



Respitní péče

– analýza využívání sociálních služeb pečujícími
a návrhy na zvýšení dostupnosti podpory pro pečující
v systému sociálních služeb



Publikace vychází za podpory Ministerstva práce a sociálních věcí.

Respitní péče

– analýza využívání sociálních služeb pečujícími
a návrhy na zvýšení dostupnosti podpory pro pečující
v systému sociálních služeb

Obsah

1.	Role respitní péče v podpoře pečujících osob	3
2.	Současný stav a právní úprava respitní péče v ČR	4
3.	Podpora pečujících osob ve vybraných evropských zemích	10
3.1	Několik poznámek k problematice mezinárodní komparace sociálních služeb	10
3.2	Shrnutí poznatků z doposud realizovaných výzkumů	12
3.3	Podpora pečujících osob v Rakousku	15
4.	Česká republika ve světle nových evropských trendů	23
	Použitá literatura	24
	příloha č. 1: Rozsah úkonů poskytovaných v rámci základních činností u odlehčovacích služeb a maximální výše úhrad za její poskytování	26

1. Role respitní péče v podpoře pečujících osob

Role respitní péče v podpoře pečujících osob je nezastupitelná. Kapacity pobytových služeb jsou nedostatečné, terénní služby se rozvíjejí velmi pomalu, sociálních pracovníků je nedostatek, úroveň jejich odměňování je velmi nízká – to všechno jsou faktory, které vedou k tomu, že potřebná pomoc seniorům a zdravotně handicapovaným osobám je poskytována rodinnými příslušníky nebo blízkými osobami. Tato forma intergenerační a rodinné solidarity má v systému sociálních služeb nezastupitelné místo, více než 70 % příjemců příspěvku na péči nevyužívá žádnou z registrovaných sociálních služeb.

Role pečujících osob je velmi složitá – často museli opustit svoje zaměstnání, „za pochodu“ se učí zvládat nové kompetence, zásadně změnili svoje preference a životní hodnoty. Sociální systém jim jejich situaci přitom vůbec neulehčuje, hmotně jsou zabezpečeni pouze krátkodobě, kapacity odlehčovacích služeb jsou omezené.

Cílem tohoto příspěvku je na základě analýzy současného stavu respitní péče v naší zemi a systému podpory pečujících osob ve vybraných evropských zemích navrhnout některé principy úprav, které by bylo vhodné koncipovat i v naší zemi. Je zřejmé, že ve světle očekávaných demografických trendů se bude význam respitní péče v následujícím období zvyšovat.

2. Současný stav a právní úprava respitní péče v ČR

V současné době je respitní péče legislativně vymezena zákonem č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, v platném znění jako tzv. odlehčovací služby. Paragraf č. 44 tohoto zákona charakterizuje odlehčovací služby jako terénní, ambulantní nebo bytové služby, které jsou poskytovány osobám se sníženou soběstačností z důvodu věku, chronického onemocnění nebo zdravotního postižení, o které je jinak pečováno v jejich přirozeném sociálním prostředí. Cílem odlehčovacích služeb je umožnit pečující fyzické osobě nezbytný odpočinek.

Při poskytování odlehčovacích služeb jsou klientům zajišťovány tyto základní činnosti:

- pomoc při zvládnutí běžných úkonů péče o vlastní osobu,
- pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu,
- poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy,
- poskytnutí ubytování v případě bytové služby,
- zprostředkování kontaktu se společenským prostředím,
- sociálně terapeutické činnosti,
- pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí,
- výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti.

Bližší specifikaci jednotlivých činností upravuje § 10 vyhlášky č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách, v platném znění. Tato vyhláška rovněž upravuje výši úhrady klienta za poskytování jednotlivých úkonů odlehčovacích služeb (podrobněji viz příloha č. 1).

Podporu pečujících osob lze v současné době identifikovat ve čtyřech systémech – v oblasti důchodového a nemocenského pojištění, v zákoníku práce a v oblasti sociálních služeb.

V oblasti důchodového pojištění je doba osobní péče o osobu, která vyžaduje péči druhé osoby, jednou z tzv. náhradních dob pojištění a to přesto, že za tuto dobu není placeno pojistné. V současné době je zohledňována péče o osobu mladší 10 let, která je závislá na pomoci jiné osoby ve všech stupních závislosti, v případě péče o ostatní osoby musí jít o osoby, které jsou závislé na pomoci ve stupni II., III. nebo IV. (středně těžká, těžká a úplná závislost). Tento druh náhradní doby pojištění se hodnotí, pokud jde o délku účasti na pojištění, v plném rozsahu, tzn. že nedochází k žádnému omezení délky doby účasti na pojištění ani rozsahu hodnocené doby. Pokud doba osobní péče o jinou osobu spadá do rozhodného období pro zjišťování příjmů pro výpočet důchodu,

je tato doba považována za vyloučenou dobu tak, aby nedošlo k „rozmělnění“ skutečně dosažených příjmů.

Doba osobní péče o závislou osobu se prokazuje rozhodnutím příslušné okresní správy sociálního zabezpečení o době a rozsahu této péče. Podkladem pro rozhodnutí okresní správy sociálního zabezpečení je uznání osoby, o kterou je pečováno, za osobu závislou na pomoci jiné fyzické osoby ve smyslu zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, v platném znění.

V oblasti nemocenského pojištění lze pro případ podpory pečujících osob krátkodobě využít ošetrovné. Ošetrovné se vyplácí nejdéle 9 kalendářních dnů (resp. 16 kalendářních dnů v případě osamělého zaměstnance, který má v trvalé péči aspoň jedno dítě ve věku do 16 let, které neukončilo povinnou školní docházku). Výše ošetrovného od prvního kalendářního dne činí 60 % redukováného denního vyměrovacího základu za kalendářní den.

Podle zákoníku práce má zaměstnanec po dobu péče o osobu, na kterou má podle zákona o nemocenském pojištění nárok na ošetrovné, právo na neplacené pracovní volno. Doba tohoto pracovního volna není vázána pouze na dobu poskytování ošetrovného, ale zaměstnavatel je povinen omluvit zaměstnanci jeho nepřítomnost v práci z důvodu ošetrování rodinného příslušníka po celé dva měsíce.

Pro zajištění potřebných sociálních služeb je osobám s dlouhodobě nepříznivým zdravotním stavem závislým na pomoci jiné fyzické osoby poskytován od 1. ledna 2007 podle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, příspěvek na péči. Nárok na tuto dávku má osoba starší jednoho roku, která z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu potřebuje pomoc jiné fyzické osoby při zvládnutí základních životních potřeb.

Příspěvek na péči by teoreticky měl pečujícím kompenzovat ztrátu, popř. snížení příjmu z ekonomické aktivity. Tato dávka je však kromě úhrady nákladů souvisejících s péčí o rodinného příslušníka, popř. blízkou osobu využívána rovněž na úhradu běžných výdajů v domácnosti, úhradu nákladů na bydlení, na dopravu, na úhradu léků a plateb u lékaře, v některých případech je však příspěvek na péči vynakládán rovněž na úhradu leasingových splátek¹. V těchto případech je zřejmé, že zavedení příspěvku na péči nebylo správným řešením, protože jakákoliv peněžní částka, která je přiznána občanovi, se jím a jeho rodinou považuje za rodinný příjem a jako s takovým se s ní nakládá².

Finanční situace rodin a domácností pečujících o rodinného příslušníka, popř. blízkou osobu je však ve většině případů v současné době velmi nepříznivá, neboť vedle ztráty vlastního příjmu dochází současně k nárůstu výdajů souvisejících se zajištěním potřebné péče, některé z nich se pohybují dokonce na hranici materiální deprivace. Vedle aktuálního snížení příjmové úrovně má však doba péče o rodinného příslušníka dopady i na výši starobního důchodu v budoucnosti. Tato situace je alarmující zejména z toho pohledu, že jedním ze stěžejních cílů transformace sociálních služeb je položit

1 viz: PRŮŠA, L. Ekonomická efektivita zajišťování péče o příjemce příspěvku na péči. Praha: VÚPSV, 2013. ISBN 978-80-7416-120-9

2 viz: TOMEŠ, I. Otázky realizace povinné sociální solidarity sociálním státem. FÓRUM sociální politiky, mimořádné číslo 2015. ISSN 1802-5854

důraz na poskytování sociálních služeb v přirozeném prostředí příjemců příspěvku na péči. Vzhledem k nedostatku kapacity pobytových zařízení sociálních služeb a k nerozvinutému sektoru terénních sociálních služeb (těžisko terénních služeb stále ve většině regionů spočívá v dovozu obědů v rámci pečovatelské služby) je v řadě případů tato péče poskytována rodinnými příslušníky, popř. blízkými osobami (cca 70 % příjemcům příspěvku na péči je péče poskytována neregistrovanými subjekty)³.

Péče o nesoběstačné osoby v rodině může mít nejrůznější podoby. Její rozdílnost v porovnání s péčí, která je poskytována v rezidenčním zařízení, spočívá v tom, že péče je v zásadě poskytována tolik, kolik je potřeba. Jedná se o péči, která je poskytována z lásky, a proto ji tato charakteristika činí nenahraditelnou⁴. Mnohé rodiny se s problémem péče vyrovnávají velmi dobře, i když je situace vyčerpávající, jiné se zase i přes ochotu poskytovat osobní péči, mohou z obavy z nezvládnutí, rozhodnout se pro poskytování potřebné péče prostřednictvím pobytových zařízení⁵.

Časová náročnost péče je významným způsobem determinována mírou závislosti osoby, již je poskytována pomoc (viz tabulka č. 1).

tabulka 1: Součet doby přímé péče a dohledu dle stupňů závislosti (denně)

stupeň závislosti	doba přímé péče a dohledu denně
I.	6 hod. 31 min.
II.	10 hod. 10 min.
III.	15 hod. 54 min.
IV.	18 hod. 24 min.

pramen: Michalík, J. a kol. Zdravotní postižení a pomáhající profese. Praha: Portál, 2011. ISBN 978-80-7367-859-3

Z uvedených údajů vyplývá, že dlouhodobá péče o rodinného příslušníka nebo blízkou osobu je spojena s komplexním sociálním, ekonomickým a zdravotním dopadem na pečovatele a jeho nejbližší okolí. Osoba, která poskytuje péči v důsledku neustálé „pohotovosti“, ztrácí kontakty s okolním světem, ocitá se v sociální izolaci, často strádá nedostatečnou sociální oporou, trpí fyzickým a psychickým vypětím, které se mnohdy odrazí na jejím zdraví⁶. Je třeba si uvědomit, že na péči o rodinného příslušníka pečovatele nikdo nepřipravoval, a přesto mnohdy musí vykonávat úkony, k jejichž provedení je potřeba dostatek fyzické síly, často chybí i potřebný grif. Služba, která je poskytovaná nepřetržitě, je pro jednoho pečujícího „likvidační“, a proto je potřebná

3 viz: Jeřábková, V. – Průša, L. *Příspěvek na péči*. Praha: VÚPSV, 2013. ISBN 978-80-7416-145-2

4 viz: Jeřábek, H. *Rodinná péče o seniory jako „práce z lásky“: nové argumenty*. Sociologický časopis č. 2/2009. ISSN 0038-0288

5 viz: Bartoňová, J. *Modely rodinné péče o starého člověka*. In: Jeřábek, H. a kol.: *Rodinná péče o staré lidi*. Praha: CESES FSV UK, 2005. ISSN 1801-1640

6 viz: Barvíková, J. *Rodinná péče a profesionální péče*. In: Jeřábek, H. a kol.: *Rodinná péče o staré lidi*. Praha: CESES FSV UK, 200 bez ISBN.

a nezbytná profesionální pomoc, která by účinně snižovala zátěž pečovatele⁷. V praxi se postupně rozvíjí model sdílené péče, jehož cílem je umožnit nesoběstačné osobě žít nezávislým životem ve vlastní domácnosti za pomoci rodiny a komunitních služeb tak dlouho, dokud se tento způsob jeví jako smysluplný a praktický. Prohloubení spolupráce rodiny a služeb poskytovaných speciálními organizacemi a institucemi má nejen vliv na zkvalitnění péče o nesoběstačné osoby, ale také snižuje zátěž rodinných pečovatelů⁸. Síť poskytovatelů odlehčovacích služeb však není rozvinutá, jednotlivá zařízení nejsou rovnoměrně rozmístěna (viz tabulka č. 2).

tabulka 2: Počet klientů a neuspokojených žadatelů odlehčovacích služeb v r. 2010 a 2015

kraj	2010		2015		2010	2015
	počet klientů				počet neuspokojených žadatelů	
	děti a mládež do 18 let	dospělí	děti a mládež do 18 let	dospělí		
hl. m. Praha	39	1 244	95	1 737	68	457
Středočeský	160	1 062	545	1 617	18	66
Jihočeský	18	701	2	380	116	67
Plzeňský	21	263	258	367	14	2
Karlovarský	84	44	2	28	0	0
Ústecký	5	229	76	847	1	126
Liberecký	17	197	8	391	8	99
Královéhradecký	193	534	14	1 096	76	138
Pardubický	1	612	9	462	10	110
Vysočina	19	324	28	689	47	70
Jihomoravský	38	1 198	13	637	80	102
Olomoucký	15	402	24	461	1	69
Zlínský	23	386	22	543	92	283
Moravskoslezský	62	530	102	1 315	49	230
ČR	695	7 726	1 198	10 570	580	1 819

pramen: Statistická ročenka z oblasti práce a sociálních věcí 2010. Praha: MPSV, 2011. ISBN 978-80-7421-027-3

Z uvedené tabulky je zřejmé, že stávající formy institucionální podpory pečujících osob jsou nedostatečné. Síť potřebných odlehčovacích sociálních služeb není dostatečná,

7 viz: Tošnerová, T. *Jak si vychutnat seniorská léta*. Brno: Computer Press, 2009. ISBN 978-802512-104-7

8 viz: Jarošová, D. *Péče o seniory*. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, 2006. ISBN 80-7368-110-2

což oslabuje motivaci a sociální jistoty pečujících osob, a to přesto, že osoby závislé na jejich péči tuto péči preferují (v r. 2015 využilo odlehčovacích služeb pouze necelých 15 % příjemců příspěvků na péči ve III. nebo IV. stupni závislosti, kteří nevyužívali žádné pobytové ani ambulantní sociální služby). Pečující osoby se tak ocitají v nejistém postavení, vzhledem k neochotě zaměstnavatelů nabízet zkrácenou pracovní dobu, příp. její flexibilní organizaci obtížně kombinují péči a zaměstnání. S nárůstem potřeby a intenzity péče tak pečující osoby často opouštějí svá zaměstnání a jsou zpravidla odkázány na odměnu, kterou jim poskytne osoba závislá na jejich péči z příspěvku na péči. Dochází tak k propadu celkových příjmů pečujících osob, tyto osoby a jejich rodiny tak následně čelí zvýšenému riziku chudoby. Poskytování péče v přirozeném domácím prostředí – především v případě péče o osoby s vyšším stupněm závislosti – navíc zvyšuje riziko vzniku dysfunkčních rodinných vztahů pečujících osob, pečujícím osobám v důsledku zpravidla dlouhodobé péče a její náročnosti hrozí zhoršování jejich zdravotního stavu.

Při hodnocení toho, do jaké míry je kompenzován nižší příjem z ekonomické aktivity příspěvkem na péči v důsledku potřeby zajišťování péče pro svého rodinného příslušníka nebo blízkou osobu, je vedle porovnání samotného rozdílu mezi výší předchozího příjmu z ekonomické aktivity a výší příspěvku na péči rovněž nutno zohlednit podmínky, za nichž je v současné době poskytována podpora v nezaměstnanosti a dávky v nemoci. Vzhledem k tomu, že současná právní úprava nevyklučuje souběžné pobírání podpory v nezaměstnanosti nebo nemocenské (u osoby poskytující péči) a příspěvku na péči (u osoby, které je péče poskytována), lze předpokládat, že v důsledku ukončení ekonomické aktivity osoba poskytující péči je – alespoň krátkodobě – rovněž příjemcem těchto dávek⁹. Z předchozích výzkumů¹⁰ vyplývá, že tuto péči v domácnostech ve velké většině poskytují ženy ve věku 50 a více let.

Z dříve provedených propočtů MPSV¹¹ vyplývá, že celkové náklady péče poskytované v přirozeném domácím prostředí pouze rodinným příslušníkem nebo blízkou osobou činí 31 500 Kč měsíčně na jednoho klienta, zatímco v případě, kdy péče je zajišťována rodinným příslušníkem nebo blízkou osobou a registrovaným poskytovatelem sociální služby, činí náklady této péče cca 18 000 Kč měsíčně na jednoho klienta (náklady na péči poskytovanou v domovech pro seniory činily podle těchto propočtů 22 000 Kč měsíčně na jednoho klienta).

Tyto propočty byly následně potvrzeny detailními propočty nákladů připadajících na hodinu péče v pobytových zařízeních a v domácnosti uživatele, podle nichž náklady sociální péče v pobytových zařízeních činí 192 Kč/hod. a jsou o 23 % nižší než v domácnosti uživatele, kde činí 248 Kč/hod. (Obdobně náklady ošetrovatelské péče

9 viz: *Analýza vývoje dávek nemocenského pojištění*. Praha: ČSSZ, 2015

10 viz např. Vlach, J. *Šetření výdělků starších zaměstnanců*. Praha: VÚPSV, 2006. ISBN 80-87007-39-5 nebo Vlach, J. a kol. *Gender v managementu*. Praha: VÚPSV, 2008. ISBN 978-807416-003-5

11 podrobněji viz: Průša, L. *Ekonomická efektivita zajišťování péče o příjemce příspěvku na péči*. Praha: VÚPSV, 2013. ISBN 978-80-7416-120-9

činí v pobytových zařízeních 321 Kč/hod. a jsou o 27 % nižší než v domácnosti uživatele, kde činí 440 Kč/hod.)¹².

V tomto smyslu se potvrdily dříve prezentované názory, že náklady na péči poskytovanou v přirozeném domácím prostředí jsou vyšší než náklady na péči poskytovanou v pobytových zařízeních¹³.

Výše uvedené údaje svědčí o tom, že příspěvek na péči v současné době jen velmi nedostatečně kompenzuje neúčast pečujících osob na trhu práce, a proto je nutno při hledání odpovědí na to, jak lépe zabezpečit pečující osoby, hledat inspiraci v zahraničí.

12 viz: Vostatek, J. a kol. *Financování a nákladovost sociálních služeb*. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb, 2013. ISBN 978-80-904668-7-6

13 viz: Janýška, A. *Transformace pobytových sociálních služeb pro osoby s mentálním postižením: dosavadní vývoj, existující mýty a pasti a ekonomické podmínky jejich poskytování*. FÓRUM sociální politiky č. 5/2011, ISSN 1802-5854

Dospiva, S. *Jak je to s doplácením státu na domovy důchodců*. Zpravodaj ústavů sociální péče č. 2/2005. bez ISSN

3. Podpora pečujících osob ve vybraných evropských zemích

3.1. Několik poznámek k problematice mezinárodní komparace sociálních služeb

Pod pojmem „sociální služby“ nejsou v evropských zemích chápány pouze sociální služby v pojetí, které je uplatňováno v našem právním řádu, ale jejich pojetí je podstatně širší a zahrnuje zdravotní péči, sociální ochranu jednotlivců, rodin a skupin, problematiku sociálního bydlení a služeb zaměstnanosti. Při charakteristice sociálních služeb je důraz položen na to, aby jednotlivé služby byly dostupné každému občanovi podle jeho individuální situace a aby byly přizpůsobeny specifickým potřebám různých regionů a oblastí. Skutečnost, že se jedná o místní služby, přitom neznamená, že za jejich existenci musí být zodpovědné místní orgány, jejich poskytování je přitom chápáno jako záruka práv jednotlivých občanů, právní úprava systému sociálních služeb je v zemích EU proto běžnou součástí národních právních řádů. Jejich legislativní zakotvení se vyvíjelo spolu s vývojem sociálního státu a s jeho právním zakotvením¹⁴.

Státy, jejichž sociální systém patří do skandinávského modelu, poskytují zpravidla nejširší škálu nabídek sociálních služeb, současně však poskytují nejmenší prostor nestátním subjektům, neboť sociální služby jsou v těchto zemích nejen financovány, ale i poskytovány převážně veřejným sektorem. Zřejmě největší důležitost nestátních neziskových organizací jako poskytovatelů sociálních služeb lze nalézt v korporativním modelu, jehož typickým reprezentantem je Německo. Financování takto poskytovaných sociálních služeb je řešeno prostřednictvím samostatného systému pojištění péče (Pflegeversicherungssystem), který představuje moderní přístup k řešení problémů souvisejících s financováním systémů sociálních služeb.

Jinou formu řešení problémů financování sociálních služeb a rostoucích nároků na jejich efektivitu se pokusila uplatnit Velká Británie, jako země představující anglosaský model, prostřednictvím zavedení systému „quasi-markets“. V jeho rámci se očekával nárůst efektivity a pružnosti systému, který byl velmi strnulý, pokud sociální služby poskytoval veřejný sektor. Tento pokus o změnu přístupu přinesl pozitivní výsledky.

¹⁴ viz: *The role of local and regional authorities in the provision of local social services*. Strasbourg: Council of Europe, 1999. ISBN 92-871-4528-8

Jeho nedostatkem však je, že redukuje nabídku „nelukrativních“ služeb a naopak může vytvořit přebytek takových služeb, jejichž poskytování se vyplácí¹⁵.

Ačkoliv všechny země nemají stejný standard sociálních služeb, je zřejmé, že určité minimum služeb musí být dostupné všem občanům. Minimální standard sociálních služeb však může být definován pouze na národní úrovni. Nezbytné je přitom zabezpečit, aby regionální i místní orgány byly zapojeny do procesu určování minimálního standardu sociálních služeb nabízených občanům, zejména v těch oblastech, kde se předpokládá, že tyto orgány budou tyto služby poskytovat. Stát má primární odpovědnost za zajištění toho, aby tyto služby byly poskytovány, a měl by mít určité pravomoci v oblasti jejich plánování, koordinace a supervize. Vzhledem k odpovědnosti místních a regionálních orgánů za provozní aspekty poskytování sociálních služeb se v řadě zemí projevuje snaha o širší zapojování místních a regionálních orgánů do poskytování těchto služeb. Tento trend má přitom dvě základní formy – v některých zemích je všechna odpovědnost převedena na místní a regionální orgány, v jiných zemích je na místní a regionální orgány převedeno pouze řízení sociálních služeb s tím, že stát se podílí na všech nebo na většině finančních výdajů¹⁶.

Kromě uvedených rozdílů existují i určité společné tendence ve vývoji sociálních služeb. Evropské země hledají nové a pro klienty účinnější formy pomoci v situacích, kdy potřebují pomoc společnosti. Od státu jako poskytovatele služeb směřuje pomoc k místním samosprávám a nestátním organizacím, jež mají blíže k občanovi, služby jsou decentralizovány a odstátňovány. Financování sociálních služeb se posouvá k vícezdrojovému financování, akcentuje se osobní odpovědnost klienta, případně jeho rodiny, vůči klientům je uplatňován tzv. partnerský model, o poskytování služby se zpravidla uzavírá smlouva mezi poskytovatelem a uživatelem, popř. jeho zástupcem. Důraz je kladen na rozvoj služeb, poskytovaných v domácnosti uživatele služeb, dochází tak k jejich individualizaci, klientovi jsou poskytovány služby „na míru“ tak, aby v maximální míře odpovídaly jeho aktuálním potřebám, což zároveň přispívá ke zvyšování efektivity poskytovaných služeb¹⁷.

15 viz: Matoušek, O. a kol. *Sociální služby: legislativa, ekonomika, plánování, hodnocení*. Praha: Portál, 2011. ISBN 978-80-262-0041-3

16 viz: *The role of local and regional authorities in the provision of local social services*. Strasbourg: Council of Europe, 1999. ISBN 92-871-4528-8

17 viz: Matoušek, O. *Sociální služby: legislativa, ekonomika, plánování, hodnocení*. Praha: Portál, 2011. ISBN 978-80-262-0041-3

3.2. Shrnutí poznatků z doposud realizovaných výzkumů¹⁸

V evropských zemích je z hlediska podpory pečujících osob využíváno široké spektrum podpor. Jednou z možností podpory neformálních pečovatелů je poskytování přímé podpory pečujícím osobám. Toto řešení je uplatňováno např. ve Velké Británii, Švédsku, Německu nebo v Polsku.

Zajímavou formu řešení podpory pečujících osob nabízí Německo, kde je při poskytování příspěvku na péči rozlišován tzv. nultý stupeň potřebnosti, který zajistí základní podporu osobám, jež zatím nemají nárok na první stupeň, ale u nichž tento nárok vzhledem k jejich zdravotnímu stavu dříve či později vznikne. Příspěvek reaguje na specifickou situaci příjemců také v jiných kritériích, kdy přítomnost určitých aspektů (extrémně závažné zdravotní postižení, demence aj.) podmiňuje nárok na zvýšení příspěvku.

Podobně jako v ČR si příjemci příspěvku na péči v Německu mohou sami vybrat poskytovatele služby a rozhodnout se, zda budou využívat služby od profesionálního poskytovatele služeb nebo příspěvek využijí na úhradu služeb od svých rodinných příslušníků nebo blízkých osob nebo se rozhodnou pro kombinaci obou možností. Ve výši příspěvku se poté odráží nákladovost využívané péče – v případě využívání služeb profesionálních poskytovatelů je poskytovaná částka poměrně vyšší. Přitom není posuzována „závislost“ uživatelů, ale „potřebnost péče“, nehodnotí se míra omezení schopností posuzovaných osob, ale míra potřebné kompenzace postižení.

Problémem německého systému je – obdobně jako u nás – skutečnost, že definice potřebnosti péče neodpovídají potřebám některých cílových skupin a podpora pak není dostupná všem, kteří ji potřebují. Proto se v současné době připravují rozsáhlé změny, mělo by být definováno pět stupňů závislosti namísto dosavadních tří, bude definováno šest oblastí každodenních aktivit a pomocí bodového hodnocení bude stanoveno, nakolik je omezena samostatnost posuzované osoby v jednotlivých aktivitách. Tyto změny by měly zajistit spravedlivější systém posuzování potřebnosti péče, mělo by se změnit zejména posuzování rozdílů mezi osobami s tělesným postižením a omezením kognitivních a psychických funkcí.

Další formou podpory pečujících osob je daňové zvýhodnění. V Německu platí, že pokud osoba závislá na pomoci dosáhla plnoletosti a její postižení je natolik závažné, že jí brání zajistit si základní životní potřeby bez pomoci druhých, je pro účely daňových výpočtů považována stále za dítě. Ve Švédsku může dospělá osoba, která potřebuje pomoc při zajišťování běžných životních aktivit, studia nebo práce a nevyužívá dlouhodobou pobytovou péči, získat příspěvek v invaliditě.

18 viz: Geissler H. a kol. *Neformální péče ve vybraných státech Evropské unie – komparativní rešerše a identifikace příkladů dobré praxe*. Praha: FDV, 2015. bez ISBN

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

Přímou i nepřímou podporu pečujících osob lze řešit prostřednictvím nabídky různých sociálních, zdravotních nebo vzdělávacích služeb. Např. ve Švédsku jsou pečujícím osobám poskytovány různé služby komunitního až rodinného charakteru, nabídka zahrnuje nejen respitní péči, denní centra nebo dočasné pobytové služby, ale rovněž poradenská centra, podpůrné skupiny pro pečující, vzdělávací aktivity pro zlepšení kompetencí a informovanosti pečujících, samozřejmostí jsou přepravní či stravovací služby nebo zapůjčení a instalace speciálních technologií.

Příklady fungování vhodných služeb lze nalézt rovněž v německém systému. Za zmínku stojí např. alternativní formy bydlení (spolužití různých generací ve speciálních domech, kdy jedni podporují druhé v činnostech, které vzhledem ke svému věku lépe ovládají), ambulantní pečovatelské služby, které pokrývají komplexní škálu úkonů (od základní péče o tělo, přes výživu a zdravotní péči až k poradenství, dopravě a úklidu domácnosti), nebo tzv. krátkodobou péči. Propojení sektoru zdravotních a sociálních služeb je klíčovým faktorem pro dosažení potřebné efektivity služeb pro osoby odkázané na péči a jejich rodiny.

Pozitivním důsledkem komplexnosti služeb bývá rozvinutost sektoru terénních služeb. Bez důrazu na komplexnost a propojenost služeb by však nebyl dobře uplatnitelný ani další významný nástroj podpory osob odkázaných na péči a jejich rodin, jímž je individuální plánování služeb. Nejvíce zkušeností s ním má Švédsko, jeho nespornou výhodou je cílené zaměření na jednotlivce, jeho konkrétní potřeby i potřeby jeho rodiny. Vytvoření individuálního plánu péče umožňuje zahrnutí různých složek péče a jejich nastavení tak, aby bylo dosaženo maximálně efektivní podpory odpovídající situaci každého konkrétního člověka.

Další důležitou oblastí podpory neformální péče je podpora pečujících na trhu práce. Tato forma podpory je nejvíce rozvinutá v Německu a Velké Británii. V Německu byla zavedena pečovatelská dovolená a rodinná pečovatelská dovolená, Velká Británie přiznává pečujícím nárok na mimořádnou dovolenou v důsledku péče a zároveň právo na pružnou pracovní dobu, zákon o rovnoprávnosti jim pak zaručuje ochranu před diskriminací na pracovním trhu.

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

informační telefonní linku provozovanou zmíněným Spolkovým ministerstvem práce a sociálních věcí a Spolkovým ministerstvem pro zdraví. Ucelené informace pro pečující osoby poskytují i různé neziskové organizace.

Ve Švédsku je zvyšování obecného povědomí o problematice péče a podpora pečujících osob cílem Národního centra podpory poskytovatelů neformální péče. O zviditelnění problematiky a zlepšení jejich podpory usiluje také Národní rada pro zdraví a prosperitu. V neposlední řadě pečujícím osobám potřebnou podporu poskytují obce. Ve Švédsku je tedy informovanost pečujících plně součástí činnosti veřejné správy. Trochu odlišný příklad pak nabízí Velká Británie, kde se velmi dobře rozvíjí systém informační podpory poskytované neziskovým sektorem.

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

Pečovatelskou dovolenou jako nástroj podpory neformálních pečovatелů využívá také Irsko. Zákonný nárok je definován dobou nejméně 13 a nejvýše 104 týdnů. Pouze v případě, že by pečující chtěl čerpat dobu kratší než 13 týdnů, má zaměstnavatel právo jeho požadavek odmítnout. Po dobu čerpání pečovatelské dovolené mohou pečující pracovat až do výše 15 hodin týdně a mají nárok na úhradu sociálního pojištění. V Dánsku mají pečující osoby kromě pečovatelské dovolené nárok např. na doplatek ušlé mzdy při péči o dítě, na příspěvek na péči o umírající osobu nebo na dočasnou či permanentní pomoc v domácnosti.

3.3. Podpora pečujících osob v Rakousku¹⁹

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

Cílem pečovatelské dovolené, popř. kratší pracovní doby na péči je poskytnout zaměstnancům v případě náhle vzniklé potřeby péče o blízkého rodinného příslušníka nebo k odlehčení pečující osoby na určitou dobu možnost péči nově zorganizovat. Po tuto dobu se na dotyčné zaměstnance vztahuje:

- ochrana před výpovědí z důvodu čerpání pečovatelské dovolené nebo kratší pracovní doby na péči,
- právní nárok na příspěvek na pečovatelskou dovolenou,

19 zpracováno podle:

Pflegekarenz/Pflegezeit und Familienhospizkarenz/Familienhospizzeit. Ein Überblick. Wien. Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz. Dostupné z: http://www.sozialministeriumservice.at/cms/site/attachments/8/0/2/CH0032/CMS1388658615941/broschuere_nov_2014_pflegekarenz_pflegezeit_web.pdf
Allgemeines zu Pflegekarenz und Pflegezeit. Dostupné z: <https://www.help.gv.at/Portal.Node/hlpd/public/content/36/Seite.360527.html>
Pflegekarenz & Pflegezeit. Dostupné z: http://www.arbeiterkammer.at/beratung/arbeitundrecht/krankheitundpflege/pflege/pflegekarenz_pflegezeit.html
Familienhospizkarenz/Familienhospizzeit. Dostupné z: <https://www.help.gv.at/Portal.Node/hlpd/public/content/36/Seite.360525.html>
Informationen zum Pflegekarenzgeld. Dostupné z: http://www.sozialministerium.at/site/Soziales/Pflege_und_Betreuung/Pflegekarenzgeld/
Pflegekarenzgeld. Dostupné z: <https://www.help.gv.at/Portal.Node/hlpd/public/content/36/Seite.360529.html>
Das Pflegekarenzgeld. Dostupné z: https://www.sozialministeriumservice.at/cms/site/attachments/3/8/8/CH0032/CMS1436794116711/folder_pflegekarenzgeld.pdf
Handbuch der österreichischen Sozialversicherung 2014. Wien, Hauptverband der österr. Sozialversicherungsträger. Dostupné z: http://www.ihs.ac.at/publications/lib/handbuch_2014.pdf nebo <http://docplayer.org/4229272-Handbuch-der-oesterreichischen-sozialversicherung-2014.html>
Was ist neu 2014? Pflege, Pensionen, Arbeitsmarkt, Arbeitsrecht, Konsumentenschutz. Wien. Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz. Dostupné z: http://www.sozialministerium.at/cms/site/attachments/1/5/9/CH2081/CMS1387352657908/131218_was_ist_neu_2014.pdf
Familienhospiz- und Pflegekarenz. Dostupné z: <http://www.hospiz-stmk.at/Hilfe-Beratung/Familienhospiz-und-Pflegekarenz>
Familienhospizkarenz-Härteausgleich. Dostupné z: <https://www.help.gv.at/Portal.Node/hlpd/public/content/8/Seite.080740.html>

- zabezpečení ve formě nemocenského a důchodového pojištění a osvobození od placení příspěvků, které jsou hrazeny ze spolkových prostředků.

Možnost sjednat si pečovatelskou dovolenou nebo kratší pracovní dobu na péči mají:

- zaměstnanci v soukromoprávních pracovních vztazích,
- spolkoví a zemští zaměstnanci a zaměstnanci obcí,
- poživatelé podpory v nezaměstnanosti nebo pomoci v nouzi, kteří se za účelem čerpání pečovatelské dovolené odhlásili z pojištění v nezaměstnanosti.

Za blízké rodinné příslušníky jsou přitom považováni manželé/manželky, rodiče, prarodiče, adoptivní rodiče a pěstouni, děti, vnoučata, nevlastní děti, osvojené děti a děti v pěstounské péči, druhové/družky a jejich děti, registrovaní partneři/partnerky a jejich děti, sourozenci a tcháni, tchyně, zeťové a snachy. Pro čerpání pečovatelské dovolené nebo kratší pracovní doby na péči přitom není nutné, aby pečující osoba žila ve společné domácnosti s blízkými rodinnými příslušníky.

Pečovatelskou dovolenou nebo kratší pracovní dobu na péči je možné si sjednat na péči o blízké rodinné příslušníky, kteří mají v dané chvíli přiznaný příspěvek na péči od stupně 3, popř. v případě nezletilých rodinných příslušníků nebo rodinných příslušníků s demencí příspěvek na péči od stupně 1²⁰. Podmínkou pro jejich čerpání je písemné sjednání uvolnění z práce nebo zkrácení pracovní doby mezi zaměstnancem a zaměstnavatelem, přičemž zaměstnavatel s tím musí souhlasit, neboť na pečovatelskou dovolenou a kratší pracovní dobu na péči zatím neexistuje právní nárok. Tato dohoda musí obsahovat začátek a dobu trvání pečovatelské dovolené nebo kratší pracovní doby na péči (v tomto případě také rozsah zaměstnání na kratší pracovní dobu, neboť dodatečné změny rozsahu kratší pracovní doby na péči již nejsou možné). Ke sjednání pečovatelské dovolené nebo kratší pracovní doby na péči však může dojít pouze tehdy, jestliže pracovní poměr před tím trval nepřetržitě minimálně tři měsíce²¹.

20 příspěvek na péči je v Rakousku poskytován v sedmi stupních, které jsou diferencovány podle doby nezbytné péče (ve stupni 1 činí příspěvek na péči 154,20 € měsíčně, přičemž péče je nutná více než 60 hodin měsíčně, ve stupni 2 činí příspěvek na péči 284,30 €, přičemž péče je nutná více než 85 hodin měsíčně, ve stupni 3 je výše příspěvku na péči 442,90 €, přičemž péče je nutná více než 120 hodin měsíčně, ve stupni 4 činí příspěvek na péči 664,30 €, přičemž péče je nutná více než 160 hodin měsíčně, ve stupni 5 činí výše příspěvku na péči 902,30 €, péče je nutná více než 180 hodin měsíčně, ve stupni 6 činí příspěvek na péči 1 260 €, přičemž péče je nutná více než 180 hodin měsíčně a ošetřování není časově koordinovatelné a je nutná trvalá přítomnost pečující osoby během dne a noci, protože existuje vysoká pravděpodobnost ohrožení dané osoby, ve stupni 7 činí příspěvek na péči 1 655,80 €, přičemž péče je nutná více než 180 hodin měsíčně, pokud osoba neovládá všechny končetiny a není možná funkční kompenzace)

21 Zvláštní ustanovení přitom platí pro sezónní pracovníky s pracovním poměrem na dobu určitou, ti si mohou pečovatelskou dovolenou nebo kratší pracovní dobu na péči dohodnout, pokud jejich pracovní poměr na dobu určitou trval nepřetržitě minimálně dva měsíce, podmínkou však je skutečnost, že byli u téhož zaměstnavatele zaměstnáni – i s přerušením – minimálně tři měsíce (pro tento účel se sčítají doby pracovních poměrů na dobu určitou u téhož zaměstnavatele, které spadají do období čtyř let před začátkem pečovatelské dovolené)

Pečovatelská dovolená a kratší pracovní doba na péči představují překlenovací opatření, lze je sjednat minimálně na dobu jednoho měsíce a maximálně na dobu tří měsíců. V případě kratší pracovní doby na péči přitom nesmí být týdenní pracovní doba kratší než 10 hodin. V zásadě lze pečovatelskou dovolenou nebo kratší pracovní dobu na péči sjednat na jednoho blízkého rodinného příslušníka potřebujícího péči jen jednou, avšak v případě podstatného zvýšení potřeby péče dané osoby minimálně o jeden stupeň příspěvku na péči lze pečovatelskou dovolenou nebo kratší pracovní dobu na péči sjednat ještě jednou.

Na jednu osobu potřebující péči si může sjednat pečovatelskou dovolenou nebo kratší pracovní dobu na péči i více pracovníků. Tak např. dva sourozenci si mohou na jednoho ze svých rodičů sjednat pečovatelskou dovolenou nebo kratší pracovní dobu na péči pro různá období vždy na dobu až tří měsíců, celkem tedy až na šest měsíců. Při podstatném zvýšení potřeby péče minimálně o jeden stupeň příspěvku na péči je pak možné opětovně sjednání pečovatelské dovolené nebo kratší pracovní doby na péči vždy až na maximálně tři měsíce na jednoho pracovníka. Příspěvek na pečovatelskou dovolenou náleží na jednu osobu potřebující péči maximálně po dobu 12 měsíců.

Již od 1. července 2002 mají zaměstnanci v Rakousku možnost po určitou dobu doprovázet umírající blízké rodinné příslušníky a velmi těžce nemocné děti, a to v rámci tzv. volna na rodinnou hospicovou péči. Zaměstnanci si v rámci volna na rodinnou hospicovou péči mohou zvolit:

- zkrácení pracovní doby (kratší pracovní doba na rodinnou hospicovou péči),
- změnu rozložení normální pracovní doby,
- uvolnění z práce spojené se ztrátou výdělků.

O doprovázení při umírání mohou požádat ti, kteří budou pečovat o manžela/manželku, o registrovaného partnera/partnerku a jejich děti, o druha/družku a jejich děti, o rodiče, prarodiče, adoptivní rodiče a pěstouny, o děti, vnoučata, nevlastní děti, osvojené děti a děti v pěstounské péči, o sourozence a o tchány, tchyně, zetě a snachy. Doprovázení při umírání předpokládá, že se tito doprovázení blízcí rodinní příslušníci nacházejí ve špatném, život ohrožujícím zdravotním stavu, bez ohledu na to, zda je tento stav způsobený nemocí, úrazem nebo věkem. K tomu, aby bylo možné žádat o doprovázení při umírání, není nutná ani potřeba péče, ani nutnost ošetřování umírajícího rodinného příslušníka, spíše se jedná o to dát pracovníkům možnost trávit s umírajícím čas a moci mu poskytnout především osobní podporu v jeho posledním úseku života. Společná domácnost s rodinným příslušníkem není nutná.

O doprovázení velmi těžce nemocných dětí mohou požádat ti, kteří budou pečovat o vlastní děti, o nevlastní děti, o osvojené děti a děti v pěstounské péči, o děti druha/družky a o děti registrovaného partnera/registrované partnerky. V těchto případech není nutné ohrožení života, podmínkou je pouze skutečnost, že dítě musí fakticky žít ve společné domácnosti s osobou, která jej doprovází. Zajímavostí je přitom skutečnost,

že z hlediska pojmu „dítě“ záleží pouze na příbuzenském vztahu, žádná věková hranice neexistuje.

Zkrácení pracovní doby je možné jak u osob zaměstnaných na plný úvazek, tak u osob zaměstnaných na zkrácený úvazek. Změna rozložení normální pracovní doby se může týkat jak počtu pracovních dní, tak rozložení hodin v průběhu pracovního dne.

Na volno na rodinnou hospicovou péči existuje právní nárok, může ho využívat i více rodinných příslušníků zároveň. O doprovázení při umírání lze žádat zpočátku maximálně na dobu tří měsíců, v případě potřeby je možné v daném případě prodloužení až na celkovou dobu šesti měsíců. O doprovázení velmi těžce nemocných dětí lze žádat zpočátku na maximálně pět měsíců, v případě potřeby je možné v daném případě prodloužení až na celkovou dobu devíti měsíců.

Zaměstnanec je povinen doprovázení při umírání, popř. doprovázení velmi těžce nemocného dítěte písemně oznámit zaměstnavateli, a to nejpozději pět pracovních dní před plánovaným začátkem. Důvod pro volno na rodinnou hospicovou péči lze doložit např. lékařským potvrzením nebo odpovídajícím ústním sdělením. Jestliže zaměstnavatel s požadovaným opatřením nesouhlasí, musí do pěti pracovních dnů od obdržení písemného oznámení ze strany zaměstnance podat žalobu k příslušnému pracovnímu a sociálnímu soudu, který musí o požadovaném opatření rozhodnout s přihlédnutím k potřebám podniku i zájmům zaměstnance.

Rovněž prodloužení volna na rodinnou hospicovou péči je nutné zaměstnavateli písemně oznámit a to nejpozději 10 pracovních dnů předem. Jestliže s prodloužením nesouhlasí, musí opět podat žalobu u příslušného pracovního a sociálního soudu, a to do deseti pracovních dnů. Bez ohledu na to může zaměstnanec až do rozhodnutí soudu prodloužení čerpat, ledaže by příslušný pracovní a sociální soud na žádost zaměstnavatele předběžným opatřením prodloužení zakázal.

Od oznámení doprovázení při umírání, popř. doprovázení velmi těžce nemocného dítěte až po dobu čtyř týdnů po jejich ukončení je zaměstnanec chráněn před výpovědí a propuštěním.

K finanční podpoře pečujících rodinných příslušníků v případě čerpání pečovatelské dovolené, kratší pracovní doby na péči, volna na rodinnou hospicovou péči, popř. kratší pracovní doby na rodinnou hospicovou péči slouží příspěvek na pečovatelskou dovolenou. Na tento příspěvek má nárok každá osoba, která:

- je pojištěna v plném rozsahu (= nemocenské, úrazové a důchodové pojištění) na základě nepřetržitého pracovního poměru bezprostředně před čerpáním pečovatelské dovolené nebo kratší pracovní doby na péči minimálně po dobu 3 měsíců,
- má písemně sjednanou pečovatelskou dovolenou nebo kratší pracovní dobu na péči se zaměstnavatelem nebo předloží doklad o čerpání volna na rodinnou hospicovou péči, popř. předloží doklad o odhlášení z pobírání dávek v nezaměstnanosti,

- předloží prohlášení, že po dobu pečovatelské dovolené nebo kratší pracovní doby na péči obstarává převažující péči a ošetřování.

Náklady spojené s příspěvkem na pečovatelskou dovolenou jsou hrazeny ze spolkových prostředků.

Při čerpání pečovatelské dovolené nebo kratší pracovní doby na péči může blízký rodinný příslušník pobírat příspěvek na pečovatelskou dovolenou od jednoho do tří měsíců. Na jednoho rodinného příslušníka potřebujícího péči lze v případě pečovatelské dovolené nebo kratší pracovní doby na péči pobírat příspěvek v zásadě až po dobu šesti měsíců za podmínky, že pečovatelskou dovolenou nebo kratší pracovní dobu na péči čerpají minimálně dva blízcí rodinní příslušníci²². V případě zvýšení potřebnosti péče o minimálně jeden stupeň příspěvku na péči je při opětovném sjednání pečovatelské dovolené nebo kratší pracovní doby na péči možno na jednoho a téhož rodinného příslušníka příspěvek na pečovatelskou dovolenou opětovně pobírat, přičemž celková doba pobírání příspěvku na pečovatelskou dovolenou na jednoho rodinného příslušníka potřebujícího péči činí maximálně 12 měsíců.

Při volnu na rodinnou hospicovou péči náleží příspěvek na pečovatelskou dovolenou po dobu jejího čerpání, tj. v případě doprovázení při umírání celkově maximálně po dobu 6 měsíců, v případě doprovázení velmi těžce nemocného dítěte celkově maximálně po dobu 9 měsíců.

Výše příspěvku na pečovatelskou dovolenou a při volnu na rodinnou hospicovou péči je závislá na výši předchozího příjmu a poskytuje se ve stejné výši jako podpora v nezaměstnanosti (tj. 55 % čistého denního příjmu), minimálně však ve výši částky stanovené jako hranice pro zaměstnání malého rozsahu 405,98 € měsíčně (stav v r. 2015).

V případě kratší pracovní doby na péči a kratší pracovní doby na rodinnou hospicovou péči se zkracuje pracovní doba a snižuje se výdělek, proto náleží příspěvek na pečovatelskou dovolenou v alikvotní výši. Příspěvek se vypočítá v zásadě na základě rozdílu mezi průměrným hrubým výdělkem před zkrácením pracovní doby a během ní. Základní částka činí i v těchto případech 55 % rozdílu, minimálně však představuje alikvotní výši částky stanovené jako hranice pro zaměstnání malého rozsahu odpovídající zkrácení pracovní doby²³.

22 To znamená, že např. v případě kruhu rodinných příslušníků čítajícího deset osob může každá z těchto osob čerpat pečovatelskou dovolenou nebo kratší pracovní dobu na péči na jednoho a téhož rodinného příslušníka potřebujícího péči po dobu od jednoho do tří měsíců, ale nárok na příspěvek na pečovatelskou dovolenou existuje pouze maximálně po dobu šesti měsíců. Vzhledem k tomu, že pečovatelská dovolená nebo kratší pracovní doba na péči musí trvat minimálně jeden měsíc, může příspěvek na pečovatelskou dovolenou pobírat až šest osob - každá po dobu jednoho měsíce. Příslušných šest měsíců však mohou vyčerpat i pouze dva rodinní příslušníci, v tom případě všichni ostatní už nárok na příspěvek nemají.

23 Jestliže se např. zkrátí pracovní doba o polovinu, poskytuje se příspěvek minimálně ve výši poloviny této částky.

Nezaměstnaným osobám, které se z důvodu čerpání pečovatelské dovolené nebo volna na rodinnou hospicovou péči odhlásily z pobírání dávek v nezaměstnanosti nebo se odhlásily z nemocenského a důchodového pojištění podle zákona o pojištění v nezaměstnanosti, náleží příspěvek na pečovatelskou dovolenou ve výši naposled pobírané dávky z pojištění v nezaměstnanosti, minimálně však ve výši částky stanovené jako hranice pro zaměstnání malého rozsahu (tedy 405,98 € měsíčně v r. 2015).

4. Česká republika ve světle nových evropských trendů

Uvedené poznatky představují novou výzvu pro celou oblast sociálních služeb v naší zemi. Vedle již dříve prezentovaných úvah o vhodnosti diferenciaci výše příspěvku na péči v závislosti na tom, zda péče je klientům poskytována v pobytovém nebo ambulantním zařízení, nebo v jeho přirozeném prostředí, a to buď registrovaným poskytovatelem sociálních služeb, nebo rodinným příslušníkem, popř. blízkou osobou²⁴, je potřeba hledat řešení, která by přispěla ke zlepšení finančního zabezpečení rodin, resp. jedinců zabezpečujících v přirozeném domácím prostředí péči o své rodinné příslušníky, popř. o blízké osoby tak, jako je tomu např. v Rakousku. Stárnutí populace vyžaduje hledat i další řešení, která by zabezpečila, aby potřebným lidem byly poskytovány kvalitní sociální služby.

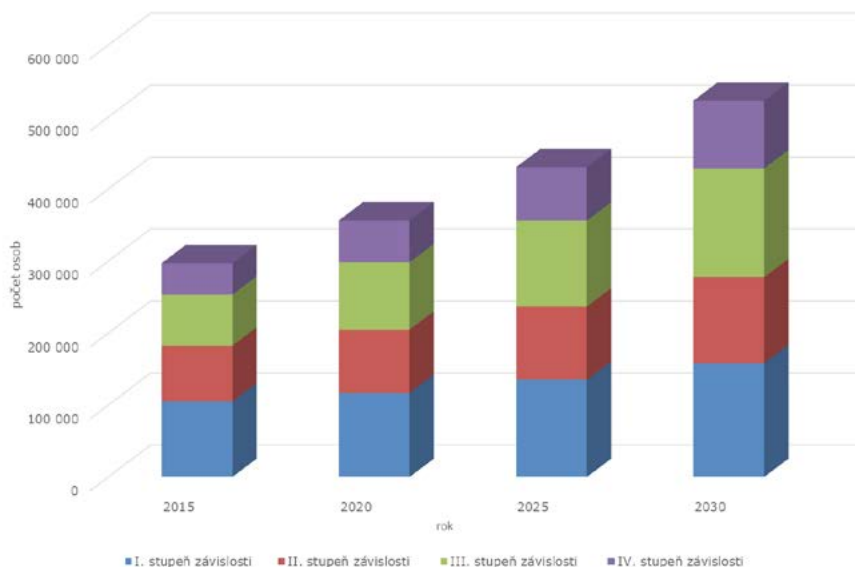
Počet osob, které budou v následujícím období odkázány na pomoc druhé osoby, se bude v následujícím období výrazně zvyšovat. Zejména proto, že v současné době vstupují do věkové skupiny osob starších 65 let lidé narození po skončení 2. světové války. Tito lidé se budou kolem roku 2030 dožívat 80 let a podle současných poznatků lze očekávat, že budou vyžadovat takový rozsah péče, na jehož zajištění není naše společnost v současné době připravena.

Na základě zpracované projekce vývoje počtu příjemců příspěvku na péči lze očekávat nárůst potřeby péče ve všech věkových skupinách osob starších 70 let, v r. 2030 bude příspěvek na péči pobírat cca 523 tis. osob starších 65 let (tj. 1,8× více než v r. 2015), přičemž nejvýznamnější nárůst lze očekávat u osob starších 90 let (očekává se, že v r. 2030 bude příspěvek na péči pobírat cca 88,3 tis. osob v této věkové skupině, tj. cca 2,2× více než v r. 2015). Z hlediska jednotlivých stupňů závislosti lze očekávat největší nárůst u příjemců příspěvku na péči ve IV. stupni závislosti, v r. 2030 by příspěvek na péči v tomto stupni závislosti mělo pobírat cca 94 tis. osob, tj. cca 2,2× více než v r. 2015²⁵.

24 viz: Průša, L. *Financování služeb sociální péče v ČR – teorie a praxe*. FÓRUM sociální politiky č. 3/2015, ISSN 1802-5854

25 viz: Průša, L. *Důsledky stárnutí populace na potřebu služeb sociální péče do r. 2030*. Demografie č. 3/2015. ISSN 0011-8265

graf 1: Projekce vývoje počtu příjemců příspěvku na péči podle stupňů závislosti u osob starších 65 let v letech 2015–2030



pramen: PRŮŠA, L. Důsledky stárnutí populace na potřebu služeb sociální péče do r. 2030. Demografie č. 3/2015. ISSN 0011-8265

V současné době je zřejmé, že zrušení příspěvku při péči o osobu blízkou a jinou v souvislosti s přijetím zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, bylo chybným řešením. MPSV proto v závěru roku 2015 zahájilo práce na přípravě koncepce nové dávky, která by měla finančně zabezpečit osoby pečující o rodinného příslušníka, jehož zdravotní stav se náhle zhoršil tak, že vyžaduje v zásadě celodenní nepřetržitou péči v domácím prostředí. Tato forma péče představuje jednu z prioritních oblastí návrhu Národní strategie rozvoje sociálních služeb na období 2016–2025.

Při hledání vhodných variant řešení hmotného zabezpečení pečujících osob je potřeba vycházet z toho, že ke zhoršení zdravotního stavu rodinného příslušníka dochází zpravidla náhle. Na tuto skutečnost nejsou rodinní příslušníci připraveni a teprve začínají zvažovat možné formy zajištění péče. První informace získávají zpravidla na referátech sociálních věcí obcí s rozšířenou působností, popř. obcí s pověřeným obecním úřadem, následně kontaktují vhodné poskytovatele sociálních a zdravotních služeb a zvažují možnosti svého zapojení. Jejich situace je o to komplikovanější, že neví, jak dlouho budou muset péči zajišťovat. Po prvotním zaléčení ve zdravotnickém zařízení na akutním lůžku zpravidla dochází k přemístění zdravotně handicapované osoby do léčebny pro dlouhodobě nemocné, kde sociální pracovníci začínají ve spolupráci se sociálními pracovníky na referátech sociálních věcí obecních úřadů hledat optimální formy poskytování další péče. Jejich řešení komplikuje několik zásadních skutečností:

- zdravotně handicapovaná osoba zpravidla doposud nevyužívala žádnou formu terénních sociálních služeb (zejména pečovatelskou službu) a nemá podanou žádnou žádost o umístění do pobytového zařízení sociálních služeb, čekací doby na umístění jsou přitom zpravidla velmi dlouhé, jejich dostupnost v jednotlivých regionech je významně diferencovaná,
- zdravotně handicapovaná osoba zpravidla nebyla před náhlým zhoršením svého zdravotního stavu příjemcem příspěvku na péči ve vyšším stupni závislosti,
- zdravotní pojišťovny vyvíjejí na zdravotnická zařízení tlak, aby péče v léčebnách pro dlouhodobě nemocné nebyla poskytována déle než 3 měsíce přesto, že pro tyto kroky již delší dobu nemají žádnou oporu v legislativě,
- zdravotní pojišťovny vyvíjejí na ošetřující lékaře tlak, aby neindikovali svým pacientům domácí zdravotní péči,
- zdravotně handicapovaná osoba si přeje zbytek svého života strávit v naprosté většině případů v domácím prostředí,
- členové rodiny by byli ve většině případů ochotni zdravotně handicapované osobě péči v domácím prostředí – přes všechny výše uvedené problémy – zabezpečit, ale vzhledem k nedostatku finančních prostředků si nemohou dovolit opustit svoje pracovní pozice, neboť stávající formy jejich hmotného zabezpečení po dobu poskytování péče jsou naprosto nedostatečné.

Je proto potřeba koncipovat takové formy pomoci, které by po dobu poskytování péče v domácím prostředí zdravotně handicapované osoby pomohly pečujícím osobám k zachování jejich životní úrovně a které by jim současně garantovaly možnost návratu na jejich původní pracovní pozici po ukončení péče. Řešení, která v uplynulých letech byla přijata v Rakousku, představují jednu z možných forem řešení této sociální situace v naší zemi.

Nelze pochybovat o tom, že jednou z podmínek pro poskytnutí hmotného zabezpečení by měla být předchozí účast osoby zajišťující péči v důchodovém a v nemocenském pojištění. Obdobně jako při poskytování rodičovského příspěvku by nově koncipovaná dávka mohla být poskytována v pevné částce, neboť svým charakterem je péče o dítě a péče o zdravotně handicapovanou osobu obdobná. Ostatní podmínky nároku na tuto dávku – zejména v pracovní právní oblasti – by mohly být koncipovány na obdobných principech tak, jako je tomu v Rakousku. Velmi inspirativní je v tomto smyslu myšlenka, že tato dávka by mohla „odčerpat“ nezaměstnané osoby z evidence uchazečů o zaměstnání a změnila by jejich sociální statut – z nezaměstnané osoby by se stala osoba pečující.

Tato myšlenka se uplatňuje již dnes i v našem sociálním systému. Doba poskytování rodičovského příspěvku, která je nejdelší v Evropě, vychází mj. i z toho, že zaměstnavatelé ve velmi omezené míře nabízejí ženám-matkám malých dětí práci na zkrácený pracovní úvazek, event. nové formy pracovního vztahu, např. práce z domova (homeworking). Lze proto vyslovit přesvědčení, že aplikace obdobného přístupu do zabezpečení osob pečujících o seniory nebo zdravotně handicapované osoby by byla pozitivně vnímána jak ze strany pečujících osob, tak i zaměstnavatelů.

Použitá literatura

- BARTOŇOVÁ, J. Modely rodinné péče o starého člověka. In: Jeřábek, H. a kol.: Rodinná péče o staré lidi. Praha: CESES FSV UK, 2005. ISSN 1801-1640
- BARVÍKOVÁ, J. Rodinná péče a profesionální péče. In: Jeřábek, H. a kol.: Rodinná péče o staré lidi. Praha: CESES FSV UK, 200 bez ISBN.
- DOSPIVA, S. Jak je to s doplácením státu na domovy důchodců. Zpravodaj ústavů sociální péče č. 2/2005., bez ISSN
- GEISSLER H. a kol., Neformální péče ve vybraných státech Evropské unie – komparativní rešerše a identifikace příkladů dobré praxe. Praha: FDV, 2015. bez ISBN
- JANÝŠKA, A. Transformace pobytových sociálních služeb pro osoby s mentálním postižením: dosavadní vývoj, existující mýty a pasti a ekonomické podmínky jejich poskytování. FÓRUM sociální politiky č. 5/2011, ISSN 1802-5854
- JAROŠOVÁ, D. Péče o seniory. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, 2006. ISBN 80-7368-110-2
- JEŘÁBEK, H. Rodinná péče o seniory jako „práce z lásky“: nové argumenty. Sociologický časopis č. 2/2009. ISSN 0038-0288
- JEŘÁBKOVÁ, V – PRŮŠA, L. Příspěvek na péči. Praha: VÚPSV, 2013. ISBN 978-80-7416-145-2
- MATOUŠEK, O. a kol. Sociální služby: legislativa, ekonomika, plánování, hodnocení. Praha: Portál, 2011. ISBN 978-80-262-0041-3
- PRŮŠA, L. Ekonomická efektivita zajišťování péče o příjemce příspěvku na péči. Praha: VÚPSV, 2013. ISBN 978-80-7416-120-9
- PRŮŠA, L. Financování služeb sociální péče v ČR – teorie a praxe. FÓRUM sociální politiky č. 3/2015, ISSN 1802-5854
- PRŮŠA, L. Důsledky stárnutí populace na potřebu služeb sociální péče do r. 2030. Demografie č. 3/2015. ISSN 0011-8265
- TOMEŠ, I. Otázky realizace povinné sociální solidarity sociálním státem. FÓRUM sociální politiky, mimořádné číslo 2015. ISSN 1802-5854
- TOŠNEROVÁ, T. Jak si vychutnat seniorská léta. Brno: Computer Press, 2009. ISBN 978-802512-104-7
- VLACH, J. Šetření výdělků starších zaměstnanců. Praha: VÚPSV, 2006. ISBN 80-87007-39-5
- VLACH, J. a kol. Gender v managementu. Praha: VÚPSV, 2008. ISBN 978-807416-003-5
- VOSTATEK, J. a kol. Financování a nákladovost sociálních služeb. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb, 2013. ISBN 978-80-904668-7-6

Rozsah úkonů poskytovaných v rámci základních činností u odlehčovacích služeb a maximální výše úhrad za její poskytování

- (1) Základní činnosti při poskytování odlehčovacích služeb se zajišťují v rozsahu těchto úkonů:
- a) pomoc při zvládnání běžných úkonů péče o vlastní osobu:
 - 1. pomoc a podpora při podávání jídla a pití,
 - 2. pomoc při oblékání a svlékání včetně speciálních pomůcek,
 - 3. pomoc při přesunu na lůžko nebo vozík,
 - 4. pomoc při prostorové orientaci, samostatném pohybu ve vnitřním i vnějším prostoru,
 - b) pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu:
 - 1. pomoc při úkonech osobní hygieny,
 - 2. pomoc při základní péči o vlasy a nehty,
 - 3. pomoc při použití WC,
 - c) poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy:
 - 1. zajištění stravy přiměřené době poskytování služby a odpovídající věku, zásadám racionální výživy a potřebám dietního stravování,
 - 2. pomoc při přípravě stravy přiměřené době poskytování služby,
 - d) poskytnutí ubytování, jde-li o pobytovou formu služby:
 - 1. ubytování,
 - 2. úklid, praní a drobné opravy ložního a osobního prádla a ošacení, žehlení,
 - e) zprostředkování kontaktu se společenským prostředím:
 - 1. doprovázení do školy, školského zařízení, k lékaři, do zaměstnání, na zájmové a volnočasové aktivity, na orgány veřejné moci, instituce poskytující veřejné služby a jiné navazující sociální služby a doprovázení zpět,
 - 2. pomoc při obnovení nebo upevnění kontaktu s rodinou a pomoc a podpora při dalších aktivitách podporujících sociální začleňování osob,
 - f) sociálně terapeutické činnosti:
socioterapeutické činnosti, jejichž poskytování vede k rozvoji nebo udržení osobních a sociálních schopností a dovedností podporujících sociální začleňování osob,
 - g) pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí:
 - 1. pomoc při komunikaci vedoucí k uplatňování práv a oprávněných zájmů,
 - 2. pomoc při vyřizování běžných záležitostí,
 - h) výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti:
 - 1. nácvik a upevňování motorických, psychických a sociálních schopností a dovedností,
 - 2. podpora při zajištění chodu domácnosti.

(2) Maximální výše úhrady za poskytování odlehčovacích služeb činí

- a) 130 Kč za hodinu, podle skutečně spotřebovaného času nezbytného k zajištění úkonů, za úkony uvedené v odstavci 1 písm. a), b), písm. c) bodě 2, písm. e) až h); pokud poskytování těchto úkonů, včetně času nezbytného k jejich zajištění, netrvá celou hodinu, výše úhrady se poměrně krátí,
- b) za úkon uvedený v odstavci 1 písm. c) bodě 1
 - 1. 170 Kč denně za celodenní stravu v rozsahu minimálně 3 hlavních jídel,
 - 2. 75 Kč za oběd, včetně provozních nákladů souvisejících s přípravou stravy,
- c) 210 Kč denně celkem za úkony uvedené v odstavci 1 písm. d), včetně provozních nákladů souvisejících s poskytnutím ubytování.

pramen: vyhláška č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách, v platném znění

ISBN 978-80-87953-30-3

**Respitní péče – analýza využívání sociálních služeb pečujícími
a návrhy na zvýšení dostupnosti podpory pro pečující
v systému sociálních služeb**

Vydala Diakonie ČCE v roce 2016 v rámci projektu
„Podpora mezinárodní spolupráce a výměny dobré praxe na úrovni EU na
podporu osob pečujících o seniory“

Vytiskla tiskárna Printo spol., s. r. o., Ostrava

Grafická úprava: Alegria studio, Praha.

Vydání první. Počet stran 28.

www.dustojnestamuti.cz