytného minima. Celkově pak tato varianta dává základ sofistikovanému a ucelenému systému podpory neformální péče a pečujících osob. Varianta obsahuje několik systémových opatření, která vytvářejí prostředí, ve kterém je neformální péče poskytována. V případě jejich existence (např. většího propojení sociálních a zdravotních služeb či zavedení povinností obcí III. typu zpracovávat plány rozvoje sociálních služeb) by byly podmínky pro poskytování neformální péče bezpochyby příznivější, přínos pro jednotlivce však nelze konkrétně vyčíslit.

Stejně jako v případě první varianty, i varianta druhá zahrnutými opatřeními rozvíjí zejména dílčí cíle zvýšení podpory pečujících ze strany veřejné správy a zlepšení jejich sociálně-finančního zabezpečení. Významně více klade ale také důraz na rozvoj sociálních a zdravotních služeb a na zvýšení informovanosti a vzdělávání pečovatелů, závislých osob a veřejnosti.

Pro národní úroveň veřejné správy přidává varianta opatření spočívající v ustanovení mezipříslušného orgánu, jehož agendou by byla koordinace podpory a tvorby politiky týkající se neformální péče, a zavedení monitoringu a sběru dat o dané problematice. Varianta dále obsahuje opatření systémového charakteru, jež směřují na regionální a lokální úroveň: Jde o již výše zmíněné rozšíření povinnosti plánovat sociální služby i na úrovni obcí III. typu a dále převedení agendy nepojistných dávek z ÚP na obce, příp. řešení dvoukolejnosti ÚP a samosprávy co se týče disponování informacemi a daty týče. V neposlední řadě zahrnuje varianta i opatření týkající se zaměření sociální práce pracovníků veřejné správy a samosprávy, která by se měla více orientovat i na neformální pečovatele.

V rámci podcíle zlepšení sociálně-finančního zabezpečení pečujících osob jsou dalšími významnými opatřeními revize výše PnP v jednotlivých stupních, zavedení ochranné doby při přerušení péče, nová dávka mimořádné okamžité pomoci při vzniku potřeby péče, která by měla vytvořit sociální síť pro rodiny, jež pečovatelský závazek dovede na hranici existenčního minima, a v neposlední řadě úpravy v systému důchodového pojištění, ve kterém v současnosti má zejména dlouhodobá péče negativní dopad na výši starobního důchodu. Se zabezpečením pečujících osob souvisejí i opatření, jejichž cílem je posílit současně pozici pečujících na trhu práce, a to zavedením dlouhodobého volna na péči a upravením výpočtu podpory v nezaměstnanosti pro bývalé pečovatele navracející se na trh práce.

Druhá varianta apeluje také na rozvoj sociálních a zdravotních služeb pro osoby závislé na péči a jejich provázanost. Jejich dostupnost a kvalita nepřímo, ale velmi významně ovlivňuje i samotné neformální pečovatele. Varianta také přidává opatření, které směřuje na vzdělávání zdravotnických pracovníků, jejichž kompetence k poskytování informací a podpory jsou pro pečující rodiny zásadní.

Varianta 2 rovněž rozvíjí otázku informovanosti a vzdělávání pečujících osob, na péči odkázaných osob a v neposlední řadě široké veřejnosti. Kultivace lidského kapitálu všech aktérů je pro podporu pečovatелů a rozvoj neformální péče významná. Kanály, jejichž využití opatření zahrnují, jsou internet, příručky a média. V neposlední řadě je obsaženo opatření týkající se úpravy způsobu financování

asistenta pedagoga, které by mělo podpořit inkluzivní vzdělávání dětí s handicapem ve školách hlavního vzdělávacího proudu a uvolnit tak pečujícím rodičům ruce pro pracovní uplatnění.

I tato varianta obsahuje několik opatření, která jsou implementačně náročná. Jde zejména o opatření systémového charakteru týkající se příslušnosti agendy nepojistných dávek, nastavení systému sociálních služeb či zavedení nároku na využívání odlehčovacích služeb. Opatření cílící na zvýšení informovanosti lze naopak označit za implementačně relativně nenáročná. Co se finanční náročnosti týče, i tato varianta přidává opatření, která budou bezpochyby doprovázet významné náklady (zvyšování PnP, zpětný převod agendy nepojistných dávek z ÚP na obce, zvýšení dostupnosti a kapacity sociálních služeb či nároku na bezplatný určitý objem respitních služeb) a opatření relativně levná žádající si ohraničený výdaj v řádech max. několika desítek miliónů Kč (např. tvorba webu, informačních materiálů či informační kampaně). Efekt většiny opatření lze označit za střednědobý až dlouhodobý, okamžitě se projeví pouze úpravy nastavení v současnosti již existujících mechanismů (např. výše PnP či způsob výpočtu podpory v nezaměstnanosti). Relativně rychle by se také mohla na podobě a efektivitě sociální práce obcí projevit dostupnost neanonymizovaných dat o příjemcích PnP a pečujících osobách, které v tuto chvíli má ÚP.



evropský  
sociální  
fond v ČR



EVROPSKÁ UNIE



OPERAČNÍ PROGRAM  
LIDSKÉ ZDROJE  
A ZAMĚSTNANOST

PODPORUJEME  
VAŠI BUDOUCNOST  
[www.esfcr.cz](http://www.esfcr.cz)

Tabulka 8: „Komplexní“ varianta – přehled opatření

Opatření	Náročnost implementace	Finanční náročnost	Efekt
<b>Opatření z varianty 1, viz tab. 7</b>			
<b>5.1.3. Ustanovení meziresortního orgánu pro oblast podpory a koordinace neformální péče</b>	Střední	Nízká	Střednědobý/Dlouhodobý
<b>5.1.4. Zavedení pravidelného monitoringu a sběru dat z oblasti neformální péče</b>	Střední	Střední	Střednědobý/Dlouhodobý
<b>5.2.1. Povinnost obcí III. typu zpracovávat plány rozvoje sociálních služeb</b>	Střední	Střední	Střednědobý/Dlouhodobý
<b>5.2.2. Převedení agendy nepojistných dávek zpět do kompetence obcí II. a III. typu</b>	Vysoká	Vysoká	Okamžitý
<b>5.2.3. Systematizace předávání informací mezi ÚP, obcemi a kraji skrze úpravu JISPSV</b>	Vysoká	Nízká	Okamžitý/Střednědobý
<b>5.3.3. Zvýšení pozornosti věnované neformálních pečovatelům pracovníky veřejné správy a samosprávy prostřednictvím úpravy metodik pro výkon sociální práce</b>	Střední	Nízká	Okamžitý/Střednědobý
<b>6.1.2. Úprava výše PnP v jednotlivých stupních závislosti</b>	Střední	Střední/Vysoká	Okamžitý
<b>6.1.5. Zavedení ochranné doby při přerušení péče</b>	Nízká	Nízká/Střední	Okamžitý
<b>6.3.1. Nová dávka mimořádné okamžité pomoci při vzniku potřeby péče</b>	Střední	Nízká/Střední	Střednědobý
<b>6.3.3. Navázání výpočtu starobního důchodu pečovatelů na průměrný plat pracovníků v sociálních službách</b>	Střední	Střední	Střednědobý/Dlouhodobý



evropský  
sociální  
fond v ČR



EVROPSKÁ UNIE



OPERAČNÍ PROGRAM  
LIDSKÉ ZDROJE  
A ZAMĚSTNANOST

PODPORUJEME  
VAŠI BUDOUCNOST  
[www.esfcr.cz](http://www.esfcr.cz)

Opatření	Náročnost implementace	Finanční náročnost	Efekt
<b>7.1.3. Posílení místní dostupnosti a kapacity ambulantních a terénních sociálních služeb pro osoby se zdravotním postižením a seniory</b>	Vysoká	Vysoká	Dlouhodobý
<b>7.1.4. Zvýšení dostupnosti odpočinku prostřednictvím odlehčovacích služeb</b>	Vysoká	Vysoká	Střednědobý/Dlouhodobý
<b>7.1.5. Zlepšení propojenosti zdravotních a sociálních služeb</b>	Vysoká	Vysoká	Dlouhodobý
<b>7.2.2. Zvýšení informovanosti zdravotnických pracovníků o sociálních aspektech zdravotních diagnóz</b>	Střední	Střední	Dlouhodobý
<b>8.1.2. Dlouhodobé volno na péči</b>	Střední	Střední/Vysoká (dle vybrané varianty)	Střednědobý/Dlouhodobý
<b>8.4.3. Upravení výpočtu podpory v nezaměstnanosti pro bývalé pečovatele</b>	Střední	Střední	Okamžitý
<b>9.1.1. Vytvoření uživatelsky přístupnějšího webového rozhraní s informacemi pro pečující osoby</b>	Nízká	Nízká	Střednědobý/Dlouhodobý
<b>9.1.2. Vytvoření a distribuce informačních materiálů pro pečující osoby</b>	Nízká	Střední	Střednědobý/Dlouhodobý
<b>9.2.2. Úprava způsobu financování asistenta pedagoga</b>	Střední	Střední	Střednědobý
<b>9.3.1. Informační kampaň o neformální péči</b>	Nízká	Střední	Dlouhodobý

### 10.3. Varianta 3 – „Rozvinutá“

Třetí z variant doplňuje předchozí o tzv. podpůrná opatření. Ta mají potenciál situaci neformálních pečovatелů pozitivně ovlivnit, nejzásadnější problémy spojené s neformální péčí ale neřeší či k řešení přispívají pouze dílčím způsobem. Jejich přidáním k druhé variantě vzniká rozvinutá verze komplexní propracované politiky, která poskytuje neformálním pečovatелům podporu ve všech oblastech a současně rozvíjí a kultivuje vnější prostředí, ve kterém je neformální péče poskytována.

Nejvíce podpůrných opatření se váže k dílčímu cíli podpora ekonomické aktivity současných a bývalých pečovatелů. Dostupnost částečných úvazků a flexibilních forem práce, existence zaměstnavatelů s prorodinným přístupem stejně jako efektivní politika zaměstnanosti jsou faktory, které pracovní uplatnění pečujících osob podporují. Na druhou stranu jde o charakteristiky vážící se k trhu práce a zaměstnávání ohrožených skupin obecně a v tomto kontextu je třeba hledat systémové řešení. Co se možných opatření zacílených přímo na neformální pečovatele týká, návrhy obsahují finanční stimuly pro zaměstnavatele k nabídce částečných úvazků prostřednictvím snížených odvodů na pojistné a současně řešení osvětového charakteru prostřednictvím vytvoření platformy „Práce a péče“ spojující zaměstnavatele se vstřícným přístupem k neformálním pečovatелům. Současní zaměstnaní pečující by mohli být podpořeni pomocí daňových úlev, nezaměstnaní pak prodlouženou podpůrnou dobou v nezaměstnanosti či obecně zvýšenou podporou úřadů práce při zprostředkování zaměstnání.

V otázce služeb se nabízí prostor zejména pro rozvoj zdravotních služeb a změny v systému zdravotnictví, které by vedly k podpoře domácí péče. Součástí poskytování péče jsou totiž téměř vždy i ošetrovatelské úkony a podpora při péči o zdravotní stav osoby odkázané na péči. Kvalitu podmínek pro poskytování neformální péče by tak zajistěla širší nabídka terénních zdravotních služeb stejně jako lepší finanční dostupnost zdravotních pomůcek.

Další podpůrná opatření zahrnují vzdělávání budoucích a současných sociálních pracovníků v tématu neformální péče, stejně jako další opatření vzdělávacího a osvětového charakteru zaměřená na pečující osoby a ředitele škol, kteří by měli být otevřeni podpoře rodičů dětí s handicapem.

Náročnost implementace stejně jako finanční náročnost se liší opatření od opatření. Celkově lze ale říci, že nároky na implementaci podpůrných opatření s výjimkou opatření směřujících do resortu zdravotnictví jsou spíše nižší. Finančně nákladnost lze očekávat zejména u opatření v oblasti daní, pojistného a dávek. Efekt většiny podpůrných opatření by se projevil ve střednědobém a dlouhodobém horizontu.



evropský  
sociální  
fond v ČR



EVROPSKÁ UNIE



OPERAČNÍ PROGRAM  
LIDSKÉ ZDROJE  
A ZAMĚSTNANOST

PODPORUJEME  
VAŠI BUDOUCNOST  
[www.esfcr.cz](http://www.esfcr.cz)

Tabulka 9: „Rozvinutá“ varianta – přehled opatření

Opatření	Náročnost implementace	Finanční náročnost	Efekt
<b>Opatření z variant 1 a 2, viz tab. 7 a 8</b>			
<b>5.3.1. Tvorba rámcového vzdělávacího programu s tematikou neformální péče</b>	Střední	Nízká/Střední	Střednědobý
<b>5.3.2. Podpora zahrnutí tématu neformální péče do obsahu kurikula studijních oborů sociální práce a dalších souvisejících oborů</b>	Nízká	Nízká	Dlouhodobý
<b>6.3.2. Úprava příspěvku na mobilitu</b>	Střední	Vysoká	Střednědobý
<b>7.2.1. Přesnější vymezení a posílení povinnosti návštěvních služeb v domácnosti včetně odborných specialistů</b>	Vysoká	Střední	Střednědobý/Dlouhodobý
<b>7.2.3. Větší zohlednění aktuálního stavu pacientů v limitech předepisovaných zdravotnických pomůcek</b>	Vysoká	Střední	Střednědobý/Dlouhodobý
<b>7.2.4. Rozvoj úlevových zdravotnických služeb pro pečující osoby</b>	Střední	Střední	Střednědobý/Dlouhodobý
<b>8.2.1. Úprava povinných odvodů na sociální a zdravotní pojištění pro zaměstnavatele při zaměstnávání neformálních pečovatelů na částečný úvazek</b>	Střední	Střední	Střednědobý
<b>8.2.2. Podpora vytvoření platformy „Práce a péče“ spojující zaměstnavatele se vstřícným přístupem k neformálním pečovatelům</b>	Střední	Nízká	Dlouhodobý
<b>8.3.1. Využívání sociálních služeb jako odečitatelné položky či slevy na dani pro zaměstnance/OSVČ</b>	Střední	Vysoká	Střednědobý
<b>8.4.1. Explicitní zařazení neformálních pečujících mezi osoby vyžadující zvýšenou péči při zprostředkování zaměstnání</b>	Nízká	Nízká	Okamžitý
<b>8.4.2. Prodloužená podpůrná doba v nezaměstnanosti pro současné pečovatele</b>	Střední	Střední	Střednědobý
<b>8.4.4. ESF projekty zaměřené na podporu zaměstnatelnosti pečující osoby</b>	Nízká	Nízká/Střední	Střednědobý/Dlouhodobý
<b>9.1.3. Vzdělávací kurzy pro pečující osoby</b>	Střední	Nízká/Střední	Střednědobý
<b>9.2.1. Osvěta o inkluzivním vzdělávání mezi řediteli škol</b>	Střední	Střední	Dlouhodobý

## 10.4. Doporučení pro implementaci opatření a variant

Výše uvedené varianty je třeba doplnit několika poznámkami. Vzhledem k rozsahu identifikovaných problémových oblastí a potřeb pečovatelů, záběru stanovených cílů a množství navržených opatření, lze říci, že jednoduché a navzájem se vylučující varianty podpory neformálních pečovatelů jsme nenalezli. Varianty obsažené v tomto textu jsou tak spíše určité modely, jejichž smyslem je roztrždit a hierarchizovat velké množství opatření popsanych v textu na základě toho, jak jsou jednotlivá opatření dle provedené analýzy významná a klíčová.

Velmi zjednodušeně lze k zhodnocení variant říci, že čím více propracovaná a komplexní podpora bude, tím porostou finanční náklady a nároky na implementaci a současně i podpora cílové skupiny. Kalkulace finanční náročnosti jednotlivých opatření a variant, podrobná analýza nároků na implementaci, stejně jako vyčíslení efektů pro cílovou skupinu, je vzhledem k šíři navrhovaných opatření nad možností realizačního týmu projektu.

Při návrhu opatření a tvorbě variant bylo vycházeno pouze z analytických výstupů projektu, nebylo přihlíženo k politické průchodnosti opatření. Předkládané varianty jsou tak nástrojem pro čtenáře, realizační tým očekává jejich další diskusi a úpravu na základě zájmů a preferencí rozhodovatelů, nikoliv jejich absolutní převzetí a implementaci jako celků. Autoři tohoto dokumentu si jsou vědomi, že není možné přijmout všechna opatření naráz. Současně je ale třeba dodat, že problémy, které situaci neformálních pečovatelů provázejí, těžko odstraní jen přijetí namátkově vybraných opatření. Doporučujeme tedy věnovat pozornost zejména klíčové variantě a tu dále rozvíjet.

## 11. Závěr

Podmínky pro poskytování neformální péče v České republice nejsou velmi příznivé. Tento ústřední problém, který vzešel z analýzy současného stavu a potřeb neformálních pečovatелů, byl výchozím momentem všech úvah o tom, jak zacílit a navrhnout politiku na podporu pečujících osob. Návrhový dokument se tak snaží přispět k vizi cílového stavu, kterou je vytvoření takových podmínek pro poskytování neformální péče v České republice, které zajistí dobrou kvalitu života a důstojnost pečujících i závislých osob a celkově podpoří kvalitu péče poskytované v domácím prostředí.

Samotný dokument v úvodu identifikuje problematická místa podpory pečujících osob a cíle, které by politika na podporu neformálních pečovatелů měla sledovat, hlavním z nich je vytvoření systematické a komplexní podpory pečujících osob. Ten se dále člení na pět dílčích podcílů, a to zvýšení podpory neformálních pečovatелů ze strany veřejné správy, zlepšení finančně-sociálního zabezpečení pečujících osob, zvýšení podpory prostřednictvím sociálních a zdravotních služeb, podpora ekonomické aktivity pečovatелů v průběhu a po ukončení péče a zlepšení informovanosti a vzdělávání pečujících osob, osob závislých na péči a veřejnosti.

Každý z podcílů byl následovně rozpracován až do podoby jednotlivých konkrétních opatření. Ta jsou pak ohodnocena dle jejich implementační náročnosti, finanční nákladnosti, přínosů pro cílovou skupinu a rychlosti efektu. Jednotlivá opatření napříč kapitolami jsou dle přínosů seřazena do tří kategorií: klíčové, významné a podpůrné. Tyto kategorie pak představují základní klíč pro tvorbu variant: První z nich, tzv. „klíčová“ varianta obsahuje nezbytné minimum opatření, která jsou pro neformální pečovatele v současnosti nejúčelnější. Druhá „komplexní“ varianta přidává opatření ze skupiny významných a tvoří základ ucelené systémové politiky. Poslední „rozvinutá“ varianta zahrnuje i podpůrná opatření a ve své podobě je nekomplexnější a nejúčelnější.

Představené varianty jsou nástrojem, který má za cíl pomoci čtenáři porozumět potenciálu jednotlivých opatření přispět k podpoře neformálních pečovatелů. V praxi pravděpodobně dojde k výběru opatření k implementaci na základě preference a zájmů rozhodovatelů, politické průchodnosti i detailnější analýze implementační a finanční náročnosti.

Můžeme-li dát dvě doporučení, jak s návrhy pracovat a jak z nich vybírat, prvním z nich je věnovat pozornost zejména klíčovým opatřením. Ty považujeme za nejúčelnější z hlediska podpory cílové skupiny. Opatření směřují zejména do oblasti sociálně-finančního zabezpečení pečujících osob, které je v porovnání s obecnou populací nízké a nedostatečné. Druhou z klíčových oblastí je podpora neformálních pečovatелů ze strany veřejného sektoru. Pro nastavení systematické podpory pečujících osob je nezbytné ukotvení této cílové skupiny jako objektu politiky, která nejenže poskytuje na péči závislým blízkým osobám určité služby neformálního charakteru, současně ale potřebuje a zaslouží si určitou míru podpory na všech úrovních veřejné správy.

Druhé doporučení se pak týká jednotlivých dílčích cílů. I přesto, že některé oblasti obsahují více klíčových opatření než jiné, podpora by měla zasáhnout do všech oblastí, protože reflektují identifikované nedostatky v různých aspektech neformální péče a okruzích potřeb pečujících osob. Dosažení systematické a komplexní podpory sledováním dílčích cílů jen v několika oblastech tak není možné.



## 12. Zdroje

BARDACH, Eugene. *The skill factor in politics: Repealing the mental commitment laws in California*. University of California Press, 1972.

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](http://www.bmas.de/SharedDocs/Downloads/DE/PDF-Publikationen/a712-ratgeber-fuer-behinderte-mens-390.pdf?__blob=publicationFile)

BUNDESMINISTERIUM FÜR ARBEIT, SOZIALES UND KONSUMENTENSCHUTZ. *Häufig gestellte Fragen – Pflegegeld*. Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz [online]. 2015 [cit. 2015-07-15]. Dostupné z: [http://www.sozialministerium.at/site/Service/Haeufig\\_gestellte\\_Fragen/Soziales/Haeufig\\_gestellte\\_Fragen\\_Pflegegeld#10](http://www.sozialministerium.at/site/Service/Haeufig_gestellte_Fragen/Soziales/Haeufig_gestellte_Fragen_Pflegegeld#10)

BUNDESMINISTERIUM FÜR GESUNDHEIT. *Glossar – Verhinderungspflege/Urlaubsvertretung*. Bundesministerium für Gesundheit [online]. 2015 [cit. 2015-11-15]. Dostupné z: <http://www.bmg.bund.de/themen/pflege/leistungen/ambulante-pflege/urlaubsvertretung-verhinderungspflege.html>

CARERS UK. *efc: employers for carers* [online]. 2013 [cit. 2015-03-23]. Dostupné z: <https://www.employersforcarers.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](http://www.citizensinformation.ie/en/employment/employment_rights_and_conditions/leave_and_holidays/carers_leave_from_employment.html)

ČESKO. Zákon č. 100/1988 Sb. ze dne 16. 6. 1988, o sociálním zabezpečení. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 1988, částka 21, s. 100 - 101. Dostupný také z: [http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/SearchResult.aspx?q=100/1988%20&typeLaw=zakon&what=Cislo\\_zakona\\_smlouvy](http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/SearchResult.aspx?q=100/1988%20&typeLaw=zakon&what=Cislo_zakona_smlouvy)

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](http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/SearchResult.aspx?q=586/1992%20&typeLaw=zakon&what=Cislo_zakona_smlouvy)

ČESKO. Zákon č. 117/1995 Sb. ze dne 14. 7. 1995, o sociální podpoře. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 1995, částka 31, s. 117 - 120. Dostupný také z: [http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/SearchResult.aspx?q=117/1995%20&typeLaw=zakon&what=Cislo\\_zakona\\_smlouvy](http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/SearchResult.aspx?q=117/1995%20&typeLaw=zakon&what=Cislo_zakona_smlouvy)

ČESKO. Zákon č. 155/1995 Sb. ze dne 4. 8. 1995, o důchodovém pojištění. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 1995, částka 41, s. 155 - 159. Dostupný také z: [http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/SearchResult.aspx?q=155/1995%20&typeLaw=zakon&what=Cislo\\_zakona\\_smlouvy](http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/SearchResult.aspx?q=155/1995%20&typeLaw=zakon&what=Cislo_zakona_smlouvy)

ČESKO. Zákon č. 48/1997 Sb. ze dne 28. 3. 1997, o veřejném zdravotním pojištění. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 1997, částka 16, s. 1185 - 1264. Dostupný také z: [http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/SearchResult.aspx?q=48/1997%20&typeLaw=zakon&what=Cislo\\_zakona\\_smlouvy](http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/SearchResult.aspx?q=48/1997%20&typeLaw=zakon&what=Cislo_zakona_smlouvy)

ČESKO. Zákon č. 129/2000 Sb. ze dne 12. 4. 2000, o krajích (krajském zřízení). In: *Sbírka zákonů České republiky*. 2000, částka 38, s. 1765 - 1782. Dostupné také z: [http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/SearchResult.aspx?q=128/2000&typeLaw=zakon&what=Cislo\\_zakona\\_smlouvy](http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/SearchResult.aspx?q=128/2000&typeLaw=zakon&what=Cislo_zakona_smlouvy)

ČESKO. Vyhláška č. 73/2001 Sb. ze dne 01. 2. 2001, kterou se mění vyhláška Ministerstva práce a sociálních věcí č. 82/1993 Sb., o úhradách za pobyt v zařízeních sociální péče, ve znění pozdějších předpisů. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 2001, částka 28, s. 2460. Dostupný také z: [http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/SearchResult.aspx?q=73/2001&typeLaw=zakon&what=Cislo\\_zakona\\_smlouvy](http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/SearchResult.aspx?q=73/2001&typeLaw=zakon&what=Cislo_zakona_smlouvy)

ČESKO. Zákon č. 95/2004 Sb. ze dne 29. 1. 2004, o podmínkách získávání odborné způsobilosti a specializované způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání lékaře, zubního lékaře a farmaceuta. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 2004, částka 30, s. 1434 - 1451 . [http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/SearchResult.aspx?q=95/2004&typeLaw=zakon&what=Cislo\\_zakona\\_smlouvy](http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/SearchResult.aspx?q=95/2004&typeLaw=zakon&what=Cislo_zakona_smlouvy)

ČESKO. Zákon č. 96/2004 Sb. ze dne 4. 2. 2004, o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních) In: *Sbírka zákonů České republiky*. 2004, částka 30, s. 1452 - 1479. [http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/SearchResult.aspx?q=96/2004&typeLaw=zakon&what=Cislo\\_zakona\\_smlouvy](http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/SearchResult.aspx?q=96/2004&typeLaw=zakon&what=Cislo_zakona_smlouvy)

ČESKO. Zákon č. 435/2004 Sb. ze dne 23. 7. 2004, o zaměstnanosti. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 2004, částka 143, s. 8270 – 8316. Dostupný také z: [http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/SearchResult.aspx?q=435/2004&typeLaw=zakon&what=Cislo\\_zakona\\_smlouvy](http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/SearchResult.aspx?q=435/2004&typeLaw=zakon&what=Cislo_zakona_smlouvy)

ČESKO. Zákon č. 561/2004 Sb. ze dne 24. 9. 2004, o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání (školský zákon). In: *Sbírka zákonů České republiky*. 2004, částka 190, s. 10262 - 10324 . Dostupný také z: [http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/SearchResult.aspx?q=561/2004&typeLaw=zakon&what=Cislo\\_zakona\\_smlouvy](http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/SearchResult.aspx?q=561/2004&typeLaw=zakon&what=Cislo_zakona_smlouvy)

ČESKO. Vyhláška č. 72/2005 Sb. ze dne 9. 2. 2005, o poskytování poradenských služeb ve školách a školských poradenských zařízeních. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 2005, částka 20, s. 490 -502. Dostupný také z: [http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/SearchResult.aspx?q=72/2005&typeLaw=zakon&what=Cislo\\_zakona\\_smlouvy](http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/SearchResult.aspx?q=72/2005&typeLaw=zakon&what=Cislo_zakona_smlouvy)

ČESKO. Vyhláška č. 73/2005 Sb. ze dne 9. 2. 2005, o vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami a dětí, žáků a studentů mimořádně nadaných. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 2005, částka 20, s. 503 -508. Dostupný také z: [http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/SearchResult.aspx?q=73/2005&typeLaw=zakon&what=Cislo\\_zakona\\_smlouvy](http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/SearchResult.aspx?q=73/2005&typeLaw=zakon&what=Cislo_zakona_smlouvy)

ČESKO. Zákon č. 251/2005 Sb. ze dne 29. 6. 2005, o inspekci práce. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 2005, částka 94, s. 5118 - 5136. Dostupný také z: [http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/SearchResult.aspx?q=251/2005&typeLaw=zakon&what=Cislo\\_zakona\\_smlouvy](http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/SearchResult.aspx?q=251/2005&typeLaw=zakon&what=Cislo_zakona_smlouvy)

ČESKO. Zákon č. 111/2006 Sb. ze dne 14. 3. 2006, o pomoci v hmotné nouzi. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 2006, částka 37, s. 1305 - 1328. [http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/SearchResult.aspx?q=111/2006&typeLaw=zakon&what=Cislo\\_zakona\\_smlouvy](http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/SearchResult.aspx?q=111/2006&typeLaw=zakon&what=Cislo_zakona_smlouvy)



evropský  
sociální  
fond v ČR



EVROPSKÁ UNIE



OPERAČNÍ PROGRAM  
LIDSKÉ ZDROJE  
A ZAMĚSTNANOST

PODPORUJEME  
VAŠI BUDOUCNOST  
[www.esfcr.cz](http://www.esfcr.cz)

- ČESKO. Zákon č. 108/2006 Sb. ze dne 31. 3. 2006, o sociálních službách. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 2006, částka 37, s. 107 – 114. Dostupný také z: [http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/SearchResult.aspx?q=108/2006&typeLaw=zakon&what=Cislo\\_zakona\\_smlouvy](http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/SearchResult.aspx?q=108/2006&typeLaw=zakon&what=Cislo_zakona_smlouvy)
- ČESKO. Zákon č. 262/2006 Sb. ze dne 7. 6. 2006, zákoník práce. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 2006, částka 84, s. 262 - 265. Dostupný také z: [http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/SearchResult.aspx?q=262/2006%20&typeLaw=zakon&what=Cislo\\_zakona\\_smlouvy](http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/SearchResult.aspx?q=262/2006%20&typeLaw=zakon&what=Cislo_zakona_smlouvy)
- ČESKO. Vyhláška č. 505/2006 Sb. ze dne 15. 11. 2006, kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 2006, částka 164, s. 7021 -7050. Dostupný také z: [http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/SearchResult.aspx?q=505/2006&typeLaw=zakon&what=Cislo\\_zakona\\_smlouvy](http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/SearchResult.aspx?q=505/2006&typeLaw=zakon&what=Cislo_zakona_smlouvy)
- ČESKO. Nařízení vlády č. 590/2012 Sb. ze dne 12. 12. 2006, kterým se stanoví okruh a rozsah jiných důležitých osobních překážek v práci. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 2006, částka 188, s. 7885-7888. Dostupný také z: [http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/SearchResult.aspx?q=188&typeLaw=zakon&what=Cislo\\_castky](http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/SearchResult.aspx?q=188&typeLaw=zakon&what=Cislo_castky)
- ČESKO. Vyhláška č. 185/2009 Sb. ze dne 17. 6. 2009, o oborech specializačního vzdělávání lékařů, zubních lékařů, a farmaceutů a oborech certifikovaných kurzů. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 2009, částka 56, s. 2693 -2716. Dostupný také z: [http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/SearchResult.aspx?q=185/2009&typeLaw=zakon&what=Cislo\\_zakona\\_smlouvy](http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/SearchResult.aspx?q=185/2009&typeLaw=zakon&what=Cislo_zakona_smlouvy)
- ČESKO. Zákon č. 372/2011 Sb. ze dne 6. 11. 2011, o zdravotních službách. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 2011, částka 131, s. 4730-4801. Dostupný také z: [http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/SearchResult.aspx?q=372/2011&typeLaw=zakon&what=Cislo\\_zakona\\_smlouvy](http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/SearchResult.aspx?q=372/2011&typeLaw=zakon&what=Cislo_zakona_smlouvy)
- ČESKO. Nařízení vlády č. 307/2012 Sb. ze dne 29. 8. 2012, o místní a časové dostupnosti zdravotních služeb. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 2012, částka 110, s. 3986-3991. Dostupný také z: [http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/SearchResult.aspx?q=110&typeLaw=zakon&what=Cislo\\_castky](http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/SearchResult.aspx?q=110&typeLaw=zakon&what=Cislo_castky)
- ČSÚ. Papírové dotazníky EU – SILC. ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD (ČSÚ). *Český statistický úřad* [online]. 2014 [cit. 2014-11-19]. Dostupné z: [http://www.czso.cz/csu/redakce.nsf/i/2010\\_a\\_b\\_c/\\$File/b\\_2010.pdf](http://www.czso.cz/csu/redakce.nsf/i/2010_a_b_c/$File/b_2010.pdf)
- ČSÚ. Struktura mezd zaměstnanců – 2014: A22 *Počty zaměstnanců, placený čas a hrubé měsíční mzdy v jednotlivých zaměstnáních* [online]. 2015 [cit. 2015-10-23]. Dostupné z: <https://www.czso.cz/csu/czso/struktura-mezd-zamestnancu-2014>
- DERNEROVÁ, Alena. *Pomůcky? Systém není v pořádku*. In: *Můžeš*. 2015, č. 2, s. 8-10.
- GAJDOŠTÍK, Dušan. 2015. *Posuzování zdravotního stavu a důsledků z něj vyplývajících v nepojistných systémech sociálního zabezpečení*. Příspěvek na Semináři PSP ČR 17. dubna 2015. Praha
- GEISSLER, Hana, Anežka HOLEŇOVÁ, Terezie HOROVÁ, Daniel JIRÁT, Dagmar SOLNÁŘOVÁ, Kamila SVOBODOVÁ a Vladimíra TOMÁŠKOVÁ. *Neformální péče ve vybraných státech Evropské unie – Komparativní rešerše a identifikace příkladů dobré praxe*. Praha: Fond dalšího vzdělávání, 2015a.
- GEISSLER, 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, 2015b.

GEISLER, Hana, Anežka HOLEŇOVÁ, Terezie HOROVÁ, Daniel JIRÁT, Dagmar SOLNÁŘOVÁ a Vladimíra TOMÁŠKOVÁ. *Závěrečná zpráva z fokusních skupin.* Praha: Fond dalšího vzdělávání, 2015c.

GEISLER, Hana, Anežka HOLEŇOVÁ, Terezie HOROVÁ, Daniel JIRÁT, Dagmar SOLNÁŘOVÁ a Vladimíra TOMÁŠKOVÁ. *Závěrečná zpráva z kulatých stolů.* Praha: Fond dalšího vzdělávání, 2015d.

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

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

HOLEŇOVÁ, Anežka, Terezie HOROVÁ a Vladimíra TOMÁŠKOVÁ. *Kategorizovaný soubor veřejně politických nástrojů a opatření (ekonomického, legislativního, administrativního a informačního rázu) pro podporu pečujících osob v ČR a v zahraničí.* Praha: Fond dalšího vzdělávání, 2015.

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

MAREK, Jiří. NRZP: Úřad práce a ČSSZ porušují zákon. In: *InvArena* [online]. 2014 [cit. 2015-02-23]. Dostupné z: <http://www.invarena.cz/?p=18346>

MEDIZINISCHER DIENST DER KRANKENVERSICHERUNG. *Die Medizinischen Dienste in Zahlen.* Medizinischer Dienst der Krankenversicherung [online]. 2015 [cit. 2015-11-15]. Dostupné z: <http://www.mdk.de/314.htm>

MPSV. *Analýza dopadů nezvyšování příspěvku na péči na osoby se zdravotním postižením a jejich rodiny, modelace variant zvýšení příspěvku na péči.* 2015.

NADAČNÍ FOND J&T. [hledamerodice.cz](http://hledamerodice.cz) [online]. 2014 [cit. 2015-03-23]. Dostupné z: [www.hledamerodice.cz/o-kampani.php](http://www.hledamerodice.cz/o-kampani.php)

NÁRODNÍ RADA OSOB SE ZDRAVOTNÍM POSTIŽENÍM ČR. *MKF Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví.* Praha: Grada Publishing, a.s., 2010. ISBN 978-80-247-1587-2.

O'MAHONEY, Paul, Diarmaid O'SULLIVANT. 2015. Entitlements Facilitating Carer's Work-Life Balance in Ireland: Progress and Problems. 6th International Carers Conference, Care and caring: future proofing the new demographics. Gothenburg, 4-6 September 2015.

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

SOZIALMINISTERIUMSERVICE. *Pflegende Angehörige.* Wien: Bundesamt für Soziales und Behindertenwesen – Sozialministeriumservice [online]. 2015 [cit. 2015-11-15]. Dostupné z: [https://www.sozialministeriumservice.at/site/Pflege/Pflegende\\_Angehoerige](https://www.sozialministeriumservice.at/site/Pflege/Pflegende_Angehoerige)

SOCIOTRENDY. *Možnosti návratu pečujících osob na trh práce – závěrečná zpráva: (Podkladová studie možností návratu pečujících na trh práce).* Praha: Fond dalšího vzdělávání, 2015.

ŠIMONÍK, Pavel. *Podpora neformálních pečovateli, závěrečná zpráva z výzkumu*. Praha: Fond dalšího vzdělávání, 2015.

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.

TOMÁŠKOVÁ, Vladimíra. *Systém poskytování léčebné rehabilitační péče dospělým osobám se zdravotním postižením v ČR: souvislost zdravotně-rehabilitační péče, integrace a kvality života*. Praha: Univerzita Karlova, Fakulta sociálních věd, Institut sociologických studií, 2008.

VESELÝ, Arnošt a Martin NEKOLA (EDS.). *Analýza a tvorba veřejných politik: přístupy, metody a praxe*. Praha: Sociologické nakladatelství, 2007. ISBN 978-80-86429-75-5.

WEHRINGER, von Christina. *Das Gutachten zum Pflegegeld eine Wegbeschreibung zum Verfassen des perfekten Gutachtens ; Leitfaden ; [Zeitwerte in Übersichtstabellen!; ein Leitfaden in Ergänzung zur Österreichischen Zeitschrift für Pflegerecht]*. Wien: Manz. 2012. ISBN 9783214097059.