

Univerzita Karlova
Lékařská fakulta v Plzni

Disertační práce

Plzeň 2025

Tereza DOLEŽALOVÁ

Univerzita Karlova
Lékařská fakulta v Plzni

Studijní program: Sociální lékařství

Integrace zdravotní a sociální dlouhodobé péče v ČR a v zahraničí

Integration of Health and Social Long-Term Care in the Czech Republic and Abroad

Disertační práce

Školitelka: doc. MUDr. Libuše ČELEDVÁ, Ph.D.

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem práci zpracovala samostatně a že jsem řádně uvedla a citovala všechny použité prameny a literaturu. Současně prohlašuji, že práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

Souhlasím s trvalým uložením elektronické verze mé práce v databázi systému meziuniverzitního projektu Theses.cz za účelem soustavné kontroly podobnosti kvalifikačních prací

V Mostě, 24. 03. 2025

Tereza DOLEŽALOVÁ

Podpis

Poděkování:

Na tomto místě bych ráda poděkovala své školitelce, doc. MUDr. Libuši Čeledové, Ph.D. za cenné rady a pomoc nejen při závěru studia, psaní disertační práce, ale také za podporu během celé doby studia, neboť bez ní bych se nikdy tak daleko nedostala. Stejný dík patří také MUDr. Rostislavu Čevelovi, Ph.D., MBA, nejen za pomoc, ale také za ovlivnění mého profesního směřování.

V neposlední řadě děkuji své rodině, manželovi Jiřímu a dcerám Kateřině a Antonii, kteří se mnou měli nezměrnou trpělivost i ve chvílích, kdy jsem tu svou ztrácela. Bez vás bych nikdy nebyla tím, kým jsem.

Abstrakt

Dlouhodobá péče je, vzhledem k demografickému vývoji a prodlužující se střední délce života, stále důležitější složkou zdravotnických a sociálních systémů. Tento nárůst přináší tlak na hledání nových způsobů, jak zajistit péči udržitelnou a zároveň kvalitní, se zachováním co největší autonomie jejích klientů. Dlouhodobá péče zahrnuje vytvoření vhodných podmínek pro poskytování zdravotní a sociální péče ve vzájemné návaznosti a koordinaci.

Současné přístupy k dlouhodobé péči se významně liší v rámci jednotlivých zemí. Některé státy volí centralizovaný model péče, kde jsou služby poskytovány v rámci jednotlivých pobytových zařízení, zatímco jiné kladou důraz na rozvoj domácí péče a komunitních služeb. Tyto různé přístupy s sebou nesou řadu výhod i nevýhod.

Dlouhodobá péče v České republice čelí, podobně jako v zahraničí, významným problémům spojeným se zajištěním dostatečných kapacit, financování a personálu. Významnou roli zde hraje také technologický pokrok, který nabízí nové možnosti, například v oblasti telemedicíny a chytrých domácností.

Analýza a porovnání systémů dlouhodobé péče v České republice a ve vybraných zahraničních zemích se zaměřením na způsoby a možnosti integrace péče zdravotní a sociální je nezbytná pro pochopení jednotlivých systémů. Identifikace silných a slabých míst se zahrnutím vlivu demografických změn, financování a místní legislativy vede k návrhu změny systému dlouhodobé péče v České republice, což je cílem této disertační práce.

Praktická část je zaměřená na zmapování dlouhodobé institucionální péče v Ústeckém kraji, konkrétně na Mostecku, kde se, mimo jiné, nachází jedna z největších organizací poskytující tuto péči – Městská správa sociálních služeb v Mostě – příspěvková organizace.

Abstract

Long-term care is becoming an increasingly important component of healthcare and social systems due to demographic trends and the rising average life expectancy. This growth puts pressure on finding new ways to ensure care that is both sustainable and high-quality while maintaining the greatest possible autonomy for its recipients. Long-term care involves creating suitable conditions for the provision of healthcare and social services in a coordinated and integrated manner.

Current approaches to long-term care vary significantly between countries. Some states adopt a centralized care model, where services are provided primarily within residential facilities, while others emphasize the development of home care and community-based services. Each of these approaches brings both advantages and disadvantages.

Long-term care in the Czech Republic, like in other countries, faces significant challenges related to ensuring adequate capacity, funding, and personnel. Technological advancements also play a crucial role in this sector, offering new opportunities, such as telemedicine and smart home solutions.

Analyzing and comparing long-term care systems in the Czech Republic and selected foreign countries, with a focus on the integration of healthcare and social care, is essential for understanding these systems. Identifying strengths and weaknesses, while considering the impact of demographic changes, financing, and local legislation, leads to proposals for changes in the long-term care system in the Czech Republic—this being the objective of this dissertation.

The practical part of the study is dedicated to mapping long-term institutional care in the Ústí nad Labem region, specifically in the Most district, which is home to one of the largest organizations providing such care –the Municipal Administration of Social Services in Most, a contributory organization.

Obsah	
Abstrakt	5
Abstract	6
Seznam použitých zkratk	10
Vymezení cílů práce a její předpokládaný přínos	11
1. Úvod	12
1.1 Krátká literární rešerše	12
1.2 Současný stav	12
1.3 Demografický vhlad do současnosti	13
1.4 Stáří	14
1.5 Klient dlouhodobé péče.....	15
1.5.1 Geriatrická křehkost (frailty) – Křehký pacient	15
1.5.2 Demence („ <i>tichá epidemie tohoto století</i> “)	16
1.5.3 Ztráta soběstačnosti	16
2. Dlouhodobá péče.....	19
2.1 Dlouhodobá péče vs. akutní péče	20
2.2 Mezinárodní pohled na problematiku dlouhodobé péče	20
2.2.1 Dlouhodobá péče v celosvětovém měřítku	20
2.3 Systém dlouhodobé péče v České republice	21
2.3.1 Historický vývoj	21
2.3.2 Legislativní rámec v České republice	22
2.3.3 Mezinárodní rámec a doporučení	24
2.4 Současná organizace dlouhodobé péče	25
2.4.1 Poskytovatelé dlouhodobé péče	25
3. Integrace dlouhodobé péče	27
3.1 Integrace dlouhodobé péče.....	27
3.1.1 Význam integrace v českém kontextu.....	27
3.1.2 Hlavní složky integrace dlouhodobé péče.....	27
3.1.3 Koordinace zdravotních a sociálních služeb	28
3.2 Přínosy a výzvy	29
3.3 Financování dlouhodobé péče v ČR.....	29
3.3.1 Veřejné financování	30
3.3.2 Soukromé financování.....	31
3.3.3 Výzvy financování	31
4. Systémy dlouhodobé péče v zahraničí	33

4.1 Dlouhodobá péče ve vybraných zemích EU	33
4.1.1 Německo.....	33
4.1.2 Slovensko	34
4.1.3 Rakousko.....	35
4.1.4 Polsko	36
4.1.5 Shrnutí	37
4.2 Srovnání různých modelů péče	37
4.3 Financování a pojišťovací modely v zahraničí.....	37
4.4 Vliv kulturních a socioekonomických rozdílů	38
4.5 Detailní analýza konkrétních reforem a jejich výsledků	38
4.5.1 Úspěchy a neúspěchy implementovaných modelů.....	39
5. Paliativní péče	41
5.1 Paliativní péče jako součást dlouhodobé péče	41
5.2 Paliativní péče v ČR.....	41
5.2.1 Nedostatečná infrastruktura a personální kapacity.....	42
5.2.2 Možnosti zlepšení.....	43
5.3 Financování paliativní péče.....	43
5.4 Paliativní péče v sousedních státech	44
5.5 Podpora domácí paliativní péče	45
6. Praktická část.....	46
6.1 Vyhodnocení prvního okruhu otázek	47
6.2 Vyhodnocení druhého okruhu otázek	51
6.3 Vyhodnocení třetího okruhu otázek	55
6.4 Hypotézy a jejich vyhodnocení	61
6.4.1 Hypotéza H1 Vztah mezi vnímaným pracovním stresem a hodnocením kvality poskytované péče	61
6.4.2 Hypotéza H2 Vztah mezi pracovním prostředím a hodnocením kvality poskytované péče.....	61
6.4.3 Hypotéza H3 Vliv existence elektronického systému na problémy při předávání informací	62
6.4.4 Hypotéza H4: Vztah mezi koordinací zdravotnické a sociální péče a spoluprací s odborníky z jiných oborů	62
6.5 Odpovědi ředitele MSSS Ing. Luboše Trojny	63
7. Diskuse	66
Závěr, zhodnocení cílů a hypotéz.....	70
Souhrn	71

Summary	72
Seznam použité literatury:.....	73
Příloha	81

Seznam použitých zkratk

DAD – The Disability Assessment for Dementia

DOZP – domov pro osoby se zdravotním postižením

DPS – domov s pečovatelskou službou

DS – domov pro seniory

DZR – domov se zvláštním režimem

FIM – skandinávská funkční škála nezávislosti

HDP – hrubý domácí produkt

IADL – instrumentál activities of daily living

IROP – integrovaný regionální operační program

LDN – léčebna dlouhodobě nemocných

LIMC – Live-in migrant care

LTC 2.0. – reforma dlouhodobé péče na Taiwanu

MFS – Morse fall scale

MMSE – mini mental state examination

MPSV – Ministerstvo práce a sociálních věcí

MZ – Ministerstvo zdravotnictví

OECD – Organizace pro hospodářskou spolupráci a rozvoj

PiS – Právo a spravedlnost (politická strana v Polsku)

PO – Občanská platforma (politická strana v Polsku)

POMA – Performance-Oriented Mobility Assessment

VZP – všeobecná zdravotní pojišťovna

WHO – světová zdravotnická organizace

Vymezení cílů práce a její předpokládaný přínos

Cílem této disertační práce je vymezení teoretických základů dlouhodobé péče (s přihlédnutím i k mezinárodním definicím a konceptům), analyzovat současný stav dlouhodobé péče v České republice a porovnat jej s vybranými zahraničními systémy za účelem hledání optimálního řešení k možnosti reformy dlouhodobé péče v České republice.

Práce se zaměřuje na identifikaci problémů, kterým dlouhodobá péče čelí. Snahou je posoudit, jakým způsobem jsou služby dlouhodobé péče financovány, organizovány a jaká je jejich udržitelnost a navrhnout doporučení pro zlepšení kvality a dostupnosti těchto služeb se zaměřením na možnosti zdravotně-sociální integrace.

Inspirací a srovnáním budou přístupy k problematice dlouhodobé péče zahraničních států s důrazem na sousední státy České republiky, tedy Slovensko, Polsko, Rakousko a Německo.

Praktická část práce je založena na dotazníkovém šetření v institucích poskytujících služby dlouhodobé péče na Mostecku, které je nejen bydlištěm autorky, ale též specifickým regionem dlouhodobě poznamenaným hnědouhelnou těžbou. Zjištěná data budou podrobena bližšímu statistickému zkoumání.

Přínosů disertační práce by mělo být několik.

Přínosem teoretickým chce přispět k pochopení problematiky systému dlouhodobé péče v České republice i v zahraničí a chce nabídnout, mimo jiné, pohled na aspekt financování dlouhodobé péče, neboť zajištění zdrojů je nedílnou součástí úspěšného fungování.

Praktickým přínosem může být zmapování problematiky zdravotně-sociálního pomezí, která se, po dlouhých letech teoretických úvah, dočkala svého legislativního rámce a je tedy poměrně novou záležitostí.

Posledním přínosem je přínos sociální, práce chce přispět konkrétními návrhy na změny s využitím osvědčených funkčních postupů v zahraničních státech. Cílem je návrh, který může vést ke zlepšení fungování dlouhodobé péče, ať už jde o pobytové služby nebo rodinné pečující, s důrazem na vytvoření systému stabilního, udržitelného a takového, který v nejvyšší možné míře zachovává důstojnost a zlepšuje kvalitu života klientů dlouhodobé péče i jejich rodin. Zacílení na důstojnost a kvalitu života klientů dlouhodobé péče je klíčovým faktorem pro zajištění humánního přístupu k péči¹, neboť jak zmiňuje Kalvach², v současnosti je stále ještě přítomná zcela špatná představa, že klienti dlouhodobé péče mají setrvalý stav, který není potřebné měnit a snažit se pozitivně ovlivňovat, jen udržovat.

Nejen tato představa o dlouhodobé péči a jejích klientech je mylná, proto nezbyvá než navrhnout změnu a aktivně se ji snažit ovlivnit a předkládaná práce se o to bude, v rámci svých možností, snažit.

¹ WHO. *World Report on Ageing and Health* [online]. Geneva: WHO, 2015, s. 135 [cit. 2025-02-15]. ISBN 978-92-4-156504-2. Dostupné z: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/186463/9789240694811_eng.pdf?sequence=1

² KALVACH, Zdeněk. *Medicína dlouhodobé péče*. Praha: Grada, 2025, s. 17. ISBN 978-80-271-5031-1

1. Úvod

1.1 Krátká literární rešerše

K tématu dlouhodobé péče, jak v České republice, tak v zahraničních státech, bylo napsáno velké množství odborných publikací, článků, byly též provedeny nejrůznější výzkumy s cílem zmapovat dlouhodobou péči, ať už jako celek, či se zaměřením na některou z jejích částí, tedy na péči sociální či zdravotní. Velkým tematickým celkem je také péče paliativní, které bude věnována samostatná kapitola.

Základními dokumenty mapující dlouhodobou péči by mohly být označeny publikace WHO a OECD, které představují jakýsi všeobecný náhled. Po prostudování těchto dokumentů je potřeba přesunout se k pracím odbornějším, specifickěji zaměřeným. Zde spatřuji velkou výhodu pracovního působení na Ústavu sociálního a posudkového lékařství Lékařské fakulty v Plzni, neboť jeho vedoucí a má školitelka v jedné osobě je autorkou, spoluautorkou či recenzentkou mnohých odborných publikací s tématem stáří a dlouhodobá péče. Díky ní jsem měla základní přehled o mnohých publikacích tohoto oboru a znala jsem další zvučná jména, jako MUDr. Rostislav Čevela, Ph.D., MBA, hovoříme-li o tématu lékařské posudkové služby/institutu posuzování zdravotního stavu, MUDr. Zdeněk Kalvach, Csc., pokud nás zajímají etické přístupy k péči o seniory a chceme se dozvědět více o tématu geriatrické křehkosti, či prof. PhDr. RNDr. Helena Haškovcová, CSc. a doc. MUDr. Iva Holmerová, Ph.D. V neposlední řadě v případě zájmu o ekonomický aspekt dlouhodobé péče, nelze vynechat práci doc. Ing. Ladislava Průši, CSc.

Odborné články k tématu byly vyhledávány pomocí databází Google Scholar, PubMed a též systému Univerzity Karlovy UKAŽ.

Na závěr literární rešerše je nutné zmínit též příslušné zákony a strategické dokumenty jednotlivých ministerstev, neboť vymezují legislativní rámec dané problematiky, respektive ukazují plány a cíle do budoucnosti.

1.2 Současný stav

Současný stav dlouhodobé péče je tématem neustále diskutovaným, neboť zde opakovaně narážíme na problémy způsobené demografickým stárnutím populace, nejen v České republice, čímž se neustále zvyšuje a bude zvyšovat počet lidí vyžadujících některou z forem služeb dlouhodobé péče³. V letošním roce vešel v platnost důležitý zákon č. 38/2025 Sb., díky kterému byly v zákoně o sociálních službách a zdravotních službách definovány sociálně-zdravotní služby, a v zákoně o veřejném zdravotním pojištění uzákoněn vznik tzv. sociálně-zdravotní lůžkové péče⁴.

Důležitou změnou dotýkající se oblasti dlouhodobé péče je též v současnosti (ke dni 20. 3. 2025) Poslaneckou sněmovnou projednáván návrh zákona, kterým se mění zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů, zákon č. 329/2011 Sb., o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením a o změně souvisejících zákonů, ve

³ WHO. *World Report on Ageing and Health* [online]. Geneva: WHO, 2015 [cit. 2025-02-15]. ISBN 978-92-4-156504-2. Dostupné z: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/186463/9789240694811_eng.pdf?sequence=1

⁴ ČESKÁ REPUBLIKA. *Zákon č. 38/2025 Sb., kterým se mění zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů, a další související zákony* [online]. [cit. 2025-03-15]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2025-38#cast1>

znění pozdějších předpisů, a další související zákony⁵. Jeho cílem je převedení rozhodování o příspěvku na péči z poboček Úřadu práce do gesce příslušných správ sociálního zabezpečení. Dalšími opatřeními jsou zjednodušení, zrychlení a digitalizace. Pro rychlejší pomoc klientům v terminální fázi onemocnění je navrženo automatické přiznání příspěvku na péči ve III. stupni na 12 měsíců bez nutnosti posouzení, žadatel je povinen doložit pouze příslušné potvrzení.

Posouzení pro účely příspěvku na péči a dalších dávek bude i nadále povinností Institutu posuzování zdravotního stavu.⁶

Ke zlepšení cílené pomoci klientům s duševním onemocněním byla vypsána veřejná zakázka s názvem „Revidovat kritéria pro hodnocení funkčních schopností a disability lidí s duševním onemocněním v rámci posuzování výše příspěvku na péči tak, aby reflektovala funkční postižení související s typem a tíží onemocnění. Optimalizovat čekací dobu na přiznání příspěvku na péči“⁷.

Po implementaci navrhovaných změn už bude na všech pracovnících/rodinných pečujících v oblasti dlouhodobé péče, aby využili možností, které tyto změny přináší a přinesou, k prospěchu svých klientů/rodinných příslušníků.

1.3 Demografický vzhled do současnosti

Jako všechny Evropské země, čelí i Česká republika procesu demografického stárnutí. Jako senior je označována osoba starší 65 let věku a jejich počet kontinuálně narůstá již od 80. let 20. století⁸. V roce 2022 dosáhl počet celkem 2 207 849, což je celkem 20,4 % populace (oproti podílu 13,9 % v roce 2001). Větší část seniorů ve všech věkových kategoriích tvoří ženy, ve věku nad 95 let dokonce 80 %⁹. Tento trend nárůstu by měl pokračovat, pro rok 2031 je odhad 22,5 % a v roce 2051 dokonce 28,8 % populace¹⁰.

Z dat lze lehce vyvodit, že potřeba dlouhodobé péče v ČR je vysoká a neustále narůstá, téma vytvoření co nejlepšího, efektivního a udržitelného systému dlouhodobé péče je tedy stále víc a víc aktuální.

V oblasti zdravotní péče kopíruje nárůst výdajů jednotlivé věkové kategorie, tedy nejvyšší výdaje nalezneme u seniorů ve věku 95 +. Celkové výdaje zdravotních pojišťoven pro osoby seniorského věku tvoří v průměru 43 % z celku¹¹, tedy skoro polovinu všech výdajů na zdravotní péči poskytovanou občanům České republiky.

V oblasti sociálního zabezpečení lze pozorovat zvyšující se náklady na důchody, z nichž největší podíl tvoří důchody starobní - 83 % v roce 2022; celkové výdaje na důchody

⁵ POSLANECKÁ SNĚMOVNA PARLAMENTU ČESKÉ REPUBLIKY. *Vládní návrh zákona, kterým se mění zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů, zákon č. 329/2011 Sb., o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením a o změně souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů, a další související zákony* [online]. 2024 [cit. 2025-03-20]. Dostupné z: <https://www.psp.cz/sqw/text/orig2.sqw?idd=245490>

⁶ www.ipzs.cz

⁷ <https://nen.nipez.cz/verejne-zakazky/detail-zakazky/N006-23-V00032869>

⁸ ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD. *Seniori v ČR v letech 2023* [online]. Lidé a společnost. Praha: Český statistický úřad, 2023, s. 8 [cit. 2025-03-11]. ISBN 978-80-250-3433-0. Dostupné z: <https://csu.gov.cz/produkty/seniori-v-cr-v-datech-ajnoatmxkq>

⁹ ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD. *Seniori v ČR v letech 2023* [online]. Lidé a společnost. Praha: Český statistický úřad, 2023, s. 13-14 [cit. 2025-03-11]. ISBN 978-80-250-3433-0. Dostupné z: <https://csu.gov.cz/produkty/seniori-v-cr-v-datech-ajnoatmxkq>

¹⁰ ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD. *Vybrané údaje o sociálním zabezpečení za rok 2022* [online]. Sociální zabezpečení. Praha: Český statistický úřad, 2023, s. 22 [cit. 2025-03-11] ISBN 978-80-250-3437-8. Dostupné z: <https://csu.gov.cz/docs/107508/57a796d9-14b1-1eb9-d538-83e3a9f71827/19002923.pdf?version=1.0>

¹¹ ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD. *Seniori v ČR v letech 2023* [online]. Lidé a společnost. Praha: Český statistický úřad, 2023, s. 38-40 [cit. 2025-03-11]. ISBN 978-80-250-3433-0. Dostupné z: <https://csu.gov.cz/produkty/seniori-v-cr-v-datech-ajnoatmxkq>

odkrajují ze státního rozpočtu téměř třetinu, konkrétně 29,6 %¹². Kromě starobních důchodů existují též důchody invalidní v I., II. a III. stupni, vdovské a vdovecké a sirotčí. Podmínkou k přiznání je účast na důchodovém pojištění, potřebná doba pojištění a k jednotlivým druhům důchodů je vázaná konkrétní událost – věk, invalidita, úmrtí¹³. Průměrná celková výše důchodu se liší v závislosti na kraji, nejvyšší je v Praze, nejnižší v Ústeckém kraji¹⁴, který je, jak již bylo zmíněno, regionem specifickým.

Do kategorie sociálního zabezpečení spadají také dávky pro osoby se zdravotním postižením, které zahrnují příspěvek na mobilitu a příspěvek na zvláštní pomůcku a příspěvek na péči, který je nejvíce nákladný a zároveň pobíraný největším množstvím osob, v roce 2022 byly výdaje na příspěvek na péči celkem 36,4 mld. Kč¹⁵. Není překvapivé, že množství přiznaných příspěvků na péči se zvyšuje přímo úměrně s rostoucím věkem, kdy nejvyšší zastoupení má věková kategorie 90 + a druhé nejvyšší 80-89 let¹⁶.

1.4 Stáří

Stáří je poslední část života, která jej uzavírá. Každý jedinec stárne jinak, u každého se uplatňují ve větší míře jiné vlivy, ať už jde o prostředí, genetiku, životní styl či sociální determinanty. Souhrn těchto vlivů utváří každého z nás¹⁷.

Stáří se pojí s celou řadou specifik a mýtů, které jsou zmíněny v knize Fenomén stáří¹⁸. Jedná se o stereotypizované, avšak ne vždy a ne zcela pravdivé, někdy i vyložené lživé myšlenky.

Jedná se o:

- Mýtus falešných představ – starý člověk chce být hlavně materiálně zajištěn
- Mýtus zjednodušené demografie – po odchodu do důchodu končí užitečná část života
- Mýtus homogenity – všichni jsou stejní a mají stejné potřeby
- Mýtus neužitečného času – senioři v důchodu už nic nedělají a nejsou pro společnost užiteční
- Mýtus ignorace – starý člověk není brát vážně, jeho názory nás nezajímají, protože jsou zastaralé
- Mýtus schematismu a automatismu - zkušenosti se zjednodušily na jakési automatické, bezmyšlenkovité fungování
- Mýtus o úbytku sexu

¹² ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD. *Vybrané údaje o sociálním zabezpečení za rok 2022* [online]. Sociální zabezpečení. Praha: Český statistický úřad, 2023, s. 22 [cit. 2025-03-11] ISBN 978-80-250-3437-8. Dostupné z: <https://csu.gov.cz/docs/107508/57a796d9-14b1-1eb9-d538-83e3a9f71827/19002923.pdf?version=1.0>

¹³ ČELEDVÁ, Libuše a ČEVELA, Rostislav. *Laskavý průvodce po sociálních dávkách*. Druhé vydání. Praha: Univerzita Karlova, nakladatelství Karolinum, 2020, s. 109-110. ISBN 978-80-246-4553-7

¹⁴ ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD. *Vybrané údaje o sociálním zabezpečení za rok 2022* [online]. Sociální zabezpečení. Praha: Český statistický úřad, 2023, s. 20 [cit. 2025-03-11] ISBN 978-80-250-3437-8. Dostupné z: <https://csu.gov.cz/docs/107508/57a796d9-14b1-1eb9-d538-83e3a9f71827/19002923.pdf?version=1.0>

¹⁵ ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD. *Vybrané údaje o sociálním zabezpečení za rok 2022* [online]. Sociální zabezpečení. Praha: Český statistický úřad, 2023, s. 62 [cit. 2025-03-11] ISBN 978-80-250-3437-8. Dostupné z: <https://csu.gov.cz/docs/107508/57a796d9-14b1-1eb9-d538-83e3a9f71827/19002923.pdf?version=1.0>

¹⁶ ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD. *Vybrané údaje o sociálním zabezpečení za rok 2022* [online]. Sociální zabezpečení. Praha: Český statistický úřad, 2023, s. 64 [cit. 2025-03-11] ISBN 978-80-250-3437-8. Dostupné z: <https://csu.gov.cz/docs/107508/57a796d9-14b1-1eb9-d538-83e3a9f71827/19002923.pdf?version=1.0>

¹⁷ ČEVELA, Rostislav; KALVACH, Zdeněk a ČELEDVÁ, Libuše. *Sociální gerontologie: úvod do problematiky*. Praha: Grada, 2012, s. 19-21. ISBN 978-80-247-3901-4

¹⁸ Fenomén stáří HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Fenomén stáří*. Vyd. 2., podstatně přeprac. a dopl. Praha: Havlíček Brain Team, 2010, s. 42-47. ISBN 978-80-87109-19-9

- Mýtus o lékařích – představa, že moderní medicína dokáže vyřešit za pomoci léků všechny problémy, tento mýtus je spojen také s až přílišnou důvěrou v lékaře
- Mýtus o Alzheimerovi – všichni už zapomínají, je to běžný projev stáří
- Mýtus o chudobě seniorů – obavy mladých, že staří „odčerpají“ všechny peníze, takže nastupující generace nebudou mít žádné důchody, oproti tomu stojí přesvědčení seniorů, že dříve bývalo levněji, oni teď nemůžou z důchodu vyjít, neboť se vše zdražuje
- Mýtus o bezplatném zdravotnictví – dřív bylo zdravotnictví „zadarmo“ a všechno fungovalo, na rozdíl od současnosti

Některé z vyjmenovaných škodlivých stereotypů můžou vyústit až v nevraživé chování mladší generace vůči té nejstarší jako projev tzv. ageismu, který označuje věkovou diskriminaci a obvykle je spojován s diskriminací starých osob¹⁹.

Přitom jak již věděl Jan Neruda, když psal svou Knihu veršů, svým přístupem a chováním k našim nejstarším učíme své děti. Měli bychom se proto chovat tak, jak chceme, aby se jednou chovaly ony k nám.

*Dřevo ukradl jsi v panském lese -
komu děláš z něho koryto?*

*"Dědovi; - již se mu ruka třese,
nádobí už všechno rozbito."*

*"Nauč mne to!" - "Vida toho kluka,
nač by tvá to ruka uměla?!"*

*"Až se tobě třásti bude ruka, koryto ti
synek udělá!"*

*V kamnech praská, dědek shrben pláče,
svadlé ruce syn mu zulíbá,*

*kolo mlčí, vnouče kolem skáče -
"Táto, proč se kolo nehýbá?"²⁰*

1.5 Klient dlouhodobé péče

Potřeba dlouhodobé péče se netýká jen starých lidí, ale také osob se zdravotním postižením, takové zdravotní omezení není a nemůže být nijak věkově specifikováno. Pravdou ale zůstává, že výskyt zdravotního postižení v populaci vrcholí v pokročilém věku²¹.

Neboť každý člověk je individuální lidskou bytostí se specifickými touhami a potřebami, je nutné k němu takto individuálně přistupovat i v případě poskytování sociálně-zdravotní péče.

1.5.1 Geriatrická křehkost (frailty) – Křehký pacient

Jde o jednu z hlavních příčin potřeby služeb dlouhodobé péče ve vyšším věku, jde o postižení postupně progredující až, v nejhorším případě, ke smrti. Základními znaky jsou nechtěný úbytek váhy (alespoň 4,5kg za posledních 12 měsíců), únava, svalová slabost, pomalá chůze a špatná pohybová aktivita. Pro konstatování geriatrické křehkosti musí být přítomny alespoň 3 znaky²².

¹⁹ ČEVELA, Rostislav; KALVACH, Zdeněk a ČELEDVÁ, Libuše. *Sociální gerontologie: úvod do problematiky*. Praha: Grada, 2012, s. 107. ISBN 978-80-247-3901-4

²⁰ NERUDA, Jan. *Knihy veršů* [online]. Vyd. 2. V Praze: Grégr a Ferd. Dattel, 1873, s. 96-97 [cit. 2025-03-12]. Dostupné z: <http://krameriusndk.nkp.cz/search/handle/uuid:27ca5f00-fbf9-11e4-92a1-5ef3fc9bb22f>

²¹ KALVACH, Zdeněk. *Medicína dlouhodobé péče*. Praha: Grada, 2025, s. 44. ISBN 978-80-271-5031-1

²² JIRÁK, Roman; HOLMEROVÁ, Iva; ČELEDVÁ, Libuše; KALVACH, Zdeněk; ZAVÁZALOVÁ, Helena et al. *Křehký pacient a primární péče* [online]. Grada, 2012, s. 1446 [cit. 2025-02-27]. ISBN 978-80-247-7628-6. Dostupné z: <https://www.bookport.cz/kniha/krehky-pacient-a-primarni-pece-768/>

Kalvach²³ k tělesné křehkosti přidává ještě pojem psychická křehkost – schopnost reagovat přiměřeně na změny je snížena, jako důsledek vznikají poruchy duševního zdraví, nepřiměřené stresové reakce, afektivní projevy, zanedbávání vlastní léčby či špatná spolupráce při léčbě. Takový člověk může působit jako „simulant“ či jako účelově jednající, což vede k nevhodnému chování ze strany odborné i laické, přitom nejčastěji by pomohla správně fungující a provázaná zdravotně-sociální pomoc. Dále zmiňuje křehkost sociální plynoucí z osamělosti, vyloučenosti či vznikající na základě poruchy komunikace. Poslední formou je křehkost spirituální jako projev rezignace při ztrátě smyslu života.

1.5.2 Demence („tichá epidemie tohoto století“)²⁴

Jde o skupinu duševních poruch s postižením primárně kognitivních funkcí, převážně jde o onemocnění seniorů vznikající na základě neurodegenerace. Nejčastější formou je Alzheimerova choroba, léčitelná pouze symptomaticky. Mimo léčbu je vhodné procvičování paměti a sociálních dovedností. Demence může být i sekundárním projevem jiného onemocnění (intoxikační, demence při mozkových nádorech, pelagra – demence z nedostatku niacinu)²⁵.

Na demenci bychom měli myslet, pokud dochází ke zhoršení kognitivních funkcí, nejdříve k zapomínání, posléze i poruchám orientace v čase i prostoru²⁶. Jednoduchým testem kognitivních funkcí je tzv. MMSE (mini mental state examination) či tzv. test hodin²⁷. Další, detailnější testy, jsou Addenbrookský kognitivní test, Montrealský kognitivní test, a tzv. 7minutový test²⁸. Součástí vyšetření je také test instrumentálních všedních činností a test základních denních aktivit²⁹. V rámci prevence mohou od 1. 1. 2025 klienti VZP starší 65 let využít příspěvek 500 Kč na kognitivní pomůcky tréninku či testování paměti³⁰.

1.5.3 Ztráta soběstačnosti

Služby dlouhodobé péče využívají klienti se zhoršenou soběstačností a sebeobsluhou. Aby bylo možné hodnotit míru, využívají se různé testy (např. IADL – posouzení instrumentálních všedních aktivit, skandinávská funkční škála nezávislosti FIM, Rankinova škála, škála MFS, POMA či Krátká baterie tělesné výkonnosti) či indexy (Katzův index nezávislosti, Index Barthelové, obojí k posouzení míry ztráty sebeobsluhy, u pacientů se syndromem demence pak škála DAD)³¹.

²³ KALVACH, Zdeněk. *Medicína dlouhodobé péče*. Praha: Grada, 2025, s. 41-42. ISBN 978-80-271-5031-1

²⁴ HAŠKOVCOVÁ, Helena. *České ošetřovatelství*. 10, Manuálek sociální gerontologie. Praktické příručky pro sestry. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 2002, s. 48. ISBN 80-7013-363-5

²⁵ KALVACH, Zdeněk. *Medicína dlouhodobé péče*. Praha: Grada, 2025, s. 179-188. ISBN 978-80-271-5031-1

²⁶ HAŠKOVCOVÁ, Helena. *České ošetřovatelství*. 10, Manuálek sociální gerontologie. Praktické příručky pro sestry. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 2002, s. 48. ISBN 80-7013-363-5

²⁷ HOLMEROVÁ, Iva. *Testovník: soubor testů pro gerontologii*. 2. dopl. vyd. Praha: Česká alzheimerovská společnost, 2003. ISBN 80-86541-11-8

²⁸ REKTOROVÁ, Irena. *Screeningové škály pro hodnocení demence* [online]. Neurologie pro praxi, 2011, roč. 12, Suppl. G, s. 37–45 [cit. 2025-03-17]. Dostupné z: <https://www.neurologiepropraxi.cz/pdfs/neu/2011/92/11.pdf>

²⁹ Tamtéž

³⁰ VŠEOBECNÁ ZDRAVOTNÍ POJIŠŤOVNA ČR. *Vyšetření na Alzheimerovu nemoc* [online]. 27. listopadu 2023 [cit. 2025-03-20]. Dostupné z: <https://www.vzp.cz/o-nas/tiskove-centrum/otazky-tydne/vysetreni-na-alzheimerovu-nemoc>

³¹ KALVACH, Zdeněk. *Medicína dlouhodobé péče*. Praha: Grada, 2025, s. 48-51. ISBN 978-80-271-5031-1

Tabulka 1 - Test instrumentálních všedních činností (IADL)

Činnost	10 bodů	5 bodů	0 bodů
Jízda dopravním prostředkem	Zcela samostatně	S pomocí nebo s doprovodem druhé osoby	Neschopen, schopen pouze převozu (sanitou, automobilem)
Nákup potravin	Zcela samostatně	S pomocí druhé osoby	neschopen
Uvaření	Samostatně celé jídlo	Sám si jídlo ohřeje	neschopen
Domácí práce (jednoduchý úklid)	Samostatně bez pomoci	S pomocí druhé osoby	neschopen
Vyprání osobního prádla	Zvládne samostatně	S pomocí druhé osoby	neschopen
Telefonování	Samostatně vyhledá čísla, zvedne telefon a adekvátně reaguje	Potřebuje pomoc při vytáčení nebo vyhledávání čísla	Neschopen
Užívání léků	Samostatně užívá správné léky v určenou dobu	Vezme léky, jsou-li připraveny, nebo je-li upozorněn	Není schopen užívat bez pomoci
Odeslání peněz na poštu nebo zacházení s kartou	Schopen samostatně	S pomocí druhé osoby	neschopen
Hodnocení: 0 – 40 bodů: nesoběstačnost, 45 – 75 bodů: částečná nesoběstačnost, 80 bodů: soběstačnost v instrumentálních aktivitách denního života			

Zdroj: Vlastní zpracování dle údajů z knihy Testovník České Alzheimerovské společnosti

Katzův index nezávislosti – posuzuje se 6 aktivit na základě (ne)potřeby dohledu či asistence – koupání, oblékání, používání toalety, přemísťování, kontinence, jezení³².

³² KALVACH, Zdeněk. *Medicina dlouhodobé péče*. Praha: Grada, 2025, s. 49. ISBN 978-80-271-5031-1

Tabulka 2 - Test základních všedních činností (Barthel skóre)

Hodnocená aktivita	15 bodů	10 bodů	5 bodů	0 bodů
Najedení, napití	-	Sám	S pomocí	neprovede
Oblékání	-	Sám	S pomocí	neprovede
Osobní hygiena	-	Sám	S pomocí	neprovede
Koupání	-	Sám	S pomocí	neprovede
Použití toalety	-	Sám	S pomocí	neprovede
Chůze po schodech	-	Sám	S pomocí	neprovede
Kontinence moči	-	Kontinentní	Občas neudrží	Převážně inkontinentní
Kontinence stolice	-	Kontinentní	Občas neudrží	
Přesun lůžko-židle	sám	S malou pomocí	S dopomocí, vydrží sedět	neprovede
Chůze po rovině	Sám více než 50 metrů	S lehkou pomocí či s holemi	S výraznou pomocí či chodítkem	neprovede
Vyhodnocení: 0 – 40 bodů: vysoká závislost, 45 – 60 bodů: závislý, 60 – 105 bodů: závislost lehčího stupně, 110 bodů: soběstačný v základních všedních činnostech				

Zdroj: Vlastní zpracování dle údajů z knihy Testovník České Alzheimerovské společnosti

Při žádosti o příspěvek na péči je posuzována schopnost zvládat základní životní aktivity, tato problematika bude rozepsána v jiné kapitole.

2. Dlouhodobá péče

Dlouhodobá péče (long-term care) se zabývá poskytováním pomoci lidem, kteří potřebují podporu při každodenních aktivitách, a to z důvodu chronických onemocnění, postižení nebo ztráty soběstačnosti. Dlouhodobá péče zahrnuje jak zdravotní, tak sociální služby poskytované po dlouhou dobu, často až do konce života pacienta.

- **Dlouhodobost a kontinuita péče:** Dlouhodobá péče má ze své definice charakter kontinuální podpory, která není časově ohraničena jen na akutní fázi onemocnění, ale trvá po delší období, což potvrzují studie Světové zdravotnické organizace (WHO)³³. Nemusí tomu tak však být nutně vždy, neboť v rámci dlouhodobé péče je zahrnuta i péče paliativní, jejímiž klienty jsou zejména nemocní v pokročilých a terminálních fázích onemocnění³⁴.
- **Komplexnost:** Dlouhodobá péče zahrnuje komplexní služby, od zdravotní péče po osobní asistenci. „Klíčovou charakteristikou není časový aspekt dlouhého trvání, ale zdravotně sociální charakter této agendy“³⁵.
- **Interdisciplinární přístup:** Vznik multidisciplinárního týmu zahrnujícího lékaře, zdravotní sestry, terapeuty a sociální pracovníky, kteří spolupracují na zajištění celkové péče, je nezbytnou součástí celého procesu³⁶.
- **Individualizace a respekt k autonomii:** Význam personalizovaného přístupu zdůrazňuje mnoho publikací zabývajících se etickými aspekty dlouhodobé péče, např. Malíková³⁷, se zdůrazněním důležitosti respektu k autonomii pacienta a jeho potřebám. Autonomie je důležitá u každého typu poskytování dlouhodobé péče. V případě poskytování institucionální péče, vzhledem k bezmocnosti klienta ve vztahu k autoritě, která je zde představována personálem, může docházet a dochází k situacím, kdy za klienta rozhodují ti, kteří se o něj starají, čímž mu upírají právo svobodné volby. Správnou cestou je však vytvoření takových podmínek, aby byla autonomie klienta maximální možná³⁸. Bohužel špatné zacházení s klienty je stále aktuální otázkou a je potřeba neustálých kontrol institucí ke zjištění pochybení a sjednání nápravy³⁹.
- **Zapojení rodiny a komunit:** Rodinná péče jedním z klíčových pilířů dlouhodobé péče, rodinní příslušníci často hrají hlavní roli v poskytování každodenní pomoci⁴⁰. Jedním z hlavních cílů změny dlouhodobé péče je deinstitucionalizace s kladením důrazu na komunitní péči, a také podporu rodiny, sousedství či jiných komunit, ve kterých klient žije⁴¹.

WHO. *World Report on Ageing and Health* [online]. Geneva: WHO, 2015, s. 127-128 [cit. 2025-02-15]. ISBN 978-92-4-156504-2. Dostupné z: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/186463/9789240694811_eng.pdf?sequence=1

³⁴ CESTA DOMŮ. Paliativní péče [online]. Praha: Cesta domů, 2024 [cit. 2025-03-14]. Dostupné z: <https://www.umirani.cz/rady-a-informace/paliativni-pece>

³⁵ KALVACH, Zdeněk. *Medicína dlouhodobé péče*. Praha: Grada, 2025, s. 14. ISBN 978-80-271-5031-1

³⁶ WHO. *World Report on Ageing and Health* [online]. Geneva: WHO, 2015, s. 109 [cit. 2025-02-15]. ISBN 978-92-4-156504-2. Dostupné z: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/186463/9789240694811_eng.pdf?sequence=1

³⁷ MALÍKOVÁ, Eva. *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*. Sestra. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3148-3

³⁸ KALVACH, Zdeněk. *Medicína dlouhodobé péče*. Praha: Grada, 2025, s. 83-89. ISBN 978-80-271-5031-1

³⁹ ISPV. *Intuíce místo odbornosti může škodit. Ombudsman zjistil špatné zacházení ve dvou z jedenácti domovů pro lidi s demencí* [online]. Revue pro sociální politiku a výzkum, 29. června 2024 [cit. 2025-01-12]. Dostupné z: <https://socialnipolitika.eu/2024/06/ve-dvou-z-jedenacti-navstivenych-domovu-pro-lidi-s-demenci-zjistil-ombudsman-spatne-zachazeni-s-klienty/>

⁴⁰ OECD. *Health at a Glance 2021: OECD Indicators* [online]. Paris: OECD Publishing, 2021, s. 262 [cit. 2024-12-10]. ISBN 978-92-64-48091-9. Dostupné z: https://www.oecd.org/en/publications/health-at-a-glance-2021_ae3016b9-en.html

⁴¹ ČEVELA, Rostislav; KALVACH, Zdeněk a ČELEDOVÁ, Libuše. *Sociální gerontologie: úvod do problematiky*. Praha: Grada, 2012, s. 173. ISBN 978-80-247-3901-4

2.1 Dlouhodobá péče vs. akutní péče

Rozdíl mezi dlouhodobou a akutní péčí je dobře popsáný v odborných studiích zabývajících se zdravotními systémy. Zatímco akutní péče řeší náhlé zdravotní krize a jedná se primárně o péči zdravotní⁴², dlouhodobá péče se zaměřuje na trvalé udržování kvality života a prevence zhoršení zdravotního stavu, jde o péči zdravotně-sociální⁴³.

2.2 Mezinárodní pohled na problematiku dlouhodobé péče

WHO definuje dlouhodobou péči jako celkovou podporu formou osobních, sociálních a zdravotních služeb, která je zaměřena na udržení kvality života lidí s omezenou soběstačností pro udržení úrovně funkčních schopností, které odpovídají jejich právům a lidské důstojnosti. Péče je poskytována rodinou, přáteli či ostatními členy komunity (neformální péče), nebo profesionály (formální péče)⁴⁴.

2.2.1 Dlouhodobá péče v celosvětovém měřítku

Ačkoli se práce věnuje především dlouhodobé péči v ČR a v Evropě, neznamená to, že v jiných zemích na ostatních kontinentech nenajdeme diskuzi o této problematice spolu se snahami o její řešení. Ve srovnání vybraných zemí se středním příjmem napříč Afrikou (Alžírsko, Nigérie, Jihoafrická republika), Jižní Amerikou (Brazílie, Kolumbie, Mexiko) a Asií (Čína, Indie, Turecko) je zmíněna nedostatečná legislativa spojená s častým přenosem zodpovědnosti na rodinu při minimální podpoře státu, dále nerovné podmínky přístupu ke službám dlouhodobé péče (kontrast měst a venkovských oblastí) a nedostatečné financování⁴⁵.

V systému dlouhodobé péče na Taiwanu proběhla v roce 2017 reforma s označením LTC 2.0., která přináší rozšíření cílové skupiny (zahrnující nově i osoby žijící s demencí a zdravotně postižené obyvatele), více typů služeb či zjednodušenou administrativu, ale také problémy, jako nerovnoměrná dostupnost služeb, nedostatečná kvalifikace místních úřadů, zvýšené finanční náklady pro rodiny či nedostatek pracovní síly⁴⁶. V souvislosti s touto reformou došlo k intenzivnímu růstu center nabízejících kombinovanou péči zaměřenou na denní péči, odlehčovací péči, dovoz jídla a domácí péči⁴⁷.

Ve srovnání vyspělých států, jako jsou Japonsko a Jižní Korea, se ukazuje, že decentralizovaný model Japonska s vyšší podporou domácí a komunitní péče je, navzdory vyšším nákladům, udržitelnější a stabilnější, než v Jižní Koreji, která má model centralizovaný, s preferencí nemocniční a institucionální péče, neboť systém dlouhodobé péče

⁴² MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČESKÉ REPUBLIKY. *Druhy zdravotní péče* [online]. 31. října 2012 [cit. 2025-03-09]. Dostupné z: <https://mzd.gov.cz/druhy-zdravotni-pece/>

⁴³ ČEVELA, Rostislav; KALVACH, Zdeněk a ČELEDOVÁ, Libuše. *Sociální gerontologie: úvod do problematiky*. Praha: Grada, 2012. s. 175. ISBN 978-80-247-3901-4

⁴⁴ WHO. *Long-term care* [online]. 1. prosince 2022 [cit. 2025-03-05]. Dostupné z <https://www.who.int/europe/news-room/questions-and-answers/item/long-term-care>

⁴⁵ KRAUS, Markus a RIEDEL, Monika. *Three dimensions of long-term care provision in middle-income countries—A view across Africa, Latin America and Asia* [online]. *International Journal of Social Welfare*. 2022, roč. 31, č. 4, s. 506-519 [cit. 2025-03-03]. ISSN 1369-6866. Dostupné z: <https://doi.org/10.1111/ijsw.12537>

⁴⁶ HSU, Hui-Chuan a CHEN, Chen-Fen. *LTC 2.0: The 2017 reform of home- and community-based long-term care in Taiwan* [online]. *Health Policy*. 2019, roč. 123, č. 10, s. 912-916 [cit. 2025-03-03]. ISSN 01688510. Dostupné z: <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2019.08.004>

⁴⁷ WANG, Yi-Fen; LEE, Ya-Hui a LU, Jing-Yi. *Community-Based Long-Term Care in Taiwan: The Service Experiences of Tier B Centers* [online]. *Journal of Social Service Research*. 2022, roč. 48, č. 3, s. 385-395 [cit. 2025-03-08]. ISSN 0148-8376. Dostupné z: <https://doi.org/10.1080/01488376.2022.2050337>

se zde vyvíjel jako rozšíření v rámci zdravotnického systému⁴⁸. Japonsko tedy můžeme brát jako příklad dobré praxe, který v pozitivním světle ukazuje důležitost a nezbytnost podpory domácí a komunitní péče při snaze o udržitelný systém dlouhodobé péče.

2.3 Systém dlouhodobé péče v České republice

Systém dlouhodobé péče v České republice zahrnuje širokou škálu zdravotních a sociálních služeb zaměřených na lidi, kteří kvůli dlouhodobým zdravotním problémům nebo pokročilému věku potřebují pomoc. V průběhu času prošel tento systém různými změnami, přičemž důležitou roli hrály faktory demografické i ekonomické. Tato kapitola se bude věnovat historii, současné podobě a způsobu financování dlouhodobé péče v České republice.

2.3.1 Historický vývoj

Dlouhodobá péče jako systémová oblast poskytování služeb se vyvíjela v různých zemích odlišně, především s ohledem na historický, společenský a ekonomický kontext. V posledních desetiletích dochází k zásadnímu nárůstu poptávky po těchto službách v důsledku stárnutí populace a prodlužování střední délky života⁴⁹. Tento trend vedl k rozvoji komplexnějších legislativních rámců a politik, které mají zajistit efektivní poskytování služeb dlouhodobé péče.

Vývoj dlouhodobé péče sahá hluboko do historie, kdy rodinní příslušníci spolu s místními komunitami zastávali většinu péče o starší a nemocné osoby, důležitou roli zde hrála též církev, konkrétně řády vznikající na pomoc nemocným i chudým, např. františkánský řád, který byl prvním takovým⁵⁰. Tento neformální systém péče byl běžný po staletí, dokud se neobjevily první instituce, které začaly poskytovat péči formálně, rodinná péče však zůstává stále důležitá a nezastupitelná. Jako zajímavost lze zmínit, že povinnost starat se o chudé, postižené a nemocné byla ustanovena již Ludvíkem I. Pobožným v roce 817⁵¹.

- **Raný vývoj:** V 19. století můžeme vnímat začátek institucionalizace, často v gesci nejrůznějších charitativních spolků⁵². Druhá polovina 19. století je ve znamení rozvoje chudobinců a starobinců a též chorobinců. I když šlo jen o poskytnutí nejzákladnější a nejjednodušší formy péče, v té době šlo o přelomovou změnu. Do tohoto období se datuje též vznik první ošetrovatelské školy u nás, která vznikla v roce 1874⁵³.
- **20. století:** S rozvojem moderního státu a sociálních politik začal být koncept dlouhodobé péče začleněn do zdravotnických a sociálních systémů. Vznik Všeobecného penzijního ústavu 18. prosince 1918 je jedním z dokladů rozšiřující se role státu v oblasti dlouhodobé péče⁵⁴. Deklarací OSN z roku 1948 je ustanoven nárok

⁴⁸ KIM, Hongsoo; JEON, Boyoung; FRISINA DOETTER, Lorraine; TAMIYA, Nanako a HASHIMOTO, Hideki. *Same same but different? Comparing institutional performance in the long-term care systems of Japan and South Korea* [online]. *Social Policy & Administration*. 2022, roč. 56, č. 1, s. 148-162 [cit. 2025-03-08]. ISSN 0144-5596. Dostupné z: <https://doi.org/10.1111/spol.12761>

⁴⁹ OECD. *Health at a Glance 2021: OECD Indicators* [online]. Paris: OECD Publishing, 2021, s. 250-252 [cit. 2024-12-10]. ISBN 978-92-64-48091-9. Dostupné z: https://www.oecd.org/en/publications/health-at-a-glance-2021_ae3016b9-en.html

⁵⁰ MATOUŠEK, Oldřich. *Sociální služby* [online]. Portál, 2011, s. 18 [cit. 2025-03-02]. ISBN 978-80-262-0237-0. Dostupné z: <https://www.bookport.cz/kniha/socialni-sluzby-3247/>

⁵¹ VALOUŠKOVÁ, Veronika. *Historie dlouhodobé péče v České republice* [online]. Ostrava, 2020, s. 28 [cit. 2025-03-02]. Diplomová práce, vedoucí Kuzníková, Iva. Ostravská univerzita, Fakulta sociálních studií. Dostupné z: <https://theses.cz/id/oi6g90/>

⁵² KUZNÍKOVÁ, Iva. *Sociální práce ve zdravotnictví* [online]. Grada, 2011 [cit. 2025-03-02]. ISBN 978-80-247-7067-3. Dostupné z: <https://www.bookport.cz/kniha/socialni-prace-ve-zdravotnictvi-629/>

⁵³ HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Fenomén stáří*. Vyd. 2., podstatně přeprac. a dopl. Praha: Havlíček Brain Team, 2010, s. 182-191. ISBN 978-80-87109-19-9

⁵⁴ HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Fenomén stáří*. Vyd. 2., podstatně přeprac. a dopl. Praha: Havlíček Brain Team, 2010, s. 192. ISBN 978-80-87109-19-9

na sociální ochranu jako součást lidské důstojnosti. V 60. letech docházelo k rozšiřování pečovatelské služby, ale zároveň přetrvávala ústavní péče s mnohalůžkovými pokoji, často též s nevhodnými hygienickými podmínkami a špatným zacházením s klienty⁵⁵. Vznik prvních LDN je datován od 70. let 20. století⁵⁶.

- **Stav po roce 1989:** V 90. letech 20. století, po pádu komunistických režimů ve východní Evropě, došlo k restrukturalizaci systémů zdravotní a sociální péče, přičemž dlouhodobá péče se stala důležitou součástí diskuzí o stárnoucí populaci. Stran kvality poskytování péče dnes existují Standardy kvality sociálních služeb, jakožto součást zákona o sociálních službách, které obsahují celkem 15 bodů ve 3 oblastech – procesní oblast, což je vztah mezi uživatelem a poskytovatelem, personální oblast a provozní oblast⁵⁷.
- **Současný stav:** V České republice se dlouhodobá péče institucionalizovala jak na úrovni zdravotnických zařízení (např. léčebny dlouhodobě nemocných), tak i v rámci domácí péče a ambulantních služeb. Vzhledem k nedostatečné návaznosti péče a nedostatečně specifikované spolupráci mezi sociálním a zdravotnickým sektorem byla dlouho diskutovaná legislativní novela s definováním tzv. sociálně-zdravotních služeb, která vešla v platnost 18. 2. 2025 jako zákon č.38/2025 Sb., a upravuje zákon o sociálních službách, zákon o zdravotních službách a zákon o veřejném zdravotním pojištění⁵⁸.

2.3.2 Legislativní rámec v České republice

Legislativní rámec pro dlouhodobou péči v České republice je zakotven v několika klíčových zákonech a právních předpisech, které vymezují odpovědnosti poskytovatelů, financování a práva pacientů. Dlouhodobá péče spadá pod kombinaci zdravotnických a sociálních služeb, což znamená, že její regulace je v kompetenci jak Ministerstva zdravotnictví, tak Ministerstva práce a sociálních věcí.

- **Zákon č. 108/2006 Sb. Zákon o sociálních službách⁵⁹:** Tento zákon je základním právním dokumentem upravujícím poskytování sociálních služeb v České republice, včetně dlouhodobé péče. Zákon definuje druhy sociálních služeb, jejich financování, práva uživatelů a povinnosti poskytovatelů. Dlouhodobá péče je v tomto kontextu poskytována jak v rámci pobytových služeb (domovy pro seniory, domovy se zvláštním režimem), tak i terénních (poskytovaných v přirozeném prostředí klienta) a ambulantních služeb (za kterými je klient dopravován, aniž by byl v zařízení ubytován). V poslední novele (v platnosti od 18. 2. 2025) jsou definovány služby komunitního charakteru, které jsou „*poskytovány takovým způsobem, aby umožňovaly osobě nezávislý způsob života odpovídající svou povahou běžnému životu osob jejího věku a zabraňovaly její segregaci*“⁶⁰, dále nově začleněny body týkající se tzv.

⁵⁵ MATOUŠEK, Oldřich. *Sociální služby* [online]. Portál, 2011, s. 26-30 [cit. 2025-03-02]. ISBN 978-80-262-0237-0. Dostupné z: <https://www.bookport.cz/kniha/socialni-sluzby-3247/>

⁵⁶ HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Sociální gerontologie* [online]. Galén, 2012, s. 111 [cit. 2025-03-02]. ISBN 978-80-7492-058-5. Dostupné z: <https://www.bookport.cz/kniha/socialni-gerontologie-3657/>

⁵⁷ HOLMEROVÁ, Iva. *Dlouhodobá péče: geriatrické aspekty a kvalita péče*. Praha: Grada Publishing, 2014, s. 114.115. ISBN 978-80-247-5439-0

⁵⁸ ČESKÁ REPUBLIKA. *Zákon č. 38/2025 Sb., kterým se mění zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů, a další související zákony* [online]. [cit. 2025-03-15]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2025-38#cast1>

⁵⁹ ČESKÁ REPUBLIKA. *Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách* [online] [cit. 2025-03-12]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-108#cast3>

⁶⁰ Tamtéž

sociálně-zdravotního pomezí, podle kterých se „*Sociálně-zdravotními službami se rozumí vzájemně koordinované poskytování sociální a zdravotní péče osobě, jejíž stav vyžaduje poskytování sociální a zdravotní péče současně*“⁶¹. Další změnou je povinnost poskytovatele pobytových služeb zajistit svým klientům též péči ošetrovatelskou (dle zákona o zdravotních službách), ať už v rámci sociálně-zdravotních služeb či s využitím poskytovatele zdravotních služeb a tato péče musí být zajištěna po celou dobu. Nově je též uzákoněna část týkající se stížností na poskytování sociálních služeb, včetně povinného postupu poskytovatele při obdržení takovéto stížnosti.

- **Zákon č. 372/2011 Sb. Zákon o zdravotních službách**⁶²: Tento zákon upravuje poskytování zdravotní péče, včetně péče dlouhodobé. Zajišťuje právní rámec pro zdravotnická zařízení, která poskytují léčbu pacientům vyžadujícím dlouhodobou zdravotní péči, například v léčebnách dlouhodobě nemocných. V rámci tohoto zákona jsou definována práva pacientů, kvalita poskytovaných služeb a povinnosti zdravotnických pracovníků. I tento zákon prošel změnou na základě zákona č.38/2025 Sb., zásadní je zde uzákonění vzniku tzv. sociálně-zdravotní lůžkové péče, „*která je poskytována pacientovi s dlouhodobým chronickým onemocněním nebo zdravotním postižením vyžadujícímu pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby při zvládání základních životních potřeb, jehož zdravotní stav se bez soustavného poskytování ošetrovatelské péče zhoršuje; tuto péči nelze poskytovat jako součást sociálně-zdravotních služeb komunitního charakteru*“⁶³. Odhadované náklady na vznik a vybavení takového lůžka jsou 3,1 milionu Kč, přeměna z lůžka v domově pro seniory cca 620 000 Kč a lůžka v léčebně nebo nemocnici pak 150 000 Kč, veškeré financování by mělo být vícezdrojové.⁶⁴
- **Zákon č. 48/1997 Sb. Zákon o veřejném zdravotním pojištění**⁶⁵: tento zákon upravuje systém veřejného zdravotního pojištění, stanovuje pravidla zdravotního pojištění včetně rozsahu hrazených služeb, práva a povinnosti pojištěnců, definuje pravidla týkající se zdravotních pojišťoven a také upravuje systém úhrad zdravotních služeb za poskytovanou péči. Dle novelizace jsou zdravotní služby sociálně-zdravotní lůžkové péče hrazeny z veřejného pojištění, platbu za ubytování a stravu pojištěnce i nadále definuje zákon o sociálních službách. Další důležitá změna se týká dlouhodobé lůžkové péče, která je hrazena nejdéle 90 dní, pokud nejde o dlouhodobou intenzivní ošetrovatelskou péči.

⁶¹ ČESKÁ REPUBLIKA. *Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách* [online] [cit. 2025-03-12]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-108#cast3>

⁶² ČESKÁ REPUBLIKA. *Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování* [online] [cit. 2025-03-12]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-372#cast2>

⁶³ Tamtéž

⁶⁴ KUT CITORES, Felipe. *Řešení pro sociálně zdravotní pomezí. Možná už od roku 2025* [online]. Medical Tribune, 18. dubna 2024 [cit. 2025-02-10]. Dostupné z: <https://www.tribune.cz/zdravotnictvi/reseni-pro-socialne-zdravotni-pomezi-mozna-uz-od-roku-2025/>

⁶⁵ ČESKÁ REPUBLIKA. *Zákon č. 48/1997 Sb. Zákon o veřejném zdravotním pojištění*. Zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů [online] [cit. 2025-03-12]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/1997-48?text=z%C3%A1kon+o+ve%C5%99ejn%C3%A9m+zdravotn%C3%ADm+poji%C5%A1t%C4%9Bn%C3%AD>

Národní strategie a implementační plány:

- **Národní strategie rozvoje sociálních služeb na období 2016-2025⁶⁶:** Jde o dokument Ministerstva práce a sociálních věcí, který definuje strategii pro rozvoj sociálních služeb s cílem zajistit dostupné, efektivní a kvalitní sociální služby, které odpovídají potřebám uživatelů a reagují na demografické a sociální výzvy. Klíčovými oblastmi jsou financování, integrace zdravotních a sociálních služeb, podpora neformální péče spolu s transformací sociálních služeb ve smyslu deinstitucionalizace, zajištění regionální dostupnosti služeb spolu s personálním zajištěním a podpora individualizované péče v závislosti na potřebách klienta.
- **Zdraví 2030⁶⁷:** Jde o strategický dokument Ministerstva zdravotnictví obsahující návrhy na zlepšení integrace zdravotní a sociální péče v ČR v období 2021-2030. Jsou zde stanoveny cíle k dosažení integrace zdravotní a sociální péče, zlepšení dlouhodobé péče, podpora paliativní péče či zajištění dostupnosti služeb. Zároveň zmiňuje problémy, se kterými je nutné se vypořádat, jako chybějící legislativní opora, nerovnoměrné financování na krajské úrovni, nedostatečná koordinace zdravotního a sociálního sektoru, nedostatek pracovníků či komplikace vzniklé krátkodobým financováním.

Diskusní materiál k východiskům dlouhodobé péče v České republice

Ačkoli jde o publikaci Ministerstva práce a sociálních věcí již z roku 2010, považuji za vhodné ji zde uvést jako příklad mnohaleté snahy zlepšení služeb dlouhodobé péče, včetně nutnosti kontinuity a koordinace. Mimo jiné je zde zmíněna důležitá myšlenka, že pokud bude léčba nastavena brzy a dobře, je zde předpoklad minimalizace počtu osob vyžadujících dlouhodobou péči⁶⁸.

Jak můžeme vyčíst výše, části plánů se podařilo dát zákonnou oporu, otázkou do budoucna je úspěšné přenesení výše zmíněného do praxe.

2.3.3 Mezinárodní rámec a doporučení

Na úrovni mezinárodních organizací existují doporučení a pokyny pro efektivní poskytování dlouhodobé péče. Tyto organizace zdůrazňují potřebu koordinované péče, která zahrnuje zdravotní i sociální aspekty s důrazem na individualizovaný přístup a zapojení rodiny a komunity do péče⁶⁹.

OECD doporučení: OECD doporučuje státům zavádět udržitelné systémy financování dlouhodobé péče a podporovat domácí a komunitní služby jako nákladově efektivní alternativu k institucionální péči⁷⁰.

⁶⁶ MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ ČR. *Národní strategie rozvoje sociálních služeb na období 2016–2025* [online]. Praha: MPSV, 2015 [cit. 2025-03-01]. ISBN 978-80-7421-126-3. Dostupné z: <https://www.mpsv.cz/documents/20142/577769/NSRSS.pdf>

⁶⁷ MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČESKÉ REPUBLIKY. *Strategický rámec rozvoje péče o zdraví v České republice do roku 2030* [online]. Praha: MZ ČR, 2020 [cit. 2025-03-12]. Dostupné z: <https://zdravi2030.mzcr.cz/zdravi-2030-strategicky-ramec.pdf>

⁶⁸ VÁLKOVÁ, Monika; KOJESOVÁ, Marie a HOLMEROVÁ, Iva. *Diskusní materiál k východiskům dlouhodobé péče v České republice*. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR, 2010, s. 29. ISBN 978-80-7421-021-1

⁶⁹ WHO. *World Report on Ageing and Health* [online]. Geneva: WHO, 2015, s. 104-144 [cit. 2025-02-15]. ISBN 978-92-4-156504-2. Dostupné z: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/186463/9789240694811_eng.pdf?sequence=1

⁷⁰ OECD. *The Economics of Patient Safety Part III: Long-Term Care – Valuing Safety for the Long Haul* [online]. Paris: OECD Publishing, 2020 [cit. 2025-03-16]. Dostupné z: <https://dx.doi.org/10.1787/be07475c-en>

WHO strategie pro dlouhodobou péči: WHO ve své strategii pro dlouhodobou péči doporučuje, aby státy rozvíjely personální kapacity, zvyšovaly kvalifikaci pracovníků v dlouhodobé péči a podporovaly rodinné pečovatele⁷¹.

2.4 Současná organizace dlouhodobé péče

Dnešní podoba dlouhodobé péče v České republice kombinuje využívání zdravotních i sociálních služeb. Tyto služby se poskytují lidem, kteří z důvodu nemoci, zdravotního postižení nebo věku nejsou schopni samostatného života. Péče je poskytována jak v institucích, tak i v domácím prostředí.

2.4.1 Poskytovatelé dlouhodobé péče

Dlouhodobou péči můžeme dělit do různých skupin. Jako základní vnímám dělení na péči formální x neformální, další možnost je dělení druhů péče podle poskytovatele.

Formální péče – zahrnuje služby poskytované profesionály, může jít o služby terénní, ambulantní či pobytové. Formální péče může být poskytována výhradně, nebo jako doplněk péče neformální⁷².

Neformální péče – péče poskytovaná v domácím prostředí rodinným pečovatelem, v České republice jde nejčastěji o ženy a taková péče o seniora zabere průměrně 41 hodin týdně, ale i více⁷³.

Systém dlouhodobé péče v ČR tvoří několik klíčových poskytovatelů:

Institucionální péče: Péče je poskytována v různých zařízeních. Patří sem například:

- **Léčebny dlouhodobě nemocných (LDN)**, které poskytují zdravotní služby lidem vyžadujícím delší dobu léčby a následné rehabilitace. Jedná se o zdravotnické zařízení následné péče, dlouhodobý pobyt zde je indikován pouze v případě, že adekvátní péči nelze poskytnout v domácím prostředí⁷⁴.
- **Domovy pro seniory (DS)**, které zajišťují ubytování a péči pro starší osoby, jež potřebují každodenní pomoc vzhledem ke snížené soběstačnosti. Hlavní snahou je vytvoření prostředí co nejpodobnější domácímu, aby byli klienti spokojeni a mohli příjemně a důstojně prožívat své stáří⁷⁵.
- **Domovy se zvláštním režimem (DZR)**, které poskytují péči především osobám trpícím nějakým typem demence nebo jinými specifickými problémy. Důležité je zde omezení volného pohybu ven ze zařízení. Domovy se zvláštním režimem nejsou určeny jen pro seniory, často jsou přístupné již od věku 50 let⁷⁶.

⁷¹ WHO. *Integrated Care for Older People (ICOPE). Integrated care for older people: guidelines on community-level interventions to manage declines in intrinsic capacity* [online]. Geneva. 2017 [cit. 2025-03-01]. Dostupné z: <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-MCA-17.06.10>

⁷² COLOMBO, Francesca. *Help wanted?: providing and paying for long-term care*. OECD health policy studies [online]. Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development, 2011 [cit. 2025-01-08]. ISBN 978-92-64-09758-2. Dostupné z: <http://dx.doi.org/10.1787/9789264097759-en>

⁷³ JANEČKOVÁ, Hana; DRAGOMIRECKÁ, Eva a JIRKOVSKÁ, Blanka. *Výzkumy v oblasti neformální péče o seniory v České republice na počátku 21. století* [online]. Sociální práce/Sociální práce. 2017, roč. 17, č. 6, s. 42-59 [cit. 2025-03-08]. ISSN 1805-885X. Dostupné z: <https://socialniprace.cz/wp-content/uploads/2020/11/2017-6.pdf>

⁷⁴ KALVACH, Zdeněk. *Medicina dlouhodobé péče*. Praha: Grada, 2025, s. 24. ISBN 978-80-271-5031-1

⁷⁵ ČESKÁ ALZHEIMEROVSKÁ SPOLEČNOST. *Domovy pro seniory* [online] [cit. 10. 3. 2025]. Dostupné z:

<https://www.alzheimer.cz/pro-rodinne-pecujici/kde-hledat-pomoc/socialni-sluzby/domovy-pro-seniory/>

⁷⁶ KALVACH, Zdeněk. *Medicina dlouhodobé péče*. Praha: Grada, 2025, s. 24. ISBN 978-80-271-5031-1

- **Domovy pro osoby se zdravotním postižením (DOZP)**, které poskytují pobytovou péči klientům se závažným zdravotním postižením, snažící se formou individuální péče pomoci každému klientovi k dosažení co nejvyšší možné spokojenosti a životní kvality. Vzhledem k typu péče nejsou tato zařízení jen pro seniory, ale klienti zde mohou být výrazně mladší⁷⁷.
- **Domovy s pečovatelskou službou (DPS)**, které však nejsou primárně určena jako sociální zařízení⁷⁸, ale jde o byty určené především pro občany dané obce, u nichž je předpoklad zhoršení schopnosti sebeobsluhy a potřeby sociální péče⁷⁹.
- **Hospice**, které jsou zařízeními paliativní péče, kde je klientům poskytována péče zaměřená na zlepšení kvality zbytku života při nevyléčitelném onemocnění, často v terminálním stadiu.⁸⁰

Financování pobytových sociálních služeb je vícezdrojové a má celkem čtyři základní části: přímé platby klientů, příspěvek na péči, státní dotace, příjmy z veřejného zdravotního pojištění⁸¹.

V České republice je od roku 2012 mírně narůstající trend využívání pobytových služeb, patrně jako reakce na nedostatečnou kapacitu služeb komunitních⁸².

Rodinná péče: Tato služba se zaměřuje na lidi, kteří preferují zůstat ve svém domácím prostředí, a jejich zdravotní stav nevyžaduje hospitalizaci. Péči nejčastěji zajišťuje některý z rodinných příslušníků, často bydlící ve společné domácnosti. Podpora rodinných pečovatelských je nutností, neboť možnost setrvání v domácím prostředí je klienty často preferována, proto se stále hovoří o potřebě deinstitucionalizace péče⁸³. V ČR tvoří neformální péče více než 80 %, což je nad průměrem všech zemí OECD⁸⁴.

Terénní a ambulantní služby: Mezi tyto služby patří například denní stacionáře nebo terénní ošetrovatelská či pečovatelská služba, která je poskytována přímo u klientů doma. Formou terénní služby v paliativní péči je domácí (mobilní) hospic. Cílem je poskytnout podporu klientům v jejich přirozeném prostředí, můžou být též využívány jako doplňkové k péči rodinné⁸⁵.

Formou terénní, pobytové či ambulantní služby je zajišťována **péče odlehčovací**, jejímž cílem se umožnit odpočinek pečující osobě, jde o doplněk neformální péče⁸⁶.

⁷⁷ DIAKONIE ČCE – STŘEDISKO PRAHA. *Domov pro osoby se zdravotním postižením, Praha – Dolní Počernice* [online]. Praha: Diakonie ČCE – středisko Praha, [cit. 2025-03-10]. Dostupné z: <https://praha.diakonie.cz/sluzba-oj/domov-pro-osoby-se-zdravotnim-postizenim-zvonek-praha-9-dolni-pocernice/>

⁷⁸ KALVACH, Zdeněk. *Medicina dlouhodobé péče*. Praha: Grada, 2025, s. 23. ISBN 978-80-271-5031-1

⁷⁹ MĚSTO MEZIBOŘÍ. *Pečovatelská služba Meziboří* [online]. Meziboří: Město Meziboří [cit. 2025-03-12]. Dostupné z: <https://www.mezibori.cz/pecovatelska-sluzba-mezibori/os-1009>

⁸⁰ GOODBYE.CZ. *Často kladené otázky – Hospicy v ČR* [online]. [cit. 2025-03-14]. Dostupné z: <https://goodbye.cz/seznam-hospicu/>

⁸¹ MALÍKOVÁ, Eva. *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*. Sestra. Praha: Grada, 2011, s. 60. ISBN 978-80-247-3148-3

⁸² HOFSCHEIDEROVÁ, Anna; MATIAŠKO, Maroš. *Institucionalizace, postižení a stárnutí: Ústavní péče o starší osoby v České republice* [online]. Fórum pro lidská práva; Validity Foundation, září 2021 [cit. 2025-03-01]. Dostupné z: <https://validity.ngo/wp-content/uploads/2021/11/CZ-Older-persons-with-disabilities-and-DI-Report.pdf>

⁸³ ČEVELA, Rostislav; KALVACH, Zdeněk a ČELEDOVÁ, Libuše. *Sociální gerontologie: úvod do problematiky*. Praha: Grada, 2012, s. 177. ISBN 978-80-247-3901-4

⁸⁴ JANEČKOVÁ, Hana; DRAGOMIRECKÁ, Eva a JIRKOVSKÁ, Blanka. *Výzkumy v oblasti neformální péče o seniory v České republice na počátku 21. století* [online]. Sociální práce/Sociální práce. 2017, roč. 17, č. 6, s. 42-59 [cit. 2025-03-08]. ISSN 1805-885X. Dostupné z: <https://socialniprace.cz/wp-content/uploads/2020/11/2017-6.pdf>

⁸⁵ PEČUJ DOMA. *Slovníček sociálních služeb* [online]. [cit. 2025-03-16]. Dostupné z: <https://www.pecujdoma.cz/nase-sluzby/poradna/slovnicek-socialnich-sluzeb/>

⁸⁶ MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ ČR. *Sociální služby* [online]. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR [cit. 2025-03-10]. Dostupné z: <https://www.mpsv.cz/socialni-sluzby-1#sszp>

3. Integrace dlouhodobé péče

3.1 Integrace dlouhodobé péče

Integrace dlouhodobé péče představuje klíčový koncept pro zajištění efektivní, udržitelné a kvalitní péče o klienty, kteří potřebují podporu po delší dobu. Tento přístup spojuje zdravotní a sociální služby s cílem vytvořit ucelený, navzájem provázaný a komunikující systém, který dokáže lépe reagovat na komplexní potřeby svých klientů, včetně podpory těch, kteří se o své blízké starají v domácím prostředí (podpora odlehčovacích služeb, dostatečné financování atd.)⁸⁷.

Hlavním cílem integrace je zajistit kontinuitu péče, minimalizovat duplicitu služeb a zvýšit efektivitu alokace zdrojů. Tento přístup zahrnuje koordinaci mezi zdravotnickými zařízeními, sociálními službami, rodinami a komunitami, což umožňuje poskytovat péči přizpůsobenou individuálním potřebám⁸⁸.

3.1.1 Význam integrace v českém kontextu

V České republice jsou zdravotní a sociální služby tradičně spravovány odděleně, v rámci rezortu Ministerstva zdravotnictví, resp. Ministerstva práce a sociálních věcí, což může vést k roztržitému péči, nejasnostem týkajících se financování a obtížím při zajišťování komplexní podpory. Integrace dlouhodobé péče je proto zásadní pro řešení výzev, jako je stárnutí populace, rostoucí počet osob s chronickými onemocněními a omezené finanční zdroje.

Podle WHO je efektivní integrace spojena s lepšími výsledky v oblasti kvality péče a spokojenosti pacientů. Zahraniční zkušenosti ukazují, že integrované modely péče mohou přispět ke snížení nákladů a zlepšení zdravotních výsledků⁸⁹. V rámci Evropy je jako příklad dobré praxe integrace péče uváděno Švédsko, které v rámci reformy předalo větší část zodpovědnosti obcím, čímž zvýraznilo jejich roli a tím zlepšilo návaznost péče⁹⁰.

3.1.2 Hlavní složky integrace dlouhodobé péče

- **Koordinace mezi poskytovateli péče:** Zajištění plynulého přechodu pacientů mezi různými typy služeb, jako jsou nemocnice, domácí péče a sociální služby. Absence plynulé návaznosti a resortismus služeb vede nevyhnutelně k roztržitému a nepřehlednosti. Takový systém je pak pro klienty nejasný, nečitelný, nevědí, jaké mají možnosti či na co mají nárok. Vše zmíněné pak vede k větší psychické zátěži klientů a k nižší kvalitě poskytovaných služeb⁹¹.
- **Jednotný plán péče:** Vytvoření individuálních plánů péče, které zahrnují zdravotní i sociální aspekty a zohledňují potřeby pacienta i jeho rodiny. Jde o nadstavbu koordinace služeb, vytvoření takového plánu vychází z přání a tužeb každého

⁸⁷ MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ ČR. *Národní strategie rozvoje sociálních služeb na období 2016–2025* [online]. Praha: MPSV, 2015 [cit. 2025-03-01]. ISBN 978-80-7421-126-3. Dostupné z: <https://www.mpsv.cz/documents/20142/577769/NSRSS.pdf>

⁸⁸ Tamtéž

⁸⁹ WHO. *World Report on Ageing and Health* [online]. Geneva: WHO, 2015, s. 98-115 [cit. 2025-02-15]. ISBN 978-92-4-156504-2. Dostupné z: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/186463/9789240694811_eng.pdf?sequence=1

⁹⁰ KALVACH, Zdeněk. Ke konceptu dlouhodobé péče. In: CABRNOCH, Milan. *Dlouhodobá péče v politice ODS a EKR*. Praha: CEVRO - Liberálně-konzervativní akademie, 2010, s. 41-50. ISBN 978-80-86816-28-9

⁹¹ VÁLKOVÁ, Monika; KOJESOVÁ, Marie a HOLMEROVÁ, Iva. *Diskuzní materiál k východiskům dlouhodobé péče v České republice*. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR, 2010, s. 29-31. ISBN 978-80-7421-021-1

jednotlivého klienta se zohledněním všech specifíků⁹². Cílem je podpora každého klienta v jeho osobní svobodě, ať už si pod tím každý z nás představuje cokoli.

- **Multidisciplinární týmy:** Zapojení odborníků z různých oblastí, včetně lékařů více specializací, zdravotních sester, logopedů, ergoterapeutů a sociálních pracovníků, k zajištění komplexní podpory⁹³. Součástí takových týmů nemají být jen odborníci ze zdravotnického či sociálního sektoru, ale také laická veřejnost, ať už rodina, nebo dobrovolníci. Bez spolupráce nelze nikdy zajistit péči tak, aby odpovídala skutečným potřebám⁹⁴.
- **Podpora technologiemi:** Využití digitálních nástrojů, jako jsou elektronické zdravotní záznamy a telemedicína, pro usnadnění komunikace a sdílení informací mezi poskytovateli. Jako příklad dobré praxe digitalizace můžeme zmínit Ústecký kraj, kdy v rámci operačního programu Spravedlivá transformace vznikl projekt „Zavádění digitalizace při zefektivňování pečovatelských služeb na území Ústeckého kraje“, do kterého se, mimo jiné, zapojila též Městská správa sociálních služeb v Mostě – příspěvková organizace. V rámci projektu je počítáno s pořízením digitálních technologií a vzdělávání pracovníků v jejich využití, vznik prostoru pro nácvik a příležitosti pro vzdělávání managementu i pracovníků v sociálních službách, to vše s cílem zkvalitnění péče (primárně té poskytované v domácím prostředí)⁹⁵.
Technologie hrají důležitou roli nejen v poskytování institucionální péče, ale též v domácí péči. Využití moderních technologií může mít pozitivní vliv na bezpečí, může zjednodušit a podpořit i osoby potřebující lékařskou podporu, ačkoli od svého ošetřujícího lékaře žijí daleko. Monitoring může být využíván například u osob s diabetem či kardiovaskulárními onemocněními⁹⁶. V neposlední řadě může technologie zlepšovat kvalitu osobního života ve smyslu zvyšování digitální gramotnosti a tím připravenosti na základní životní situace spjaté s všudypřítomnou digitalizací⁹⁷.

3.1.3 Koordinace zdravotních a sociálních služeb

Jedním z klíčových problémů v systému dlouhodobé péče je roztržičnost mezi zdravotními a sociálními službami. Tyto dva sektory fungují odděleně, což často vede k nesouladu v poskytování péče⁹⁸. Zdravotní péči financuje veřejné zdravotní pojištění, zatímco sociální služby jsou zajišťovány z prostředků státního rozpočtu a poplatků uživatelů.

Problematiku návaznosti péče je nutné vnímat jako zcela zásadní a komplexní. Nejzásadnější bariérou v tomto kontextu je mnohokrát zmiňovaný resortismus péče spolu s otázkou

⁹² ČEVELA, Rostislav; KALVACH, Zdeněk a ČELEDVÁ, Libuše. *Sociální gerontologie: úvod do problematiky*. Praha: Grada, 2012, s. 183-184. ISBN 978-80-247-3901-4

⁹³ JIRÁK, Roman; HOLMEROVÁ, Iva; ČELEDVÁ, Libuše; KALVACH, Zdeněk; ZAVÁZALOVÁ, Helena et al. *Křehký pacient a primární péče* [online]. Grada, 2012, s. 384 [cit. 2025-02-27]. ISBN 978-80-247-7628-6. Dostupné z: <https://www.bookport.cz/kniha/krehky-pacient-a-primarni-pece-768/>

⁹⁴ HOLMEROVÁ, Iva. *Dlouhodobá péče: geriatrické aspekty a kvalita péče*. Praha: Grada Publishing, 2014, s. 101. ISBN 978-80-247-5439-0

⁹⁵ MĚSTSKÁ SPRÁVA SOCIÁLNÍCH SLUŽEB V MOSTĚ – PŘÍSPĚVKOVÁ ORGANIZACE. *MSSS v Mostě – p. o., se zapojila do projektu Zavádění digitalizace při zefektivňování pečovatelských služeb na území Ústeckého kraje* [online]. *Harmonie třetího věku*. 89. vydání, červenec 2023, s. 4–5 [cit. 2025-03-16]. Dostupné z: https://msss-most.cz/harmonie/10/harmonie_89.pdf

⁹⁶ KOLLAK, Ingrid (ed.). *Safe at home with assistive technology* [online]. Springer International Publishing AG, 2017, s. 83 [cit. 2025-03-05]. Dostupné z: <https://ebookcentral.proquest.com/lib/cuni/detail.action?docID=4774810>

⁹⁷ HRABÁNKOVÁ, Kateřina. *Senioři mají zájem o AI, kurzy hlásí plno* [online]. ČT24, 16. února 2025 [cit. 2025-03-14]. <https://ct24.ceskatelevize.cz/clanek/domaci/seniori-maji-zajem-o-ai-kurzy-hlasi-plno-358098>

⁹⁸ WHO. *World Report on Ageing and Health* [online]. Geneva: WHO, 2015, s. 134 [cit. 2025-02-15]. ISBN 978-92-4-156504-2. Dostupné z: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/186463/9789240694811_eng.pdf?sequence=1

financování, protože zdravotní sektor nezajímají náklady na financování sociální péče a naopak. Svou nemalou roli zde hrají také nedostatečné komunikační schopnosti či vymezování kompetencí tak, aby se nikdo nemusel vzdát těch svých. Jako jednou z možností řešení zlepšení integrace by mohl být vznik pozice koordinačního pracovníka (praktického lékaře či zdravotní sestry)⁹⁹. O potřebě komunitního koordinátora se zmiňuje též Kalvach¹⁰⁰.

3.2 Přínosy a výzvy

Integrace dlouhodobé péče přináší řadu výhod, jako je zlepšení kvality péče, zvýšení spokojenosti pacientů a efektivnější využití zdrojů. Na druhé straně čelí výzvám, jako je potřeba vytvoření legislativního rámce, reformovat legislativu, zajistit financování a překonat všeobecnou nedůvěru vůči změnám, nejen v tradičním systému péče.

V českém kontextu by zavedení integrovaného systému péče s důrazem na koordinaci a individuální potřeby klientů mohlo přispět k lepší dostupnosti služeb a vyšší efektivitě systému, což je zásadní pro udržitelnost dlouhodobé péče v budoucnosti.

3.3 Financování dlouhodobé péče v ČR

Financování dlouhodobé péče v ČR je zajištěno kombinací veřejných a soukromých zdrojů, je tedy vícezdrojové. Klíčovými jsou však veřejné finance, jak ukazuje tabulka 3. Tento systém však čelí rostoucímu tlaku v důsledku stárnutí populace a zvyšujících se nákladů na péči. Největší část nákladů tvoří mzdové (73 %). Podíl krajů a obcí je nerovnoměrný, obce přispívají pouze 8 %¹⁰¹.

Tabulka 3 – Podíl financování sociálních služeb v roce 2018

Dotace MPSV	29 %
Přímé úhrady klientů	21 %
Příspěvek na péči	20 %
Kraje a obce	17 %
Zdravotní pojištění	5 %
Prostředky EU	2 %
Ostatní	6 %

Zdroj: Vlastní zpracování podle dokumentu Analýza financování sociálních služeb

⁹⁹ JANEČKOVÁ, Marcela a VEPRKOVÁ, Radka. *Integrace péče – reflexe stavu v ČR: Zpráva z výzkumu* [online]. Praha: Fakulta humanitních studií Univerzity Karlovy, únor 2017 [cit. 2025-03-02]. Dostupné z: <https://tarantula.ruk.cuni.cz/AKTUALITY-4286-version1-vyzkumna-zprava-integrace-pece.pdf>

¹⁰⁰ KALVACH, Zdeněk. *Medicina dlouhodobé péče*. Praha: Grada, 2025, s. 19. ISBN 978-80-271-5031-1

¹⁰¹ MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ ČR. *Analýza financování sociálních služeb* [online]. Praha: MPSV, srpen 2019, s. 2 [cit. 2025-03-09]. Dostupné z: https://www.mpsv.cz/cms/documents/90b2136b-c951-97e7-1762-a6b9d4f2ab3a/Anal%C3%BDza+financov%C3%A1n%C3%AD+soci%C3%A1ln%C3%ADch+slu%C5%BEEb_2019.pdf

3.3.1 Veřejné financování

- **Veřejné zdravotní pojištění:** Zdravotní složka dlouhodobé péče je hrazena z prostředků veřejného zdravotního pojištění. To zahrnuje služby v léčebnách dlouhodobě nemocných, domácí zdravotní péči a péči v dalších zdravotnických zařízeních¹⁰².
- **Státní rozpočet:** Sociální služby jsou financovány převážně z rozpočtu Ministerstva práce a sociálních věcí, které hradí provoz zařízení jako jsou domovy pro seniory a domovy se zvláštním režimem. Kromě toho se na financování podílejí i obce a kraje¹⁰³.
- Ze státního rozpočtu je hrazen také **Příspěvek na péči**. Tento příspěvek je poskytován osobám, které jsou závislé na pomoci jiné osoby. Může být využit k úhradě nákladů na domácí péči nebo jako součást financování pečovatelských služeb v pobytovém zařízení dlouhodobé péče¹⁰⁴. Výše příspěvku na péči se odvíjí od přiznaného stupně závislosti. I., nejnižší stupeň, charakterizuje lehkou závislost, naopak IV., nejvyšší stupeň, závislost úplnou. Posuzování stupně závislosti pro účely výše příspěvku na péči je úkolem Institutu posuzování zdravotního stavu, který je součástí České správy sociálního zabezpečení¹⁰⁵. Základem je konstatování tzv. dlouhodobě nepříznivého stavu s omezením schopnosti zvládat tyto základní životní potřeby: mobilita, orientace, komunikace, stravování, oblékání a obouvání, tělesná hygiena, výkon fyziologické potřeby, péče o zdraví, osobní aktivity, péče o domácnost (nehodnotí se u osob mladších 18 let). Lehká závislost vzniká při nezvládnutí 3-4 základních životních potřeb, úplná při nezvládnutí 9-10 základních životních potřeb¹⁰⁶. Průša¹⁰⁷ tvrdí, že členění do čtyř stupňů je nedostatečné a mělo by být zvýšeno.

Systém poskytování příspěvku na péči v závislosti na potřebě můžeme řadit do tzv. Cash-for-care (péče za peníze), kdy hlavní myšlenkou tohoto programu je poskytnutí finanční podpory těm, kteří ji potřebují, aby si následně mohli svobodně rozhodnout, zda tyto peníze využijí pro rodinné pečovatele, nebo je utratí za profesionální služby¹⁰⁸. Ačkoli je nutné tento program vnímat v celém kontextu systému dlouhodobé péče, v některých zemích, jako např. Rakousko či Německo fungoval jako podpora rodinné péče, v jiných zemích vedl k přesunu péče na levnější neformální pracovníky, jako jsou migranti¹⁰⁹. Politika Cash-for-care vede k podpoře neformální péče s důrazem na péči rodinnou, může také vést k rozhybání trhu práce v oblasti dlouhodobé péče¹¹⁰. Nevýhodou českého systému příspěvku na péči může být nenaplnění potřeb, ne vždy jsou příjemci příspěvku ochotni platit za profesionální péči, případně nemají

¹⁰² Zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů [online] [cit. 2025-03-11]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/1997-48?text=z%C3%A1kon+o+ve%C5%99ejn%C3%A9m+zdravotn%C3%ADm+poji%C5%A1t%C4%9Bn%C3%AD>

¹⁰³ MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ. *Na financování sociálních služeb dá MPSV příští rok rekordních 26,4 miliard korun, další peníze lze získat z evropských zdrojů* [online]. 20. listopadu 2023 [cit. 2025-03-16]. Dostupné z: <https://www.mpsv.cz/na-financovani-socialnich-sluzeb-da-mps-v-pristi-rok-rekordnich-26-4-miliard-koron-dalsi-penize-lze-ziskat-z-evropskych-zdroju>

¹⁰⁴ ČELEDVÁ, Libuše a ČEVELA, Rostislav. *Laskavý průvodce po sociálních dávkách*. Druhé vydání. Praha: Univerzita Karlova, nakladatelství Karolinum, 2020, s. 164-165. ISBN 978-80-246-4553-7

¹⁰⁵ www.ipzs.cz

¹⁰⁶ KALVACH, Zdeněk. *Medicína dlouhodobé péče*. Praha: Grada, 2025, s. 58-60. ISBN 978-80-271-5031-1

¹⁰⁷ PRŮŠA, Ladislav. *Dlouhodobá péče nejen v České republice*. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR, 2021, s. 65-66. ISBN 978-80-88361-09-1

¹⁰⁸ LE BIHAN, Blanche; DA ROIT, Barbara a SOPADZHIYAN, Alis. *The turn to optional familialism through the market: Long-term care, cash-for-care, and caregiving policies in Europe* [online]. *Social Policy & Administration*. 2019, roč. 53, č. 4, s. 579-595 [cit. 2025-03-05]. ISSN 0144-5596. Dostupné z: <https://doi.org/10.1111/spol.12505>

¹⁰⁹ tamtéž

¹¹⁰ DA ROIT, Barbara a LE BIHAN, Blanche. *Cash for long-term care: Policy debates, visions, and designs on the move* [online]. *Social Policy & Administration*. 2019, roč. 53, č. 4, s. 519-536 [cit. 2025-03-01]. ISSN 0144-5596. Dostupné z: <https://doi.org/10.1111/spol.12506>

možnost (nedostatečná dostupnost služeb typicky na venkově). Průša¹¹¹ je přesvědčen, že rodinná péče v českém pojetí nemusí být nutně zárukou kvality, proto navrhuje vyšší příspěvek pro osoby využívající registrované sociální služby a nižší pro příjemce čistě rodinné péče.

V současnosti (březen 2025) dle poslední novelizace zákona o sociálních službách činí výše příspěvku pro osoby starší 18 let za kalendářní měsíc u lehké závislosti (I. stupeň) 880 Kč, u středně těžké závislosti (II. stupeň) 4900 Kč, při těžké závislosti (III. stupeň) 14 800 Kč a v případě úplné závislosti (IV. stupeň) 27 000 Kč. Avšak v případě využití pobytových služeb (Domov pro osoby se zdravotním postižením, Domov pro seniory, Domov se zvláštním režimem, Chráněné bydlení a pro případ sociálních služeb poskytovaných ve zdravotnických zařízeních lůžkové péče.) činí tato částka jen 23 000 Kč¹¹². Jde o snahu a nutnost podpořit pečující rodiny a podpořit využívání terénních či komunitních služeb pro neudržitelnost rozsáhlé ústavní péče¹¹³.

Další otázkou je reálné použití příspěvku. Ačkoli od roku 2021 má Úřad práce ve své kompetenci kontrolu využívání financí u jednotlivých příjemců¹¹⁴, je otázkou, jak často a jestli vůbec k takovému šetření dochází.

O příspěvku na péči a dalších sociálních dávkách by se dalo napsat mnohé, podrobnější informace však přesahují potřeby této práce. Nejlepší popis všech dávek sociální pomoci je možné nalézt v knize Laskavý průvodce po sociálních dávkách (Libuše Čeledová, Rostislav Čevela), která problematiku dopodrobna, ale zároveň srozumitelně, vysvětluje.

3.3.2 Soukromé financování

Část nákladů na dlouhodobou péči hradí samotní uživatelé či jejich rodiny jako přímé úhrady za služby (např. ubytování a strava v pobytových institucích). Další možností soukromého financování je prostřednictvím neziskových organizací (Charita ČR, Diakonie, Armáda spásy), které kombinují dotace a příspěvky od dárců. Podíl mají také nadace a veřejné sbírky¹¹⁵.

3.3.3 Výzvy financování

Systém financování dlouhodobé péče čelí několika výzvám. Největším problémem je stárnutí populace, které vede k rostoucí poptávce po péči. Dlouhodobá neformální péče je nákladná pro rodiny, institucionální péče vyžaduje vysoké provozní náklady, které jsou navíc výrazně odlišné v rámci jednotlivých krajů¹¹⁶. Pokud nechceme do budoucna čelit snížení kvality či dostupnosti péče, je potřeba provést nějakou změnu ve financování dlouhodobé péče.

¹¹¹ PRŮŠA, Ladislav. *Ekonomická efektivita zajišťování péče o příjemce příspěvku na péči* [online]. Praha: VÚPSV, 2013, s. 30-31 [cit. 2025-03-14]. ISBN 978-80-7416-120-9. Dostupné z: https://katalog.vupsv.cz/Fulltext/vz_357.pdf

¹¹² ČESKÁ REPUBLIKA. *Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách* [online] [cit. 2025-03-12]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-108#cast3>

¹¹³ KALVACH, Zdeněk. Ke konceptu dlouhodobé péče. In: CABRNOCH, Milan. *Dlouhodobá péče v politice ODS a EKR*. Praha: CEVRO - Liberálně-konzervativní akademie, 2010, s. 41-50. ISBN 978-80-86816-28-9

¹¹⁴ DIGITÁLNÍ A INFORMAČNÍ AGENTURA. *Kontrola využívání příspěvku na péči* [online]. Portál veřejné správy [cit. 2025-03-14]. Dostupné z: <https://portal.gov.cz/sluzby-vs/kontrola-vyuzivani-prispevku-na-peci-S15577>

¹¹⁵ MALÍKOVÁ, Eva. *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*. Sestra. Praha: Grada, 2011, s.58-60. ISBN 978-80-247-3148-

¹¹⁶ PRŮŠA, Ladislav. *Dlouhodobá péče nejen v České republice*. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR, 2021, s. 225-227. ISBN 978-80-88361-09-1

Jednou z možností finanční stabilizace a udržitelnosti je zavedení pojištění dlouhodobé péče, jako je např. v Německu¹¹⁷. Toto pojištění je zde povinné a stojí nad zdravotním pojištěním jako jeho nedílná součást, takže každý člověk účastní se systému zdravotního pojištění je též automatickým účastníkem pojištění dlouhodobé péče a má tak nárok na případný příspěvek na péči, pokud je shledán potřebným v některém z pěti stupňů závislosti. Stát navíc finančně motivuje občany příspěvkem na soukromé pojištění péče. Financování služeb se odvíjí od poskytovatele, je-li zřizovatelem stát či spolkové země, čerpání jde z příslušného rozpočtu. Obce dotují své služby ze svých vlastních prostředků a nestátní poskytovatelé jsou placeni z jednotlivých příspěvků a také z přímých plateb za služby¹¹⁸.

Zajímavé je rozdělení výše příspěvku podle charakteru služby, kterou klient využívá, toto členění reflektuje nerovnoměrné náklady domácích, ambulantních a pobytových služeb. Nejdražším typem péče jsou pobytové služby, proto je i příspěvek při jejich využívání nejvyšší. Ačkoli si klient může sám a svobodně zvolit druh péče i případného poskytovatele, je klient příjemcem příspěvku jen v případě domácí, rodinné péče. V ostatních případech obdrží peníze poskytovatel služby, ať jde o pobytové zařízení či vybraný subjekt poskytující ambulantní ošetrovatelskou péči, příslušný subjekt však musí mít uzavřenou smlouvu s orgány zdravotního pojištění¹¹⁹.

Přihlédneme-li k faktu, že tento systém funguje v Německu již od roku 1995 a téměř okamžitě vedl k rozšíření ambulantních služeb i služeb stacionárních. Došlo také k nárůstu počtu osob zůstávajících v bezpečí vlastního domova a díky tomu prakticky vymizely pořadníky pro umístění do pobytových zařízení dlouhodobé péče¹²⁰.

¹¹⁷ KRÁSA, Václav; HORECKÝ, Jiří; BEZDĚK, Vladimír a POTŮČEK, Martin. *Pojištění dlouhodobé péče v ČR* [online]. Studie. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR, 2020 [cit. 2025-03-14]. ISBN 978-80-88361-07-7. Dostupné z: <https://www.apsscr.cz/files/files/Pojisteni-studie-final.pdf>

¹¹⁸ PRŮŠA, Ladislav. *Dlouhodobá péče nejen v České republice*. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR, 2021, s. 40-50. ISBN 978-80-88361-09-1

¹¹⁹ Tamtéž

¹²⁰ Tamtéž

4. Systémy dlouhodobé péče v zahraničí

Systémy dlouhodobé péče se mezi jednotlivými zeměmi výrazně liší, a to jak ve způsobu organizace, tak financování. Podíváme se na přístupy Německa, Polska, Slovenska, Rakouska, které nabízejí různé modely péče.

4.1 Dlouhodobá péče ve vybraných zemích EU

4.1.1 Německo

Německo patří demograficky k nejstarším zemím v rámci Evropské unie, do roku 2050 je předpokládán počet obyvatel starších 65 let odhadován na 28 %, což s sebou nese předpoklad vyššího množství osob potřebujících služby dlouhodobé péče¹²¹.

Financování je zajišťováno prostřednictvím povinného pojištění, které však nemůže pokrýt všechny náklady, zbytek doplňuje spoluúčast klientů (či jejich rodin) či, při splnění podmínek, musí být zbylá část doplacena formou příspěvků sociální pomoci¹²². Ačkoli příspěvky rostou, pokrytí nákladů je nedostatečné, jednou z možností změny by mohlo být sjednocení sociálního a soukromého pojištění¹²³.

Zásadní roli v poskytování péče hrají neformální pečovatelé (přibližně 64 % potřebných zůstává v rodinné péči), nejčastěji se jedná o ženy, kteří se musí účastnit povinných vzdělávacích kurzů. Jako podpora neformálních pečovatelů jsou nabízeny pečovatelský příspěvek, možnost získat důchodové pojištění či možnost respitní péče, i přes to však ochota poskytovat neformální péči klesá.¹²⁴

V zajištění pobytových služeb pro klienty je citelný nedostatek pracovní síly, dle předpokladu bude do roku 2030 chybět přibližně 186 000 pracovníků¹²⁵, protože špatné pracovní podmínky a nízké mzdy vedou k odlivu pracovní síly¹²⁶.

¹²¹ SOCIAL PROTECTION COMMITTEE, EUROPEAN COMMISSION. *2021 Long-Term Care Report Trends, challenges and opportunities in an ageing society Country profiles Volume II*. Luxembourg: Publications Office of the European Union, 2021, s. 70-72 [cit. 2025-03-12]. ISBN 978-92-76-38219-5. Dostupné z: <https://op.europa.eu/en/publication-detail/-/publication/b39728e3-cd83-11eb-ac72-01aa75ed71a1>

¹²² Tamtéž

¹²³ GERLINGER, Thomas. *ESPN Thematic Report on Challenges in Long-Term Care: Germany* [online]. EUROPEAN COMMISSION Directorate-General for Employment, Social Affairs and Inclusion Directorate C — Social Affairs 2018, s. 10-12 [cit. 2025-03-10]. Dostupné z: https://ec.europa.eu/social/main.jsp?pager.offset=20&advSearchKey=espnltc_2018&mode=advancedSubmit&catId=22&policyArea=0&policyAreaSub=0&country=0&year=0&iFrame=true

¹²⁴ Tamtéž

¹²⁵ SOCIAL PROTECTION COMMITTEE, EUROPEAN COMMISSION. *2021 Long-Term Care Report Trends, challenges and opportunities in an ageing society Country profiles Volume II*. Luxembourg: Publications Office of the European Union, 2021, s. 70 [cit. 2025-03-12]. ISBN 978-92-76-38219-5. Dostupné z: <https://op.europa.eu/en/publication-detail/-/publication/b39728e3-cd83-11eb-ac72-01aa75ed71a1>

¹²⁶ GERLINGER, Thomas. *ESPN Thematic Report on Challenges in Long-Term Care: Germany* [online]. EUROPEAN COMMISSION Directorate-General for Employment, Social Affairs and Inclusion Directorate C — Social Affairs 2018, s. 10-12 [cit. 2025-03-10]. Dostupné z: https://ec.europa.eu/social/main.jsp?pager.offset=20&advSearchKey=espnltc_2018&mode=advancedSubmit&catId=22&policyArea=0&policyAreaSub=0&country=0&year=0&iFrame=true

4.1.2 Slovensko

Slovensko se, stejně jako ostatní země Evropské unie, potýká se stárnutím svých obyvatel, předpokládaný růst podílu osob starších 65 let je odhadován na 20,9 % do roku 2030 a 29,4 % v roce 2050¹²⁷.

Financování péče stojí na zdravotně-sociálním pomezí, kdy zdravotnické služby jsou financovány ze zdravotního pojištění, sociální z obecních a regionálních rozpočtů, přímých plateb a dotací¹²⁸.

Sociální služby a zdravotní péče fungují jako dva oddělené systémy s minimální koordinací a propojením, každý s vlastní legislativou a normami. Neformální péče je řešena formou 2 příspěvků (na opatrování, na osobní asistenci, jejich souběžné poskytnutí je však vyloučeno¹²⁹), nicméně forma podpory neformálních pečovatelů není dostatečná. Na druhé straně stojí formální péče, kdy je posuzována odkázanost na sociální službu, financování tzv. sociálních služeb podmíněných odkázaností je taktéž zajišťováno z veřejných zdrojů, poskytování zdravotních služeb v těchto institucích je hodnoceno částkou 3,3euro/osoba/den. Systém znevýhodňuje poskytování terénních služeb, čímž přispívá k institucionalizaci klientů¹³⁰. Navzdory příspěvkům pravděpodobně mnoho lidí pečuje o své příbuzné bez finanční podpory, přitom Slovensko je jednou ze zemí, která velmi intenzivně spoléhá na neformální pečující, čekací listiny na pobytová zařízení v roce 2018 převyšovaly kapacity o 30 %¹³¹. Průša¹³² uvádí jako výši příspěvku pro poskytování neformální péče jednomu člověku pro pečující osobu 430,35 euro měsíčně, pokud je pečující důchodce, jde o paušální částku 215,18 eur měsíčně.

Také na Slovensku pociťují nedostatek zaměstnanců v sektoru dlouhodobé péče, pro nízké platy odchází spousta pracovníků do zahraničí, zejména do Rakouska a Německa. Dle odhadu pracuje 34 000 lidí v sektoru zdravotní a sociální péče v zahraničí¹³³.

¹²⁷ SOCIAL PROTECTION COMMITTEE, EUROPEAN COMMISSION. *2021 Long-Term Care Report Trends, challenges and opportunities in an ageing society Country profiles Volume II*. Luxembourg: Publications Office of the European Union, 2021, s. 382 [cit. 2025-03-12]. ISBN 978-92-76-38219-5. Dostupné z: <https://op.europa.eu/en/publication-detail/-/publication/b39728e3-cd83-11eb-ac72-01aa75ed71a1>

¹²⁸ Tamtéž

¹²⁹ ÚSTREDIE PRÁCE, SOCIÁLNYCH VECÍ A RODINY SLOVENSKEJ REPUBLIKY. *Poučenie vo veci peňažného príspevku na osobnú asistenciu* [online]. Bratislava: ÚPSVaR, s. 4 [cit. 2025-14-03]. Dostupné z: www.upsvr.gov.sk

¹³⁰ MINISTERSTVO PRÁCE, SOCIÁLNYCH VECÍ A RODINY SLOVENSKEJ REPUBLIKY; MINISTERSTVO ZDRAVOTNÍCTVA SLOVENSKEJ REPUBLIKY. *Stratégia dlhodobej starostlivosti v Slovenskej republike: Integrovaná sociálno-zdravotná starostlivosť* [online]. Bratislava: 2021 [cit. 2025-03-05]. Dostupné z: <https://gov.sk>

¹³¹ GERBERY, Daniel; BEDNÁRIK, Rastislav. *ESPN Thematic Report on Challenges in Long-Term Care: Slovakia* [online]. EUROPEAN COMMISSION Directorate-General for Employment, Social Affairs and Inclusion Directorate C — Social Affairs. 2018, s. 10-11 [cit. 2025-03-10]. Dostupné z https://ec.europa.eu/social/main.jsp?pager.offset=20&advSearchKey=espnltc_2018&mode=advancedSubmit&catId=22&policyArea=0&policyAreaSub=0&country=0&year=0&iframe=true

¹³² PRŮŠA, Ladislav. *Dlouhodobá péče nejen v České republice*. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR, 2021, 79-80. ISBN 978-80-88361-09-1

¹³³ GERBERY, Daniel; BEDNÁRIK, Rastislav. *ESPN Thematic Report on Challenges in Long-Term Care: Slovakia* [online]. EUROPEAN COMMISSION Directorate-General for Employment, Social Affairs and Inclusion Directorate C — Social Affairs. 2018, s. 12-13 [cit. 2025-03-10]. Dostupné z https://ec.europa.eu/social/main.jsp?pager.offset=20&advSearchKey=espnltc_2018&mode=advancedSubmit&catId=22&policyArea=0&policyAreaSub=0&country=0&year=0&iframe=true

4.1.3 Rakousko

Ani Rakousku se nevyhýbá stárnutí populace, v roce 2019 činil podíl osob nad 65 let věku 18,8 %, předpokládaný vývoj je 22,8 % do roku 2030 a následně 27,2 % v roce 2050, což je jen o něco nižší číslo, než např. v Německu. Nejmladší populaci má a i nadále by měla mít Vídeň, naopak nejstarší věková struktura obyvatel je předpokládána v Korutanech a Burgenlandu. Tento nárůst s sebou nese i vyšší počet osob závislých na dlouhodobé péči. Z 781 200 v roce 2019 přes 870 900 v roce 2030 až po 1,03 milionu v 2050¹³⁴.

Rakouský systém je specifický vzhledem k organizačnímu členění státu na spolkové země, kdy jsou služby primárně poskytovány skrze veřejné či soukromé subjekty a jsou řešeny na spolkové úrovni a celý systém je 100 % financován z daní¹³⁵. Péče je organizována na úrovni spolkových zemí a obcí, podíl mají též neziskové či náboženské organizace. Z federálního rozpočtu je hrazena forma příspěvku na péči, která je rozčleněna do sedmi úrovní.¹³⁶

Do velké míry (74 %) spoléhá systém na rodinné pečující, případně je zde od roku 2007 zavedena možnost 24hodinové péče, kterou poskytují převážně migrující pečovatelé ze Slovenska či Rumunska¹³⁷.

Největší potíže jsou způsobeny rozdílností mezi jednotlivé spolkové země, existuje zde značná variabilita v oblasti dostupnosti péče, kvality služeb (neexistuje jednotný systém hodnocení kvality, pracovníci často čelí vysokému zatížení při nedostatku odborného personálu a nedostatečnému finančnímu ohodnocení) či finanční spoluúčasti. V rámci finanční udržitelnosti navíc roste podíl soukromého financování¹³⁸.

¹³⁴ SOCIAL PROTECTION COMMITTEE, EUROPEAN COMMISSION. *2021 Long-Term Care Report* Trends, challenges and opportunities in an ageing society Country profiles Volume II. Luxembourg: Publications Office of the European Union, 2021, s. 302-303 [cit. 2025-03-12]. ISBN 978-92-76-38219-5. Dostupné z: <https://op.europa.eu/en/publication-detail/-/publication/b39728e3-cd83-11eb-ac72-01aa75ed71a1>

¹³⁵ FINK, Marcel; VALKOVA, Katarina. *ESPN Thematic Report on Challenges in Long-Term Care: Austria* [online]. EUROPEAN COMMISSION Directorate-General for Employment, Social Affairs and Inclusion Directorate C — Social Affairs. 2018, s. 7 [cit. 2025-03-10]. Dostupné z https://ec.europa.eu/social/main.jsp?pager.offset=20&advSearchKey=espnltc_2018&mode=advancedSubmit&catId=22&policyArea=0&policyAreaSub=0&country=0&year=0&iframe=true

¹³⁶ PRŮŠA, Ladislav. *Dlouhodobá péče nejen v České republice*. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR, 2021, s. 56-57. ISBN 978-80-88361-09-1

¹³⁷ FINK, Marcel; VALKOVA, Katarina. *ESPN Thematic Report on Challenges in Long-Term Care: Austria* [online]. EUROPEAN COMMISSION Directorate-General for Employment, Social Affairs and Inclusion Directorate C — Social Affairs. 2018, s. 8 [cit. 2025-03-10]. Dostupné z https://ec.europa.eu/social/main.jsp?pager.offset=20&advSearchKey=espnltc_2018&mode=advancedSubmit&catId=22&policyArea=0&policyAreaSub=0&country=0&year=0&iframe=true

¹³⁸ FINK, Marcel; VALKOVA, Katarina. *ESPN Thematic Report on Challenges in Long-Term Care: Austria* [online]. EUROPEAN COMMISSION Directorate-General for Employment, Social Affairs and Inclusion Directorate C — Social Affairs. 2018, s. 9-12 [cit. 2025-03-10]. Dostupné z https://ec.europa.eu/social/main.jsp?pager.offset=20&advSearchKey=espnltc_2018&mode=advancedSubmit&catId=22&policyArea=0&policyAreaSub=0&country=0&year=0&iframe=true

4.1.4 Polsko

Demografická situace Polska není výrazně odlišná od ostatních zemí, v roce 2018 činil podíl osob nad 65 let věku 17,7 % s předpokladem růstu na 22,7 % v roce 2030 a 30,1 % v roce 2050, jde tedy o jediný sousední stát České republiky, kde je předpokládán odhad pro rok 2050 vyšší, než 30 %¹³⁹.

V rámci konceptu „**rodinné subsidiarity**“ stát očekává, že péči o starší občany primárně zajistí jejich rodiny¹⁴⁰, přitom výdaje na dlouhodobou péči jsou dlouhodobě nízké (0,8 % HDP v roce 2018)¹⁴¹, z čehož můžeme odvozovat nedostatečnou finanční kompenzaci neformálním rodinným pečujícím navzdory faktu, že pro poskytování dlouhodobé péče hrají klíčovou roli¹⁴². Omezenou podporu rodinných pečujících zmiňuje též Safuta¹⁴³. Analýza systému dlouhodobé péče v Polsku přitom uvádí, že neformální péče poskytovaná rodinnými příslušníky činí 70-90 %¹⁴⁴.

Pobytová péče, kterou v roce 2019 využívalo 2,7 % obyvatel nad 65 let¹⁴⁵, má průměrné náklady hrazeny klientem, nejvýše do 70 % jeho příjmů, při vyšších nákladech je zde povinná spoluúčast rodiny, pokud to není možné, platí chybějící část obec¹⁴⁶. V Polsku poskytují sociální péči také církevní a náboženské organizace, které čerpají finance z darů, také nevládní neziskové organizace, které kromě darů využívají dotace, finanční spoluúčast klienta není povinná¹⁴⁷.

Občan starší 75 let má nárok na příspěvek na lékařskou péči, který je vyplácený bez ohledu na příjem rodiny pro osoby bez nároku na příspěvek na péči¹⁴⁸.

V Polsku proběhly během let 2005-2019 neúspěšné snahy o reformu dlouhodobé péče, žádná podstatná reforma neproběhla posledních 30 let. Polsko se přitom potýká nejen se stárnutím populace, ale též s velkou emigrací obyvatel. První návrh reformy, dokončený v roce 2007, navrhoval zavedení sociálního pojištění podobně, jako v Německu. Druhý návrh byl představen v roce 2015 zahrnoval vytvoření poukazů na péči s cílem podpořit rozvoj trhu

¹³⁹ SOCIAL PROTECTION COMMITTEE, EUROPEAN COMMISSION. *2021 Long-Term Care Report Trends, challenges and opportunities in an ageing society Country profiles Volume II*. Luxembourg: Publications Office of the European Union, 2021, s. 320 [cit. 2025-03-12]. ISBN 978-92-76-38219-5. Dostupné z: <https://op.europa.eu/en/publication-detail/-/publication/b39728e3-cd83-11eb-ac72-01aa75ed71a1>

¹⁴⁰ ŁUCZAK, Paweł. *How do pension and healthcare systems frame long-term care policy? Comparison of the Czech Republic and Poland* [online]. *Social Policy & Administration*. 2018, roč. 52, č. 7, s. 1396-1409, . [cit. 2025-03-14]. ISSN 0144-5596. Dostupné z: <https://doi.org/10.1111/spol.12399>

¹⁴¹ SOCIAL PROTECTION COMMITTEE, EUROPEAN COMMISSION. *2021 Long-Term Care Report Trends, challenges and opportunities in an ageing society Country profiles Volume II*. Luxembourg: Publications Office of the European Union, 2021, s. 321 [cit. 2025-03-12]. ISBN 978-92-76-38219-5. Dostupné z: <https://op.europa.eu/en/publication-detail/-/publication/b39728e3-cd83-11eb-ac72-01aa75ed71a1>

¹⁴² Tamtéž

¹⁴³ SAFUTA, Anna. *When policy entrepreneurs fail: Explaining the failure of long-term care reforms in Poland* [online]. *Social Policy & Administration*. 2021, roč. 55, č. 6, s. 1098-1111 [cit. 2025-03-14]. ISSN 0144-5596. Dostupné z: <https://doi.org/10.1111/spol.12714>

¹⁴⁴ SOWA-KOFTA, Agnieszka. *ESPN Thematic Report on Challenges in Long-Term Care: Poland* [online]. EUROPEAN COMMISSION Directorate-General for Employment, Social Affairs and Inclusion Directorate C — Social Affairs. 2018, s. 5 [cit. 2025-03-10]. Dostupné z: https://ec.europa.eu/social/main.jsp?pager.offset=20&advSearchKey=espnlc_2018&mode=advancedSubmit&catId=22&policyArea=0&policyAreaSub=0&country=0&year=0&iframe=true

¹⁴⁵ SOCIAL PROTECTION COMMITTEE, EUROPEAN COMMISSION. *2021 Long-Term Care Report Trends, challenges and opportunities in an ageing society Country profiles Volume II*. Luxembourg: Publications Office of the European Union, 2021, s. 320 [cit. 2025-03-12]. ISBN 978-92-76-38219-5. Dostupné z: <https://op.europa.eu/en/publication-detail/-/publication/b39728e3-cd83-11eb-ac72-01aa75ed71a1>

¹⁴⁶ PRŮŠA, Ladislav. *Dlouhodobá péče nejen v České republice*. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR, 2021, s. 83-90. ISBN 978-80-88361-09-1

¹⁴⁷ Tamtéž

¹⁴⁸ EVROPSKÁ KOMISE. *Vaše práva v oblasti sociálního zabezpečení v Polsku* [online]. Generální ředitelství pro zaměstnanost, sociální věci a sociální začlenění, červenec 2012 [cit. 2025-03-01]. Dostupné z: https://ec.europa.eu/employment_social/empl_portal/SSRinEU/Your%20social%20security%20rights%20in%20Poland_cs.pdf

práce, především v oblasti služeb domácí péče. Neúspěch reforem byl usnadněn nedostatkem spolupráce mezi nejsilnějšími politickými stranami – PiS (Právo a spravedlnost) a PO (Občanská platforma)¹⁴⁹.

Hlavními problémy Polska tak zůstává nedostatečné financování, nerovnoměrná dostupnost služeb v závislosti na regionech, silná závislost na neformální péči při špatné podpoře pečujících, nedostatek pracovníků, kteří jsou odrazováni špatnými pracovními podmínkami a nízkým platovým ohodnocením (v roce 2016 bylo v Polsku 0,5 pracovníka dlouhodobé péče na 100 starších osob)¹⁵⁰. Chybí též kvalitní koordinace zdravotní a sociální péče¹⁵¹.

4.1.5 Shrnutí

- **Německo:** Dlouhodobá péče v Německu je financována prostřednictvím povinného pojištění na dlouhodobou péči, které je navázáno na zdravotní pojištění. Tímto způsobem je zajištěna udržitelná kombinace domácí a institucionální péče.
- **Polsko:** V Polsku je péče decentralizovaná a částečně závislá na místních a regionálních orgánech. Vzhledem k omezeným finančním zdrojům hraje větší roli rodinná péče a komunitní služby.
- **Slovensko:** Slovenský systém kombinuje veřejné a soukromé financování, přičemž hlavní důraz je kladen na domácí péči. Rodiny zde hrají významnou roli a poskytují většinu péče.
- **Rakousko:** Rakousko má **sociální pojištění** pro dlouhodobou péči, kde stát poskytuje příspěvky rodinám, které se starají o své blízké doma. Díky tomu je domácí péče velmi rozšířená.

4.2 Srovnání různých modelů péče

Různé země přistupují k dlouhodobé péči rozdílně. Některé preferují institucionální péči, jiné kladou větší důraz na komunitní a domácí péči.

Institucionální péče: V Německu a Rakousku je institucionální péče výrazně zastoupena, což zahrnuje domovy pro seniory a léčebny dlouhodobě nemocných.

Komunitní a rodinná péče: V Polsku a Slovensku se více spoléhá na komunitní služby, kde jsou rodiny a místní komunity zapojeny do péče.

4.3 Financování a pojišťovací modely v zahraničí

Financování dlouhodobé péče se v jednotlivých zemích liší, a to jak v oblasti veřejného, tak soukromého sektoru. Německo a Rakousko mají dobře zavedené systémy sociálního pojištění, které pokrývají náklady na dlouhodobou péči. V Polsku a na Slovensku je financování méně stabilní, což vede k omezenému přístupu k institucionální péči.

¹⁴⁹ SAFUTA, Anna. *When policy entrepreneurs fail: Explaining the failure of long-term care reforms in Poland* [online]. *Social Policy & Administration*. 2021, roč. 55, č. 6, s. 1098-1111 [cit. 2025-03-14]. ISSN 0144-5596. Dostupné z: <https://doi.org/10.1111/spol.12714>

¹⁵⁰ SOCIAL PROTECTION COMMITTEE, EUROPEAN COMMISSION. *2021 Long-Term Care Report Trends, challenges and opportunities in an ageing society Country profiles Volume II*. Luxembourg: Publications Office of the European Union, 2021, s. 320-321 [cit. 2025-03-12]. ISBN 978-92-76-38219-5. Dostupné z: <https://op.europa.eu/en/publication-detail/-/publication/b39728e3-cd83-11eb-ac72-01aa75ed71a1>

¹⁵¹ SOCIAL PROTECTION COMMITTEE, EUROPEAN COMMISSION. *2021 Long-Term Care Report Trends, challenges and opportunities in an ageing society Country profiles Volume II*. Luxembourg: Publications Office of the European Union, 2021, s. 334 [cit. 2025-03-12]. ISBN 978-92-76-38219-5. Dostupné z: <https://op.europa.eu/en/publication-detail/-/publication/b39728e3-cd83-11eb-ac72-01aa75ed71a1>

4.4 Vliv kulturních a socioekonomických rozdílů

Kulturní a ekonomické faktory hrají klíčovou roli v tom, jak jsou systémy dlouhodobé péče strukturovány. Například v Německu a Rakousku, kde je silný sociální stát, jsou služby dlouhodobé péče více institucionalizovány. Naproti tomu v Polsku a Slovensku je větší důraz na rodinnou a komunitní péči, což odráží socioekonomické rozdíly a kulturní hodnoty těchto zemí. Stárnutí populace a zvyšující se náklady na péči zároveň vytvářejí tlak na zlepšení financování a inovace v poskytování péče.

4.5 Detailní analýza konkrétních reforem a jejich výsledků

V oblasti dlouhodobé péče se v průběhu let různé země pokusily implementovat reformy, které měly zlepšit kvalitu služeb, snížit náklady a přizpůsobit se demografickým změnám. Tato kapitola se zaměřuje na detailní analýzu reforem v Německu, Rakousku a Nizozemsku a hodnotí jejich výsledky.

- **Německo**

V Německu byla zásadní reforma dlouhodobé péče přijata v roce 1995 zavedením povinného pojištění pro dlouhodobou péči pro osoby neúčastníci se z vlastního rozhodnutí veřejného zdravotního pojištění je povinné soukromé pojištění dlouhodobé péče, které čítá asi 9 % populace¹⁵². Dobrovolné pojištění pak pokrývá náklady, které nejsou hrazeny z veřejného systému, v roce 2009 mělo tento typ pojištění přibližně 1,6 milionu lidí¹⁵³. Celý tento systém funguje jako doplněk zdravotního pojištění a řídí se principem průběžného financování, dávky jsou poskytovány dle potřeby¹⁵⁴. Výsledkem reformy je stabilnější systém financování, avšak stále čelí výzvám spojeným s růstem nákladů.

- **Rakousko**

Rakouská reforma dlouhodobé péče klade důraz na podporu domácí péče prostřednictvím příspěvků pro rodiny. Tento systém je datován od roku 1993 zavedením zákona o příspěvku na péči. Rodinným příslušníkům je umožněno poskytovat péči doma, přičemž stát nabízí finanční podporu podle závažnosti zdravotního stavu pacienta, příspěvek je členěn do 7 stupňů dle potřeby péče¹⁵⁵. Reformy se osvědčily ve snižování nákladů na institucionální péči a podpořily rodinné pečovatele, což vedlo ke zvýšení spokojenosti mezi pacienty i pečujícími. Na druhé straně systém klade vysoké nároky na rodiny¹⁵⁶.

¹⁵² COLOMBO, Francesca. *Help wanted?: providing and paying for long-term care*. OECD health policy studies [online]. Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development, 2011, s. 249 [cit. 2025-01-08]. ISBN 978-92-64-09758-2. Dostupné z: <http://dx.doi.org/10.1787/9789264097759-en>

¹⁵³ Tamtéž

¹⁵⁴ PRŮŠA, Ladislav. *Dlouhodobá péče nejen v České republice*. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR, 2021, s. 43-45. ISBN 978-80-88361-09-1

¹⁵⁵ VÝZKUMNÝ ÚSTAV PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ, V.V.I. *Analýza zahraniční posudkové praxe: Rakousko* [online]. Praha: VÚPSV, 2016 [cit. 2025-03-10]. Projekt TB05MPSV007 – Multidisciplinárta v posuzování nároku na příspěvek na péči. Dostupné z <https://katalog.vupsv.cz/fulltext/DS7.pdf>

¹⁵⁶ SOCIAL PROTECTION COMMITTEE, EUROPEAN COMMISSION. *2021 Long-Term Care Report Trends, challenges and opportunities in an ageing society Country profiles Volume II*. Luxembourg: Publications Office of the European Union, 2021, s. 314-316 [cit. 2025-03-12]. ISBN 978-92-76-38219-5. Dostupné z: <https://op.europa.eu/en/publication-detail/-/publication/b39728e3-cd83-11eb-ac72-01aa75ed71a1>

- **Nizozemsko**

V Nizozemsku byla přijata rozsáhlá reforma dlouhodobé péče v roce 2015, která změnila způsob financování a poskytování služeb, hlavním cílem reformy bylo zvýšení efektivity, snížení nákladů a decentralizaci služeb. Cílem bylo přesunout odpovědnost za dlouhodobou péči z centrální vlády na lokální úrovně, což mělo umožnit lepší přizpůsobení služeb potřebám komunity. Reforma přinesla smíšené výsledky – zatímco decentralizace poskytla místním úřadům více kontroly, zároveň vyvolala nerovnosti v kvalitě a dostupnosti péče mezi různými regiony. Kvůli omezení financování došlo k přetížení služeb domácí péče, neboť obce nebyly schopny zajistit tyto služby v požadovaném objemu. Vyšší tlak na neformální péči vedl k rostoucí zátěži rodinných pečovatелů, obce nabízely respitní péči, která opět nebyla dostatečná¹⁵⁷. Nizozemí je jednou ze zemí, která pro zajištění dlouhodobé péče začala využívat migrantskou pečovatelskou práci (LIMC – Live-in migrant care) v reakci na stárnutí populace a zvýšenou zaměstnanost žen vedoucí ke snížení schopnosti poskytování neformální péče¹⁵⁸. Autorky zabývající se touto problematikou poukazují na fakt, že migranti jsou ochotni snášet dlouhou pracovní dobu i obtížné podmínky, díky čemuž jsou schopni poskytnout relativně levné služby (v kontextu délky a náročnosti práce). Ačkoli se jedná jen o malý trh a jeho vývoj bude záviset na změnách v oblasti dlouhodobé péče a migrace, může se stát, že při dalších omezeních ve financování veřejných služeb začne tyto služby využívat více lidí¹⁵⁹.

4.5.1 Úspěchy a neúspěchy implementovaných modelů

Úspěchy a neúspěchy různých modelů dlouhodobé péče ukazují na důležitost přizpůsobení reformních kroků specifickým podmínkám každé země.

Úspěchy:

- **Německo:** Povinné pojištění na dlouhodobou péči pomohlo vytvořit stabilní systém, který nabízí flexibilitu a podporuje domácí péči. Reforma zajišťuje, že péče je dostupná bez ohledu na příjem pacientů, což zvyšuje spokojenost rodin i klientů¹⁶⁰.
- **Rakousko:** Systém finančních příspěvků pro rodinnou péči posílil možnost domácí péče a snižuje náklady na instituce, institucionální péče je považována za poslední možnost, vzhledem k nákladům. Zajišťuje také možnost setrvání pacientů v domácím prostředí, což vede ke zvýšení kvality života a snižuje tlak na institucionální kapacity¹⁶¹.

¹⁵⁷ KELDERS, Ymke; DE VAAN, Katrien. *ESPN Thematic Report on Challenges in Long-Term Care: Netherlands* [online]. EUROPEAN COMMISSION Directorate-General for Employment, Social Affairs and Inclusion Directorate C — Social Affairs. 2018, s. 8-12 [cit. 2025-03-10]. Dostupné z

https://ec.europa.eu/social/main.jsp?pager.offset=20&advSearchKey=espnltc_2018&mode=advancedSubmit&catId=22&policyArea=0&policyAreaSub=0&country=0&year=0&iFrame=true

¹⁵⁸ DA ROIT, Barbara a VAN BOCHOVE, Marianne. *Migrant Care Work Going Dutch? The Emergence of a Live-in Migrant Care Market and the Restructuring of the Dutch Long-term Care System* [online]. *Social Policy & Administration*. 2017, roč. 51, č. 1, s. 76-94 [cit. 2025-03-14]. ISSN 0144-5596. Dostupné z: <https://doi.org/10.1111/spol.12174>

¹⁵⁹ Tamtéž

¹⁶⁰ COLOMBO, Francesca. *Help wanted?: providing and paying for long-term care*. OECD health policy studies [online]. Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development, 2011, s. 220-221 [cit. 2025-01-08]. ISBN 978-92-64-09758-2. Dostupné z: <http://dx.doi.org/10.1787/9789264097759-en>

¹⁶¹ SOCIAL PROTECTION COMMITTEE, EUROPEAN COMMISSION. *2021 Long-Term Care Report Trends, challenges and opportunities in an ageing society Country profiles Volume II*. Luxembourg: Publications Office of the European Union, 2021, s. 314-316 [cit. 2025-03-12]. ISBN 978-92-76-38219-5. Dostupné z: <https://op.europa.eu/en/publication-detail/-/publication/b39728e3-cd83-11eb-ac72-01aa75ed71a1>

- **Nizozemsko:** Reforma zaměřená na decentralizaci služeb zlepšila kontrolu nad místními zdroji a umožnila přizpůsobit služby specifickým potřebám regionů, čímž se zvýšila efektivita systému¹⁶².

Neúspěchy:

- **Německo:** Navzdory stabilnímu financování reforma nepředchází problémům spojeným s rostoucími náklady. Systém se potýká s nedostatkem pracovníků a zvyšujícími se náklady na institucionální péči, což v budoucnu může ohrozit jeho udržitelnost¹⁶³.
- **Rakousko:** I přes úspěšný model finanční podpory rodinné péče systém klade velké nároky na rodiny. Dlouhodobá udržitelnost je otázkou vzhledem k demografickým změnám a stárnutí populace, které zvyšují počet lidí závislých na této péči¹⁶⁴.
- **Nizozemsko:** Decentralizace vedla k nerovnostem v dostupnosti péče, kdy některé regiony mají lepší financování a kvalitnější služby, než jiné. Tento rozdíl ovlivňuje kvalitu života klientů a přístup k péči, což představuje zásadní výzvu pro zajištění rovnosti v poskytování služeb¹⁶⁵.

¹⁶² KELDERS, Ymke; DE VAAN, Katrien. *ESPN Thematic Report on Challenges in Long-Term Care: Netherlands* [online]. EUROPEAN COMMISSION Directorate-General for Employment, Social Affairs and Inclusion Directorate C — Social Affairs. 2018, s. 12 [cit. 2025-03-10]. Dostupné z

https://ec.europa.eu/social/main.jsp?pager.offset=20&advSearchKey=espnltc_2018&mode=advancedSubmit&catId=22&policyArea=0&policyAreaSub=0&country=0&year=0&iframe=true

¹⁶³ COLOMBO, Francesca. *Help wanted?: providing and paying for long-term care*. OECD health policy studies [online]. Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development, 2011, s. 278-280 [cit. 2025-01-08]. ISBN 978-92-64-09758-2. Dostupné z: <http://dx.doi.org/10.1787/9789264097759-en>

¹⁶⁴ SOCIAL PROTECTION COMMITTEE, EUROPEAN COMMISSION. *2021 Long-Term Care Report Trends, challenges and opportunities in an ageing society Country profiles Volume II*. Luxembourg: Publications Office of the European Union, 2021, s. 302-316 [cit. 2025-03-12]. ISBN 978-92-76-38219-5. Dostupné z: <https://op.europa.eu/en/publication-detail/-/publication/b39728e3-cd83-11eb-ac72-01aa75ed71a1>

¹⁶⁵ KELDERS, Ymke; DE VAAN, Katrien. *ESPN Thematic Report on Challenges in Long-Term Care: Netherlands* [online]. EUROPEAN COMMISSION Directorate-General for Employment, Social Affairs and Inclusion Directorate C — Social Affairs. 2018, s. 9-10 [cit. 2025-03-10]. Dostupné z: https://ec.europa.eu/social/main.jsp?pager.offset=20&advSearchKey=espnltc_2018&mode=advancedSubmit&catId=22&policyArea=0&policyAreaSub=0&country=0&year=0&iframe=true

5. Paliativní péče

5.1 Paliativní péče jako součást dlouhodobé péče

Paliativní péče je klíčovým prvkem dlouhodobé péče, který se zaměřuje na zlepšení kvality života pacientů a jejich rodin, kteří čelí život ohrožujícím onemocněním. Cílem je nejen zmírnit utrpení prostřednictvím léčby bolesti a dalších symptomů, ale také poskytovat psychosociální a spirituální podporu¹⁶⁶. Jak uvádí na svých webových stránkách Česká společnost paliativní medicíny,

„Každý občan ČR má mít možnost využívat erudovaného paliativního přístupu dle svého zdravotního stavu a místa poskytování péče s konečným cílem zlepšení celkové kvality a komfortu života.“¹⁶⁷

Dle WHO je paliativní péče definována jako přístup zlepšující kvalitu života pacientů a jejich rodin, paliativní péče by měla předcházet utrpení či jej zmírňovat. Jde o komplexní problematiku, tato péče je potřebná nejen v závěrečné fázi života, ale též u chronických onemocnění, měla by být poskytována na všech úrovních zdravotní péče a nemá být omezena pro žádné specifické prostředí. Kvalitní péče musí být efektivní, bezpečná a dostupná i v krátkém časovém horizontu. Každoročně potřebuje paliativní péči více než 56,8 milionů lidí, do roku 2060 je předpokládán zdvojnásobení počtu potřebných¹⁶⁸.

Radbruch¹⁶⁹ uvádí jako důležité **plánování** péče, kdy má klient možnost zohlednit svá přání při vytváření plánu péče, neboť s postupující nemocí dochází u některých ke zhoršení kognitivních schopností, takže následně nejsou schopni své přání komunikovat.

Přístup k péči má být dostupný všem bez rozdílu, pouze na základě potřeby, a tuto rovnost by měly zaručovat všechny evropské země.

Nezbytnou součástí paliativní péče musí být její návaznost, aby nedocházelo k chybám a k zbytečnému utrpení klienta.

5.2 Paliativní péče v ČR

Historicky byla paliativní péče v České republice dlouho přehlížena, přičemž většina péče o nemocné v terminální fázi byla poskytována v nemocnicích, často bez specializovaného přístupu. Až v posledních dvou desetiletích se začaly rozvíjet specializované hospice a paliativní oddělení v nemocnicích. Až do počátku 21. století nebyla paliativní péče v České republice klasifikována jako samostatný medicínský obor, Česká společnost paliativní

¹⁶⁶ WHO. *Quality Health Services and Palliative Care: Practical Approaches and Resources to Support Policy, Strategy and Practice* [online]. Geneva: WHO, 2021, s. 9 [cit. 2025-03-09]. ISBN 978-92-4-003516-4. Dostupné z: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240011632>

¹⁶⁷ ČESKÁ SPOLEČNOST PALIATIVNÍ MEDICÍNY. *Co chceme* [online]. [cit. 2025-03-01]. Dostupné z: <https://www.paliativnimedicina.cz/co-chceme>

¹⁶⁸ WHO. *Quality Health Services and Palliative Care: Practical Approaches and Resources to Support Policy, Strategy and Practice* [online]. Geneva: WHO, 2021, s. 3-10 [cit. 2025-03-09]. ISBN 978-92-4-003516-4. Dostupné z: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240011632>

¹⁶⁹ RADBRUCH, Lukas a PAYNE, Sheila. *Standardy a normy hospicové a paliativní péče v Evropě: doporučení Evropské asociace pro paliativní péči* [online]. [Praha]: Cesta domů, 2010, s. 39-47 [cit. 2025-03-05]. ISBN 978-80-904516-1-2. Dostupné z: <https://www.cestadomu.cz/publikace/standardy-a-normy-hospicove-a-paliativni-pece-v-evrope>

medicíny vznikla až v roce 2009 a specializační samostatné vzdělávání v oboru Paliativní medicína bylo prosazeno až v roce 2011¹⁷⁰.

Podle údajů Ministerstva zdravotnictví ČR je v současné době v provozu několik desítek hospiců, které poskytují péči pacientům na konci života. V roce 2018 fungovalo v České republice 23 hospiců¹⁷¹.

Mnohé z nich jsou provozovány neziskovými organizacemi, jako je např. Charita¹⁷² či Diakonie¹⁷³, které spoléhají na finanční podporu od státu, obcí a soukromých dárců. Značný podíl paliativní péče je rovněž poskytován formou domácí hospicové péče, která umožňuje svým klientům strávit poslední fáze života ve známém domácím prostředí¹⁷⁴.

5.2.1 Nedostatečná infrastruktura a personální kapacity

Jedním z hlavních problémů paliativní péče v ČR je nedostatek kapacit, který způsobuje, že mnoho pacientů nemá přístup ke specializované paliativní péči v závislosti na regionu. Ačkoli se v letech 2010–2022 počet hospicových lůžek téměř zdvojnásobil (na počet 544), stále jsou kapacity nedostačující¹⁷⁵. V porovnání specializovaných zařízení paliativní péče má Česká republika 0,6 na 100 000 obyvatel, Rakousko 2,2, Slovensko 0,4, Polsko 1,5 a Německo 1,1¹⁷⁶.

Totéž platí pro domácí hospicovou péči, kdy podle dat z Atlasu paliativní péče v Evropě 2019 měla Česká republika pouze 0,33 zařízení na 100 000 obyvatel¹⁷⁷. V Německu je tento počet 0,34, v Rakousku dokonce 0,76 a v Polsku 1,06¹⁷⁸. Huť než Česká republika je na tom Slovensko s počtem 0,07 na 100 000 obyvatel¹⁷⁹.

Dalším problémem je nedostatek kvalifikovaného personálu. V České republice stále chybí dostatečný počet lékařů a zdravotních sester specializovaných na paliativní medicínu. Vzdělávací programy v této oblasti jsou stále nedostatečné, což brání rozvoji této specializace, nicméně i zde dochází k pokroku, kdy v akademickém roce 2025/2026 nabídne Fakulta humanitních studií Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně navazující magisterský studijní program – Domácí péče a hospicová péče, který je určený pro všeobecné sestry a přijme do prvního ročníku celkem 30 studentů¹⁸⁰. Pro lékaře je možnost specializačního vzdělávání v nadstavbovém oboru paliativní medicína, atestační kurzy jsou pořádány v rámci Institutu postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví. Určitou nevýhodou zde může být fakt, že pro

¹⁷⁰ KABELKA, Ladislav. *Jak vznikala specializovaná paliativní péče v České republice* [online]. Paliativní medicína, 2020 [cit. 2025-03-05]. Dostupné z: <https://trebic.charita.cz/res/archive/020/002542.pdf?seek=1626075959>

¹⁷¹ ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIKY ČESKÉ REPUBLIKY. *Zdraví 2030: analytická studie – kvalita a výkon zdravotních služeb* [online]. Praha: ÚZIS ČR [cit. 2025-03-16]. Dostupné z: <https://zdravi2030.mzcr.cz/zdravi-2030-analyticka-studie-kvalita-a-vykon-zdrav-sluzeb.pdf>

¹⁷² <https://www.hospickopecek.charita.cz/>

¹⁷³ <https://valmez.diakonie.cz/sluzba-oj/hospic-citadela/>

¹⁷⁴ DIECÉZNÍ CHARITA BRNO. *Jak funguje domácí hospicová péče* [online]. Brno: Diecézní charita Brno, [cit. 2025-03-16]. Dostupné z: <https://dchb.charita.cz/co-delame/pece-o-nevylecitelne-nemocne/jak-funguje-domaci-hospicova-pece/>

¹⁷⁵ PŘECECHTĚL, Šimon; HLUŠTÍKOVÁ, Karolína. *Dostupnost lůžkové a hospicové péče* [online]. Iniciativa pro efektivní zdravotnictví, 13. února 2025 [cit. 2025-03-14]. Dostupné z: <https://www.efektivnizdravotnictvi.cz/post/dostupnost-luzkove-a-hospicove-pece>

¹⁷⁶ ARIAS, Natalia; GARRALDA, Eduardo; RHEE, John Y.; et al. *EAPC Atlas of Palliative Care in Europe 2019* [online]. Vilvoorde: EAPC Press, 2019, s. 47 [cit. 2025-03-12]. ISBN 978-94-6388-344-3. Dostupné z: <http://hdl.handle.net/10171/56787>

¹⁷⁷ Tamtéž

¹⁷⁸ ARIAS, Natalia; GARRALDA, Eduardo; RHEE, John Y.; et al. *EAPC Atlas of Palliative Care in Europe 2019* [online]. Vilvoorde: EAPC Press, 2019, s. 46–47 [cit. 2025-03-12]. ISBN 978-94-6388-344-3. Dostupné z: <http://hdl.handle.net/10171/56787>

¹⁷⁹ Tamtéž

¹⁸⁰ UNIVERZITA TOMÁŠE BATI VE ZLÍNĚ. *Domácí a hospicová péče. Zlínská univerzita otevře nový program* [online]. Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně 24. října 2024 [cit. 2025-03-14]. Dostupné z: <https://www.utb.cz/aktuality-akce/domaci-a-hospicova-pece-zlinska-univerzita-otevre-novy-program/>

zařazení do tohoto nadstavbového oboru musí lékař nejprve získat specializovanou způsobilost¹⁸¹.

5.2.2 Možnosti zlepšení

- **Investice do výstavby hospiců a specializovaných oddělení** Podpora výstavby nových hospicových center v regionech s nízkou dostupností služeb. Posílení specializovaných paliativních oddělení v nemocnicích, zejména v krajských a okresních nemocnicích.
- **Posílení mobilních paliativních týmů** Rozšíření terénních služeb, které umožní pacientům zůstat co nejdéle v domácím prostředí – v ČR existuje kampaň „Dožít doma“¹⁸², která na svých webových stránkách nabízí interaktivní mapu mobilních hospiců zapojených do této kampaně. Dle jejich sdělení funguje služba jednotlivých mobilních hospiců v okruhu cca 30km od místa svého působení, což může být pro některé klienty problém, neboť na mapě je vidět nerovnoměrné rozložení v rámci ČR, kdy např. v celém Ústeckém kraji je zapojen pouze 1 hospic a to Hospic sv. Štěpána Litoměřice. Nezbytné je také vytvoření jasných standardů pro spolupráci mobilních týmů s nemocnicemi a praktickými lékaři.
- **Podpora paliativní péče v domovech pro seniory a LDN** Zvýšení dostupnosti paliativní péče v domovech pro seniory a léčebnách dlouhodobě nemocných, kde je vysoký počet klientů v terminálním stadiu onemocnění. Školení personálu těchto zařízení v principech paliativní péče.

5.3 Financování paliativní péče

Financování paliativní péče v České republice je nejednotné a často nedostatečné. Domácí hospicová péče je financována především z příspěvků od zdravotních pojišťoven, avšak tyto příspěvky často nepokrývají všechny náklady spojené s péčí. To vede k situaci, kdy mnoho poskytovatelů paliativní péče musí hledat další zdroje financování, například prostřednictvím grantů, darů nebo příspěvků od pacientů a jejich rodin¹⁸³.

V roce 2023 deklarovalo Ministerstvo pro místní rozvoj zlepšení kvality a dostupnosti paliativní péče, zejména v regionech s nízkou dostupností. V rámci IROP (integrovaný regionální operační program) bylo nachystáno přes 280 milionů Kč¹⁸⁴.

Hospicová péče v ČR je stále vnímána jako doplněk ke zdravotnickým službám, nikoliv jako jejich integrální součást. To omezuje její dostupnost a brání větším investicím do rozvoje této oblasti. V roce 2019 však sepsalo Ministerstvo zdravotnictví, zdravotní pojišťovny a Česká společnost paliativní medicíny Memorandum o spolupráci na systematickém rozvoji paliativní

¹⁸¹ MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČESKÉ REPUBLIKY. *Vzdělávací program nástavbového oboru paliativní medicína* [online]. Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2021 [cit. 2025-03-10]. Dostupné z: <https://www.paliativnimedicina.cz/files/paliativni-medicina-2021-vzdelavaci-program.pdf>

¹⁸² DOŽÍT DOMA [online]. Dožít doma 2023 [cit. 2025-03-16]. Dostupné z: <https://dozitdoma.cz/>

¹⁸³ KOLÁŘOVÁ, Zdenka. *Práce nadšenců pomáhá dalšímu rozvoji hospicové péče v ČR* [online]. *Medical Tribune*. 1. srpna 2024 [cit. 2025-03-14]. Dostupné z: <https://www.tribune.cz/zdravotnictvi/prace-nadsencu-pomaha-dalsimu-rozvoji-hospicove-pece-v-cr/>

¹⁸⁴ MINISTERSTVO PRO MÍSTNÍ ROZVOJ ČR. *MMR: Zajistíme lepší regionální dostupnost hospicové a paliativní péče. Připraveno máme 280 milionů korun* [online]. *Ministerstvo pro místní rozvoj ČR* 16. února 2023 [cit. 2025-03-14]. Dostupné z: <https://mmr.gov.cz/cs/ostatni/web/novinky/mmr-zajistime-lepsi-regionalni-dostupnost-hospicov>

péče v ČR s cílem podpory rozvoje, zajištění financování a zlepšení dostupnosti a kvality péče¹⁸⁵.

Jako dobrou zprávu lze vnímat, že služby domácích hospiců hrazené pojišťovnou jsou dostupné stále více klientům¹⁸⁶, nicméně jak je ve článku zmíněno, pojišťovna hradí 30 dnů zdravotní péče, suma však nepokryje všechny náklady, navíc ne všechna zařízení mají smlouvu s pojišťovnami.

5.4 Paliativní péče v sousedních státech

- V **Polsku** má financování paliativní péče narůstající trend, nicméně stále tvoří méně než 1 % rozpočtu veřejného zdravotního systému a největší část financí směřuje do lůžkových hospiců. Klienty i rodinami preferovaná domácí hospicová péče naráží, kromě nedostatku financí, také na nedostatečné kapacity¹⁸⁷.
- **Slovensko** se potýká s finanční nejistotou při vícezdrojovém financování, s nedostatečným a nerovnoměrným rozložením mobilních hospiců, ale také s nedostatkem lůžek v hospicích. Oproti České republice má také méně rozvinutou síť mobilních hospiců. Mobilní hospice navíc čelí nedostatečnému financování, do velké míry jsou závislé na soukromých dárcích, grantech či spoluúčasti klientů¹⁸⁸. Stran vzdělávání je paliativní medicína od roku 2008 podoborovou specializací některých klinických oborů, studium je tříleté a je doplněné atestační zkouškou¹⁸⁹.
- **Rakousko** má dobře rozvinutý systém vzdělávání v oblasti paliativní péče, důraz je kladen na interdisciplinární přístup jakožto důležitou část v cestě za efektní paliativní péčí. Paliativní péče se netýká jen medicíny, ale též podpory klienta a jeho rodiny po psychické a sociální stránce¹⁹⁰. V roce 2004 byla vytvořena oficiální koncepce paliativní péče pro zajištění dostupnosti. Financování je v gesci jednotlivých spolkových zemí (kromě úhrady za péči na odděleních paliativní péče v nemocnicích, které se řídí federálním zákonem), financování je vícezdrojové, bez nutnosti spoluúčasti při poskytování mobilní péče¹⁹¹.
- V **Německu** je paliativní medicína definována jako specializace, od roku 2013 je paliativní péče povinnou složkou výuky a studenti všeobecného lékařství mají povinnost vzdělávání v tomto oboru. Financování péče v lůžkových hospicích i

¹⁸⁵ MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČR; ZDRAVOTNÍ POJIŠŤOVNY; ČESKÁ SPOLEČNOST PALIATIVNÍ MEDICÍNY ČLS JEP. *Memorandum o spolupráci na systematickém rozvoji paliativní péče v ČR* [online]. Praha, 30. července 2019 [cit. 2025-03-11]. Dostupné z: <https://mzd.gov.cz>

¹⁸⁶ KUŽELOVÁ, Marie. *Služby domácích hospiců hradí pojišťovny čím dál více klientům* [online]. Novinky.cz 8. října 2024 [cit. 2025-03-14]. Dostupné z: <https://www.novinky.cz/clanek/domaci-služby-domacich-hospicu-hradi-pojistovny-cim-dal-vice-klientum-40491624>

¹⁸⁷ WILCZKOWSKI, Kacper; RYDZEWSKI, Szymon Jakub; DOSKOCZ, Julia; GETEK, Jan; KANIOWSKI, Bartosz et al. *Organisation of hospice and palliative care in Poland according to data from the National Health Fund — cross-sectional study* [online]. *Palliative Medicine in Practice*. [cit. 2025-03-14] ISSN 2545-1359. Dostupné z: <https://doi.org/10.5603/pmp.96930>

¹⁸⁸ HRUŠKOVÁ, Adriána. *Paliatívna starostlivosť v Slovenskej republike a možnosti sociálnej práce - komparácia vybraných aspektov s Českou republikou*. Diplomová práce, vedoucí Cimrmanová, Tereza. Univerzita Karlova, Husitská teologická fakulta, HTF - Katedra psychosociálních věd a etiky, 2017, s. 35 [cit. 2025-03-10]. Dostupné z: <https://dspace.cuni.cz/handle/20.500.11956/86999>

¹⁸⁹ HRUŠKOVÁ, Adriána. *Paliatívna starostlivosť v Slovenskej republike a možnosti sociálnej práce - komparácia vybraných aspektov s Českou republikou*. Diplomová práce, vedoucí Cimrmanová, Tereza. Univerzita Karlova, Husitská teologická fakulta, HTF - Katedra psychosociálních věd a etiky, 2017, s. 34 [cit. 2025-03-10]. Dostupné z: <https://dspace.cuni.cz/handle/20.500.11956/86999>

¹⁹⁰ MERAN, Johannes G. *Editorial Palliative Care Ausbildung in Österreich — die Aufgabe Empathie und Wissenschaft zu verbinden — der 3. Intensivlehrgang Palliativmedizin* [online]. *Wiener Medizinische Wochenschrift*. 2010, roč. 160, č. 3-4, s. 61-63 [cit. 2025-03-14]. ISSN 0043-5341. Dostupné z: <https://doi.org/10.1007/s10354-010-0751-z>

¹⁹¹ LOUČKA, Martin; HOUSKA, Adam; TREFNÁ, Klára a SLÁMA, Tomáš. *Organizace mobilní specializované paliativní péče v Evropě* [online]. Praha: Centrum paliativní péče, 2015, s. 22-23 [cit. 2025-03-16]. Dostupné z: https://is.vszdrav.cz/el/vszd/leto2021/VSPAPE7437/um/organizace_mobilni_specializovane_paliativni_pece_v_evrope.pdf

v domácím prostředí je hrazena ze zdravotního pojištění, navíc se platí jen poplatek za hospitalizaci¹⁹².

5.5 Podpora domácí paliativní péče

Většina pacientů preferuje strávit poslední fázi života v domácím prostředí, avšak domácí paliativní péče v České republice naráží na řadu problémů, zejména na nedostatek finanční podpory a odborného zázemí pro rodinné pečovatele. Důležitost domácí paliativní péče každoročně připomíná tzv. papučový den, který připadá vždy na druhou středu v říjnu. Tento den mají všichni chodit celý den jen v papučích. „*Kampaň symbolizuje pohodlí a bezpečí domova, kde si většina lidí přeje strávit své poslední dny, a díky mobilním hospicům je to možné i při těžké nemoci.*“¹⁹³

Příležitosti ke zlepšení:

- Podpora mobilních paliativních týmů poskytujících domácí péči 24/7.
- Lepší koordinace mezi domácími pečovatelskými službami a nemocnicemi.
- Decentralizace domácí hospicové péče i mimo velká města, především na venkov, spojená s úpravou legislativy pro odborné pracovníky¹⁹⁴.

¹⁹² PLOCKOVÁ, Jana. *Současný legislativní rámec paliativní péče ve vybraných zemích EU* [online]. Č. Budějovice, 2019, s. 32-33 [cit. 2025-03-14]. Bakalářská práce, vedoucí Pavelková, Martina. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Teologická fakulta. Dostupné z: <https://theses.cz/id/xvsom6/>

¹⁹³ HOSPIC SV. JIŘÍ, O.P.S. *Papučový den připomíná důležitost domácí péče pro nevléčitelně nemocné* [online]. 8. října 2024 [cit. 2025-03-14]. Dostupné z: <https://www.hospiccheb.cz/aktuality/papucovy-den-pripomina-dulezitost-domaci-pece-pro-nevylecitelne-nemocne>

¹⁹⁴ ZDRAVEZPRAVY. *Domácí hospice v regionech chybí, na vině je legislativa* [online]. Zdravé zprávy, 9. dubna 2023 [cit. 2025-03-14]. Dostupné z: <https://www.zdravezpravy.cz/2023/04/09/domaci-hospice-v-regionech-chybi-na-vine-je-legislativa/>

6. Praktická část

V praktické části disertační práce je, za pomoci dotazníkového šetření, zkoumána integrace sociální a zdravotní péče primárně v pobytových zařízeních dlouhodobé péče na Mostecku. Jak bylo zmíněno v teoretické části práce, navzdory nutnosti deinstitucionalizace dlouhodobé péče hrají zařízení poskytující dlouhodobou pobytovou péči stále svou důležitou roli¹⁹⁵.

V souladu s níže vyslovenými hypotézami byla úvodní část dotazníku směřována na získání základních statistických údajů, v druhé části byl dotazník orientován na integraci zdravotní a sociální péče, využívání moderních informačních technologií a na mezioborovou spolupráci.

Položené otázky se dají rozčlenit do tří základních okruhů. V první části se vyskytují otázky zaměřené na základní identifikaci respondenta (věk, pohlaví, vzdělání atd.).

Druhá část se zabývá pracovním prostředím a osobní pracovní spokojeností respondentů.

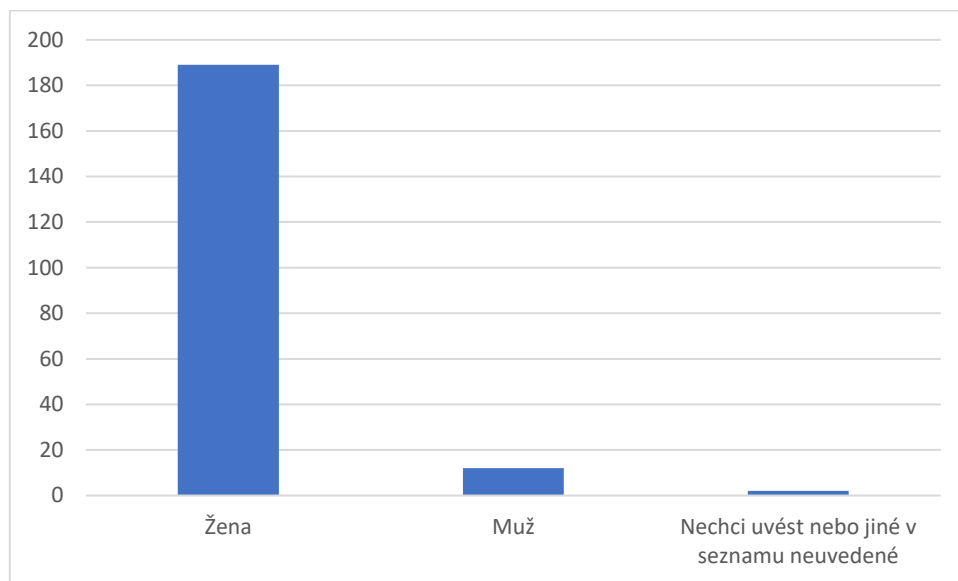
Třetí sada dotazů se týkala integrace dlouhodobé péče, ať už ve smyslu spolupráce mezi zdravotnickým a sociálním sektorem, či využívání moderních informačních technologií pro zjednodušení předávání dat. Součástí tohoto okruhu byla i otázka na poskytování či neposkytování odlehčovacích služeb rodinným pečujícím a otázka na zapojení rodinných příslušníků do péče.

Cílem těchto otázek bylo potvrdit existenci integrace a koordinace dlouhodobé péče a zároveň zmapovat, jak tuto problematiku subjektivně vnímají respondenti.

Na základě zjištěných dat byl posléze osloven ředitel Městské správy sociálních služeb v Mostě – příspěvkové organizaci, Ing. Luboš Trojna, který byl, navzdory pracovnímu vytížení, velmi laskav a poskytl své vyjádření na položené otázky.

¹⁹⁵ HOFSCHEIDEROVÁ, Anna; MATIAŠKO, Maroš. *Institucionalizace, postižení a stárnutí: Ústavní péče o starší osoby v České republice* [online]. Fórum pro lidská práva; Validity Foundation, září 2021 [cit. 2025-03-01]. Dostupné z: <https://validity.ngo/wp-content/uploads/2021/11/CZ-Older-persons-with-disabilities-and-DI-Report.pdf>

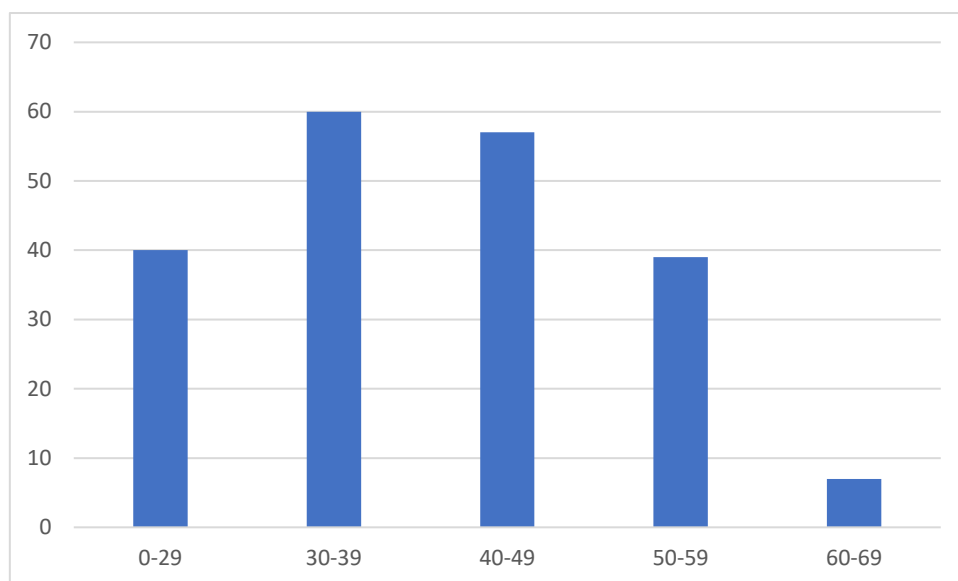
6.1 Vyhodnocení prvního okruhu otázek



Obrázek 1 – Pohlaví

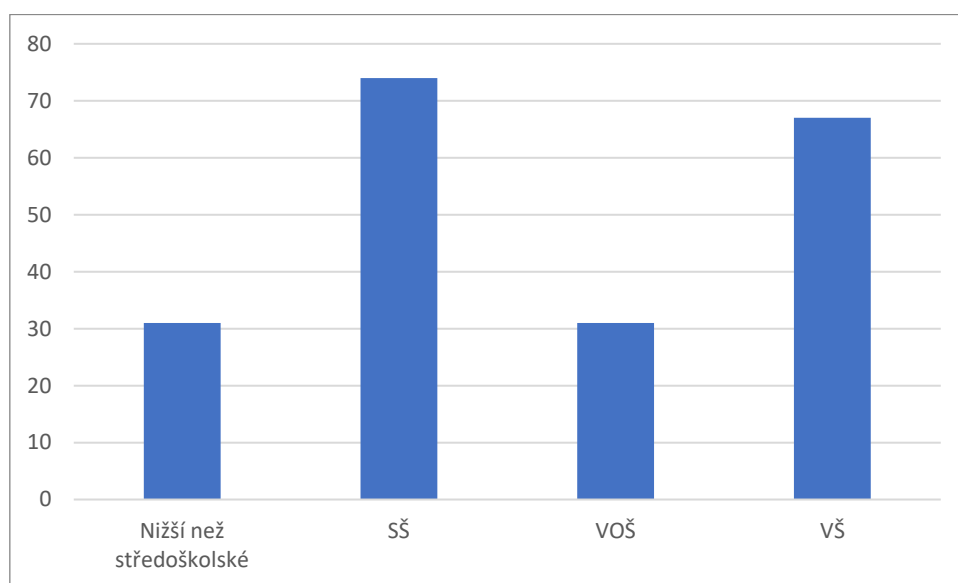
Z celkového počtu 203 respondentů je patrná výrazná převaha žen (93 %), což koresponduje se zastoupením žen v oblasti dlouhodobé péče. Nejen ve formální, ale také v neformální péči je vyšší zastoupení žen, než mužů¹⁹⁶. Což může souviset s přetrvávajícím historickým konceptem, kdy muž byl živitel rodiny, zatímco žena obstarávala péči o rodinu.

¹⁹⁶ JANEČKOVÁ, Hana; DRAGOMIRECKÁ, Eva a JIRKOVSKÁ, Blanka. *Výzkumy v oblasti neformální péče o seniory v České republice na počátku 21. století* [online]. Sociální práce/Sociálna práca. 2017, roč. 17, č. 6, s. 42-59 [cit. 2025-03-08]. ISSN 1805-885X. Dostupné z: <https://socialniprace.cz/wp-content/uploads/2020/11/2017-6.pdf>



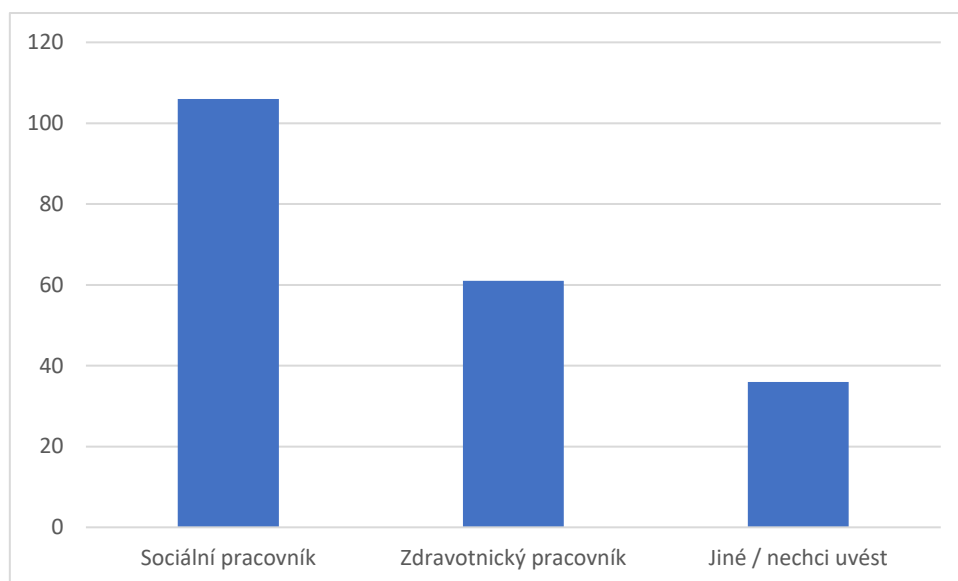
Obrázek 2 – Věk

Další všeobecnou otázkou byl věk respondentů. Nejvyšší zastoupení má věková kategorie 30-49 let (celkem 117 respondentů, což je nadpoloviční většina).



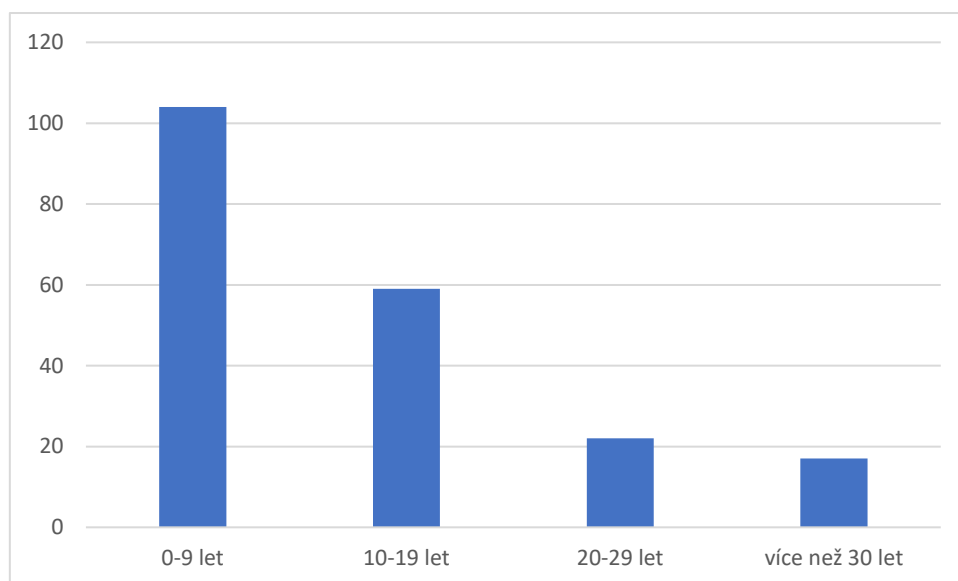
Obrázek 3 – Nejvyšší dosažené vzdělání

Pro ucelený přehled o respondentech byla položena otázka na nejvyšší dosažené vzdělání. 172 respondentů uvedlo vzdělání středoškolské a vyšší, jen 31 respondentů uvedlo nižší než středoškolské vzdělání.



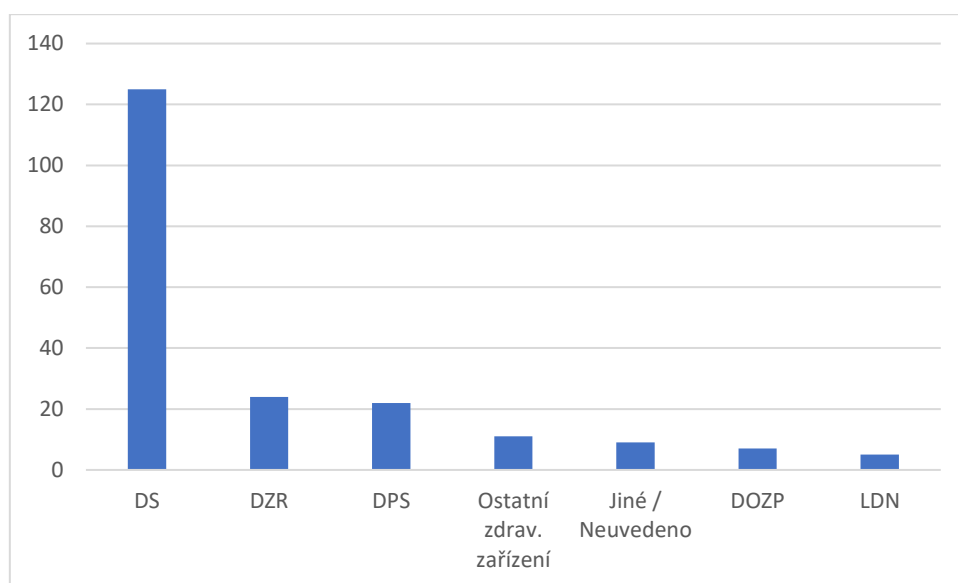
Obrázek 4 – Pracovní obor

Ačkoli se při zpětném ohlédnutí zdá nešťastné uvedení možnosti sociální pracovník, místo pracovník v sociálních službách, je předpokládáno, že většina respondentů pochopila cíl otázky – zařazení do sociálního či zdravotního sektoru. Většina (106 respondentů) pracuje na pozici sociální pracovník, jen 61 respondentů uvádí pozici jako zdravotnický pracovník. Zbývajících 36 osob nechtělo uvést své pracovní zařazení, nebo se nedokázalo zařadit do žádné jmenované skupiny.



Obrázek 5 – Délka praxe v oboru

Délka dosažené praxe u respondentů naznačuje vysokou fluktuaci pracovníků, neboť 104 respondentů uvedlo délku praxe méně než 10 let. Více než 30 letou praxi uvádí pouze 17 dotazovaných.



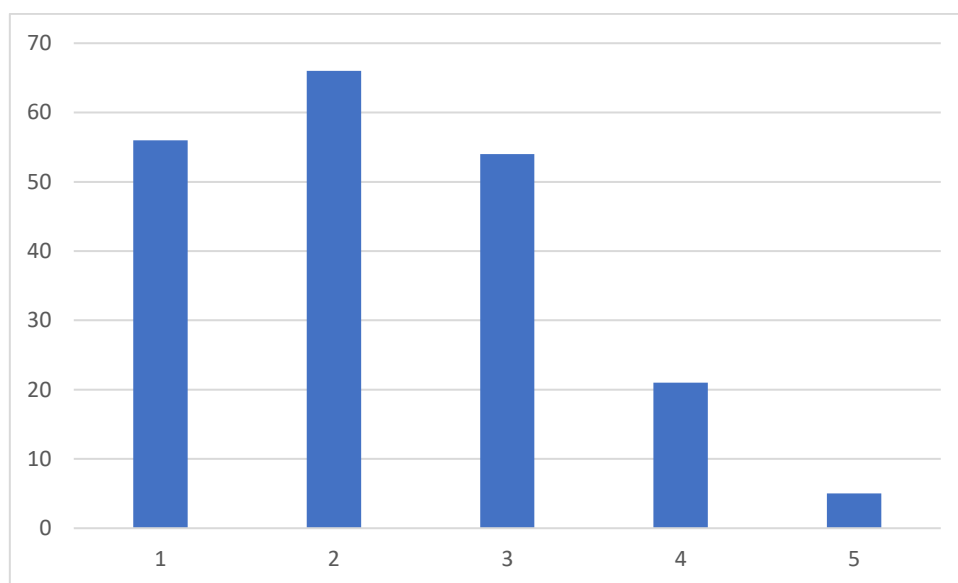
Obrázek 6 – V jakém typu zařízení pracujete

Největší zastoupení mezi dotazovanými tvoří pracovníci Domovů pro seniory (125 respondentů). Ostatní respondenti pracují v Domovech se zvláštním režimem (DZR), Domovech s pečovatelskou službou (DPS), Domovech pro osoby se zdravotním postižením (DOZP), Léčebnách dlouhodobě nemocných (LDN), případně v ostatních zdravotnických

zařízení. Celkem 9 respondentů nebylo možné do výše zmíněných kategorií zařadit, případně neuvedlo odpověď.

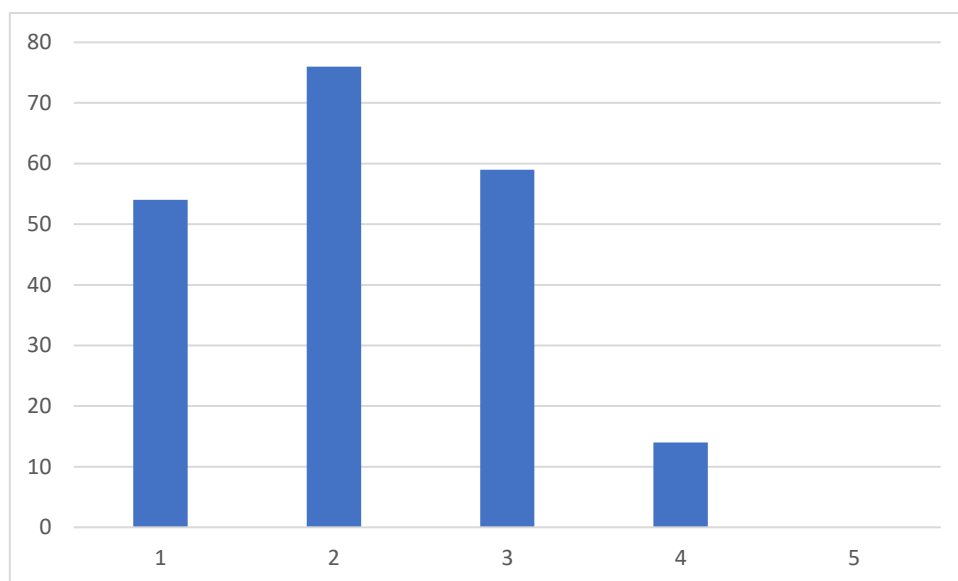
Ze zjištěných informací je možné sestavit profil respondenta. Většinou se bude jednat o ženu ve věku 30-49 let se středoškolským a vyšším vzděláním pracující v sociálních službách v rámci domova pro seniory. Délka její praxe je nižší než 10 let.

6.2 Vyhodnocení druhého okruhu otázek



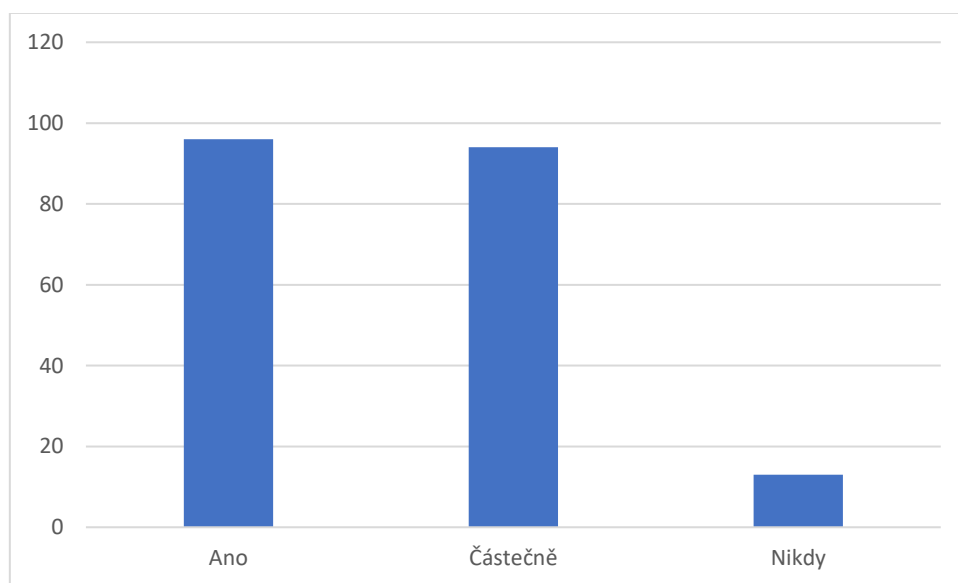
Obrázek 7 – Pracovní stres

S každodenním nebo téměř každodenním stresem (známky 1 a 2) v práci se potýká 122 dotazovaných. Naopak žádnou formu stresu (známka 5) nepociťuje pouze 5 respondentů.



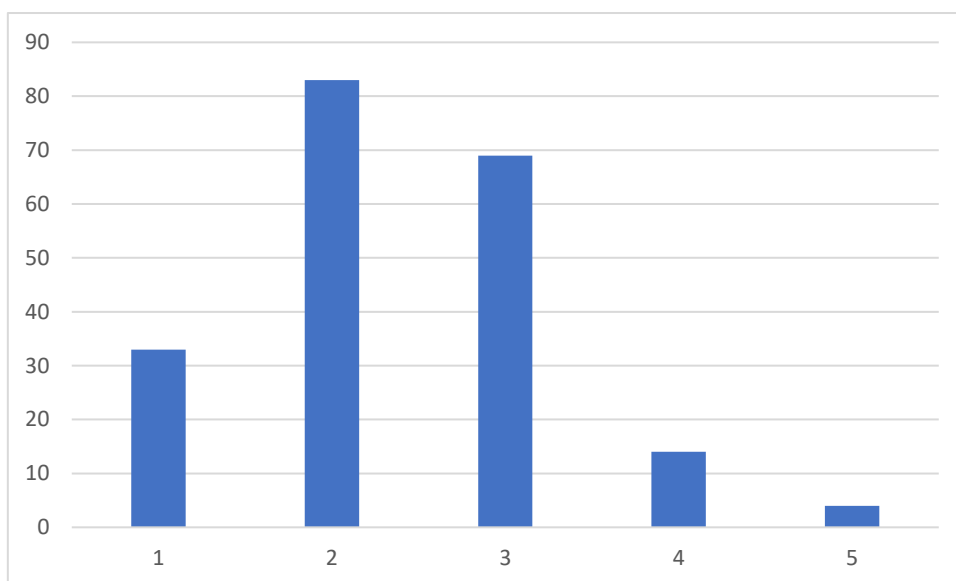
Obrázek 8 – Pracovní zátěž

Péče o klienty v pobytových zařízeních může být v mnoha ohledech vyčerpávající, což se zde potvrzuje, neboť celkem 130 respondentů ohodnotilo pocit přílišné pracovní zátěže známkami 1 a 2, kdy 1 znamená vždy. Oproti tomu známkou 5 (nikdy) neohodnotil svou pracovní zátěž nikdo.



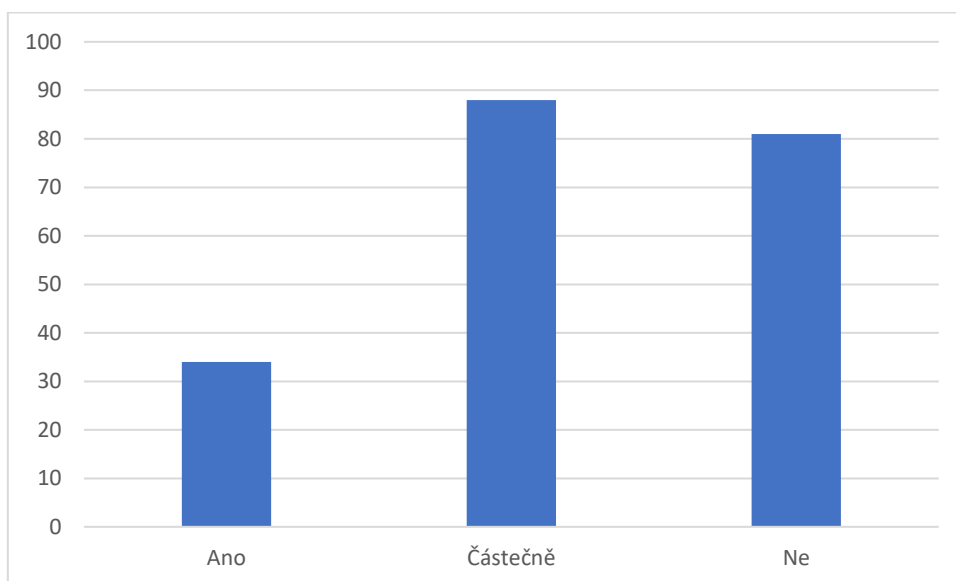
Obrázek 9 – Možnost přestávky a regenerace

K podávání dobrého pracovního výkonu patří prostor pro regeneraci a oddech během směny. Celkem 96 respondentů uvádí, že takovou možnost mají a 94 uvádí, že mají alespoň částečnou. 13 respondentů uvedlo nemožnost využít během práce prostor pro regeneraci a oddech, což není příznivé zjištění, navzdory nevelkému počtu.



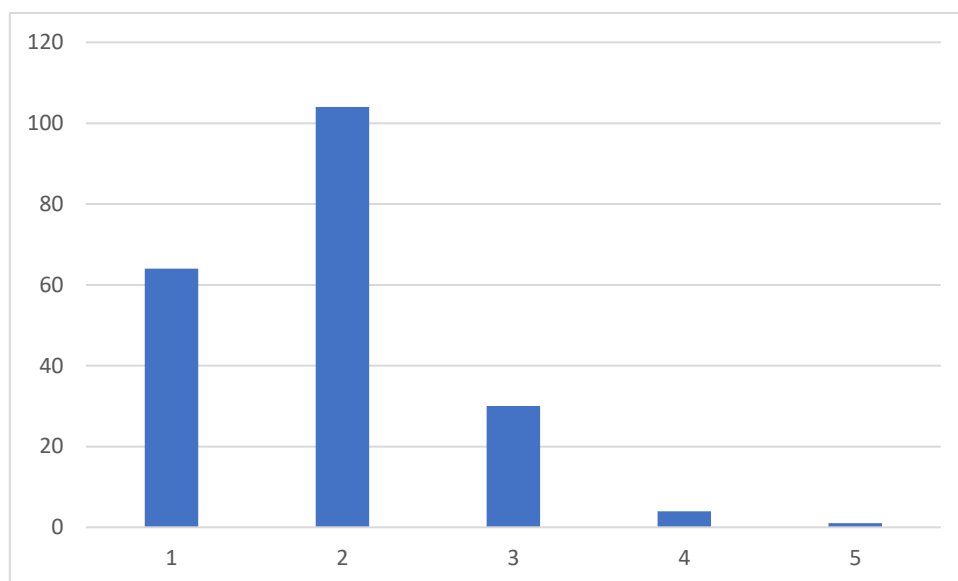
Obrázek 10 – Pracovní prostředí

Celkem 116 respondentů uvádí, že je spokojeno se svým pracovním prostředím. Naopak nespokojeno/hrubě nespokojeno je 14, respektive 4 z dotazovaných.



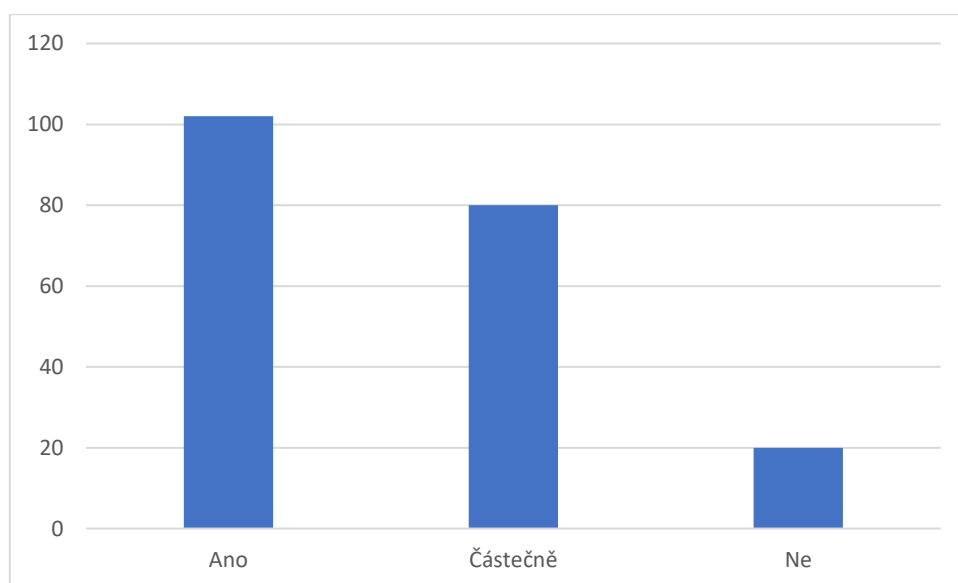
Obrázek 11 – Individuální přístup

81 respondentů má subjektivní pocit, že nemá dostatek prostoru pro individuální péči o každého klienta, 88 respondentů má tento pocit částečně a pouze 34 respondentů je přesvědčeno, že má dostatek času na individuální péči o každého klienta.



Obrázek 12 – Kvalita poskytované péče

Pozitivně (známky 1 a 2), navzdory všem případným potížím, hodnotí úroveň poskytované péče celkem 168 dotazovaných. Oproti tomu negativně (známky 3 a 4) hodnotí úroveň poskytované péče jen 5 dotazovaných.



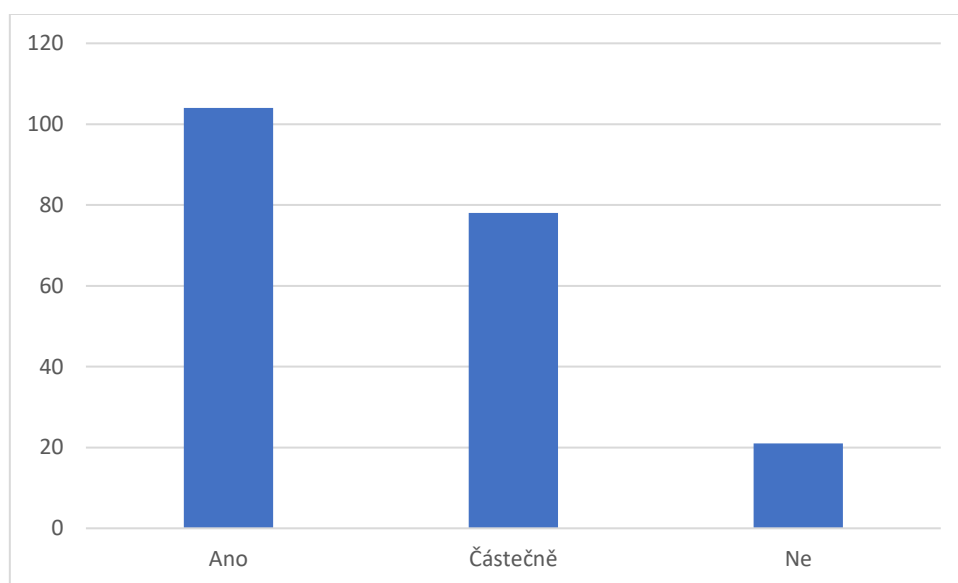
Obrázek 13 – Kvalita dostupného vybavení

Z odpovědí na otázku týkající se vybavení vyplývá, že přibližně polovina (102) respondentů je s jeho kvalitou spokojena, dalších 80 respondentů je spokojeno alespoň částečně. 20 respondentů pak není spokojeno vůbec.

V rámci vyhodnocení otázek druhého okruhu je typickým respondentem zaměstnanec pobytového zařízení, který čelí každodennímu nebo téměř každodennímu stresu a vnímá vysokou pracovní zátěž.

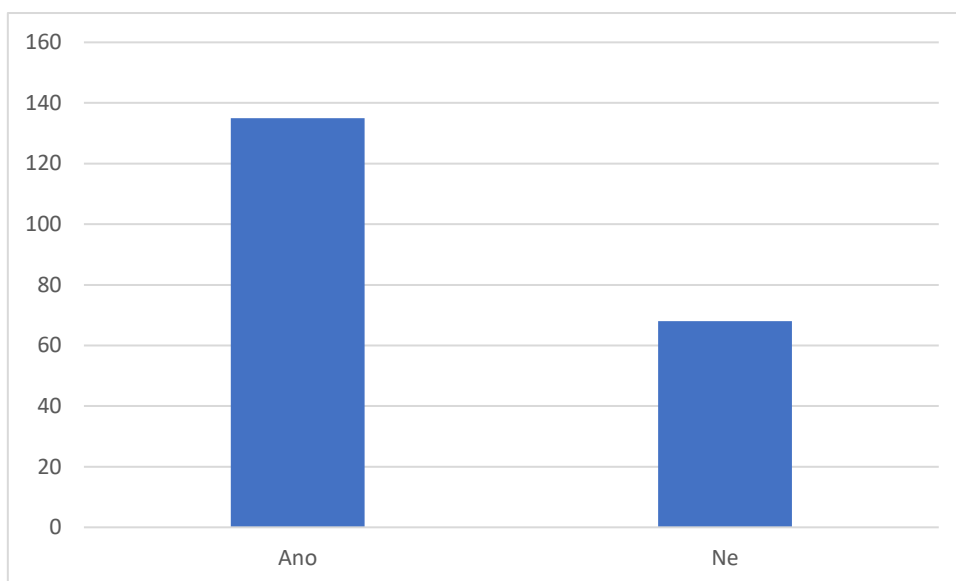
Přestože většina respondentů má možnost odpočinku během směny, někteří uvádějí, že takovou možnost nemají. Většina zaměstnanců je pak spokojena se svým pracovním prostředím, ale mnoho z nich zároveň cítí, že nemají dostatek času na individuální péči o klienty. Přesto pozitivně hodnotí úroveň poskytované péče a věří, že i přes pracovní zátěž je kvalita péče na vysoké úrovni.

6.3 Vyhodnocení třetího okruhu otázek



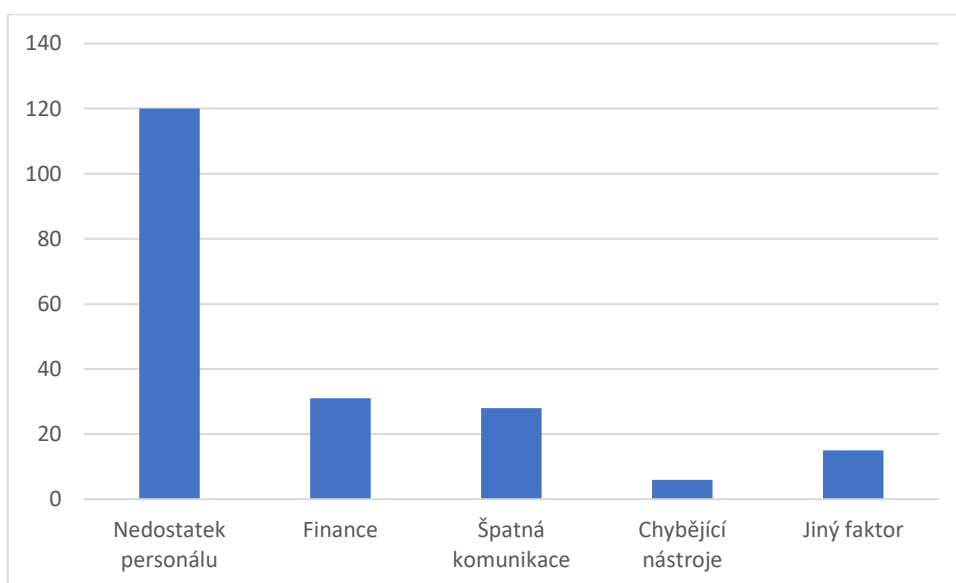
Obrázek 14 – Pravidelná mezioborová spolupráce

Nezbytnou součástí koordinace péče je mezioborová spolupráce. Jako pozitivní zprávu lze vnímat, že celkem 104 respondentů uvádí existenci této spolupráce, dalších 78 pak alespoň částečnou. Jen 21 respondentů je přesvědčených, že mezioborová spolupráce neprobíhá.



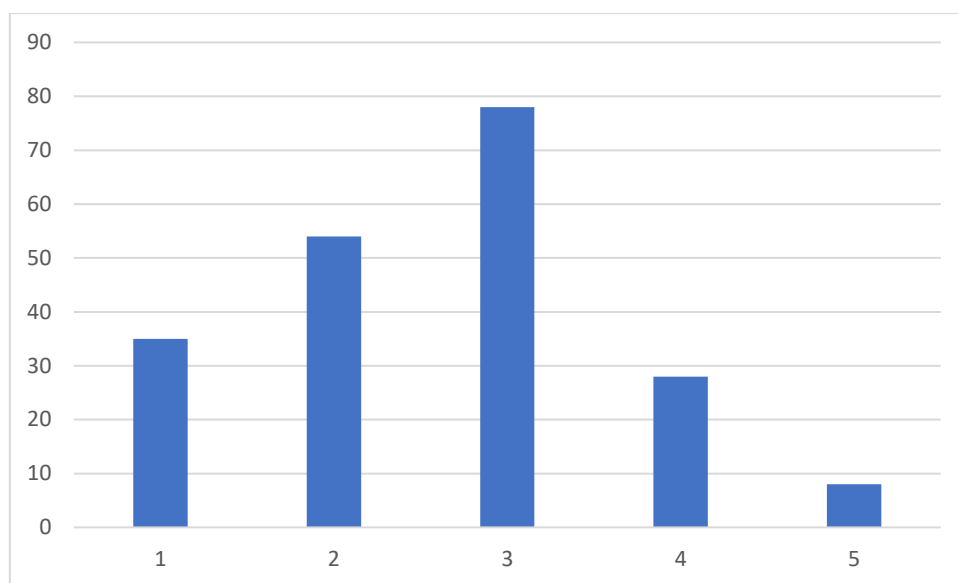
Obrázek 15 – Koordinace zdravotní a sociální péče

Navzdory nedostatečnému legislativnímu rámci byl položen dotaz na existenci nějaké formy koordinace mezi zdravotnickou a sociální péčí v rámci daného zařízení. Lze konstatovat, že více než polovina (135) respondentů uvedla, že ano, nějaká forma koordinace zde existuje.



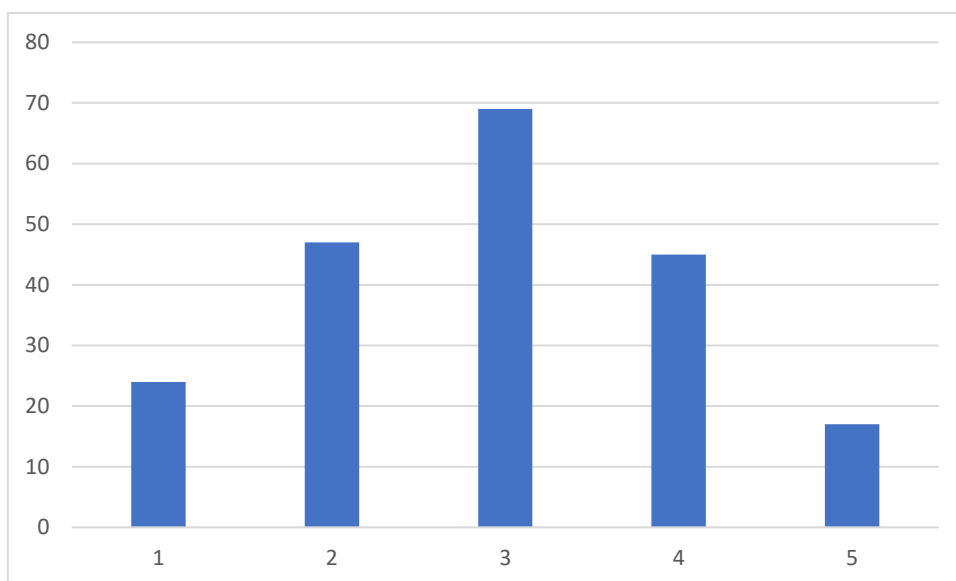
Obrázek 16 – Největší bariéra integrace péče

Další z položených otázek se týkala subjektivního pocitu největší překážky integrace dlouhodobé péče. Z nabízených možností se nejvíce (120) respondentů potýká s nedostatkem personálu a financemi (31). 28 respondentů si stěžuje na problém finanční, 15 respondentů vidí problém integrace v jiném faktoru a 6 respondentů si myslí, že problémem jsou chybějící nástroje.



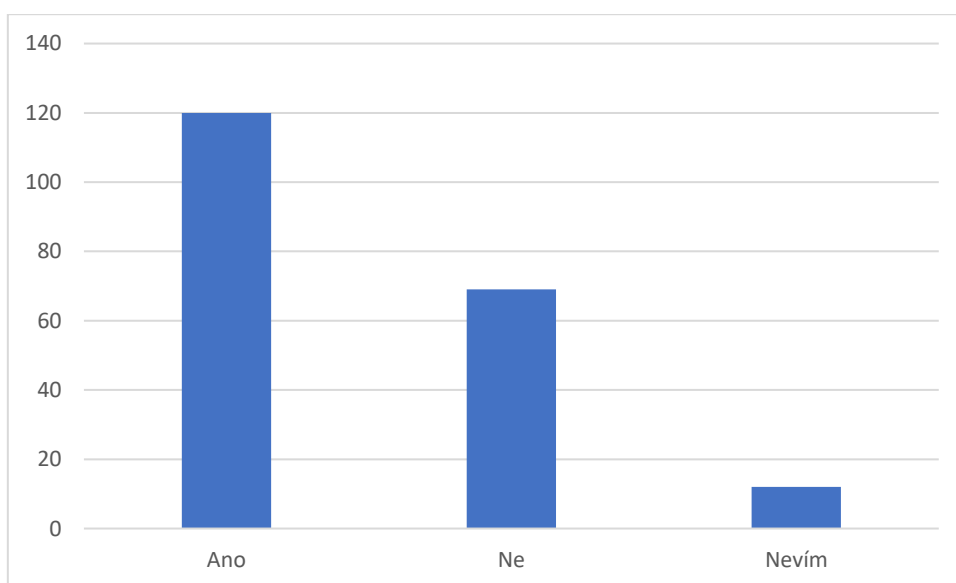
Obrázek 17 – Hodnocení spolupráce v rámci zařízení

Kladně hodnotí spolupráci mezi zdravotním a sociálním sektorem (známky 1 a 2) 89 dotazovaných. Naopak negativně jen 36 respondentů (známky 4 a 5).



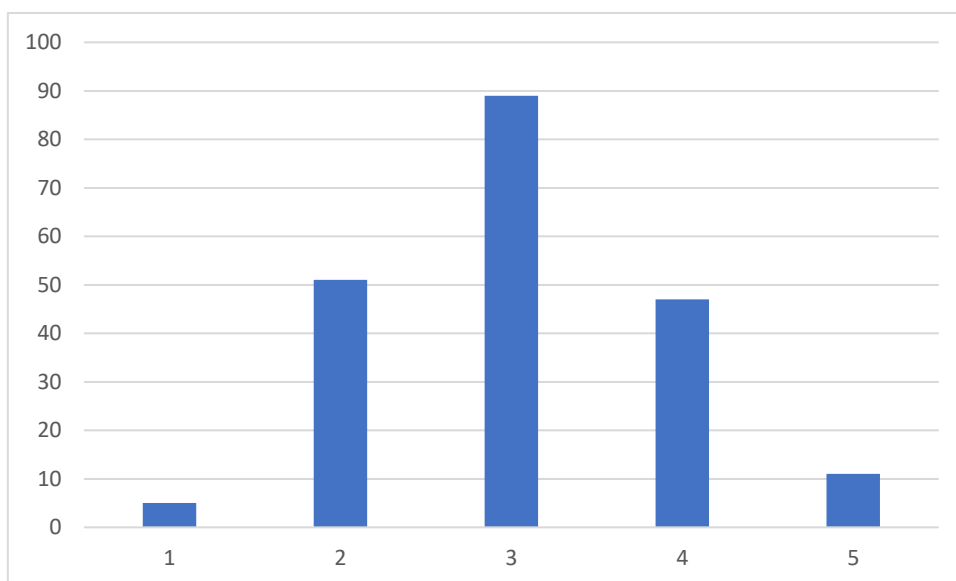
Obrázek 18 – Možnost komunikace mimo domovské zařízení

Možnost snadné komunikace s poskytovateli zdravotních/sociálních služeb mimo svá zařízení uvádí 71 dotazovaných (známky 1 a 2). Velmi podobný počet respondentů (62) naopak hodnotí tuto komunikaci známkami 4 a 5, tedy velmi nesnadnou či úplně nemožnou.



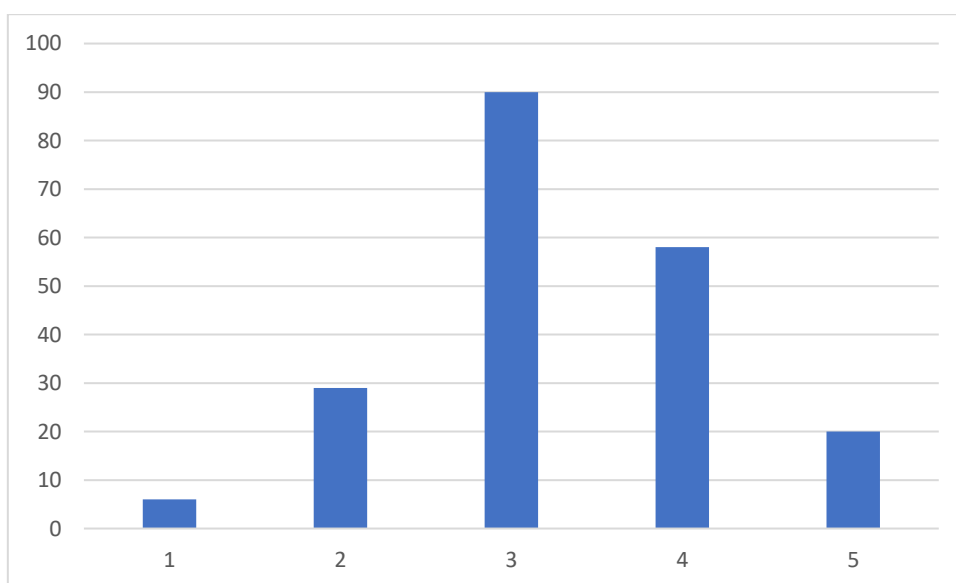
Obrázek 19 – Využívání sdíleného elektronického systému

Používání moderních technologií je jednoduchým a rychlým způsobem předávání a uchovávání informací. Celkem 120 dotazovaných uvádí, že sdílený elektronický systém pro předávání informací ve svém zařízení používají, dalších 69 uvádí, že ne.



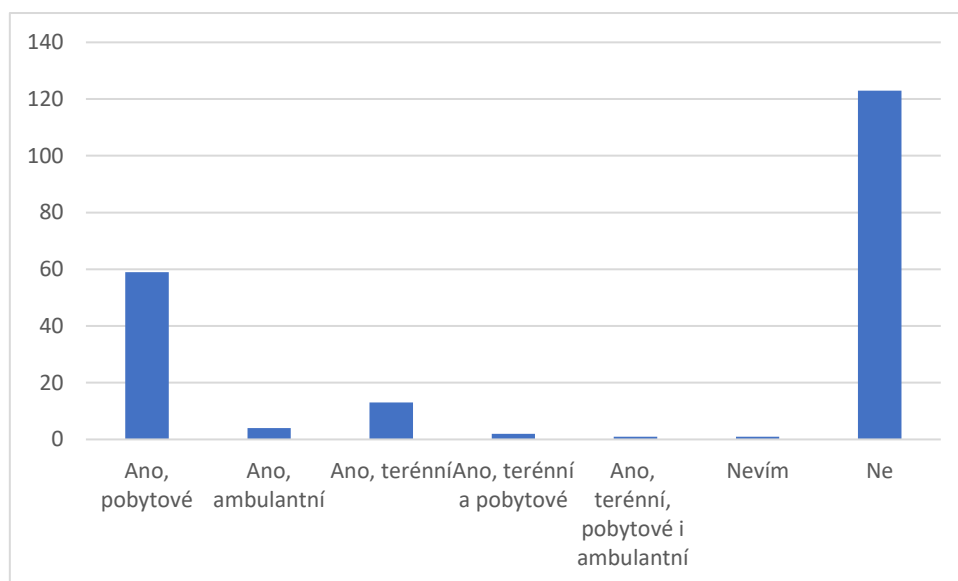
Obrázek 20 – Problém při předávání informací

Časté problémy při předávání informací mezi zdravotním a sociálním sektorem uvádí 56 dotazovaných (hodnoty 4 a 5). Naopak 56 respondentů uvádí nízký výskyt takových problémů ve svém zařízení (hodnoty 1 a 2).



Obrázek 21 – Zapojení rodinných příslušníků

78 dotazovaných pracovníků uvádí nízkou míru snahy rodiny zapojit se do péče (známky 4 a 5). Jen 35 dotazovaných subjektivně hodnotí snahu zapojení rodinných příslušníků do péče kladně (známky 1 a 2).



Obrázek 22 – Odlehčovací služby

Důležitou součástí pomoci rodinným pečujícím je existence odlehčovací služby, aby měli příležitost načerpat nové síly k péči o svého blízkého. 123 respondentů uvádí úplnou absenci takové služby ve svých zařízeních. Pokud jsou odlehčovací služby poskytovány, nejčastěji se jedná o pobytovou formu.

Typický respondent v třetím okruhu otázek vnímá existenci mezioborové spolupráce a nějakou formu koordinace mezi zdravotnickou a sociální péčí, i když ne vždy v ideální podobě. Překážky integrace péče jsou často spojovány s nedostatečnou komunikací mezi službami a využíváním moderních technologií. Zatímco někteří pracovníci uvádějí pozitivní zkušenosti se spoluprací, jiní ji hodnotí negativně a upozorňují na obtíže při předávání informací. Velká část respondentů také poukazuje na nízkou míru zapojení rodinných příslušníků do péče a na chybějící odlehčovací služby. Přestože moderní technologie mohou pomoci v předávání informací, jejich využití není v zařízeních vždy standardní.

Na závěr byla položena otázka, co by respondenti chtěli změnit. Jelikož šlo o otevřenou otázku, část respondentů uvedla více věcí, někteří na ni naopak neodpověděli vůbec. Nejčastěji byla zaznamenána odpověď „nedostatek personálu“ (celkem 85x). Kromě odpovědí, které byly nabízeny v možnostech u otázky týkající se bariéry sociálně-zdravotní spolupráce, které byly velmi časté, se objevily i některé další problémy. 22 respondentů zmínilo nemožnost dalšího pracovního rozvoje, 14 respondentů zmínilo přehnanou administrativní zátěž, 1 respondent dokonce uvedl přání důslednějšího řešení šikany na pracovišti. Jedna nejméně obvyklá a zvláštní odpověď byla „hovno“.

Podle četnosti jednotlivých odpovědí lze zjednodušeně konstatovat, že typickým respondentem je žena mezi 30 a 49 lety, pracující jako sociální pracovník v domově pro seniory, s méně než 10 lety praxe. Má středoškolské či vyšší vzdělání, pociťuje vysokou pracovní zátěž a častý stres. Vnímá nějakou formu mezioborové spolupráce a využívá moderní technologie, ale zároveň si stěžuje na nedostatek času na plnou individuální péči o klienty. Přesto je většina respondentů spokojena se svou prací a považuje poskytovanou péči za kvalitní.

6.4 Hypotézy a jejich vyhodnocení

V návaznosti na dotazníkové šetření bylo stanoveno několik hypotéz, které byly dále zpracovány základními statistickými výpočty s využitím tzv. P-hodnoty (pokud je < 0.05 , zamítáme nulovou hypotézu).

6.4.1 Hypotéza H1 Vztah mezi vnímaným pracovním stresem a hodnocením kvality poskytované péče

Nulová hypotéza (H_0): Mezi vnímaným pracovním stresem a hodnocením kvality poskytované péče neexistuje žádný statisticky významný vztah.

Alternativní hypotéza (H_1): Mezi vnímaným pracovním stresem a hodnocením kvality poskytované péče existuje statisticky významný vztah.

Obě proměnné jsou hodnoceny číselnou formou, k testování vztahu mezi nimi může být použita Spearmanova korelace.

Spearmanův korelační koeficient (ρ): -0.107

P-hodnota: 0.130

Slabě negativní korelace naznačuje možné spojení vyššího pracovního stresu a nižšího hodnocení kvality péče, ale protože je P-hodnota vyšší než 0.05, nemáme dostatek důkazů k zamítnutí nulové hypotézy.

Na základě výsledku lze tvrdit, že i když jsou dotazovaní pracovníci ve vyšším stresu, nemá to vliv na subjektivní pocit horší kvality odváděné péče.

6.4.2 Hypotéza H2 Vztah mezi pracovním prostředím a hodnocením kvality poskytované péče

Nulová hypotéza (H_0): Mezi hodnocením pracovního prostředí a hodnocením kvality poskytované péče neexistuje žádný statisticky významný vztah.

Alternativní hypotéza (H_1): Mezi hodnocením pracovního prostředí a hodnocením kvality poskytované péče existuje statisticky významný vztah.

Obě proměnné jsou hodnoceny číselnou formou, k testování vztahu mezi nimi může být opět použita Spearmanova korelace.

Spearmanův korelační koeficient (ρ): 0.499

P-hodnota: 3.50×10^{-14}

Pozitivní korelace je středně silná, což může naznačovat pozitivní souvislost mezi kvalitou pracovního prostředí a hodnocením kvality poskytované péče. P-hodnota je zde výrazně pod hodnotou 0.05, což znamená, že nulovou hypotézu zamítáme.

Lze tedy říci, že zlepšení pracovního prostředí může mít pozitivní vliv na kvalitu poskytované péče.

6.4.3 Hypotéza H3 Vliv existence elektronického systému na problémy při předávání informací

Nulová hypotéza (H_0): Používání sdíleného elektronického systému *nemá vliv* na četnost problémů při předávání informací mezi zdravotnickými a sociálními službami.

Alternativní hypotéza (H_1): Používání sdíleného elektronického systému *má vliv* na četnost problémů při předávání informací mezi zdravotnickými a sociálními službami.

Tentokrát jde o zjištění vlivu proměnné hodnocené formou ano/ne na proměnnou hodnocenou číselně, proto je použit Mann-Whitney test (jde o porovnání dvou nezávislých skupin).

Mann-Whitney statistika: 4587.5

P-hodnota: 0.190

P-hodnota je zde prokazatelně vyšší, než 0.05, nulová hypotéza nemohla být zamítnuta. Vliv používání sdíleného elektronického systému na četnost problémů při předávání informací se nepotvrdil. Výsledek však může znamenat i špatné využívání elektronického sdílení dat.

6.4.4 Hypotéza H4: Vztah mezi koordinací zdravotnické a sociální péče a spoluprací s odborníky z jiných oborů

Nulová hypotéza (H_0): Neexistuje statisticky významný vztah mezi existencí koordinace zdravotnické a sociální péče a spoluprací s odborníky z jiných oborů.

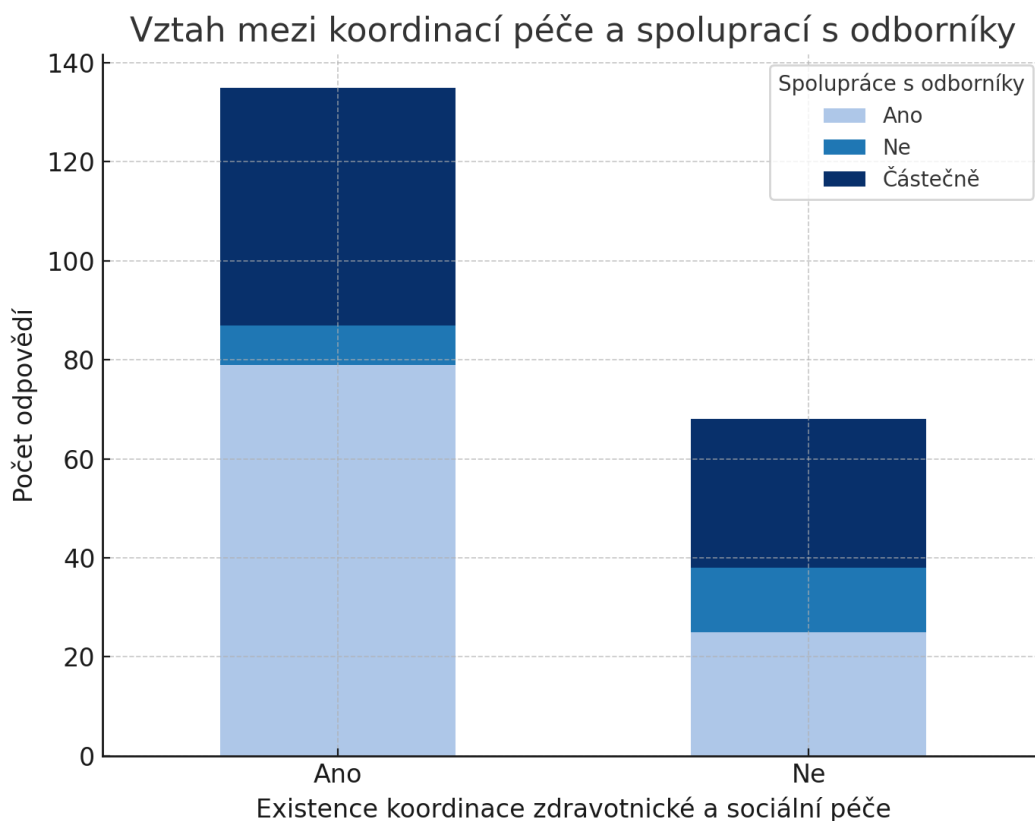
Alternativní hypotéza (H_1): Existuje statisticky významný vztah mezi existencí koordinace zdravotnické a sociální péče a spoluprací s odborníky z jiných oborů.

V tomto případě jsou obě proměnné hodnoceny formou ano/částečně/ne, proto bude vhodnou statistickou metodou chí-kvadrát test.

Chí-kvadrát statistika (χ^2): 12.65

P-hodnota: 0.0018

Vypočítaná P-hodnota je nižší, než 0.05, což znamená existenci statisticky významného vztahu obou proměnných, nulová hypotéza je zamítnuta. Výsledek značí, že organizace, které mají nějakou formu koordinace zdravotně-sociálního sektoru, provozují s vyšší pravděpodobností též multioborovou spolupráci.



Obrázek 23 – Grafické vyhodnocení H4

Hypotéza H4 je jediná, kde lze přehledně graficky znázornit vztah mezi proměnnými, tak jak vidíme na obrázku 23.

6.5 Odpovědi ředitele MSSS Ing. Luboše Trojny

Ing. Trojnovi byly zaslány následující dotazy, jeho odpovědi, vzhledem ke stručnosti, jsou vloženy v plném znění

1) Podle našeho průzkumu 60 % zaměstnanců uvedlo, že nemají dostatečné přestávky na oddech. Sdílíte tento pocit, případně plánujete zavést opatření, například vyčlenit speciální odpočinkové prostory (či nějak upravit ty stávající), nebo upravit pracovní rozvrhy, aby se tato situace zlepšila?

- „Vnímáme potřebu lepšího zázemí pro odpočinek zaměstnanců a snažíme se ho neustále vylepšovat a modernizovat.“

2) Přibližně 60 % respondentů identifikovalo jako hlavní bariéru v integraci dlouhodobé péče nedostatek personálu. Snažíte se aktivně nabírat nové zaměstnance, či jaká konkrétní opatření plánujete ke zvýšení počtu kvalifikovaných pracovníků a zlepšení personální situace?

- „Aktivně se snažíme získávat nové kvalifikované pracovníky, přičemž klíčovou strategií je nejen nábor, ale i dlouhodobé udržení zaměstnanců prostřednictvím motivačních a vzdělávacích programů.“

3) Na základě dat z dotazníku více než 55 % pracovníků uvádí, že problémy při předávání informací mezi odděleními jsou časté. Má MSSS plán na zlepšení komunikace, například prostřednictvím implementace či optimalizace sdíleného elektronického systému, případně jiným způsobem?

- „Máme v plánu posílit sdílení informací prostřednictvím optimalizace elektronických systémů a podporovat mezioborovou spolupráci, včetně pravidelných multidisciplinárních porad.“

4) 60 % respondentů hodnotí úroveň koordinace mezi zdravotnickými a sociálními službami jako nedostatečnou. Plánujete zavést nové formy koordinace (například specializované koordinátory péče nebo pravidelné multidisciplinární porady), aby se integrace zlepšila?

- „Ano, plánují se nové formy koordinace mezi zdravotnickými a sociálními službami, včetně zavedení specializovaných koordinátorů péče, pravidelných multidisciplinárních porad a digitálních systémů pro sdílení informací, aby se zlepšila návaznost péče a komunikace mezi obory. Dále se počítá se vzděláváním personálu a podporou mezioborové spolupráce, což by mělo vést k efektivnější integraci služeb.“

5) Podle průzkumu přibližně 85 % zaměstnanců uvedlo, že stres a vysoká pracovní zátěž je běžnou součástí jejich zaměstnání. Souhlasíte s tím? Popřípadě snaží se MSSS zavádět konkrétní opatření k zlepšení pracovního prostředí a snížení stresu mezi zaměstnanci?

- „Uvědomujeme si dopad pracovní zátěže na kvalitu péče. Proto se snažíme nejen optimalizovat pracovní procesy, ale i podporovat zaměstnance v rámci psychohygieny a týmové spolupráce.“

6) Výsledky naznačují, že 80 % respondentů považuje podporu zapojení rodinných příslušníků do péče za nedostatečnou. Máte nějakou vizi, jak posílit spolupráci s rodinami klientů? Případně vnímáte tuto snahu jako úspěšnou?

- „Pracujeme na zlepšení této oblasti, především prostřednictvím informačních setkání a individuálních konzultací. Vnímáme zde stále prostor pro rozvoj.“

7) 50 % dotázaných zaměstnanců označilo nedostatek vybavení a pomůcek za faktor, negativně ovlivňující kvalitu péče. Týká se podle Vás tento problém i MSSS a pokud ano, plánujete na něj reagovat, například investicemi do modernizace vybavení?

- „Modernizace vybavení je jednou z našich priorit. Průběžně investujeme do zlepšení pracovních podmínek a plánujeme další kroky k jejich zkvalitnění.“

8) Nakonec z volných odpovědí vyplývá, že někteří pracovníci necítí dostatek příležitostí k odbornému vzdělávání a profesnímu rozvoji. Jaké kroky podnikáte k rozšíření vzdělávacích programů a podpoře odborného růstu vašeho personálu?

- „Podporujeme odborný růst zaměstnanců prostřednictvím interních i externích školení, rozšiřujeme vzdělávací možnosti včetně specializovaných kurzů.“

Více informací lze, podle jeho sdělení, nalézt v časopisu *Harmonie třetího věku*, který MSSS vydává¹⁹⁷.

¹⁹⁷ <https://www.msss-most.cz/harmonie-archiv>

7. Diskuse

Na začátku práce bylo stanoveno několik cílů s definováním oblastí, ve kterých chce práce přispět k tématu dlouhodobé péče s důrazem na prozkoumání možností zdravotně-sociálního pomezí. Zde jsou vyjmenovány některé oblasti, kde se nabízí prostor pro zlepšení.

Legislativa

Již historicky zde byly pokusy o analýzu současného stavu dlouhodobé péče s možnými návrhy řešení, žádný však nebyl uzákoněn a implementován. Ačkoli každá z těchto snah měla jinou příčinu neúspěchu, výsledek zůstává stejný¹⁹⁸.

Až v letošním roce, v roce 2025, vešel v platnost zákon č. 38/2025 Sb., který definoval sociálně-zdravotní služby a uzákonil vznik tzv. sociálně-zdravotní lůžkové péče. Jde o správný krok, avšak jako finální závěr je nedostatečný. Správným řešením by bylo navázat na historické snahy řešící různými způsoby dlouhodobou péči s cílem vzniku samostatného zákona o dlouhodobé péči, který by přehledně definoval financování péče spolu se zavedením pojištění dlouhodobé péče, dále by jasně vymezil jednotlivé kompetence zdravotního a sociálního sektoru a byl by výsledkem spolupráce Ministerstva zdravotnictví a Ministerstva práce a sociálních věcí a odborníků z obou oblastí, jak zdravotnické, tak sociální. V neposlední řadě by měl rozšířit okruh pravomocí jednotlivých obcí s částečným přenesením zodpovědnosti tak, aby každá obec znala svá silná a slabá místa v oblasti poskytování dlouhodobé péče a mohla je řešit cíleně na své úrovni.

Podpora péče formou příspěvku na péči

V této oblasti lze uvažovat o změně výše příspěvku na péči v závislosti na využívání terénních či ambulantních služeb, dále lépe a jasněji stanovit kritéria pro jeho přiznání a změnit způsob a rychlost posuzování (pozn. Autorka pracuje jako posudková lékařka, dle jejích pracovních zkušeností není vzácné, že je příspěvek přiznán v neadekvátní výši či se značným zpožděním, kdy od doby žádosti do doby přiznání příspěvku klient zemře).

Výzkum ukazuje, že stav v České republice má v mnoha ohledech skvělé základy, které je potřeba dále rozvíjet a podporovat, abychom předešli stagnaci či dokonce regresi. Navzdory trendu institucionální péče lze zkonstatovat, že je zde pevně ukotvena neformální, typicky rodinná, péče, která je pro fungování systému naprosto nezbytnou součástí, neboť kapacity pobytových služeb jsou omezené a tato péče je finančně nákladná. Z pohledu příjemce dlouhodobé péče je navíc preferovaná, posilovaná touhou trávit zbytek svého života na dobře známých místech obklopen svými blízkými a milovanými.

Jako logická úvaha se tedy nabízí správné nastavení pomoci těmto pečujícím, aby pro ně péče o bližního byla neustálou radostí, ne utrpením s nutností obávat se o vlastní existenci, finanční situaci a své psychické i fyzické zdraví. Česká republika má zavedený systém sociální podpory, ale není ideální, respektive bylo by vhodné lépe definovat jednotlivá kritéria, aby pomoc šla účelně těm, kteří ji doopravdy potřebují. V současnosti má na vyplacení příspěvku na péči každý, kdo je uznán závislým na pomoci jiné osoby (ve stupni I-IV). Pokud příjemce

¹⁹⁸ HORECKÝ, Jiří; POTŮČEK, Martin; CABRNOCH, Milan a KALVACH, Zdeněk. *Reforma dlouhodobé péče pro Českou republiku: jak vyřešit problémy sociálně-zdravotních služeb v ČR a jak nastavit udržitelný systém dlouhodobé péče* [online]. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR, 2021 [cit. 2025-03-19]. ISBN 978-80-88361-14-5. Dostupné z: <https://www.apsscr.cz/media/sluzby/knihovna/odborna-publikacni-cinnost/dokumenty/reforma-dlouhodobpece-pro-ceskou-republiku.pdf>

nevyužívá terénních ani ambulantních služeb a nesdílí s pečující osobou stejnou domácnost, jde opravdu o nezbytnou pomoc, nebo tvoří tyto finance jen jakési přilepšení? Nabízí se otázka, zda poskytovat finance všem, kteří mají nárok, hranice mezi solidaritou sociálního státu a nezodpovědným hospodařením je velice tenká a její vytyčení není snadné.

Průša¹⁹⁹ spatřuje problém v poskytování příspěvku na péči v jeho neadresnosti, kdy je příjemcem fyzická osoba, která tyto finance často pokládá za vylepšení svých příjmů, takže místo toho, aby je investovala zpět do sociálních služeb, například formou využití terénních či ambulantních služeb, používá je na financování výdajů svých, či jiných členů rodiny. Takové chování ale ve svém důsledku vede ke snížení příjmů poskytovatelů sociálních služeb a v extrémním případě i k jejich úbytku, což opět povede k jejich nedostatku, který je na mnoha místech patrný už nyní. Nabízí se tedy možnost úpravy výše příspěvku na péči. Výše v práci zmíněnou rozdílnou výš příspěvku na péči pro osoby starší 18 let ve IV. stupni v závislosti na využití pobytových služeb se zvýhodněním domácí péče je správným krokem, avšak neúplným, neboť úplně stejně by měla být zvýhodněna domácí péče u klientů ve III. stupni závislosti, jako tomu již dříve bylo²⁰⁰. Vyšší částka příspěvku na péči by ale neměla být poskytována automaticky, ale jen v případě doložení využívání terénních či ambulantních služeb.

Toto opatření by mohlo vést k zamezení cíleného sebe obohacujícího jednání všech dotčených osob při pobírání příspěvku na péči, zároveň by podpořilo regionální rozvoj terénních a ambulantních služeb sociální péče.

Další změnou v oblasti příspěvku na péči by mělo být jeho členění, rozdělení do čtyř stupňů nemůže správně a spravedlivě posoudit všechna kritéria, největší slabinou současného nastavení je nesprávné hodnocení u osob s duševním onemocněním, jak napovídá výše zmíněná veřejná zakázka týkající se revize kritérií příspěvku na péči. Mnohem lepší nastavení mají kritéria u příspěvku na péči v Německu, kde je samostatná kategorie „chování a psychické problémy“, která je hodnocena 15 %²⁰¹

Inspiraci lze čerpat též v Rakousku, kde je příspěvek na péči členěn dokonce do sedmi stupňů a mají jasně definovaný minimální rozsah potřebné péče spolu se stanovením minimální výše stupně pro vybraná zdravotní omezení²⁰²

Inspirace německým systémem²⁰³

Nejčastěji diskutovaným modelem, ze kterého by se dala čerpat inspirace pro zlepšení fungování a zvýšení efektivity českého systému, je model německý založený na principu povinného pojištění dlouhodobé péče, který zajišťuje stabilitu a předvídatelnost financování a zahrnuje všechny obyvatele Německa, tedy má široké pokrytí. Je zde i možnost soukromého připojištění péče, kterou si však nemohou dovolit všichni. Jako další výhody lze spatřovat podporu péče v domácím prostředí vedoucí k větší nezávislosti potřebných, určitá forma

¹⁹⁹ PRŮŠA, Ladislav. *Dlouhodobá péče nejen v České republice*. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR, 2021, s. 234. ISBN 978-80-88361-09-1

²⁰⁰ ČELEDOVÁ, Libuše a ČEVELA, Rostislav. *Laskavý průvodce po sociálních dávkách*. Druhé vydání. Praha: Univerzita Karlova, nakladatelství Karolinum, 2020, s. 167. ISBN 978-80-246-4553-7

²⁰¹ PRŮŠA, Ladislav. *Dlouhodobá péče nejen v České republice*. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR, 2021, s. 49. ISBN 978-80-88361-09-1

²⁰² PRŮŠA, Ladislav. *Dlouhodobá péče nejen v České republice*. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR, 2021, s. 59. ISBN 978-80-88361-09-1

²⁰³ HRUŠKA, Lubor a kol. *Komparativní analýza systému pojištění Pflegeversicherung v Německu* [online]. Ostrava: ACCENDO – Centrum pro vědu a výzkum, z. ú., 2022, [cit. 2025-03-20]. Dostupné z: https://seniorivkrajich.mpsv.cz/wp-content/uploads/2022/11/Komparativni-analyza_Pflegeversicherung.pdf

podpory, včetně odlehčovací péče, je poskytnuta též cíleně rodinným pečujícím. Zároveň si ale tento systém neklade za cíl pokrýt všechny náklady, určitý podíl nese také rodina.

Naopak slabými místy systému jsou v první řadě dlouhodobá finanční neudržitelnost vlivem rychlého stárnutí populace a zároveň pomalého zvyšování příspěvků, nerovnoměrná dostupnost služeb v závislosti na jednotlivých spolkových zemích, nedostatek kvalifikovaného personálu vlivem nízkého platového ohodnocení, vysoká administrativní zátěž při posuzování příspěvku na péči.

Posuzování příspěvku na péči provádí ošetřovatel či lékař Lékařské služby, který vykonává osobní prohlídku u klienta v domácnosti, ideálně se zahrnutím ošetřujícího lékaře do posouzení. Hodnotí se celkem šest oblastí (mobilita, kognitivní a komunikační schopnosti, chování a duševní problémy, soběstačnost, zvládnutí onemocnění a léčebných podmínek, každodenní život a společenské kontakty). Příspěvek na péči je následně členěn do pěti stupňů. Hodnotící dále doporučuje preventivní opatření, typ pečovatelské služby včetně rozsahu a navrhuje individuální plán se zohledněním možnosti využívání pomůcek. Konečné rozhodnutí následně vydává tzv. Fond péče.

Využití moderních technologií

21. století nám přináší spoustu inovací a moderních technologií a jak můžeme dnes každý vidět kolem sebe, jejich odmítání by bylo hrubou chybou a podceněním situace, neboť vývoj se nezastaví, ať už s ním souzníme, nebo ne. Pod pojmem moderní technologie se však neskrývají jen věci sloužící k oddechu a pobavení, ale též potenciálně život zachraňující/ulehčující.

Celý koncept asistenčních technologií zaznamenává v posledních letech intenzivní rozmach a pro budoucnost dlouhodobé péče bude hrát klíčovou roli. Lze je implementovat ve všech oblastech, jejich úkolem je zmírnění či odstranění znevýhodňujících bariér každodenního života. S jejich dopomocí lze zvyšovat soběstačnost klientů, zapojení do společnosti a můžou být zdrojem zlepšení či stabilizace fyzického a psychického zdraví každého jednotlivce²⁰⁴

Ne vždy jsou však telemedicína a digitalizace žádoucí, některé věci nejsou nahraditelné ani těmi nejlepšími přístroji. Ve věci žádosti o příspěvek na péči v současnosti proběhne sociální šetření, jehož výsledek je sepsán a spolu s lékařskými zprávami předán k posouzení pracovníkovi IPZS, který má sice zdravotnické či sociálně-zdravotnické vzdělání, ale nikdy klienta neviděl. V tomto případě lze polemizovat, zda lze takto posudek vypracovat správně a jestli časová úspora dána digitalizací s možností vzdáleného posouzení není vykoupena chybami pramenícími z nedostatku osobního kontaktu a nespokojeností klientů s výsledkem posouzení.

Řešení nedostatku pracovníků

Se stále probíhající válkou na Ukrajině (situace ke dni 17. 3. 2025) se i v poskytování dlouhodobé péče nabízí možnost alespoň částečné kompenzace nedostatku pracovníků v sociálních službách, jako se děje např. v Nizozemí či jiných evropských státech. Jak zjistila APSS ve svém šetření,²⁰⁵ za rok 2023 chybělo v sociálních službách skoro 3 000 pracovníků,

²⁰⁴ PRŮŠA, Ladislav. *Sociální služby a asistenční technologie* [online]. Praha: Výzkumný ústav práce a sociálních věcí, v. v. i., 2020 [cit. 2025-03-16]. Dostupné z: https://katalog.vupsv.cz/fulltext/PB_06-2020.pdf

²⁰⁵ HORECKÝ, Jiří; PRŮŠA, Ladislav. *V sociálních službách chybělo téměř 3 000 pracovníků, jak ukázal průzkum APSS ČR* [online]. 7. srpna 2024 [cit. 2025-03-17]. Dostupné z: <https://www.apsscr.cz/blog/v-socialnich-sluzbach-chybi-trikrat-vice-pracovniku-nez-v-roce-2020>

jedním z důvodů může být, že jde o práci fyzicky i psychicky namáhavou, přitom však špatně finančně ohodnocenou. Totéž šetření shodně uvádí naději v řešení nedostatku pracovních sil formou **legální** migrace, bez zacílení na konkrétní zemi. Jako souběžné řešení je v tomto šetření uváděna nutnost zvyšovat finanční prostředky a snižovat fyzickou a psychickou zátěž pracovníků, což by mělo mít za následek vyšší atraktivitu profese a vedlo by ke snížení nedostatku pracovníků.

Návrh řešení pro Českou republiku

V rámci návrhu změny pro Českou republiku lze usoudit, že klíčovou otázkou je vytvoření samostatného zákona o dlouhodobé péči. Tento zákon by měl, mimo jiné, vyřešit a stabilizovat financování dlouhodobé péče, ať už jde o pojištění dlouhodobé péče či lepší možnosti financování pracovníků ve službách dlouhodobé péče tak, aby tato práce získala větší atraktivitu vedoucí ke snížení nedostatku pracovníků. Další možností by mohlo být definování podmínek a požadavků na pracovníky z cizích zemí, aby mohli být začleněni a opět mohli pomoci překlenout nedostatek.

(Spolu)financování příspěvku na péči/institucionální péče (a celého systému dlouhodobé péče) by mělo být uzákoněno ve formě pojištění dlouhodobé péče s povinným základem, který by byl pro všechny, a s možností soukromého připojištění (takové připojištění by pak mělo mít vyšší finanční plnění, než mandatorní minimum). Pojištění by mělo být nastaveno v dostatečné výši, která bude reflektovat současný stav i predikovaný demografický vývoj do budoucnosti.

Svobodná volba klienta má být samozřejmě zachována a takový systém by mohl vést k vyšší flexibilitě trhu a větším možnostem klientů a tím i lepší spokojenosti. Příspěvek na péči by však měl být rozdělen do více stupňů se zohledněním duševních onemocnění, které v současném českém modelu chybí. V rámci posuzování pro účely příspěvku na péči by mělo být zachováno sociální šetření v domácnosti žadatele, ale mělo by být prováděno konkrétní osobou, která bude následně žádost posuzovat. Zprávy od ošetřujících lékařů, ať praktických či specialistů, by stačilo přiložit k žádosti. Takový model by pravděpodobně zvýšil administrativní zátěž ve věci posuzování, mohl by ale vést k větší přesnosti, adresnosti a tím i větší spokojenosti ze strany klientů, čímž by mohla být eliminována odvolání při nesouhlasu s posouzenou výší závislosti.

Rozdílná výše příspěvku, tak jak je nyní, by měla být zachována, členění by však mělo zohledňovat využívání terénních či ambulantních služeb, při potvrzení o jejich využití by měla být částka vyšší, než při čistě rodinné/dobrovolnické péči.

Moderní technologie by měly být používány jako nástroj ke zlepšení či zjednodušení péče či administrativy, ne jako nástroj vedoucí k odosobnění a k náhradě lidského kontaktu.

Závěr, zhodnocení cílů a hypotéz

Jako cíl práce bylo stanoveno nejenom teoretické zmapování současného stavu a porovnat jej se zahraničními státy, ale hlavně identifikace problémů a hledání řešení s konkrétními návrhy na změnu.

V České republice citelně chybí legislativní rámec, který by, formou zákona o dlouhodobé péči, vymezil současný stav dlouhodobé péče a dodal zákonnou oporu k řešení problematiky dlouhodobě udržitelného financování s uzákoněním povinného pojištění dlouhodobé péče. Dále by měl jasně definovat kompetence příslušných ministerstev (MPSV, MZ) a rozšířit pravomoc a zodpovědnost jednotlivých obcí. Měl by také definovat opatření vedoucí k lepším platovým podmínkám pracovníků v oblasti dlouhodobé péče s cílem řešení jejich nedostatku.

Nutná je také změna posuzování pro účely příspěvku na péči, kdy by mělo dojít k rozšíření ze stávajících čtyř stupňů a v posudkových kritériích by měla být zhodnocena také duševní onemocnění. Současná forma sociálního šetření by měla být zachována, ale pod podmínkou, že posouzení a sociální šetření musí provést ten samý pracovník.

Hypotézy praktické části práce

Na základě dotazníkového šetření byly stanoveny celkem čtyři hypotézy (H1-H4). H1 zkoumala vztah mezi vnímaným pracovním stresem a hodnocením kvality poskytované péče, H2 vztah mezi pracovním prostředím a hodnocením kvality poskytované péče, H3 vliv existence elektronického systému na problémy při předávání informací a H4 vztah mezi existencí koordinace zdravotnické a sociální péče a mezioborovou spoluprací. Ačkoli dotazníkové šetření jakožto kvantitativní nemůže nikdy poskytnout natolik přesné informace, jako metody kvalitativní, výsledky jsou zajímavé. U hypotézy H1 je pozitivní zjištění, že i když pracovníci vnímají intenzivní pracovní stres, nemá to hodnotu na jejich náhled na kvalitu poskytované péče, jinými slovy, starají se o své klienty stejně kvalitně, jako kdyby měli stresu méně. U hypotézy H2 se potvrdila myšlenka příjemného pracovního prostředí jakožto možného faktoru pozitivně ovlivňujícího kvalitu poskytované péče, tedy mají-li zaměstnanci vhodně a příjemně vybavené prostory, mohou vnímat lepší poskytování péče směrem ke klientům. V rámci otázky integrace byla u hypotézy H3 testována myšlenka, že existence elektronického sdělovacího systému, nemá vliv na četnost problémů při předávání informací. Očekávání se nepotvrdilo, dle našeho výpočtu nemá sdílený systém vliv na kvalitu předávání informací. Poslední Hypotéza H4 hledala vztah mezi koordinací péče uvnitř zařízení a spoluprací s odborníky jiných oborů. Výsledek naznačuje, že v organizacích s nějakou formou vnitřní koordinace je pravděpodobnější také existence multioborové spolupráce.

Na závěr praktické části jsou přiloženy odpovědi ředitele MSSS, Ing. Trojny, ze kterých lze usuzovat, že o technických či personálních problémech ve své organizaci ví, má o nich přehled a snaží se je postupně, ale aktivně, řešit, což je pozitivní zpráva.

Souhrn

Předkládaná práce pojednává o možnostech poskytování dlouhodobé péče, hledá slabá a silná místa a také zahraniční inspiraci k danému tématu. Ačkoli téma bylo původně zvoleno náhodně, jako jedno z možných, autorka má v malé míře s dlouhodobou péčí také zkušenost, ať už jako pečující, kdy se během studia jako dobrovolnice starala o klientku s roztroušenou sklerózou upoutanou na invalidní vozík, tak pracovní, jako posudková lékařka.

Nejprve bylo nutné ukázat současnou demografii spolu s nastíněním prognózy budoucího vývoje a také vymezit, koho se dlouhodobá péče týká, kdo je jejím typickým klientem. Plynule následovalo shrnutí pojmu dlouhodobá péče jako takového, včetně nejrozumnějších mezinárodních definic.

Další části práce se zabývají dlouhodobou péčí jak v českém, tak celosvětovém kontextu, se zaměřením na poskytování péče v rámci Evropské Unie, specificky u čtyř sousedních států České republiky. Tato část umožňuje srovnání jednotlivých systémů, odhalení silných a slabých stránek a pomáhá k hledání inspirace integrace dlouhodobé péče v České republice.

Poslední kapitola teoretické části shrnuje, byť v omezené míře, péči paliativní, jakožto specifickou součást péče dlouhodobé.

Navazující praktická část následně zkoumá fungování institucionální péče na Mostecku, stanovuje hypotézy, klade otázky a snaží se najít odpovědi.

Diskuse a navazující závěr hledají možnosti úpravy systému dlouhodobé péče v ČR se snahou najít inspiraci v modelu sousedního Německa. Výsledkem je návrh reformy s vytvořením zákona o dlouhodobé péči jako právní normy.

Dlouhodobá péče je téma velice obsáhlé a hojně debatované, o kterém již toho bylo mnoho napsáno a jistě ještě bude. Práce si tak stanovuje cíl zařadit se vedle ostatních publikací a přinést nové informace o integraci sociálně-zdravotního pomezí péče, jakožto nově legislativně ustanoveného.

Summary

The presented work discusses the possibilities of providing long-term care, identifying its strengths and weaknesses, and exploring international inspirations on the topic. Although the subject was initially chosen randomly as one of several options, the author has some personal experience with long-term care—both as a caregiver, having volunteered during her studies to care for a client with multiple sclerosis confined to a wheelchair, and professionally, as a medical assessor.

First, it was necessary to present the current demographic situation along with projections for future developments and to define who long-term care concerns and who its typical recipients are. This was followed by a summary of the concept of long-term care itself, including various international definitions.

Subsequent sections of the work examine long-term care in both the Czech and global contexts, with a focus on care provision within the European Union, specifically in the four neighboring countries of the Czech Republic. This part allows for comparisons between different systems, identifying their strengths and weaknesses, and serves as a source of inspiration for integrating long-term care in the Czech Republic.

The final chapter of the theoretical section briefly addresses palliative care as a specific component of long-term care.

The following practical section then explores the functioning of institutional care in the Most district, formulates hypotheses, poses questions, and seeks answers.

The discussion and the subsequent conclusion explore possible modifications to the long-term care system in the Czech Republic, seeking inspiration from the neighboring German model. The outcome is a proposal for reform, including the creation of a Long-Term Care Act as a legal framework.

Long-term care is a vast and widely debated topic, with extensive literature already written and much more to come. The aim of this work is to contribute to the existing body of research and provide new insights into the integration of social and healthcare services, now newly established within the legislative framework.

Seznam použité literatury:

1. ARIAS, Natalia; GARRALDA, Eduardo; RHEE, John Y.; et al. *EAPC Atlas of Palliative Care in Europe 2019* [online]. Vilvoorde: EAPC Press, 2019, [cit. 2025-03-12]. ISBN 978-94-6388-344-3. Dostupné z: <http://hdl.handle.net/10171/56787>
2. Cesta domů. Paliativní péče [online]. Praha: Cesta domů, 2024 [cit. 2025-03-14]. Dostupné z: <https://www.umirani.cz/rady-a-informace/paliativni-pece>
3. COLOMBO, Francesca. *Help wanted?: providing and paying for long-term care*. OECD health policy studies [online]. Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development, 2011 [cit. 2025-01-08]. ISBN 978-92-64-09758-2. Dostupné z: <http://dx.doi.org/10.1787/9789264097759-en>
4. ČELEDOVÁ, Libuše a ČEVELA, Rostislav. *Laskavý průvodce po sociálních dávkách*. Druhé vydání. Praha: Univerzita Karlova, nakladatelství Karolinum, 2020. ISBN 978-80-246-4553-7
5. ČESKÁ ALZHEIMEROVSKÁ SPOLEČNOST. *Domovy pro seniory* [online] [cit. 10. 3. 2025]. Dostupné z: <https://www.alzheimer.cz/pro-rodinne-pecujici/kde-hledat-pomoc/socialni-sluzby/domovy-pro-seniory/>
6. ČESKÁ REPUBLIKA. *Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách* [online] [cit. 2025-03-12]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-108#cast3>
7. ČESKÁ REPUBLIKA. *Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování* [online] [cit. 2025-03-12]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-372#cast2>
8. ČESKÁ REPUBLIKA. *Zákon č. 38/2025 Sb., kterým se mění zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů, a další související zákony* [online]. [cit. 2025-03-15]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2025-38#cast1>
9. ČESKÁ REPUBLIKA. *Zákon č. 48/1997 Sb. Zákon o veřejném zdravotním pojištění*. Zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů [online] [cit. 2025-03-12]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/1997-48?text=z%C3%A1kon+o+ve%C5%99ejn%C3%A9m+zdravotn%C3%ADm+poji%C5%A1t%C4%9Bn%C3%AD>
10. ČESKÁ SPOLEČNOST PALIATIVNÍ MEDICÍNY. *Co chceme* [online]. [cit. 2025-03-01]. Dostupné z: <https://www.paliativnimedicina.cz/co-chceme>
11. ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD. *Seniři v ČR v datech 2023* [online]. Lidé a společnost. Praha: Český statistický úřad, 2023. ISBN 978-80-250-3433-0. Dostupné z: <https://csu.gov.cz/produkty/seniři-v-cr-v-datech-ajnoatmxkq>
12. ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD. *Vybrané údaje o sociálním zabezpečení za rok 2022* [online]. Sociální zabezpečení. Praha: Český statistický úřad, 2023 [cit. 2025-03-11] ISBN 978-80-250-3437-8. Dostupné z: <https://csu.gov.cz/docs/107508/57a796d9-14b1-1eb9-d538-83e3a9f71827/19002923.pdf?version=1.0>
13. ČEVELA, Rostislav; KALVACH, Zdeněk a ČELEDOVÁ, Libuše. *Sociální gerontologie: úvod do problematiky*. Praha: Grada, 2012. ISBN 978-80-247-3901-4
14. DA ROIT, Barbara a LE BIHAN, Blanche. *Cash for long-term care: Policy debates, visions, and designs on the move* [online]. *Social Policy & Administration*. 2019, roč. 53, č. 4, s. 519-536 [cit. 2025-03-01]. ISSN 0144-5596. Dostupné z: <https://doi.org/10.1111/spol.12506>
15. DA ROIT, Barbara a VAN BOCHOVE, Marianne. *Migrant Care Work Going Dutch? The Emergence of a Live-in Migrant Care Market and the Restructuring of the Dutch Long-term Care System* [online]. *Social Policy & Administration*. 2017, roč. 51, č. 1, s. 76-94 [cit. 2025-03-14]. ISSN 0144-5596. Dostupné z: <https://doi.org/10.1111/spol.12174>

16. DIAKONIE ČCE – STŘEDISKO PRAHA. *Domov pro osoby se zdravotním postižením, Praha – Dolní Počernice* [online]. Praha: Diakonie ČCE – středisko Praha, [cit. 2025-03-10]. Dostupné z: <https://praha.diakonie.cz/sluzba-oj/domov-pro-osoby-se-zdravotnim-postizenim-zvonek-praha-9-dolni-pocernice/>
17. DIECÉZNÍ CHARITA BRNO. *Jak funguje domácí hospicová péče* [online]. Brno: Diecézní charita Brno, [cit. 2025-03-16]. Dostupné z: <https://dchb.charita.cz/co-delame/pece-o-nevylecitelne-nemocne/jak-funguje-domaci-hospicova-pece/>
18. DIGITÁLNÍ A INFORMAČNÍ AGENTURA. *Kontrola využívání příspěvku na péči* [online]. Portál veřejné správy [cit. 2025-03-14]. Dostupné z: <https://portal.gov.cz/sluzby-vs/kontrola-vyuzivani-prispevku-na-peci-S15577>
19. DOŽÍT DOMA [online]. Dožít doma 2023 [cit. 2025-03-16]. Dostupné z: <https://dozitdoma.cz/>
20. EVROPSKÁ KOMISE. *Vaše práva v oblasti sociálního zabezpečení v Polsku* [online]. Generální ředitelství pro zaměstnanost, sociální věci a sociální začlenění, červenec 2012 [cit. 2025-03-01]. Dostupné z: https://ec.europa.eu/employment_social/empl_portal/SSRinEU/Your%20social%20security%20rights%20in%20Poland_cs.pdf
21. FINK, Marcel; VALKOVA, Katarina. *ESPN Thematic Report on Challenges in Long-Term Care: Austria* [online]. EUROPEAN COMMISSION Directorate-General for Employment, Social Affairs and Inclusion Directorate C — Social Affairs. 2018 [cit. 2025-03-10]. Dostupné z: https://ec.europa.eu/social/main.jsp?pager.offset=20&advSearchKey=espnltc_2018&mode=advancedSubmit&catId=22&policyArea=0&policyAreaSub=0&country=0&year=0&iframe=true
22. GERBERY, Daniel; BEDNÁRIK, Rastislav. *ESPN Thematic Report on Challenges in Long-Term Care: Slovakia* [online]. EUROPEAN COMMISSION Directorate-General for Employment, Social Affairs and Inclusion Directorate C — Social Affairs. 2018 [cit. 2025-03-10]. Dostupné z: https://ec.europa.eu/social/main.jsp?pager.offset=20&advSearchKey=espnltc_2018&mode=advancedSubmit&catId=22&policyArea=0&policyAreaSub=0&country=0&year=0&iframe=true
23. GERLINGER, Thomas. *ESPN Thematic Report on Challenges in Long-Term Care: Germany* [online]. EUROPEAN COMMISSION Directorate-General for Employment, Social Affairs and Inclusion Directorate C — Social Affairs 2018 [cit. 2025-03-10]. Dostupné z: https://ec.europa.eu/social/main.jsp?pager.offset=20&advSearchKey=espnltc_2018&mode=advancedSubmit&catId=22&policyArea=0&policyAreaSub=0&country=0&year=0&iframe=true
24. GOODBYE.CZ. *Často kladené otázky – Hospicy v ČR* [online]. [cit. 2025-03-14]. Dostupné z: <https://goodbye.cz/seznam-hospicu/>
25. HAŠKOVCOVÁ, Helena. *České ošetřovatelství*. 10, Manuálek sociální gerontologie. Praktické příručky pro sestry. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 2002. ISBN 80-7013-363-5
26. HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Fenomén stáří*. Vyd. 2., podstatně přeprac. a dopl. Praha: Havlíček Brain Team, 2010. ISBN 978-80-87109-19-9
27. HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Sociální gerontologie* [online]. Galén, 2012 [cit. 2025-03-02]. ISBN 978-80-7492-058-5. Dostupné z: <https://www.bookport.cz/kniha/socialni-gerontologie-3657/>
28. HOFSCHNEIDEROVÁ, Anna; MATIAŠKO, Maroš. *Institucionalizace, postižení a stárnutí: Ústavní péče o starší osoby v České republice* [online]. Fórum pro lidská

- práva; Validity Foundation, září 2021 [cit. 2025-03-01]. Dostupné z: <https://validity.ngo/wp-content/uploads/2021/11/CZ-Older-persons-with-disabilities-and-DI-Report.pdf>
29. HOLMEROVÁ, Iva. *Dlouhodobá péče: geriatrické aspekty a kvalita péče*. Praha: Grada Publishing, 2014. ISBN 978-80-247-5439-0
 30. HOLMEROVÁ, Iva. *Testovník: soubor testů pro gerontologii*. 2. dopl. vyd. Praha: Česká alzheimerská společnost, 2003. ISBN 80-86541-11-8
 31. HORECKÝ, Jiří; POTŮČEK, Martin; CABRNOCH, Milan a KALVACH, Zdeněk. *Reforma dlouhodobé péče pro Českou republiku: jak vyřešit problémy sociálně-zdravotních služeb v ČR a jak nastavit udržitelný systém dlouhodobé péče* [online]. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR, 2021 [cit. 2025-03-19]. ISBN 978-80-88361-14-5. Dostupné z: <https://www.apsscr.cz/media/sluzby/knihovna/odborna-publikacni-cinnost/dokumenty/reforma-dlouhodobpece-pro-ceskou-republiku.pdf>
 32. HORECKÝ, Jiří; PRŮŠA, Ladislav. *V sociálních službách chybělo téměř 3 000 pracovníků, jak ukázal průzkum APSS ČR* [online]. 7. srpna 2024 [cit. 2025-03-17]. Dostupné z: <https://www.apsscr.cz/blog/v-socialnich-sluzbach-chybi-trikrat-vice-pracovniku-nez-v-roce-2020>
 33. HOSPIC SV. JIŘÍ, O.P.S. *Papučový den připomíná důležitost domácí péče pro nevyléčitelně nemocné* [online]. 8. října 2024 [cit. 2025-03-14]. Dostupné z: <https://www.hospiccheb.cz/aktuality/papucovy-den-pripomina-dulezitost-domaci-pece-pro-nevylecitelne-nemocne>
 34. HRABÁNKOVÁ, Kateřina. *Senioři mají zájem o AI, kurzy hlásí plno* [online]. ČT24, 16. února 2025 [cit. 2025-03-14]. <https://ct24.ceskatelevize.cz/clanek/domaci/seniori-maji-zajem-o-ai-kurzy-hlasi-plno-358098>
 35. HRUŠKA, Lubor a kol. *Komparativní analýza systému pojištění Pflegeversicherung v Německu* [online]. Ostrava: ACCENDO – Centrum pro vědu a výzkum, z. ú., 2022, [cit. 2025-03-20]. Dostupné z: https://seniorivkrajich.mpsv.cz/wp-content/uploads/2022/11/Komparativni-analyza_Pflegeversicherung.pdf
 36. HRUŠKOVÁ, Adriána. *Paliativna starostlivosť v Slovenskej republike a možnosti sociálnej práce - komparácia vybraných aspektov s Českou republikou* [online]. Diplomová práce, vedoucí Cimrmannová, Tereza. Univerzita Karlova, Husitská teologická fakulta, HTF - Katedra psychosociálních věd a etiky, 2017 [cit. 2025-03-10]. Dostupné z: <https://dspace.cuni.cz/handle/20.500.11956/86999>
 37. HSU, Hui-Chuan a CHEN, Chen-Fen. *LTC 2.0: The 2017 reform of home- and community-based long-term care in Taiwan* [online]. *Health Policy*. 2019, roč. 123, č. 10, s. 912-916 [cit. 2025-03-03]. ISSN 01688510. Dostupné z: <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2019.08.004>
 38. ISPV. *Intuice místo odbornosti může škodit. Ombudsman zjistil špatné zacházení ve dvou z jedenácti domovů pro lidi s demencí* [online]. *Revue pro sociální politiku a výzkum*, 29. června 2024 [cit. 2025-01-12]. Dostupné z: <https://socialnipolitika.eu/2024/06/ve-dvou-z-jedenacti-navstivenych-domovu-pro-lidi-s-demenci-zjistil-ombudsman-spatne-zachazeni-s-klienty/>
 39. JANEČKOVÁ, Hana; DRAGOMIRECKÁ, Eva a JIRKOVSKÁ, Blanka. *Výzkumy v oblasti neformální péče o seniory v České republice na počátku 21. století* [online]. *Sociální práce/Sociálna práca*. 2017, roč. 17, č. 6, s. 42-59 [cit. 2025-03-08]. ISSN 1805-885X. Dostupné z: <https://socialniprace.cz/wp-content/uploads/2020/11/2017-6.pdf>
 40. JANEČKOVÁ, Marcela a VEPŘKOVÁ, Radka. *Integrace péče – reflexe stavu v ČR: Zpráva z výzkumu* [online]. Praha: Fakulta humanitních studií Univerzity Karlovy,

- únor 2017 [cit. 2025-03-02]. Dostupné z: <https://tarantula.ruk.cuni.cz/AKTUALITY-4286-version1-vyzkumna-zprava-integrace-pece.pdf>
41. JIRÁK, Roman; HOLMEROVÁ, Iva; ČELEDOVÁ, Libuše; KALVACH, Zdeněk; ZAVÁZALOVÁ, Helena et al. *Křehký pacient a primární péče* [online]. Grada, 2012 [cit. 2025-02-27]. ISBN 978-80-247-7628-6. Dostupné z: <https://www.bookport.cz/kniha/krehky-pacient-a-primarni-pece-768/>
42. KABELKA, Ladislav. *Jak vznikala specializovaná paliativní péče v České republice* [online]. Paliativní medicína, 2020 [cit. 2025-03-05]. Dostupné z: <https://trebic.charita.cz/res/archive/020/002542.pdf?seek=1626075959>
43. KALVACH, Zdeněk. Ke konceptu dlouhodobé péče. In: CABRNOCH, Milan. *Dlouhodobá péče v politice ODS a EKR*. Praha: CEVRO - Liberálně-konzervativní akademie, 2010, s. 41-50. ISBN 978-80-86816-28-9
44. KALVACH, Zdeněk. *Medicína dlouhodobé péče*. Praha: Grada, 2025. ISBN 978-80-271-5031-1
45. KELDERS, Ymke; DE VAAN, Katrien. *ESPN Thematic Report on Challenges in Long-Term Care: Netherlands* [online]. EUROPEAN COMMISSION Directorate-General for Employment, Social Affairs and Inclusion Directorate C — Social Affairs. 2018 [cit. 2025-03-10]. Dostupné z https://ec.europa.eu/social/main.jsp?pager.offset=20&advSearchKey=espnltc_2018&mode=advancedSubmit&catId=22&policyArea=0&policyAreaSub=0&country=0&year=0&iframe=true
46. KIM, Hongsoo; JEON, Boyoung; FRISINA DOETTER, Lorraine; TAMIYA, Nanako a HASHIMOTO, Hideki. *Same same but different? Comparing institutional performance in the long-term care systems of Japan and South Korea* [online]. *Social Policy & Administration*. 2022, roč. 56, č. 1, s. 148-162 [cit. 2025-03-08]. ISSN 0144-5596. Dostupné z: <https://doi.org/10.1111/spol.12761>
47. KOLÁŘOVÁ, Zdenka. *Práce nadšenců pomáhá dalšímu rozvoji hospicové péče v ČR* [online]. *Medical Tribune*. 1. srpna 2024 [cit. 2025-03-14]. Dostupné z: <https://www.tribune.cz/zdravotnictvi/prace-nadsencu-pomaha-dalsimu-rozvoji-hospicove-pece-v-cr/>
48. KOLLAK, Ingrid (ed.). *Safe at home with assistive technology* [online]. Springer International Publishing AG, 2017 [cit. 2025-03-05]. Dostupné z: <https://ebookcentral.proquest.com/lib/cuni/detail.action?docID=4774810>
49. KRÁSA, Václav; HORECKÝ, Jiří; BEZDĚK, Vladimír a POTŮČEK, Martin. *Pojištění dlouhodobé péče v ČR* [online]. Studie. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR, 2020 [cit. 2025-03-14]. ISBN 978-80-88361-07-7. Dostupné z: <https://www.apsscr.cz/files/files/Pojisteni-studie-final.pdf>
50. KRAUS, Markus a RIEDEL, Monika. *Three dimensions of long-term care provision in middle-income countries—A view across Africa, Latin America and Asia* [online]. *International Journal of Social Welfare*. 2022, roč. 31, č. 4, s. 506-519 [cit. 2025-03-03]. ISSN 1369-6866. Dostupné z: <https://doi.org/10.1111/ijsw.12537>
51. KUT CITORES, Felipe. *Řešení pro sociálně zdravotní pomezí. Možná už od roku 2025* [online]. *Medical Tribune*, 18. dubna 2024 [cit. 2025-02-10]. Dostupné z: <https://www.tribune.cz/zdravotnictvi/reseni-pro-socialne-zdravotni-pomezí-mozna-uz-od-roku-2025/>
52. KUZNÍKOVÁ, Iva. *Sociální práce ve zdravotnictví* [online]. Grada, 2011 [cit. 2025-03-02]. ISBN 978-80-247-7067-3. Dostupné z: <https://www.bookport.cz/kniha/socialni-prace-ve-zdravotnictvi-629/>
53. KUŽELOVÁ, Marie. *Služby domácích hospiců hradí pojišťovny čím dál více klientům* [online]. *Novinky.cz* 8. října 2024 [cit. 2025-03-14]. Dostupné z:

- <https://www.novinky.cz/clanek/domaci-sluzby-domacich-hospicu-hradi-pojistovny-cim-dal-vice-klientum-40491624>
54. LE BIHAN, Blanche; DA ROIT, Barbara a SOPADZHIYAN, Alis. *The turn to optional familialism through the market: Long-term care, cash-for-care, and caregiving policies in Europe* [online]. *Social Policy & Administration*. 2019, roč. 53, č. 4, s. 579-595 [cit. 2025-03-05]. ISSN 0144-5596. Dostupné z: <https://doi.org/10.1111/spol.12505>
55. LOUČKA, Martin; HOUSKA, Adam; TREFNÁ, Klára a SLÁMA, Tomáš. *Organizace mobilní specializované paliativní péče v Evropě* [online]. Praha: Centrum paliativní péče, 2015 [cit. 2025-03-16]. Dostupné z: https://is.vszdrav.cz/el/vsz/leto2021/VSPAPE7437/um/organizace_mobilni_specializovane_paliativni_pece_v_evrope.pdf
56. ŁUCZAK, Paweł. *How do pension and healthcare systems frame long-term care policy? Comparison of the Czech Republic and Poland* [online]. *Social Policy & Administration*. 2018, roč. 52, č. 7, s. 1396-1409, . [cit. 2025-03-14]. ISSN 0144-5596. Dostupné z: <https://doi.org/10.1111/spol.12399>
57. MALÍKOVÁ, Eva. *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*. Sestra. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3148-3
58. MATOUŠEK, Oldřich. *Sociální služby* [online]. Portál, 2011 [cit. 2025-03-02]. ISBN 978-80-262-0237-0. Dostupné z: <https://www.bookport.cz/kniha/socialni-sluzby-3247/>
59. MERAN, Johannes G. *Editorial Palliative Care Ausbildung in Österreich – die Aufgabe Empathie und Wissenschaft zu verbinden – der 3. Intensivlehrgang Palliativmedizin* [online]. *Wiener Medizinische Wochenschrift*. 2010, roč. 160, č. 3-4, s. 61-63 [cit. 2025-03-14]. ISSN 0043-5341. Dostupné z: <https://doi.org/10.1007/s10354-010-0751-z>
60. MĚSTO MEZIBOŘÍ. *Pečovatelská služba Meziboří* [online]. Meziboří: Město Meziboří [cit. 2025-03-12]. Dostupné z: <https://www.mezibori.cz/pecovatelska-sluzba-mezibori/os-1009>
61. MĚSTSKÁ SPRÁVA SOCIÁLNÍCH SLUŽEB V MOSTĚ – PŘÍSPĚVKOVÁ ORGANIZACE. *MSSS v Mostě – p. o., se zapojila do projektu Zavádění digitalizace při zefektivňování pečovatelských služeb na území Ústeckého kraje* [online]. *Harmonie třetího věku*. 89. vydání, červenec 2023, s. 4–5 [cit. 2025-03-16]. Dostupné z: https://msss-most.cz/harmonie/10/harmonie_89.pdf
62. MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ ČR. *Analýza financování sociálních služeb* [online]. Praha: MPSV, srpen 2019 [cit. 2025-03-09]. Dostupné z: https://www.mpsv.cz/cms/documents/90b2136b-c951-97e7-1762-a6b9d4f2ab3a/Anal%C3%BDza+financov%C3%A1n%C3%AD+soci%C3%A1ln%C3%ADch+slu%C5%BEeb_2019.pdf
63. MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ ČR. *Národní strategie rozvoje sociálních služeb na období 2016–2025* [online]. Praha: MPSV, 2015 [cit. 2025-03-01]. ISBN 978-80-7421-126-3. Dostupné z: <https://www.mpsv.cz/documents/20142/577769/NSRSS.pdf>
64. MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ ČR. *Sociální služby* [online]. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR [cit. 2025-03-10]. Dostupné z <https://www.mpsv.cz/socialni-sluzby-1#sszp>
65. MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ. *Na financování sociálních služeb dá MPSV příští rok rekordních 26,4 miliard korun, další peníze lze získat z evropských zdrojů* [online]. 20. listopadu 2023 [cit. 2025-03-16]. Dostupné z: <https://www.mpsv.cz/na-financovani-socialnich-sluzeb-da-mpsv-pristi-rok-rekordnich-26-4-miliard-korun-dalsi-penize-lze-ziskat-z-evropskych-zdroju>

66. MINISTERSTVO PRÁCE, SOCIÁLNÝCH VECÍ A RODINY SLOVENSKEJ REPUBLIKY; MINISTERSTVO ZDRAVOTNÍCTVA SLOVENSKEJ REPUBLIKY. *Stratégia dlhodobej starostlivosti v Slovenskej republike: Integrovaná sociálno-zdravotná starostlivosť* [online]. Bratislava: 2021 [cit. 2025-03-05]. Dostupné z: <https://gov.sk>
67. MINISTERSTVO PRO MÍSTNÍ ROZVOJ ČR. *MMR: Zajistíme lepší regionální dostupnost hospicové a paliativní péče. Připraveno máme 280 milionů korun* [online]. Ministerstvo pro místní rozvoj ČR 16. února 2023 [cit. 2025-03-14]. Dostupné z: <https://mmr.gov.cz/cs/ostatni/web/novinky/mmr-zajistime-lepsi-regionalni-dostupnost-hospicov>
68. MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČESKÉ REPUBLIKY. *Druhy zdravotní péče* [online]. 31. října 2012 [cit. 2025-03-09]. Dostupné z: <https://mzd.gov.cz/druhy-zdravotni-pece/>
69. MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČESKÉ REPUBLIKY. *Strategický rámec rozvoje péče o zdraví v České republice do roku 2030* [online]. Praha: MZ ČR, 2020 [cit. 2025-03-12]. Dostupné z: <https://zdravi2030.mzcr.cz/zdravi-2030-strategicky-ramec.pdf>
70. MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČESKÉ REPUBLIKY. *Vzdělávací program nástavbového oboru paliativní medicína* [online]. Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2021 [cit. 2025-03-10]. Dostupné z: <https://www.paliativnimedicina.cz/files/paliativni-medicina-2021-vzdelavaci-program.pdf>
71. MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČR; ZDRAVOTNÍ POJIŠŤOVNY; ČESKÁ SPOLEČNOST PALIATIVNÍ MEDICÍNY ČLS JEP. *Memorandum o spolupráci na systematickém rozvoji paliativní péče v ČR* [online]. Praha, 30. července 2019 [cit. 2025-03-11]. Dostupné z: <https://mzd.gov.cz>
72. NERUDA, Jan. *Knihy veršů* [online]. Vyd. 2. V Praze: Grégr a Ferd. Dattel, 1873 [cit. 2025-03-12]. Dostupné z: <http://krameriusndk.nkp.cz/search/handle/uuid:27ca5f00-fbf9-11e4-92a1-5ef3fc9bb22f>
73. OECD. *Health at a Glance 2021: OECD Indicators* [online]. Paris: OECD Publishing, 2021 [cit. 2024-12-10]. ISBN 978-92-64-48091-9. Dostupné z: https://www.oecd.org/en/publications/health-at-a-glance-2021_ae3016b9-en.html
74. OECD. *The Economics of Patient Safety Part III: Long-Term Care – Valuing Safety for the Long Haul* [online]. Paris: OECD Publishing, 2020 [cit. 2025-03-16]. Dostupné z: <https://dx.doi.org/10.1787/be07475c-en>
75. PEČUJ DOMA. *Slovníček sociálních služeb* [online] [cit. 2025-03-16]. Dostupné z: <https://www.pecujdoma.cz/nase-sluzby/poradna/slovnicek-socialnich-sluzeb/>
76. PLOCKOVÁ, Jana. *Současný legislativní rámec paliativní péče ve vybraných zemích EU* [online]. Č. Budějovice, 2019 [cit. 2025-03-14]. Bakalářská práce, vedoucí Pavelková, Martina. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Teologická fakulta. Dostupné z: <https://theses.cz/id/xvsom6/>
77. POSLANECKÁ SNĚMOVNA PARLAMENTU ČESKÉ REPUBLIKY. *Vládní návrh zákona, kterým se mění zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů, zákon č. 329/2011 Sb., o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením a o změně souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů, a další související zákony* [online]. 2024 [cit. 2025-03-20]. Dostupné z: <https://www.psp.cz/sqw/text/orig2.sqw?idd=245490>
78. PRŮŠA, Ladislav. *Dlouhodobá péče nejen v České republice*. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR, 2021. ISBN 978-80-88361-09-1

79. PRŮŠA, Ladislav. *Ekonomická efektivita zajišťování péče o příjemce příspěvku na péči* [online]. Praha: VÚPSV, 2013 [cit. 2025-03-14]. ISBN 978-80-7416-120-9. Dostupné z: https://katalog.vupsv.cz/Fulltext/vz_357.pdf
80. PRŮŠA, Ladislav. *Sociální služby a asistenční technologie* [online]. Praha: Výzkumný ústav práce a sociálních věcí, v. v. i., 2020 [cit. 2025-03-16]. Dostupné z: https://katalog.vupsv.cz/fulltext/PB_06-2020.pdf
81. PŘECECHTĚL, Šimon; HLUŠTÍKOVÁ, Karolína. *Dostupnost lůžkové a hospicové péče* [online]. Iniciativa pro efektivní zdravotnictví, 13. února 2025 [cit. 2025-03-14]. Dostupné z: <https://www.efektivnizdravotnictvi.cz/post/dostupnost-luzkove-a-hospicove-pece>
82. RADBRUCH, Lukas a PAYNE, Sheila. *Standardy a normy hospicové a paliativní péče v Evropě: doporučení Evropské asociace pro paliativní péči* [online]. [Praha]: Cesta domů, 2010 [cit. 2025-03-05]. ISBN 978-80-904516-1-2. Dostupné z: <https://www.cestadomu.cz/publikace/standardy-a-normy-hospicove-a-paliativni-pece-v-evrope>
83. REKTOROVÁ, Irena. *Screeningové škály pro hodnocení demence* [online]. Neurologie pro praxi, 2011, roč. 12, Suppl. G, s. 37–45 [cit. 2025-03-17]. Dostupné z: <https://www.neurologiepropraxi.cz/pdfs/neu/2011/92/11.pdf>
84. SAFUTA, Anna. *When policy entrepreneurs fail: Explaining the failure of long-term care reforms in Poland* [online]. *Social Policy & Administration*. 2021, roč. 55, č. 6, s. 1098-1111 [cit. 2025-03-14]. ISSN 0144-5596. Dostupné z: <https://doi.org/10.1111/spol.12714>
85. SOCIAL PROTECTION COMMITTEE, EUROPEAN COMMISSION. *2021 Long-Term Care Report Trends, challenges and opportunities in an ageing society Country profiles Volume II*. Luxembourg: Publications Office of the European Union, 2021 [cit. 2025-03-12]. ISBN 978-92-76-38219-5. Dostupné z: <https://op.europa.eu/en/publication-detail/-/publication/b39728e3-cd83-11eb-ac72-01aa75ed71a1>
86. SOWA-KOFTA, Agnieszka. *ESPN Thematic Report on Challenges in Long-Term Care: Poland* [online]. EUROPEAN COMMISSION Directorate-General for Employment, Social Affairs and Inclusion Directorate C — Social Affairs. 2018 [cit. 2025-03-10]. Dostupné z: https://ec.europa.eu/social/main.jsp?pager.offset=20&advSearchKey=espnltc_2018&mode=advancedSubmit&catId=22&policyArea=0&policyAreaSub=0&country=0&year=0&iframe=true
87. UNIVERZITA TOMÁŠE BATI VE ZLÍNĚ. *Domáci a hospicová péče. Zlínská univerzita otevře nový program* [online]. Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně 24. října 2024 [cit. 2025-03-14]. Dostupné z: <https://www.utb.cz/aktuality-akce/domaci-a-hospicova-pece-zlinska-univerzita-otevře-nový-program/>
88. ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIKY ČESKÉ REPUBLIKY. *Zdraví 2030: analytická studie – kvalita a výkon zdravotních služeb* [online]. Praha: ÚZIS ČR [cit. 2025-03-16]. Dostupné z: <https://zdravi2030.mzcr.cz/zdravi-2030-analyticka-studie-kvalita-a-vykon-zdrav-sluzeb.pdf>
89. ÚSTREDIE PRÁCE, SOCIÁLNYCH VECÍ A RODINY SLOVENSKEJ REPUBLIKY. *Poučenie vo veci peňažného príspevku na osobnú asistenciu* [online]. Bratislava: ÚPSVaR [cit. 2025-14-03]. Dostupné z: www.upsvr.gov.sk
90. VÁLKOVÁ, Monika; KOJESOVÁ, Marie a HOLMEROVÁ, Iva. *Diskuzní materiál k východiskům dlouhodobé péče v České republice*. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR, 2010. ISBN 978-80-7421-021-1

91. VALOUŠKOVÁ, Veronika. *Historie dlouhodobé péče v České republice* [online]. Ostrava, 2020 [cit. 2025-03-02]. Diplomová práce, vedoucí Kuzníková, Iva. Ostravská univerzita, Fakulta sociálních studií. Dostupné z: <https://theses.cz/id/oi6g90/>
92. VŠEOBECNÁ ZDRAVOTNÍ POJIŠŤOVNA ČR. *Vyšetření na Alzheimerovu nemoc* [online]. 27. listopadu 2023 [cit. 2025-03-20]. Dostupné z: <https://www.vzp.cz/o-nas/tiskove-centrum/otazky-tydne/vysetreni-na-alzheimerovu-nemoc>
93. VÝZKUMNÝ ÚSTAV PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ, V.V.I. *Analýza zahraniční posudkové praxe: Rakousko* [online]. Praha: VÚPSV, 2016 [cit. 2025-03-10]. Projekt TB05MPSV007 – Multidisciplinarita v posuzování nároku na příspěvek na péči. Dostupné z <https://katalog.vupsv.cz/fulltext/DS7.pdf>
94. WANG, Yi-Fen; LEE, Ya-Hui a LU, Jing-Yi. *Community-Based Long-Term Care in Taiwan: The Service Experiences of Tier B Centers* [online]. *Journal of Social Service Research*. 2022, roč. 48, č. 3, s. 385-395 [cit. 2025-03-08]. ISSN 0148-8376. Dostupné z: <https://doi.org/10.1080/01488376.2022.2050337>
95. WHO. *Integrated Care for Older People (ICOPE). Integrated care for older people: guidelines on community-level interventions to manage declines in intrinsic capacity* [online]. Geneva. 2017 [cit. 2025-03-01]. Dostupné z: <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-MCA-17.06.10>
96. WHO. *Long-term care* [online]. 1. prosince 2022 [cit. 2025-03-05]. Dostupné z <https://www.who.int/europe/news-room/questions-and-answers/item/long-term-care>
97. WHO. *Quality Health Services and Palliative Care: Practical Approaches and Resources to Support Policy, Strategy and Practice* [online]. Geneva: WHO, 2021 [cit. 2025-03-09]. ISBN 978-92-4-003516-4. Dostupné z: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240011632>
98. WHO. *World Report on Ageing and Health* [online]. Geneva: WHO, 2015 [cit. 2025-02-15]. ISBN 978-92-4-156504-2. Dostupné z: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/186463/9789240694811_eng.pdf?sequence=1
99. WILCZKOWSKI, Kacper; RYDZEWSKI, Szymon Jakub; DOSKOCZ, Julia; GETEK, Jan; KANIOWSKI, Bartosz et al. *Organisation of hospice and palliative care in Poland according to data from the National Health Fund — cross-sectional study* [online]. *Palliative Medicine in Practice*. [cit. 2025-03-14] ISSN 2545-1359. Dostupné z: <https://doi.org/10.5603/pmp.96930>
100. ZDRAVEZPRAVY. *Domácí hospice v regionech chybí, na vině je legislativa* [online]. Zdravé zprávy, 9. dubna 2023 [cit. 2025-03-14]. Dostupné z: <https://www.zdravezpravy.cz/2023/04/09/domaci-hospice-v-regionech-chybi-na-vine-je-legislativa/>

Příloha

Dotazník pro pracovníky v domovech pro seniory a domovech s pečovatelskou službou

Pohlaví – povinná otázka

- ☐ Muž
 - ☐ Žena
 - ☐ Nechci uvést nebo jiné v seznamu neuvedené
-

Věk – povinná otázka

- ☐ 0-29
 - ☐ 30-39
 - ☐ 40-49
 - ☐ 50-59
 - ☐ 60-69
 - ☐ 70+
-

Obor – povinná otázka

- ☐ Zdravotnický pracovník
 - ☐ Sociální pracovník
 - ☐ Jiné / nechci uvést
-

Vzdělání

- ☐ Nižší než středoškolské
 - ☐ SŠ
 - ☐ VOŠ
 - ☐ VŠ
-

Praxe

- ☐ 0-9 let
 - ☐ 10-19 let
 - ☐ 20-29 let
 - ☐ více než 30 let
-

Organizace ve které pracuji

- ☐ Domov pro seniory
 - ☐ Domov s pečovatelskou službou
 - ☐ LDN
 - ☐ Ostatní zdravotnická zařízení
 - ☐ Jiné:
-

Jak hodnotíte spolupráci mezi zdravotnickými a sociálními službami ve vašem zařízení?

Výborná

- ☐ 1
 - ☐ 2
 - ☐ 3
 - ☐ 4
 - ☐ 5
 - ☐ Žádná
-

Máte při své práci možnost snadno komunikovat s poskytovateli zdravotních nebo sociálních služeb mimo vaše zařízení?

Výborná

- ☐ 1
- ☐ 2
- ☐ 3
- ☐ 4
- ☐ 5

Žádná

Používáte sdílený elektronický systém pro předávání informací o klientech mezi zdravotnickými a sociálními službami?

- ☐ Ano
 - ☐ Ne
 - ☐ Nevím
-

Jak často se setkáváte s problémy při předávání informací mezi zdravotnickými a sociálními službami?

Vždy

- ☐ 1
- ☐ 2
- ☐ 3
- ☐ 4
- ☐ 5

Nikdy

Existuje ve vaší organizaci nějaká forma koordinace mezi zdravotnickou a sociální péčí?

- ☐ Ano
 - ☐ Ne
-

Spolupracujete pravidelně s odborníky z jiných oborů (lékaři, terapeuti, sociálními pracovníky)?

- ☐ Ano
 - ☐ Částečně
 - ☐ Ne
-

Poskytuje vaše organizace nějakou formu odlehčovací služby?

- ☐ Ne
 - ☐ Ano, terénní
 - ☐ Ano, ambulantní
 - ☐ Ano, pobytové
 - ☐ Jiné:
-

Jak hodnotíte snahu rodinných příslušníků do zapojení péče o klienta?

Výborná

- ☐ 1
- ☐ 2
- ☐ 3
- ☐ 4
- ☐ 5

Žádná

Co považujete za největší bariéru integrace dlouhodobé péče ve vašem zařízení?

- ☐ Finance
 - ☐ Nedostatek personálu
 - ☐ Špatná komunikace
 - ☐ Chybějící nástroje
 - ☐ Jiný faktor
-

Jak byste ohodnotil/a své pracovní prostředí?

Velmi spokojen

- ☐ 1
- ☐ 2
- ☐ 3
- ☐ 4
- ☐ 5

Velmi nespokojen

Máte pocit, že vybavení a pomůcky, které máte k dispozici, jsou dostatečné pro kvalitní péči o klienty?

- ☐ Ano
 - ☐ Částečně
 - ☐ Ne
-

Jak často pociťujete, že je pracovní zátěž příliš vysoká?

Denně

- ☐ 1
- ☐ 2
- ☐ 3
- ☐ 4
- ☐ 5

Nikdy

Máte možnost využít přestávky a regenerace během směny?

- ☐ Ano
 - ☐ Částečně
 - ☐ Nikdy
-

Jak hodnotíte kvalitu péče, kterou poskytujete klientům?

Velmi dobrá

- ☐ 1
- ☐ 2
- ☐ 3
- ☐ 4
- ☐ 5

Velmi špatná

Máte pocit, že máte dostatek času na individuální přístup ke každému klientovi?

- ☐ Ano
 - ☐ Částečně
 - ☐ Ne
-

Jak často pociťujete pracovní stres?

Denně

☐ 1

☐ 2

☐ 3

☐ 4

☐ 5

Nikdy

Co byste změnil/a na organizaci práce nebo péči o klienty?
