



Evropská unie
Evropský sociální fond
Operační program Zaměstnanost



**Komparativní studie
situace ve dvou oblastech
poskytovaných sociálních služeb
ve vybraných evropských zemích**

Studie č. 1

**Komparativní studie
systémů posouzení
oprávněnosti nároku
zájemce pro vstup do
sociální služby**

„Komparativní studie situace ve dvou oblastech poskytovaných sociálních služeb ve vybraných evropských zemích - část 1. Komparativní studie systémů posouzení oprávněnosti nároku zájemce pro vstup do sociální služby“ je zpracovaná jako veřejné zakázka v rámci individuálního projektu Ministerstva práce a sociálních věcí s názvem „Rozvoj systému sociálních služeb“, reg. číslo: CZ.03.2.63/0.0/0.0/15_017/0003739. Projekt je financován z Operačního programu Zaměstnanost.

Zpracovatel:

ACCENDO – Centrum pro vědu a výzkum, z. ú.

Moravská 758/95, 700 30 Ostrava-Hrabůvka, IČ: 28614950

tel.: +420 595 136 023, web: <http://accendo.cz>, e -mail: info@accendo.cz

Realizační tým:

Doc. Ing. Lubor Hruška, Ph.D.	PaedDr. Miroslav Pilát, Ph.D.
Ing. Ivana Foldynová, Ph.D.	JUDr. David Šmíd, Ph.D.
PhDr. Andrea Hrušková	Ing. Petr Proske
Ing. Eva Poledníková, Ph.D.	Ing. David Kubáň
Mgr. Alena Šaročová	Bc. Prokop Vašulín a další
Mgr. Hana Žurovcová	

Citační vzor: HRUŠKA, L.; FOLDYNOVÁ, I.; HRUŠKOVÁ, A.; a kol. *Komparativní studie systémů posouzení oprávněnosti nároku zájemce pro vstup do sociální služby. Ostrava: ACCENDO. 2019.*

Zpracováno ke dni 8. 3. 2019

Obsah

Seznam zkratk.....	6
1 Manažerská zpráva / Úvodní kapitola	8
1.1 Východiska a obecné vymezení předmětu plnění.....	8
1.2 Výběr zemí.....	9
1.3 Popis použitých metod.....	14
1.4 Postup prací a realizované výzkumné aktivity.....	15
1.5 Základní výstupy a doporučení	17
2 Systémy posouzení oprávněnosti nároku zájemce pro vstup do sociální služby ve vybraných evropských zemích	26
2.1 Česká republika	26
2.2 Finsko	50
2.2.1 Obecný popis systému sociálních služeb včetně základního legislativního rámce	50
2.2.2 Klíčové charakteristiky posouzení oprávněnosti nároku zájemce pro vstup do sociální služby	58
2.2.3 Vybraní poskytovatelé sociálních služeb	61
2.2.4 Shrnutí.....	61
2.3 Slovinsko.....	67
2.3.1 Obecný popis systému sociálních služeb včetně základního legislativního rámce	67
2.3.2 Klíčové charakteristiky posouzení oprávněnosti nároku zájemce pro vstup do sociální služby	70
2.3.3 Vybraní poskytovatelé sociálních služeb	79
2.3.4 Shrnutí.....	81
2.4 Itálie	85
2.4.1 Obecný popis systému sociálních služeb včetně základního legislativního rámce	85
2.4.2 Klíčové charakteristiky posouzení oprávněnosti nároku zájemce pro vstup do sociální služby	88
2.4.3 Vybraní poskytovatelé sociálních služeb	94

2.4.4	Shrnutí	95
2.5	Německo.....	98
2.5.1	Obecný popis systému sociálních služeb včetně základního legislativního rámce	98
2.5.2	Klíčové charakteristiky posouzení oprávněnosti nároku zájemce pro vstup do sociální služby	115
2.5.3	Vybraní poskytovatelé sociálních služeb	120
2.5.4	Shrnutí	122
2.6	Polsko	127
2.6.1	Obecný popis systému sociálních služeb včetně základního legislativního rámce	127
2.6.2	Klíčové charakteristiky posouzení oprávněnosti nároku zájemce pro vstup do sociální služby	135
2.6.3	Vybraní poskytovatelé sociálních služeb	143
2.6.4	Shrnutí	145
2.7	Rakousko.....	151
2.7.1	Obecný popis systému sociálních služeb včetně základního legislativního rámce	151
2.7.2	Klíčové charakteristiky posouzení oprávněnosti nároku zájemce pro vstup do sociální služby	153
2.7.3	Vybraní poskytovatelé sociálních služeb	157
2.7.4	Shrnutí	168
3	Vzájemná komparace zvolených zemí v oblasti vstupu zájemců do sociálních služeb.....	173
3.1	Přehled základních komparovaných nástrojů a postupů v jednotlivých zemích.....	173
3.1.1	A/ Proces vstupu do sociálních služeb	173
3.1.2	B/ Odbornost pracovníku sociálních služeb	176
3.1.3	C/ Multidisciplinární hodnocení.....	177
3.1.4	D/ Kritéria pro vstup do sociálních služeb.....	178
3.1.5	E/ Odpovědnost za vstup do sociálních služeb	180

3.1.6 F/ Metody hodnocení potřeb klienta.....	182
3.1.7 G/ Opatření proti nadužívání pobytových služeb	183
3.1.8 H/ Možnosti odmítnutí žadatele o sociální služby	185
3.1.9 I/ Majetkové a příjmové testy zájemců.....	187
3.2 Shrnutí a závěry komparace	190
4 Posouzení přenositelnosti a doporučení pro prostředí České republiky	192
4.1 Návrh opatření pro implementaci v České republice.....	192
4.2 Země doporučené k návštěvě MPSV za účelem získání dobré praxe	198
Seznam tabulek.....	200
Seznam obrázků	202
Seznam zdrojů	203
Příloha č. 1: Kontakty	209

Seznam zkratek

ASL	Místní zdravotnická organizace (z italského „Azienda sanitaria locale“)
ASP	Veřejné podniky služeb osobám (z italského „Aziende Pubbliche di Servizi alla Persona“)
AVI	Oblastní správní úřad (z finského „Aluehallintovirasto“)
BVA	Instituce pojištění veřejného zaměstnance (z německého „Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter“)
ČR	Česká republika
DSP	Dům sociální péče (z polského „Dom pomocy społecznej“)
EEZ	Příspěvek na náklady péče (z německého „einrichtungseinheitlichen Eigenanteil“)
EU	Evropská unie
FNPS	Národní fond pro sociální politiku (z italského „Fondo nazionale per le politiche sociali“)
FSW	Vídeňský sociální fond (z německého „Fonds Soziales Wien“)
INPS	Národní institut sociálního zabezpečení (z italského „Istituto Nazionale della Previdenza Sociale“)
IPAB	Veřejná instituce pomoci a charity (z italského „Istituto pubblico di assistenza e beneficenza“)
IPR	Ukazatel movitého i nemovitého majetku (z italského „il Patrimonio e la Situazione Patrimoniale“)
ISE	Ukazatel ekonomické situace (z italského „Indicatore della Situazione Economica“)
ISEE	Indikátor ekvivalentní ekonomické situace (z italského „Indicatore della situazione economica equivalente“)
ISO	Mezinárodní organizace pro normalizaci (z anglického „International Organization for Standardization“)
ISP	Ukazatel movitého i nemovitého majetku (z italského „il Patrimonio e la Situazione Patrimoniale“)
ISR	Ukazatel souhrnných příjmů (z italského „il Reddito e la Situazione Reddituale“)
KELA	Institut sociálního pojištění (z finského „Kansaneläkelaitos“)
LEPS	Základní úroveň sociálního plnění (z italského „livelli essenziali delle prestazioni sociali“).
LPS	Lékařská posudková služba
LTC	Dlouhodobá péče (z anglického „Long-term Care“)
MDK	Lékařské služby zákonných zdravotních pojišťoven (z německého „Medizinischer Dienst der Krankenversicherung“)
MPSV	Ministerstvo práce a sociálních věcí
NBA	Nové hodnocení (z německého „Neuen Begutachtungssassessment“)
NHI	Národní zdravotní pojištění (z anglického „National Health Insurance“)

OECD	Organizace pro hospodářskou spolupráci a rozvoj (z anglického „Organisation for Economic Co-operation and Development“)
ORP	Obec s rozšířenou působností
OSSZ	Okresní správa sociálního zabezpečení
OÚ	Obecní úřad
P.I.P.P.I.	Intervenční program pro institucionální prevenci (z italského “Programma di Intervento per la Prevenzione dell’Istituzionalizzazione”)
PVA	Instituce důchodového pojištění (z německého „Pensionsversicherungsanstalt“)
REI	Inkluzní příspěvek (z italského „Reddito di inclusione“)
SE	Stupnice rovnocennosti (z italského la Scala di Equivalenza)
SGB	Německý sociální zákoník (z německého „Das deutsche Sozialgesetzbuch“)
SVA	Instituce sociálního pojištění v podnikové sféře (z německého „Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft“)
SVB	Instituce sociálního pojištění zemědělců (z německého „Sozialversicherungsanstalt der Bauern“)
VAEB	Pojišťovna pro železnice a hornictví (z německého „Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau“)
Valvira	Národní kontrolní úřad pro sociální a zdravotní péči (z finského „Sosiaali- ja terveystien valvontavirasto“)
VÚSC	Vyšší územní samosprávný celek
WSHG	Vídeňský sociální zákoník (z německého „Wiener Sozialhilfegesetz“)
ZSS	Zákon o sociálních službách (Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách), v platném znění

1 Manažerská zpráva / Úvodní kapitola

1.1 Východiska a obecné vymezení předmětu plnění

Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR (dále jen „MPSV“) se v rámci individuálního projektu s názvem „Rozvoj systému sociálních služeb, reg. č. CZ.03.2.63/0.0/0.0/15_017/0003739“, kromě jiného zabývá analýzou stávajícího systému poskytování sociálních služeb. Předmětem této mezinárodní srovnávací studie je komparace procesu vstupu uživatelů do sociálních služeb a zhodnocení/přiznání nároku na jejich poskytování.

Vstup zájemců do sociálních služeb není v současné době dostatečně upraven zákonem. V praxi tak někteří poskytovatelé poskytují služby uživatelům, pro které by bylo vhodnější využití jiného druhu služby nebo jiné formy sociální služby. Příkladem je nadužívání pobytových služeb v důsledku nedostatečného sociálního šetření u zájemce o službu, jehož nepříznivá sociální situace by mohla být vhodněji řešena poskytováním terénních služeb, a s tím související nedostatečná kapacita dané služby pro skutečně oprávněné zájemce o službu.

Hlavním cílem studie je popis a komparace procesního mechanismu pro vstup zájemce do jednotlivých druhů nebo forem sociálních služeb u šesti vybraných evropských států. Jedná se tedy zejména o popis procesu jednání se zájemcem o sociální službu, resp. postupu před podpisem smlouvy o poskytování sociální služby. V návaznosti na komparativní studii byly vybrány čtyři státy (požadavek zadávací dokumentace byl tři), které mají z hlediska přenositelnosti pro ČR nevhodnější nastavení a ze kterých bylo vhodné čerpat další zkušenosti. Tyto země a jejich místní odpovědné úřady státní správy a samosprávy navštívili členové realizačního týmu a získali zde vědomosti o jejich dobré praxi.

Studie popisuje kritéria a procesy přijetí zájemce do sociální služby, přičemž důraz je kladen na pobytové služby. Popis a srovnání systémů posouzení oprávněnosti nároku zájemce pro vstup do sociální služby obsahuje následující okruhy:

- A/ Jaké jsou procesy vstupu do sociální služby (čím se proces vstupu v jednotlivých zemích řídí, z čeho tento postup vychází, sumarizace dle jednotlivých typů služeb – dle české typologie, konkrétní popis vstupu do

- služby, finanční náročnost, formální stránka procesu – jaké mají dokumenty, formuláře)?
- B/ Jaká je odbornost pracovníků, kteří řeší vstup žadatele do sociální služby?
- C/ Pokud se rozhoduje multidisciplinárně, kdo je členem týmu, dle druhů služeb?
- D/ Jaká jsou kritéria pro vstup do jednotlivých druhů, forem služeb?
- E/ Kdo odpovídá za vstup zájemců do sociální služby?
- F/ Jakými metodami jsou hodnoceny potřeby klienta a v jakém rozsahu?
- G/ Jak zabránit již při procesu vstupu do sociální služby nadužívání pobytových služeb a tím podpořit terénní služby?
- H/ Jaké jsou možnosti odmítnutí zájemce o sociální službu?
- I/ Probíhají v rámci procesu vstupu do sociální služby ve sledovaných zemích majetkové a příjmové testy zájemců?

1.2 Výběr zemí

Pro interpretační rámec výběrů zemí je nutné krátce uvést základní evropské typologie sociální politiky. Klasická typologie sociální politiky od Richarda Titmuse z 50. let minulého století vymezuje tři modely: reziduální, institucionální a výkonový. Dále lze využít obecně rozšířenou typologii dánského sociologa Esping-Andersena¹, který vymezil: **liberální model** (Velká Británie, někdy je sem řazeno i Švýcarsko), **korporátní model** označovaný taky jako konzervativní (Německo, Rakousko, Francie, Itálie, někdy je zde řazeno i Švýcarsko²) a **sociálně-demokratický model** (Skandinávské země). V poslední době je často využíván politicko-geografický přístup³, který vymezuje následující modely sociální politiky: 1/ Severské země (Dánsko, Finsko, Švédsko a řadí se sem i Nizozemí); 2/ Anglosaské země (Velká Británie a Irsko); 3/ Kontinentální země

¹ ESPING-ANDERSEN, G. (1990). *The Three Worlds of Welfare Capitalism*. Princeton: Princeton University Press. ISBN: 0-691-09457-8. str. 26-27.

² ARMINGEON, K.; BERTOZZI, F.; BONOLI, G. (2004) *Swiss Worlds of Welfare*. *West European Politics*, Vol.27, No.1 (January 2004), pp.20–44.

³ Politicko-geografický přístup je založený na typologiích:

LEIBFRIED, S. (1992) 'Towards a European welfare state? On Integrating Poverty Regimes into the European Community', in Z. Ferge and J. E. Kolberg (eds) *Social Policy in a Changing Europe*. Frankfurt am Main: Campus Verlag.

BONOLI, G. (1997) *Classifying Welfare States: a Two-dimension Approach*, *Journal of Social Policy* 26 (3): 351–72.

FERRERA, M. (1996) *The "Southern" Model of Welfare in Social Europe*. *Journal of European Social Policy*. roč. 6, č. 1, s. 17–37.

(Rakousko, Belgie, Francie, Německo a Lucembursko); 4/ Středomořské země (Řecko, Itálie, Španělsko, Portugalsko) – v sociální oblasti je zde větší role rodiny a komunit. Často se tato typologie rozšiřuje o pátou skupinu zemí střední a východní Evropy⁴. Země jsou zařazovány do jednotlivých modelů sociální politiky, ale skupiny zemí se často mění⁵. Je potřeba zohlednit, že ČR nelze jednoznačně zařadit k jednomu z výše uvedených vymezení typu sociální politiky, neboť v systémech sociální ochrany nalezneme prvky jak institucionálního systému pomoci, tak očekávání participace rodiny na zajištění sociálních potřeb osob. Rovněž je možné vysledovat v systémech sociální politiky ČR jak principy zásluhovosti, tak principy sociální pomoci. Také míra přerozdělování zdrojů pro realizaci sociální politiky je v ČR poměrně velmi rozsáhlá s nízkou mírou apelu na rodinnou politiku a nástroje její podpory (např. míra účasti širší rodiny na řešení nepříznivých sociálních situací), neboť ČR je po roce 1989 výrazně méně zaměřena na paternalistický model sociálních systémů, ale nenabízí náhradu v podobě podpory rodinného systému.

⁴ viz nap. FERRERA, M. (2013). *Presentace Protection to Investment? New Frontiers for the European Social Model(s)* z 6th EU-India Joint Seminar on Employment and Social Policy [on-line] [cit. 21. 7. 2018] Dostupné z <http://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=88&langId=en&eventsId=853&moreDocuments=yes&tableName=events&typeId=92>

⁵ viz přehledový článek WILL, A.; GELISSEN, J. (2002) *Three worlds of welfare capitalism or more? A state-of-the-art report*. *Journal of European Social Policy*, 2002;roč. 12 č. 2, s. 137-158.

Pro mezinárodní komparaci stávajícího stavu v oblasti systémů posouzení oprávněnosti nároku zájemce pro vstup do sociální služby, byly vybrány a ze strany MPSV schváleny následující země v kategoriích, které byly vymezeny v zadávací dokumentaci:

Tabulka 1.1: Přehled komparovaných zemí

Vymezené kategorie	Vybrané a schválené země	Výběr země pro provedení terénního průzkumu zpracovatelským týmem
Stát severní Evropy	Finsko	Proveden terénní průzkum, desk research a telefonní dotazování
<p>Finsko je skandinávskou zemí s velmi silnou ekonomickou úrovní a sociální stabilitou. Odpovědnost za veřejné služby je ve Finsku decentralizována na obce, které jsou tak právně odpovědné za poskytování sociálních služeb svým obyvatelům. Finsko má rozsáhlý systém péče. Ve finském systému sociální péče se financování a poskytování péče o starší osoby částečně překrývá se službami poskytovanými zdravotnictvím. Klient má nárok na služby, které obec nabízí, pokud má v obci trvalé bydliště. Obec může také poskytnout poukaz na služby, který lze využít k nákupu služeb od poskytovatele služeb schváleného obcí. Podle Zákona o postavení a právech klientů sociálního zabezpečení (812/2000) musí mít každá obec alespoň jednoho úředníka, řádně kvalifikovaného sociálního pracovníka, který odpovídá za služby pro klienty sociální péče. V naléhavých případech může kvalifikovaný sociální pracovník rozhodnout o poskytování péče a dalších souvisejících opatřeních, a to i bez souhlasu klienta.</p> <p>Pro stanovení priorit umístění do daného typu pečovatelského zařízení není stěžejní věk pacientů; rozhodnutí o péči je spíše založeno na konkrétní potřebě jednotlivce a na očekávaném přínosu péče pro dotyčného pacienta. Rozhodnutí o péči dané osoby dává ošetřující lékař na základě jeho diagnózy. Pro posouzení potřeb klientů existuje několik nástrojů hodnotících funkční kapacitu klienta.</p> <p>Uživatelské poplatky za dlouhodobou péči (dále jen LTC) v institucích jsou regulovány a souvisejí s disponibilním příjmem (ale ne s majetkem) až do výše 85 %. Ve Finsku se aktuálně chystá reforma sociálního systému, důvodem je stárnutí populace.</p>		
Stát jihovýchodní Evropy / Pobaltí	Slovinsko	Neproveden terénní průzkum / šetření provedeno na základě desk research a telefonním dotazováním
<p>Slovinsko patří k jednomu z nejvyspělejších států Balkánského poloostrova. Slovinsko je díky společným historickým kořenům v mnoha ohledech podobné České republice. Ministerstvo práce, rodiny a sociálních věcí vykonává dohled nad činností Ústavu důchodového a invalidního pojištění Slovinska, Úřadu pro zaměstnanost Republiky Slovinsko a center sociální práce. Rodinné dávky, sociální pomoc a sociální služby zajišťují regionální centra sociální práce. Dohled nad nimi vykonává Ministerstvo práce, rodiny a sociálních věcí. Poskytování příspěvku na péči ve Slovinsku se odvíjí od stupňů závislosti péče, stejně jako je tomu v ČR.</p> <p>Pro posouzení vstupu klienta do pobytové služby má každá instituce jmenovanou komisi pro přijímání, předávání a propouštění. Tato komise je vždy složena z profesního manažera instituce, manažera sociálního programu či služby, vedoucího programu či služby a sociálního pracovníka. V případě potřeby jsou do komise ke specifickým případům přizváni i další odborníci, například lékaři.</p> <p>Mezi lety 2003 a 2013 proběhla ve Slovinsku intenzivní výstavba objektů s novými místy pro dlouhodobou péči, která byla realizována na základě vysokého počtu žádostí o tyto služby. Počet míst se v ústavní péči téměř zdvojnásobil z 11 000 na 20 000 míst. Důvodem tvorby nových míst ústavní péče byla především ekonomická krize, v jejímž důsledku se na tehdejší kapacity ústavní péče snesly tisíce žádostí o poskytnutí služby, které čekaly na vyřízení i několik měsíců. Experti však před tímto navyšováním kapacit varovali, a jejich obavy se následně také potvrdily. Velká část žádostí nebyla schválena, jelikož žadatelé žádali mnohem dříve, než se dostali do stavu, která by jim k využití ústavní péče či péče osobního asistenta umožnila. Komise tak při hodnocení velkou část žádostí oprávněně zamítla a nové kapacity tak zůstaly nenaplněny.</p>		

Vymezené kategorie	Vybrané a schválené země	Výběr země pro provedení terénního průzkumu zpracovatelským týmem
<p>Doporučujeme zemi pro návštěvu MPSV, konkrétně následující organizace (kontaktní údaje jsou uvedeny v příloze č. 1):</p> <p>1/ Ministerstvo za delo, družino, socialne zadeve in enake možnosti (Ministerstvo práce, rodiny, sociálních věcí a rovných příležitostí), které ochotně podalo komplexní informace na požadované otázky.</p> <p>2/ Skupnost Socialnih zavodov Slovenije (Společenství sociálních institucí Slovinska), které může zprostředkovat praktické zkušenosti poskytovatelů sociálních služeb z terénu.</p>		
Stát jižní Evropy	Itálie	Neproveden terénní průzkum / šetření provedeno na základě desk research a telefonním dotazováním
<p>Itálie je středomořská země, kde je výrazně zastoupeno očekávání participace rodiny na řešení sociální politiky. Historicky je zde výrazně zakořeněno dobrovolnictví v oblasti poskytování sociálních služeb. Italský systém LTC o seniory je charakteristický svým vysokým stupněm decentralizace. Prostředky a správa jsou rozptýleny mezi místními a regionálními úřady v jednotlivých regionech. Hlavními aktéry LTC o seniory jsou místní samosprávy, místní zdravotní zařízení (dále jen ASL - aziende sanitarie locali), pečovatelské domy a Národní institut sociálního zabezpečení (dále jen INPS). Významná část LTC se odehrává v neformální podobě, zejména v oblastech s nerozvinutou infrastrukturou (jih Itálie).</p> <p>Za správu a poskytování osobních sociálních služeb v oblasti LTC jsou odpovědní místní samosprávy. Mohou tak učinit přímo či formou outsourcingu. Samosprávy zajišťují služby domácí péče (nezdravotní) a pobytovou sociální péči. Regiony zajišťují ve smyslu zákona č. 328/2000 plánování koordinace sociální péče - v tomto ohledu přijalo mnoho regionů rámcová pravidla pro poskytování sociální péče.</p> <p>Integrovaný systém poskytování sociální péče v Itálii podporuje ve velké míře domácí péči. V rámci procesu vstupu do sociální služby v Itálii zhodnocuje ve většině případů potřebnost poskytnutí služby multidisciplinární tým. Na základě čl. 59 odst. 51 zák. z 27. prosince 1997, č. 449, byla vláda zmocněna stanovit ukazatele pro posouzení ekonomické situace žadatelů o testované dávky či veřejné služby. Vláda své zmocnění realizovala vydáním vládního nařízení – d.lgs. z 31. března 1998, č. 109, které zavedlo ukazatel ekonomické situace (Indicatore della Situazione Economica – ISE) a ukazatel rovnocenné ekonomické situace (Indicatore della Situazione Economica Equivalente – ISEE).</p>		
Stát západní Evropy	Německo	Proveden terénní průzkum, desk research a telefonní dotazování
<p>Německo představuje korporátní a konzervativní model sociální politiky; země s velmi silnou ekonomickou, sociální a právní stabilitou, kdy pravidla v systémech sociální ochrany jak z legislativního, tak z institucionálního pohledu mají své místo ve společnosti i v politickém systému.</p> <p>Poskytování příspěvku na péči se v Německu, stejně jako v ČR, odvíjí od stupňů závislosti péče. Peněžní dávky náleží osobě, která péči potřebuje a nikoli jejímu poskytovateli. Výši příspěvku ovlivňuje i tato skutečnost, při přímém vyplácení je částka podstatně nižší, než když je z fondu přímo hrazena poskytovaná sociální služba.</p>		

Vymezené kategorie	Vybrané a schválené země	Výběr země pro provedení terénního průzkumu zpracovatelským týmem
Stát Visegrádské skupiny	Polsko	Proveden terénní průzkum, desk research a telefonní dotazování
<p>Ústředním orgánem státní správy zabývající se sociální problematikou je v Polsku Ministerstvo pro rodinu, práci a sociální politiku. Významné úkoly a kompetence v sociální oblasti jsou ze zákona vymezeny samosprávám, přičemž na rozdíl od ČR má Polsko územní samosprávu třístupňovou. Jedná se obce (gminy), samosprávné okresy (powiaty) a vojvodství (województwa). Je kladen důraz na decentralizaci veřejné moci. Základním právním předpisem v sociální oblasti je Zákon o sociální pomoci (Ustawa z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej), naposledy novelizovaný v r. 2018 (Ustawa z dnia 8 lutego 2018 r. o zmianie ustawy o pomocy społecznej). Územní samosprávy zodpovídají za praktické naplňování opatření na ochranu a podporu rodin, seniorů, osob bez domova, osob se zdravotním postižením a dalších zranitelných skupin obyvatel na území svého správního obvodu. Představitelé samospráv rozhodují dle platné legislativy o zřízení či zániku sociálních služeb na území obce, samosprávného okresu či kraje, koordinují jejich činnost, stanovují výši úhrad atd. Na zajišťování sociálních služeb se podílejí také církve, především církve katolická, církevní sdružení, fundace, spolky.</p> <p>Systém pomoci je nastaven s důrazem na osobní odpovědnost každého jedince, na využití potenciálu rodiny jako významného aktéra pomoci osobě, která z důvodu věku, neuspokojivého zdravotního stavu či zdravotního postižení vyžaduje péči druhé osoby.</p> <p>Sociální pomoc je směřována především k poskytnutí služeb v domácím prostředí, pokud je nezbytné využít institucionální pomoci, pak jde především o pobytová zařízení v místě bydliště žadatele nebo alespoň v jeho nejbližším okolí, aby nebyl vytržen ze svého původního prostředí a byly zachovány vazby na rodinu, přátele, sousedy, společenství.</p> <p>Doporučujeme zemi pro návštěvu MPSV, konkrétně následující organizace (kontaktní údaje jsou uvedeny v příloze č. 1):</p> <p>1/ Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej (Ministerstvo rodiny, práce sociálních věcí), které ochotně podalo informace a zorganizovalo společné jednání.</p> <p>2/ Powiatowy Dom Pomocy Społecznej „Pogodna Jesień” (okresní Dům sociální péče „Klidný podzim“), zástupce poskytovatelů sociálních služeb, který ochotně sdělil praktické zkušenosti z terénu (v Polsku je okres jednotka územní samosprávy i státní správy).</p>		
Další země EU	Rakousko	Proveden terénní průzkum, desk research a telefonní dotazování
<p>Rakousko má s ČR podobné prvky sociální politiky a společnou historii (Rakousko-uherská monarchie). Stejně jako v ČR existuje v Rakousku příspěvek na péči. Poskytování příspěvku na péči se v Rakousku odvíjí od 7 stupňů závislosti péče. Rakousko podporuje péči doma před umístěním seniorů do stacionářů či domovů pro seniory. Zhruba 80 % osob obdrží neformální péči. Poskytnutím hotovostního příspěvku bez ohledu na zvolenou péči (formální/neformální, institucionální/domácí) zaručuje starším osobám možnost individuální volby.</p> <p>Jednotlivé spolkové země mají odpovědnost za poskytování sociálních služeb. Pokud tyto služby samy neposkytují, musí zajistit, aby ostatní instituce poskytovaly odpovídající kvalitu. Řízení a organizace sociálních služeb se proto mezi zeměmi liší. Obecně platí, že existují čtyři poskytovatelé sociální péče/ LTC: země, obce, sociální organizace a sociální fondy.</p> <p>Hlavním základem pro řízení a organizaci sociálních služeb je devět odpovídajících zemských zákonů o sociálním zabezpečení. Tyto zákony se nevztahují jen na pomoc při zajišťování denních potřeb a pomoci v konkrétních situacích, ale také na sociální služby. Na tyto služby neexistuje právní nárok. Sociální služby poskytují subjekty soukromého práva. Po osobách, které potřebují péči, může být požadováno, aby přispívaly na náklady na sociální služby s přihlédnutím k sociálním aspektům. Příspěvek na péči v Rakousku platí výhradně federální vláda, tzn., došlo k centralizaci a tím k redukci počtu nositelů rozhodnutí o příspěvku na péči. Všechna ustanovení týkající se příspěvku na péči jsou stanovena v zákoně o federálních příspěvcích na péči (Bundespflegegeldgesetz).</p>		

Vymezené kategorie	Vybrané a schválené země	Výběr země pro provedení terénního průzkumu zpracovatelským týmem
<p>Doporučujeme zemi pro návštěvu MPSV, konkrétně následující organizace (kontaktní údaje jsou uvedeny v příloze č. 1):</p> <p>1/Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz, kteří ochotně poskytlí komplexní informace na požadované otázky na úrovni všech spolkových zemí.</p> <p>2/ Magistrat der Stadt Wien Gesundheits und Sozialplanung (Magistrát Vídně - Úsek sociálního plánování), z důvodu poskytnutí komplexních informací o dané spolkové zemi.</p> <p>3/ Kolpinghaus „Gemeinsam leben“ Wien-Favoriten (Domov se službou sociální péče), který může zprostředkovat praktické zkušenosti poskytovatelů z terénu.</p>		

1.3 Popis použitých metod

Pro mezinárodní komparaci byla využita smíšená metodologie založená na kvalitativních metodách (polostrukturované rozhovory face to face nebo telefonní interview) v kombinaci s kvantitativními metodami založenými na analýze sekundárních dat - desk research. Pro zvýšení validity závěrů byl použit princip triangulace metod i datových zdrojů dle Denzina⁶. **Kvalitativní výzkum** je proces hledání porozumění, založený na různých metodologických tradicích zkoumání daného sociálního nebo lidského problému. Výzkumník vytváří komplexní, holistický obraz, analyzuje různé typy textů, informuje o názorech účastníků výzkumu a provádí zkoumání v přirozených podmínkách.⁷ Porozumění pak vyžaduje vhléd do co největšího množství dimenzí daného problému. Rozdíly v cílech pak kladou různé požadavky na optimalizaci redukce a transformace informací. Těmito metodami se získá mnoho informací o malém počtu subjektů, což umožňuje pochopení jejich chování v celém kontextu, ale omezuje možnosti generalizace. Oproti tomu metody **kvantitativního výzkumu** se snaží přesně popsat a vymezit jevy prostřednictvím čísel, která lze dále statisticky testovat, analyzovat a komparovat.

Klíčovou metodou získávání informací byly tedy také polostrukturované rozhovory, kde se jedná o částečně řízený rozhovor s předem definovanými soubory témat a volně přidružených otázek. Pořadí otázek, volba slov a formulace může být během rozhovoru pozměněna a může se tvořit i v jeho průběhu. Určitá struktura napomáhá v případě, kdy rozhovor s respondenty bude podroben srovnání

⁶ DENZIN, N. a LINCOLN, Y. (eds.) *Handbook of Qualitative Research*. Thousand Oaks: Sage, 2000, s. 391

⁷ CRESWELL, J. W. (2009) *Research Design: Qualitative, Quantitative, and Mixed Methods Approaches*, London: Sage, s. 173-202 (Chapter 9: Qualitative procedures).

a analýze. Během rozhovoru není zkoumána osobnost respondenta, ale hlavně se jedná o získání nadhledu odborníka, který zastupuje oborovou nebo tematickou oblast.

Polostrukturované rozhovory byly vedeny formou face-to-face, CATI v období srpen až prosinec 2018:

- a) u centrálních orgánů států, které mají na starosti služby sociální péče;
- b) u regionálních/lokálních územně samosprávných celků;
- c) u organizací poskytujících pobytové služby sociální péče.

1.4 Postup prací a realizované výzkumné aktivity

Expertní tým řešitele v době realizace výzkumu provedl řadu klíčových aktivit za účelem sběru a zpracování informací nezbytných pro dosažení předmětu a cíle studie. Základem výzkumných aktivit je přímá komunikace s experty na úrovni veřejné správy v komparovaných zemích a zároveň s vybranými zástupci organizací, které mají sociální problematiku na starosti, či sociální služby přímo poskytují. Z 6 komparovaných zemí zástupci řešitelského týmu osobně navštívili 4 země, konkrétně Finsko, Polsko, Německo a Rakousko. Ve všech 6 zemích zároveň probíhala intenzivní telefonická a e-mailová komunikace s výše uvedenými osobami za účelem získání potřebných informací, ověření zjištěných faktů a stanovených závěrů. Přehled uskutečněných cest a telefonické/e-mailové komunikace je uveden v následující tabulce.

Tabulka 1.2: Přehled realizovaných kontaktů v komparovaných zemích

Země	Instituce / Zařízení	Uskutečněná schůzka	Intenzivní telefonická a e-mailová komunikace probíhala v období
RAKOUSKO	Magistrát Vídně	15. 11. 2018	2. 10. – 15. 11. 2018
	Am Kurpark Wien-Oberlaa, Vídeň zařízení pro seniory	15. 11. 2018	
	Kolpinghaus „Gemeinsam leben“ Wien-Favoriten, Vídeň zařízení pro seniory	16. 11. 2018	
POLSKO	Ministerstvo rodiny, práce a sociální politiky Varšava	26. 11. 2018	27. 9. – 23. 11. 2018
	Dom Opieki „Zacisze”, Varšava		
	Dom Opieki Leonard, Varšava		

Země	Instituce / Zařízení	Uskutečněná schůzka	Intenzivní telefonická a e-mailová komunikace probíhala v období
NĚMECKO	Červený kříž Německo, Berlín	23. 11. 2018	27. 9. – 7. 12. 2018
	Alpenland Pflegeheime Berlin GmbH Berlín	23. 11. 2018	
FINSKO	Magistrát Helsinky	17. 12. 2018	27. 9. 2018 – 9. 1. 2019
	Laakso Hospital Helsinky zařízení pro LTC	17. 12. 2018	
SLOVINSKO	Ministerstvo práce, rodiny, sociálních věcí a rovných příležitostí		27. 9. – 10. 12. 2018
ITÁLIE	Ministerstvo práce a sociálních politik		1. 10. 2018 – 4. 1. 2019

Zdroj: ACCENDO, 2019.

Řešitelský tým zároveň zpracoval obsahovou analýzu (desk research) dostupných relevantních dokumentů, které byly získány z veřejně dostupných zdrojů nebo poskytnuty ze strany institucí, které byly v jednotlivých zemích osloveny s žádostí o spolupráci. V rámci této analýzy byly zpracovány legislativní dokumenty (zákony, vyhlášky, nařízení apod.), strategické a koncepční dokumenty, hodnotící a evaluační zprávy, odborné studie na národní i mezinárodní úrovni atd. Kombinace těchto informací společně s výše uvedenými primárními daty získanými přímým kontaktem s komparovanými zeměmi, respektive odborníky z těchto zemí, tvoří soubor dostupných informací, které jsou následně zpracovatelem využity pro provedení mezinárodní komparace a návrhu doporučení a opatření pro potenciální zavedení v prostředí ČR.

1.5 Základní výstupy a doporučení

A/ Proces vstupu do sociálních služeb

Proces vstupu do sociálních služeb začíná v jedné skupině zemí podáním přihlášky ze strany žadatele (ČR, Polsko, Slovinsko). Nejvíce standardizovaný je tento proces právě ve Slovinsku, kde je zákonem dána jednotná přihláška pro všechny druhy sociálních služeb, a to soukromých i veřejných. Na základě těchto přihlášek či žádostí začíná proces hodnocení žadatele, prostřednictvím kterého je stanoveno, na jaké služby bude žadatel mít nárok a v jakém rozsahu.

Odlišný přístup funguje v Německu, kde vstupu do sociálních služeb předchází řízení o nároku na příspěvek na péči. Přiznání tohoto příspěvku pak žadatele automaticky opravňuje k nároku na využití takových služeb, které svou podstatou odpovídají přiznanému příspěvku a stupni závislosti. Tento přístup se jeví jako vhodný k implementaci do prostředí ČR, který povede k větší transparentnosti řešení vstupu do sociálních služeb a omezení případů nadužívání zejména pobytových služeb. Potenciál implementace vychází z platného předpokladu, že pokud člověk nemá nárok na příspěvek na péči, jeho stav není natolik vážný, aby musel využít služeb sociální péče.

Specifické jsou také přístupy v Itálii či Finsku, ať už vzhledem k decentralizaci systému v Itálii mezi jednotlivými regiony či neformálnímu přístupu ve Finsku, kde proces probíhá prostřednictvím ničím neregulovaného osobního kontaktu mezi zájemcem a sociálním pracovníkem. Tyto systémy jsou nestandardizované a pro prostředí ČR nevhodné.

B/ Odbornost pracovníků sociálních služeb

V této oblasti nejsou mezi komparovanými zeměmi téměř žádné rozdíly. Ve všech komparovaných zemích je zákonem odbornost sociálních pracovníků stanovena na vysokoškolské či vyšší odborné vzdělání v oblasti sociální práce. V některých případech je pro výkon této pozice vyžadována také praxe či stáž (Slovinsko), případně absolvování specifických vzdělávacích kurzů (Itálie). Ve všech zemích je samozřejmostí průběžné další vzdělávání během působení na pozici sociálního pracovníka.

C/ Multidisciplinární hodnocení

Multidisciplinární hodnocení v rámci rozhodování o vstupu do sociálních služeb není v žádné z komparovaných zemí pevně stanoveno. Obecně platí, že toto hodnocení provádí sociální pracovník, v některých zemích se tohoto hodnocení účastní praktický lékař, většinou prostřednictvím lékařského posudku. V jednotlivých zemích se procesu hodnocení mohou účastnit i další odborníci, jejich zapojení závisí čistě na žádosti o účast ze strany sociálních pracovníků. Jedná se o specialisty v oblastech, které odpovídají cílové skupině řešených zájemců o vstup a jejich konkrétním problémům a situacím.

D/ Kritéria pro vstup do sociálních služeb

Oblasti kritérií pro vstup do sociálních služeb lze považovat ve všech komparovaných zemích za obdobné, základním kritériem je vždy to, zda situace žadatele odpovídá cílové skupině vymezené pro jednotlivé druhy sociálních služeb. Obecně lze tato kritéria rozdělit na příslušnost k cílové skupině a potřebu pomoci vyjádřenou stupněm závislosti, které se mezi jednotlivými zeměmi liší svým dělením, podstatu však mají stejnou. Pro účely prostředí ČR se jeví jako vhodný přístup existující v Německu, kdy je základním kritériem pro vstup do sociální péče přiznání příspěvku na péči. Z logiky věci lze konstatovat, že pokud člověk nemá nárok na příspěvek na péči, neměl by mít nárok na služby sociální péče, jelikož jeho stav této potřebě neodpovídá. Proces hodnocení nároku příspěvku na péči a stanovení stupně závislosti v ČR je zaveden a v případě podmínění vstupu do služeb sociální péče příspěvkem na péči může výrazně omezit jejich nadužívání.

E/ Odpovědnost za vstup do sociálních služeb

Za vstup do sociální služby odpovídá vždy sociální pracovník, mezi jednotlivými zeměmi se liší pouze jeho příslušnost (může se jednat o sociálního pracovníka místního úřadu, regionálního úřadu, centra sociálních služeb apod.). U procesu vstupu do sociálních služeb, respektive v rámci hodnocení jednotlivých žadatelů, mohou být dle potřeb přítomni i další specialisté.

F/ Metody hodnocení potřeb klienta

Určitý standardizovaný výběr metod hodnocení potřeb klienta lze sledovat zejména ve Slovinsku (kde je proces standardizován pro všechny sociální služby), v Polsku, Německu či Rakousku, na rozdíl od Itálie či Finska, kde se přístup liší mezi jednotlivými regiony a případy. Hodnocení probíhá prostřednictvím interakce s žadatelem pomocí přihlašovacích formulářů, dotazníků a poté také osobního kontaktu a rozhovorů, v rámci kterých se zjišťuje, zda žadatel splňuje atributy požadovaných služeb. Jsou používány běžně známé odborné metody využívané v oblasti sociální práce. V komparaci nebyly v této oblasti nalezeny přístupy, které by bylo vhodné zavést nad rámec současných uplatňovaných přístupů v České republice ČR a byly by vhodné pro přenesení a implementaci.

G/ Opatření proti nadužívání pobytových služeb

V rámci komparace nelze mluvit o konkrétních opatřeních, která by byla explicitně zavedena pro zamezení nadužívání služeb. Lze však v některých zemích najít určitá specifika, která dle slov místních expertů nadužívání služeb implicitně neumožňují. Příkladem je Slovinsko, které prostřednictvím hodnotící komise na úrovni jednotlivých poskytovatelů služeb tento problém odstranilo, jak dokládá jejich nedávná reforma, která vyústila v nadbytek míst v pobytových službách právě kvůli zjištění, že značná část žadatelů do systému pobytových služeb nepatří. Další dobrou praxí je přístup v Německu, který podmiňuje vstup do sociálních služeb nárokem na příspěvek na péči, což možnost jejich nadužívání výrazně limituje.

H/ Možnosti odmítnutí žadatele o sociální služby

Možnost odmítnout zájemce o sociální službu má každá země v případech, kdy žadatel nesplňuje zákonné podmínky v této oblasti. Souhrnně se jedná o případy, kdy žadatel nepatří do cílové skupiny nebo jeho stav neodpovídá stupňům závislosti, pro které jsou dané služby provozovány apod. Pro uskutečnění možnosti odmítnout zájemce o sociální službu je tak primárně nutné mít vhodně nastavena pravidla pro vstup do sociálních služeb, aby v případě odmítnutí byla opora v legislativě. Možné jsou také případy odmítnutí kvůli administrativním nedostatkům na straně žadatele apod.

I/ Majetkové a příjmové testy zájemců

Majetkové a příjmové testy zájemců nejsou v žádné z komparovaných zemí používány pro rozhodnutí, zda má osoba nárok na péči či nikoliv, jsou však využívány při stanovení, zda a v jaké výši bude pečovaná osoba tyto služby hradit. Český systém je v tomto ohledu nejbližší systému ve Slovinsku, který hodnotí pouze příjem žadatele, a to prostřednictvím stanovení minima, které musí pečované osobě zůstat po zaplacení služeb. Nejpřísnější nastavení v této oblasti lze sledovat ve Finsku a Itálii, kde jsou hodnoceny nejen majetkové poměry pečované osoby, ale i jejich rodiny. Implementace těchto nástrojů je však velmi citlivá, jelikož by jejich prostřednictvím mohlo dojít k nepřiměřenému finančnímu zatížení žadatelů a jejich rodinných příslušníků. Při hodnocení přenositelnosti příkladů dobré praxe je nutné se zaměřit pouze na takové nástroje či jejich části, které budou relevantní k aktuálním problémům v ČR.

Doporučená opatření pro implementaci do systému ČR

Aplikovat postupy použité v zahraničí jako celek do našich podmínek za současné situace není legislativně ani politicky možné. Je však možné využít některých poznatků a zkušeností (ze Slovinska, Polska, Německa, Rakouska a Finska). V reakci na aktuální problémy v oblasti vstupu do sociálních služeb a nadužívání pobytových služeb v ČR jsou na základě informací získaných v rámci mezinárodní komparace navržena opatření v oblasti hodnocení stupně závislosti a nároku na příspěvek na péči, podmínek pro nárok ke vstupu do pobytových služeb a nastavení participace pečovaných osob na hrazení nákladů na služby sociální péče. Cílem těchto opatření je zamezit nadužívání pobytových služeb osobami, jejichž stav není natolik vážný, aby nemohl být řešen jinými druhy/formami sociálních služeb.

Pro implementaci byla doporučena následující opatření, která byla zformulována na základě získaných zkušeností a současného stavu systému v ČR:

- A.1. Hodnocení stupně závislosti a nároku na příspěvek na péči multidisciplinárním týmem.
- A.2. Určení rozsahu pomoci v službách sociální péče.
- A.3. Participace na úhradě nákladů pobytových služeb sociální péče.

Tabulka 1.3: Opatření A.1

Opatření A.1: Hodnocení stupně závislosti a nároku na příspěvek na péči multidisciplinárním týmem
Zdůvodnění opatření:
<p>V současné době je závislost osoby na pomoci jiné osoby posuzována prvotně v rámci sociálního šetření sociálním pracovníkem Úřadu práce ČR a následně určuje stupeň závislosti Lékařská posudková služba Okresní správy sociálního zabezpečení (viz § 23 - § 25 ZSS). Od stupně závislosti se odvíjí výše příspěvku na péči jako finanční podpory státu ke krytí nákladů na sociální službu nebo zajištění péče u pečované osoby.</p> <p>Posouzení potřeb osob ve vztahu ke vstupu do systému sociální služby se účastní sociální pracovník. Dle právní úpravy by měl posouzení zdravotního stavu provést také lékař dle ustanovení § 91 odst. 4 ZSS. Pokud však provádí posouzení situace zájemce sociální služby sociální pracovník, nemá dostatečnou kvalifikaci k tomu, aby objektivně zhodnotil zdravotní stav klienta, neboť se může spolehnout pouze na subjektivní vnímání vlastní a rodinných příslušníků, popř. se zde projeví osobní zájmy osob zájemců o službu. Hodnocení může provést tak pouze vizuálně, což je z pohledu stanovení zdravotního stavu nedostatečné, navíc mohou být výsledky kontrol sociálního pracovníka ovlivněny ze strany hodnocené osoby či její rodiny prostřednictvím popisu a předvedení i horšího stavu, než ve kterém se osoba skutečně nachází.</p> <p>Důsledkem tohoto postupu jsou situace, kdy osoby získávají vlivem neodborného nebo nedostatečného posouzení oprávnění vstupu do systému sociálních služeb, ačkoliv do něho reálně nepatří vzhledem ke svému stavu. To vede k nadužívání služeb sociální péče a k čerpání veřejných prostředků k úhradě části nákladů u poskytovaných služeb osobám, jejichž stav nevyžaduje poskytování sociální služby pobytového charakteru, když nadto osoba nemá dostatek finančních prostředků. Kapacity sociální péče jsou přeplněné a reálně hrozí situace, kdy se opravdu potřebné osoby do systému sociální péče nedostanou, jelikož je kapacita naplněna osobami, které by svou situaci mohly řešit jiným způsobem (komerčními službami, péčí rodinných příslušníků nebo terénními službami atd.).</p>
Popis opatření:
<p>Podstatou navrhovaného opatření je zavedení hodnocení potřebnosti poskytování pobytové služby sociální péče ve vztahu k určenému stupni závislosti na pomoci jiné osoby, aby tak došlo k objektivizaci potřeby pomoci prostřednictvím pobytové služby sociální péče.</p> <p>K tomu, aby bylo určení stupně závislosti u osoby, a tím splnění podmínek pro nárok na příspěvek na péči co možná neobjektivnější je třeba využít pohled více odborníků s ohledem na principy a postupy jejich profese při diagnostice. Proto je nezbytné sestavit poloformalizovaný (čímž se má na mysli, že proces posuzování stupně závislosti osoby má své formální postupy, ale členy tohoto týmu mohou být kromě vždy účastných členů i další odborníci potřební dle konkrétní situace osoby) multidisciplinární tým, který se skládá z následujících odborných pracovníků:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Sociální pracovník (povinný člen hodnotícího týmu): Sociální pracovník obecního úřadu obce s rozšířenou působností místně příslušný dle trvalého pobytu posuzované osoby. Úroveň ORP je zvolena z důvodu obecné struktury správních orgánů územně samosprávných celků ČR, která se skládá z velkého množství malých obcí, které sociálními pracovníky nedisponují (mnohdy se obecní úřad skládá pouze ze starosty a tajemníka apod.). U kolem sociálního pracovníka je posouzení specifika sociální situace osoby v rámci obecné sociální práce (posouzení sociální situace osoby, územní lokality, možnost uspokojovat potřeby jako nákupy, zajištění přístupu k lékařské péči apod.).2. Posudkový lékař (povinný člen hodnotícího týmu): Posudkový lékař specializovaný na cílovou skupinu hodnocené osoby (geriatrie, osoby s postižením, atd.). Úkolem lékaře je zhodnocení zdravotního stavu osoby jakožto podkladu pro určení stupně závislosti, resp. při hodnocení potřeb, které z důvodu nepříznivého zdravotního stavu není schopna samostatně zvládnout. Posudkový lékař je zvolen přesto, že praktický lékař má informace o zdravotním stavu konkrétního pacienta, neboť posudkový lékař musí zajistit v rámci komunikace s dalšími posudkovými lékaři, aby byly jednotlivé případy posuzovány v obdobných případech obdobně a nedocházelo k rozdílným hodnocením stejné situace dle jednotlivých praktických lékařů.3. Další specialista dle cílové skupiny (volitelný člen hodnotícího týmu): V případě, že sociální pracovník a posudkový lékař nejsou schopni jednoznačně rozhodnout o stavu posuzované osoby, přizvou si dle potřeby dalšího specialistu dle řešeného problému a cílové skupiny a konkrétní situace osoby.

Opatření A.1: Hodnocení stupně závislosti a nároku na příspěvek na péči multidisciplinárním týmem
Opatření vychází ze zkušeností z následujících zemí: Slovinsko, Polsko.
Předpokládané dopady:
Zavedením multidisciplinárního hodnocení při určení stupně závislosti, a tím nároku na výši příspěvku na péči, dojde ke zmenšení množiny jednotlivých potřebných osob hypoteticky závislých na pomoci pobytových sociálních služeb, zejména vyšších stupňů závislosti takovým způsobem, že bude tato množina odpovídat skutečným potřebám osob. Budou eliminovány případy, kdy pobytovou sociální službu užívají osoby, které nepatří do cílové skupiny osob služeb sociální péče.
Potenciální rizika:
Implementace tohoto opatření povede k navýšení časové a administrativní náročnosti procesu hodnocení. V rámci implementace je nutné efektivní nastavení procesu tak, aby nedocházelo k nepřijatelným průtahům hodnocení limitujícím zisk potřebné péče pro jednotlivé případy.
Zodpovědnost:
<ul style="list-style-type: none"> ▪ MPSV ▪ Obecní úřady ORP ▪ OSSZ, LPS

Zdroj: ACCENDO, 2019.

Tabulka 1.4: Opatření A.2

Opatření A.2: Určení rozsahu pomoci v službách sociální péče
Zdůvodnění opatření:
V současné době není vstup do služeb sociální péče zákonem v zásadě taxativně omezen či regulován. Do těchto služeb se tak dostávají i osoby, pro které je sociální péče, vzhledem k jejich aktuálnímu stavu, a daný typ pobytové služby nadbytečný a jejich situace by se dala řešit jiným, většinou mírnějším způsobem (např. neformální péče doplněná terénními službami). Tyto případy systém služeb sociální péče nadbytečně zatěžují a dochází k naplnění všech jeho kapacit, kvůli kterému se poté do služeb nedostanou opravdu potřebné osoby s vysokou mírou závislosti na pomoci jiných.
Popis opatření:
Principem opatření je podmínění vstupu do služeb sociální péče přiznaným nárokem na příspěvek na péči, jehož výše je závislá na určení stupně závislosti, tj. objektivně posouzenou mírou potřebnosti sociální péče. Pokud nemá osoba přiznaný příspěvek na péči, lze předpokládat, že její stav neodpovídá situaci, kdy by pobytové služby sociální péče skutečně potřebovala a nemohla využít jiných služeb (např. terénní sociální služby, pokud bude osoba závislá na pomoci jiných osob v rozsahu 1 nebo 2 potřeb, nebo asistenta sociální péče nebo osobu blízkou), nebo dokonce komerčních služeb (dle živnostenského zákona – např. služby pro domácnost, dovážka obědů apod.).
Nárok na služby sociální péče, resp. vstup osoby do systému, by se řídil následujícími pravidly:
<ol style="list-style-type: none"> 1. Osoba s příspěvkem na péči při stupni závislosti 3 nebo 4, případně stupněm 1 nebo 2 za předpokladu, že jednou z posouzených potřeb, jež osoba není schopna si zabezpečit, je omezení orientace, čímž získává nárok (oprávnění, nikoliv povinnost ze strany uživatele sociální služby) na vstup do pobytových služeb sociální péče. Nárok na vstup do pobytových služeb vzniká také v případech hodného zvláštního zřetele, viz níže. Dle vlastních preferencí samozřejmě může využít také ambulantních či terénních služeb sociální péče, případně neformální péči (osoba blízká nebo asistent sociální péče). 2. Osoba s příspěvkem na péči a stupněm závislosti 1 nebo 2 získává nárok na využití ambulantních a terénních služeb sociální péče. Dle vlastních preferencí samozřejmě může využít neformální péči (osoba blízká nebo asistent sociální péče).
Toto opatření navazuje na opatření A.1, kdy by zavedením multidisciplinárního hodnocení nemělo docházet k nesprávnému posuzování stupně závislosti a tím výše příspěvku na péči, což je předpokladem pro efektivní implementaci doporučení A.2.

Opatření A.2: Určení rozsahu pomoci v službách sociální péče

Situace hodná zvláštního zřetele:

Za situaci hodnou zvláštního zřetele se považuje vždy situace, kdy osobě v průběhu řízení o příspěvku na péči je poskytována sociální služba, asistent sociální péče, popřípadě neformální péče osoby blízké, která ukončila z důvodu péče o pečovanou osobu výkon výtěžné činnosti. Podmínkou postupu dle předchozí věty je posouzení lékaře o potřebnosti péče od zahájení řízení o příspěvku na péči.

Tímto se stane proces určení typu péče relevantního ke skutečnému stavu člověka efektivnější a částečně se uvolní kapacity služeb sociální péče, jelikož budou tyto případy řešeny jinými, situaci odpovídajícími způsoby. Uvolněné kapacity budou následně dostupné pro osoby, které tuto péči skutečně potřebují, ale je pro ně v současné době vzhledem k naplnění kapacit nedostupná.

Opatření vychází ze zkušeností z následujících zemí: Německo, Rakousko, Slovinsko.

Předpokládané dopady:

Zavedením výše uvedených podmínek bude dosaženo snížení náporu na pobytové služby sociální péče ze strany osob, jejichž situace a stav není natolik vážný, aby nemohl být vyřešen jiným typem služeb v rámci přirozeného prostředí. Dojde tak k eliminaci problému nadužívání služeb sociální péče, kdy se uvolní kapacity pro osoby, které danou péči vzhledem ke svému stavu skutečně potřebují.

Potenciální rizika:

Implementace tohoto opatření může vést k prodloužení správního řízení a personálnímu zatížení systému, resp. u posudkových lékařů nejsou dostatečné kapacity v tom rozsahu, že by se změna v organizaci posuzování rozsahu závislosti osoby nedotkla možného přetížení osob. K zamezení tohoto potenciálního rizika je proto vhodné společně implementovat návrhy uvedené v opatření A. 1, které tuto možnost do značné míry eliminují.

Zodpovědnost:

- MPSV

Zdroj: ACCENDO, 2019.

Tabulka 1.5: Opatření A.3

Opatření A.3: Participace na úhradě nákladů pobytových služeb sociální péče

Zdůvodnění opatření:

V současné době systém úhrad a participace pečovaných osob na těchto úhradách při poskytování sociálních služeb neodpovídá principům a zásadám, které mají být uplatňovány v systému sociální pomoci, za které v rámci členění systémů sociálního zabezpečení ČR sociální služby a příspěvek na péči považujeme. Zásadním znakem a prvkem uplatňování nástrojů sociální pomoci je apel na posuzování celkové sociální situace a propojení jak hledisek zdravotních, tak majetkových a příjmových. Resp. tak, jak v systému dávek pomoci v hmotné nouzi se zohledňuje při posuzování nároku na dávku též zdravotní stav žadatele o dávku a dalších osob s ním společně posuzovaných, tak v systému sociálních služeb by mělo být zkoumáno, jaké jsou příjmové a majetkové poměry osob, které čerpají pomoc z veřejných zdrojů.

I s ohledem na skutečnost, že je přirozeným faktem a vývojem, že s přibývajícím věkem narůstá riziko snížení vlastních schopností si zabezpečit vlastní potřeby svými silami. Proto by měla být vyžadována přiměřená odpovědnost osoby, tj. pečované osoby, k vlastnímu zajištění své osoby. Obdobně pak by měla být vyžadována odpovědnost osob příbuzných, u nichž se vychází z předpokladu vzniku vyživovací povinnosti apod. Rovněž není v souladu s principy odpovědného jednání, když osoby přenechají svůj majetek jiným osobám, aniž by byla zajištěna jejich budoucí péče. Vždyť z jakého důvodu by v občanském zákoníku bylo ustanovení § 2068, kde se výslovně říká:

- (1) Upadne-li dárce po darování do takové nouze, že nemá ani na nutnou výživu vlastní nebo nutnou výživu osoby, k jejíž výživě je podle zákona povinen, může dar odvolat a požadovat po obdarovaném, aby mu dar vydal zpět nebo zaplatil jeho obvyklou cenu, nanejvýš však v tom rozsahu, v jakém se dárce nedostává prostředků k uvedené výživě. Obdarovaný se může této povinnosti zprostit poskytnutím toho, co je k této výživě potřeba.
- (2) Obdarovaný nemá povinnost podle odstavce 1, je-li sám v obdobné nouzi jako dárce.

Opatření A.3: Participace na úhradě nákladů pobytových služeb sociální péče

Osoby, jejichž majetkové poměry jsou velmi příznivé, by neměly být omezovány ve vlastní participaci na zajištění si sociální služby v rozsahu, který může mít nadstandardní charakter. V této souvislosti lze pak považovat stanovení hranice maximálních nákladů za poskytovanou sociální službu více než diskriminační. Tento postup omezení výše úhrad tak snižuje i motivaci těchto osob k vlastní participaci a zvyšují se tím náklady z veřejných rozpočtů, když by finanční prostředky mohly být poskytovány uživateli s větším majetkem a příjmy.

Systém úhrad, který je nastaven s absencí odpovědnosti rodinných příslušníků, vede k nízké odpovědnosti za členy vlastní rodiny, popírá vnitřní soudržnost rodiny a základní premisy rodinného práva, které vychází ze základní zásady: „Každý poskytuje podporu v rodině dle svých schopností a každý, jehož situace vyžaduje oprávněný požadavek na zajištění podpory, ji může žádat v rozsahu svých oprávněných potřeb“.

Popis opatření:

Podstatou opatření je přímá platba (nikoliv pojistný systém) za poskytnuté sociální služby nebo péči (za péči se považuje péče asistenta sociální péče nebo péče osoby blízké). Na úhradě nákladů za poskytovanou službu u konkrétní osoby se budou podílet (v uvedené chronologii) následující osoby či subjekty:

1. Klient služby prostřednictvím svého příspěvku na péči.
2. Klient služby prostřednictvím vlastních finančních prostředků (vlastní příjem, příjem z majetku, finanční majetek – úspory, akcie atd.), kdy klient uhradí část nákladů dobrovolně z těchto svých zdrojů, popř. určí OÚ ORP (nebo soud) výši spoluúčasti, pokud nepřistoupí na dobrovolnou spoluúčast na úhradě za sociální službu.
3. Klient s nedostatkem finančních prostředků může mít nárok na dávky hmotné nouze, které využije pro platbu za poskytnuté služby.
4. Rodina klienta z hlediska vyživovací povinnosti dle nového občanského zákoníku, případně osoby, jimž byl v posledních 3 letech převeden formou daru nemovitý majetek či movitý majetek, který je evidován v úřední evidenci (případ musí být v souladu s dobrými mravy a přiměřený okolnostem na straně posuzovaných osob).
5. Obec, která nemá vlastní sociální službu daného druhu, je povinna přispět částku jdoucí za konkrétním jejím občanem pobývajícím v daném zařízení, který nemá dostatečné prostředky na jejich úhradu.

Pro bod 2 platí, že pokud klient sociální služby má dostatek finančních prostředků k úhradě sociální služby, rozhodne státní orgán o spoluúčasti. Rozhodovací pravomoc může být stanovena buď OÚ ORP nebo může rozhodovat soud, popř. by mohla také sociální služba odmítnout poskytnutí sociální služby, pokud by šlo o osobu se zachovanou schopností plného uvědomění si důsledku svého jednání, když osoba nehodlá přistoupit na participaci své osoby na úhradě služby, za předpokladu, že její majetková situace takový postup umožňuje. V podstatě, pokud osoba má požadavek na čerpání sociálních služeb, které jsou dotovány z veřejných prostředků, je na druhou stranu rovněž v souladu s dobrými mravy, když je požadována participace osoby.

Pro bod 3 bude rozhodovat Úřad práce ČR, pokud nebude předcházet vyživovací povinnost. Dávky hmotné nouze má v kompetenci Úřad práce ČR.

Pro bod 4 v části ohledně daru bude rozhodovat soud, navrhovatelem je zařízení poskytující službu. U požadavku participace rodinných příslušníků na úhradě sociální služby v rozsahu jejich vyživovací povinnosti lze opět na návrh zařízení sociální služby zvolit buď alternativu – využití rozhodnutí soudu dle občanského zákoníku, nebo upravit kompetenci ke stanovení spoluúčasti osob příbuzných OÚ ORP, podobně jako v situaci nezletilého dítěte dle § 74 odst. 2 ZSS.

Bude-li účast osob na úhradě posuzována soudem, nemůže být tato skutečnost důvodem po dobu probíhajícího řízení pro zabránění vstupu do sociální služby a tato situace bude považována za případ vhodný zvláštního zřetele pro možnost vstupu osoby do sociální služby, a to za předpokladu, že osoba bude posuzována jako závislá na pomoci jiné osoby nebo bude vedeno řízení o příspěvku na péči a potřebu péče stanoví lékař.

Pokud nebude možno využít úhrady ze strany situací 1 až 5, přichází v úvahu uhrazení prostřednictvím veřejnoprávních zdrojů (dotací). V tomto případě, pokud by následně soud rozhodl o povinnosti úhrady ze strany některého ze subjektů za poskytovanou službu, stává se tato finanční částka majetkem obce, která přispěla na poskytování služby této osoby. Pokud by obec

Opatření A.3: Participace na úhradě nákladů pobytových služeb sociální péče

nepřispívá na pobyt osoby, je příjemcem stát.

Pozn.: V případě, že by klientům z výše uvedeného nevyplývalo dostatek prostředků, zbytek by byl hrazen danému zařízení z dotací obce, kraje a státu vůči poskytovateli sociálních služeb.

Opatření vychází ze zkušeností z následujících zemí: Slovinsko, Finsko.

Předpokládané dopady:

Participace na poskytování sociálních služeb bude daleko lépe zohledňovat vlastní zdroje osob. Systém bude motivační k vlastnímu odpovědnému jednání, ať už v postavení dárce či obdarovaného. Osoby užívající sociální služby budou mít odpovědnější, ale také důstojnější postavení. Systém bude spravedlivější, než dosavadní.

Snížení zatížení veřejných rozpočtů, kdy poskytování péče je u osob majetnějších na úkor těch, které příjmy nemají dostatečné.

Bude snazší se zaměřit na uživatele sociálních služeb, jejichž výše příjmů jim neumožňuje úhradu sociální služby.

Potenciální rizika:

Problém může nastat při posuzování příjmových a majetkových poměrů, je třeba nastavit kompetence a možnost čerpání informací o majetkové sféře osob z veřejných rejstříků apod. Neboť dalším rizikem je zdlouhavost a délka správních řízení.

Zodpovědnost:

- MPSV

Zdroj: ACCENDO, 2019.

2 Systémy posouzení oprávněnosti nároku zájemce pro vstup do sociální služby ve vybraných evropských zemích

2.1 Česká republika

Poskytování sociálních služeb v České republice je upraveno zákonem č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů (dále jen ZSS) a vyhláškou č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení ZSS, ve znění pozdějších předpisů.

Sociální služba je podle ustanovení § 3 písm. a činnost nebo soubor činností zajišťujících pomoc a podporu osobám v nepříznivé sociální situaci (dále jen „osoba“) za účelem sociálního začlenění nebo prevence sociálního vyloučení.

Podle ZSS, sociální služby zahrnují **sociální poradenství, služby sociální péče a služby sociální prevence**, které mohou být poskytovány **formou pobytových, ambulantních anebo terénních služeb**.

- **Pobytovými službami** se rozumí služby spojené s ubytováním v zařízeních sociálních služeb, jako jsou např. domovy pro osoby se zdravotním postižením nebo domovy pro seniory. V praxi se pro pobytové služby používá také synonymum rezidenční zařízení.
- **Ambulantními službami** se rozumí služby, za kterými uživatel dochází nebo je doprovázen či dopravován do zařízení sociálních služeb, jako jsou např. denní centra nebo nízkoprahová denní centra; součástí služby není ubytování.
- **Terénními službami** se rozumí služby, které jsou uživatelům poskytovány v jejich přirozeném prostředí, kterým je především myšlena domácnost, ale tyto služby mohou být poskytovány i komunitě. Jedná se např. o pečovatelskou službu, osobní asistenci nebo terénní programy.

Podle ZSS sociální služby dále zahrnují:

- a) **Sociální poradenství**, které zahrnuje základní a odborné poradenství (viz § 37 ZSS).
 - **Základní sociální poradenství** poskytuje osobám potřebné informace přispívající k řešení jejich nepříznivé sociální situace.

Sociální poradenství je základní činností při poskytování všech druhů sociálních služeb. Poskytovatelé sociálních služeb jsou vždy povinni tuto činnost zajistit.

- **Odborné sociální poradenství** je poskytováno se zaměřením na potřeby jednotlivých okruhů sociálních skupin osob v občanských poradnách, manželských a rodinných poradnách, poradnách pro seniory, poradnách pro osoby se zdravotním postižením, poradnách pro oběti trestných činů a domácího násilí. Zahrnuje též sociální práci s osobami, jejichž způsob života může vést ke konfliktům se společnostmi.⁸

b) Služby sociální péče, které napomáhají osobám zajistit jejich fyzickou a psychickou soběstačnost s cílem umožnit jim nejvyšší možné zapojení do běžného života společnosti a v případech, kdy toto vylučuje jejich stav, zajistit jim důstojné prostředí a zacházení. Každý má právo na poskytování sociální péče v nejméně omezujícím prostředí. V ZSS jsou upraveny v ustanoveních § 38 až § 52 od osobní asistence až po tzv. sociální hospitalizaci (jde především o domovy)⁹.

c) Služby sociální prevence, které napomáhají zabránit sociálnímu vyloučení osob, které jsou tímto ohroženy pro krizovou sociální situaci, životní návyky a způsob života vedoucí ke konfliktu se společností, sociálně znevýhodňující prostředí a ohrožení práv a oprávněných zájmů trestnou činností jiné fyzické osoby. Cílem služeb sociální prevence je napomáhat osobám k překonání jejich nepříznivé sociální situace a chránit společnost před vznikem a šířením nežádoucích společenských jevů. Jde o služby upravené v ustanoveních § 53 až § 70 ZSS. Důležité je si uvědomit, že ačkoliv jsou předmětem zájmu zejména pobytové sociální služby sociální péče, které se zaměřují především na podporu osob se sníženou soběstačností a schopnosti péče o vlastní osobu a své záležitosti, což je

⁸ Součástí odborného poradenství bylo do 1. 1. 2014 i půjčování kompenzačních pomůcek. Tato obligatorní činnost byla zákonem č. 316/1013 Sb. vypuštěna s odůvodněním, že tato úprava umožní poskytovatelům sociálních služeb zařadit půjčování kompenzačních pomůcek mezi fakultativní činnosti za úhradu s tím, že je žádoucí, aby půjčovny mohly být provozovány i poskytovateli jiných druhů služeb.

⁹ Pro úplnost je potřeba vnímat, že poskytovatelem soc. služeb jsou i dětské domovy a hospicová zařízení, která požádají o zápis do registru poskytovatelů (viz § 7 a § 85 ZSS), nejsou však vyjmenovány mezi službami uvedenými v § 37 - § 70 ZSS.

způsobeno věkem či zdravotním postižením, přesto i sociální služby sociální prevence jsou mnohdy podmíněny nepříznivým zdravotním stavem osoby uživatele služby.

EU hovoří o službách ve veřejném (obecném) zájmu, mezi něž se také počítají sociální služby, na jejichž regulaci jsou kladeny tři klíčové požadavky.¹⁰ Prvním je **kvalita sociálních služeb**, která je charakterizována jako souhrn vlastností a charakteristik služby, jež souvisejí s jejich schopnostmi uspokojit známé či předpokládané potřeby uživatelů služeb. Druhým požadavkem je **dostupnost sociálních služeb**, a to jak fyzická, tak ekonomická, sociální, informační a psychologická. Třetím požadavkem je **ochrana uživatelů služeb**, která je zabezpečována transparentností a bezpečností při poskytování sociálních služeb a aktivní účastí uživatelů při plánování i poskytování sociálních služeb.

Česká republika před vstupem do EU v roce 2004 se s těmito požadavky vyrovnala prostřednictvím realizace **česko-britského projektu s názvem „Podpora MPSV při reformě sociálních služeb“**, který probíhal v naší republice v letech 2000–2003, a to ve spolupráci s britským Ministerstvem pro mezinárodní rozvoj, která umožňovala využít zahraničních zkušeností a dosáhnout souladu s požadavky na regulaci sociálních služeb a praxí v zemích EU.

Procesy vstupu do sociální služby jsou upraveny v rámci ZSS v § 88, 90 a 91 a ve standardu kvality sociálních služeb č. 3, v němž jsou stanovena kritéria týkající se jednání se zájemcem o službu, který je předmětem přílohy č. 2 vyhlášky č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení ZSS, ve znění pozdějších předpisů.

Podle ZSS může osoba požádat o poskytnutí sociální služby poskytovatele sociálních služeb, nebo může požádat obec, ve které má trvalý nebo hlášený

¹⁰ V Zelené knize o službách obecného zájmu, která byla předložena Komisi evropských společenství v roce 2003, je formulováno, že „...služby v obecném zájmu jsou součástí celospolečensky uznávaných hodnot, které jsou všem evropským státům společné a jsou základním prvkem evropského modelu společnosti. Jejich úloha má zásadní význam z hlediska zvyšování kvality života všech občanů a úsilí o překonání sociálního vyloučení a společenské izolace. Uvedené služby jsou zároveň pilířem evropského občanství, neboť formují některá práva evropských občanů a posilují příležitost dialogu s orgány veřejné moci v kontextu řádné správy věcí veřejných.“ (Zelená kniha, 2003, s. 3) O rok později vychází tzv. Bílá kniha, která téma služeb v obecném zájmu dále rozvádí. Regulací, čili plánováním těchto služeb, je dána lidem záruka přístupu ke službě pro potřebné za dostupnou cenu a ujištění, že kvalita služby zůstane zachována.

pobyt, o zprostředkování možnosti poskytnutí sociální služby anebo o zprostředkování kontaktu s poskytovatelem sociálních služeb.

Poskytovatelé sociálních služeb jsou povinni zejména zajišťovat dostupnost informací o druhu, místě, okruhu osob, jimž poskytují sociální služby, o kapacitě poskytovaných sociálních služeb a o způsobu poskytování sociálních služeb, a to způsobem srozumitelným pro všechny osoby. Dále jsou povinni informovat zájemce o sociální službu o všech podmínkách a povinnostech, které by pro něho vyplývaly ze smlouvy o poskytování sociálních služeb, o způsobu poskytování sociálních služeb a o úhradách za tyto služby, a to způsobem pro něj srozumitelným. Poskytovatel projednává se zájemcem o sociální službu jeho požadavky, očekávání a osobní cíle, které by vzhledem k jeho možnostem a schopnostem bylo možné realizovat prostřednictvím sociální služby. Poskytovatel musí mít písemně zpracována vnitřní pravidla pro postup při odmítnutí zájemce o sociální službu z důvodů stanovených zákonem a musí podle těchto pravidel postupovat. Obec v samostatné působnosti, obecní a krajské úřady v rámci výkonu přenesené působnosti, nejsou odpovědné za dostupnost konkrétní sociální služby v lokalitě, kde má zájemce trvalý či hlášený pobyt, ale také ani v jiné lokalitě. Subjektem, který má tuto odpovědnost je kraj, v rámci samosprávy jako VÚSC (Vyšší územní samosprávný celek) dle § 95 písm. g) a h) ZSS. Obec, obecní úřad ani krajský úřad nemají přímou kompetenci k tomu, aby mohly určit, že konkrétní osobě zájemce o sociální službu má poskytnout sociální službu konkrétní poskytovatel sociální služby. Nadto neexistují a nejsou vedeny statistiky vývoje sociální situace osob, jejichž zdravotní stav odůvodňuje poskytování sociální služby pobytového charakteru, popř. se jejich situace vyvíjí tímto směrem a potřeba vznikne v nejbližší budoucnosti.

O poskytnutí sociální služby uzavírá osoba smlouvu s poskytovatelem sociálních služeb; tato smlouva se neuzavírá v případě poskytnutí sociální služby dítěti na základě rozhodnutí soudu o nařízení ústavní výchovy, výchovného opatření nebo předběžného opatření. Zákon dále taxativně vymezuje, u kterých sociálních služeb musí být smlouva uzavřena v písemné formě a kdy musí být uzavřena v písemné formě, pokud alespoň jedna smluvní strana při jednání o uzavření smlouvy tuto formu navrhne. Pobytové sociální služby jsou poskytovány zpravidla (až na výjimky) vždy na základě písemné smlouvy.

Smlouva podle § 91 odst. 2 ZSS službách obsahuje tyto náležitosti:

- a) označení smluvních stran,
- b) druh sociální služby,
- c) rozsah poskytování sociální služby,
- d) místo a čas poskytování sociální služby,
- e) výši úhrady za sociální služby sjednanou v rámci výše úhrady stanovené v § 73 až 77 a způsob jejího placení, včetně způsobu vyúčtování,
- f) ujednání o dodržování vnitřních pravidel stanovených poskytovatelem pro poskytování sociálních služeb,
- g) výpovědní důvody a výpovědní lhůty,
- h) dobu platnosti smlouvy.

Dle ustanovení § 91 odst. 6 a § 91a až § 91c ZSS osobu, která podle lékařského posudku vydaného poskytovatelem zdravotních služeb není schopna sama jednat a nemá zákonného zástupce nebo opatrovníka, zastupuje při uzavírání smlouvy OÚ ORP podle místa trvalého nebo hlášeného pobytu osoby, nebo jde-li o poskytnutí pobytových sociálních služeb v zařízení sociálních služeb nebo ve zdravotnickém zařízení lůžkové péče podle § 52 ZSS, OÚ ORP podle sídla tohoto zařízení.

V případě, kdy uzavírá smlouvu o sociální službě OÚ ORP, pak jde o výkon přenesené působnosti OÚ ORP. ZSS neuvádí, která úřední oprávněná osoba má smlouvu za OÚ ORP uzavřít, smlouvu tak může uzavřít dle organizačního řádu obecního úřadu a svěřených kompetencí kterákoliv úřední oprávněná osoba (tajemník, který vykonává státní správu; starosta, který stojí v čele obecního úřadu a může rovněž vykonávat státní správu; popř. kterákoliv jiná úřední oprávněná osoba např. sociální pracovník), neboť samotné právní jednání – podpis smlouvy, není samo o sobě výkonem sociální práce. V každém případě však podklady pro uzavření smlouvy ze strany úřadu ORP u konkrétní osoby, neboť je úřad v dané situaci v obdobném postavení jako např. veřejný opatrovník, zajišťuje a posuzuje z hlediska odbornosti sociální pracovník (metodami a technikami sociální práce – sociální šetření, sociální anamnéza, posouzení zdrojů a výdajů pro plnění podmínek vyplývajících z uzavřené smlouvy o sociální službě). OÚ ORP musí při podpisu smlouvy postupovat zejména dle § 3 a § 8 správního řádu.

Poskytovatel musí mít písemně zpracována vnitřní pravidla pro uzavírání smlouvy o poskytování sociální služby s ohledem na druh poskytované sociální služby a okruh osob, kterým je určena a je povinen podle těchto pravidel postupovat. Smlouvu o poskytnutí sociální služby uzavírá statutární orgán poskytovatele nebo jím pověřená osoba (většinou sociální pracovník). Jako podklad má mít sociální pracovník poskytovatele sociálních služeb lékařské vyjádření, kdy dle § 91 odst. 4 ZSS platí, že: „Osoba je povinna před uzavřením smlouvy o poskytnutí pobytové služby předložit poskytovateli sociálních služeb posudek registrujícího poskytovatele zdravotních služeb v oboru všeobecné praktické lékařství o zdravotním stavu, nejde-li o poskytování sociálních služeb ve zdravotnickém zařízení podle § 52“.

Posouzení se tak účastní jak sociální pracovník zařízení, tak úvodem (pokud osoba nemá již posouzení – zda je osobou závislou na pomoci jiné osoby dle ZSS v konkrétně uvedených potřebách označených a posouzených ze strany Lékařské posudkové služby Okresní správy sociálního zabezpečení (dále jen LPS OSSZ) pro účely správního řízení u příspěvku na péči dle § 9 ZSS) praktický lékař.

Úhradou nákladů za sociální služby se zabývá díl 5 ZSS (§ 71 až 77), kde je taxativně vymezeno, které sociální služby jsou poskytované bez úhrady nákladů a které za částečnou či plnou úhradu nákladů. Mimo tato ustanovení je upraveno částečné financování dle ustanovení § 7 ZSS (potřeba soustavné péče je tak předmětem účasti státu v podobě příspěvku jako dávky sociální péče až od 3 potřeb z 1 posuzovaných). Úhradu nákladů za poskytování sociálních služeb hradí osoba ve výši sjednané ve smlouvě uzavřené s poskytovatelem služby podle § 91 zákona. Každý druh sociální služby má pevně stanovenou maximální výši ceny za péči, stravu a ubytování, a to ve vyhlášce MPSV č. 505/2006 Sb. Poskytovatel sociální služby se může (nejde tak o právní nárok na spoluúčast na financování ze strany rodinných příslušníků, bylo by však možno využít právní úpravu přiměřené vyživovací povinnosti dětí vůči rodičům v souladu však s principy dobrých mravů a schopnostmi povinného i oprávněnými potřebami pečované osoby, což je upraveno v občanském zákoníku, předpokladem však je návrh ze strany rodičů u soudu a žádost o stanovení konkrétního rozsahu vyživovací povinnosti vůči povinným dětem) písemně dohodnout na spoluúčasti na úhradě nákladů s manželem (manželkou), rodiči nebo dětmi osoby, které je

sociální služba poskytována, pokud tato osoba nemá vlastní příjem nebo její příjem nepostačuje na úhradu nákladů. Příjmem osoby se pro účely úhrady rozumí příjmy podle zákona o životním a existenčním minimu, s výjimkou příspěvku na péči. Příspěvek na péči je totiž určen právě na náklady spojené se zajištěním péče o tyto osoby, z něhož nelze pochopitelně hradit výdaje na stravu a ubytování.

Maximální výše úhrady za vybrané sociální služby jsou uvedeny v druhé části vyhlášky č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení ZSS, ve znění pozdějších předpisů. Pokud za uživatele sociální služby je uzavírána smlouva o poskytování sociální služby ze strany obecního úřadu ORP dle § 91 odst. 6 ZSS, pak tento úřad je odpovědný za nastavení podmínek ve smlouvě a za opatření vedoucí k jejich plnění i reálnosti v souladu se zákonnou úpravou i s odpovědností úřadu za výkon státní správy a ochranu oprávněných zájmů zastupovaného zájemce resp. uživatele sociální služby.

Důležitým systémovým prvkem v oblasti poskytování sociálních služeb je bezesporu **příspěvek na péči**, který ve svém důsledku výrazně posiluje kompetence osob (neznačená však plnou nezávislost osob při výběru poskytovatele služby, jeho poskytování není zákonnou podmínkou pro vstup do systému odběru resp. poskytování sociální služby), které jsou závislé na pomoci jiné osoby, a pomáhá rozvíjet trh sociálních služeb. Jde o příspěvek, tj. nekompenzuje plnou péči a nadto je přiznáván při potřebě pomoci při neschopnosti uspokojovat (u dospělé osoby) více než 2 potřeby dle § 8 ZSS, tj. musí být potřeba pomoci u minimálně 3 definovaných potřeb. U dvou potřeb není stanovena žádná účast státu k pomoci takové osobě, byť může být takto posouzenou potřebou, jejíž uspokojení není ze strany osoby naplněno, např. „orientace“. Ačkoliv tedy potřeba funkční schopnosti orientace je zpravidla podmínkou pro reálné dosažení uspokojení dalších potřeb (dle § 9 ZSS), přesto osoba pro přiznání příspěvku nesplní podmínku, tj. posouzení závislosti osoby a ta je posouzena až při 3 potřebách, které si osoba není schopna sama zabezpečit, a tudíž je závislá na pomoci (péči) jiné osoby. Nadto jedná se o dávku, která je příspěvkem ke kompenzaci nákladů na sociální službu pouze u osob, jejichž snížení schopnosti zajištění vlastních potřeb je způsobeno zdravotním stavem nebo věkem, nikoliv v důsledku např. příjmové nedostatečnosti. Sociální služby

řeší nepříznivé sociální situace spojené buď se sníženou zdravotní či duševní schopností zajistit si péči o svou osobu, na jejíž náklady stát přispívá formou dávky příspěvku na péči. Další cílovou skupinou osob pro sociální služby jsou osoby postižené právě příjmovou nedostatečností, jejichž situace spojená s úhradou sociálních služeb je řešena ze státního rozpočtu dávkami systému pomoci hmotné nouze. Samozřejmě však je systém pomoci nastaven tak, že pokud osoba zároveň je zdravotně postižená a také nemá dostatečné příjmy, pak je její situace řešena ve vztahu k zajištění pomoci, pokud je osobou závislou na pomoci jiné osoby, příspěvkem na péči a nedostatek příjmů pro zajištění úhrady stravy a ubytování (popř. pouze stravy nebo pouze ubytování, záleží na konkrétních podmínkách osoby a její situace) je řešen dávkami pomoci v hmotné nouzi.

U příspěvku na péči se tak jedná o dávku, která by měla osobě, jejíž zdravotní stav vyžaduje péči jiných osob, umožnit zajištění potřebné pomoci, a to především prostřednictvím poskytování potřebných sociálních služeb. Příspěvek na péči (dále jen „příspěvek“) se poskytuje osobám závislým na pomoci jiné fyzické osoby. Tímto příspěvkem se stát podílí na zajištění sociálních služeb nebo jiných forem pomoci podle tohoto zákona při zvládání základních životních potřeb osob (jinou formou pomoci se myslí např. pomoc ze strany asistenta sociální péče nebo péče osoby blízké dle § 83 ZSS). Náklady na příspěvek se hradí ze státního rozpočtu. Nárok na příspěvek má osoba uvedená v § 4 odst. 1 ve spojení s ustanovením § 7 zákona, která z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu potřebuje pomoc jiné fyzické osoby při zvládání základních životních potřeb v rozsahu stanoveném stupněm závislosti podle § 8, pokud jí tuto pomoc poskytuje osoba blízká nebo asistent sociální péče uvedený v § 83 nebo poskytovatel sociálních služeb, který je zapsán v registru poskytovatelů sociálních služeb podle § 85 odst. 1 nebo dětský domov, anebo speciální lůžkové zdravotnické zařízení hospicového typu; nárok na příspěvek má tato osoba i po dobu, po kterou je jí podle zvláštního právního předpisu poskytována zdravotní péče v průběhu hospitalizace (za omezení dle podmínek dle § 14a ZSS). Nárok na příspěvek nemá osoba mladší jednoho roku, o příspěvku rozhoduje krajská pobočka Úřadu práce ČR v rámci správního řízení zahájeného na základě žádosti pečované osoby (jejího zástupce, zákonného zástupce či opatrovníka) nebo z úřední moci úřadem práce na základě podnětu kohokoliv (viz § 23 až § 25 ZSS).

Odbornost pracovníků řešících vstup do sociálních služeb:

Vstup do služby ve většině případů řeší **sociální pracovník** (kromě svého vlastního posouzení dle metod sociální práce vychází u služeb, které jsou odvislé od zdravotního stavu osoby, pak z lékařského vyjádření dle § 91 odst. 4 ZSS a případně ze skutečnosti posouzení závislosti pro účely příspěvku na péči); předpoklady pro výkon povolání sociálního pracovníka jsou upraveny v § 110 ZSS.¹¹ Pokud osoba pečovaná přichází do sociální služby pobytového charakteru ze zdravotnického zařízení (poskytovatel zdravotních služeb), pak toto má informace o jejím zdravotním stavu a o potřebě i rozsahu pomoci, a to zpravidla sociální pracovník zdravotnického zařízení, přičemž poskytovatel zdravotních služeb, zpravidla sociální pracovník zařízení, má povinnost též poskytnout poradenství při posuzování vhodné sociální služby, a to v souladu s postupem upraveným v ustanoveních § 45 odst. 2 písm., g), § 45 odst. 3 písm. g) a h), § 46 odst. 1 písm. c), § 47 odst. 2 zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách. Sociální pracovník obecního úřadu ORP pak postupuje dle § 92 odst. a) a c) ZSS. Zdravotnické zařízení však je povinno do doby, než je zajištěna osobě odpovídající sociální služba nebo péče (asistenta sociální péče nebo osoby blízké), postupovat dle ustanovení § 52 ZSS.

Sociální pracovník vykonává sociální šetření, zabezpečuje sociální agendy včetně řešení sociálně právních problémů v zařízeních poskytujících služby sociální péče, sociálně právní poradenství, analytickou, metodickou a koncepční činnost v sociální oblasti, odborné činnosti v zařízeních poskytujících služby sociální prevence, depistážní činnost, poskytování krizové pomoci, sociální poradenství a sociální rehabilitace (viz ustanovení § 109 ZSS), zjišťuje potřeby obyvatel obce a kraje a koordinuje poskytování sociálních služeb.

¹¹ Již o roku 2004 můžeme zaznamenat tři významné neúspěšné pokusy o samostatné legislativní ukotvení výkonu sociální práce. Jedná se o Věcný záměr zákona o výkonu sociální práce a vzdělávání sociálních pracovníků z roku 2004, Zásady a obsah věcného záměru zákona o sociálních pracovnících a samosprávné profesní organizaci z roku 2013 a Věcný záměr zákona o sociálních pracovnících z roku 2016.

Předpokladem k výkonu povolání sociálního pracovníka je plná svéprávnost, bezúhonnost, zdravotní způsobilost a odborná způsobilost podle § 109 ZSS.

Odbornou způsobilostí k výkonu povolání sociálního pracovníka je:¹²

- a) vyšší odborné vzdělání získané absolvováním vzdělávacího programu akreditovaného podle zvláštního právního předpisu v oborech vzdělání zaměřených na sociální práci a sociální pedagogiku, sociální pedagogiku, sociální a humanitární práci, sociální práci, sociálně právní činnost, charitní a sociální činnost,
- b) vysokoškolské vzdělání získané studiem v bakalářském, magisterském nebo doktorském studijním programu zaměřeném na sociální práci, sociální politiku, sociální pedagogiku, sociální péči, sociální patologii, právo nebo speciální pedagogiku, akreditovaném podle zvláštního právního předpisu.

Odbornou způsobilost k výkonu povolání sociálního pracovníka plní trvale také osoby, které do konce roku 2016 splnily kvalifikaci, tak jak byla upravena v podmínkách dle písm. c) a d), a to ve znění ustanovení § 110 ZSS účinného do konce roku 2016.

Odbornou způsobilost k výkonu povolání sociálního pracovníka při poskytování sociálních služeb ve zdravotnických zařízeních lůžkové péče podle § 52 ZSS má též sociální pracovník a zdravotně sociální pracovník, který získal způsobilost k výkonu zdravotnického povolání podle zvláštního právního předpisu.

Do konce roku 2016 bylo možno splnit kvalifikační předpoklad dle předchozích podmínek v ustanovení § 110 ZSS, kde byly upraveny výjimky s ohledem na přechodná ustanovení ZSS. Pokud sociální pracovník splnil potřebnou kvalifikaci dle předchozího znění a podmínek ustanovení § 110 do konce roku 2016, považuje se kvalifikace za splněnou pro výkon sociální práce.

¹² K 1. 1. 2017 byla zrušena písmena c) a d) § 110 odst. 4 zákona o sociálních službách, kdy odbornou způsobilostí k výkonu povolání sociálního pracovníka bylo rovněž: c) absolvování akreditovaných vzdělávacích kurzů v oblastech uvedených v písmenech a) a b) v celkovém rozsahu nejméně 200 hodin a praxe při výkonu povolání sociálního pracovníka v trvání nejméně 5 let, za podmínky ukončeného vysokoškolského vzdělání v oblasti studia, která není uvedena v písmenu b),

d) absolvování akreditovaných vzdělávacích kurzů v oblastech uvedených v písmenech a) a b) v celkovém rozsahu nejméně 200 hodin a praxe při výkonu povolání sociálního pracovníka v trvání nejméně 10 let, za podmínky středního vzdělání s maturitní zkouškou v oboru sociálně právním, ukončeného nejpozději 31. prosince 1998.

Při sociálních šetřeních se používá spíše více resortní posuzování sociálními pracovníky, neboť často mezi sebou komunikují sociální pracovník poskytovatele zdravotních služeb (dle § 45 až 48 zákona o zdravotních službách č. 372/2011 Sb., ve znění pozdějších předpisů) se sociálním pracovníkem obecné sociální práce dle § 92 písm. c) ZSS a sociálním pracovníkem poskytovatele sociální služby (např. u služby dle § 52 ZSS nebo služeb dle § 48 – až § 51 ZSS), zpravidla též se sociálním pracovníkem úřadu ORP, který podepisuje smlouvu dle § 91 odst. 6 ZSS, rovněž je potřeba mít na paměti pravidlo ustanovení § 91 odst. 4 ZSS, jak níže podrobněji uvedeno. Tito sociální pracovníci vzájemně spolupracují a hledají řešení při uspokojení potřeb osoby v nepříznivé sociální situaci.

Kritéria pro vstup do sociálních služeb:

ZSS ukládá zájemci v § 91 odst. 4 jedinou povinnost (kritérium), a to před uzavřením smlouvy o poskytnutí pobytové služby předložit poskytovateli sociálních služeb posudek registrujícího poskytovatele zdravotních služeb v oboru všeobecné praktické lékařství o zdravotním stavu, nejde-li o poskytování sociálních služeb ve zdravotnickém zařízení v rámci tzv. sociální hospitalizace dle § 52 ZSS. Dalším kritériem je vymezení cílové skupiny uživatelů u jednotlivých sociálních služeb v ZSS. Zásadně však nastává problematická situace při kumulaci zdravotních postižení či diagnóz, které vzájemně umocňují projevy postižení, nebo představuje některá z nich kontraindikaci pro přijetí do služby. Někteří poskytovatelé vyžadují od žadatele o službu souhlas se vstupem sociálního pracovníka do své domácnosti či místa, kde se nachází, pro uskutečnění sociálního šetření, které slouží k zjištění objektivních schopností a informací o žadateli o službu. Jde o projev vůle zájemce o sociální službu, neboť služba musí být požadována osobou (jde o zásadu dobrovolnosti u sociální služby – kromě situací dle § 74 svěřením dítěte soudním rozhodnutím do péče pobytové sociální služby nebo dle § 91a a násl. u situace sociální detence ZSS), nikoliv vnučována. Poskytovatelé pobytových sociálních služeb většinou požadují vyplnit žádost o poskytnutí sociální služby. Pokud osoba není s ohledem na její zdravotní či duševní stav schopna podat žádost o sociální službu, neznamená tato skutečnost nemožnost vstupu do sociální služby. U některých služeb sociální péče v závislosti na cílové skupině je kritériem i věk zájemce o službu.

V České republice poskytovatelé (zejména pobytových) sociálních služeb pro seniory vyžadují na základě instrukcí svých zřizovatelů v souladu, aby byl žadateli přiznán příspěvek na péči anebo, aby o něj na základě výsledků šetření sociálního pracovníka služby žadatel před uzavřením smlouvy o přiznání příspěvku požádal. Ačkoliv tento procesní úkon či podmínku zákon přímo nevyžaduje (resp. osoba uživatele sociální služby není povinna mít přiznán příspěvek na péči), lze usoudit, že tento postup vychází z podmínky v ustanovení § 49 odst. 1 ZSS (kde se říká: *„V domovech pro seniory se poskytují pobytové služby osobám, které mají sníženou soběstačnost zejména z důvodu věku, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby“*.), přičemž posouzení snížení soběstačnosti se děje aplikací ustanovení § 7 a § 8 ZSS. Domníváme se, že poskytovatelé, kteří jsou často k tomuto kroku vedeni direktivami svých zřizovatelů, hledají implicitní oporu k tomuto konání v ZSS v prvních písmenech paragrafů, upravující zejména poskytování služeb sociální péče pro seniory a osoby se zdravotním postižením, ve kterých se uvádí, že v těchto zařízeních se: *„poskytují pobytové služby osobám, které mají sníženou soběstačnost zejména z důvodu věku, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby,“* čímž dle našeho názoru mylně interpretují ustanovení § 7 písm. 1 ZSS, ve kterém se praví, že *„příspěvek na péči se poskytuje osobám závislým na pomoci jiné fyzické osoby.“* Tyto citace jsou právě na podporu snahy o podání žádostí o příspěvek na péči u osob, jejichž zdravotní stav vyžaduje trvalou a kontinuální podporu a tudíž i trvalou finanční zátěž na zajištění podpory a pomoci při zajištění základních potřeb. Každý sociální pracovník má povinnost učinit všechna opatření a poradenství, která by osvětlila osobě její povinnosti vyplývající jí z poskytnuté péče ze strany zařízení. Tj. je potřeba mít následně též zdroje pro úhradu poskytnuté péče. Péče musí být poskytována oprávněně, důvodem péče nemůže být skutečnost, že osoba nemá zájem nebo nehodlá své potřeby uspokojovat, přesto, že není omezena v takové míře zdravotním stavem, aby bylo nezbytné potřeby zajistit ze strany jiné osoby. I když není pro poskytování sociální služby přiznání příspěvku na péči podmínkou, uživatelé sociálních služeb zpravidla nemají dostatečné finanční prostředky na úhradu péče vůči poskytovateli sociální služby, pokud by neměli příjem z této dávky. Sociální pracovník v rámci poradenství by tak povinně měl zájemce o sociální službu informovat o tom, že lze žádost o dávku podat u úřadu práce a že jde o příspěvek státu na zajištění péče o něj ze strany sociální služby. Nadto

přiznání příspěvku na péči je relativně objektivizování potřeby pomoci a posouzení jejího rozsahu. Totiž základní činnosti uvedené v každém druhu sociální služby je povinen poskytovatel vždy uživateli poskytnout, resp. automaticky se počítá s tím, že tyto úkony osoba pobytové sociální služby s ohledem na svůj nepříznivý zdravotní stav vyžaduje, neboť v opačném případě zřejmě nejde o cílovou skupinu pro tento druh sociální služby, pokud tyto úkony jeho stav (zdravotní, duševní či sociální z hlediska věku) nevyžaduje. Tyto základní činnosti u domova pro seniory jsou:

- **§ 48 odst. (2)** Služba podle odstavce 1 obsahuje tyto základní činnosti:
 - poskytnutí ubytování,
 - poskytnutí stravy,
 - pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu,
 - pomoc při zvládnání běžných úkonů péče o vlastní osobu,
 - výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti,
 - zprostředkování kontaktu se společenským prostředím,
 - sociálně terapeutické činnosti,
 - pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí.

Je zřejmé ze znění ustanovení § 48 odst. 2 ZSS, že snaha o přiznání příspěvku na péči je zcela obsahově opodstatněná, protože úkony, které má poskytovatel zajistit osobě (jde o více než 3 potřeby dle § 8 ZSS ve spojení s přílohou 1 k vyhlášce 505/2006 Sb. a s vymezením podrobných úkonů v této vyhlášce k domovu pro seniory) se hradí z příspěvku na péči. Jinými slovy, pokud osoba patří do cílové skupiny seniorů, kterým má být oprávněně poskytnuta sociální služba dle § 48, pak jde zároveň o osoby, které by měly splnit podmínku pro přiznání příspěvku na péči z důvodu jejich snížené soběstačnosti ve smyslu posuzovaných schopností.

Odpovědnost za vstup do sociální služby:

Za vstup zájemců o službu do sociální služby odpovídá osoba vedoucí sociální služby nebo širší tým služby. Poskytovatel by měl ve vnitřních předpisech stanovit, kdo je osoba či osoby odpovědné za vstup zájemce o službu do služby. Problém

spojený s posuzováním osob pro vstup do systému sociálních služeb je spojený s tím, že v praxi se málo využívá požadavek vůči zájemci o sociální službu dle § 91 odst. 4 ZSS, byť je ta povinnost upravena, a pohled sociálního pracovníka je založený na vizuálním posouzení velmi ovlivněném subjektivním pohledem a popisem situace ze strany zájemce o službu i rodinných příslušníků. Pokud není k dispozici vyjádření lékaře a osoba nemá přiznán příspěvek na péči (přičemž v rozhodnutí o přiznání příspěvku na péči rozhodující úřad práce uvádí rozsah potřebné pomoci a uvádí, pro které potřeby, jež si není schopna osoba zajistit, je uznána osobou závislou na pomoci jiné osoby), není pohled a zhodnocení zcela objektivní a není vyloučen odlišný pohled různých sociálních pracovníků.

Metody hodnocení potřeb klienta:

Příslušný sociální pracovník zařízení dojednává se zájemcem o službu, jaké osobní cíle by měl, čím je bude naplňovat a jaká bude konkrétní forma, průběh, podmínky a rozsah poskytovaných služeb. Osobní cíle současně vycházejí z možností a schopností zájemce o službu a sociální anamnézy a zdravotní diagnózy a z nich plynoucí určitá omezení jsou uplatňována zejména ve fázi, kdy je plánován způsob dosažení stanoveného cíle.

V procesu jednání se zájemcem či uživatelem je nutné vytvářet podmínky, aby zájemci a uživatelé mohli dostatečně uplatňovat vlastní vůli při řešení své nepříznivé situace, avšak za situace, kdy mají k dispozici potřebné informace a je jim poskytnuto odpovídající sociální poradenství, včetně důsledků jejich rozhodnutí. Toto je zásadně ovlivněno již procesy jednání se zájemcem o službu nebo s uživatelem služby (především standard č. 3 a č. 4). Pokud si „zájemce“ či uživatel službu nevybral a rozhodnutí za něho udělal někdo jiný (opatrovník, rodič, osoba jednající) vzniká zde složitá situace s vytvářením podmínek pro naplňování svobodné vůle již od samého začátku. Uživateli služby by nikdy neměla být odepřena možnost učinit rozhodnutí, zda chce či nechce určitou sociální službu využívat. Samozřejmě, pokud zdravotní stav osoby vyžaduje přístup odpovídající jeho zdravotnímu stavu, pak je potřeba postupovat dle principů tzv. krajní nouze resp. využití postupu dle § 91a ZSS s potřebným vyjádřením lékaře. Poskytovatel by měl vytvářet takové podmínky, které podpoří klienta při tomto rozhodování, a to tím, že informuje uživatele o jeho možnostech (standard č. 7, 8 a č. 12) včetně

důsledků a podporuje uživatele při vyjadřování vlastní vůle. Aby se však vůle uživatele mohla uplatnit, musí ji poskytovatel především znát. Zjištění vůle uživatele tedy musí být jedním z prvních kroků sjednávání služby a jednání se zájemcem i při řešení všech dalších situací, které se klienta týkají. Pokud zájemce/uživatel nekomunikuje verbálně, lze k zjišťování vůle uživatele použít další zdroje, např. prostředky alternativní a augmentativní komunikace, vlastní pozorování, či jednání s osobami, které klienta znají apod.

Hodnocení klientových potřeb a jeho situace se stalo požadavkem, bez něhož si dnes nelze kvalitní sociální služby představit. V některých zemích je dokonce zákonem vyžadováno, aby v určitých případech (zejména tehdy, když klient není zcela způsobilý formulovat své potřeby a rozhodovat o možných zdrojích jejich naplnění) agentura hodnotící potřeby nebyla totožná s agenturou službu poskytující, takže poskytovatel služby je nucen skládat účty jiné, nezávislé organizaci. U nás je tento princip zatím uplatněn jen v novém zákoně o sociálně-právní ochraně dětí, kde je jako hodnotitel definován státní úředník, úřední oprávněná osoba příslušného úřadu obce či kraje.

Jednou z metod hodnocení potřeb klienta je porovnání aktuálních klientových potřeb (např. u dětí podle Matějčkových pěti (resp. šesti) základních potřeb, u dospělých podle Maslowova schématu hierarchie potřeb) a dostupné zdroje jejich naplnění.

Potřeby uživatelů sociálních služeb a jejich zjišťování jsou bezesporu ústředními nástroji jak v oblasti plánování sociálních služeb, tak jejich poskytování. Jedním z největších, ale bohužel také nejčastějších omylů v oblasti plánování a poskytování sociálních služeb je skutečnost, že tomuto fenoménu je věnována pozornost pouze v analytické fázi procesu komunitního plánování či vstupu klienta do služby, bez uvědomění si skutečnosti, že potřeby uživatelů se nejen dynamicky vyvíjejí, ale někdy dokonce radikálně mění.

Pojem potřeba je velmi široký, zákonem u nás nedefinovaný a bývá velmi často různě interpretován. Bradshaw rozlišuje čtyři druhy potřeb:

- a) **Normativní potřeby** (normative needs) jsou na základě studií a dlouhodobé zkušenosti s uživateli sociálních služeb určovány poskytovateli služeb anebo experty. Někdy mohou mít podobu měřitelných čísel.

- b) **Pocitované potřeby** (felt needs) bývají zjišťovány tak, že lidé jsou přímo dotazováni, co aktuálně chtějí. Vzhledem ke skutečnosti, že je velmi pravděpodobné, že dotazované osoby budou své potřeby rozšiřovat o svá ideální přání, je často obtížné je stanovit.
- c) **Vyjadřované potřeby** (expressed needs) jsou chápány jako pocitované potřeby, které směřují k poptávce po nějakém zásahu nebo řešení.
- d) **Koncept komparativních potřeb** (comparative needs) vychází z předpokladu, že lidé spadající do určité kategorie mívají většinou stejné nebo alespoň podobné potřeby.

Empirie v našich podmínkách ukazuje, že poskytovatelé sociálních služeb potřeby uživatelů sociálních služeb zjišťují prostřednictvím polostrukturovaných rozhovorů se zájemcem o službu nebo písemným dotazníkem. Na základě zjištěných potřeb se stanovuje, zejména u nepobytových sociálních služeb, rozsah služby. Další fáze zjišťování potřeb uživatelů se odehrává při plánování průběhu poskytování sociální služby podle osobních cílů, potřeb a schopností osob, kterým poskytují sociální služby, které patří podle ustanovení § 88 ZSS k základním povinnostem poskytovatelů sociálních služeb, a které je obsahem standardu kvality č. 5 Individuální plánování průběhu sociální služby. Jaká sociální služba a jaké potřeby jsou nezbytné u konkrétního uživatele naplnit, rovněž vyplývá z pravidla ustanovení § 29 ZSS, z něhož je zřejmé, že příspěvek na péči je primárně určen k zajištění těch potřeb, pro které byla osoba posouzena jako osoba závislá na pomoci jiné osoby.

Možnosti eliminace nadužívání pobytových služeb:

Důvody, proč jsou více požadovány pobytové sociální služby:

- V mnoha lokálních oblastech se terénní či ambulantní soc. služby vůbec nenachází, resp. je jich zásadní nedostatek, postačí dotazy položené obcím zjišťovat, kdo na jejich území poskytuje terénní či ambulantní služby, jaké, v jakém rozsahu časovém i v počtu možných souběžných uživatelů (tj. kolik osob jsou ve shodném čase schopni zajistit službou).
- Při propočtu, pokud se nejedná jen o donášku obědů či dílčích úkonů v rádech několika hodin měsíčně, nelze tyto služby ze strany uživatelů uhradit ve vztahu ke kontinuální vícehodinové denní péči. Jsou ve svém

důsledku při rozsahu větší pomoci více nákladné pro uživatele než pobytové.

- V mnoha směrech se v rámci zdravotního postižení přidává i duševní postižení, nejde tak o potřebu zajistit pouze stravu či některé úkony, ale stav osoby vyžaduje trvalou přítomnost jiné osoby. Tj. osoba fyzicky je schopna řadu úkonů si zajistit sama, ale chybí jí uvědomění si všech postupů (je schopna si ohřát jídlo, ale zapomene vypnout sporák), není tak schopna zpravidla plné orientace v situaci, prostoru apod.
- Popř. se stává, že osoby, ačkoliv jejich stav vyžaduje potřebu pomoci, pomoc odmítají (ať už uvědoměle či nikoliv), přitom nejsou omezeny ve svéprávnosti, sociální služba se z těchto důvodů do objektu nedostane, není tak reálná možnost službu vykonat, proto je smlouva zrušena ze strany poskytovatele pro nemožnost ji fakticky vykonávat, byť je reálně potřeba službu poskytnout, přičemž odmítáním poskytnutí služby může být osoba sama svým jednáním ohrožena nebo může ohrozit jiné osoby. Nikdo však z pohledu mnoha lidskoprávních organizací nemá kompetence zasahovat do přání osoby, pokud není přímo ohrožena na životě, nebo za ni neodpovídá opatrovník v rozsahu uspokojení základních potřeb. Tyto názory mnohdy zastávají i některé veřejnosprávní instituce, což může následně představovat i riziko ohrožení bezpečnosti třetích osob (mnohdy sousedů a dalších osob v domě). Je pak otázkou, zda je postupováno dle pravidla uvedeného v ustanovení § 3 občanského zákoníku, kde se uvádí:
 - (1) Soukromé právo chrání důstojnost a svobodu člověka i jeho přirozené právo brát se o vlastní štěstí a štěstí jeho rodiny nebo lidí jemu blízkých takovým způsobem, jenž nepůsobí bezdůvodně újmu druhým.
 - (2) Soukromé právo spočívá zejména na zásadách, že: c) nikdo nesmí pro nedostatek věku, rozumu nebo pro závislost svého postavení utrpět nedůvodnou újmu; nikdo však také nesmí bezdůvodně těžit z vlastní neschopnosti k újmě druhých.

Možnosti odmítnutí zájemce o sociální službu:

V našich podmínkách mohou poskytovatelé odmítnout uzavřít smlouvu se zájemcem o službu pouze ve čtyřech případech, které jsou předmětem ustanovení

§ 90 odst. 3 ZSS. Poskytovatel sociálních služeb **může odmítnout uzavřít smlouvu o poskytování sociálních služeb** pouze (dle § 91 odst. 3 ZSS), pokud

- a) neposkytuje sociální službu, o kterou osoba žádá, a to i s ohledem na vymezení okruhu osob v registru poskytovatelů sociálních služeb,
- b) nemá dostatečnou kapacitu k poskytnutí sociální služby, o kterou osoba žádá; v tomto případě vydá o tom osobě na její žádost písemné oznámení s uvedením důvodu odmítnutí uzavření smlouvy,¹³
- c) zdravotní stav osoby, která žádá o poskytnutí pobytové sociální služby, vylučuje poskytnutí takové sociální služby; tyto zdravotní stavy stanoví prováděcí právní předpis, nebo
- d) osobě, která žádá o poskytnutí sociální služby, vypověděl v době kratší než 6 měsíců před touto žádostí smlouvu o poskytnutí téže sociální služby z důvodu porušování povinností vyplývajících ze smlouvy (u osob, kterým je poskytována sociální služba – domov se zvláštním režimem, platí odlišný princip dle ustanovení § 36 písm. c) vyhlášky MPSV č. 505/2006 Sb.).

Pro uzavírání smlouvy o poskytnutí sociální služby a právní vztahy vzniklé z této smlouvy se použijí ustanovení občanského zákoníku. Jde však o smlouvu, jejíž podmínky a pravidla jsou upravena veřejnoprávním předpisem, tj. ZSS a příslušnou jeho vyhláškou. Jinými slovy, pravidla a principy, které nejsou speciálně nastaveny ZSS a jeho vyhláškou, se mají řídit obecným právním předpisem, a to občanského zákoníku, se zřetelem ke zranitelnosti osob – jedné ze stran smluvního vztahu, tj. slabší strany. Dle ustanovení § 91 odst. 7) ZSS: jestliže poskytovatel sociálních služeb odmítne uzavřít s osobou smlouvu o poskytnutí sociální služby z důvodů uvedených v odstavci 3, vydá o tom osobě na její žádost písemné oznámení s uvedením důvodu odmítnutí uzavření smlouvy.

Podle § 88 písm. b) ZSS jsou poskytovatelé povinni vést evidenci žadatelů o sociální službu, se kterými nemohli uzavřít smlouvu o poskytnutí sociální služby z důvodů uvedených v § 91 odst. 3 písm. b), tj. nemá dostatečnou kapacitu k poskytnutí sociální služby, o kterou osoba žádá. Předmětem inspekce

¹³ Plnění těchto povinností je rovněž předmětem inspekce poskytování sociálních služeb.

u poskytovatelů sociálních služeb je podle § 97 odst. 2 písm. c) ZSS plnění výše zmíněné povinnosti.

Testování majetkových a příjmových charakteristik zájemců o vstup do sociálních služeb:

Právní úprava ZSS neupravuje pro přístup osoby do sociálních služeb žádné mechanismy testování příjmů ani majetku. Poskytování sociálních služeb (byť je výše jejich ceny tzv. zastropována a poskytování nereflexuje žádné tržní či konkurenční mechanismy, a přesto je jich stále nedostatek, tj. poptávka převyšuje nabídku, poptávka však nemá přímý vliv na výši jejich ceny, tak zůstává stanovena prováděcím předpisem a zastropována vždy) je dostupné za shodné ceny jako osobám s nižšími příjmy (či bez příjmů), tak osobám s příjmy vysokými či dostatečným majetkem. Nedostatek příjmů k úhradě sociální služby není důvodem pro zamezení vstupu do systému pomoci prostřednictvím sociálních služeb, neboť poskytovatelé mají přístup ke zdrojům z veřejných rozpočtů. Rovněž poskytování příspěvku na péči v jeho základní výši není ovlivněno výší příjmů ani rozsahem majetku. Pouze za situace dle § 12 ZSS zvýšení příspěvku náleží pro nezaopatřené dítě do 18 let věku, nebo rodiči, jemuž náleží příspěvek a pečuje o nezaopatřené dítě do 18 let, a to zvýšení o 2 000 měsíčně, pokud příjmy jsou nižší než dvojnásobek částky životního minima společně posuzovaných osob. Je vhodné mít na paměti, kdo z rodičů bude mít nárok na toto zvýšení, když např. matka sama pečuje o dítě ve věku 10 let, pak jejich životní minimum je měsíčně 5 280 Kč měsíčně (3 140,- + 2 140,-), vynásobené dvojnásobkem činí částka 10 560,- Kč měsíčně čistého příjmu. Tj. jde o rodiče, jehož vyměřovací základ (hrubá mzda) je blízká minimální mzdě. Tudíž ani při situaci rodiče samoživitele zpravidla nevzniká nárok na zvýšení příspěvku na péči dle § 12 ZSS z důvodu nedostatečných příjmů. V případě, že jde o rodiče (matku a otce), pak zpravidla nárok na zvýšení příspěvku na péči opět nevzniká, neboť životní minimum se zvýší o částku 2 830,- Kč měsíčně o dalšího člena rodiny, ale druhý příjem rodiče i za situace minimální mzdy zvýší příjem natolik, že nárok na zvýšení příspěvku na péči opět nevzniká. Zpravidla na toto zvýšení dosáhne pouze osoba, které jsou poskytovány i další dávky z důvodu nízkých (či žádných) příjmů, a to dávky pomoci v hmotné nouzi.

Úhrada ceny služby se děje tak, že poskytovatel pobytové sociální služby **za péči** může vyúčtovat pouze příspěvek na péči, pokud je přiznán. Pokud není přiznán, pak na úhradu péče osoby zpravidla nemají dostatek finančních prostředků a nadto, právní úprava u pobytových sociálních služeb dle § 73 ZSS ani nepočítá s tím, jaká úhrada by měla být účtována za péči od osoby, která není posouzena jako osoba závislá na péči jiné osoby, resp. s úhradou se v právní úpravě nepočítá, pokud osoba nemá přiznán příspěvek na péči, jde o osobu, která není posouzena jako osoba závislá na pomoci jiné osoby a tudíž by neměla být uživatelem služby sociální péče. Tj. úhrada za péči je max. ve výši příspěvku na péči a tudíž nelze požadovat úhradu u osob, které nemají příspěvek na péči. Toto lze posoudit jako legitimní důvod, proč poskytovatelé těchto služeb požadují posouzení osoby ze strany LPS OSSZ v procesu řízení o přiznání příspěvku na péči, neboť jinak péči poskytují zdarma a osobu pak nelze považovat za osobu z cílové skupiny, které poskytovatel poskytuje sociální službu dle registru sociálních služeb. Další služby dle § 75 a § 76 ZSS jsou pak nastaveny při vyúčtování úhrady speciálním přístupem. Proto se děje zpravidla u sociálních služeb dle § 73 ZSS pouze úhrada ceny **za stravu a ubytování** v rozsahu (jak již uvedeno výše) cca 11 000 Kč měsíčně. Po úhradě ceny stravy a ubytování za celý měsíc musí osobě uživatele definované pobytové sociální služby dle § 73 ZSS zbývat z jeho příjmů 15 %, a to bez ohledu na to, zda nebude cena služby (ubytování a strava) poskytovateli uhrazena. Pokud má osoba své úspory, pak může hradit o své vůli zbývající rozdíl v úhradě z těchto úspor, popř. může přistoupit k závazku za úhradu sociální služby dobrovolně osoba blízká. Pokud osoba není schopna samostatně uvědoměle rozhodovat ve svých záležitostech, pak o úhradě rozdílu v ceně za službu z jeho úspor rozhoduje soud.

V praxi není výjimkou, že senior celý svůj rozsáhlý majetek (i rodinný dům dnes má hodnotu v průměru cca 2 mil. Kč) daruje svým příbuzným (popř. jiným osobám) a následně stát ze státního rozpočtu doplácí na pobyt seniora v domově pro seniory, protože pokud byl senior v době svého aktivního pracovního života osobou samostatně výdělečně činnou, pak úhrady na své sociální (tj. důchodové a nemocenské) pojistné hradil ve výši cca 10 % oproti pracovníkům při výkonu závislé výdělečné činnosti, tímto se jeho dávka důchodu vypočítává z takto sníženého vyměřovacího základu. Tyto osoby dnes zpravidla z těchto důvodů

pobírají zpravidla minimální důchod, který ani zdaleka nestačí na úhradu sociální služby za stravu a bydlení. Byť uživatel sociální služby má právo požádat o poskytování dávek pomoci v hmotné nouzi, přesto zpravidla nedosáhne potřebné výše zdrojů k úhradě sociální služby. Proto je nucen poskytovatel sociální služby pobyt těchto osob doplácet z dotací ze státního rozpočtu, přitom mnohdy příbuzní obdrželi darem majetek tohoto seniora, který by bylo možné využít k úhradě nákladů za poskytování sociální služby (např. získání zdrojů v podobě pronájmu majetku apod.).

V jiných evropských zemích je zpravidla dvojitý způsob úpravy financování péče o osoby, jejichž zdravotní stav vyžaduje pomoc jiné osoby (tj. senioři, zdravotně postižené osoby, duševně nemocní, mentálně postižení apod.), které jsou uplatněny buď každý zvlášť, nebo v komparaci, popř. doplněny ještě o jiné nástroje podpory k zajištění péče, a to:

- Pro budoucí úhradu sociální služby a péče stát požaduje pojistné na budoucí riziko v rámci systémového připojištění, tj. v rámci sociálního pojištění je jeho povinnou součástí nejen pojištění na důchodové zabezpečení, nemocenské pojištění a příp. příspěvek na politiku zaměstnanosti, ale také např. připojištění na péči v situaci snížené schopnosti péče o vlastní osobu. Tj. jako součást pojistného systému sociálního zabezpečení, tj. I. pilíř systémů sociálního zabezpečení (prof. Tomeš vytvořil systém našeho sociálního pojištění v letech 1990 a 1991 jako sociální reformu systémů sociálního zabezpečení a tvorbu záchranné sociální sítě tak, že máme dnes tři pilíře sociálního zabezpečení, které má své pevné mechanismy, zákonitosti, pravidla a principy, jež jsou vytvořeny po vzoru západoevropských vyspělých zemí, z nichž prof. Tomeš vycházel, pro vzory systémů s logickými standardy tvorby dávek a podpor).
- Úhrada sociální služby a péče jako součást systému sociální pomoci, tj. III. pilíře sociálního zabezpečení, které je závislé na testu příjmů a majetku pečované osoby, popř. i osob společně posuzovaných, rodiny nebo dalších osob, pokud je to v souladu s dobrými mravy.

Některé země, více z anglosaského prostředí, k tomu přistupují tak, že pokud osoba v předchozích několika letech převedla svůj majetek jiné osobě, pak

v případě, že nemá dostatečné finanční prostředky, je povinna obdarovaná osoba přispět na úhradu sociální služby a péče o dárce, popř. lze žádat vydání daru, pokud osoba obdarovaná nehodlá dostát svým závazům vůči dárci v důsledku jeho nepříznivé sociální situace. Posouzení situace však závisí na respektování principů dobrých mravů, bere se v úvahu změna v situaci osob apod.

V českém prostředí jsou sociální služby i příspěvek na péči zařazeny systémově do III. pilíře sociálního zabezpečení, tj. jsou považovány za dílčí systém podpory ze systémů sociální pomoci. Avšak svým charakterem jde o dávku i služby, které by měly být zařazeny principiálně do systémů II. pilíře sociálního zabezpečení spolu se státní sociální podporou a sociálně právní ochranou dětí, neboť se nezkoumá majetek ani příjem, ale rozhodující je podporovaná situace v souladu s prioritami státu, které sociální situace mají být předmětem podpory ze strany státu. Tomuto názoru přisvědčuje i skutečnost, že příspěvek na péči i sociální služby jsou dle nařízení EU v rámci koordinace sociálního zabezpečení a koordinace sociálních výhod zařazeny do koordinace sociálního zabezpečení (příspěvek na péči je posouzen Evropskou komisí a soudními orgány jako dávka peněžitá v nemoci). Tj. není zařazena do systému koordinace sociálních výhod, při nichž se zkoumá majetek i příjmy a osoby jsou posuzovány v rámci institutu neodůvodnitelné zátěže sociálního systému. S ohledem na tyto principy byl tento institut (posuzování neodůvodnitelné zátěže sociálního systému) novelizací před časem ze ZSS vypuštěn, neboť nejde svou povahou a charakterizací o dávku sociální pomoci ale státní podpory (II. pilíř sociálního zabezpečení). Systém státní podpory je nastaven tak, že dávky reflektují na pomoc osobám v určitých životních situacích, ve kterých stát považuje za potřebné osobám poskytnout podporu, a to bez ohledu na majetek, a někdy ani bez posuzování příjmů, nejde však o dávky pojistného charakteru a protože se neposuzuje majetek a mnohdy ani příjmy, nejde ani o dávky sociální pomoci.

V návaznosti na vývoj ekonomiky a s tím související tlak na uplatnění rozpočtové odpovědnosti lze sledovat rozšiřující se diskusi o legitimitě požadavku využívat příjmy a majetek klienta a jeho blízkých k řešení řady životních situací, mj. i stavu závislosti na pomoci druhé osoby. Tato diskuse je vedena s cílem identifikovat případnou další oblast zdrojů financování již stávajícího systému sociálních

služeb. Je třeba mít na zřeteli, že jde o diskusi, která otvírá širší oblast základních principů a hodnot systému sociálního zabezpečení ČR.

V oblasti poskytování sociálních služeb nedochází k testování příjmů, které by bylo podmínkou pro přiznání příspěvku na péči, případně věcného plnění. Nejde o test příjmů vstupu osoby do zařízení a možnosti poskytnutí sociální služby, ale jde jen o to, že osoba s nízkými příjmy nemusí hradit sociální službu a nedostatek příjmů nemůže být důvodem pro odmítnutí poskytnutí sociální služby, tak jako nemůžou být důvodem pro odmítnutí sociální služby vysoké příjmy či majetek.

V tomto případě je však nástrojem ochrany klienta pravidlo, dle něhož je garantován minimální zůstatek jeho příjmu. Absence testování příjmu může vést k tomu, že prostředky distribuované z veřejných rozpočtů nepřímo čerpají ti, kdo využívají dotované sociální služby, ačkoliv jsou schopni a dokonce ochotni se na úhradě potřebné pomoci podílet ve vyšší míře, než stanoví ochranné ustanovení § 73 odst. 4 ZSS (a to i ve vztahu k úhradě nákladů za péči, nejen pokud se jedná o úhradu stravy a ubytování). Z vlastních úspor nebo jiného majetku osoby pečované, pokud jde o osobu, která je schopna samostatného uvědomělého jednání, nebo z prostředků osob blízkých, lze uhradit rozdíl mezi vyšší ceny sociální služby a vyšší příjmů osoby pečované (po odečtu povinně chráněné částky 15 % příjmů této osoby). Osoby, které jsou uživateli sociální služby a nemají dostatek finančních prostředků pro úhradu sociální služby, pokud se týká stravy a ubytování, mohou požádat o sociální dávky dle zákona o pomoci v hmotné nouzi č. 111/2006 Sb., pokud nemají vlastní úspory ani majetek a osoby blízké jim nevypomohou při úhradě sociální služby. Např. v ustanovení § 33 odst. 6 zákona o pomoci v hmotné nouzi je uvedeno: ***Za případ hodný zvláštního zřetele se považuje vždy osoba ubytovaná v domově pro seniory, domově pro osoby se zdravotním postižením, domově se zvláštním režimem, chráněném bydlení, domě na půl cesty, terapeutické komunitě, zdravotnickém zařízení lůžkové péče nebo v azylovém domě podle ZSS; ustanovení § 8 odst. 3 až 5 a § 33b se v tomto případě nepoužijí.*** Pro prokázání právního titulu k užívání prostorů uvedených ve větách první až třetí se použije odstavec 1 obdobně. U příspěvku na živobytí dle shodného právního předpisu rovněž není žádná výjimka, která by v případě výše uvedených sociálních služeb bránila při splnění ostatních podmínek přiznání dávky.

Testování majetku pro účely přiznání dávky příspěvku na péči či za účelem angažování orgánu veřejné správy (ať formou finančního transferu či věcného plnění) není v České republice využíváno.¹⁴ Avšak možnost využití příjmů a majetku k zajištění osob ve vztahu k poskytování sociální služby by umožnilo např. snížení nákladů čerpaných z veřejných rozpočtů.

¹⁴ Testování majetku a dispozicí s majetkem až 10 let zpět je součástí německého systému sociálních služeb. Občan je povinen při řešení obtížné životní situace zpeněžit svůj majetek a prostředky takto získané využít na zajištění péče. V rámci tohoto systému je definován tzv. Schonvermögen, tj. hájený majetek, k jehož zpeněžení nemůže být občan nucen.

2.2 Finsko

2.2.1 Obecný popis systému sociálních služeb včetně základního legislativního rámce

Právní předpisy v oblasti sociální a zdravotní péče a zabezpečení příjmů tvoří strukturu finského systému sociální ochrany. Tři základní prvky systému sociální ochrany jsou: preventivní sociální a zdravotní politika; sociální a zdravotní služby; zabezpečení příjmů prostřednictvím sociálního pojištění a sociálních transferů. (Helsinki City College of Social and Health Care, Helsinki City Health Department, 2003).

Odpovědnosti za veřejné služby ve Finsku byly v roce 2010 decentralizovány z vládní úrovně na 19 regionů a 311 obcí (k roku 2017). Obce jsou tak právně odpovědné za poskytování sociálních služeb svým obyvatelům a hrají v oblasti poskytování zdravotní péče a sociálních služeb významnou roli. Pokud má klient trvalé bydliště v obci, má nárok na služby, které obec nabízí. (European Observatory on Health Systems and Policies, NIVEL, 2013; City of Helsinki, 2018a; European Centre for Social Welfare Policy and Research, 2013). Obce jsou zodpovědné za řízení a aplikaci seniorské problematiky na místní úrovni a měly by v této oblasti mít stanovenou vlastní strategii, která může být ovšem společná s několika okolními obcemi. Zpracování strategie by mělo být prováděno kolektivně zástupci správy, obyvatel, uživatelů služeb a členů rodiny. Dalšími ústředními zájmovými skupinami, které se také podílejí na plánování, jsou sdružení pro seniory, nevládní organizace, farnosti a místní podniky. Implementace strategie je začleněna do rozpočtu obce. Celý proces je pravidelně monitorován a vyhodnocován a následné hodnotící zprávy jsou využity k dalšímu rozvoji těchto činností. V rámci svých vlastních strategií obce integrují národní doporučení pro poskytování vysoce kvalitních služeb a stanoví cíle pro rozvoj služeb založené na místních potřebách, podmínkách a zdrojích. Doporučení ohledně kvality služeb a zaměstnanců existují pouze na národní úrovni, ačkoli cíle kvality služeb nejsou podrobně stanoveny. Obec může rozhodnout o metodě zajištění kvality. Podle Zákona o postavení a právech klientů sociálního zabezpečení (812/2000) musí mít každá obec alespoň jednoho úředníka, řádně kvalifikovaného sociálního pracovníka, který odpovídá za služby pro klienty

sociální péče. V naléhavých případech může kvalifikovaný sociální pracovník rozhodnout o poskytování péče a dalších souvisejících opatřeních, a to i bez souhlasu klienta. (Hammar et al., 2010).

Za obecné plánování, poradenství a sledování zdravotnických a sociálních služeb dané legislativou, je odpovědné Ministerstvo sociálních věcí a zdravotnictví. Ustanovení definující rámec péče o starší osoby se nacházejí v různých právních předpisech, z nichž nejdůležitější jsou zákon o sociálním blahobytu (č. 1301/2014), zákon o podpoře stárnoucí populace a sociálních a zdravotních službách pro seniory (č. 980/2012), zákon o právním postavení a právech klientů sociálních služeb (č. 812/2000) a zákon o postavení a právech pacientů (č. 785/1992). Prvky pro poskytování dobré péče starším občanům lze nalézt rovněž v právních aktech, které upravují platby pacientů, péči o osoby se zdravotním postižením aj. Všechny tyto právní postupy mají za cíl zaručit spravedlivé služby a spravedlnost mezi příjemci péče a poskytovateli služeb bez ohledu na věk. Povinnosti a kvalifikace různých aktérů v oblasti zdravotní a sociální péče jsou také definovány zákonem (Zákon o zdravotnických pracovnících 1994/559, Vyhláška o zdravotnických pracovnících 564/1994, Zákon o kvalifikačních požadavcích pro sociální pracovníky 272/2005). Kromě toho jsou odborníci v oblasti zdravotnictví a sociální péče povinni podle právních předpisů udržovat a rozvíjet své odborné dovednosti. Doporučení pro další vzdělávání se týkají především veřejného zaměstnavatele. Doporučení se vztahují na plánování, realizaci, monitorování a hodnocení dalšího vzdělávání na úrovni jednotlivců, pracovních jednotek a zařízení (Hammar et al, 2010).

Finsko má rozsáhlý systém péče. Možnosti péče zahrnují bydlení se sociální službou (podobně jako domy s pečovatelskou službou v Česku), domácí péčí¹⁵, a pobytové sociální služby, které se liší intenzitou péče a rozdělením finanční odpovědnosti mezi klienty, obce a instituce sociálního pojištění (Social Insurance Institution). Institucionální péče může být krátkodobá, nepřetržitá s denní či noční péčí, stejně jako s 24hodinovou péčí a může být poskytována v domovech pro seniory, lůžkových odděleních obecních zdravotních středisek, na jednotkách specializované péče a ve speciálních institucích pro zdravotně postižené. Služby pro osoby se zdravotním postižením podle zákona o zdravotním postižení (pro osoby mladší 65 let) zahrnují služby osobní péče. Veřejná a soukromá domácí péče a bydlení se sociální službou mají přednost před institucionální péčí¹⁶.

¹⁵ *Obce organizují domácí péči (kotihoito) pro seniory, což zahrnuje každodenní pomoc a ošetřování doma. Domácí péče zahrnuje domácí služby, ošetřovatelství a podpůrné služby. Domácí služby představují pomoc při každodenních činnostech, jako je praní, oblékání a jídlo. Domácí ošetřovatelství představuje ošetřovatelství a rehabilitaci, která se odehrává doma. Doporučení pro domácí ošetřovatelství předepisuje lékař. Kromě toho jsou k dispozici podpůrné služby, které zahrnují jídlo, úklid, nákupy, bezpečnostní a dopravní služby. Posouzení potřeb klientů pro domácí ošetřovatelství a pomoc může být iniciováno rodinným příslušníkem nebo samotným klientem, přičemž žadatel se může obrátit na místní úřad, který je zodpovědný za služby poskytované v této oblasti. Dohlížitel se schází v domově klienta a provádí posouzení funkční kapacity klienta společně s rodinnými příslušníky a samotným klientem. Kromě funkční kapacity klienta a stavu jeho fyzického a duševního zdraví jsou nejdůležitějšími faktory, které je třeba vzít v úvahu při hodnocení např.: stav domova, přístup k blízkým službám a síť kontaktů, (rodina, přátelé a další blízké osoby), motivace a schopnost klienta udržovat a zlepšovat vlastní funkční kapacitu. Po dokončení hodnocení klienta je pro klienta vypracován individuální plán péče a služeb. Domácí péče v dané obci podléhá poplatku. Dočasná domácí péče stojí každého klienta stejně. Obec může také poskytnout poukaz na služby, který lze využít k nákupu služeb od poskytovatele služeb schváleného obcí. Pokud rodinný příslušník potřebuje nepřetržitou pomoc a péče o něj je nutná a náročná, je možné získat příspěvek na neformální péči (omaishoidontuki). Tento příspěvek je určen osobám, které mají trvalý pobyt v dané obci ve Finsku. Výše příspěvku a kritéria pro jeho získání se mohou lišit od jedné obce k druhé. O příspěvek lze požádat na Úřadu sociálního zabezpečení (sosiaalitoimisto) dané obce. Pro získání nároku na tento příspěvek, musí být s obcí uzavřena neformální smlouva o péči (omaishoitosopimus). Obce podporují neformální péči také organizací různých služeb - zajišťují denní aktivity (päivätoiminta) pro seniory. Mezi denní aktivity patří například doprava, jídlo, cvičení. (City of Helsinki, 2018a)*

¹⁶ *Dle News Now Finland (2017) prochází finská péče o starší lidi krizí, zejména z hlediska domácí péče. Trendem ve všech evropských zemích a také ve Finsku je podporovat péči o starší lidi prostřednictvím domácí péče. Zařízení pro seniory tak současně zavírají dveře a je čím dál méně míst, kde by osobám, které vyžadují neustálou pomoc nebo jsou nemocní (demence) byla poskytnuta institucionální péče. Dle studie, která byla poprvé zveřejněna v roce 2005 a porovnávala péči o seniory v celém severním regionu, se ukázalo, že z hlediska úrovně personálu, který se stará o starší pacienty, zaostává Finsko za Norskem, Švédskem i Dánskem. O deset let později byla studie znovu provedena a výsledky v roce 2015 byly z hlediska prostředků a počtu zaměstnanců ještě horší. Během denních směn pracují finské sestry s 12 pacienty, zatímco v Dánsku je to 7,6 pacientů. Snaha o zmírnění zatížení pečovatelských domovů vedlo k tomu, že stále více pacientů je povzbuzováno k tomu, aby zůstali v domácí péči. Lidé však zůstávají doma často osamoceni. Výzkum Ministerstva sociálních věcí a zdravotnictví ukázal, že*

Podporované bydlení (*tukiasuminen; supported housing*) a bydlení se sociální službou (*palveluasuminen; service housing*) jsou k dispozici těm, kteří potřebují podporu v samostatném bydlení. Podporované bydlení a bydlení se sociální službou je určeno starším osobám; fyzicky postiženým; mentálně postiženým; těm, kteří se zotavují z duševních a drogových závislostí. Podporované bydlení a bydlení se sociální službou nabízejí obce, organizace a soukromí podnikatelé. Žádost o podporované bydlení a bydlení se sociální službou vyřizují *místní sociální služby* (*sosiaalivirasto*). Osoba žijící v *podporovaném bydlení* se s každodenními úkony vyrovnává téměř nezávisle. Výše podpory závisí na potřebách rezidenta. Může se lišit od každodenních až po týdenní návštěvy. Podporované bydlení se může týkat obydlí vlastněné rezidentem, pronájmu bytu nebo jiného typu bydlení. Doba trvání podporovaného bydlení závisí na vlastních potřebách a situaci rezidenta v životě. Bydlení se sociální službou je typ bydlení určený pro lidi, kteří potřebují neustálou pomoc, ale nikoli institucionální péči. V takových případech klienti bydlí ve své domácnosti a sociální služby jsou jim poskytovány formou terénní sociální služby, bydlení zahrnuje tedy samotné bydlení a služby s bydlením související. Klient si náklady na bydlení hradí sám. Bydlení se sociální službou může mít formu samostatné bytové jednotky, domu se sociální službou, bytových bloků nebo jiného bydlení. Rezident tedy bydlí ve svém vlastním obydlí a jsou mu poskytovány sociální služby. Obyvatel se může sám rozhodnout, jakou pomoc a v jaké míře bude využívat. Bydlení se sociální službou je také určeno pro takovou osobu se zdravotním postižením, která kvůli svému postižení nebo nemoci potřebuje pomoc při zvládnutí každodenních úkolů. Výše nákladů na bydlení se sociální službou závisí na tom, kdo poskytuje službu (City of Helsinki, 2018b), přičemž bydlení nabízí obec sama nebo ve spolupráci s jinými obcemi. Kromě toho, může obec zakoupit služby od soukromých poskytovatelů služeb (ziskových, neziskových) nebo poskytnout zákazníkovi poukaz na služby, který lze využít k získání služeb ze soukromého sektoru. Klient si pak může vybrat poskytovatele služeb ze seznamu poskytovatelů služeb schválených obcí. (European Centre for Social Welfare Policy and Research, 2013). Existují však

počet starších osob ve skupinových seniorských domech a nemocnicích pro chronicky nemocné se ve Finsku od roku 2007 do roku 2013 neustále snižoval. Důvodem jsou strukturální změny, které se projeví v tom, jak obce organizují své zdravotnické služby pro seniory a podporují domácí péči jako nejlepší volbu pro většinu lidí, kteří potřebují nějakou formu péče.

velké rozdíly v cenách a službách jednotlivých typů poskytovatelů. Ubytováný platí za ubytování a služby sám, pokud je schopen tak učinit. Obec však musí zajistit, aby si rezident mohl dovolit bydlení v domovech v případech, kdy je tato služba potřebná. (City of Helsinki, 2018b)

Hammar et al. (2010) rozlišuje tzv. *institucionální péči a komunitní péči*. Pod institucionální péči spadají zařízení jako domovy pro seniory a jiná pobytová zařízení založená na dlouhodobé péči, přechodné péči a službách (např. denní péče, noční péče aj), které jsou financovány obcemi nebo samotnými klienty. Vláda (stát) se podílí na financování vyplacením státní dotace obcím. (European Centre for Social Welfare Policy and Research, 2013; Helsinki City College of Social and Health Care, Helsinki City Health Department, 2003). Pod komunitní péči spadají asistované bydlení, (24h servis nebo bez noční péče), domácí výpomoc, domácí péče. Za komunitní péči si platí sami klienti nebo získávají prostředky od státu prostřednictvím *Národní pojišťovny* (National Insurance Institute). Pro stanovení priorit umístění do dané péče není věk pacientů; rozhodnutí o péči je spíše založeno na konkrétní potřebě jednotlivce a na očekávaném přínosu péče pro dotyčného pacienta. Rozhodnutí o péči dané osoby dává ošetřující lékař na základě jeho diagnózy. (Hammar et al, 2010) Pro posouzení potřeb klientů existuje několik nástrojů hodnotící funkční kapacitu klienta. Mezi nejběžněji používané patří ve Finsku index RaVa (vyvinutý přímo ve Finsku) a mezinárodní index RAI.

Index RaVa (pojmenovaný podle prvních slabik příjmení svých tvůrců), byl původně vyvinutý pro potřeby nastavení poskytování sociálních služeb místními úřady zejména starším obyvatelům (nad 65 let), ale možnosti jeho využití jsou mnohem širší. Licenci si pořídilo téměř 250 úřadů a stovky soukromých poskytovatelů sociálních služeb. K sestavení indexu slouží hodnocení následujících základních schopností či vlastností:

- zrak
- sluch
- mluvení
- pohyb v interiéru
- močení

- vyprazdňování
- stravování
- přijímání léčby
- oblékání
- hygiena
- paměť a orientace
- nálada a chování

Na základě hodnocení sledovaných položek je sestaven index, který může posloužit ke zjištění schopností zkoumané osoby a určit míru potřebnosti péče.

Tabulka 2.1: Jednotlivé kategorie indexu RaVa

Třída RaVa	Index RaVa	Míra potřeba péče
RAVA 1	1,29 – 1,49	Ojedinelá pomoc
RAVA 2	1,50 – 1,99	Podpůrné služby
RAVA 3	2,00 – 2,49	Služby s nutným dohlížením
RAVA 4	2,50 – 2,99	Služby s nutným dohlížením
RAVA 5	3,00 – 3,49	Rozšířené služby
RAVA 6	3,50 – 4,03	Úplná závislost

InterRAI je standardizovaný nástroj k získávání a hodnocení dat sloužící k posouzení potřeb a nastavení adekvátní péče, rehabilitace a sestavení plánu služeb. Hodnocení systémem InterRAI je systematické a všestranné. Práva na systém InterRAI náleží mezinárodní výzkumné síti interRAI, která se stará o jeho správu.

Při hodnocení InterRAI se zohledňují:

- schopnosti v každodenním životě
- fyzické a kognitivní síly
- sociální schopnosti a zdraví
- zdraví
- stravování
- zdravotní obtíže
- užívané léky

Obecně lze říci, že cílem hodnocení pomocí RaVa je zjistit, jaké služby a pečovatelská zařízení (domácí péče, institucionální péče) jsou pro klienta nejvhodnější. RAI se spíše používá při sestavování aktuálních plánů péče a služeb pro klienty, ale může být použito i pro obecnější účely. Nicméně, oba nástroje jsou také používány pro posouzení zdraví klienta, funkční kapacity a schopnosti žít samostatně. (Helsinki City College of Social and Health Care, Helsinki City Health Department, 2003)

Financování zdravotních a sociálních služeb se skládá z příjmů získaných prostřednictvím obecných daní a poplatků za užívání. *Institut sociálního pojištění (Kela)* kromě toho vybírá povinné platby sociálního pojištění na financování Národního zdravotního pojištění (dále jen NHI), které částečně hradí zdravotní služby soukromého sektoru a léky na předpis. Kela poskytuje příspěvky staršímu obyvatelstvu, které byly testovány na základě výše jejich prostředků. Do konce roku 1992 byly zdravotnické a sociální služby, ačkoli místně organizovány, pod vládní kontrolou. Po reformě státních dotací z roku 1993 byly státní dotace pro obce přehodnoceny a převedeny ze systému grantů na základě nákladů na paušální částku. Nedílnou součástí reformy bylo pověření obcí organizací zdravotních a sociálních služeb pro své obyvatele. Nicméně obce dostaly svobodu rozhodovat, zda jsou služby zakoupeny od veřejných nebo soukromých poskytovatelů. Navzdory svobodě volby poskytovatele tvoří veřejní poskytovatelé ve vlastnictví obcí a nemocničních okresů většinu zdravotnických a sociálních služeb. Ve finském systému sociální péče se financování a poskytování péče o starší osoby částečně překrývá se službami poskytovanými zdravotnictvím. Dlouhodobá lůžková oddělení zdravotnických středisek jsou součástí obecního systému zdravotní péče, zatímco většina ostatních typů péče o starší lidi je organizována v rámci správy služeb sociální péče. Většina domovů pro seniory a přibližně polovina chráněného bydlení je ve vlastnictví obcí a řízená odvětvím sociálních služeb. Kromě toho poskytuje odpovídající služby řada soukromých společností a nevládních organizací. Dle statistických údajů zveřejněných Národním institutem pro zdravotní a sociální péči poskytovali v roce 2017 soukromí poskytovatelé 14 % pobytových služeb a 49 % služeb chráněného bydlení (Národní institut pro zdravotní a sociální péči, 2018). Uživatelské poplatky za LTC v institucích jsou regulovány a souvisejí s disponibilním příjmem (ale ne

s majetkem) až do výše 85 %. Například osoby využívající domácí péči, domácí výpomoc či asistenční služby (nikoli noční služby) si musejí platit fixní denní poplatky, které se mohou lišit podle obcí a závisí na typu služby. V krátkodobé institucionální péči činí maximální poplatek 48,9 Eur za den a v psychiatrických jednotkách 22,5 Eur za den. (Kuunsalo, 2018)

Poplatky za péči může klient hradit také pomocí příspěvku na péči. K národnímu důchodu tak existují doplňující příspěvky, a to podle způsobilosti seniora, těmi jsou: seniorský příspěvek na péči; příspěvek na bydlení pro seniory; příspěvek pro válečného veterána; vdovský důchod. *Příspěvek na péči* je přiznán osobě se sníženou funkční kapacitou do takové míry, že se již nemůže vyrovnat sama s každodenním životem. Potřeba péče musí být dlouhodobá. Výše příspěvku na péči o seniora je rozdělena do *tří kategorií*, které jsou založeny na stupni pomoci nebo dohledu, které osoba potřebuje, stejně jako výše dodatečných nákladů. Příspěvek na péči má rovněž za cíl podporovat členy rodiny, pokud se chtějí postarat o své starší členy rodiny doma, namísto jejich zabezpečení institucionální péčí. Příspěvek na péči v *základní kategorii* činí 70,52 EUR měsíčně. Příspěvek lze poskytnout osobám, které potřebují alespoň týdenní pomoc a dohled v osobních každodenních činnostech života, jako je oblékání nebo osobní hygiena. Příspěvek na péči ve *střední kategorii* je 153,63 EUR měsíčně. Příspěvek je určen osobám, které potřebují každodenní časově náročnou pomoc při několika osobních aktivitách každodenního života, jako je stravování, oblékání, osobní hygiena nebo sociální interakce nebo značnou míru pravidelného vedení a dohledu, například připomenutí a naléhání. Příspěvek na péči v *nejvyšší kategorii* činí 324,85 EUR měsíčně. Příspěvek je k dispozici osobám, které potřebují péči a nepřetržitý dohled, jelikož samy o sebe jsou schopny se postarat jen krátce (osoba se dokáže vypořádat s veškerými každodenními aktivitami sama jen na krátkou dobu a většinu času tráví v posteli). Příspěvek na péči o seniora představuje příjem bez daně. Jiné příjmy nebo majetek příspěvek na péči neovlivňují. Osoba ve věku 65 let nebo starší může dále získat *příspěvek na bydlení pro seniora*, za podmínek, že má nízký příjem a trvale žije ve Finsku buď

v pronajatém bytě, nebo v jeho vlastním bytě nebo domě. Příspěvkem na bydlení nelze hradit náklady na ústavní péči. (Kela, 2018)¹⁷

2.2.2 Klíčové charakteristiky posouzení oprávněnosti nároku zájemce pro vstup do sociální služby

Služby sociální péče jsou určeny všem finským občanům, vzhledem k výše popsanému systému, kdy klíčovou roli sehrávají obce a místní úřady, je ovšem nárok na poskytnutí určité služby podmíněn také trvalým pobytem v dané obci. Služby jsou z principu dostupné všem obyvatelům, avšak u některých služeb je vyžadováno hrazení poplatků ze strany jejich příjemce, přičemž určení výše poplatků a výběr služeb, které budou zpoplatněny, je v případě veřejných poskytovatelů zcela v gesci příslušného místního úřadu. Obecně lze říci, že obce hrazení poplatků za sociální služby od uživatelů ve většině případů vyžadují, a to především u ostatních služeb (domácí péče, výpomoc v domácnosti a další péče a podpora); u služeb pobytových nejsou poplatky vyžadovány až v takové míře. V každém případě ve Finsku platí, že pokud si klient nemůže dovolit hradit poplatky za danou službu, ačkoli ji na základě hodnocení objektivně potřebuje, pak dostane ze sociálního systému příspěvek v dostatečné výši k jejímu uhrazení. Tento složitý postup, kdy například namísto odpuštění poplatku dostane klient příspěvek, aby mohl poplatek uhradit, bývá ve Finsku kritizován a v chystaných změnách sociálního systému má být od něj upuštěno. (Kuunsalo, 2018)

Pokud má klient poplatky hradit, stanovuje se jejich výše individuálně s ohledem na majetek a celkové příjmy (včetně výnosů z investic, dividend, pronájmu nemovitého majetku ap.) klienta, přičemž zákon stanovuje pouze maximální výši poplatků. Pokud má osoba příjmy velice nízké, ale daná sociální nebo zdravotní služba je v jejím případě nezbytná, je jí poskytnuta zdarma (takové osobě je poté přiznána finanční podpora). V kompetenci obce je rozhodnout, zda bude poplatky vybírat v maximální povolené míře, případně zda poplatky sníží nebo je nebude požadovat vůbec.

¹⁷ Kela: *Změny v poskytování příspěvků na rok 2019* (v originále „*Muutoksia Kelan etuuksiin vuonna 2019*“). [cit. 7. 3. 2019] Dostupné on-line: https://www.kela.fi/ajankohtaista-henkiloasiakkaat/-/asset_publisher/kg5xtoqDw6Wf/content/muutoksia-kelan-etuuksiin-vuonna-2019

Vstup do sociální služby

Žádost o poskytnutí sociální služby není ve většině případů podmíněna předložením žádných formulářů ani jiných dokumentů. Pokud má kdokoli zájem o vstup do sociálních služeb, kontaktuje příslušného sociálního pracovníka nebo sociálního poradce, kteří provedou hodnocení potřeb v každém individuálním případě. Samotné hodnocení služeb, které by pro zájemce byly nejlepší, probíhá mezi sociálním pracovníkem a oním zájemcem, případně také ve spolupráci s jeho rodinou. Většina sociálních služeb je přístupná všem seniorům. Předkládání dokumentů je tak obvykle nutné pouze za účelem stanovení výše poplatku. V případě dlouhodobě poskytované institucionální péče je dále za účelem určení celkové diagnózy nutno ze strany klienta předložit zdravotnickou dokumentaci, případně předložit souhlas s přístupem do elektronické evidence, odkud jde stejné údaje získat také.

Odbornost pracovníků rozhodujících o vstupu žadatele do sociální služby se odvíjí od nároků na odbornost dané profese. Tyto žádosti obvykle spadají do kompetence sociálních pracovníků, sociálních poradců nebo zdravotních sester. Sociální pracovníci a poradci jsou také zodpovědní za vstup žadatele do služby.

Hodnocení potřeb

Potřeby klienta hodnotí sociální pracovníci nebo poradci, a to individuálně dle každého hodnoceného případu. Ve Finsku neexistuje jednotný systém posuzování potřeb; nároky na příspěvek na péči nebo využívání pobytových služeb se nehodnotí podle stanovené stupnice ani jiné metodiky. Ministerstvo pouze uvádí několik příkladů dobré praxe, které slouží pro inspiraci úřadům místních samospráv a ty se v případě každého klienta rozhodují na základě vlastních pravidel. Případná potřeba o přehodnocení stavu klienta může vzejít jak ze strany klienta samotného, tak ze strany jeho příbuzných, sousedů, samotného poskytovatele služeb či sociálního pracovníka. (Pohl, Šplíchalová, 2014). V případě města Helsinek se k hodnocení potřeb všech zájemců o sociální službu používá systému InterRAI (verze InterRAI-CA + HELSA)¹⁸, který hodnocení

¹⁸ InterRAI je mezinárodní kooperační platforma určená ke zlepšení kvality života zranitelným osobám pomocí komplexního hodnotícího systému. Funguje na bázi vzájemné spolupráce

jednotlivých případů díky využití komplexního evaluačního systému značně zjednodušuje. Přístup k systému má ve Finsku větší počet obcí, záleží na místních úřadech, zda se rozhodnou jej využít, či nikoli. (Kuunsalo, 2018)

Registrace poskytovatelů sociálních služeb

Subjekt, který má zájem poskytovat sociální služby, se musí registrovat u Národního kontrolního úřadu pro sociální a zdravotní péči (dále jen Valvira), který řídí, spravuje a dohlíží na poskytování sociálních a zdravotních služeb, přičemž spolupracuje s šesti Regionálními státními administrativními kanceláři (dále jen AVI), které řídí a dohlíží jak na veřejné, tak na soukromé poskytovatele sociálních služeb. Za organizování a poskytování sociálních služeb jsou zodpovědné místní úřady, je pro ně ovšem výhodnější, když mohou k samotnému poskytování služeb využít soukromého poskytovatele a samy zajišťují pouze organizaci. Soukromí poskytovatelé nabízejí často kvalitnější služby, ovšem také za značně vyšší poplatky a lidé je využívají spíše při krátkodobých pobytech. Při dlouhodobých pobytech volí spíše služby veřejných poskytovatelů a soukromé nadále využívá jen bohatší klientela, neboť měsíční poplatek za pobyt může dosáhnout i 5.000,- EUR. I tito movitější klienti mají sice nadále nárok na poukaz na pobytové sociální služby, který je přiznáván všem finským občanům, nicméně hodnota poukazu je pouze 200 EUR. Soukromí poskytovatelé 24hodinové péče musejí mít licenci od AVI (nebo Valviry, pokud poskytují služby na území přesahujícím působišťe jedné kanceláře AVI). Musejí tedy být registrováni v registru soukromých poskytovatelů služeb. Valvira a AVI jsou tedy společně zodpovědní za vedení registru soukromých poskytovatelů služeb. Služby domácí výpomoci (jako příprava pokrmů, úklid) musejí být oznámeny místnímu úřadu podle místa poskytování a ten si dále vede jejich seznam a stará se o kontrolu, nejsou však zapisovány do žádného veřejného registru. (Liukko, 2018)

Důležitým dopadem výše popsaného systému je, že poskytovatel sociálních služeb, který není registrovaný ani neoznámí svou činnost, se nedostane do rejstříků ani seznamů, z nichž sociální pracovníci žadatelům doporučují vhodné poskytovatele, na které se mohou obrátit. Vzhledem ke skutečnosti, že ve Finsku

výzkumníků a odborných pracovníků z více než 35 zemí, jejichž zájmem je objektivní a na důkazech založená interpretace poskytnutých dat.

není zvykem samostatně si vyhledávat poskytovatele sociálních služeb, nýbrž je obvyklé, že zájemce kontaktuje přímo sociálního pracovníka dle místa svého bydliště, nemají neregistrovaní poskytovatelé příliš šancí získat vyšší počet klientů. V nedávné době bylo ve Finsku odhaleno několik případů soukromých poskytovatelů sociálních služeb, jejichž služby nesplňovaly podmínky původně udělené licence. Těmto poskytovatelům byla okamžitě zakázána činnost a byli vymazáni z rejstříků. (Kuunsalo, 2018)

2.2.3 Vybraní poskytovatelé sociálních služeb

Ústavy pro dlouhodobou, celodenní péči o starší osoby na území města Helsinek

Žádosti o služby jsou předkládány prostřednictvím sociálního pracovníka příslušného dle trvalého bydliště klienta. Potřeba služby posouzena přezkoumáním jejich schopností a zdravotního stavu, jakož i dalších faktorů souvisejících s potřebou 24hodinové péče. Hodnocení a rozhodnutí o dlouhodobé 24hodinové péči se provádí jako multidisciplinární spolupráce v souladu s operačním modelem IAS (vyšetřování, hodnocení, poradenství v oblasti poskytování služeb).

Dlouhodobá 24hodinová péče je zajištěna buď formou chráněného bydlení, nebo institucionální péče, přičemž současná tendence směřuje k upouštění od institucionální péče a upřednostňování chráněného bydlení, které lépe splňuje současné požadavky, protože klient žije sám ve svém bytě, případně sdílí pokoj nanejvýš s jednou další osobou. V každém chráněném bytě je standardně postel, matrace a osvětlení. Klienti si mohou být dovybavit a zkrášlit dle svých představ.

Cílem je, aby starší osoba mohla i nadále plnohodnotně žít. K dosažení tohoto cíle je kladen důraz na podporu svobody volby a sebeurčení klienta.

2.2.4 Shrnutí

Finský systém poskytování sociální péče je zaměřený na co nejužší kontakt s klientem. Rozhodovací pravomoci a organizace poskytování sociálních služeb jsou decentralizovány na úroveň obcí a místní samosprávy. V případě žádosti o poskytnutí sociálních služeb je tak zásadním kritériem místo trvalého pobytu

žadatele, od něž se odvíjí, kam osoba své žádosti bude podávat a kdo o nich bude rozhodovat.

Protože sociální a zdravotní služby jsou podle finského práva dostupné z principu všem obyvatelům, musí být pro všechny obyvatele také dosažitelné. Pokud je některá služba částečně zpoplatněna, tj. klient se na její úhradě musí podílet ze svých vlastních prostředků, jsou tyto poplatky stanoveny podle majetkových a příjmových poměrů žadatele s tím, že osoba s vyššími příjmy platí vyšší poplatky než osoba s příjmy nižšími, i když se jedná o zcela totožnou službu poskytovanou ve zcela totožné kvalitě. Majetkové a příjmové poměry se odvozují od průměrného měsíce předchozího roku, pokud nejsou příjmy žadatele každý měsíc stejné. Kromě doložení výše může být k určení majetkových poměrů využito také daňového přiznání, což se ovšem týká určení výše zisku z majetku v podobě obchodní společnosti nebo zemědělské či lesní půdy. Jestliže žadatel na základě objektivního hodnocení potřeb určitou sociální či zdravotní službu potřebuje, ale poplatky jsou pro něj příliš vysoké, může mu tato služba být poskytnuta zdarma, případně je takovému žadateli poskytnuta finanční podpora.

Zákon stanovuje pouze maximální hranici, které výše poplatků může dosáhnout. Obce a místní samospráva mohou rozhodnout, že poplatky za služby poskytované v jimi spravované oblasti budou nižší, nebo nebudou vyžadovány vůbec.

A/ Jaké jsou procesy vstupu do sociální služby?

Finský model poskytování sociálních služeb je zaměřen primárně na podporu setrvání klienta v pohodlí domácnosti po co nejdélší dobu, a to formou terénních služeb, výpomoci v domácnosti a podobně. Klientovi stačí kontaktovat místního pověřeného sociálního pracovníka, který mu buď poradí, na které zařízení či poskytovatele služeb se obrátit, případně si s ním sám sjedná schůzku a doporučí nejvhodnější řešení, přičemž míra osobního kontaktu závisí mimo jiné i na velikosti dané obce; v menších samosprávách bývá intenzivnější, zatímco ve větších se častěji jedná o telefonickou linku, jejímž prostřednictvím bývají zájemcům sdělovány potřebné informace.

B/ Jaká je odbornost pracovníků, kteří řeší vstup žadatele do sociální služby?

Obecné požadavky na vzdělání pracovníků v oblasti poskytování sociálních služeb pro všechny cílové skupiny vyplývají ze zákona č. 817/2015, o odbornících v oblasti sociální péče:

- a) Sociální pracovník musí mít vysokoškolské vzdělání, přičemž větší část studia/většina předmětů se musí týkat sociální práce;
- b) Sociální specialista / gerontolog musí mít vysokoškolské vzdělání v oblasti sociálních věd.

K výkonu práce sociálního pracovníka, jakož i k vlastnímu rozhodování o vstupu do sociální služby, je nutné vzdělání sociálního pracovníka dle bodu a). Sociální specialista dle bodu b) má nižší úroveň vzdělání a spektrum jeho práce není tak široké jako u sociálního pracovníka. Jeho rolí v procesu vstupu do sociální služby je především být rádcem a pomocníkem, který zájemcům sociální službu poradí, na koho se obrátit, kterou instituci kvůli svému problému kontaktovat, případně pomáhá zprostředkovat přiznání příspěvku a podobně. Gerontolog je obdobná pozice, pouze s užším zaměřením na seniory. Vlastní hodnocení nároku na sociální službu a samotná práce s klientem je záležitostí sociálního pracovníka.

C/ Pokud se rozhoduje multidisciplinárně, kdo je členem týmu, dle druhů služeb?

Vzhledem k vysoké míře neformálnosti v procesu poskytování sociálních služeb ve Finsku není stanoveno formalizované složení rozhodovacího týmu. Hodnocené vždy řeší sociální pracovník, v některých případech se hodnocení účastní například zdravotní sestra, případně lékař prostřednictvím lékařského posudku.

D/ Jaká jsou kritéria pro vstup do jednotlivých druhů, forem služeb?

Vzhledem k míře decentralizace finského systému nejsou ze strany státu stanovena přesná pravidla ani metody hodnocení potřeb klienta. Stát pouze uvádí několik případů dobré praxe, které slouží úřadům místních samospráv spíše k inspiraci a nejsou pro ně závazné. Místní úřady si mohou určit vlastní pravidla hodnocení, upřednostňují však individuální přístup ke každému klientovi a nestanovují si tak přesné stupně závislosti ani jiná konkrétní hodnotící kritéria.

Ani případné přehodnocení změněného stavu klienta nepodléhá přísným pravidlům. Probíhá opět individuálně, a to jak na podnět samotného klienta, tak na podnět některého z rodinných příslušníků, sousedů, samotného poskytovatele sociálních služeb či sociálního pracovníka.

V současné době neexistuje žádná studie, která by řešila, jak velké jsou rozdíly v kvalitě a přístupu mezi jednotlivými samosprávami. Známy je ovšem problém, kdy se lidé na stáří stěhují z velkých měst do klidnějších a levnějších lokalit, ovšem trvalé bydliště si ponechávají ve velkém městě (např. zde pronajímají byt), aby měli lepší přístup ke službám. I z toho důvodu aktuálně probíhá novelizace celého systému poskytování sociálních služeb, aby v budoucnu nebylo vázáno poskytování sociálních služeb výhradně na trvalé bydliště zájemce. (Kuunsalo, 2018)

E/ Kdo odpovídá za vstup zájemců do sociální služby?

Za vstup do sociálních služeb zodpovídají sociální pracovníci řešící případ daného zájemce, přičemž z principu fungování sociální politiky ve Finsku vyplývá, že místo působení těchto pracovníků má být co nejbližší místu trvalého bydliště zájemce. V případě sociálních služeb týkajících se větší měrou také poskytování zdravotnických služeb může o zájemci rozhodovat příslušná zdravotní sestra. Pro celý proces je typická vysoká míra neformálnosti a snaha o co nejužší komunikaci sociálním / zdravotním pracovníkem a zájemcem, pouze v případě hodnocení závažnějších zdravotních omezení je vyžadováno také doložení posudku lékaře. Postup je takový, že na základě žadatelem udaných potřeb a obtíží doporučí sociální pracovník danému žadateli vyšetření lékařem, který míru zdravotních komplikací posoudí. (Kuunsalo, 2018)

F/ Jakými metodami jsou hodnoceny potřeby klienta a v jakém rozsahu?

Vzhledem k míře decentralizace finského systému nejsou ze strany státu stanovena přesná pravidla ani metody hodnocení potřeb klienta. Většina místních úřadů a poskytovatelů sociálních služeb využívá k hodnocení výše popsané systémy RaVa a interRAI.

G/ Jak zabránit již při procesu vstupu do sociální služby nadužívání pobytových služeb a tím podpořit terénní služby?

Finský systém je obecně zaměřen na poskytování terénních služeb a podporu samostatnosti každého občana. Přijetí do pobytové služby je vždy až posledním krokem, pokud jsou všechny ostatní možnosti již vyčerpány. Z vyjádření kontaktované sociální pracovnice vyplývá, že ve Finsku se s nadužíváním pobytových služeb neseťkávají, neboť zdejší obyvatelé jsou zvyklí spoléhat se sami na sebe a tak i osoby s většími obtížemi raději zůstávají doma. Častým jevem jsou například senioři, kteří již mají velký problém postarat se o svou domácnost, přesto odmítají pobytové služby, i když jsou jim nabízeny a mohou si je dovolit. (Kuunsalo, 2018)

H/ Jaké jsou možnosti odmítnutí zájemce o sociální službu?

Odmítnout zájemce o sociální službu lze v případě, že na základě hodnocení jeho potřeb se služba neukáže být pro daného zájemce jako nezbytná. Odmítnout lze zájemce také v případě, že žádá o poskytnutí sociální služby mimo místo příslušné dle svého trvalého bydliště, neboť ve finském modelu je odpovědnost za organizaci a poskytování těchto služeb navázána právě na místo trvalého bydliště. Z toho důvodu aktuálně probíhá novelizace celého systému poskytování sociálních služeb, aby v budoucnu nebylo poskytování těchto služeb vázáno výhradně na trvalé bydliště zájemce.

I/ Probíhají v rámci procesu vstupu do sociální služby ve sledovaných zemích majetkové a příjmové testy zájemců?

Ve Finsku jsou některé sociální služby poskytovány zdarma, zatímco jiné jsou poskytovány za poplatek. Zdarma bývají poskytovány některé pobytové služby veřejných poskytovatelů, ostatní služby jsou téměř vždy zpoplatněny, přičemž rozhodnutí o tom, které služby budou zdarma a které nikoli, jakož i o výši poplatků, náleží vždy místním úřadům. Určení výše poplatků za danou službu probíhá u každého klienta individuálně, neboť se vypočítává podle jeho celkových příjmů, ať už jde o mzdu, penzi, dividendy, příjmy z investic, příjmy z pronájmu nemovitostí a podobně. Při určení výše poplatků naopak nehrají roli rodinné poměry klienta, neboť finský systém poskytování sociálních služeb pracuje s každým klientem

samostatně a od rodiny není vyžadována žádná spolupráce ani podílení se na poskytování či úhradě péče. Stejně tak není podstatný ani celkový majetek posuzovaného zájemce, do hodnocení se započítávají pouze čisté příjmy.

Počítají se čisté měsíční příjmy po zdanění a odečtení dalších odvodů, přičemž poplatek za služby nesmí přesáhnout cenu služeb. Pokud výše příjmu není každý měsíc stejná, hodnotí se průměrný výdělek za rok. Při dlouhodobé péči se každé dva roky provádí revize příjmů, aby byly poplatky v odpovídající výši. Ze zákona č. 1992/734, o poplatcích za sociální a zdravotní péči, vyplývá, že do příjmu se podle daňového přiznání započítává majetek mající podobu obchodního závodu, případně zemědělského nebo lesního pozemku. Z vlastnictví jiného majetku, který negeneruje zisk (velké rodinné sídlo ap.) nebo z výhry vliv na poplatky nevyplývá.

2.3 Slovinsko

Slovinsko je v rámci mezinárodní komparace zástupcem země jihovýchodní Evropy/Pobaltí. Systémy péče o seniory, dlouhodobě nemocné a osoby závislé na pomoci druhých jsou si v ČR a Slovinsku podobné. Tato podoba nastavení systému sociálních služeb může být dobrým příkladem praxe pro ČR.

2.3.1 Obecný popis systému sociálních služeb včetně základního legislativního rámce

Sociální péče je ve Slovinsku legislativně řešena zákonem o sociální ochraně¹⁹, který platí jak pro veřejné, tak pro soukromé sociální služby. Dle tohoto zákona sociální ochrana zahrnuje prevenci a řešení sociálních problémů jednotlivců, rodin a skupin obyvatelstva. Stát proto poskytuje a rozvíjí fungování institucí sociální péče, vytváří podmínky pro soukromé poskytování sociální péče a podporuje rozvoj péče svépomocí či dobrovolné práce v oblasti sociální péče.

Veřejné služby sociální péče jsou poskytovány „Centry sociální péče“, na základě svěřené pravomoci v této oblasti prostřednictvím zákona o sociálním zabezpečení. Tato centra působí v trvalých místních úřadech dle rozhodnutí ředitele těchto center. (Centrum tak může pokrývat svou působností správní obvody více místních úřadů.) Sociální služby mohou za splnění určitých podmínek²⁰ provozovat také soukromé osoby, které však musí být zaregistrovány ve veřejném rejstříku soukromých poskytovatelů, který je veden Ministerstvem práce, rodiny, sociálních věci a rovných příležitostí, a mít stanovisko tohoto ministerstva k povolení poskytování těchto služeb.

¹⁹ Úřední věstník Republiky Slovinsko, č. 07/03 - oficiální úplné znění

²⁰ K těmto podmínkám patří požadavky na vzdělání na stejné úrovni jako v případě služeb veřejných, minimální 3 letá praxe v poskytování sociální péče a zároveň nutné vybavení, které je k typu sociální péče potřeba.

Za účelem sledování politiky sociální péče a rozvoje sociální ochrany je na Ministerstvu práce, rodiny, sociálních věcí a rovných příležitostí zřízena odborná rada, která je jmenována ministrem na návrh sociální komory. Tato rada plní následující úkoly:

- a) Podílí se na přípravě programů sociální ochrany.
- b) Sleduje potřeby v oblasti sociální ochrany ve Slovinsku a navrhuje opatření na tyto potřeby reagující.
- c) Podílí se na přípravě norem a standardů služeb.
- d) Navrhuje a sleduje realizaci vědeckovýzkumných aktivit v oblasti sociální ochrany.
- e) Poskytuje stanoviska ke službám a programům sociální ochrany na žádost odpovědného ministra.

Prevenční a řešení rizik spojených se sociální ochranou realizuje Slovinsko prostřednictvím systémových opatření v oblastech daňové politiky, zaměstnanosti, stipendijní politiky, bytové politiky, rodinné politiky, zdravotnictví a školství. Pro tyto oblasti existují příslušné odvětvové zákony.

K řešení sociálních situací²¹ jsou ve Slovinsku dle zákona o sociální ochraně poskytovány následující služby:

- a) **První sociální pomoc:** Zahrnuje pomoc při identifikaci a definování sociálního problému, vyhodnocení potenciálních řešení, seznámení příjemce se sociálními službami a párování klienta s konkrétními institucemi poskytujícími sociální péči.
- b) **Osobní pomoc:** Zahrnuje poradenství za účelem umožnit klientovi rozvíjet, doplňovat a udržovat své sociální kapacity.
- c) **Pomoc rodině:** Zahrnuje domácí péči v podobě odborného poradenství, zajišťování vztahu mezi rodinnými příslušníky, péče o děti a školení rodiny, aby vykonávala svou roli v každodenním životě. Pomoc rodině také pokrývá sociální péči o příjemce v případě zdravotního postižení či vysokého věku a nahrazuje tak ústavní péči. V rámci pomoci rodině se často využívá také pomoc s domácími pracemi v případě porodu, nemoci, invalidity, stáří apod.

²¹ V anglické verzi zákona je využit pojem *social distress*.

- d) **Ústavní péče:** Tato péče zahrnuje všechny formy pomoci v instituci sociální péče nebo v jiné rodině, které příjemci mají nahradit nebo doplnit funkce domova a rodiny, zejména ubytování, organizované stravování, péči a lékařskou péči. Při splnění zákonných požadavků může příjemce zvolit rodinného asistenta namísto práva na celodenní institucionální ochranu.
- e) **Řízení a ochrana za zvláštních podmínek:** Organizovaná komplexní péče o dospělou fyzicky či duševně postiženou osobu a rozvíjení její individuality a inkluze do komunity a životního prostředí.
- f) **Pomoc pracovníkům:** Poradenství a pomoc při řešení problémů, které zaměstnanci mají ve vztahu k práci.

Na první sociální pomoc a osobní pomoc má dle zákona o sociální ochraně nárok každá osoba, která má zájem o řešení své sociální situace, bez nutnosti slovinského občanství či povolení k trvalému pobytu. Nárok na ostatní uvedené sociální služby (c - f) je předmětem hodnocení Komise pro přijímání, předávání a propuštění, která musí být sestavena na úrovni každého poskytovatele sociální péče.²²

Sociální ochrana je mimo výše uvedené sociální služby řešena také prostřednictvím rodinných dávek (rodičovský příspěvek, porodné, příspěvek na péči o dítě, příspěvek pro rodinu s velkým počtem dětí, příspěvek na zvláštní péči o dítě a částečnou náhradu za ušlé příjmy) a také nepodmíněné dávky sociální pomoci, kde patří:

- a) Peněžité dávky v nemoci
- b) Dávky v mateřství a otcovské dávky
- c) Dávky v invaliditě
- d) Starobní dávky
- e) Dávky pro pozůstalé
- f) Dávky při pracovních úrazech a nemocech z povolání

Příjemci rodinných dávek mohou být občané Slovinska s trvalým pobytem na Slovinsku a osoby, které mají ve Slovinsku povolení k trvalému pobytu. Osoby se

²² *Pravidla, standardy a normy služeb sociálního zabezpečení (Úřední věstník Republiky Slovinsko, č. 45/10 - oficiální úplné znění)*

se slovinským občanstvím, které mají trvalý pobyt v jiné zemi, o tento nárok přichází.

Slovinské systémy sociálního pojištění jsou financovány z příspěvků pojištěnců a zaměstnavatelů na sociální zabezpečení. Stát má ústavní povinnost krýt veškeré případné ztráty systémů sociálního pojištění. Pojištění pro případ nezaměstnanosti a pojištění na ochranu rodičovství jsou financována především ze státního rozpočtu. Rodinné dávky a dávky sociální pomoci jsou plně financovány ze státního rozpočtu.

2.3.2 Klíčové charakteristiky posouzení oprávněnosti nároku zájemce pro vstup do sociální služby

Pobyťová institucionální péče

Zájemce o sociální službu ve Slovinsku musí podat žádost, která je sjednocena a má tak jednu podobu pro všechny poskytovatele. Tato žádost může být podána osobně, klasickou poštou či poštou elektronickou. K této žádosti je nutné také doložit následující dokumenty²³:

- a) Doklad o státní příslušnosti a trvalém pobytu (V případě osobního podání žádosti si zodpovědná osoba opíše údaje z osobních dokladů žadatele, který tak nemusí nosit ověřené kopie dokumentů.),
- b) Lékařský posudek, ne starší více než jeden měsíc k datu podání žádosti o poskytnutí sociální služby,
- c) Potvrzení o způsobu hrazení služby z třetí strany v případě, že služba bude třetí stranou hrazena,
- d) Plná moc či jiný právní dokument v případě, že žádost podává zákonný zástupce žadatele.

Pro účely zpracování žádostí má každá instituce jmenovanou komisi pro přijímání, předávání a propouštění. Tato komise je vždy složena z profesního manažera instituce, manažera sociálního programu či služby, vedoucího programu či služby

²³ PRAVIDLA o postupech při výkonu práva na institucionální ochrany (Úřední věstník Republiky Slovinsko č. 38/2004, č. 23/2006, 42/2007)

a sociálního pracovníka. V případě potřeby jsou do komise ke specifickým případům přizváni i další odborníci, například lékaři²⁴.

Postup při přijímání, ale také při předávání či propouštění ze sociálních služeb se řídí dokumentem „Pravidla o uplatňování práva na ústavní péči“.²⁵ Podle článku 15 tohoto dokumentu komise akceptuje žádost na základě přihlédnutí k²⁶:

- a) Pořadí přijetí žádosti či čekací doby.
- b) Zdravotní stav uživatele, který určuje typ potřebné služby nebo péče.
- c) Vzdálenost trvalého bydliště uživatele či jeho příbuzných.
- d) Sociální důvody, které mohou mít významný vliv na vyhodnocení naléhavosti případů.

Co se týče hodnocení zdravotního stavu uživatele, slovinská legislativa vymezuje poměrně podrobně seznam potenciálních osob, které vzhledem ke svému stavu mají právo na přijetí do dlouhodobé pobytové péče. Tyto osoby jsou rozděleny dle věku a zdravotních či sociálních problémů, viz následující přehled:

- Děti, dospívající a dospělí do 26 let, kteří potřebují speciální péči:
 - Se středním mentálním postižením
 - S těžkými duševními poruchami
 - Se závažnými duševními poruchami
 - S více poruchami
- Děti a dospívající mladší 18 let, zbavení normálního rodinného života:
 - S potřebou náhrady rodiny a její péče
 - S potřebou odborných ošetření
- Dospělí s mentálním postižením, s poruchami duševního zdraví, senzorickými poruchami a poruchami pohyblivosti:
 - S dlouhodobými duševními problémy
 - Se středně závažnými duševními poruchami
 - S vážnými duševními poruchami
 - S více poruchami

²⁴ PRAVIDLA o postupech při výkonu práva na institucionální ochrany (Úřední věstník Republiky Slovinsko č. 38/2004, č. 23/2006, 42/2007)

²⁵ Úřední věstník Republiky Slovinsko č. 38/04, 23/06, 42/07 a 4/14

²⁶ PRAVIDLA o postupech při výkonu práva na institucionální ochrany (Úřední věstník Republiky Slovinsko č. 38/2004, č. 23/2006, 42/2007)

- Se středními a těžkými pohybovými či smyslovými postiženími, které jim zamezují schopnost samostatného života
- Osoby starší 65 let:
 - Osoby, které z důvodu věku nebo jiných důvodů doprovázejících jejich věk nejsou schopny plně nezávislého života a potřebují menší část přímé osobní pomoci
 - Osoby se zdravotními problémy, které vyžadují vyšší objem přímé pomoci
 - Osoby ve vysokém věku a se zdravotními problémy, které vyžadují plnění všech základních životních potřeb

Při posuzování nároku na přijetí do ústavní péče není posuzována ekonomická situace žadatele, i vzhledem k faktu, že náklady na pobytové služby si z větší části platí sám uživatel (více viz níže). Finální rozhodnutí o přijetí či odmítnutí žadatele dle výše uvedených náležitostí je v kompetencích již zmíněné komise sestavené na úrovni instituce poskytující sociální péči.

Mezi lety 2003 a 2013 proběhla ve Slovinsku intenzivní výstavba objektů s novými místy pro LTC, která byla realizována na základě vysokého počtu žádostí o tyto služby. Počet míst se v ústavní péči téměř zdvojnásobil z 11 000 na 20 000 míst. Důvodem tvorby nových míst ústavní péče byla především ekonomická krize, v jejímž důsledku se na tehdejší kapacity ústavní péče sneslo tisíce žádostí o poskytnutí služby, které čekaly na vyřízení i několik měsíců. Experti však před tímto navyšováním kapacit varovali a jejich obavy se následně také potvrdily. Velká část žádostí nebyla schválena, jelikož žadatelé žádali mnohem dříve, než se dostali do stavu, který by jim využití ústavní péče či péče osobního asistenta umožnil. Komise tak při hodnocení velkou část žádostí oprávněně zamítla a nové kapacity tak zůstaly nenaplněny²⁷. Z této situace lze usuzovat, že systém hodnocení nároku na ústavní péči ve Slovinsku funguje a brání nadužívání pobytových služeb.

²⁷ *Domovi za upokojenje: Skoraj 230 prostih mest čaka [cit. 9. 12. 2018] Dostupné online: <https://www.delo.si/novice/slovenija/domovi-za-upokojenje-skoraj-230-prostih-mest-čaka.html>*

Odbornost pracovníků v sociálních službách je řešena podle článku 69 zákona o sociální ochraně²⁸. Odborní pracovníci v sociálních službách dle tohoto zákona musí mít vyšší odborné či vysokoškolské vzdělání v sociální oblasti. Zároveň musí absolvovat 9 měsíční stáž či praxi v sociálních službách a splnit odbornou zkoušku. Tyto nástroje slouží k zajištění potřebného odborného standardu sociálních pracovníků a tím pádem i potřebné odpovídající kvality sociální péče.

Platby za dlouhodobou pobytovou péči

Výše nákladů za pobyt v dlouhodobé pobytové péči se liší mezi jednotlivými institucemi a jednotlivými stupni závislosti pečovaných osob. V průměru tento pobyt stojí cca 538 EUR měsíčně v případě veřejných institucí, u pobytových služeb soukromých je průměrná částka 660 EUR měsíčně.

Ve Slovinsku je zavedeno celkem 5 stupňů závislosti osob pro účely dlouhodobé pobytové péče:

- Stupeň I.: Rezident nepotřebuje pomoc cizí osoby při provádění základních životních potřeb. Potřebuje pouze čistý prostor, prostor pro hygienu a zajištěnou stravu.
- Stupeň II.: Rezident potřebuje částečnou pomoc v základních životních činnostech, jako je praní, oblékání, přinášení jídla do místnosti, částečná pomoc při vstávání z postele apod.
- Stupeň IIIa.: Rezident potřebuje přímou osobní pomoc při realizaci všech základních životních potřeb.
- Stupeň IIIb.: Rezident potřebuje přímou osobní pomoc při realizaci všech základních životních potřeb, a zároveň potřebuje stálý dohled a péči.
- Stupeň IV: V této kategorii jsou klasifikovány osoby se závažnějšími dlouhodobými problémy duševního zdraví, které vzhledem k věkové demenci a souvisejícím podmínkám potřebují částečnou nebo úplnou osobní pomoc a kontrolu a zvláštní formy péče (péče o osoby s demencí). Jedná se víceméně o výše uvedený stupeň II., ale nad jeho rámec je nutný také trvalý dohled, i když některé úkony pečovaný zvládá sám.

²⁸ Zákon o sociální ochraně; Úřední věstník Republiky Slovinsko, č. 07/03 - oficiální úplné znění

Co se týče rozdílu mezi těmito stupni péče, příkladem mohou být následující údaje o průměrných denních nákladech na pobytovou péči v roce 2014²⁹, viz následující tabulka:

Tabulka 2.2: Denní sazby za pobytovou péči dle stupně závislosti pečované osoby (EUR)

Stupeň závislosti:	I	II	IIIa	IIIb	IV
Veřejné instituce:	17,92	22,72	27,52	31,69	28,71
Soukromé instituce:	21,89	26,72	31,5	35,67	33,08

Zdroj: Společenství sociálních institucí Slovinska, 2015.

Pozn.: Data vychází z průzkumu poskytovatelů pobytových sociálních služeb, který byl proveden Společenstvím sociálních institucí Slovinska v roce 2014. Na základě dat byly stanoveny průměrné sazby dle jednotlivých stupňů závislosti. V době zpracování této komparativní studie neexistují aktuálnější data.

Náklady na služby dlouhodobé pobytové péče jsou ve Slovinsku hrazeny jejich uživateli. Část nákladů je možné uhradit prostřednictvím povinného pojištění, v rámci kterého je možné získat následující příspěvky:

- Příspěvek na pomoc a péči³⁰: O tento příspěvek mohou žádat příjemci starobního, invalidního, vdovského či vdoveckého a rodinného důchodu v případě, že mají trvalé bydliště ve Slovinsku a pro pokrytí svých základních životních potřeb potřebují stálou pomoc jiných osob. V případě osob, které potřebují pomoc se základními životními potřebami a pro nevidomé osoby se stálým dozorem příspěvek činí 292 EUR, pro osoby s částečnou potřebou asistence 146 EUR. Osoby, které potřebují neustálý dohled a nepřetržitou odbornou péči, mohou získat příspěvek ve výši 418 EUR.
- Příspěvek při invaliditě³¹: Jedná se o sociální opatření pro osoby, které trpí mírnými, vážnými či velmi vážnými duševními či fyzickými poruchami a které nejsou schopny nezávislého života a práce. V případě osob, které potřebují pomoc se všemi základními potřebami, činí příspěvek 206 EUR, u osob s nižšími stupni postižení, které potřebují pouze částečnou pomoc, činí příspěvek 103 EUR.

²⁹ Data vychází z průzkumu poskytovatelů pobytových sociálních služeb, který byl proveden Společenstvím sociálních institucí Slovinska v roce 2014. Na základě dat byly stanoveny průměrné sazby dle jednotlivých stupňů závislosti. V době zpracování této komparativní studie neexistují aktuálnější data.

³⁰ Rozhodnutí o výši příspěvku na pomoc a službu (Úřední věstník Republiky Slovinsko č. 9/13).

³¹ Zákon o sociální péči pro mentálně a tělesně postižené osoby (Official Gazette, Nos čtyřicet jedna osmdesát třiina, Úřední list RS, č. 114/06 - zákon o sociální pomoci, 122/07 - dek. USA, 61/10 - ZSVarPre, 40/11 - ZSVarPre-a a 30/18 - All)

- Přídavek na péči a pomoc³²: V případě, že zdravotně postižená osoba pobírá příspěvek při invaliditě a nemá nárok na důchod v rámci povinného důchodového pojištění, mohou požádat o tento přídavek na péči a pomoc. Aby měly na tuto peněžitou dávku nárok, je nutno prokázat nezbytnost pomoci jiné osoby při zajišťování všech každodenních potřeb. Výše přídavku jsou v tomto případě stejné jako i příspěvku při invaliditě.

Zbylou část nákladů si musí uživatel hradit sám, i zde však existují zákonná pravidla, která stanovují maximální výši příspěvku ze strany uživatele LTC. Toto stanovuje Vyhláška o kritériích pro stanovení osvobození od sociálního zabezpečení služby ochrany³³. V případě LTC musí dle této vyhlášky uživateli po zaplacení všech služeb zůstat alespoň 10 % uznaného příjmu, zároveň tento zůstatek nesmí klesnout po hranici 0,2 násobku aktuálního minimálního příjmu³⁴ ve Slovinsku³⁵.

Další příspěvek na služby dlouhodobé pobytové péče mohou získat pečované osoby v případě, že na tyto služby přispívají jejich rodinní příslušníci a po jejich zaplacení by těmto zbylo jen velmi málo finančních prostředků z vlastních příjmů. V tomto případě musí po zaplacení všech služeb zůstat jedné osobě v rodině příjem ve výši minimálního příjmu, zbylým osobám v domácnosti pak alespoň 0,7 násobek minimálního příjmu. Toto opatření lze vzhledem k nastavení nízkých hranic pro zbylý příjem jako opatření pro pomoc rodinám s nejmenšími příjmy.

Jakoukoliv část financí, které překročí výše uvedená pravidla, doplácí pečované osobě ve formě příspěvku stát.

³² Rozhodnutí o valorizaci příspěvku v invaliditě a stanovení výše příspěvku na cizí péči a pomoc (Úřední věstník Republiky Slovinsko č. 69/2017)

³³ Vyhláška o kritériích pro stanovení osvobození od sociálního zabezpečení služby ochrany; Podle čl. 100 odst. 3 zákona o sociálním zabezpečení (Úřední věstník Republiky Slovinsko, Я m. 36/04 - úředně transponovaný text) vydává vláda Republiky Slovinsko)

³⁴ Dle Eurostatu činí minimální příjem ve Slovinsku v roce 2018 843 EUR.

³⁵ V případě terénních služeb jsou i vzhledem k nižší finanční náročnosti a nutnosti, aby osobám zůstaly finanční prostředky na pokrytí svých potřeb, stanoveny limity pro příspěvek ze strany státu mnohem vyšší: pečované osobě musí zůstat součet minimálního příjmu a 30 % svého uznaného příjmu, zároveň tato částka nesmí klesnout pod hranici 1,5 násobku minimálního příjmu.

Rodinný asistent

Osoba, jež má nárok na ústavní péči, má možnost uplatnit svůj alternativní nárok na rodinného asistenta (družinski pomočnik). Rodinného asistenta přiděluje místní příslušné centrum sociální péče zdravotně postižené osobě, která potřebuje pomoc při provádění všech každodenních činností, přičemž rodinný asistent dostává částečnou náhradu za ušlé příjmy. Rodinný asistent má právo na částečnou úhradu za ztrátu příjmu, a to následujícím způsobem:

- a) V případě, že rodinný asistent vykonává pomoc na plný úvazek, je uznána náhrada ve výši zákonné minimální mzdy.
- b) V případě, že rodinný asistent vykonává pomoc na částečný úvazek, je uznána náhrada ve výši tohoto úvazku vypočteného ze zákonné minimální mzdy.

Ve výši minimální mzdy nebo poměrné části výplaty ztraceného příjmu v případě práce na částečný úvazek. Rodinného asistenta mohou využít následující osoby:

- a) Osoba, o kterou se před uplatněním práva na rodinného asistenta staral příslušník rodiny a který dle předpisů obdržel částečnou platbu za ztrátu příjmu.
- b) Osoba s těžkým mentálním i tělesným postižením, která dle zákona potřebuje péči pro pomoc při naplnění všech základních životních potřeb.

Rodinného asistenta si může vybrat samotná pečovaná osoba, případně jí je nabídnut Centrem sociální péče. Tuto osobu však musí schválit Centrum sociální péče na základě stanoviska Komise pro osoby se zdravotním postižením, která je vytvořena na národní úrovni pod Ministerstvem práce, rodiny, sociálních věcí a rovných příležitostí. Všechny potřebné podklady pro stanovisko předkládá příslušné Centrum sociální pomoci.

V případě, že Centrum sociální péče zamítne možnost přidělení vybraného rodinného asistenta ať už na základě vlastního rozhodnutí či stanoviska Komise pro osoby se zdravotním postižením, případně zamítne částečnou či úplnou náhradu ušlého příjmu rodinného asistenta, mohou se tyto osoby odvolat u Ministerstva práce, rodiny, sociálních věcí a rovných příležitostí. Ministerstvo poté o odvolání rozhodne na základě druhého stanoviska Komise pro osoby se

zdravotním postižením (příčemž u tohoto rozhodování nesmí být osoby, které rozhodovaly o vydání stanoviska, které bylo důvodem pro odvolání). V případě, že komise opětovně zamítne žádost o rodinného asistenta, žadatel již nemá další možnost odvolání.

Rodinný asistent poskytuje zdravotně či mentálně postižené osobě pomoc dle jejích potřeb a zájmů, jedná se především o:

- a) Pomoc spojenou s bydlením, stravováním a domácími pracemi
 1. Příprava odpovídající stravy a nápojů
 2. Údržba obydlí pečované osoby (úklid, zařízení oprav apod.)
 3. Převlékání postele
 4. Praní a žehlení prádla a oblečení
- b) Lékařskou péči prostřednictvím vybraného osobního lékaře
 1. Spolupráce s osobním lékařem pečované osoby
 2. Organizace přístupu k nezbytným lékařským službám
 3. Pomoc s aplikací předepsaných léků
 4. Pomoc se základní prevencí, ošetření drobných zranění
 5. Nákup léků (rodinný asistent nakupuje na základě své funkce také léky, které má pečovaná osoba na předpis)
 6. Pomoc s pohybem
- c) Společenské aktivity
 1. Pomoc s udržováním vztahu se sociální sítí pečované osoby
 2. Organizace volnočasových aktivit
 3. Starost o poštu pečované osoby

Rodinný asistent musí absolvovat vzdělávací programy, které svým zaměřením odpovídají povinné úrovni vzdělání odborných sociálních pracovníků. Tyto programy poskytuje Sociální komora zřízená Ministerstvem práce, rodiny, sociálních věcí a rovných příležitostí, jsou ministerstvem financovány, asistenti je tak absolvují zdarma. Jedná se o dva různé programy, jeden pro asistenty pečující o postižené osoby a jeden pro asistenty pečující o osoby, které péči potřebují kvůli svému vysokému věku. Oba programy mají rozsah 7 vyučovacími hodin, ve formě teoretické výuky a praktického výcviku. Obsah jednotlivých kurzů se liší dle aktuálních potřeb, musí však pokrývat všechny činnosti uvedené výše.

Centrum sociální péče neustále sleduje, zda rodinný asistent poskytuje vhodnou pomoc zdravotně postižené osobě. Rodinný asistent je povinen alespoň jednou ročně podat zprávu příslušnému centru sociální péče o provádění pomoci zdravotně postižené osobě. Centrum sociální péče by mělo informovat zdravotně postiženou osobu o této zprávě rodinného asistenta a pečovaná osoba k ní může poskytnout své stanovisko. V případě změn okolností, které by zabránily další pomoci, musí rodinný asistent okamžitě informovat příslušné centrum sociální péče. Stejně tak jako v případě profesionálních sociálních pracovníků je i u rodinných asistentů kladen vysoký důraz na potřebnou kvalitu služeb. Ta je kontrolována prostřednictvím výše uvedených zpráv, v případě nespokojenosti se pečovaná osoba může kdykoliv obrátit na centrum sociální péče.

Rodinný asistent vykonává svou činnost, dokud nenastane jedna z následujících možností:

- a) O ukončení činnosti požádá osoba, o kterou se asistent stará.³⁶
- b) O ukončení činnosti požádá samotný rodinný asistent.
- c) Dojde ke změně potřeb pečované osoby do takové míry, kdy je dle zákona schopna se o sebe postarat a zaniká tak nárok na rodinného asistenta.
- d) V případě úmrtí pečované osoby nebo úmrtí samotného rodinného asistenta.

V případě výše uvedených možností a) až c) potvrzuje ukončení činnosti rodinného asistenta příslušné středisko sociální pomoci. Pečované osobě zůstává v případech a) a b) nárok na jiného rodinného asistenta, či na celodenní ústavní péči. Pokud se chce pečovaná osoba vrátit do ústavní péče na místo, kde pobývala před získáním rodinného asistenta, má přednost v přijetí před ostatními žadateli.

V případě, že dojde k úmrtí pečované osoby, rodinný asistent má nárok na schválenou náhradu ztraceného příjmu po dobu 3 měsíců a tohoto úmrtí, a má tak

³⁶ Pokud je jako důvod žádosti uvedena nedostatečná péče, je pro účely zaměstnanosti ve Slovinsku tato osoba označena jako osoba se zaměstnáním ukončeným na základě neplnění pracovních povinností. Tento fakt lze považovat za jeden z nástrojů, prostřednictvím kterého je zajišťována kvalita péče o potřebné osoby, na druhou stranu však může pro některé potenciální asistenty působit demotivačně.

možnost pokrýt své životní náklady, než si po ukončení asistence najde zaměstnání.

2.3.3 Vybraní poskytovatelé sociálních služeb

Centrum sociální péče Lublaň

Příkladem poskytovatele sociálních služeb ve Slovinsku může být Centrum sociální péče v hlavní město Lublaň. To poskytuje řadu sociálních služeb, kde patří například:

Služby první sociální pomoci:

Bezplatná služba poskytovaná Centrem sociální péče, která zahrnuje pomoc při identifikaci sociálních problémů a obtíží, hodnocení možných řešení a informování příjemce o všech možných formách služeb sociální péče a výhod, které může uplatnit v centru pro sociální péči a na závazky, které se vztahují k formám služeb a přínosů, jakož i seznámení s příjemcem sítě a programů poskytovatelů sociálních služeb a přínosů mimo centrum sociální péče.

První sociální pomoc je určena jednotlivcům, bez ohledu na jejich trvalý pobyt nebo občanství, kteří se ocitli v sociální situaci a nejprve přišli do centra sociální péče. První sociální pomoc žadatelům poskytuje:

1. Pomoc identifikovat podstatu sociálních potíží
2. Vyhodnocení vhodnosti možných řešení
3. Poskytnutí informací o krocích, které musí osoba provést za účelem získání pomoci
4. Seznámení se sítí poskytovatelů, kteří mohou uživateli pomoci

K častým problémům, kvůli kterým osoby využívají služby první sociální pomoci, patří například:

1. Problémy spojené se soužitím v rodině (domácí násilí, rozvody apod.)
2. Problémy spojené s nadměrnou konzumací alkoholu, či užíváním jiných návykových látek
3. Problémy s bydlením
4. Problémy s materiálním zajištěním

5. Péče o nemocné osoby a osoby ve vysokém věku
6. Potřeba informací o svých právech

Služby osobní pomoci:

Služba sociální péče určená k řešení sociálních problémů. Zaměřuje se na rozvoj, doplnění, udržování a zlepšování sociálních příležitostí jednotlivce. Zapojení do služby je dobrovolné, rozhovory jsou důvěrné povahy. Centrum sociální péče dělí osobní pomoc do následujících 3 oblastí:

1. Poradenství: Organizovaná forma odborné pomoci jednotlivcům v situaci související se sociálními problémy, které není schopen sám eliminovat, ale je připraven změnit své chování svou aktivní rolí a najít vhodná řešení.
2. Vzdělávání: Forma odborné pomoci jednotlivci, který se do sociálních potíží dostal v důsledku své osobnosti a chování, a zároveň tím případně ohrožuje osoby ve svém okolí. Pomoc v podobě vzdělávání za účelem integrování do sociálního prostředí.
3. Management: Podpora jednotlivce, který není schopen samostatného života kvůli jeho zdraví, osobnosti nebo jiným zvláštnostem. Možnost trvalé formy pomoci ve formě vhodné organizační sítě poskytovatelů služeb. Podmínkou pro využívání služby je vhodná organizační síť stálých služeb a dobrovolné rozhodnutí o poskytnutí pomoci.

Pomoc rodině:

Služba je určena jednotlivcům a rodinám v případech, kdy sociální potíže a problémy vznikají z narušených vztahů v rodině a mohou být vyřešeny pouze změnami v rodině jako celku. Pomáhá v případech, kdy rodina hledá odborné poradenství a pomoc při péči o děti, kdy vzory rodiny chování a znalosti nejsou dostatečné k vyřešení problémů a v případech, kdy sociální potíže dvou nebo více členů rodiny vyžadují trvalou podporu a pokyny pro zajištění normálních podmínek pro přežití a rozvoj rodiny.

Služby pomoci rodině zahrnují:

1. Profesionální pomoc a asistenci v oblasti udržování rodinných vztahů,
2. Odborné poradenství v oblasti péče o děti,

3. Školení pro členy rodiny za účelem zajištění fungování její každodenní role.

2.3.4 Shrnutí

Sociální péče a ochrana je ve Slovinsku pevně legislativně zakotvena prostřednictvím Zákona o sociální ochraně, který platí pro celé jeho území a všechny druhy sociálních služeb. Zároveň se odkazuje na řadu odvětvových zákonů, které se sociálním zabezpečením souvisí (zdravotnictví, zaměstnanost, vzdělávání apod.).

Struktura sociální péče zahrnuje služby od základních (poradenství), dostupných pro všechny zájemce bez rozdílu, přes ambulantní, terénní a pobytové služby, na které získávají nárok na základě hodnocení svého sociálního a zdravotního stavu. Toto hodnocení provádí komise sestavená na úrovni jednotlivých poskytovatelů sociálních služeb dle zmíněného zákona. Součástí hodnocení komisí je také lékařský posudek, který stanovuje míru potřebné péče a slouží tak jako podklad k rozhodnutí, jestli a jaký typ služby bude žadateli přiznán. Toto hodnocení brání nadměrnému nadužívání pobytových sociálních služeb, což vyplývá z poměrně vysokého počtu volných míst v kapacitách, které byly v minulosti mylně naddimenzovány v důsledku vysokého počtu žadatelů, kteří se však po hodnocení ukázali k přijetí do ústavní péče jako nezpůsobilí (stav žadatele nesplňoval požadavky na ústavní péči).

Specifickým nástrojem sociální péče ve Slovinsku je rodinný asistent, o kterého si může zažádat každá osoba, která splňuje podmínky pro přijetí do ústavní péče. Tato osoba se poté o žadatele stará v prostředí jeho domova a dostává náhradu ztráty příjmu v případě snížení nebo úplného zanechání svého pracovního úvazku v důsledku péče o potřebnou osobu. Rodinného asistenta si žadatel volí sám, asistent musí následně docházet na odborná školení v oblasti sociální péče a minimálně jednou za rok podávat zprávu na Centrum sociální péče o stavu žadatele a průběhu péče.

A/ Jaké jsou procesy vstupu do sociální služby?

Žadatel o příjem do péče sociálních služeb podává přihlášku s osobními údaji, ke které musí být přiložen lékařský posudek ne starší 1 měsíc od podání přihlášky. Výše uvedená komise na základě těchto informací hodnotí, zda žadatel splňuje

vzhledem ke svému věku a zdravotnímu a duševnímu stavu požadavky pro přijetí do sociálních služeb, a na kterou službu má na základě tohoto stavu nárok (terénní, pobytovou apod.). V případě, že komise není schopna jednoznačně určit, zda má žadatel nárok na požadované služby, nechává si zpracovat odborný posudek ze strany relevantních komisí sestavených na úrovni Ministerstva práce, rodiny, sociálních věcí a rovných příležitostí.

B/ Jaká je odbornost pracovníků, kteří řeší vstup žadatele do sociální služby?

Odbornost pracovníků v sociálních službách je řešena podle článku 69 zákona o sociální ochraně. Odborní pracovníci v sociálních službách dle tohoto zákona musí mít vyšší odborné či vysokoškolské vzdělání v sociální oblasti. Zároveň musí absolvovat devítiměsíční stáž či praxi v sociálních službách a splnit odbornou zkoušku. Tyto nástroje slouží k zajištění potřebného odborného standardu sociálních pracovníků a tím pádem i potřebné odpovídající kvality sociální péče.

C/ Pokud se rozhoduje multidisciplinárně, kdo je členem týmu, dle druhů služeb?

Multidisciplinární hodnocení je ve Slovinské legislativě ošetřeno pouze kombinací sociálního pracovníka a lékaře, který se hodnocení účastní prostřednictvím lékařského posudku.

D/ Jaká jsou kritéria pro vstup do jednotlivých druhů, forem služeb?

O přijetí zájemce je rozhodnuto pouze na základě jeho zdravotního a duševního stavu. Komise na úrovni jednotlivých služeb na základě žádosti a lékařského posudku rozhodne, zda žadatel spadá do některé z cílových skupin pro sociální péči, které jsou stanoveny v zákoně o sociální ochraně, což je hlavním kritériem pro přijetí do služby. Zároveň musí žadatel doložit způsob, kterým bude za služby platit.

E/ Kdo odpovídá za vstup zájemců do sociální služby?

Za vstup zájemců do sociálních služeb zodpovídá komise sestavená na úrovni každého poskytovatele sociálních služeb, a to na základě podané přihlášky a lékařského posudku. Složení komise je dáno zákonem o sociální ochraně a je

vždy složena z profesního manažera instituce, manažera sociálního programu či služby, vedoucího programu či služby a sociálního pracovníka.

F/ Jakými metodami jsou hodnoceny potřeby klienta a v jakém rozsahu?

Výše uvedená komise na základě těchto informací hodnotí, zda žadatel splňuje vzhledem ke svému věku a zdravotnímu a duševnímu stavu požadavky k přijetí do sociálních služeb, a na kterou službu má na základě tohoto stavu nárok (terénní, pobytovou apod.). Hodnocení probíhá prostřednictvím žadatelovy žádosti, která je zákonem standardizována pro všechny poskytovatele sociálních služeb ve Slovinsku. V případě, že komise není schopna jednoznačně určit, zda má žadatel nárok na požadované služby, nechává si zpracovat odborný posudek ze strany relevantních komisí sestavených na úrovni Ministerstva práce, rodiny, sociálních věcí a rovných příležitostí.

G/ Jak zabránit již při procesu vstupu do sociální služby nadužívání pobytových služeb a tím podpořit terénní služby?

Nadužívání sociálních služeb ve Slovinsku brání nastavený systém přijímání prostřednictvím komisí na úrovni sociálních služeb, které na základě poskytnutých podkladů hodnotí soulad žádosti se zákonnými podmínkami. Vzhledem k tomu, že se hodnocení účastní větší skupina expertů z různých oborů, rozhodnutí bývají ve většině případů správná a eliminují z procesu osoby, které do pobytových služeb vzhledem ke svému stavu nepatří. Tento fakt dokládá i nedávná situace ve Slovinsku, kdy bylo kvůli velkému počtu žádostí vystavěno velké množství nových míst pro pobytovou péči, po jejich vyhodnocení se však ukázalo, že velká část žadatelů pro tuto péči nesplňuje podmínky a na území Slovinska je teď velké množství míst nevyužitých.

Určitou část nerelevantních žadatelů může odradit také fakt, že si musí pobytovou péči platit sami. Příspěvky, které je možné na pobytovou péči použít, jsou vázány na hodnocení stavu žadatele, které jsou obdobné pro hodnocení nároku na vstup do sociálních služeb.

H/ Jaké jsou možnosti odmítnutí zájemce o sociální službu?

Poskytovatel sociálních služeb odmítne žadatele v následujících případech:

- a) Žadatel nepředloží žádost o poskytnutí služeb se všemi potřebnými náležitostmi, a tyto záležitosti nedoplní v daném termínu na základě výzvy ze strany poskytovatele k doplnění údajů.
- b) Žadatel není občanem Slovinska, a zároveň nemá povolení k trvalému pobytu.
- c) Doložený lékařský posudek nepotvrzuje existenci takového stavu žadatele, který by odpovídal potřebě využití požadovaných pečovatelských služeb, případně tento stav není potvrzen odborníkem přizvaným k šetření. Situaci žadatele lze řešit terénními službami, případně prostřednictvím pomoci rodiny.
- d) Žadatel není cílovou skupinou, pro kterou je v zařízení poskytována péče.
- e) Kapacita zvoleného zařízení je naplněna. V tomto případě Centrum sociální péče, přes které je žádost podána, navrhne žadateli jiné zařízení péče odpovídající jeho potřebám.

II/ Probíhají v rámci procesu vstupu do sociální služby ve sledovaných zemích majetkové a příjmové testy zájemců?

Ve Slovinsku nejsou prováděny příjmové ani majetkové testy žadatelů či jejich rodin za účelem rozhodnutí, zda budou do služby přijati nebo ne. Hodnocení příjmů se provádí pouze v případě plateb za sociální služby, dle následujících pravidel:

- a) V případě LTC musí dle příslušné vyhlášky uživatelé po zaplacení všech služeb zůstat alespoň 10 % uznaného příjmu, zároveň tento zůstatek nesmí klesnout pod hranici 0,2 násobku aktuálního minimálního příjmu ve Slovinsku.
- b) V případě terénních služeb jsou i vzhledem k nižší finanční náročnosti a nutnosti, aby osobám zůstaly finanční prostředky na pokrytí svých potřeb, stanoveny limity pro příspěvek ze strany státu mnohem vyšší: pečované osobě musí zůstat součet minimálního příjmu a 30 % svého uznaného příjmu, zároveň tato částka nesmí klesnout pod hranici 1,5 násobku minimálního příjmu.

2.4 Itálie

Itálie je v rámci komparace zástupcem středomořských zemí, kde je výrazně zastoupeno očekávání participace rodiny na řešení sociální politiky. Historicky je zde výrazně zakořeněno dobrovolnictví v oblasti poskytování sociálních služeb.

2.4.1 Obecný popis systému sociálních služeb včetně základního legislativního rámce

Italský systém sociálních služeb je charakteristický svým vysokým stupněm decentralizace. Prostředky a správa jsou rozptýleny mezi místními a regionálními úřady v jednotlivých regionech. Hlavními aktéry dlouhodobé péče o potřebné osoby jsou místní samosprávy, místní zdravotní zařízení (ASL – Aziende sanitarie locali), pečovatelské domy a Národní institut sociálního zabezpečení (INPS). Významná část dlouhodobé péče se odehrává v neformální podobě, zejména v oblastech s nerozvinutou infrastrukturou na jihu Itálie.

K zásadní redefinici a komplexní proměně italského systému sociálních služeb i sociální politiky jako takové došlo zákonem č. 328/2000, rámcovým zákonem o implementaci integrovaného systému sociálních intervencí a služeb, jenž po 110 letech vyplnil prázdné místo v italském právním řádu, neboť v něm do té doby absentovala organická úprava sociálních služeb. Protože se jedná o zákon rámcový, je svěřena normotvorná pravomoc ke konkretizaci zákonem předvídaných opatření dalším subjektům – vládě, regionům, obcím. Zákon je legislativním zhmotněním principu vertikální i horizontální subsidiarity.

Hlavním účelem zákona bylo vytvořit legislativní základ pro vznik integrované sítě pomoci a sociálních služeb, která bude přispívat k větší rovnosti při přístupu k čerpání těchto služeb a zároveň bude zaručovat celostátní minimální standard při poskytování těchto služeb a zásahů. Článek 1 odst. 1 citovaného zákona uvádí, že *„republika zajistí osobám a rodinám integrovaný systém pomoci a sociálních služeb; podpoří zásahy k zaručení kvality života, rovných příležitostí, nediskriminace a práv občanů; zamezí, eliminuje nebo redukuje situace omezené schopnosti, potřebnosti a individuálních i rodinných obtíží, plynoucích z příjmové nerovnosti, sociálních nesnází a stavů závislosti (neautonomie); a to v souladu s čl. 2, 3 a 38 Ústavy“*.

Zákon reorganizoval italský systém sociálních služeb, posílil decentralizaci a zdůraznil význam role, kterou při plánování a implementování sociální politiky a sociálně-politických opatření sehrává neziskový sektor a další soukromé subjekty. Státu zůstala nadále odpovědnost za definování hranic sociálního občanství, závisejícího nejen na principech a cílech sociální politiky, ale také na určení tzv. základních úrovní sociálních výhod (*Livelli essenziali delle prestazioni sociali* – dále jen LEPS), garantovaných podle čl. 22 cit. zákona jednotně pro všechny občany na celém území státu. Regiony přejímají v souladu s čl. 8 cit. zákona pravomoc plánovat, koordinovat a směřovat sociální politiku – ve shodě s všeobecnými principy určenými státem – a přispívat k hodnocení účinnosti jednotlivých opatření. Obce, které se zároveň spolupodílejí na regionálním plánování, jsou odpovědné za správu a aktualizaci místního systému sociálních služeb.

Zákon zavedl povinnost vypracovávat tzv. sociální plán zóny (*Piano sociale di zona*), přičemž právě tento nástroj horizontální správy je po deseti letech účinnosti zákona odborníky hodnocen jako jedna z nejpozitivnějších inovací při uspořádání zájmů různých aktérů na místní úrovni. Zákon zdůrazňuje princip aktivní sociální pomoci, podporu sociální inkluze občanů a aktivizaci vlastních kompetencí uživatelů služeb.

Čl. 10 zák. č. 328/2000 zmocnil vládu, aby do 180 dní od nabytí účinnosti zákona vydala nařízení vlády nově upravující regulaci veřejných asistenčních a charitativních institucí, a to v souladu s principy a kritérii citovaného zákona. K realizaci tohoto zmocnění došlo přijetím nařízení ze 4. května 2001, č. 207, který závazně řešil problematiku těchto institucí. Ty se, pokud se věnovaly přímo výkonu služeb péče, transformovaly v souladu s čl. 5 odst. 1 cit. zákona v tzv. veřejné podniky osobních služeb (dále jen ASP – *Aziende Pubbliche di Servizi alla Persona*), v ostatních případech mohlo dojít k transformaci v právnickou osobu soukromého práva. ASP pak byly včleněny do integrovaného systému sociálních služeb v souladu se svým účelem a specifikací ve zřizovacím statutu.

Následující rok po vyhlášení zákona č. 328/2000 došlo ústavním zákonem z 18. října 2001, č. 33 k novelizaci části V. Ústavy. Tento ústavní zákon ještě

důsledněji naplnil princip subsidiarity a přenesl další pravomoci v oblasti sociální politiky ze státu na regiony, přičemž stát zůstal v této materii nadále odpovědný pouze za:

- a) zajištění financování fondu pro přerozdělování (*fondo perequativo*);
- b) koordinaci implementační fáze ústavní reformy;
- c) zavedení LEPS, které budou garantovány celostátně.

Otázku financování systému novela V. části Ústavy vyřešila následovně. Regiony jsou povinny financovat integrovaný systém sociálních služeb a peněžních dávek (sociální pomoci) z vlastních zdrojů, zejména z příjmů z daní (*proprio importe*); stát musí zajistit pouze financování přerozdělovacího fondu, určeného ke kompenzaci snížené fiskální kapacity některých regionů.

V současné době však reforma stále není plně provedena, trvá přechodné období a existují tedy i předchozí systémy financování. V tomto přechodném období můžeme vysledovat ambivalentní tendence ve financování sociální politiky obecně, i subsystému sociální pomoci. Při analýze financování Národního fondu pro sociální politiku (*Fondo nazionale per le politiche sociali* – dále jen FNPS), zřízeného v roce 1998 a znovu potvrzeného zákonem č. 328/2000, je v posledním desetiletí zřetelné kolísání (takřka plně kopírující střídání politických cyklů) finančního krytí ve prospěch Fondu – s tendencí podstatného snižování v posledních několika letech. Zvláště výrazný je tento trend v případě částky alokované z prostředků FNPS regionům; její výše klesla z 1 mld. euro v roce 2004 na 380 mil. euro v roce 2010.

Kromě zmíněného trvajících podfinancování FNPS se objevují i další systémové kritiky. Především je za nevhodný považován způsob financování fondu, který je založen na systému každoročního schvalování příspěvků (v rámci zákonů o státním rozpočtu), přičemž tento krátkodobý časový horizont vylučuje účinné střednědobé a dlouhodobé plánování systému služeb.

2.4.2 Klíčové charakteristiky posouzení oprávněnosti nároku zájemce pro vstup do sociální služby

Za správu a poskytování osobních sociálních služeb v oblasti LTC jsou odpovědní místní samosprávy, přičemž tak mohou činit přímo či formou outsourcingu. Zatímco obce dle odst. 6 zákona č. 328/2000 zajišťují spíše samotné poskytování služeb, případně jejich organizaci na lokální úrovni, vyšší územní celky, tj. provincie (odst. 7) a regiony (odst. 8), zajišťují spíše sběr dat, evaluaci a další plánování poskytování sociálních služeb, zejména v delším časovém horizontu – v tomto ohledu přijalo mnoho regionů rámcová pravidla pro poskytování sociální péče.

Integrovaný systém poskytování sociální péče v Itálii dle vyjádření italského Ministerstva práce a sociálních politik podporuje ve velké míře domácí péči. V rámci procesu vstupu do sociální služby v Itálii zhodnocuje ve většině případů potřebnost poskytnutí služby multidisciplinární tým.

Vzhledem k nejednotnému systému poskytování sociálních služeb v Itálii si přesná pravidla vstupu do sociální služby určuje každý region sám, přestože odpovědnost za jejich poskytování spočívá principiálně na státu. V současné době probíhá novelizace zákonů, která by měla napomoci sjednocení poměrů v jednotlivých regionech. I když nejsou dostupná žádná data o migraci žadatelů do míst s benevolentnějšími pravidly vstupu do sociální služby, jsou známy případy, kdy lidé zvláště z chudšího jihu odcházejí pracovat a žít na sever země, avšak na stáří se vrací zpět na rodný jih.

Za účelem posouzení ekonomické situace žadatele o testovanou dávku či veřejnou službu byly do italského systému sociálního zabezpečení implementovány dva indikátory, jejichž prostřednictvím má docházet k jednotnému hodnocení nároků žadatelů především v oblasti sociální pomoci. Motivem zavedení bylo presumované posílení adresnosti systému a zabránění systémovým i individuálním případům jeho zneužívání. Na základě čl. 59 odst. 51 zákona č. 449 z 27. prosince 1997 byla vláda zmocněna stanovit ukazatele pro posouzení ekonomické situace žadatelů o testované dávky či veřejné služby. Vláda své zmocnění realizovala vydáním vládního nařízení z 31. března 1998, č. 109, které

zavedlo ukazatel ekonomické situace (*Indicatore della Situazione Economica* – dále jen ISE) a ukazatel rovnocenné ekonomické situace (*Indicatore della Situazione Economica Equivalente* – dále jen ISEE).

ISE, italskou veřejností přejmenovaný na *riccometro* (měřítko bohatství), byl zprvu konstruován pouze jako ukazatel souhrnných příjmů (dále jen ISR - *il Reddito e la Situazione Reddittuale*) a movitého i nemovitého majetku (dále jen ISP - *il Patrimonio e la Situazione Patrimoniale*) rodinné skupiny žadatele (měřeno k 31. prosinci v roce předcházejícím podání žádosti). Přestože se právní úprava poměrně osvědčila, byla kritizována její tvrdost vzhledem k obligatornímu zohledňování veškerého majetku rodinné skupiny, která byla navíc definována značně extenzivně, zcela bez přihlídnutí k reálným vztahům v rodině či např. skutečnému soužití.³⁷ Řešení přineslo vládní nařízení č. 130 z 3. května 2000, které v ustanovení čl. 2 odst. 4 modifikovalo zohledňovaný majetek rodinné skupiny. Do ukazatele ISE se tak nově zahrnuje pouze 20 % majetku všech členů rodinné skupiny a indikátor je tedy stanoven jako součet ISR a dvaceti procent ISP ($ISE = ISR + 20 \% ISP$).

Ukazatel ISE ovšem sleduje pouze příjem a majetkové poměry žadatele a členů jeho rodinné skupiny, přičemž nijak nezohledňuje rodinnou kompozici. Proto se pro potřeby evaluace celkových poměrů žadatele jeví jako sofistikovanější indikátor ISEE, neboť zahrnuje také tzv. stupnici rovnocennosti (*la Scala di Equivalenza* – dále jen SE), díky níž nejenže operuje s počtem členů rodinné skupiny, ale při splnění určitých parametrů (např. rodič samoživitel s nezletilým dítětem) dochází ještě k navýšení těchto hodnot. Matematicky je ISEE vyjádřen jako podíl ISE a SE ($ISEE = ISE / SE$).

Tabulka 2.3: Hodnota ukazatele ISEE v závislosti na počtu členů domácnosti

Počet členů rodiny	1	2	3	4	5
Ukazatel ISEE	1	1,57	2,04	2,46	2,85

Zdroj: ER.GO, Regionální úřad pro právo na vyšší vzdělání v regionu Emilia Romagna, 2018, dostupné on-line: <https://www.er-go.it/index.php?id=6195>

³⁷ Rodinná skupina zahrnuje mimo manžele/ku nezletilé děti a další členy tzv. anagrafické rodiny, i osoby, které jsou pro účely vyměření daně z příjmu fyzických osob považovány za závislé vyživované členy, bez zohlednění případného spoluzití či společného hrazení potřeb a reálných vztahů s žadatelem. Žadatel tak mohl být vyloučen z přiznání nároku na dávku např. kvůli majetnému rodiči, se kterým však neudrzuje žádné styky, nebydlí s ním, apod.

Dále může hodnota ukazatele růst na základě následujících podmínek:

- a) + 0,35 za každého dalšího člena
- b) + 0,2 pro domácnost se třemi dětmi
+ 0,35 v případě tří dětí
+ 0,5 v případě čtyř dětí
- c) + 0,2 pro domácnost s malým dítětem (zvýšeno na 0,3, pokud je alespoň jedno z dětí mladší tří let), v níž
 - oba rodiče pracují
 - je rodič samoživitel
- d) 0,5 za každého člena, který je vážně postižen nebo není soběstačný.

Pro účely ISE/ISEE může být každá osoba členem pouze jedné rodinné skupiny; ukazatel ISEE je pak stanoven shodně pro všechny členy této referenční jednotky. Uživatelský komfort zvyšuje skutečnost, že žadatel podává pouze jedno prohlášení o příjmových a majetkových poměrech; nově lze prohlášení podat i v elektronické podobě. Toto prohlášení je následně – za využití interního informačního systému – podkladem i pro vyhodnocení případných dalších žádostí o jiné dávky či služby i u jiných subjektů.

Ukazatel ISE je využíván v zásadě jen pro posouzení vzniku nároku na obecní přídavek rodinné skupině (*Assegno per il nucleo familiare dei comuni*) a obecní přídavek v mateřství (*Assegno di maternità a carico dei comuni*). Nárok na vznik ostatních testovaných dávek či čerpání veřejných služeb je posuzován za využití indikátoru ISEE. Na místní úrovni však dosud neexistuje příslušný prováděcí předpis, některé obce proto stále tyto indikátory nevyužívají. Prozatím se tedy nejedná o zcela univerzální prostředek k verifikaci příjmové a majetkové situace žadatele, byť vývoj tímto směrem směřuje.

Žadatel o poskytnutí sociální služby se může obrátit na úřady místní (obecní nebo provinční) nebo regionální, poté na samotné poskytovatele, na ASL, rodinná poradenská centra, sociální a zdravotní služby a na organizace řízené sektorem služeb. Místní zdravotní úřady vyžadují účast sociálních pracovníků v případě osob s mentálním postižením nebo závislostí na drogách, hazardních hrách či alkoholu. Ve složitých případech se může osoba s žádostí obrátit také na soud, péče pak může být přiznána soudním rozhodnutím. V závislosti na hodnotě

indikátoru ISEE mohou být sociální služby poskytovány zdarma, s částečnou spoluúčastí nebo za poplatek.

Kromě samotných sociálních služeb v Itálii existuje také finanční dávka, tzv. Inkluzní příspěvek (dále jen REI), který byl zaveden jako opatření v boji proti chudobě s univerzálním charakterem. Charakter REI může být dvojího typu:

- a) ekonomický přínos, který se liší podle počtu členů rodiny a závisí na zdrojích, které již rodina má;
- b) personalizovaný projekt sociálního a pracovního začlenění, jehož cílem je překonání chudoby; projekt je připraven pod vedením městských sociálních služeb působících ve spolupráci se službami zaměstnanosti, zdravotními službami a školami, ale také se soukromými subjekty aktivními v rámci boje proti chudobě, což se především týká neziskových organizací.

Tabulka 2.4: Maximální výše měsíčního příspěvku REI

Počet členů rodiny	Maximální výše příspěvku
1	187, 50 €
2	294, 50 €
3	382, 50 €
4	461,25 €
5	534,37 €
6 a víc	539,82 €

Zdroj: ACCENDO, vlastní šetření prostřednictvím polostrukturovaných rozhovorů s relevantními experty v komparované zemi, 2018.

Tabulka 2.5: Maximální výše ročního příspěvku REI

Počet členů rodiny	Ukazatel ISEE	Referenční hranice prvního uplatnění
1	1,00	2 250,00 €
2	1,57	3 532,50 €
3	2,04	4 590,00 €
4	2,46	5 535,00 €
5	2,85	6 412,50 €
6 a víc	3,20	6 477,90 €

Zdroj: ACCENDO, vlastní šetření prostřednictvím polostrukturovaných rozhovorů s relevantními experty v komparované zemi, 2018.

Konečné rozhodnutí, zda bude žadateli přiznán nárok na sociální služby, mají samotní poskytovatelé, tzn.:

- a) veřejná služba a poskytovatel, který se o osobu stará;
- b) služba řízená sektorem služeb; v takovém případě rozhodne samotný poskytovatel nebo předá rozhodovací pravomoc veřejnému orgánu, který má službu v kompetenci.

Žadatel je v kontaktu s orgánem odpovědným za poskytování dané služby. Existují také případy, kdy se do rozhodování o poskytnutí sociální služby zapojí soudní orgán. Tyto případy mohou nastat dva:

1. Žadateli o sociální službu je její přiznání ze strany poskytovatele zamítnuto. Žadatel má možnost odvolat se buď k témuž orgánu, který rozhodl, nebo k orgánu jemu hierarchicky nadřazenému (což ovšem nevylučuje pozdější soudní žalobu), případně řešit záležitost přímo soudní cestou.
2. Občan odmítá využití sociálních služeb, které mu byly vzhledem k jeho životní situaci doporučeny. V tomto případě čl. 13 Ústavy neumožňuje žádnou formu omezení osobní svobody, s výjimkou motivovaného úkonu soudního orgánu a pouze v případech stanovených zákonem. Proto je v těchto případech nutný zásah příslušného soudního orgánu.

Zvláštní situace nastává v případě ochrany nezletilých: čl. 4 zákona č. 184/1983, o právu dítěte na rodinu, stanoví, že rodinnou péči zajišťuje místní sociální služba se souhlasem rodičů, rodiče majícího rodičovskou zodpovědnost nebo opatrovníka, po vyslechnutí nezletilé osoby, která dovršila věk dvanácti let, případně mladší, pokud nabyla dostatečné rozlišovací schopnosti. V případě, že souhlas rodičů vykonávajících rodičovskou zodpovědnost nebo poručníka chybí, rozhoduje Tribunál pro nezletilé.

Nezletilí tak v zájmu své ochrany mohou být svěřeni sociální službě, načež dochází k potlačení a podmínění principu rodičovské zodpovědnosti, neboť se musejí podvolit a přijmout nařízení svěřující dítě do péče sociální služby. Dočasná povaha podobných opatření (která dle převažujícího výkladu zákona vylučuje možnost odvolání ze strany rodičů s výjimkou dočasného stavu domácnosti v souvislosti s odloučením nebo rozvodem), u kterých zákon stanovuje maximální

dobu trvání, může být prodloužena a v praxi nejsou výjimkou ani osoby svěřené do péče sociální služby na dobu několika let.

V případě péče o seniory s omezenou (nebo žádnou) soběstačností do popředí vystupuje disproporční charakter systému akcentující výplatu peněžních dávek příjemcům na úkor zajištění dostatečně fungující sítě služeb. Druhým typickým rysem je přetrvávající koexistence dvou do značné míry dichotomních welfare subsystémů: zdravotního (*l'assistenza sanitaria*) a sociálního (*i servizi socioassistenziali*), tradičně v Itálii ovládaných zásadně odlišnými principy řízení, financování i vnitřního uspořádání. Nekoordinovanost obou subsystémů – až na spíše sporadické výjimky, jakož i typické preferování přímých peněžních transferů (invalidní důchody, příspěvky na péči, příspěvky na doprovod, apod.) příjemcům dávek má za následek, že italští senioři přes dílčí zlepšení stále jen obtížně získávají přístup k adekvátním službám.

Peněžní dávka jako příspěvek na péči pro zdravotně (fyzicky či psychicky) handicapované osoby – tzv. příspěvek na doprovod (*indennità di accompagnamento*) – byla v Itálii zavedena již v roce 1980 v návaznosti na politiku deinstitucionalizace péče o takto postižené osoby. Žadatel o tento příspěvek musí podat žádost prostřednictvím služby „Invalidità civile – Invio domanda di riconoscimento dei requisiti sanitari“, což znamená, že zašle žádost o zhodnocení svého zdravotního stavu. Součástí žádosti musí být posudek lékaře. Zdravotní stav žadatele je následně posouzen odbornou komisí a na základě tabulkového hodnocení je vypočteno procento invalidity, dle kterého je žadateli přiznána určitá míra podpory (viz tabulka níže). Výpočet procenta invalidity se odvíjí od konkrétních zdravotních obtíží, jimiž žadatel trpí, přičemž pro každou oblast existují tabulky k podrobnému procentuálnímu vyhodnocení závažnosti daného případu. Pokud invaliditu způsobuje jen jedna složka (např. slabozrakost nebo nedoslýchavost), přizná se podpora podle její závažnosti. Pokud je invalidita výsledkem většího množství zdravotních obtíží, vypočítá se výsledné procento podle následujícího vzorce ($S1 = \text{složka 1}$, $S2 = \text{složka 2}$)³⁸: Celkové procento = $S1 + S2 - (S1 \times S2)$. Například, pokud je první složka ohodnocena 20 % a druhá

³⁸ Tabulky k určení procenta invalidity. Dostupné on-line: <http://medicina-legale.eu/file/medicinalegale/file/Tabelle%20inv.civ.pdf>

15 %, celkové procentu bude $(0,20 + 0,15) - (0,20 \times 0,15) = 0,32$, čili 32%. Saturování potřeb nezdravotního typu u nesoběstačných seniorů však nebylo prakticky nijak ošetřeno; zodpovědnost za péči o ně se ponechávala výhradně na rodině, dlouhodobě se nijak neakcentoval sociální rozměr problému a celospolečenská zodpovědnost za generace nesoběstačných seniorů. Pro rok 2019 má příspěvek výši 517,84 EUR.

Tabulka 2.6: Podpora dostupná podle vypočteného procenta invalidity

Procento invalidity	Dostupná podpora
Do 33 %	Bez zvláštní podpory
Od 33 % do 73 %	Zdravotní péče a daňové výhody
Od 46 %	Registrace na zvláštním seznamu Center pro zaměstnávání znevýhodněných
Od 66 %	Výjimka z povinnosti přispívat na zdravotní služby (odpovídá našim odvodům na sociální a zdravotní pojištění)
Od 74 %	Finanční příspěvky

Zdroj: INPS, dostupné on-line: <https://www.inps.it/nuovoportaleinps/default.aspx?itemdir=49987>,
<https://www.inps.it/nuovoportaleinps/default.aspx?itemdir=50194>

2.4.3 Vybraní poskytovatelé sociálních služeb

Sant'Agata Bolognese - Casa Residenza Anziani

Rezidence pro seniory Casa Residenza Anziani poskytuje ubytování a péči starším lidem, kteří se o sebe sami již postarat nedokáží, případně trpí vážnými zdravotními potížemi souvisejícími s rostoucím věkem.

Při žádání o přijetí je nutné sejít se se sociálním pracovníkem, který po vzájemném rozhovoru převezme žádost a odešle ji k dalšímu zpracování příslušné zodpovědné instituci sociálního zabezpečení. Za poskytované služby hradí ubytované osoby poplatek ve výši 50,05 EUR denně.

2.4.4 Shrnutí

Kdo odpovídá za vstup zájemců do sociální služby?

Za vstup zájemců do sociální služby zodpovídají

- pracovníci státní správy a poskytovatele, který se o danou osobu stará;
- pracovníci spadající do sektoru služeb; v takovém případě rozhodne poskytovatel, nebo předá rozhodovací pravomoc veřejnému orgánu, který má službu v kompetenci.

Jaká je odbornost pracovníků, kteří řeší vstup žadatele do sociální služby?

Pracovníci v oblasti sociálních služeb musejí dle zákona č. 328/2000 mít jednak vysokoškolské vzdělání se sociálním zaměřením, jednak musejí absolvovat kurz, jehož konkrétní podmínky odpovídají požadavkům příslušného regionu.

Pokud se rozhoduje multidisciplinárně, kdo je členem?

V případě multidisciplinárního rozhodování jsou účastníky lékaři, sestry, sociální pracovníci a v některých případech i další administrativní pracovníci.

Jaké jsou procesy vstupu do sociální služby?

Vzhledem k nejednotnosti italského systému nepanuje shoda ani v procesu vstupu do sociální služby. Také zde se pravidla liší podle konkrétního regionu. Zatímco v některých částech Itálie má hlavní slovo multidisciplinární tým ASL, který klasifikuje žadatele do kategorií podle jejich potřebnosti, stanoví plán péče a vybere také vhodného poskytovatele, v jiných částech země (např. v severoitalské Lombardii) si zájemci sami vybírají poskytovatele, který je následně klasifikuje podle jejich potřebnosti. Míru potřebnosti si přitom určuje každý region podle svých vlastních kritérií (zahrnující obvykle víceúrovňový přístup).

Jaká jsou kritéria pro vstup do jednotlivých druhů, forem služeb?

V Itálii hraje při posuzování nároku na poskytnutí sociální služby velkou roli rodinná situace zájemce, což je velký rozdíl například při porovnání s Finskem.

V Itálii je naopak velikost a vztahy v rodině jedním z klíčových indikátorů majících zásadní vliv na formu poskytnuté služby.

Konkrétní podmínky vstupu do sociálních služeb si určuje každý region sám pro sebe, na státní úrovni je pouze garantováno poskytování služeb jako takové, samotný proces a organizace poskytování jsou však decentralizovány. Odlišné podmínky dále platí i u jednotlivých poskytovatelů. Vzhledem k historickým okolnostem utváření sociální péče v Itálii má dosud významnou roli katolická církev, která samozřejmě nabízí (zvláště chudým obyvatelům) zcela jiné podmínky vstupu do sociálních služeb. Značný podíl na poskytování sociální péče v Itálii mají též rozmanité dobrovolnické neziskové organizace.

Jakými metodami jsou hodnoceny potřeby klienta a v jakém rozsahu?

Konkrétní podmínky vstupu do sociálních služeb si určuje každý region sám pro sebe, na státní úrovni je pouze garantováno poskytování služeb jako takové, samotný proces a organizace poskytování jsou však decentralizovány. Odlišné podmínky dále platí i u jednotlivých poskytovatelů. Vzhledem k historickým okolnostem utváření sociální péče v Itálii má dosud významnou roli katolická církev, která samozřejmě nabízí (zvláště chudým obyvatelům) zcela jiné podmínky vstupu do sociálních služeb. Značný podíl na poskytování sociální péče v Itálii mají též rozmanité dobrovolnické neziskové organizace.

Probíhají v rámci procesu vstupu do sociální služby majetkové a příjmové testy zájemců?

Testy probíhají formou hodnocení zejména indikátoru ISEE, který slouží ke zhodnocení celé skupiny osob náležejících do rodiny žadatele o sociální podporu. Tento indikátor bere v úvahu celou ekonomickou jednotku a hodnotí ji jako jeden celek, čímž je umožněno snadnější stanovení příspěvku připadajícího na každého člena rodiny.

Jaké jsou možnosti odmítnutí zájemce o sociální službu?

Odmítnout zájemce o sociální službu lze v případě, že na základě hodnocení jeho potřeb se služba neukáže být pro daného zájemce nezbytná.

Jak zabránit již při procesu vstupu do sociální služby nadužívání pobytových služeb a tím podpořit terénní služby?

Poskytovatelé sociálních služeb musejí být registrováni v rejstřících zřizovaných a spravovaných úřady na provinční úrovni. Poskytovatelé sociálních služeb se přihlašují u samosprávy na obecní úrovni, tyto úřady však samy údaje neshromažďují a nezpracovávají je nad rámec potřebný k předání nadřízeným orgánům na provinční úrovni.

Provinční orgány dále informace z rejstříku využívají k další organizaci a plánování sociálních služeb, a to ve spolupráci s regionálními úřady.

2.5 Německo

Německo představuje korporátní a konzervativní model sociální politiky. Z ekonomického hlediska je vysoce rozvinutou zemí se silným sociálním a právním zajištěním. Ačkoli je Německo v porovnání s ČR velmi rozdílné v charakteristikách jako je rozloha země, počet obyvatel, systém veřejné správy, ekonomická výkonnost a vyspělost a systém poskytování sociálních služeb, lze najít prvky, které by mohly být pro ČR inspirací a dobrou praxí.

2.5.1 Obecný popis systému sociálních služeb včetně základního legislativního rámce

Výchozím německým legislativním rámcem pro sociální zabezpečení je spolkový *Sociální zákoník* (Sozialgesetzbuch). Tento zákon, spolu s dalšími normami, které na něj bezprostředně navazují, určuje základní schéma sociálního zabezpečení. Zákoník má celkem 12 knih a mimo jiné je v něm upraveno sociální zabezpečení, pojištění v nezaměstnanosti, pojištění péče a zdravotní, důchodové a úrazové pojištění. Systém sociálního zabezpečení v Německu upravuje poslední, *XII. kniha sociálního zákoníku* (Sozialhilfe). Tento zákon vešel v platnost roku 2005 v rámci sociální reformy a základním úmyslem zákonodárce bylo posílit vlastní odpovědnost občanů a podporovat upřednostňování ambulantní péče před stacionární. Finančně i věcně jsou za výkon sociálního zabezpečení odpovědny statutární města a kraje, které ale mohou tuto povinnost přenést i na jiný subjekt (většinou církevní a charitativní organizace), pokud s tímto přenesením zodpovědnosti souhlasí. Zákonnou povinnost podpory poskytovatelů služeb mají i nejvyšší orgány sociální správy jednotlivých spolkových zemí. Zákon řeší především tu sociální pomoc a péči, na kterou se nevztahuje obligatorní pojištění na péči (existenční minimum, pomoc ve stáří, zabezpečení cizinců apod.), tedy ne přímo sociální služby. *Sociální služby samotné* přímo řeší *XI. kniha Sociálního zákoníku o pojištění péče* (Sozialgesetzbuch Elftes Buch – Soziale Pflegeversicherung). (Křepelka, 2011; Kahovcová, 2014)

Jednou z poskytovaných sociálních služeb je *dlouhodobá péče o seniory*. V Německu, stejně jako v ostatních zemích EU, je zajištění dlouhodobé péče (Long-term Care, dále jen LTC) postaveno na dohodnutých a vzájemně

propojených cílech: *univerzální přístup, vysoká kvalita a dlouhodobá udržitelnost*. Přístup k zajištění odpovídající LTC vychází ze shody zemí, že přístup k zdravotní péči by neměl být omezen schopností člověka platit nebo by neměl záviset na příjmu/majetku jednotlivce. Potřeba péče by tak neměla vést k chudobě nebo finanční závislosti osoby, jejíž zdravotní stav péči vyžaduje. Všeobecná práva však vždy nejsou schopna zajistit všestranný přístup k službám a nerovnosti a překážky tak stále přetrvávají. Překážky lze nacházet například jak v nedostatečném pokrytí služeb pojištěním, tak v dlouhé čekací době, nedostatečných informacích či složitých administrativních postupech, přičemž tyto překážky se mohou lišit jak v jednotlivých zemích, tak jejich regionech. Zajištění kontinuity péče, kterou někteří lidé potřebují, tak může být obtížné. Úsilí některých zemí pomáhat pacientům v obnovení jejich soběstačnosti prostřednictvím rehabilitační péče tak může být oslabeno například tím, že některé prvky LTC nejsou v některých systémech sociálního a zdravotního pojištění považovány za způsobilé k úhradě. Bariérou jsou také vysoké náklady, zvláště pro nízko-příjmové skupiny obyvatel, a mnoho zemí (například Kypr, Estonsko a Irsko) zavedlo spoluúčasť na LTC. V Německu je menší, ale rostoucí procento obyvatel, které uzavřelo dobrovolné soukromé doplňkové pojištění (navíc k mechanismům pojištění LTC a sociální pomoci) na pokrytí nákladů, jako jsou poplatky za ubytování v pečovatelských domovech. (European Commission, 2008)

Dlouhodobá udržitelnost veřejných výdajů na zdravotní péči, a zejména na LTC, bude do budoucna z důvodu stárnutí obyvatelstva pod značným tlakem. V Německu se v období 2013 až 2060 očekává nárůst podílu osob ve věku nad 80 let z 5,4 % na 13,4 % (v celé EU-28 se jedná o hodnotu z 5,1 % na 11,8 %). Zároveň se zvýší podíl lidí ve věku 85 let z 2,6 % na 8,5 % (v EU-28 půjde o nárůst z 2,3 % na 7,0 %) a podíl osob ve věku 80+ a 85+ u lidí nad 65 let se výrazně zvýší z 26,3 % na 41,4 % (EU-28: 27,8 % - 41,5 %) a z 12,4 % na 26,2 % (EU-28: 12,9 % - 24,6 %). Naděje na dožití mužů a žen ve věku 65 let stoupne z 17,4/20,6 let v roce 2010 na 22,4/25,4 let v roce 2060. Odhad počtu starších lidí, kteří budou v roce 2030 závislí na LTC, se pohybuje od 3,17 na 3,37 mil. Rovněž se očekává, že do roku 2050 bude LTC potřebovat přibližně 4,4 mil. lidí. (Council of the European Union, 2014). Tyto tlaky by však mohly být zmírněny, pokud budou občané v dobrém zdravotním stavu co nejdéle a budou věnovat pozornost

prevenci. Prevenci podporuje také integrace služeb v oblasti zdravotní péče a LTC a využívání nových technologií a informačních a komunikačních technologií. Prevence – podpora aktivního a zdravého životního stylu, má zjevný a významný přínos pro každého jednotlivce, stejně jako pro celou společnost a to z toho důvodu, že snižuje veřejné náklady na zdravotní péči, umožňuje lidem zůstat aktivní po co možná nejdelší dobu a zabraňuje tomu, aby se důsledkem absence nemocných v jejich pracovní činnosti snížila míra produktivity. Ve většině zemí EU jsou již zavedeny programy očkování, screeningu a kampaně na podporu zdravého stárnutí. Rehabilitační péče je nezbytná pro to, aby pacient znovu získal maximální soběstačnost a vrátil se do pracovního prostředí. Účinné fungování této péče však vyžaduje existenci dobře vyškolených a kvalifikovaných pracovníků a účinné využívání informačních a komunikačních technologií. Koordinace péče je zásadní jak pro zajištění vysoké úrovně kvality poskytované péče, tak pro účinné využívání finančních zdrojů a zajištění péče, která je přizpůsobená zvláštním potřebám některých pacientů (integrace zdravotní a sociální péče je zabezpečována prostřednictvím široké škály multidisciplinárních služeb: rekonvalescenční péče, střednědobé rehabilitační péče, LTC, paliativní péče, denních center a nemocničních týmů na podporu paliativní péče, integrovaných týmů LTC a komunitních týmů na podporu paliativní péče; takováto vytvořená síť, doplňující primární péči a specializovanou nemocniční péči, podporuje kontinuitu mezi domácí péčí, akutní nemocniční péčí a sociální podporou). Tato koordinace zahrnuje spolupráci národních, regionálních a místních orgánů a služeb při předvídání a překonávání překážek, které mohou při poskytování péče nastat. Problémy mohou vznikat z financování různých služeb oddělenými rozpočty, z organizace poskytování služeb a přítomnosti mnoha subjektů zapojených do zdravotního a sociálního sektoru. Úspěšnost stabilně poskytované péče lze měřit rozsahem, v jakém poskytované lékařské, ošetrovatelské a sociální služby odpovídají specifickým potřebám jednotlivých pacientů. K dosažení úspěšnosti je důležité koordinované poskytování služeb a lepší řízení převodu finančních zdrojů mezi zařízeními péče (domácí, nemocniční a pečovatelské). (European Commission, 2008)

Financování LTC se v celé EU liší a jsou odrazem různých tradic a priorit. Lze však definovat čtyři hlavní faktory, které mají roli ve způsobu financování: systémy

a populace, na které se LTC vztahuje; dohody o financování sociálního zabezpečení země; stupeň soukromé účasti na financování; a rozdělení zodpovědností za poskytování péče mezi veřejný a soukromý sektor. V Německu (stejně jako ve Španělsku) jsou komplexní veřejné programy péče financovány prostřednictvím *sociálního pojištění*; další způsoby financování jsou prostřednictvím systémů daní (severské země, Lotyšsko), systémů založených na testování prostředků (Spojené království, Kypr) či smíšených systémů financování kombinujících zdroje z pojistných systémů a daní s různými rozpočty a institucemi odpovědnými za poskytování a nákup LTC (Belgie, Francie, Řecko). Vzhledem k tomu, že je třeba zajistit pevné dlouhodobé financování LTC, Německo, stejně jako několik dalších členských států EU (Lucembursko, Nizozemsko, Švédsko) zavedly všeobecné systémy sociálního pojištění a příspěvků nebo zdanění (Rakousko, Švédsko). Německo tak zavedlo komplexní pojištění LTC s cílem poskytnout podporu formálním a neformálním pečovatelům; Rakousko například poskytuje integrované dávky v rámci LTC pro formální a neformální péči; Španělsko zavedlo koordinované financování regionálních zdravotních a sociálních služeb. (European Commission, 2008)

Zákon o sociálním zabezpečení rozlišuje péči *ambulantní, částečně stacionární a stacionární*, přičemž největší důraz je vysloveně kladen na první dvě formy, a to vždy s ohledem na podporu rodiny a její soudržnosti. Osoby, které vyžadují LTC, ji mohou obdržet ve čtyřech základních oblastech: v oblasti výživy, v oblasti mobility, v oblasti osobní péče a v rámci domácí péče.

Poskytování sociálních služeb je v Německu téměř výhradně ponecháno na bedrech *nestátního sektoru*. Německý neziskový sektor je finančně na státu výrazně závislý a státně centralistický, za výhodu finanční podpory platí závislostí na státu. Neziskové organizace jsou rozlišovány dle velikosti a šíře teritoriální působnosti a druhu činnosti a jsou seskupeny do dvou sfér. První zastupuje organizace, které působí na území všech spolkových zemí, a druhou vytváří místní menší a středně velké spolky. U spolků s celkovou působností se jedná o hlavní spolky bezplatné sociální péče, jejichž právní postavení je upraveno příslušným zákonem sociální pomoci. Hlavním faktorem zákonné povinnosti je dbát na samostatnost a splnění stanovených cílů či déle podporovat spolky bezplatné dobročinné péče. Druhou skupinu neziskových organizací vytváří menší

a středně velké spolky, které působí na lokální úrovni a v širokém spektru oblastí. Od vrcholových spolků se odlišují nejen velikostí, šíří teritoriální působnosti a diversifikací oblastí činnosti, ale především mnohem menším stupněm profesionality. Lokální spolky pracují v podstatě na bázi dobrovolnosti, poměr počtu zaměstnanců k počtu členů je velmi nízký. (Shade, Uelze, 2018; Plattner et al., 2003, Křepelka, 2011; Kahovcová, 2014) Lze tedy říci, že mimo celé řady organizací s lokální působností zde funguje šest velkých celostátních organizací (tradičních dobročinných organizací veřejné sociální péče), které jsou financovány ze státního rozpočtu: *Caritas, Diakonie, Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband, AWO, DRK, a Židovská asociace sociální péče*.³⁹ Tyto organizace zastřešují spoustu menších organizací a jsou z 90 % financovány ze zákonného pojištění péče a mají přímo *zákonné zakotvení (zákon o sociální pomoci)*. Na podporu organizací a podniků pracujících v obecném zájmu ve zdravotnictví a sociálních službách se specializuje *Banka pro sociální ekonomiku* (Bank für Sozialwirtschaft), jejími největšími akcionáři je šest zmíněných organizací veřejné sociální péče. Byla založena v roce 1923. (Křepelka, 2011)

Jádrem německého sociálního zabezpečení je klasické sociální pojištění. *Sociální pojištění* nezahrnuje vždy všechny skupiny občanů, nýbrž jejich převážnou část, zaměstnance. Zbytek obyvatelstva je zajištěn, na základě uplatnění potřebnosti, doplňkovými programy sociální pomoci. V roce 1994 byl zaveden zákonem o pojištění na péči do XI. knihy spolkového sociálního zákona, *povinný pojistný systém pro dlouhodobou péči – Pflegeversicherungssystem (Zákon o sociálním zajištění rizika potřebnosti dlouhodobé péče, pojištění dlouhodobé péče; Gesetz zur sozialen Absicherung des Risikos der Pflegebedürftigkeit, Pflegeversicherungsgesetz)*, který je jakousi nadstavbou *systému zdravotního pojištění*. Tento systém je povinný, pojistné se tak platí povinně a vztahuje na všechny obyvatele, kteří jsou pojištěni v rámci standardního povinného

³⁹ *Těchto šest právně nezávislých charitativních organizací je považováno za hlavní instituce třetího sektoru Německa (nositelé tzv. Die Freie Wohlfahrtspflege – Svobodná sociální péče, která je v Německu pilířem sociálního státu). Nejčastější právní formou těchto organizací je obecně prospěšná společnost s ručeným omezeným (gemeinnützige Gesellschaft mit beschränkter Haftung, gGmbH) nebo registrované sdružení (eingetragener Verein, e.V.) (Dohnalová, 2011).*

zdravotního pojištění⁴⁰. K sociální jistotě přispívá v Německu i vlastní soukromá péče spočívající ve vyživovací povinnosti příbuzných v přímé linii.

Hlavními subjekty v systému *Zákonného zdravotního pojištění* jsou *zdravotní pojišťovny* (Krankenkassen), které poskytovanou péči proplácejí. Jejich posláním je mimo jiné vyjednávat za své pojištěnce ceny, standardy, kvalitu a rozsah poskytované péče. Zákonné pojištění funguje na principu vzájemné solidarity mezi pojištěnci, tak jako je tomu v ČR. Příspěvky na Zákonné zdravotní pojištění závisí na příjmu a základem je celkový hrubý příjem, ze kterého se vybírá jednotná sazba příspěvku ve výši 14,6 % (v roce 2018). Pojistné z jedné poloviny platí zaměstnanec a z jedné poloviny zaměstnavatel. Každá zdravotní pojišťovna ještě vybírá *dobrovolný příspěvek* v různé výši, který platí jenom zaměstnanec. Podle současné koaliční dohody se ale bude od roku 2019 uplatňovat stejná sazba příspěvku (tzn., že tento dobrovolný příspěvek bude také z 50 % hrazen zaměstnavatelem). Senioři v důchodu platí polovinu a druhou za ně platí penzijní fond. Jestliže se překročí hranice pro vyměřovací příspěvek (v roce 2018 činil 4 425,00 EUR měsíčně), potom příjem nad tuto hranici nehraje roli pro výpočet příspěvku. V Zákonném zdravotním pojištění mohou být děti a manželé zdarma společně pojištěni prostřednictvím rodinného pojištění. (Krankenkassenzentrale, 2018) Některé skupiny osob musí být členy Zákonného zdravotního pojištění. Sem patří mimo jiné: zaměstnanci (s hrubým příjmem pod povinnou hranicí pro pojištění), senioři, u kterých je splněna doba předchozího pojištění, tzn. od prvního nástupu do zaměstnání do data podání žádosti o důchod – tzv. *Rahmenfrist* – se po nejméně 9/10 druhé poloviny tohoto období účastnil sám nebo prostřednictvím rodinného pojištění (na základě povinného pojištění nebo dobrovolného pojištění) zákonného zdravotního pojištění a příjemci podpory v nezaměstnanosti (Deutsche Rentenversicherung Bund, 2019)⁴¹. Všichni občané mají možnost si svobodně vybrat zdravotní pojišťovnu, u které chtějí být pojištěni.

⁴⁰ *Tím byl realizován doposud poslední krok historického vývoje sociálního systému, nastartovaného před více než 120 lety zavedením systému povinného zdravotního pojištění tehdejším říšským kancléřem Oto von Bismarckem a pojištění péče se vedle pojištění v nezaměstnanosti, zdravotního, úrazového a důchodového stalo pátým pilířem německého sociálního zabezpečení. (Plattner et al., 2003)*

⁴¹ *Příspěvky na zdravotní pojištění a pojištění dlouhodobé péče musí být zaplacený až do výše limitu, který v roce 2018 činil 53 100 EUR ročně. Senioři rovněž neplatí příspěvky nad tento limit. (FINANZTIP, 2018).*

Kdo je pojištěn u zákonného zdravotního pojištění, automaticky spadá i pod pojištění péče, pojištěnci soukromých pojišťoven musí toto pojištění uzavřít (bližší specifika soukromého zdravotního pojištění viz text níže).

Prostředky vybrané v rámci *pojištění na péči* spravují tzv. *fondy péče (Pflegekassen)*, které byly zřízeny u všech zdravotních pojišťoven (Krankenkassen) a přerozdělují je ve formě dávek potřebným. Fondy LTC jsou samosprávnými sdruženími a samosprávnými orgány fondů jsou orgány zdravotních pojišťoven. Zastřešující organizací fondů LTC je GKV-Spitzenverband. Od 1. ledna 2017 se sazba příspěvku na zákonné pojištění LTC zvýšila na 2,55 % (2,80 % u bezdětných osob)⁴² z hrubé částky platu nebo důchodu vyměřeného pro daný rok (Spitzenverband, 2018; Shade, Uelze, 2018). Od 1. ledna 2019 došlo k navýšení na 3,05 %. Senioři (ať už v zákonném i soukromém zdravotním pojištění) přispívají na pojištění péče samostatně od 1. dubna 2004 (předtím obdrželi 50% dotaci z důchodového pojištění (penzijního fondu). Oprávněné osoby, jako například bývalí státní úředníci, platí pouze polovinu příspěvku ve výši 1,525 %⁴³. (Deutsche Rentenversicherung Bund, 2019; Bundesministeriums für Gesundheit, 2018b). Do příjmu seniora, ze kterého se příspěvek na LTC vypočítává, se zahrnují veškeré příjmy; zákonný důchod, příjmy dle § 229 SGB (Versorgungsbezüge) a příjmy ze samostatné výdělečné činnosti na částečný úvazek, které ještě nepodléhají příspěvkům na sociální zabezpečení. U seniorů pojištěných v dobrovolném pojištění nebo u skupiny oprávněných osob započítávají ještě další jiné příjmy, jako jsou soukromé důchody nebo výnosy z pronájmu. (FINANZTIP, 2018).

Dávky pojištění sociální péče získalo na konci roku 2017 necelých 3,5 mil. žen a mužů. Přibližně o 2,52 mil. zákonně pojištěných osob je pečováno v domácnostech příbuznými nebo pečovatelskými službami, kolem 780 000 osob dostává péči v zařízeních LTC. Kromě toho 188 000 osob bylo pojištěno v rámci

⁴² Příspěvek k sociálnímu pojištění na péči hradí solidárně zaměstnavatelé a zaměstnanci v souladu s § 58 odst. 1 SGB XI. To znamená, že příspěvek ve výši 2,55 % je z 1,275 % hrazen zaměstnavateli a zaměstnanci.

⁴³ Tato skupina osob (zde mohou být zařazeni bývalí soudci vojáci, zaměstnanci federální vlády, spolkové země, obce, veřejné instituce) platí pouze polovinu příspěvků na pojištění dlouhodobé péče, ale v případě péče obdrží polovinu příspěvku. Druhá polovina příspěvku není hrazena fondem dlouhodobé péče, ale příjemcem dotace.

soukromého pojištění LTC, z čehož přibližně 137 000 osob využívá ambulantní péči a kolem 52 000 osob péči ústavní. (Bundesministeriums für Gesundheit, 2018b).

Vedle zákonných pojišťoven existuje v Německu i systém *soukromého zdravotního pojištění*, klientem soukromé zdravotní pojišťovny však nemůže být každý. U soukromých pojišťoven se pojišťují zejména lidé, kterých se zákonné povinné pojištění netýká (např. zaměstnanci s ročním hrubým příjmem vyšším než je stanovená hranice pro daný rok, která je 4 950 EUR měsíčně pro rok 2018, a osoby musí zažádat o osvobození od povinného pojištění⁴⁴, navíc je často vyžadována minimální doba trvalého bydliště v Německu, osoby samostatně výdělečně činné a svobodná povolání bez ohledu na výši jejich příjmů, dále studenti a za určitých podmínek i státní úředníci a ženy v domácnosti). Soukromé zdravotní pojištění v Německu má dvě funkce: 1. plné krytí části populace, která nespadá do povinného zákonného zdravotního pojištění, 2. doplňkové připojištění. Příspěvky na Soukromé zdravotní pojištění se řídí v závislosti na příjmu podle zdravotního stavu, věku a rozsahu plnění. Pojistné je stanoveno individuálně pro každého pojištěnce. Nabídka plnění poskytovaného ze Soukromého zdravotního pojištění téměř nepodléhá státním regulacím a je mnohonásobně širší než u státního zdravotního pojištění. Kromě toho může být plnění pro pojištěnce přesně přizpůsobeno. Dle § 192 ods. 1 VVG (Zákon o pojistné smlouvě, Versicherungsvertragsgesetz) stanoví soukromé zdravotní pojištění v dohodnutém rozsahu výši tarifu pro potřebné lékařské ošetření a další dohodnuté služby, stejně jako pro ambulantní preventivní vyšetření včasného odhalení onemocnění v zákonně zavedených programech. Příspěvek se odvíjí od věku, přičemž se zvyšujícím se věkem se většinou příspěvek zvyšuje. Pojištění lze rozdělit na základní a standardní (prémiové). Pojistná ochrana obvykle přesahuje rozsah zákonného zdravotního pojištění. Soukromí pacienti se obvykle dostanou k lékařské péči rychleji. Základní sazba soukromého zdravotního pojištění však představuje nouzové řešení. Je vhodné pro soukromé osoby, které nemají nárok na vnitřní tarifní změnu a nemohou se vrátit k zákonnému zdravotnímu pojištění.

⁴⁴ Částka 4 950 EUR představuje minimální hranici hrubého příjmu, kterou musí žadatel splňovat, aby mohl do soukromého pojištění vstoupit. Osoby, které chtějí být pojištěné soukromě, musí oficiálně požádat o odchod ze zákonného pojištění a přechod na soukromé pojištění.

Ve srovnání se standardní sazbou soukromého zdravotního pojištění je základní sazba obvykle mnohem dražší a nabízí jen nepatrně lepší přínos. Standardní sazba je ve většině případů mnohem levnější volbou, neboť příspěvek základní sazby obvykle odpovídá maximálnímu příspěvku na zákonné zdravotní pojištění - navíc získává průměrný dodatečný příspěvek. (FINANZTIP, 2017) Veškeré náklady na zdravotní ošetření si pojištěnec nejprve platí sám. Pojišťovna tyto náklady uhradí na základě předložené faktury (princip úhrady nákladů). (Shade, Uelze, 2018; Krankenkassenzentrale, 2018)

Doplňkové připojištění je zaměřeno na oblasti, které nehradí zdravotní pokladny. Doplnková pojištění slouží k vyplnění mezer v plnění poskytovaném zdravotní pojišťovnou. Uzavírají se soukromou pojišťovnou, a to nezávisle na příjmu. Důležitými doplňkovými pojištěními jsou například doplňkové pojištění sociální péče, doplňkové stomatologické pojištění nebo doplňkové nemocniční pojištění. (Shade, Uelze, 2018; Krankenkassenzentrale, 2018; Křepelka, 2011; Kahovcová, 2014)

Poskytování dávek na péči se diferencuje v závislosti na typu poskytované péče. Rozlišují se dávky na domácí péči a na péči stacionární, naturální a peněžní dávky (nebo jejich kombinace) dle § 36, 37, a 38 SGB XI a také dávky pro osobu potřebující péči a dávky pro osoby, které péči poskytují. Plnění pojištění na péči ze strany pojišťoven tak může být dvojí – ve formě *věcného plnění* (Pflugesachleistung) nebo ve formě klasických *peněžních dávek* (Geldleistung). Věcné plnění je de facto úhrada tabulkových nákladů určitých úkonů pečovatelské služby poskytovateli, případný rozdíl si hradí sama osoba vyžadující péči. Peněžní dávky jsou obdobou příspěvku na péči v ČR, kdy náleží osobě, která péči potřebuje a nikoli jejímu poskytovateli. Výši příspěvku ovlivňuje i tato skutečnost, při přímém vyplácení je částka podstatně nižší, než když je z fondu přímo hrazena poskytovaná sociální služba. Zde je jasně vidět snaha zákonodárce zabránit tomu, aby byly tyto příspěvky na péči používány na jiné účely. Mimo těchto dvou způsobů plnění umožňuje sociální zákon i jejich kombinaci, tzv. smíšené dávky, to znamená *kombinaci věcných dávek a přímého vyplácení*. Vedle systému povinného pojištění existuje samozřejmě i možnost individuálního připojištění pro následné vyšší měsíční plnění. (Shade, Uelze, 2018; Křepelka, 2011; Kahovcová, 2014)

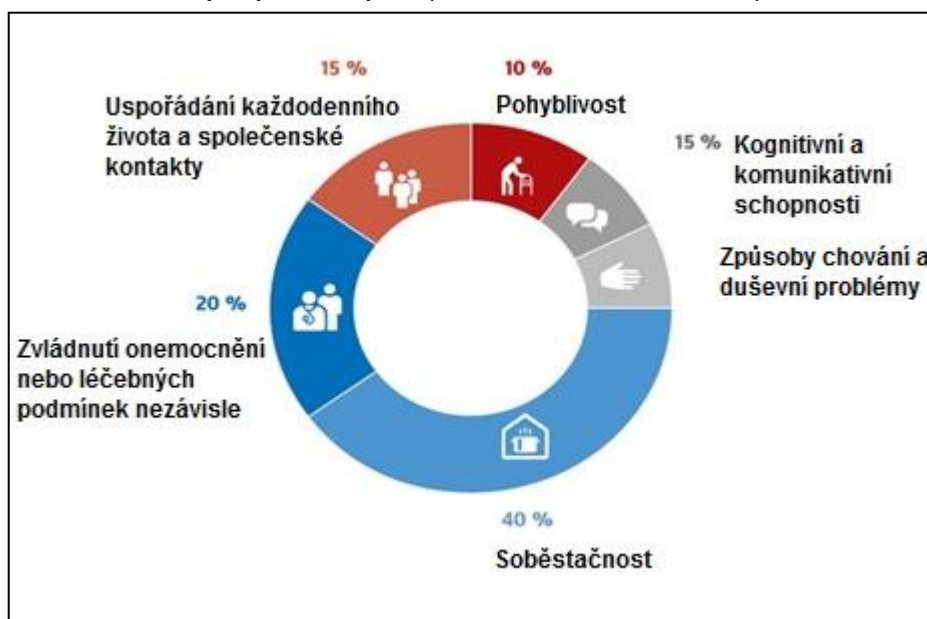
Za osoby odkázané na péči jsou podle SGB považovány osoby, které na základě, tělesného, duševního nebo smyslového onemocnění či postižení vyžadují ve vyšší míře pomoc s běžnými každodenními úkony a u nichž se předpokládá, že tuto pomoc budou potřebovat nejméně po dobu 6 měsíců (SGB, Kniha XI, § 14). (Geissler a kol., 2015) Z pojistného fondu péče pojištění sociální péče jsou poskytovány dávky na základě podané žádosti. Po podání žádosti je nutná lékařská prohlídka a rozhodující lékařský posudek o stavu jedince. Prohlídka se uskutečňuje v přirozeném prostředí osoby. Posuzování nehodnotí příjem ani majetek žadatele, probíhá dle předpokládaného času, který je věnován osobě v oblasti osobní péče, výživy a mobility. (Schulz, 2010; Kahovcová, 2014; Kalousek, 2016)

Do roku 2016 bylo zapojení do sociálních služeb posuzováno dle rozsahu potřebné pomoci rozdělené do *tří základních stupňů*.⁴⁵ 1. ledna 2017 byla přijata nová koncepce péče dána *Zákonem o ošetrovatelské péči II (Pflegestärkungsgesetz II)*. Nová potřeba LTC umožňuje další odlišení od předchozích tří úrovní péče až po *pět úrovní péče*. Do konce roku 2016 přezkoumávala Lékařská služba zdravotních pojišťoven, co pacient již nemůže dělat a z toho vyvozovala potřebu podpory a zařazení do jedné ze tří úrovní péče. Nové hodnocení (*Neuen Begutachtungssassessment, dále jen NBA*) hodnotí, co pacient stále může dělat. Stupeň samostatnosti osoby se hodnotí v činnostech v šesti oblastech: Pohyblivost; Kognitivní a komunikativní schopnosti; Chování a duševní problémy; Soběstačnost; Zvládnutí onemocnění nebo léčebných podmínek nezávisle; Každodenní život a společenské kontakty (viz obrázek). Tento nástroj také bere v úvahu zvláštní potřebu pomoci a péče o osoby s kognitivní nebo duševní poruchou, které dříve nebylo možné. Výsledky vyšetření tak vedou k zařazení osoby do jedné z *pěti úrovní péče*. (Spitzenverband, 2018; Bundesministeriums für Gesundheit, 2018a) V rámci domácí návštěvy odborník

⁴⁵ Do 1. stupně značné potřeby péče spadaly osoby, které potřebovaly péči nejméně ve dvou oblastech alespoň 1x denně a pomoc v domácnosti několikrát týdně, v minimální délce trvání 1,5 hodiny. Pro 2. stupeň vyšší potřeby péče potřebovaly osoby péči ve všech třech úkonech, a to minimálně 3x denně a častější pomoc v domácnosti v délce trvání minimálně 3 hodin denně. Do třetího stupně nejvyšší potřeby péče patřily osoby, které potřebovaly péči i v noci, a to v minimální délce 5 hodin denně (MDK, 2015; Kahovcová, 2014; Kalousek, 2016). Tato koncepce (SGB XI, § 14) byla opakovaně kritizována. Dle nové koncepce mají lidé s demencí, kteří spadali dříve pod takzvanou „úroveň péče 0“, nárok na plnou ústavní péči.

přiděluje body v různých modulech, které v závislosti na jejich každodenním významu ovlivňují výpočet stupně péče v různých měřítkách. Pokud bylo dosaženo minimálně 12,5 bodů, postižení mohou získat úroveň péče 1. Žádost o zpětné přidělení jakéhokoli stupně péče není možné, ale je možné podat žádost o zvýšení stupně péče, jakmile se změní zdravotní stav osoby (Pflege durch Angehörige, 2019). Přidělenou úroveň péče závislé osoby lze pravidelně kontrolovat. Pokud je *Lékařskými službami zákonných zdravotních pojišťoven Medizinischer Dienst der Krankenversicherung*, dále jen MDK) potvrzena potřeba péče a je udělena jedna z úrovní péče, je součástí zprávy také tzv. individuální plán péče. V něm je uveden předpokládaný vývoj potřeb poskytované péče a případný opakovaný přezkum, přičemž je také specifikováno, kdy se má toto přezkoumání uskutečnit. Z toho vyplývá, že rozhodnutí Pflegekasse, zda má být MDK provedeno další hodnocení, je vždy individuální a závisí na konkrétním případě (dle právního základu má být přezkoumání „ve vhodných intervalech“). (Dr. Weigl & Partner, 2019)

Obrázek 2.1: Hodnocení stupně potřebné péče (šest oblastí života – modulů)



Zdroj: Spitzenverband (2018)

Osoba zařazená do jednoho ze stupňů péče má tak nárok na přidělení dávek LTC. Formuláře žádostí o dávky LTC mají osoby k dispozici u svého Fondu dlouhodobé péče (prostřednictvím zdravotního pojištění). Aktuální výše plnění pojištění na péči

za měsíc v Německu zobrazuje následující tabulka.⁴⁶ Domácí a ambulantní/částečně pobytovou péči lze přitom kombinovat (Kombinationspflege) – pokud se např. využijí ambulantní služby ve výši 60 % uvedeného limitu, tak je nárok na výplatu uvedené peněžitě dávky za domácí péči v rozsahu 40 %. (Pflege durch Angehörige, 2019)

V Německu obdrželo na konci roku 2016 peněžitou dávku 46,6 % osob z celkového počtu osob potřebujících péči, 6 % využívalo věcné plnění a 13,4 % kombinovalo peněžitě a věcné plnění. Necelých 23 % osob využívá dávku na péči v plně stacionárním zařízení (Bundesministeriums für Gesundheit, 2018b)

Tabulka 2.7: Výše příspěvku na péči dle typu služby a stupňů závislosti péče (od roku 2017)

Typ příspěvku dle služby	Stupeň péče				
	1	2	3	4	5
Peněžitě plnění domácí péče* (Pflegegeld) (v EUR/měsíc)	125	316	545	728	901
Věcné plnění ambulantní nebo částečně pobytové péče profesionální pečovatelskou službou (Pfleagesachleistung) (v EUR/měsíc)	689	1 298	1 612	1 995
Peněžitá dávka na pobytovou péči v ústavních zařízeních (Vollstationäre Pflege) (v EUR/měsíc)	125	770	1 262	1 775	2 005
Preventivní péče po dobu až 6 týdnů v kalendářním roce až do výše EUR/ročně (vykonávána příbuznými)	...	474	817,50	1 092	1 351,50
Preventivní péče po dobu až 6 týdnů v kalendářním roce až do výše EUR/ročně (vykonávána jinou osobou)	...	1 612	1 612	1 612	1 612
Částečně stacionární denní a noční péče až do výše EUR/měsíc	...	686	1 298	1 612	1 995
Částka na úhradu ambulantní péče až do výše EUR/měsíc**	125	125	125	125	125
Doplňkové služby v ambulantních asistovaných bydleních až do EUR /měsíc	214	214	214	214	214
Pomoc na péči v lůžkovém zařízení pro zdravotně postižené osoby ve výši/měsíc	10 % platu dohodnutého mezi institucí sociální pomoci a zařízením, max. 266 EUR			

* Osoba, která potřebuje péči, ale nevyužívá ambulantní ošetrovatelské služby, se sama může rozhodnout, jak příspěvek využije.

** Osoby s minimální úrovní péče 2, které plně nebo zcela nevyužívají nárok na dávky na ambulantní péči v příslušném měsíci, mohou získat až 40 % příslušné částky příspěvku na ambulantní péči na úhradu nákladů na služby uznané podle státního práva k podpoře každodenních životních potřeb (převodní nárok).

Zdroj: Spitzenverband (2018), Bundesministeriums für Gesundheit (2018b)

⁴⁶ Plnění pojistného bylo postupně rozšiřováno o příplatky a takto vznikl dodatečně i stupeň 0, fakticky určený pro klienty s diagnózou demence apod. Zároveň existovala výrazná diferenciací příspěvku podle typu poskytovatele, zvláště u nejléččího stupně nesoběstačnosti. (Geissler a kol., 2015)

Z výše uvedené tabulky vyplývá, že výše příspěvku na domácí péči (Pflegegeld) je nižší než věcné plnění, tzn. příspěvky na profesionální ošetrovatelskou službu, ačkoli ti, kteří poskytují domácí péči, musí věnovat závislé osobě mnohem vyšší péči a čas. Soudci federálního ústavního soudu rozhodli, že rodinní opatrovníci nemusí mít stejnou mzdu jako profesionální opatrovníci. Profesní sestry (například z ambulantní ošetrovatelské služby) pracují za odměnu. Na druhé straně mají rodinní příslušníci povinnost vzájemné pomoci, a proto nedostávají žádnou odměnu, ale pouze menší finanční částku jako uznání za pečovatelské služby. Soud je toho názoru, že sousedská, rodinná nebo dobrovolná péče nepotřebuje finanční náhradu. (Pflege durch Angehörige, 2019)

Od června 2018 uvolňuje Svobodný stát Bavorsko, jako jediná spolková země, dodatečný státní sociální příspěvek na péči, tzv. „Landespflegegeld Bayern“, kdy lidé, kteří potřebují péči, obdrží navíc k dávkám pravidelné péče 1 000 EUR ročně. Pro jeho získání musí existovat alespoň stupeň péče 2 (nebo vyšší) a bydliště musí být v době podání žádosti v Bavorsku. (Pflege durch Angehörige, 2019)

Rodinní příslušníci poskytující péči mají nárok na různé další podpůrné programy, jako jsou příspěvky na penzijní pojištění, příspěvek na pojištění v nezaměstnanosti pro pečovatele v době ošetrovatelství (až do výše 45,68 EUR měsíčně), příspěvek na zdravotní pojištění (až do výše 158,34 EUR měsíčně), příspěvek na pojištění LTC (až do výše 25,88 EUR měsíčně), příspěvek na LTC pro zaměstnance, jež díky péči krátkodobě nemohl vykonávat práci až do 10 dnů (hrubý příspěvek na ošetrovatelskou péči činí 90 % čisté pracovní mzdy), příspěvek na úrazové pojištění a školení. (Pflege durch Angehörige, 2019)

Za účelem umožnit rodinným příslušníkům starat se o své blízké v domácí péči umožňuje zákon přerušeni práce ve formě krátkodobého přerušeni práce pro výkon péče a prevence (do 10 dnů), péče o děti a ve formě rodinné dovolené. Z důvodu domácí péče o blízké příbuzné mohou být zaměstnanci osvobozeni od práce až na 6 měsíců (osvobození může být úplné nebo částečné). Během rodinné péče mají zaměstnanci možnost pracovat po dobu max. 24 měsíců na zkrácený úvazek s minimální týdenní pracovní dobou 15 hodin. V případě péče o blízké nacházející se v poslední fázi života mají zaměstnanci možnost úplného

nebo částečného osvobození od práce po dobu nejvýše tří měsíců. (Pflege durch Angehörige, 2019)

K usnadnění domácí péče můžou pečující osoby nebo samotné osoby, které péči potřebují dle § 40 SGB XI zažádat o příspěvek na ošetřovací pomůcky (určené ke spotřebě) až do výše 40 EUR měsíčně, příspěvek na technické pomůcky a další pomůcky ve výši 100 % nákladů (za určitých podmínek však musí být zaplácena spoluúčast ve výši 10 %, nejvýše 25 EUR na každou ošetřovací pomůcku; technické pomůcky jsou poskytovány především formou půjčky, která je bezplatná), příspěvek na zlepšování obytného prostředí až do výše 4000 EUR na každé opatření. (Pflege durch Angehörige, 2019)

Podle SGB XI jsou za vytvoření a udržování dostačující sítě zařízení poskytujících služby odpovědní spolkové země a bližší způsoby plánování jejich rozvoje i distribuce státní finanční podpory jednotlivým zařízením jsou určeny tzv. zemským právem („Landesrecht“). (Geissler a kol., 2015). Ačkoliv Německo usiluje o komplexnost systému podpory, existují stále výrazné rozdíly v dostupnosti potřebných služeb v jednotlivých spolkových zemích. Dle dostupných údajů z roku 2015 existovalo na území Německa celkem 13 323 zařízení ambulantní péče a 13 596 zařízení ústavních. Největší počet zařízení se nachází ve třech největších spolkových zemích Severní Porýní-Vestfálsko, Bavorsko a Bádensko-Württembersko, naopak nejnižší počet pak v Sársku, Brémách a Hamburku (Bundesministeriums für Gesundheit, 2018b).

Základní standardy kvality a minimální požadavky na poskytování sociálních služeb jsou v Německu, stejně tak jako je tomu v ČR, dány *zákonnou formou* – zákon o kvalitě péče, § 114 SGB XI (Pflege-Qualitätssicherungsgesetz) v platnosti od roku 2002; Pokyny pro zajištění kvality (Qualitätsprüfrichtlinie) od roku 2005, Pokyny MDK pro kontrolu kvality podle §§ 112, 114 v ambulantní a ústavní péči (2005, MDK-Anleitung zur Prüfung der Qualität nach §§ 112, 114 SGB XI in der ambulanten und stationären Pflege, Zákon o domácím právu (Heimgesetz § 12, 2002).

Zákon o kvalitě péče stanovuje jednotné testy kvality služeb, které zjednodušují kontrolu pro všechny zúčastněné, i minimální kvótu kontrol, každý rok by mělo být takto zkontrolováno minimálně 20 % všech poskytovatelů sociální péče. Za rozvoj

koncepce a zavádění postupů řízení kvality je zodpovědná *Zdravotnická služba vedoucí organizace zdravotních pojišťoven* (The Medical Service of the Leading Organization of Health Funds, MDS), která je nejdůležitějším poradcem zdravotních pojišťoven v otázce kontroly kvality zařízení. Kontroly na regionální a místní úrovni provádí MDK), které jsou zastoupeny v každé spolkové zemi. Zdravotní pojišťovny mají zákonnou povinnost tyto zdravotnické služby zřizovat a jejich základním posláním je především hlídat efektivitu a hospodárnost zdravotních pojišťoven a fondů péče (Kranken-Pflegekassen), radí jim v otázkách všeobecné ošetrovatelské i pečovatelské služby, ale posuzují i jednotlivé případy. Jejich úkolem je kontrola pravidel kvality a monitorování podle smlouvy, na níž se dohodli všichni zúčastnění partneři: instituce LTC, zástupci poskytovatelů péče na federální úrovni a konečně regionální poskytovatelé sociální podpory. (European Observatory on Health Systems and Policies, NIVEL, 2013; Cambridge University, 2014) MDK kontroluje povinně kvalitu péče ve všech ambulantních a pečovatelských zařízeních (pravidelná kontrola) jednou za rok. Kromě toho probíhají kontroly konkrétních případů, obvykle na základě stížnosti. MDK provádějí 90 % šetření, 10 % provádějí soukromé zdravotní pojišťovny.

Zdravotnické služby mají oprávnění provádět kontroly kdykoliv, i neohlášeně. Kontroly u poskytovatelů služeb jsou zaměřeny především na jejich kvalitu, hospodárnost, dostupnost a na to, zda splňují zákonné standardy. Inspekce kvality MDK je ve stacionární péči založena na kontrole náhodně vybraných obyvatel a osobním rozhovoru s nimi. Dalším důležitým prvkem je odborná diskuse s ošetrovateli na místě. Od října 2019 bude platit nový systém ukazatelů výsledků kvality péče (Ergebnisindikatoren). Na základě *zákona o kvalitě péče* (Pflege-Qualitätssicherungsgesetz) vystavuje každoročně vedení *Sdružení zákonných zdravotních pojišťoven a pojišťoven na péči Zprávu o kvalitě v ambulantní a stacionární péči*. (AOK, 2017; Křepelka, 2011) Zpráva o kvalitě zařízení (tzv. Pflegenote) tak obsahuje výsledky testů z několika oblastí: Zaopatření péčí a lékařskými službami (až 32 kritérií), Zacházení s osobami s demencí (až 9 kritérií), Zajištění obsluhy a každodenních potřeb (až 9 kritérií), Ubytování, strava, správa domácností, hygiena (až 9 kritérií), Rozhovor s rezidenty zařízení (až 18 kritérií). (Spitzenverband, 2018)

Seznamy ošetrovatelských domů a odpovídající zprávy o jejich kvalitě MDK a jejich odkazy lze nalézt například na internetových stránkách Federálního sdružení organizací seniorů BAGSO⁴⁷.

Německo je jednou z mála zemí OECD, která má akreditaci jak pro pečovatele v zařízeních, tak pro domácí pečovatele. Akreditace vyžaduje poskytování systémů řízení jakosti (jako je ISO nebo E-Qulin). Minimální standardy byly vždy aktualizovány a jsou obecně uznávány jako současný stav v ošetrovatelské péči. Fondy LTC musí nabízet školení o péči pro rodinné pečovatele a dobrovolníky. (OECD, 2013). Příbuzní, kteří se starají doma o osoby potřebující péči stupně 2 až 5, jsou povinni absolvovat konzultace pro rodinné pečovatele, podle § 37 SGB XI odst. 3, pokud obdrží pouze příspěvek na péči (pokud využívají kombinované péče nebo dávky ošetrovatelské péče podle § 36 SGB XI, poradenství nemusí vyhledávat)⁴⁸. Pokud povinná konzultace neproběhne včas, může dojít ke snížení příspěvku na péči, nebo v případě opakování může být dokonce zrušen. (Pflege durch Angehörige, 2019)

Významným problémem v systému sociálních služeb je, že se jejich dostupnost liší v jednotlivých regionech v závislosti na politice každé spolkové země (viz Landesrecht). Týká se to např. krátkodobé či denní institucionální péče, která je navíc vhodná jen pro mobilnější uživatele. Pro mnoho rodin tak tyto služby nepřipadají v úvahu anebo je musí zajistit samostatně a uhradit zcela z vlastních zdrojů. Navíc jsou sociální služby jako takové pro uživatele poměrně drahé. V důsledku uvedených problémů dochází např. k *nelegálnímu zaměstnávání osob* se slabým postavením na trhu práce jako (levných) soukromých pečovatelů. Obecně je pak systém sociálních služeb v Německu poměrně nepřehledný a nekonkrétní (na což upozorňuje například sdružení Wir pflegen). V důsledku toho se pečující mnohdy vzdají svého zaměstnání, aniž by využili jiné nabízející se

⁴⁷ (<http://www.bagso.de/pflege/qualitaet.html>)

⁴⁸ *Frekvence poradenských konzultací v jednotlivých úrovních ošetrovatelství: pro stupeň 1 není nutná (dobrovolná), 1 x za pololetí pro stupeň 2, 1 x za pololetí pro stupeň 3, 1 x za čtvrtletí pro stupeň 4, 1 x za čtvrtletí pro stupeň 5). Náklady na konzultaci jsou bezplatné pro pečovatele, stejně jako pro osoby, které potřebují péči. V případě osob pojištěných zákonem jsou náklady hrazeny fondem pojištění LTC, v případě soukromě pojištěných příslušným soukromým zdravotním pojištěním a osobami, které mají nárok na podporu příslušným orgánem poskytujícím podporu. Poradenství se provádí přímo v domácím prostředí uznávanými poradenskými centry a schválenými zdravotnickými zařízeními, jako je ambulantní ošetrovatelská služba či uznávané zdravotní sestry. (Pflege durch Angehörige, 2019)*

možnosti, a začnou být ohrožováni chudobou. Na uvedené problémy se vláda snažila reagovat. Bylo odsouhlaseno přijetí dvou nových zákonů pro posílení péče („*Pflegestärkungsgesetze*“). *Pflegestärkungsgesetz I* zavedl navýšení a rozšíření příspěvků na péči, zvýhodnění příspěvků na rekonstrukci bydlení, posíleny by výhody krátkodobé a preventivní péče. *Pflegestärkungsgesetz II* – od roku 2017 zákon o ošetrovatelské péči poskytuje na oblast péče o dalších 5 mld. EUR ročně více. Pojištění LTC je tedy o 20 % efektivnější. Například lidé s demencí mají poprvé stejný přístup ke všem dávkám ošetrovatelské péče. Bylo také zavedeno 5 zmíněných stupňů péče. (Bundesministeriums für Gesundheit 2016b; Geissler a kol., 2015)

Federální sdružení soukromých poskytovatelů sociálních služeb odhaduje, že v současné době není možné naplnit přibližně 50 000 pracovních míst v oblasti péče o staré osoby kvůli nedostatku vyškolených odborníků. Spolková vláda v Německu vynakládá soustředěné úsilí na přilákání zdravotnických pracovníků ze zahraničí a nedávno podepsala dohodu s Filipíny. Zdravotnické služby pro seniory stojí velké množství peněz a ošetrovatelské pojištění obecně pokrývá pouze část nákladů. To zanechává seniory a jejich rodiny v pozici, že musí platit za věci sami. V průběhu času může zákonně registrovaná péče v domácnosti rychle stát 4 000 až 8 000 EUR měsíčně, pokud budou pečovatelé zaměstnání na plný úvazek. To vysvětluje, proč se společně s tradičními charitními a soukromými organizacemi v Německu objevila třetí skupina poskytovatelů péče. *Zahraniční pečovatelé*, primárně z východní Evropy, jsou zasíláni měsíčními zprostředkovatelskými kanceláři do domácností německých seniorů. Oficiálně jsou stále zaměstnání ve svých domovských zemích a prostě jsou vysláni na misi. V Německu vydělávají víc, než doma, ale vydělávají výrazně méně, než by bylo obvyklé u německých zaměstnanců. (DW, 2018)

Nedostatečný právní rámec znamená, že trh s péčí zůstává extrémně neprůhledný. Jen asi 20 ze 103 poskytovatelů bylo ochotno nabídnout informace o průzkumu GPPLN, což otevřelo trh organizovanému zločinu. V uplynulých letech byly zaznamenány zprávy o masivních podvodech zdravotních pojišťoven v poskytované péči (DW, 2018).

Německý zákonný zdravotní systém pokrývá jen zlomek nákladů, kterým čelí starší lidé, kteří se musí spoléhat na 24hodinovou péči. Pro tisíce seniorů se staly alternativou levnější pečovatelské domy ve východní Evropě. (DW, 2013).

Se zákonem o povoláních v péči o staré lidi federální vlády, který vstoupil v platnost dne 1. srpna 2003, bylo vzdělání v péči o seniory poprvé regulováno celostátně. Na druhou stranu vzdělávání v oblasti geriatrické péče je stále regulováno federálními státy. Cílem zákona o geriatrické péči je zajistit jednotnou úroveň vzdělání v celostátním měřítku, zatraktivnit profesní profil a celkově dát profesi jasný profil. Toho se dosáhne celostátní jednotnou regulací vzdělávacích struktur, vzdělávacím obsahem a požadavky na zkoušky. Minimální požadavky na výcvik podle *Altenpflegegesetz*, jakož i podrobnosti o státní zkoušce jsou stanoveny ve školicích a zkušebních předpisech pro povolání geriatrické sestry. Od roku 2020 začne platit nový zákon o vzdělání dle reformy zákona o ošetrovatelské péči (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, 2018).

2.5.2 Klíčové charakteristiky posouzení oprávněnosti nároku zájemce pro vstup do sociální služby

Německý systém sociální podpory nerozeznává druhy sociálních služeb tak, jak jsou členěny např. v ČR (zákonem nejsou definovány druhy služeb jako např. pečovatelská služba). Nejsou ani samostatně vymezeny služby určené primárně pečujícím osobám. O službách se hovoří v souvislosti s tím, že osoba odkázaná na péči druhých se může rozhodnout, zda využije péči v domácím prostředí nebo ve specializovaných zařízeních, tzv. Heimen. Některé z nabízených služeb však mohou nepřímo podpořit také pečující osoby. (Geissler a kol., 2015)

Osobám závislým na LTC, převážně v nižších stupních závislosti, je v Německu potřebná péče poskytována především v *domácím prostředí* prostřednictvím blízkých osob (manžel/manželka, děti). Pokud to není možné, je tato péče zajišťována nebo doplňována *domácí pečovatelskou službou, kombinovanými službami*, prostřednictvím *smlouvy s vlastním pečovatelem, alternativní formou bydlení* (Wohngemeinschaft). Vedle domácí péče je využívána i *částečně stacionární péče* (péče krátkodobá a péče denní, popř. noční.)

(Bundesministeriums für Gesundheit, 2016a; Křepelka, 2011; Kahovcová, 2014; Geissler a kol., 2015).

Pokud se osoba rozhodne pro péči ve specializovaných zařízeních, tak podle § 2 SGB XI si sama může vybrat mezi zařízeními a službami různých poskytovatelů. Jejich přání pomoci by mělo být, pokud je to vhodné, splněno v rámci nároku na dávky. Dle § 11 SGB XI pečovatelské domy pečují a starají se o pacienta v souladu s obecně uznávaným stavem lékařských a ošetrovatelských znalostí. Obsah a organizace služeb musí zaručit humánní a aktivační péči při respektování lidské důstojnosti. Při provádění zákona SGB je třeba dbát na zajištění rozmanitosti poskytovatelů zařízení péče a na respektování jejich sebepoznání a nezávislosti. Je třeba brát v úvahu poslání církevních organizací a dalších organizací sociální péče o výchovu, péči a pohodlí nemocných, křehkých a potřebných lidí. Nezávislí a soukromí poskytovatelé mají přednost před veřejnými agenturami.⁴⁹ (Sozialgesetzbuch (SGB XI) Elftes Buch Soziale Pflegeversicherung, 2017) Zabezpečení LTC je tak zaručeno prostřednictvím smluv mezi pojišťovny LTC a poskytovateli LTC. Ty jsou odpovědné za zajištění kvality (vnitřní řízení kvality/struktura a proces). Pracovníci pojišťoven dohlíží na kvalitu péče poskytované v pečovatelských zařízeních a mají sankční pravomoci.

Osoba, která potřebuje péči, může využít *stacionárních služeb* pro seniory⁵⁰. Kromě standardních pojmů pro rezidenční zařízení pro seniory (stacionářů) jako „Altenheim“ nebo „Pflegeheim“ se stále více používají různá označení jako pojmy ústav sociální péče (domov) pro starší lidi, domov s pečovatelskou službou,

⁴⁹ V roce 2003 byla vypracována také Charta práv pro osoby v dlouhodobé péči a pomoci (Charter of Rights for People in Need of Long-term Care and Assistance) (German Institute for Human Rights, 2016).

⁵⁰ Neformální péče v Německu dominuje, tamní pečovatelská dávka má podpůrný význam – proto se lze setkat s charakteristikou německého systému LTC péče jako subsidiárního modelu. (Plattner et al., 2003, Vostatek, 2015). Klienti jsou v Německu v ústavech většinou umístěni v jednolůžkových pokojích; ve dvoulůžkových pokojích žije 39 % klientů. (Vostatek, 2015). V současné době je v Německu asi 12 000 zařízení stacionární péče, které provozují různí poskytovatelé. Asi polovinu všech institucí provozují neziskové organizace, jako jsou církve nebo charitativní organizace. Existují také soukromí provozovatelé (malé podniky) a soukromí provozovatelé (řetězové společnosti), každý s asi 15 %. Zbývajících 10 % provozují veřejné instituce. (IhrHeimPlatz.de., 2018) Právní podmínky, za nichž fungují soukromé a charitativní organizace však nejsou stejné. Spolu s daňovými úlevami pro neziskové charitativní organizace ovlivňuje tyto skupiny jiný právní předpis: charitativní organizace mohou platit příspěvky dobrovolníkům, kteří jsou blízcí lidem, kteří potřebují péči. Tyto platby jsou osvobozeny od daní a požadavků na sociální zabezpečení. Počet soukromých poskytovatelů služeb v posledních letech prudce vzrostl. (DW, 2018)

domov pro seniory, Centra pro seniory, Rezidence pro seniory, Bydlení pro seniory, Asistované bydlení (Altenpflegeheim, Seniorenpflegeheim, Seniorenheim, Seniorenzentrum, Seniorenresidenz, Seniorenwohnpaar betreutes Wohnen). Základní rozdíl mezi pojmy Altenheimen a Pflegeheim byl v minulosti vždy definován potřebnou péčí. (IhrHeimPlatz.de, 2018)

Zatímco v zařízeních s pečovatelskou službou (Pflegeheimen, Seniorenpflegeheimen, Altenpflegeheimen) je poskytnutí péče prvořadným cílem a zařazení do určitého stupně péče je základním předpokladem pro přijetí do tohoto zařízení, v dalších typech seniorských zařízení převládá nezávislý život, většinou jen s potřebami minimální péče.

Dle Křepelky (2011) tak lze v Německu rozlišit tři obecné stupně zařízení:

- a) Altenwohnheim (Senioreheim) (podle české terminologie lze přeložit jako „penzion pro seniory“) – poskytuje především ubytovací služby pro jinak samostatné a soběstačné seniory, kteří si sami vedou domácnost. Některé tyto penziony mají i pečovatelská oddělení pro své momentálně nemocné obyvatele.
- b) Altenheim („domov pro seniory“) – nabízí vedle ubytování i základní sociální služby jako je úklid a obstarávání jídla. Je určen pro seniory, kteří nejsou zcela odkázáni na péči, ale již sami nezvládnou obstarat kompletně svoji domácnost.
- c) Altenpflegeheim („domov s pečovatelskou službou“) – nejpočetnější skupinou je Altenpflegeheim, který poskytuje 24 hodinovou ústavní péči závislým osobám.

Pro zabezpečení péče v zařízení je nutné podat žádost u pečovatelského fondu (Pflegekasse), viz výše. (AWO, 2017) Požadavky na přijetí s vyšší potřebou péče (dříve úroveň péče 2) a nejtěžší potřebou péče (dříve úroveň 3) nadále stoupají jako kritérium pro přijetí do zařízení (IhrHeimPlatz.de., 2018).

Povolené pečovatelské domy a pečovatelské služby obdrží prostředky v souladu s § 82 SGB XI. za poskytování všeobecné péče (příspěvek na ošetřovatelskou péči), jakož i přiměřenou úhradu za ubytování a stravu pro účely lůžkové péče. Příspěvek na péči nese pacient nebo jeho plátcí. Zvláště povaha, výše a doba trvání, jakož i rozdělení odděleně vyčíslitelných výdajů na osoby vyžadující péči,

včetně zohlednění paušálních nákladů na údržbu a opravy, jakož i základní obsazenost jsou určeny podle zákona dané země. Paušální částky musí být úměrné skutečné výši nákladů na údržbu a opravy. Instituce, které nejsou financovány dle státního práva, mohou samostatně vypočítat provozně potřebné investiční výdaje pro osoby, které potřebují péči, bez souhlasu příslušného státního orgánu. (Sozialgesetzbuch (SGB XI) Elftes Buch Soziale Pflegeversicherung, 2017)

Náklady na péči, ubytování, stravu a investice se v každé z pečovatelských institucí v Německu velmi liší. (AWO, 2018) Náklady na pobyt v ošetřovatelském domově se skládají ze čtyř podoblastí (AWO, 2017; BAGSO, 2018):

- a) Náklady na ošetřovatelství a péči zahrnují náklady na ošetřovatelství, sociální péči a lékařskou péči. Náklady na vzdělání.
- b) Náklady na ubytování a stravování zahrnují náklady na stravování, domácí služby, stejně jako náklady na spotřebu (např. vytápění).
- c) Investiční náklady zahrnují náklady na údržbu domu.
- d) Dodatečné náklady na další služby, jako je telefon, televize nebo speciální pohodlné pokoje apod.

V případě, že je žadatel zařazen do určitého stupně péče, pečovatelské fondy se účastní na pokrytí nákladů ústavní péče, ubytování a stravování, investičních nákladů. Výše účasti fondu pro ošetřovatelskou péči (maximální strop) závisí na určeném stupni péče (0-5). Od reformy zákona v roce 2017 nejsou náklady na denní péči v pečovatelském domově nadále závislé na úrovni péče. Nyní každý rezident platí vlastní stejný příspěvek na náklady péče (einrichtungseinheitlichen Eigenanteil, dále jen EEZ) bez ohledu na úroveň péče. To znamená, že osoba s úrovní stupně péče 2 má stejnou spoluúcast (gleichen Eigenanteil) na náklady na péči jako osoba s vyšším stupněm potřebnosti 5.

Před rokem 2017 tak bylo pro pečující příbuzné důležité, aby osoba, která potřebuje péči v pečovatelském domově, nebyla zařazena do vyšší úrovně péče, protože čím vyšší úroveň péče, tím vyšší jsou náklady na péči. V důsledku toho se také zvýšily dodatečné platby na náklady na péči.

Jednotný vlastní příspěvek se vztahuje pouze na náklady na péči a nikoli na náklady na pobyt (stravné, ubytování a investiční náklady). (Pflege durch Angehörige, 2019).

Celkové náklady jsou však většinou mnohem vyšší než platby fondů péče. Zbývající náklady musí hradit rezident z vlastních zdrojů – důchodu, příjmu z pronájmu, stávajícího majetku nebo z příjmu příbuzných (partner, děti, v určitých případech vnoučata)⁵¹. Pokud nemá pacient k dispozici žádné vlastní příjmy nebo příjmy příbuzných, může požádat *Úřad sociálního zabezpečení (Sozialamt)* o *sociální pomoc* dle §§ 61- 66 SGB XII. Zde se ověřují vlastní příjmy a finanční situace ošetřovaného, stejně jako jeho rodinných příslušníků (zvažují se také neodděleně žijící partneři, rodiče, děti). (IhrHeimPlatz.de., 2018) Právo na sociální pomoc pro LTC vzniká pouze tehdy, když nemá senior dostatek finančních prostředků, a také, když se nemůžou podílet na úhradě nákladů příbuzní. Jak velkou část nákladů převezme Úřad sociálního zabezpečení, závisí na typu požadované péče (lůžková, ambulantní), rodinném stavu a určitém příjmovém limitu. Částky nad tento limit musí být zaplacený jako vlastní příspěvek na náklady na péči (Eigenanteil). Pro ambulantní péči, např. pro financování ošetřovatelské služby je stanovena individuální hranice příjmu (§§ 85 a SGB XII). Hranici příjmu

⁵¹ *Do jaké míry jsou příbuzní zodpovědní za úhradu nákladů je velmi odlišné a závisí na mnoha faktorech, jako je rodinný stav, příjem, výdaje na bydlení nebo odchod do důchodu atd., ale také na osobní životní úrovni. Zájem státu není, aby se manžel/manželka či děti staly z důvodu hrazení nákladů na péči sociálně slabými. Existuje tak mnoho způsobilých výdajů - položek, které jsou v tzv. ochraně majetku (Schonvermögen - majetek, který nesmí být použit k vypořádání domácích nákladů) a nesmí být dotčeny, jako například nemovitost klienta (podmínkou je, že byt nebo dům zůstane ve velikosti v přiměřeném rozsahu., pokud je nemovitost obývána manželkou/manželem, započítává se také do chráněného majetku), dále renovační práce na nemovitosti, zabezpečení na stáří jako je důchod do určitého příjmu, vkladní knížky, zlato a cenné papíry (jako penzijní fond), pronájem, kapitálové životní pojištění. Tento majetek a další výdaje snižují čistý měsíční příjem, který je základem pro výpočet dodatečné platby – výživného. Mezi tyto výdaje patří například výdaje na vzdělávání a studium dětí, hotovost do jisté částky, cestovní výdaje na pracoviště, cestovní náklady do pečovatelského domu, výdaje na péči o děti, zdravotní pojištění včetně spoluúčasti, splátky, výdaje na vlastní životní standard, náklady na záliby, na dovolenou, hudební nástroje, hudební výchovu a jiné dle každého jednotlivce. Nakonec to znamená, že čím více má výdajů závislá osoba a jeho rodina, tím méně musí doplácet rodinnému příslušníkovi, který potřebuje péči. Pod ochranný majetek tak spadá vše, co zabezpečuje vlastní životní osoby s vyživovací povinností. Děti rovněž nejsou vždy povinné hradit náklady, platby mohou odmítnout, a to pokud rodiče hrubě porušili vyživovací povinnosti svých dětí v předchozích letech. (Pflege durch Angehörige, 2019). Děti tak musí platit pouze za své rodiče, pokud mají příjem nad určitou úroveň. Výše výživného na rodiče, kteří potřebují péči v domově, se vypočítává následovně: každá osoba může nejprve požádat o odpočitatelnou částku ve výši 1 800 EUR (v případě manželského páru 3 240 EUR), která se odečte od tzv. upraveného čistého příjmu (příjem upravený o Schonvermögen - viz výše). Polovina zbývající částky pak představuje částku, kterou musí děti přispívat rodičům na hrazení nákladů.*

tvorí základní částka tzv. Grundbetrag (rovnající se dvojnásobku úrovně standardní úrovně péče 1 podle § 28), náklady na ubytování a rodinný příspěvek ve výši 70 % standardní úrovně péče podle dodatku k § 28 pro manžela/manželku nebo partnera, který není samostatně žijící. Pokud příjem přesahuje tento limit, existuje povinnost přispívat na náklady na péči. U lůžkové péče musí být pro péči využívány také příjmy pod prahovou hodnotou příjmu. Jednotlivé osoby, které péči potřebují, musí obecně vynaložit veškerý svůj příjem na pokrytí nákladů na ošetrovatelskou péči. Pro splnění osobních potřeb v zařízení se vyplácí pouze kapesné ve výši 110,43 EUR za měsíc (27 % úrovně stupně potřebnosti). Navíc, pro těžce zdravotně postižené osoby (úroveň péče 4 nebo 5) a nevidomé (pomoc pro nevidomé) se započítává pouze maximálně 40 % příjmů nad tento příjmový limit (§ 87 SGB XII). Sociální pomoc může pokrýt náklady v celé šíři za osoby, na které se nevztahuje zákonné zdravotní pojištění. Zohlednění příjmů při sociální pomoci je upraveno § 82 SGB XII⁵². (Wohen in Alter, 2019)

2.5.3 Vybraní poskytovatelé sociálních služeb

Příklady zařízení péče pro seniory

Jednotlivá zařízení se liší svými službami, podmínkami přijetí i cenami za služby.

Haus Dr. Arno Philippsthal, Berlín

Společnost Alpenland Gruppe Berlin na základě dlouholetých zkušeností vypracovala nejdůležitější kritéria pro poskytování moderní péče. Cílem je provozovat moderní, důvěryhodná a perspektivní zařízení, která se soustředí na základní věci: zájmy a pohodu klientů – seniorů. Společnost nabízí plnou ambulantní péči v sedmi zařízeních v Berlíně, mobilní pečovatelské služby, denní péči a péči o osoby se zdravotním postižením. Dále nabízí ubytování pro seniory v okrese Marzahn-Hellersdorf bez ohledu na potřebu péče. Jedním se zařízení je také domov pro seniory Haus Dr. Arno Philippsthal v Berlíně, který již 15 let

⁵² Zahnují se veškeré příjmy v daňovém smyslu, např. z výtěžné činnosti, pronájmu a leasingu, podnikání, kapitálového majetku nebo údržby. Většina sociálních výhod, např. dávky sociálního pojištění (dávka v nezaměstnanosti, dávka v nezaměstnanosti II, důchod atd.), příspěvek na bydlení, příspěvek na mateřskou dovolenou, příspěvek na děti, příspěvek na děti pro dospělé děti (příspěvek na děti pro nezletilé děti se považuje za příjem dítěte), nemocenské, rodičovský příspěvek přesahující 300 EUR a příspěvek na péči o dítě. Zohledňují se také všechny dostupné úspory a aktiva. Nedotčený zůstává majetek výši 2 600 EUR. (Wohen in Alter, 2019)

zabezpečuje stacionární péči, péči o osoby s vážným postižením a s kombinovaným postižením, stejně jako o osoby v rehabilitační fázi F/(Apalický syndrom neboli vegetativní stav). Rezidence má 102 jednolůžkových pokojů a 24 dvoulůžkových pokojů. Rezidence nabízí 110 plně stacionárních míst, 32 míst pro osoby s postižením a 8 míst pro osoby s apalickým syndromem. Potřeby obyvatel jsou tak velmi odlišné. Každý jednatel potřebuje individuální pozornost. Tým zaměstnanců se sestává ze zdravotních sester, sociálních pracovníků, ošetřovatelek a pečovatelů (Porsch-Porep, 2018).

O vstupu do zařízení rozhoduje sociální pracovnice, zájemce musí splnit následující kritéria. Zájemce o služby domova musí před vstupem předložit následující dokumenty: odborný znalecký posudek od lékaře či nemocničního zařízení, rozhodnutí o stupni péče, rozhodnutí o přidělení sociální pomoci, rozhodnutí o výši penze, plnou moc/zmocnění pečovatele. Při nástupu do zařízení: zájemce o umístění do domova vyplní přihlášku – formulář, který obsahuje osobní údaje žadatele, preferovaný typ ubytování, kontakty na rodinné příslušníky, zmocněnce, údaje o lékaři. Náklady na pobyt v zařízení přebírá sám klient (hradí z příjmu a majetku), Fond péče (Pflegekasse) nebo sociální úřad. Pokud klient není sám schopen náklady hradit, může požádat o úhradu ze strany instituce sociální pomoci.

Tabulka 2.8: Celkové měsíční náklady klienta (tzv. Eigenanteil) na jednolůžkový pokoj (EUR).

Úroveň péče	Náklady na péči (dle zákona)			Náklady nezávislé na péči (měsíční náklady celkem)	Celkové náklady klienta
	Náklady/měsíc	Příspěvek z Fondu péče	Náklady celkem		
1	1 178,78	125,00	1 053,78	634,56	1 688,34
2	1 508,53	770,00	738,53	634,56	1 373,09
3	2 000,42	1 262,00	738,42	634,56	1 372,98
4	2 513,60	1 775,00	738,60	634,56	1 373,17
5	2 743,58	2 005,00	738,58	634,56	1 373,14

Zdroj: Porsch-Porep (2018)

ST. JAKOB Zittauer Alten- und Pflegeheim GmbH, Zittau

V prvním domově rezidence, Haus I – Innere Weberstraße 4 se nachází 34 jednolůžkových a 17 dvoulůžkových pokojů, s 68 stacionárními místy a 8 místy krátkodobé péče. Předpokladem pro zařazení do tohoto zařízení je schválení

alespoň druhého stupně péče. Přístup bez schválení ošetřovatelské péče není v zařízeních možný. Zájemce o umístění do domova vyplní přihlášku – formulář, který obsahuje osobní údaje žadatele, preferovaný typ ubytování, kontakty na rodinné příslušníky, zmocněnce, údaje o lékaři, údaje o Fondu péče (Pflegekasse) a zdravotní pojišťovně, sociální pomoci, zdravotním stavu. Informace o vstupu podává zájemci kancelář sociálních služeb daného zařízení.

Zařízení naplňuje standardy kvality, vysoké hodnocení kvality domova dle MDK. (ST. JAKOB Zittauer Alten- und Pflegeheim GmbH, 2018)

Tabulka 2.9: Náklady na stacionární péči (EUR)

Úroveň péče	Náklady na péči a pobyt/měsíc	Příspěvek z Fondu péče	Celkové náklady klienta
2	2 137,92	770,00	1367,92
3	2 629,81	1262,00	1367,81
4	3 142,00	1775,00	1367,90
5	3 372,97	2005,00	1367,97

Zdroj: ST. JAKOB Zittauer Alten- und Pflegeheim GmbH, (2018)

2.5.4 Shrnutí

Pojištění LTC chrání potřeby seniorů (a osoby se zdravotním postižením) je projevem solidarity a umožňuje jim vést nezávislý život, jak je to jen možné. Služby LTC doplňují péči poskytovanou rodinnými příslušníky, sousedy a dalšími dobrovolníky. Pojištění LTC je tedy plné pojištění. Představuje základní sociální zabezpečení v podobě podpůrné pomoci a výhod pojištěných. Významnou oblastí sociálních služeb v Německu představují služby pro starší občany a seniory.

A/ Jaké jsou procesy vstupu do sociální služby?

Zapojení do sociálních služeb je posuzováno dle rozsahu potřebné pomoci (zdravotního stavu) - dle stupňů péče a naléhavosti. Osoba odkázaná na péči druhých se může rozhodnout, zda využije péči v domácím prostředí nebo v pobytových zařízeních. Pojištění LTC, ze kterého plyne příspěvek na péči, je v Německu povinné a podílí se na něm také senioři.

B/ Jaká je odbornost pracovníků, kteří řeší vstup žadatele do sociální služby?

Německo je jednou z mála zemí OECD, která má akreditaci jak pro pečovatele v zařízeních tak pro domácí pečovatele. Akreditace vyžaduje poskytování systémů řízení jakosti (jako je ISO nebo E-Qulin). Minimální standardy byly vždy aktualizovány a jsou obecně uznávány jako současný stav v ošetrovatelské péči. Fondy LTC musí nabízet školení o péči pro rodinné pečovatele a dobrovolníky.

C/ Pokud se rozhoduje multidisciplinárně, kdo je členem týmu, dle druhů služeb?

O vstupu do sociální služby rozhoduje sociální pracovník na základě přiznaného stupně péče získaného hodnocením zdravotního stavu provedeného lékařem.

D/ Jaká jsou kritéria pro vstup do jednotlivých druhů, forem služeb?

V zařízeních dlouhodobé pobytové péče (stacionární péče) je zařazení do určitého stupně péče základním předpokladem a kritériem pro přijetí do tohoto zařízení (alespoň stupeň 2). Stupeň péče je také kritériem pro získání příspěvku na péči, který umožňuje osobě, která péči potřebuje, pokrýt potřebnou sociální službu (ať už je to neformální péče (poskytována rodinnými příslušníky, blízkými, sousedy), domácí péče prostřednictvím ambulantních či pečovatelských služeb či péče v pobytovém zařízení LTC (stacionární péče)). Tato dávka hraje důležitou roli v možnosti vstupu do sociální služby v podobě částečného krytí nákladů na péči. Inspirací pro ČR může být nastavení výše příspěvku na péči, který se diferencuje v závislosti na typu poskytované péče: dávky na domácí péči, ambulantní (nebo jejich kombinace), na péči krátkodobou, částečně stacionární a plně stacionární, včetně rozlišení dávek pro osoby s postižením; věcné a peněžní dávky a také dávky pro osobu potřebující péči a dávky pro osoby, které péči poskytují. Rodinní příslušníci pečující o příbuzné mohou čerpat různé podpůrné nástroje. Zájemce o pobytovou službu si může volně vybrat zařízení v kterékoli zemi, bez ohledu na místo svého bydliště. Zájemce o služby domova pro seniory (ústavní zařízení) musí před vstupem předložit následující dokumenty: odborný znalecký posudek od lékaře či nemocničního zařízení, rozhodnutí o stupni péče, rozhodnutí o přidělení sociální pomoci, rozhodnutí o výši penze, plnou moc/zmocnění pečovatele. Při

nástupu do zařízení: zájemce o umístění do domova vyplní přihlášku – formulář, který obsahuje osobní údaje žadatele, preferovaný typ ubytování, kontakty na rodinné příslušníky, zmocněnce, údaje o lékaři.

E/ Kdo odpovídá za vstup zájemců do sociální služby?

Pro zabezpečení péče je nutné mít příspěvek na péči, o kterém na základě zprávy MDK rozhoduje Fond péče (Pflegekasse). Lze tak konstatovat, že za vstup do sociálních služeb zodpovídá Fond péče.

F/ Jakými metodami jsou hodnoceny potřeby klienta a v jakém rozsahu?

Před vstupem do sociální péče probíhá testování zdravotního stavu. Zdravotní pojišťovna (jeden pracovník MDK) na základě zdravotního stavu (posouzení dle šesti modulů) rozhoduje o přidělení stupně péče 1 až 5 (lékař může poskytnout doporučení), stupně péče mohou být v průběhu poskytování péče přehodnoceny, přičemž rozhodnutí, zda má být MDK provedeno další hodnocení, je vždy individuální a závisí na konkrétním případě. Od stupňů péče se odvíjí výše peněžité dávky, která není závislá na příjmu.

G/ Jak zabránit již při procesu vstupu do sociální služby nadužívání pobytových služeb a tím podpořit terénní služby?

S problémem nadužívání pobytových služeb se Německo nepotýká z důvodu samotného nastavení systému poskytování péče prostřednictvím pojištění LTC. Cílem zavedení pojištění LTC v roce 1995 je podpořit rodinnou péči a omezit rozsah pobytu v stacionárních zařízeních. (Shade, Uelze, 2018). Tento přístup může být inspirací pro ČR.

H/ Jaké jsou možnosti odmítnutí zájemce o sociální službu?

Odmítnutí může nastat při nesplnění kritérií daného zařízení: dostatečné prostředky na úhradu pobytu v zařízení – posuzuje se příjem a majetek žadatele a jeho příbuzných; stupeň péče – podkladem pro rozhodnutí je stanovisko MDK; volná kapacita zařízení.

!/ Probíhají v rámci procesu vstupu do sociální služby ve sledovaných zemích majetkové a příjmové testy zájemců?

Vstup do sociální služby je založen na potřebnosti péče. Náklady vstupu do pobytového zařízení pro seniory se však liší v jednotlivých zemích, ale výše pojištění je stejná ve všech spolkových zemích a zahrnuje náklady na ubytování, stravu a samotnou péči. Dodatečná platba za lůžkovou péči je od roku 2017 pro všechny úrovně péče stejně vysoká (rezident platí vlastní stejný EEZ) bez ohledu na stupeň péče. Jednotná výše příspěvku se vztahuje pouze na náklady na péči a nikoli na náklady na stravné, ubytování a investiční náklady.

Peněžitý příspěvek LTC, který plyne přímo do daného zařízení, však nepokrývá celkové náklady na poskytnutí sociální služby. Zbytek nákladů musí hradit klient z dalších vlastních finančních prostředků, které dokládá ve vstupní přihlášce do daného zařízení LTC (důchod, výše sociální pomoci, příjem z pronájmu, stávajícího majetku nebo z příjmu příbuzných). Do jaké míry jsou příbuzní zodpovědní za úhradu nákladů, je velmi odlišné a závisí na mnoha faktorech (rodinný stav, příjem, výdaje na bydlení, životní úroveň aj.). Při testování příjmu a majetku se musí brát ohled na majetek a způsobilé výdaje, které jsou v tzv. ochraně majetku (Schonvermögen), což je majetek, který nesmí být použit k vypořádání nákladů za péči.

Pokud osoba není schopna náklady hradit, může požádat o sociální pomoc, přičemž přidělení finanční pomoci záleží na příjmu žadatele, tzn. Úřad sociálního zabezpečení (Sozialamt) zkoumá výši příjmu a majetku žadatele a jeho rodinných příslušníků (partneři, děti), jejichž výši uvede žadatel do příslušného formuláře. Právo na přidělení sociální pomoci nastává pouze tehdy, když nemá osoba dostatek finančních prostředků, a také, když se nemohou podílet na úhradě nákladů příbuzní. Jak velkou část nákladů převezme Úřad sociálního zabezpečení, závisí na typu požadované péče (lůžková, ambulantní), rodinném stavu a určitém příjmovém limitu. Pro ambulantní péči, např. pro financování ošetrovatelské služby, je stanovena individuální hranice příjmu (§§ 85 a SGB XII). Úřad sociálního zabezpečení pak může rozhodnout o tom, zda zájemce může být přijat do daného pobytového zařízení či nemůže (jelikož tento typ zařízení je z hlediska nákladů nejdražší). Například zájemci se stupněm péče 1 je péče

v domově pro seniory zamítnuta (pokud není samoplátce v soukromém zařízení)
a rozhodne o poskytnutí domácí péče.

2.6 Polsko

Polsko, oficiálně Polská republika (Rzeczpospolita Polska), je svou rozlohou asi čtyřikrát větší než Česká republika a v současné době má necelých 39 milionů obyvatel. Je parlamentní republikou, od roku 2004 je členským státem Evropské unie. Současná sociální politika v Polsku je kromě jiného ovlivněna mnoha historickými událostmi a zároveň silnou náboženskou tradicí. Většina obyvatel Polska se hlásí ke katolické víře. Vztah obyvatel Polska k církvi je zásadně jiný, než je tomu v České republice, v životě většiny Poláků hraje církev významnou roli. V souvislosti s tímto faktem se někdy můžeme setkat s dosti radikálními reakcemi na různé situace (např. umělé přerušování těhotenství, které je v Polsku zakázané). Na druhou stranu je ve spoustě rodin péče o člověka odkázaného, z důvodu stáří, nemoci či jiných okolností, na péči druhé osoby, vnímána jako něco naprosto samozřejmého. Role členů rodiny jako neformálních pečovatelských je v Polsku stále silně zakořeněna a rodina je chápána jako primární zdroj pomoci a podpory lidem závislým na druhých. Samotný stát očekává od rodiny vysokou míru podílu na péči o její jednotlivé členy a svoji podporu garantuje spíše jako jistou možnost poslední záchrany. Neformálním pečovatelským však je ze strany státu věnována celkem malá pozornost. Jistou změnu lze snad očekávat v následujících letech, a to s ohledem na v letošním roce přijatou strategii zaměřenou na pomoc a podporu osobám v seniorském věku, ve které je o nutnosti podpory neformálních pečovatelských zmínka. Sociální pomoc a síť sociálních služeb se ale i v Polsku v posledních letech neustále rozšiřuje.

2.6.1 Obecný popis systému sociálních služeb včetně základního legislativního rámce

Ústředním orgánem státní správy zabývající se sociální problematikou je Ministerstvo pro rodinu, práci a sociální politiku. Významné úkoly a kompetence v sociální oblasti jsou ze zákona vymezeny zejména samosprávám, přičemž na rozdíl od České republiky má Polsko územní samosprávu třístupňovou. Jedná se o obce (gminy), samosprávné okresy (powiaty) a vojvodství (województwa).

V posledních letech je v Polsku kladen důraz na decentralizaci veřejné moci, kdy územní samospráva je součástí výkonu veřejné moci, záležitosti, které jsou jí

svěřeny, vykonává svým jménem a na vlastní odpovědnost. Samosprávy hrají v Polsku v rámci systému sociální pomoci zásadní roli.

Územní samosprávy zodpovídají za praktické naplňování opatření na ochranu a podporu rodin, seniorů, osob bez domova, osob se zdravotním postižením a dalších zranitelných skupin obyvatel na území svého správního obvodu. Mají celou řadu oprávnění, ale také povinností, jako například povinnost zajistit na území obce, samosprávného okresu či kraje občanům odpovídající sociální služby, povinnost podílet se na financování služeb, koordinovat jejich činnost, stanovit výše úhrad. Do kompetencí samospráv patří také provádění sociálních šetření, pověření sociální pracovníci jsou oprávněni a zároveň povinni provádět kontrolní činnost v zařízeních poskytujících sociální služby. Cílem zákonných opatření směrem k obcím je jejich co možná největší angažovanost v pomoci potřebným občanům, opatření ale zároveň směřují k tomu, aby do pobytočných služeb nebyli lidé umisťováni, pokud se neprokáže důvodnost jejich umístění nebo, je-li to nezbytné, aby byli umisťováni do zařízení co nejbližší jejich dosavadnímu bydlišti. Do jisté míry se tak zabrání nadužívání zejména pobytočných služeb a v situacích, kdy je využití pobytočné služby konkrétním klientem opravdu nezbytné, nemusí být nutně vytržen ze svého původního prostředí a zůstávají mu zachovány vazby na rodinu a přátele. Obce jsou zároveň „tlačeny“ k zajišťování finančně méně nákladných, ale pro klienta z různých důvodů mnohem výhodnějších terénních služeb.

V době, kdy fungovaly pobytové sociální služby zřizované pouze státem a obce se na provozu nijak nepodílely, bylo poměrně častým jevem umístění starší osamělé osoby do pobytočné služby za účelem uvolnění jejího bytu. V zařízeních tak byli umístěni lidé různého věku, s různými potřebami, mnozí z nich přitom měli ještě dostatek kompetencí zůstat ve svém původním prostředí. Podobným situacím chce současná legislativa zabránit.

Kromě samospráv zřizují a provozují sociální služby v Polsku také církve, především církve katolická, církevní sdružení, spolky a další nestátní subjekty.

Jak již bylo řečeno, polský systém sociální pomoci je nastaven s důrazem na využití potenciálu rodiny jako významného aktéra pomoci osobě, která z důvodu věku, neuspokojivého zdravotního stavu či zdravotního postižení vyžaduje péči

druhé osoby, zároveň také na osobní odpovědnosti každého jedince a na maximálním využití jeho vlastního potenciálu. Teprve poté, kdy se šetřením prokáže, že žadatel o pomoc (službu) nemá možnost zajistit si své potřeby vlastními silami či za pomoci příbuzných, je možné mu sociální pomoc poskytnout.

Základním právním předpisem v sociální oblasti je Zákon o sociální pomoci - Ustawa z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej⁵³, naposledy novelizovaný v roce 2018 - Ustawa z dnia 8 lutego 2018 r. o zmianie ustawy o pomocy społecznej.⁵⁴

Samotná novela vykazuje oproti původnímu znění zákona změny především v oblasti služeb pro osoby bez přístřeší. Jako služby pro osoby bez přístřeší jsou zákonem vymezeny noclehárny, útulek pro osoby bez přístřeší a útulek pro osoby bez přístřeší s poskytovanou péčí. Posledně jmenované zařízení je určeno osobám bez přístřeší, které s ohledem k věku, onemocnění či postižení potřebují částečnou péči a pomoc při uspokojování základních životních potřeb, nemají ale potřeby vyžadující poskytování nepřetržité péče, včetně péče ošetřovatelké a lékařské.

Pokud má útulek pro osoby bez přístřeší s poskytovanou péčí místa pro osoby bez přístřeší, které péči nepotřebují, je takovým osobám služba poskytovaná pouze v omezené míře v souladu se standardem pro útulek pro osoby bez přístřeší.

V odůvodněných případech zákon umožňuje využití služeb útulku pro osoby bez přístřeší s poskytovanou péčí osobám bez přístřeší, u kterých bylo rozhodnuto o umístění do Domu sociální péče, a to po dobu, kdy daná osoba na umístění čeká. Tato doba však nesmí přesáhnout čtyři měsíce.

V souvislosti s požadavky na dodržování minimálního standardu služeb a minimálního provozního standardu, včetně zajištění odpovídajících hygienických podmínek a podmínek pro odpočinek, novela kromě výše uvedených pobytových zařízení uvádí také „teplý prostor“ pro osoby bez přístřeší (lze přirovnat k „teplé židli“ v některých azylových domech v ČR).

⁵³ <http://prawo.sejm.gov.pl/isap.nsf/download.xsp/WDU20040640593/U/D20040593Lj.pdf>

⁵⁴ USTAWA z dnia 8 lutego 2018 r. o zmianie ustawy o pomocy społecznej. Dostupné z: <https://www.infor.pl/akt-prawny/DZU.2018.070.0000700,ustawa-o-zmianie-ustawy-o-pomocy-spolecznej.html>.

U zařízení provozovaného obcí vydává obec osobě bez přístřeší, která má v dané obci místo pobytu, rozhodnutí o poskytnutí konkrétní služby. Pokud obec příslušné zařízení neprovozuje, může uzavřít s jinou obcí smlouvu o využití pevně daného počtu míst v jejím zařízení.

Registr zařízení pro osoby bez přístřeší vede vojvoda. Údaje v registru se týkají jak zařízení provozovaných obcí, tak jinými subjekty. Má-li obec v zařízení pro osoby bez přístřeší, které sama provozuje, místa pro obyvatele jiné obce, obsahuje registr identifikační údaje smluvní obce a počet míst v zařízení, na která se smlouva vztahuje.

V roce 2018 byl Radou ministrů schválen významný dokument pod názvem **Sociální politika vůči starším občanům 2030. Bezpečnost - Účast – Solidarita.** - *Polityka społeczna wobec osób starszych 2030. Bezpieczeństwo – Uczestnictwo – Solidarność.* Za koordinaci činností plánovaných v dokumentu bude zodpovědný ministr rodiny, práce a sociální politiky. Dokument předpokládá realizaci řady akcí pro osoby seniorského věku, navíc v něm byly poprvé zakotveny návrhy aktivit zaměřených na osoby seniorského věku závislé na péči druhých osob, a to:

- a) Snižování rozsahu závislosti na druhých prostřednictvím usnadnění přístupu ke službám, které posilují nezávislost a zároveň přizpůsobení prostředí, ve kterém se starší lidé pohybují, jejich funkčním schopnostem
- b) Zajištění optimálního přístupu k rehabilitaci, zdravotnickým, ošetrovatelským a pečovatelským službám přizpůsobeným potřebám starších nesoběstačných osob
- c) Vytvoření sítě terénních a institucionálních služeb poskytovaných nesoběstačným osobám
- d) Na straně veřejných institucí vytvoření systému podpory neformálních pečovatелů pečujících o starší nesoběstačné osoby.⁵⁵

Aktuálně je upravena také činnost Domů sociální péče, a to **Nařízením ministra rodiny, práce a sociální politiky ze dne 23. srpna 2018** - viz oznámení ministra - *Obwieszczenie Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 23 marca*

⁵⁵ Dokument pt. "Polityka społeczna wobec osób starszych 2030. Bezpieczeństwo – Uczestnictwo – Solidarność" [2018-12-06]. Dostupné z: http://senior.gov.pl/polityka_dlugofalowa/pokaz/408

2018 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej w sprawie domów pomocy społecznej.⁵⁶

Zákon o sociální pomoci:

Uvedený zákon upravuje celou řadu oblastí vztahujících se k sociální pomoci, například vymezuje druhy dávek, pravidla a způsob jejich poskytování, organizaci služeb sociální péče, pravidla a způsob kontroly v oblasti sociálních služeb, sociální práci a další. Hlavní důvody pro poskytnutí sociální pomoci se příliš neliší od těch, které uvádí česká legislativa. Jedná se zejména o chudobu, bezdomovectví, nezaměstnanost, zdravotní postižení, domácí násilí, nezbytnost ochrany rodiny, alkoholismus a jiné závislosti a další. Jako hlavní úkoly v oblasti sociální pomoci zákon stanoví přiznávání a výplatu zákonem stanovené podpory - *świadczeń* (finanční podpory pro jednotlivce a rodiny v těžké životní situaci či s nízkými příjmy či pomoci materiální), sociální práci, realizaci a rozvoj nezbytné sociální infrastruktury, analýzu a vyhodnocení jevů spojených s potřebou sociální pomoci, realizaci úkolů plynoucích ze zjištěných sociálních potřeb a rozvoj nových forem sociální pomoci a svépomoci v rámci identifikovaných potřeb.

Zákon vymezuje následující organizační jednotky sociální péče:

- a) **Regionální centra sociální politiky** - *Regionalne ośrodki polityki społecznej* - fungují v rámci jednotlivých vojvodství, přičemž existují dvě organizační struktury (jedna v rámci výkonu státní správy, druhá v rámci samosprávy).
- b) **Centra sociální pomoci** - *Ośrodki pomocy społecznej* - zabezpečují sociální pomoc na území jednotlivých obcí, přičemž v každé větší obci musí takové zařízení existovat ze zákona, centra zřizuje a koordinuje starosta obce (*wójt, burmistrz, prezydent miasta*), v čele stojí ředitel, který o činnosti pravidelně informuje městskou radu. Zaměstnanci centra jsou kromě jiných také sociální pracovníci (jejich počet je odvozen od počtu obyvatel daného města, všechny činnosti pro konkrétního jedince/rodinu vykonává jeden

⁵⁶ *Obwieszczenie Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 23 marca 2018 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej w sprawie domów pomocy społecznej.* Dostępne z: <http://prawo.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=WDU20180000734>

sociální pracovník, maximální počet případů na jednoho pracovníka je stanoven na 50 jednotlivců či rodin). Ve srovnání s Českou republikou, kde se na sociální pomoci podílí celá řada aktérů, spadá značná část činností směřujících k pomoci ohroženým jednotlivcům a rodinám právě pod toto centrum. Je v podstatě nejdůležitější institucí v rámci sociální pomoci a sociální politiky na obecní úrovni. Zde občané žádají o většinu sociálních dávek, příspěvků a služeb, centrum hraje významnou roli při zavádění legislativních opatření do praxe.

- c) **Okresní centra rodinné pomoci** - *Powiatowe centra pomocy rodzinie* - zabezpečují úkoly na úseku sociální pomoci rodinám na úrovni okresu (powiat). Úkoly na jednotlivých obcích jsou pak delegovány na městská centra rodinné pomoci (*miejskie centrum pomocy rodzinie*).
- d) **Domy sociální péče** - *Domy pomocy społecznej* (dále v textu jen DSP) - poskytující pobytové služby osobám vyžadujícím celodenní péči z důvodu věku, nemoci či postižení, přičemž úroveň poskytovaných služeb musí odpovídat povinnému standardu (zřizovateli jsou především jednotky územní samosprávy).
- e) **Zařízení specializovaného poradenství** - *Placówka specjalistycznego poradnictwa* – orientuje se na právní poradenství (informace o stávajících právech v oblasti rodinného práva a poručnictví, informace o sociálním zabezpečení, ochrana práv nájemců), psychologické poradenství (diagnostika, prevence, léčba) a rodinné poradenství (např. řešení výchovných problémů dětí vlastních či dětí v pěstounské péči, problémy spojené s péčí o osobu nesvéprávnou, rodinná terapie).
- f) **Střediska podpory** - *Ośrodki wsparcia* - patří sem: místní svépomocné domy (*środowiskowe domy samopomocy*), denní centra (*dzienne domy pomocy*), noclehárny (*noclegownie*), stacionáře (*ośrodki opiekuńcze*).
- g) **Střediska krizové intervence** - *Ośrodki interwencji kryzysowej* - jsou určena pro jedince a rodiny, kteří se nacházejí v krizi, zařízení poskytují odborné služby ambulantního i pobytového charakteru (kromě psychologické podpory a sociálního a právního poradenství i ubytování na dobu maximálně 3 měsíců). Matky s malými dětmi a těhotné ženy, které jsou osobami ohroženými násilím, popřípadě se nacházejí v jiné krizové situaci, mohou prostřednictvím krizového centra nalézt ubytování a podporu

v domech pro matky s dětmi a těhotné ženy. Do těchto zařízení mohou být přijímáni rovněž otcové s dětmi či další osoby pečující o nezletilé děti.

Pobytové sociální služby pro seniory jsou v Polsku poskytovány v zásadě klientům vyššího věku bez významných zdravotních problémů, kteří jsou do značné míry schopni se sami o sebe postarat. Klienti dlouhodobě nemocní či klienti vyššího věku se závažnějším zdravotním postižením, které je omezuje v péči o vlastní osobu, jsou umisťováni do zdravotně-sociálních či zdravotnických pobytových služeb (financovaných ze systému zdravotního pojištění). Resort zdravotnictví a resort rodiny, práce a sociální pomoci vedou zejména v posledních letech debatu, zda, případně jak je možné nastavit hranici, která může oddělit sociální péči od péče zdravotní.

V Polsku také existují pečovatelské služby, které jsou poskytovány v místě bydliště klientů nebo ve Střediscích podpory či Rodinných domech pomoci. Jedná se o „*Usługi opiekuńcze w miejscu zamieszkania, w ośrodkach wsparcia oraz w rodzinnych domach pomocy*“, kdy se za tímto názvem skrývá každodenní nezbytná pomoc s hygienou, péče předepsaná lékařem, zprostředkování kontaktů s okolím a podobně. Tyto služby jsou využívány v situacích, kdy péči o osobu vyžadující pomoc není schopna zabezpečit rodina, ale zároveň není nezbytné klienta umístit do pobytového zařízení.

Ze zákona vyplývá, že **sociální práce** je v Polsku součástí sociální pomoci, není samostatně legislativně upravena. Je vymezena jako soubor činností směřujících ke zlepšení fungování jednotlivců a rodin v jejich sociálním prostředí. Zároveň se zaměřuje na podporu a koordinaci aktivit institucí a organizací, které jsou důležité pro uspokojení potřeb členů daných místních společenství.

Sociální práci lze provádět na základě společenské smlouvy, přičemž smlouvou se rozumí dvojstranný právní akt uzavřený za účelem poskytnutí sociální podpory danému žadateli. V oblasti sociální práce se používají vhodné metody a techniky, které respektují důstojnost osoby a její právo na vlastní rozhodování (rozhodování

o sobě samém). Sociální práce je poskytována jednotlivcům a rodinám bez ohledu na jejich příjem.⁵⁷

Sociální pracovník musí mít odborné vysokoškolské vzdělání, průběžně jsou vydávána nařízení příslušného ministra a různá metodická doporučení ke zvyšování či prohlubování jeho kvalifikace (Nařízení ministra sociálních věcí ve věci adaptačního období a zkoušek odborné způsobilosti v rámci řízení o uznání odborné kvalifikace pro výkon práce sociálního pracovníka, Nařízení ministra práce a sociální politiky ve věci specializace v oboru sociální pracovník⁵⁸).

Chce-li jakýkoliv subjekt včetně územní samosprávy začít poskytovat sociální službu, musí ji v souladu s platnou legislativou zapsat do příslušného **registru**. To, jaké údaje musí být do registru zapsány, upravuje opět zákon. **Registr sociálních služeb** na daném území vede vojevoda.

V zákoně se taktéž hovoří o **standardu**, který do jisté míry upravuje kvalitu poskytování sociální služby. Standard stanovený pro DSP, na které je analýza primárně zaměřena, se vztahuje jak k zařízením zřizovaným samosprávami, tak zařízením provozovaným soukromými subjekty. (Art. 54 a následující Zákona o sociální pomoci).

Dle sdělení pracovníků Ministerstva rodiny, práce a sociální politiky však některá soukromá zařízení standardy v požadovaném rozsahu nedodržují. Přesná čísla nejsou k dispozici s ohledem na skutečnost, že ne u všech zařízení byla doposud provedena kontrola. Pravidelné kontroly by měly dle pracovníků ministerstva být prováděny ve všech zařízeních bez ohledu na jejich právní subjektivitu, nemělo by k nim docházet až na základě podezření na porušování práv klientů, ohrožování jejich života a zdraví, jak je tomu mnohdy doposud. Změny týkající se mimo jiné kontrol a možných sankcí jsou obsahem návrhu nové právní úpravy stávajícího zákona, který je v současné době v legislativním procesu. Novela by měla vstoupit v platnost již v červnu 2019.

⁵⁷ *Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej: Praca socjalna. Dostupné z: <https://www.mpips.gov.pl/pomoc-spoleczna/formy-udzielanej-pomocy/praca-socjalna/>*

⁵⁸ *Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej: Pomoc społeczna. Dostupné z: <https://www.mpips.gov.pl/prawo/obowiazujace-prawo/pomoc-spoleczna/>*

Financování nákladů na poskytování sociálních služeb, resp. DSP, kterým se analýza primárně věnuje, je výrazně jiné než v České republice. V Polsku jde v podstatě o tři zdroje financování, a to z prostředků klienta, prostředků osob povinných na financování participovat (rodiče, děti, příp. vnuci) a třetím zdrojem jsou prostředky z obecního rozpočtu. Blíže je financování rozvedeno v následující kapitole.

2.6.2 Klíčové charakteristiky posouzení oprávněnosti nároku zájemce pro vstup do sociální služby

Jak již bylo výše uvedeno, jedním z nejvýznamnějších aktérů sociální pomoci v Polsku je DSP. Základní cílovou skupinou jsou osoby vyžadující celodenní péči z důvodu věku, nemoci či postižení. Podle bližšího vymezení cílové skupiny se dále dělí na zařízení pro:

- a) osoby ve vyšším věku
- b) osoby s dlouhodobým somatickým onemocněním
- c) osoby s dlouhodobým psychickým onemocněním
- d) dospělé osoby s mentálním postižením
- e) děti a mládež s mentálním postižením
- f) osoby s tělesným postižením
- g) domy pro osoby závislé na alkoholu – jedná se o nový typ pobytové služby (poskytována teprve dva roky), klient využívá službu zpravidla po dobu ½ roku, maximální doba pobytu je 1 rok, jedná se o službu následné péče (před nástupem by se měl klient léčit - spadá pod resort zdravotnictví, není to však podmínkou), do zařízení se často dostávají klienti jiných služeb, po léčbě a pobytu se následně do předchozí služby mohou vrátit.

Tato zařízení jsou převážně zřizována a provozována územními samosprávami, většinou obcemi. Pokud má kdokoliv v současné době zájem o využívání služby DSP, musí si podat **žádost** na místně příslušném Centru sociální pomoci. Na základě této žádosti je zahájeno **prošetření** jeho situace, a to jak zdravotní a rodinné, tak bytové, finanční a majetkové. Stanovisko, zda žadatel splňuje podmínky přijetí do zařízení, vydává sociální pracovník, který šetření provádí. Pokud jde o finanční a majetkové poměry žadatele, výstup z jejich vyhodnocení

není kritériem pro případné vydání zamítavého rozhodnutí o poskytnutí sociální služby, ale jde o podklad sloužící pro rozhodování o výši poplatků za poskytované služby, příp. podklad pro rozhodnutí o přiznání příspěvku ze systému sociální pomoci či možnost úhrady služby terénní.

U posuzování bytových poměrů se sociální pracovník zaměřuje především na kvalitu bydlení s ohledem na potřeby konkrétního žadatele (zjišťuje například, zda je do bytu zavedena teplá voda, jaký je způsob vytápění, zda jde o bezbariérový byt, zda je v domě k dispozici výtah a podobně). V odůvodněných případech jsou vyžádány lékařské zprávy, často je také využíván Barthelův test základních běžných činností, jehož výstup je pak jedním ze základních parametrů hodnocení potřebnosti poskytnutí konkrétní sociální služby.

Sociální pracovník také vyhodnocuje, jaké jsou možnosti rodiny pečovat o žadatele o službu. Zde ale nemá k dispozici pevně daná kritéria. S ohledem k potřebám žadatele vyhodnocuje například věk případných pečujících osob, jejich zdravotní stav, péči o další osoby (seniora, dítě, osobu se zdravotním postižením), to, zda s žadatelem vedou nebo mají možnost vést společnou domácnost, sociální pracovníci také přihlížejí k dostupnosti sociálních služeb, které mohou být poskytovány v domácím prostředí žadatele.

Pokud sociální pracovník potřebuje další informace o situaci klienta či odbornou konzultaci, má možnost využít svých kolegů, nebo se může obrátit na externí specialisty. Jedná se zejména o další sociální pracovníky – zaměstnance Centra sociální pomoci, odborné lékaře, znalce a další. Následně sociální pracovník zpracovává návrh, aby byl žadatel do zařízení přijat, nebo aby byla jeho žádost zamítnuta.

V případě, že bude klientovi poskytnuta služba DSP, není na rozdíl od České republiky uzavírána žádná smlouva, nýbrž je ve **věci vydáno rozhodnutí**. Žadatel má díky tomu možnost v případě, že s rozhodnutím nesouhlasí, podat ve lhůtě dvou týdnů odvolání. Rozhodnutí je ze zákona oprávněn vydávat ředitel Centra sociální pomoci, k tomuto je ale vždy pověřen obcí, kterou tak zastupuje. V případě odvolání postupuje Centrum sociální pomoci veškerou dokumentaci Odvolacímu sboru obce, který je oprávněn odvolání řešit. Není-li žadatel spokojen

ani s rozhodnutím odvolacího orgánu, má možnost podat opravný prostředek k místně příslušnému správnímu soudu.

Podmínkou pro vydání kladného rozhodnutí je tedy **doporučení sociálního pracovníka** podpořené důkladným šetřením a zároveň předchozí **souhlas** osoby, která by měla službu využívat.

Existuje také možnost umístění klienta do zařízení bez jeho souhlasu, a to v případě, kdy zjevně potřebuje zajistit pomoc a péči, není však schopen svůj stav posoudit a podat si žádost, nebo pobyt v jakémkoliv zařízení odmítá. Jedná se ale o situace zcela výjimečné, o kterých vždy rozhoduje pouze **soud**. Bohužel v minulosti se rozhodování soudů v Polsku v některých případech neopíralo o posouzení faktické situace daného člověka a v DSP tak jsou stále umístěny osoby, které by mohly bydlet samy nebo alespoň v chráněném bydlení. V zařízení mají tyto osoby trvalý pobyt, o vlastní byt nebo možnost nájemního bydlení přišly, chráněných bytů je minimum, a tak v DSP nadále zůstávají.

Při rozhodování o poskytnutí sociální služby, konkrétně DSP, preferují obce zařízení, jehož jsou zřizovatelem. Důvody většinou vyplývají ze zákona. Kromě nich má obec samozřejmě zájem na tom, aby v případě povinnosti nést náklady za poskytované služby či alespoň jejich část, byly tyto poskytnuty zařízení, které sama obec zřizuje.

Důvodů pro vydání zamítavého rozhodnutí může být celá řada. Mezi nejdůležitější patří zjištění, že stav daného žadatele nesplňuje kritéria pro poskytnutí sociální služby nebo pro zlepšení jeho situace postačí využití služby terénní. Kontraindikací může být také dosažení velmi nízkého bodového zisku v rámci Barthelova testu základních všedních činností, který je v praxi využíván.⁵⁹ Pokud žadatel dosahuje 0-40 bodů, měl by být umístěn do odpovídajícího zdravotnického zařízení. Základní Barthelův test (existuje i test rozšířený) je v podstatě standardizovaný dotazník hodnocení soběstačnosti člověka v deseti základních činnostech denního života:

- příjem potravy a tekutin 0-10 b
- oblékání 0-10 b

⁵⁹ https://is.muni.cz/th/r15ky/Pr._c._2_Bartheluv_test.doc

- koupání 0-5 b
- osobní hygiena 0-5 b
- kontinence moči 0-10 b
- kontinence stolice 0-10 b
- použití WC 0-10 b
- přesun lůžko-židle 0-15 b
- chůze po rovině 0-15 b
- chůze po schodech 0-10 b

Pokud je celkové skóre hodnocené osoby nižší než 40 bodů dle uvedeného testu, jedná se o osobu vysoce závislou.

V případě, že vlivem léčby, rehabilitace a dalších opatření dojde k navýšení bodů dle uvedeného testu, může se daná osoba stát klientem sociální služby. Jak je uvedeno výše, pokud žadatel s rozhodnutím nesouhlasí, má zákonnou možnost se odvolat.

Pobyt v DSP je v zásadě možný pouze **za úhradu**. Každý dům každoročně ze zákona vyhláší tzv. index provozních nákladů. Vyhlášená částka se odvíjí od nákladů v předešlém roce, navýšení tvoří očekávaná inflace, zdražení energií, služeb a podobně. Tyto náklady jsou přepočteny na jednoho klienta a představují v podstatě nárokovou částku, kterou by podle počtu klientů v následujícím kalendářním roce mělo zařízení dostat. Od nákladů vypočtených na jednoho klienta se zároveň odvíjí výše částky, kterou od něj zařízení požaduje za poskytnutí služeb. V praxi se občas stává, že náklady na poskytování služeb v některých zařízeních jsou fakticky vyšší, ale vyhlášená částka nižší. Jedná se o zařízení v oblastech, kde je jich poměrně dost, a tak si některá z nich díky nižším cenám za poskytnuté služby zajišťují obložnost svého zařízení. Tyto případy jsou ale poměrně ojedinělé.

Konkrétní výše úhrad za poskytované služby se u jednotlivých DSP liší. Průměrná výše činí 3 000 – 3 500 zlotých měsíčně, ve Varšavě se však lze setkat s částkami kolem 5 000 zlotých. V zařízeních zřizovaných soukromými subjekty jsou částky velmi různé.

Při stanovení **výše úhrady** pro konkrétního klienta se vždy vychází z jeho finanční situace. Částka za úhradu služeb může činit maximálně 70% jeho příjmů (důchodu). Ze závažných důvodů lze požádat o snížení dané částky, případně

o její prominutí. Pokud obec žádosti vyhoví, náklady za klienta nebo jejich část nese sama.

V případě poskytování sociálních služeb za úhradu je možné využít **finanční spoluúčasti rodiny, resp. rodičů, dětí či vnuků**, a to s ohledem na výši jejich příjmů a posouzení dalších rozhodných skutečností. Východiskem pro toto opatření je alimentární povinnost. Současné možnosti spoluúčasti povinných osob na úhradě poplatků za pobyt v DSP jsou upraveny v Art. 61 - 64 Zákona o sociální pomoci.⁶⁰ Participace není možná, pokud příjmy jednotlivce či rodiny trojnásobně nepřekročí hranici nejnižšího příjmu (u jednotlivce se v současnosti jedná minimálně o příjmy ve výši 2 100 zlotých). Výsledná částka je věcí dohody a kromě výše příjmů se odvíjí také například od počtu vyživovaných osob, výše nákladů na léky, péče o další osobu a podobně. Některé obce, pokud rodina odmítá ve věci spolupracovat a neumožní prošetření své finanční situace, vydávají rozhodnutí o úhradě nákladů, které za daného klienta v zařízení vydaly ze svých zdrojů a tyto náklady následně vymáhají. Jde o způsob jistého „nátlaku“ na finanční spoluúčast rodin, i když i zde existuje možnost odvolání.

Návrh nové právní úpravy, která je v současné době v legislativním procesu, ponechává dosavadní výčet osob, které jsou povinny participovat na úhradě poplatků za pobyt v DSP. Zároveň, stejně jako dosud platný zákon, návrh vymezuje možnosti částečného či úplného osvobození v zákoně vyjmenovaných osob od této povinnosti.

V navrhovaném znění Art. 64 se hovoří o tom, že částečné či úplné osvobození od úhrady je možné na základě vlastní žádosti povinných osob a na základě prošetření jejich poměrů. Dosavadní důvody pro částečné či úplné osvobození od úhrady jsou v návrhu nové právní úpravě ještě rozšířeny. Jedním z důvodů, pro který může být osoba povinná dle návrhu částečně či zcela od úhrady osvobozena, je zamítavé rozhodnutí soudu ve věci alimentární povinnosti této osoby vůči osobě umístěné v DSP. Dále jde o situaci, kdy osoba povinná nebo její rodič byla na základě rozhodnutí soudu umístěna do náhradní rodinné péče nebo

⁶⁰ <http://prawo.sejm.gov.pl/isap.nsf/download.xsp/WDU20040640593/U/D20040593Lj.pdf>

do péče institucionální a osobě, která je klientem DSP a je rodičem nebo prarodičem této osoby, byla soudem omezena rodičovská odpovědnost.

Art. 64a zatím platného zákona hovoří o tom, že zákonem stanovená osoba povinná je zcela od povinnosti participovat na úhradě za pobyt v DSP osvobozena v případě, kdy přeloží pravomocné rozhodnutí soudu o tom, že její rodič k ní byl zbaven rodičovské odpovědnosti a zároveň doloží, že mu tato nebyla vrácena. Návrh nové právní úpravy uvedené ustanovení rozšiřuje o skutečnost, že osvobození od úhrady se v tomto případě vztahuje i na potomky osoby povinné, která byla od úhrady z výše uvedených důvodů osvobozena.

V podstatě lze říci, že existuje celý systém zjišťování a vyhodnocování možností finanční spoluúčasti rodinných příslušníků klienta, kdy díky tomu získané finance mohou být jedním ze zdrojů krytí nákladů na poskytování sociální služby.

Pokrytí nákladů na sociální službu je tedy v Polsku možné z celkem tří zdrojů, jedná se v podstatě o zdroje nárokové, upravené legislativně, a to v § 61, odst. 1 Zákona o sociální pomoci. Stejně ustanovení ještě připouští možnost spoluúčasti cizí osoby za předpokladu, že o to projeví zájem.

Zaměstnanci DSP, klíčový pracovník:

Pokud jde o složení zaměstnanců DSP, zřizovatel je povinen řídit se příslušným prováděcím předpisem k Zákona o sociální pomoci. Škála profesí může být poměrně široká, obecně se hovoří o terapeuticko - pečovatelském týmu. Prováděcí předpis zároveň pracuje s pojmem **klíčový pracovník**, za kterého je považován sociální pracovník a psycholog.

V Domě sociální pomoci může být dle navrhované novely zákona umístěno maximálně 100 klientů, kteří potřebují nepřetržitou péči.⁶¹ Počet sociálních pracovníků není v zásadě omezen, v současné době však jeden pracovník většinou pracuje s maximálně 50 klienty.

Psychologové mají zájem o práci především ve velkých městech a spíše ve větších, renomovaných zařízeních. V odlehlejších oblastech je psychologů

⁶¹<https://legislacja.rcl.gov.pl/projekt/12305401/katalog/12472600#12472600>

nedostatek. Některá zařízení tak psychology k dispozici nemají vůbec, v lepším případě je mají alespoň na částečný úvazek nebo k nim psychologové jezdí v případě akutní potřeby konkrétního klienta.

Dalšími členy týmu jsou většinou kvalifikovaní pečovatelé, osobní asistenti osob se zdravotním postižením, rehabilitační pracovníci, terapeuti, zdravotní sestry. Polsko se stejně jako Česká republika v posledních letech potýká obecně s nedostatkem zdravotních sester, v pobytových zařízeních sociálních služeb je situace ještě horší než v zařízeních zdravotnických. Důvodem jsou především mnohem nižší výdělky. Většina zdravotnického personálu je předdůchodového či důchodového věku, některé sestry mají práci v zařízení jen jako přivýdělek k další práci. DSP tyto situace řeší různě, nabízí například možnost zkrácených pracovních úvazků, možnost krátkodobých úvazků, v mnoha zařízeních pracují na základě dohody mezi poskytovatelem služby a církví také řádové sestry. Ve většině DSP jsou klientům i zaměstnancům k dispozici kněží, v malých zařízeních s nízkým rozpočtem jsou kněží zaměstnáváni pouze na částečný úvazek nebo dobrovolně docházejí pouze na základě aktuálních potřeb a přání klientů.

Soukromí poskytovatelé služeb pro seniory

Při poskytování různých forem pomoci a podpory seniorům hrají v Polsku roli i **soukromé subjekty**, kterých postupně přibývá. K 31. 12. 2017 fungovalo v Polsku celkem 1 723 zařízení poskytujících pobytové sociální služby s celkem 116 100 míst. Služeb těchto zařízení užívalo k uvedenému datu 109 200 osob. Z celkového počtu pobytových zařízení bylo 313 soukromých poskytujících celodenní péči osobám vyššího věku, chronicky nemocným nebo osobám s postižením.⁶²

Počet zařízení, která fakticky poskytují nějakou formu pomoci konkrétní cílové skupině, je však těžko odhadnutelný. Některá zařízení poskytují pouze „seniorské“ bydlení, další na základě různých projektů rozšiřují bydlení například o volnočasové aktivity a podobně.

⁶²

https://stat.gov.pl/files/gfx/portalinformacyjny/pl/defaultaktualnosci/5487/18/2/1/zaklady_stacjonarne_pomocy_spolecznej_w_2017_roku.pdf

Částky požadované za pobyt a další služby v soukromých pobytových zařízeních pro seniory jsou velmi rozdílné, začínají na necelých 2 000 zlotých a mohou dosáhnout výše až 15 000 zlotých. Celkovou částku ovlivňuje především místo, kde se dané zařízení nachází, úroveň vybavení, velikost pokojů, doplňkové služby jako je praní, úklid a další. Výši poplatků za poskytnuté služby může směrem dolů ovlivnit fakt, že zařízení má ve věci úhrady zdravotnických služeb uzavřenou smlouvu s resortem zdravotnictví.

Podmínky přijetí klienta do soukromé sociální služby legislativa neupravuje. O umístění klienta není vydáváno žádné rozhodnutí, ale vždy je uzavírána **dohoda**. Jedinou podmínkou je, že by klient měl být v zařízení na základě svého **svobodného rozhodnutí** a sám by tedy měl být jednou ze smluvních stran. V praxi se lze ale setkat s případy, kdy do zařízení byli klienti umístěni bez vlastního souhlasu na základě dohody s některým z rodinných příslušníků. O umístění bez souhlasu může rozhodnout jedině soud a takový postup je tedy v rozporu se zákonem. Pokud se příslušné instituce o podobném jednání dozví, informují orgány činné v trestním řízení, v podmínkách Polska především prokuraturu.

V posledních několika letech se na trhu služeb objevují velmi luxusní zařízení. Ta nabízejí svým klientům kromě služeb poskytovaných v „běžných“ zařízeních například celodenní osobní péči, kosmetické a kadeřnické služby, zaměstnávají specialisty v oblasti rehabilitace, ortopedie, kardiologie či psychologie, umožňují klientům věnovat se dosavadním zájmům a koníčkům (výtvarné činnosti, hra na hudební nástroj, šití atd.). Některá zařízení umožňují klientům možnost vybavit si pokoj dle svých představ, pobyt s domácím mazlíčkem, nestanovují návštěvní hodiny (klient tak má možnost mít návštěvu kdykoliv během dne, někdy je i možnost přespání). Zároveň nemají stanovený denní režim, který nechávají na přání, potřebách a zvyklostech klientů. Život v takovém zařízení se tak blíží životu klienta v jeho přirozeném prostředí. Bydlení a s ním spojené služby jsou však velmi nákladné.

Stejně jako v České republice se lze i v Polsku setkat se soukromými zařízeními, ve kterých není zajištěn alespoň minimální standard, klienti zde mají nepohodlí, nevhodnou stravu, nedostatek péče, jejich pobyt v zařízení je nedobrovolný.

V nejhorším případě může dojít k ohrožení jejich zdraví či života. Polské úřady se snaží taková zařízení vyhledávat a zjištěné problémy v souladu s platnou legislativou řešit.

2.6.3 Vybraní poskytovatelé sociálních služeb

Jako příklad poskytovatele pobytové sociální služby byl vybrán Dům sociální péče „Slunečný podzim“, ul. Korfantego 1, 43-400 Cieszyn, woj. śląskie (Těšín, Slezské vojvodství). Jde o organizační jednotku kraje, zařízení je zapsáno v registru domů sociální péče Slezského vojvodství.

Cílovou skupinou uvedeného zařízení jsou osoby vyššího věku a osoby chronicky nemocné, které potřebují péči druhé osoby. Informační materiály uvádějí, že dům mohou využívat osoby obou pohlaví, služby jsou pobytové a jsou poskytovány celodenně. Dvoupodlažní budova DSP má kapacitu 70 osob, které jsou ubytovány v celkem 33 pokojích s vlastním sociálním zařízením. Dům se nachází v centru města, má dobrou dopravní dostupnost, v okolí jsou různé služby, tržnice, kostel. Dům a jeho okolí jsou přizpůsobeny potřebám osob vyššího věku a osob s postižením. Služby, které zařízení svým klientům poskytuje, se dělí na:

- Sociální služby – zajišťuje je samostatný tým zaměstnanců zařízení, jehož prvním úkolem je seznámení se s potřebami klienta a jeho provázení a podpora v novém prostředí. Jednotliví členové týmu také pomáhají klientům při jednání s rodinou, opatrovníky, zastupují je při jednáních s různými úřady a institucemi. Tým se věnuje také skupinové práci, integraci obyvatel domu do místního společenství, pořádá výlety, vycházky a další akce.
- Terapeutické služby – pracovní terapie, arteterapie, biblioterapie, muzikoterapie, logoterapie..., do tohoto úseku spadají i aktivizační činnosti.
- Rehabilitační služby – k dispozici jsou různé formy cvičení, masáže, ultrazvuk, elektroléčba...
- Zdravotně-ošetrovatelské služby – tyto služby po dobu 24 hodin denně zajišťuje tým lékařů a ošetrovatelů. Kromě základní lékařské péče a péče psychiatra jsou klientům k dispozici také další specialisté, k dopravě klientů je možno využít služební automobil.

Na webových stránkách zařízení mají zájemci a jejich rodinní příslušníci k dispozici základní informace o samotném průběhu poskytování služby, i o procesu rozhodování o jejím poskytnutí.

Jak se stát obyvatelem DPS Slunečný podzim – krok za krokem:

- Je třeba obrátit se na Centrum sociální pomoci příslušné místu bydliště žadatele a podat písemnou žádost o poskytnutí sociální služby.
- Sociální pracovník Centra provede sociální šetření a zkompletuje potřebnou dokumentaci. Ředitel Centra následně na základě dokumentace vydá rozhodnutí a stanoví poplatek za poskytnutí služby.
- Služby jsou zpoplatněny, povinnými k úhradě jsou (v daném sledu):
 - žadatel (klient), avšak maximálně do výše 70% svých příjmů
 - manžel, děti, vnoučata (pokud jsou) - dle smlouvy uzavřené mezi rodinou a Centrem sociální pomoci, avšak pouze za předpokladu, že splňují zákonné kritérium výše příjmů.
- Pokud žadatel nemá žádného blízkého příbuzného nebo jsou-li příjmy osob povinných nízké tak, že se na úhradě nemohou podílet, povinnost uhradit za ně službu přechází na obec.
- Zbývající část úhrady připadá na Centrum sociální pomoci, podrobné podmínky pro úhradu sociálních služeb jsou upraveny příslušnou legislativou.
- Klientem zařízení se žadatel stane poté, kdy kladné rozhodnutí ve věci na základě podané žádosti vydá příslušné Centrum sociální pomoci.⁶³

S ohledem na skutečnost, že v Polsku byly v posledních letech opakovaně řešeny problémy s poskytováním služeb soukromými zařízeními bez registrace, tedy bez povinnosti dodržovat určitá pravidla a zároveň bez možnosti státu provádět v těchto zařízeních kontrolu kvality poskytovaných (nejen sociálních) služeb, je možnost vyhledat si uvedené zařízení a tedy ověřit jeho registraci na stránkách www.katowice.uw.gov.pl - pracoviště - oddělení pro rodinu a sociální politiku - seznam karta a registry, nebo se obrátit na Slezský krajský úřad v Katovicích.

⁶³ Powiatowy dom pomocy społecznej: Usługi medyczno-opiekuńcze. Dostupné z: <http://pdps.cieszyn.pl/index.php/o-nas/uslugi-opiekuncze>

2.6.4 Shrnutí

V rámci péče o osoby v seniorském věku, osoby dlouhodobě nemocné nebo osoby s různým typem postižení očekává stát primárně zajištění péče o tyto osoby ze strany rodiny. Pomoc rodinných neformálních pečovatелů je v polských rodinách poměrně silně zakořeněna zejména díky vlivu katolického náboženství, ke kterému se většina Poláků hlásí. Pokud již rodina péči nezvládá nebo je výše uvedená osoba osamělá, existuje v Polsku systém sociální pomoci podobný systému v České republice, a to ve formě terénních, ambulantních i pobytových služeb. Osoby s nedostatečnými příjmy pak mohou požádat o pomoc peněžitou nebo věcnou.

A/ Jaké jsou procesy vstupu do sociální služby?

Základním právním předpisem v sociální oblasti v Polsku je Zákon o sociální pomoci - Ustawa z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej, naposledy novelizovaný v roce 2018 (Ustawa z dnia 8 lutego 2018 r. o zmianie ustawy o pomocy społecznej), který spolu s příslušným prováděcím předpisem upravuje mimo jiné i podmínky pro poskytování sociálních služeb, včetně podmínek procesu rozhodování o jejich přiznání konkrétnímu žadateli.

Proces vstupu do sociální služby:

- Podání žádosti u místně příslušného Centra sociální pomoci
- Provedení komplexního sociálního šetření – provádí sociální pracovník Centra. Sociální pracovník zjišťuje, zda žadatel splňuje atributy cílové skupiny dané služby, s ohledem na typ služby posuzuje jeho zdravotní stav, míru schopnosti péče o vlastní osobu (např. za využití Barthelova testu základních všedních činností), dostupnost jiných zejména terénních služeb, i to, zda péči o osobu žadatele o sociální službu nemůže v odpovídající míře zajistit jeho rodina. U služeb realizovaných samosprávami se zjišťuje, zda je žadatel občanem dané obce.
- Rozhodnutí je ze zákona oprávněn vydávat ředitel Centra sociální pomoci na základě pověření obce, kterou tak v procesu rozhodování zastupuje.
- Proti rozhodnutí je v zákonné lhůtě možnost podat odvolání.
- O odvolání na základě příslušné dokumentace rozhoduje Odvolací sbor obce, v krajních případech místně příslušný správní soud.

- Podmínkou pro vydání rozhodnutí je doporučení sociálního pracovníka vycházející z provedeného sociálního šetření.
- Jsou-li podklady pro rozhodování zpracovávány multidisciplinárně, složení týmu není pevně stanoveno, je možná flexibilita (sociální pracovník může využít podpory a pomoci kolegů i externích odborníků, např. odborných lékařů).
- Pro vydání kladného rozhodnutí, je vždy nezbytný předchozí souhlas budoucího uživatele služby (klienta).
- Není-li možné např. s ohledem na zdravotní stav budoucího klienta jeho souhlas získat a je zřejmé, že poskytnutí služby je nezbytné, o vydání souhlasného stanoviska za něj rozhoduje místně příslušný soud.

Cílem rozhodovacího procesu je především zjistit oprávněnost vstupu žadatele do služby. Tomu, jak samotný žadatel vnímá svoje potřeby, jaké jsou jeho cíle, jak by podle něj měla být služba nastavena, není na rozdíl od situace v České republice, kdy se s konkrétními potřebami a cíli pracuje již v procesu jednání s konkrétním zájemcem, stále ještě věnována dostatečná pozornost.

Poplatky za služby:

Při rozhodování o výši poplatků za poskytování sociální služby pobytového charakteru (Domu sociální péče), které bude daný klient povinen hradit, hraje roli především:

- tzv. index provozních nákladů konkrétní sociální služby (viz výše)
- finanční situace klienta (částka požadovaná od klienta může činit max. 70% jeho příjmů).

Pokud je výše poplatků vyšší, než je žadatel (klient) schopen hradit, měla by chybějící částku doplatit obec. V Polsku je ale využívána zásada, že pokud péči o nemocného člověka či o seniora, který vyžaduje pomoc druhé osoby, není schopna zajistit sama jeho rodina, měla by alespoň participovat na její úhradě. Proto se v případě platební neschopnosti žadatele (klienta) zjišťují také finanční poměry jeho příbuzných v přímé linii (vychází se z alimentární povinnosti).

Na rozdíl od České republiky jsou do realizace sociální pomoci výrazně angažovány územní samosprávy, především obce. Ty jsou zřizovateli

a provozovateli většiny zařízení sociálních služeb, podílejí se na jejich financování. Obce jsou vedeny k tomu, aby občané, pokud již potřebují služby pobytového charakteru, byli umístěni v obci, ve které dosud bydleli. Obce dále rozhodují o tom, zda žadateli o sociální službu bude vyhověno či jeho žádost bude zamítnuta.

B/ Jaká je odbornost pracovníků, kteří řeší vstup žadatele do sociální služby?

Jak již bylo zmíněno, rozhodnutí o poskytnutí sociální služby či o zamítnutí žádosti, vydává jménem obce ředitel Centra sociální pomoci. Jeho kvalifikace konkrétně pro účast v rozhodovacím procesu o poskytování sociální služby není zákonem vymezena.

Klíčovou roli v procesu rozhodování hraje sociální pracovník. Zákonem stanovené podmínky pro vykonávání profese sociálního pracovníka se v porovnání Polska a České republiky příliš neliší. Zejména v posledních letech je v Polsku kladen důraz na další vzdělávání sociálních pracovníků, příp. jejich specializaci. Postupné zavádění systému průběžného vzdělávání se do budoucna jeví jako nezbytné zejména v případě sociálních pracovníků pracujících v Centrech sociální pomoci, a to z důvodu široké škály kompetencí, kterými disponují - jde o již zmíněnou účast v rozhodování o poskytnutí sociální služby – provádění sociálních šetření u žadatelů o poskytnutí sociální služby a zpracování podkladů pro vydání rozhodnutí v dané věci, dále o poskytování odborného sociálního poradenství různým cílovým skupinám nebo o rozhodování o přiznání nároku na finanční či materiální pomoc. Jako příklad specializace mohou sloužit již fungující sociální pracovníci – specialisté na úřadech jednotlivých vojvodství, kteří jsou oprávněni k výkonu kontrolních činností u poskytovatelů sociálních služeb.

Odborná kvalifikace dalších aktérů, kteří se sociálním pracovníkem spolupracují při zpracování podkladů pro vydání rozhodnutí ve věci poskytování sociální služby, je upravena příslušnou legislativou vztahující se k výkonu jejich konkrétní profese.

Kontroly sice probíhají, avšak s ohledem na nedostatečný počet těchto pracovníků je jejich četnost nízká a zůstává otázkou, zda jsou schopni odhalovat nedostatky

nebo reagovat včas na podezření, že některá zařízení poskytující sociální služby jsou nelegální.

C/ Pokud se rozhoduje multidisciplinárně, kdo je členem týmu, dle druhů služeb?

Rozhodnutí o poskytnutí služby konkrétní osobě, je ze zákona oprávněn vydávat ředitel Centra sociální pomoci na základě pověření obce, kterou v procesu rozhodování zastupuje. Podmínkou pro vydání rozhodnutí je doporučení sociálního pracovníka centra. Podklady zpracovává buď sociální pracovník sám, nebo jsou zpracovány multidisciplinárně. Složení multidisciplinárního týmu není pevně stanoveno, je možná flexibilita (sociální pracovník může využít podpory a pomoci kolegů i externích odborníků, např. odborných lékařů).

D/ Jaká jsou kritéria pro vstup do jednotlivých druhů, forem služeb?

Sociální pracovník místně příslušného Centra sociální pomoci zjišťuje, zda žadatel splňuje atributy cílové skupiny dané služby, s ohledem na typ služby posuzuje jeho zdravotní stav, míru schopnosti péče o vlastní osobu (např. za využití Barthelova testu základních všedních činností), dostupnost jiných zejména terénních služeb, i to, zda péči o osobu žadatele o sociální službu nemůže v odpovídající míře zajistit jeho rodina. U služeb realizovaných samosprávami se zjišťuje, zda je žadatel občanem dané obce.

E/ Kdo odpovídá za vstup zájemců do sociální služby?

Za vstup do sociální služby zodpovídá sociální pracovník místně příslušného Centra sociální pomoci na základě žádosti podané osobou, která má o vstup do sociální služby zájem. Pokud potřebuje další informace či odbornou konzultaci, má možnost využít svých kolegů nebo se může obrátit na externí specialisty.

F/ Jakými metodami jsou hodnoceny potřeby klienta a v jakém rozsahu?

Dle typu služby je posuzován zdravotní stav žadatele, míra schopnosti péče o vlastní osobu (např. za využití Barthelova testu základních všedních činností), dostupnost jiných zejména terénních služeb, či zda péči o osobu žadatele o sociální službu nemůže v odpovídající míře zajistit jeho rodina. Potřeby klienta zjišťuje sociální pracovník místně příslušného Centra sociální pomoci.

G/ Jak zabránit již při procesu vstupu do sociální služby nadužívání pobytových služeb a tím podpořit terénní služby?

Jak již bylo uvedeno v předchozím textu, v minulosti byly důvody pro umístění seniora či nemocného klienta do pobytového zařízení různé. Některá pobytová zařízení plnila spíše úlohu náhradního bydlení v situacích, kdy tito lidé z různých důvodů ztratili možnost dosavadního bydlení nebo byl ze strany jednotlivců či obcí zájem získat jejich byt. Zejména díky příslušným legislativním opatřením a kontrole ze strany státu jsou v současné době takové případy spíše ojedinělé.

Přesto je nadužívání (zneužívání) pobytových sociálních služeb zejména mezi odbornou veřejností v současném Polsku poměrně aktuálním tématem. I když je Polsko zemí se silně katolickou tradicí kromě jiného zaměřenou na pomoc starým a nemocným, v posledních letech se přístup některých lidí k této skupině obyvatel mění k horšímu. V pobytových službách tak nejsou umístěni jen klienti osamělí, bez příbuzných či blízkých přátel, ale také ti, o které se jejich rodina nikoliv nemůže, ale nechce postarat. Jistou „pojistkou“ proti takovým situacím má být poměrně důkladné sociální šetření, které předchází vydání rozhodnutí o případném poskytování služby, tlak ze strany státu i samospráv na participaci rodiny na péči o její staré či nemocné členy, v poslední době také poměrně široká osvěta (jako jeden z důvodů osvětové kampaně zaměřené na pomoc seniorům a nemocným lidem v domácím prostředí se mimo jiné jeví případy velmi závažného zanedbání péče či poškozování práv klientů v některých zejména soukromých zařízeních sociálních služeb vedoucí k ohrožení jejich zdraví či dokonce k úmrtí).

V některých oblastech Polska je pak nadužívání pobytových služeb prakticky nemožné z důvodu jejich faktické neexistence nebo velmi malé kapacity. Tento stav má samozřejmě i odvrácenou stranu, kdy služba nemůže být poskytnuta ani těm, kdo ji opravdu potřebují.

Pokud jde o terénní služby, ty jsou sice do jisté míry státem podporovány, ale v jejich rozsahu i kvalitě je ve srovnání s Českou republikou velký rozdíl. Neformální pečovatelé se tak mnohdy cítí přetížení, jsou vyhořelí, péči o své blízké nezvládají. Výsledkem jsou pak situace, kdy doslova „tlačí“ na umístění svých blízkých do pobytové služby, je-li vůbec dostupná.

V místech s nejhorší dostupností jak pobytových tak terénních služeb sociální péče mohou stále nastat situace, kdy člověku, který pomoc druhých potřebuje, se takové pomoci vůbec nedostane.

Pokud jde o pobytové služby poskytované v Polsku v DSP, je ve srovnání s nimi systém péče o klienty podobných zařízení v České republice na vyšší úrovni (aktivizační služby, práce s individuálními plány klientů a podobně), také vybavení těchto zařízení je mnohdy lepší. V některých zařízeních tohoto typu v Polsku byl zjištěn pobyt klienta bez jeho souhlasu i bez rozhodnutí příslušného soudu, což je v České republice prakticky nemožné.

H/ Jaké jsou možnosti odmítnutí zájemce o sociální službu?

Žádost o poskytování sociální služby je možno zamítnout z následujících důvodů:

- a) žadatel nespadá do cílové skupiny
- b) aktuální zdravotní stav žadatele neumožňuje využívání služby
- c) byla podána žádost, budoucí klient však s využitím služby nesouhlasí nebo souhlas s ohledem na svůj stav dát nemůže a ve věci doposud nerozhodl soud
- d) kapacita služby je naplněna
- e) žadatel není obyvatelem obce, která je zřizovatelem služby (zejména v případě, kdy v místě jeho bydliště podobná služba existuje)
- f) klientova situace není natolik závažná, aby bylo nezbytné poskytnutí pobytové služby
- g) klientovy potřeby je schopna zajistit rodina, příp. terénní služba.

I/ Probíhají v rámci procesu vstupu do sociální služby ve sledovaných zemích majetkové a příjmové testy zájemců?

Pokud je výše poplatků vyšší, než je žadatel (klient) schopen hradit, měla by chybějící částku doplatit obec. V Polsku je ale využívána zásada, že pokud péči o nemocného člověka či o seniora, který vyžaduje pomoc druhé osoby, není schopna zajistit sama jeho rodina, měla by alespoň participovat na její úhradě. Proto se v případě platební neschopnosti žadatele (klienta) zjišťují také finanční poměry jeho příbuzných v přímé linii (vychází se z alimentární povinnosti).

2.7 Rakousko

2.7.1 Obecný popis systému sociálních služeb včetně základního legislativního rámce

System sociálního zabezpečení v Rakousku zahrnuje tři pilíře: sociální pojištění; sociální ochrana; sociální pomoc. *Sociální pojištění* zahrnuje nemocenské, důchodové, úrazové pojištění a pojištění v nezaměstnanosti a je založeno na povinných příspěvcích do systému. *Sociální ochrana* je určena zvláštním skupinám obyvatel (např. oběti války, rodiny s dětmi) a financování probíhá z obecných daňových prostředků. *Sociální pomoc* představuje poslední záchrannou síť pro zajištění potřeb a sociálních jistot jednotlivců (příspěvek na živobytí, pomoc při nemoci, v těhotenství a po porodu, dávky na pobytovou péči) a je financována z daní spolkových zemí (poskytování sociální pomoci je v kompetenci místních úřadů jednotlivých spolkových zemí).

Popis sociálních služeb v Rakousku je komplikovaný díky federálnímu systému (každá z 9 spolkových zemí má vlastní ústavu, parlament a vládu odpovídající za uplatňování zemských zákonů). Na spolkové úrovni jsou stanoveny všeobecné zásady, jednotlivé spolkové země pak vydávají vlastní prováděcí zákony mimo jiné také v otázkách sociální péče, léčebných zařízení a zdravotní péče. (Horecký, Průša, Tajanovská, 2012)

V roce 1993 vstoupil v Rakousku v platnost *Zákon o Spolkovém příspěvku na péči* (Bundespflegegeldgesetz) a jemu odpovídající zemské zákony spolkových států (Landespflegegeldgesetz), které vedly k úplné reorganizaci sociální péče. Právní rámec pro poskytování sociálních služeb představuje článek 15a *spolkového ústavního zákona*. Jsou jím smlouvy uzavírané orgány spolku a jednotlivých zemí na téma „Společná opatření pro osoby vyžadující péči“. Dle tohoto zákona se státy zavázaly, že zajistí decentralizované a komplexní poskytování sociálních služeb, přičemž je uplatňován přístup *Case a Caremanagement* (sociální služby jsou přizpůsobeny potřebám klientů). V červenci 2006 vešla v účinnost *Smlouva o profesích v oboru sociální péče* (dle článku 15a spolkového ústavního zákona) mezi orgánem spolku a zeměmi, která obsahuje rozsáhlou úpravu přípravy pro

povolání a úpravu činnosti a vzdělávání pro výkon povolání v oblasti sociálních služeb.

V červenci 2011 přijala Národní rada *reformu* zákona o příspěvcích na péči, čímž se v roce 2012 přenesly kompetence z jednotlivých spolkových zemí na stát a příspěvky na péči se zkoncentrovaly na státní úrovni (přenesly se do kompetenční sféry úřadu důchodového pojištění, resp. pojišťovny veřejných zaměstnanců)⁶⁴. Tím došlo také k redukci počtu nositelů rozhodnutí o příspěvku na péči. V roce 2011 byl také přijat zákon o fondu na péči a založen fond pod názvem *Fond na péči* (Pflegefonds), který je spravován Spolkovým ministerstvem práce, sociálních věcí a ochrany spotřebitele po dohodě se Spolkovým ministerstvem financí a lze ho využít výlučně na péči dle zákona o fondu na péči (Pflegefondgesetz). Stát se na společných odvodech podílí 2/3 a spolkové země 1/3. Fond má poskytovat účelové příplatky spolkovým zemím k částečnému pokrytí nákladů na zajištění a vybudování nabídky sociálních služeb odpovídající potřebám dlouhodobé péče⁶⁵. (Horecký, Průša, Tajanovská, 2012; Pfeiferová a kol., 2013)

V jednotlivých spolkových zemích Rakouska je odlišná nejen organizace a infrastruktura poskytování služeb, ale také samotná „filozofie“ péče. Rozdíly platí jak pro institucionální dlouhodobou péči, tak pro všechny ostatní služby, včetně domácí péče. Většina osob, které potřebují péči, využívá tzv. „mobilní služby“ ve svých soukromých domech. Poradenství v oblasti poskytování sociální služby, které lze získat od sociálního pracovníka nebo zdravotní sestry, či o možnostech podpory pro pečovatele o rodinu a dalších služeb, zabezpečují jednotlivé orgány místní správy či spolkové státy.

V rakouském systému obecné dlouhodobé péče plní důležitou funkci *peněžité dávky*. Všechny osoby, které potřebují péči, mohou získat dávky v hotovosti

⁶⁴ Příspěvky z rozpočtu dané spolkové země (*Landespflegegeld*), které byly poskytovány zejména rodinným příslušníkům osob vyžadujících péči, lidem se zdravotním postižením, osobám pobírajícím sociální pomoc, přešly rovněž pod spolkový příspěvek. Všechny zemské zákony o příspěvku na péči (*Landespflegegeldgesetze*) a související předpisy byly zrušeny.

⁶⁵ Fond dlouhodobé péče byl v roce 2016 prodloužen do roku 2021 a postupně se jeho objem navýší na 417 milionů EUR. Spolková vláda do té doby přispěje na rozšíření hospicové a paliativní péče o 6 milionů EUR více a bude nadále podporovat 24hodinovou péči a rodinné příslušníky. (APA-OTS, 2016)

v souladu s výše uvedeným spolkovým zákonem o příspěvcích na péči. Toto peněžité plnění v podobě příspěvků na péči je nezávislé na výši příjmu a majetku, je financováno z daní a vyplácení mají na starosti orgány Spolku (v Rakousku tak financování nevychází z pojistného systému jako je tomu v Německu). Příspěvek na péči je peněžítá dávka určená k částečné kompenzaci zvýšených výdajů na péči o odkázanou osobu. Jejím účelem je zajistit osobě nezbytnou péči a umožnit jí co nejvyšší míru samostatnosti a uspokojování jejích životních potřeb. Osoba odkázaná na péči má mít především právo, aby sama rozhodla o způsobu použití příspěvku a druhu poskytované péče (lze je využít k poskytování služeb formální péče od veřejných nebo soukromých poskytovatelů nebo k úhradě neformální péče). Dalším cílem poskytování příspěvku je podpořit rodinnou a ambulantní péči a omezit rozsah pobytu v stacionárních zařízeních. Nárok na státní příspěvek mají osoby pobírající státní důchod.

Jednotlivé spolkové země jsou také odpovědné za poskytování sociálního příspěvku ekonomicky slabým občanům. Podíl osob závislých na dotaci se liší napříč zeměmi. Nejvyšší koncentrace příjemců finanční pomoci se nachází ve Vídni, paradoxně málo v Burgenlandu a v Korutanech. (European Observatory on Health Systems and Policies, NIVEL,2013)

Peněžní plnění představuje obdobu českého příspěvku na péči a dávek sociální pomoci. Oproti tomu věcné plnění představuje jednotlivé sociální služby a jejich výkony. Zaopatření věcným/nepeněžním plněním (mobilní, ambulantní, částečné stacionární a stacionární služby) je poskytováno veřejnými nebo soukromými organizacemi, jakož i osobami poskytujícími péči dobrovolně, jako jsou rodinní příslušníci, sousedé a zaměstnanci čestných/neplacených úřadů.

2.7.2 Klíčové charakteristiky posouzení oprávněnosti nároku zájemce pro vstup do sociální služby

Jednu z poskytovaných sociálních služeb představuje sociální *péče pro seniory*. Rakouský systém dlouhodobé péče o seniory a starší osoby rozlišuje dva hlavní typy sociálních služeb:

- *služby ústavní péče*, které obvykle zahrnují péči v domovech pro seniory, pečovatelské domy, denní centra a noční centra; tyto služby jsou

poskytovány hlavně spolkovými zeměmi a obcemi nebo náboženskými a jinými neziskovými organizacemi;

- *domácí služby*, mezi které patří výpomoc v domácnosti, domácí péče, terénní služby (mobile Dienste), dovoz jídla, dopravní služby, úklidové služby, praní prádla a víkendová pomoc. Služby jsou poskytovány převážně neziskovými organizacemi, jako jsou Caritas, Hilfswerk, Červený kříž a Volkshilfe.

Obecně tedy platí, že poskytovateli sociálních služeb (péče o seniory) jsou subjekty: orgány zemské a obecní samosprávy (sociální organizace – Sozialhilfeverbände, sociální fondy – Sozialfonds), neziskové organizace a soukromé společnosti. Agenda sociálních služeb spadá do působnosti jednotlivých rakouských spolkových zemí, což znamená, že pokud tyto služby samy země neposkytují, musí zajistit, aby ostatní instituce poskytovaly služby v potřebném rozsahu a odpovídající kvalitě. Řízení a organizace sociálních služeb se tak mezi zeměmi značně liší. Například spolkové země Burgenland a Dolní Rakousy jsou jedinými poskytovateli sociálních služeb. V ostatních zemích je struktura poskytovatele na dvou nebo třech úrovních. Spolková země Salcbursko deleguje poskytování sociálních služeb na obce, Horní Rakousy na sociální organizace a Vídeň na sociální fond. Spolkové země Korutany a Štýrsko předávají zodpovědnost obcím a sociálním organizacím, Tyrolsko a Vorarlbersko městům a sociálním fondům. (Riedl, Kraus, 2010; Horecký, Průša, Tajanovská, 2012)

Před vstupem do sociálních služeb probíhá proces hodnocení žadatele – obecně se posuzuje potřebnost a úroveň péče a příjmy žadatele, konkrétní forma se však dle jednotlivých spolkových zemí liší. Jedná-li se o pobytovou službu, je zpravidla na samotném zařízení, zda žadatele přijme či odmítne (rozdíly jsou opět v jednotlivých zemích a jejich systémech). Většina domovů stacionární péče obvykle vyžaduje pro přijetí zájemce určitou úroveň potřebnosti péče, např. domovy pod správou města Vídeň přijímají osoby minimálně s úrovní péče 3. (Riedl, Kraus, 2010)

Pokud osoba vyžadující péči není schopna hradit náklady na pobyt v zařízení stacionární péče, jako je například domov pro seniory, z vlastních prostředků (penze, příspěvky na dlouhodobou péči, viz text níže, které obvykle nejsou

dostačující k pokrytí celkových nákladů na péči), tak může poskytovatel služby převzít úhradu zbylých nákladů nebo v některých zemích jsou k úhradě nákladů vyzváni rodinní příslušníci s vyživovací povinností. (Riedl, Kraus, 2010; Pfeiferová a kol., 2013; Horecký, Průša, Tajanovská, 2012; Stanzl, 2018)

Příspěvek na dlouhodobou péči představuje bezúčelový peněžní příspěvek ze strany státu pro občany, kteří potřebují péči a pomoc, z něhož mohou být částečně kryty náklady na péči. Úrovně příspěvků na péči (Pfleigestufe) určují, kolik peněz osoba, v závislosti na stupni potřebné péče, dostane. (Stadt Wien, 2018a; Cambridge University, 2014) Rozsah příspěvku na péči tedy závisí na potřebě péče, která zahrnuje *sedm úrovní*. Dlouhodobá péče musí trvat nejméně 65 hodin měsíčně po dobu nejméně šesti měsíců. Počet hodin měsíční péče určuje lékař nebo zdravotní sestra. (Bundesministerium Digitalisierung und Wirtschaftsstandort, 2018)

Tabulka 2.10: Výše příspěvku na péči

Potřeba péče (v hodinách za měsíc)	Stupeň	Čistá výše příspěvku (EUR)
Více než 65 hodin	1	157,30
Více než 95 hodin	2	290,00
Více než 120 hodin	3	451,80
Více než 160 hodin	4	677,60
Více než 180 hodin, pokud je vyžadována výjimečná péče	5	920,30
Více než 180 hodin, pokud je nezbytná časově nekonzistentní péče, která se pravidelně poskytuje během dne a večer nebo je nezbytná stálá přítomnost opatrovníka během dne a noci kvůli pravděpodobnosti ohrožení klienta	6	1 285,20
Více než 180 hodin, pokud existuje nepohyblivost všech končetin či jiný podobný stav	7	1 688,90

Zdroj: Bundesministerium Digitalisierung und Wirtschaftsstandort, 2018

Osobám s těžkým duševním nebo těžce psychickým postižením, zejména osobám s demencí od věku 15 let, se navíc k danému stupni péče připočítávají dodatečné hodiny, a to v paušální výši 25 hodin měsíčně. Obzvláště intenzivní péče o děti a dospívající s těžkým zdravotním postižením ve věku do 15 let je rovněž zohledněna dodatečným počtem hodin (do 7 let ve výši 50 hodin). Za osobu se

zdravotním postižením je považována osoba s min. 50% postižením, min. po dobu 6 měsíců⁶⁶. Pojem „postižený“ zahrnuje všechny ekonomické, společenské a zákonné aspekty. Jako osoba znevýhodněná (Menschen mit Benachteiligung) se v Rakousku označuje osoba s postižením (min. 30% postižení). Obdoba české kategorie osoba zdravotně znevýhodněná v českém slova smyslu neexistuje. Stanovení stupně postižení slouží ke zjištění, zda je možno osobu vzhledem k závažnosti jejího postižení zařadit do skupiny zvýhodněných postižených osob. Stupeň postižení, resp. bližší ustanovení o určení stupně postižení je upraveno tzv. „hodnotící vyhláškou“ vydanou Spolkovým ministerstvem práce, sociálních věcí a ochrany spotřebitele. Základem pro hodnocení stupně postižení je posouzení působení tělesných, duševních, smyslových a psychických funkcí nebo omezení smyslových funkcí, které znesnadňuje vykonávání výdělečné činnosti, formou znaleckého lékařského posudku. V případě potřeby jsou pro posouzení stupně postižení prováděna další doplňující vyšetření jako například rentgenologické, laboratorní testy nebo jsou přizváni experti z dalších oborů, např. psychologové. Znalecký posudek musí kromě osobních údajů obsahovat anamnézu (průběh nemoci), výsledky vyšetření, diagnózy, odhad stupně postižení, zdůvodnění pro uvedený stupeň postižení. Procentuální stanovení postižení vychází z funkcionálního omezení s přihlédnutím k požadavkům výkonnosti na všeobecném trhu práce. Důležitá je přitom skutečnost, že se nejedná o prostý součet faktorů znevýhodnění, ale o to, zda a nakolik se jednotlivé druhy postižení vzájemně negativně ovlivňují. Návrh na stanovení stupně postižení se podává na Spolkový úřad pro sociální záležitosti. Navrhovatelé jsou pozváni k osobnímu pohovoru. Po předložení znaleckého posudku je vydáno tzv. „rozhodnutí o stanovení“. Rozhodnutí má v zásadě platnost po celou dobu pracovního života. Zřeknutí se statutu zvýhodněný postižený není možné (výjimku tvoří rozhodující zlepšení zdravotního stavu). (Kořánová, 2015)

⁶⁶ *Zákon o zaměstnávání osob s postižením (Behinderteneinstellungsgesetz - BEinstG): „působení nikoli přechodného tělesného, duševního nebo psychického omezení funkcí nebo omezení smyslových funkcí, které ztěžuje účast na pracovním životě.“ Za nikoli přechodné se považuje období delší než 6 měsíců.*

Žadatel o sociální službu podá žádost o příspěvek na péči u odpovědné pojišťovací instituce (například instituce, která vyplácí důchod/rentu⁶⁷). Od 1. 1. 2014 má rozhodovací pravomoc ve věci přidělení příspěvku na dlouhodobou péči 5 subjektů: Instituce důchodového pojištění (Pensionsversicherungsanstalt, PVA); Instituce pojištění veřejného zaměstnance (Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter, BVA); Pojišťovna pro železnice a hornictví (Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau, VAEB); Instituce sociálního pojištění zemědělců (Sozialversicherungsanstalt der Bauern, SVB); Instituce sociálního pojištění v podnikové sféře (Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft, SVA). Následně navštíví žadatele lékař nebo v některých případech kvalifikovaná zdravotní sestra, která určí úroveň potřebné péče. Na základě lékařské zprávy rozhodne příslušný orgán o postoupení žádosti o příspěvek na péči.

Příspěvek na dlouhodobou péči lze poskytnout i na omezenou dobu, pokud lze očekávat zlepšení zdravotního stavu. V průběhu dalšího posouzení může být rozhodnuto o prodloužení nebo o změně stupně potřebné péče. V případě zhoršení zdravotního stavu nebo změny situace v oblasti ošetřovatelství je možné požádat o novou klasifikaci.

2.7.3 Vybraní poskytovatelé sociálních služeb

Spolková země Vídeň

Sociální služby ve Vídni zahrnují péči o seniory, matky, děti a mládež, péče o osoby se zdravotním postižením, péče o lidi bez přístřeší, uprchlíky a o osoby v problémové situaci (zadlužení). Za plánování rozvoje sociálních služeb je zodpovědný Magistrát města, oddělení 24 (Gesundheits- und Sozialplanung, MA 24) a Magistrát města, oddělení 40 (Abteilung Soziales, Sozial- und Gesundheitsrecht, MA 40) (Stanzl, 2018). Úkolem oddělení MA 24 je strategické plánování, kontrola a zlepšování sociálních a zdravotních služeb, jakož i částečné financování vídeňských fondů. MA 40 je ústředním kontaktním místem pro obyvatele Vídně se sociálními a finančními problémy; v oblasti sociálního a zdravotního práva řeší základní právní úkoly, plní úřední funkce v oblasti

⁶⁷ Formuláře žádostí o poskytnutí nebo zvýšení příspěvku na péči jsou k dispozici u příslušné instituce důchodového pojištění nebo na adrese www.help.gv.at.

vydávání licencí a dohledu – schvaluje například zprovoznění nemocnic, domovů s pečovatelskou službou, zařízení pro zdravotně postižené a lékáren.

Cílem spolkové země Vídeň (představující zároveň hlavní město Rakouska a statutární město) je zajistit všem občanům, bez ohledu na jejich finanční zdroje, možnost využít všech služeb péče a podpůrných opatření, která potřebují. Ve městě Vídeň jsou k dispozici následující typy sociálních služeb:

- *Péče a ošetřování doma*: pečovatelská služba je poskytována seniorovi doma (mobilní služby, 24hodinová péče, mobilní hospice a paliativní týmy, služby podpory jako pomoc se stravováním prostřednictvím rozvozu jídla, návštěvy, pomoc na zavolání v případě nehody v domácnosti/tísňové volání, pomoc při přizpůsobení obydlí zdravotním potřebám).
- *Denní péče*: senior/klient služby žije doma a navštěvuje zařízení sociální péče pouze přes den (denní stacionáře).
- *Bytové a pečovatelské služby*: klient žije v některém z pobytových zařízení (Wohn- und Pflegeeinrichtungen), jako jsou domovy pro seniory, domov s pečovatelskou službou, asistované bydlení, alternativní způsoby bydlení, komunitní bydlení pro lidi s demencí ve Welse.
- *Časově omezené formy bytových a pečovatelských služeb*: péče, po dobu dovolené rodinného příslušníka, který se o osobu stará a krátkodobá péče – remobilizace, v těchto případech je klient přijat v domově dočasně jen po určitou dobu. (Stadt Wien, 2018a)

Město Vídeň podporuje tzv. koncepci „*Ambulant vor stationär*“, což znamená, že starší občané Vídně jsou podporováni žít co nejdéle ve svém vlastním domě, ale mohou trávit své dny v denních centrech pro seniory, pokud si to přejí. Město Vídeň a Ministerstvo sociálních věcí podporuje pečující příbuzné o závislé osoby finanční pomocí – finanční příspěvek poskytuje až na čtyři týdny ročně pro soukromou nebo profesionální náhradní péči, v případě, že je rodinný pečovatel nebo ošetřující osoba nemocná, potřebuje dovolenou nebo má jinou vážnou

příčinu, proč se nemůže o příbuznou závislou osobu postarat.⁶⁸ (Bundesamt für Soziales und Behindertenwesen – Sozialministeriumservice, 2019)

Pečující příbuzný může také využít tzv. ošetřovatelskou dovolenou nebo být ošetřovatelem na částečný úvazek či využít uvolnění z práce pro účely krátkodobé péče, přičemž má nárok na týdenní placenou dovolenou za pracovní rok. Výdaje na péči o blízké lze za daných podmínek odečíst z daně jako „mimořádnou zátěž“. Rovněž, pokud se rodinný příslušník podílí na úhradě nákladů za péči o příbuzného v domově pro seniory nebo v domově s pečovatelskou službou, je možné uplatnit výdaje na náhradu daně z příjmu. (Portal der Arbeiterkammern, 2019) Dále je státem podpořena 24hodinová domácí péče. Za tímto účelem musí dle zákona vykonávat péči ošetřovatel (zaměstnanec ošetřovatelské služby) nebo osoba samostatně výdělečně činná s živnostenským oprávněním. V prvním případě je možné uzavřít smlouvu s poskytovatelem (např. neziskové organizace Volkshilfe nebo Caritas), kterou uzavře osoba, která potřebuje péči.

Předpokladem pro udělení podpory je minimální kvalifikace ošetřovatele, a to, že má teoretické vzdělání, které v zásadě odpovídá práci domácího asistenta nebo domácího pomocníka, příp. ošetřovatel musí doložit, že pečlivě pečoval o osobu, která potřebovala péči, po dobu nejméně šesti měsíců nebo provádí určité ošetřovatelské a/nebo lékařské činnosti podle nařízení, poučení a pod kontrolou kvalifikované zdravotní sestry nebo lékaře (podle § 3b nebo § 15 odst. 6 zákona o zdravotní péči a ošetřovatelích nebo § 50b zákona o lékařských službách).

Pro získání podpory je nutný alespoň 3. stupeň péče, přičemž 24hodinová péče je kvalifikována jako nutná. Podpora pro dva samostatně výdělečně činné pracovníky činí maximálně 550 EUR měsíčně z důvodu nižších příspěvků na sociální zabezpečení. Pro zaměstnání dvou nesamostatně výdělečných ošetřovatele je dotace až 1 100 EUR měsíčně. Dotaci nemůže získat osoba, jejíž příjem

⁶⁸ Požadavkem na finanční podporu je, že osoba se starala alespoň rok o blízkého příbuzného se stupněm péče 3-7 nebo blízkého příbuzného s prokázanou demencí a se stupněm péče alespoň 1 nebo mladistvého blízkého příbuzného se stupněm péče alespoň na úrovni 1. Výše finanční podpory za rok je maximálně: 1 200 EUR při stupni péče 3, 1 400 EUR při stupni péče 4, 1 600 EUR při stupni péče 5, 2 000 EUR při stupni péče 6, 2 200 EUR při stupni péče 7. Celkový měsíční čistý příjem pečovatele nebo opatrovníků nesmí překročit 2 000 EUR při stupni péče 1-5 a 2 500 EUR při stupni péče 6-7. (Bundesamt für Soziales und Behindertenwesen – Sozialministeriumservice, 2019)

přesahuje částku 2 500 EUR měsíčně (kromě zvláštních plateb, příspěvku na péči, rodinných přídatků, příspěvku na péči o dítě, příspěvku na bydlení atd.). Tento příjmový limit se zvyšuje o 400 EUR za každou vyživovanou osobu. Poskytnutí dotace je nezávislé na majetku osoby, která péči potřebuje. (Portal der Arbeiterkammern, 2019)

Pouze v případě potřeby je seniorovi doporučen přesun do pečovatelského zařízení. Pečovatelské domovy jsou ve Vídni rovnoměrně rozmístěny tak, aby vídeňští senioři mohli zůstat co nejbližně svému obvyklému prostředí. Žádný občan by neměl být diskriminován, nabídky domovů musí být dostupné pro každého a podle jeho potřeb (Stadt Wien, 2018a). Pokud je potřeba péče a podpory tak velká a nutná, že domácí péče už nemůže být klientovi zaručena, seniorům je doporučeno obrátit se na *Vídeňský sociální fond* (Fonds Soziales Wien, FSW). Registrace žadatele o místo v některém ze zařízení pro seniory probíhá tedy prostřednictvím FSW a jeho *Casemanagementu* (Stanzl, 2018). FSW je nástroj města Vídeň (financovaný jeho prostředky), který je zodpovědný za implementaci sociální politiky města, poskytuje sociální zabezpečení a má mandát v oblasti zajišťování sociálních služeb. FSW je tak zodpovědný za plánování a kontrolu, poskytování a financování služeb, kontrolu kvality a nabízí poradenství. Klienti FSW nejsou pouze osoby, které potřebují ošetrovatelskou péči, ale také zdravotně postižené osoby, lidé bez domova a přístřeší, uprchlíci a lidé v dluhových problémech (v roce 2017 měl FSW téměř 126 600 klientů). Rozpočet FSW v roce 2017 činil přibližně 1,6 mld. EUR (1,06 mld. EUR bylo věnováno na financování péče). FSW je zodpovědný za akreditační proces partnerských organizací poskytujících služby (v roce 2017 bylo partnery 180 organizací, jež poskytovaly služby v souladu s obecnými a zvláštními pokyny pro financování z FSW) a udává jim podmínky fungování – směrnice pro zajištění kvality péče a finanční podpory a ověřuje jejich naplňování, čímž je zajištěno, že péče a podpora vždy splňují nejvyšší standardy kvality. FSW poskytuje 3 typy financování: individuální - přímé financování opatření poskytovaných jednotlivcům podle potřeby; financování projektu: financování časově omezených a/nebo jednorázových projektů; institucionální - financování zařízení působících v této oblasti (Stanzl, 2018).

V oblasti služeb pro seniory FSW poskytuje informace prostřednictvím tzv. Case ManagerInnen (oddělení poradenství pro péči, jehož pracovníci jsou především

ošetřovatelky a zdravotní sestry, sociální pracovníce s vysokoškolským vzděláním), jež diskutují (bezplatně) se žadatelem na základě prokázání potřeby péče (lékařského vyšetření), úrovně péče (Pflegestufe – stanovené lékařem a na základě geriatrického hodnocení, které ve Vídni není příliš standardizováno, ale plánuje se sjednocení) a na základě příjmu doporučí zájemci nejvhodnější typ sociální služby – možnosti umístění (klient, příp. jeho rodinní příbuzní, si může zařízení vybrat sám), vypočítá náklady na pobyt v pečovatelském zařízení a pomáhá klientovi s vyplněním formulářů o finanční příspěvek na péči. Poslední rozhodnutí o typu poskytnuté služby má však FSW. (Stanzl, 2018)

Požadavky na FSW na zařazení klienta do pobytové služby ve Vídni jsou následující:

- Hlavním požadavkem je souhlas osoby, která péči potřebuje.
- O osobu, která potřebuje péči, již není možné pečovat doma.
- Nabídka ambulantní péče a podpory již není dostatečná.
- Pro zařazení do domova typu Wohn- und Pflegehaus musí existovat potřeba ošetřovatelské péče a pomoci v souladu s úrovněmi 3 až 7 příspěvku na péči (důvodem mohou být také sociální faktory jako např. nebezpečí, které může klientovi hrozit z důvodu osamělosti). Pro zařízení typu asistované bydlení (Betreutes Wohnnung) je dostatečná úroveň 2 a výše (Stanzl, 2018; Sudit, 2018).
- Rakouské občanství (či rovnocenné cizí občanství).
- Hlavní bydliště a/nebo skutečný pobyt ve Vídni.

V rámci žádosti o zařazení do konkrétního domova seniorů nebo domova s pečovatelskou službou se kontroluje, zda je osoba samoplátce nebo zda přebírá náklady za její pobyt FSW v rámci podpory. Doba přijetí do zařízení závisí na naléhavosti ústavní péče. Pokud existuje poptávka po zařazení do zařízení v určitém místě, může být doba přijetí delší. V naléhavých případech je však možný okamžitý nástup. V opačném případě se lhůty odvíjí od dostupných míst v požadovaném domově.

Výše *nákladů* za pobyt se liší a závisí na několika faktorech. Obecně záleží v Rakousku na tom, v jaké spolkové zemi se instituce nachází a zda jde o veřejně nebo soukromě řízenou instituci. Ve většině domovů pro seniory či pečovatelském

domově jsou poplatky tvořeny základní částkou (denní sazby) a příplatkem podle rozsahu potřeb dlouhodobé péče, obvykle založenými na výši příspěvku na dlouhodobou péči (Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz, 2018; Suditu, 2018). V podstatě ale obyvatelé musí služby hradit také vlastními prostředky. Pokud však příjem (penze, příjmy z nájemného, dividendy, příspěvek na dlouhodobou péči atd.) není dostatečný, může klient ve Vídni požádat FSW o přímý finanční příspěvek – podporu. (Schwegl a Karlitzky, 2018; Stanzl, 2018; Schimper, 2018; Suditu, 2018) V *žádosti o podporu* (Antrag auf Förderung für Wohnen und Pflege) se uvádí osobní údaje žadatele, typ současného bydlení, náklady na pronájem a provoz, jakož i případné dotace, požadující typ bydlení, příjem, výše příspěvku na péči, údaje o zastupující osobě, údaje o závislé osobě. Osoby, které jsou podporovány z FSW, mohou využívat sociální služby poskytované uznávanými institucemi FSW. Osoby, které potřebují péči, si mohou zvolit také zařízení, které není FSW uznáno, ale pak nevzniká nárok na přidělení podpory z FSW. (Stanzl, 2018) Podporu je také možno vyplácet osobám v soukromě provozovaných zařízeních. Požadavky na způsobilost pro finanční podporu péče a podpůrných služeb jsou upraveny ve *Vídeňském zákoníku o sociální pomoci* (WSHG) a ve směrnicích financování FSW. (Stadt Wien, 2018a)

Klient platí paušální částku (tarif) za služby FSW a FSW hradí částku dané organizaci, která službu klientovi poskytuje. (Stanzl, 2018) Výše příspěvku (tarif), který musí být zaplacen, závisí na výši čistého příjmu (odebírání se 80 % příjmu), příspěvku na péči a podpoře z FSW. Příspěvek na náklady se odpovídajícím způsobem snižuje, pokud existuje vyživovací povinnost. Manželé a registrovaní partneři jsou vzájemně závislí až do 30 % příjmu. Pokud závislá osoba stále žije doma a platí nájemné, částka příspěvku na náklady se sníží o jednu část nájemného. Majetek a příjmy dětí nejsou ve Vídni zohledňovány (Stadt Wien, 2018b). Přesto si klient v zařízení ponechává část svého příjmu: 10 % příspěvku Pflegegeld (úroveň péče 3) představující v současnosti 45,20 Eur měsíčně (bez ohledu na aktuální úroveň ošetrovatelské péče); 20 % čistého příjmu (penze) a zvláštních příjmů (například institut 13. a 14. důchodu). Zbývající část je použita na krytí výdajů na pobyt v zařízení.

Dne 29. 6. 2017 rozhodla Národní rada o zrušení požadavku na náhradu za ošetřovatelskou péči, tzv. *Pflegeregresses*. Přístup k majetku osob přijatých do zařízení ústavní péče (včetně zařízení, která slouží především pro péči o osoby se zdravotním postižením), jejich příbuzných a dědiců, jakož i dárců v rámci sociální pomoci na pokrytí nákladů na péči je od 1. ledna 2018 nepřipustný (majetek klienta není využíván k pokrytí nákladů na bydlení). Toto nařízení se vztahuje na všechna aktiva bez zohlednění jejich výše. Každé jmění, které spadá pod pojem nemovitosti podle rakouského právního řádu, zůstává nedotčeno. To zahrnuje nemovitosti, byty, hotovostní a spořicí účty. (Schwegl a Karlitzky, 2018; Stanzl, 2018; Schimper, 2018; Sudit, 2018)

Důležitými zákony upravujícími pobyt v domově seniorů nebo pečovatelském domově jsou *Zákon o domácí smlouvě* (Heimvertragsgesetz) a *Zákon o domácím pobytu* (Heimaufenthaltsgesetz). Zákon o domácí smlouvě slouží k ochraně klientů domovů. Zákon o domácím pobytu stanovuje podmínky pro přípustnost omezení osobní svobody duševně nemocných a kognitivně postižených osob v pečovatelských domovech.

Příklady vídeňských pobytových zařízení pro seniory a jejich podmínky:

Senioren Residenz Am Kurpark Wien-Oberlaa, GmbH

Tato soukromá rezidence již více než 20 let nabízí pobytové služby pro seniory. Jedno až třípokojové apartmány o rozloze od 32 m² do 89 m² jsou vybaveny vstupní halou, kuchyňskou linkou, vanou/WC, lodžíí nebo terasou s malou zahradou a soukromým sklepem. V rezidenci se nachází 235 apartmánů ve 3 domech, kde žije přibližně 300 klientů. Většina klientů (okolo 200 osob) v tomto zařízení jsou aktivní, nezávislí na pomoci a jsou samoplátci. Menší část klientů (okolo 45) žije v asistovaném bydlení (Betreutes Wohnen), což znamená, že tito senioři jsou aktivní, schopni většinu dne trávit sami, ale potřebují částečnou péči a pomoc s některými aktivitami. Zbylá část klientů využívá oddělení 24 hodinové péče vyškolených ošetřovatelů (50 míst), kteří vykonávají individuální péči v rámci příslušné úrovně péče. (Schimper, 2018)

O přijetí/nepřijetí do zařízení rozhoduje vedení rezidence prostřednictvím uzavření smlouvy s klientem. Pokud je zájemce samoplátce, dokládá rezidenci v rámci

žádosti o přijetí své příjmy, na základě kterých zařízení rozhodne o přijetí/nepřijetí. Rozhodnutí o přijetí/nepřijetí je týmové a je za něj zodpovědné oddělení Interessentenberatung (2 pracovnice, které mají na starost dokončení uzavření smlouvy). K dispozici při rozhodnutí je také ředitelka oddělení péče – Pflegedirektorin posuzující potřebnost péče a poskytnutých služeb a ředitel zařízení. Smlouva o bydlení nebo péči je kombinovaná smlouva o nájmu, bydlení, základní péči, stravování a je uzavřena na dobu neurčitou. Výpovědní lhůta je na konci každého měsíce. Čekací doba pro umístění je přibližně 1 až 6 měsíců, v závislosti na požadovaném typu bydlení (aktivní nebo oblast péče). Výhodné je uzavřít dohodu o závazné rezervaci. Náklady za pobyt zahrnují pravidelné služby zahrnuté v měsíčním poplatku, jakož i volitelné doplňkové služby (Schimper, 2018). Ceny měsíčního pobytu pro aktivní seniory se dle typu apartmánu pohybují v základní sazbě od 1 865,17 EUR do 4 334,04 EUR.

Tato rezidence je partnerskou organizací FSW. V rezidenci je 50 míst, z toho 15 míst jako podpořená místa FSW (tzv. Pflegeplätze). V případě nedostatečných vlastních prostředků může klient uplatnit nárok na úhradu nákladů z FSW (podle zákona o federálních dávkách péče, stupeň péče 3). Pokud FSW doporučí zájemci o pobytovou službu ošetřovatelské místo v tomto zařízení, musí jej zařízení přijmout, má-li volné kapacity (výjimkou jsou lidé závislí na návykových látkách, osoby s vysokým rizikem sebevraždy nebo osoby vyžadující péči nemocniční – např. osoby vyžadující kyslíkovou terapii). (Schimper, 2018) Smlouvy o dlouhodobé péči se s klienty uzavírají po dokončení posouzení požadavků na péči, které se přezkoumávají každé dva měsíce. Podle klasifikace jsou účtovány následující denní sazby.

Tabulka 2.11: Denní sazby v jednolůžkovém pokoji

Úroveň péče	Denní sazba (EUR)
1	131,52
2	131,52
3	148,50
4	156,87
5	156,87
6	189,04
7	189,04

Zdroj: Schimper, 2018

Rezidence nabízí také krátkodobou péči po dobu rekreace (po dobu dovolené pečovatele) a krátkodobou péči po pobytu v nemocnici (přechodnou péči jako přípravu na život doma). V případě těchto dvou typů péče je účtována denní sazba za jednolůžkový pokoj ve výši 165,79 EUR za úroveň péče 1 až 4, u úrovní 5 až 7 se účtují platné denní sazby dlouhodobé péče. Minimální délka pobytu je 14 dní. Rezervace je nutná podle dostupnosti.

Dále také v případě potřeby péče mohou obyvatelé, kteří již žijí v rezidenci, využít ošetřovatelské péče ve svých apartmánech (asistované bydlení). Rozsah služeb v jejich bytech závisí na osobních potřebách a na potřebě péče. V závislosti na příslušné úrovni péče se navíc k měsíčnímu paušálu účtuje měsíčně i poplatek za péči.

Tabulka 2.12: Ošetřovatelské poplatky za péči v bytě

Úroveň péče	Měsíční sazba (EUR)
základní stupeň	303,25
1	606,49
2	909,74
3	1 516,26
4	1 971,15
5	2 607,96
6	3 149,86
7	3 487,40

Zdroj: Schimper, 2018

Poplatek za péči uvedený v příslušné fázi zahrnuje výhradně dohodnuté služby péče a představuje maximální náklady na pečovatelské služby.

Kolpinghaus „Gemeinsam Leben“ Wien-Favoriten, GmbH

Zařízení nabízí 197 míst dlouhodobé péče, 32 míst samostatného asistovaného bydlení a také 50 míst pro matky a děti, které se nacházejí v problémové životní situaci. Zařízení tak uplatňuje speciální model soužití starších osob s mladšími. Tato rezidence je partnerskou organizací FSW (Pflegeplätze, Betreutes Wohnen) a nabízí dlouhodobou i krátkodobou péči. Organizace hlásí svá volná místa FSW. Má-li volné kapacity, a pokud FSW doporučí zájemci o pobytovou službu ošetřovatelské místo v tomto zařízení, musí jej zařízení přijmout. Konečné slovo ve výběru zařízení má klient/rodinní příslušníci.

Zařízení má 215 zaměstnanců, z toho 140 pečovatelek a 5 sociálních pracovníků, kteří se starají o matky s dětmi. V zařízení nyní žije dlouhodobě okolo 230 klientů – seniorů (většina z nich má stanovenou úroveň péče 4–5) a 18 žen s 30 dětmi, které zde však mohou setrvat nejdéle 2 roky. Zájemce musí vyplnit registrační formulář, který obsahuje osobní údaje žadatele, údaje o příbuzných, údaje o zastupující osobě, výši příspěvku na péči a výši příspěvku z FSW, příjem, požadovaný typ bydlení, informace o zdravotním stavu. O přijetí do zařízení rozhodují ředitel a tzv. Bewohner fórum (vedoucí ošetřovatelů, vedoucí každého oddělení). Nerozhodují však o potřebě/typu péče, o které rozhodují orgány jako FSW, nemocnice, sociální pracovníci.

Náklady na pobytové služby se odvíjí od toho, zda se jedná o stacionární péči či asistované bydlení s podporou FSW nebo bez podpory (klient je samoplátce), přičemž v zařízení je 98 % klientů podpořeno FSW (včetně matek a dětí) a 2 % jsou samoplátci. (Schwegl a Karlitzky, 2018)

Tabulka 2.13: Denní sazby za stacionární péči - samoplátce

Úroveň péče/dvoulůžkový pokoj	Denní sazba (EUR)
1-3	155,50
4	161,20
5	175,90
6	196,50
7	227,50

Zdroj: Schwegl, Karlitzky, 2018

Tabulka 2.14: Měsíční nájem za asistované bydlení - samoplátce

Apartmán	Měsíční sazba (EUR)*
Jednolůžkový apartmán	1 324,00
Dvoulůžkový apartmán	1 733,00

**Pozn. Nezahrnuje náklady na péči a poplatky (zdravotní vyšetření, telefon)*

Zdroj: Schwegl, Karlitzky, 2018

Tabulka 2.15: Měsíční nájem stacionární péče a asistované bydlení - podpora FSW

Apartmán	Měsíční sazba (EUR)
Dotace na náklady pobytu ze strany FSW	300,00
Rezervační poplatek za ošetřovatelské místo/den	64,40

Zdroj: Schwegl, Karlitzky, 2018

Spolková země Horní Rakousy (Oberösterreich)

Předpoklady pro umístění v domovech seniorů nebo v domovech s pečovatelskou službou v Horních Rakousech (Oberösterreich) jsou následující: *požadavek zvláštní péče*: skutečná klasifikace s příspěvkem na péči na úrovni 4 nebo vyšší; *klasifikace pod úrovní příspěvku na péči 4*: v tomto případě musí být prokázáno, že dotyčná osoba má fyzická onemocnění (např. závažná omezení mobility, zjevné nemoci); duševní onemocnění (včetně duševní poruchy a psychóz, jako je například demence, další endogenní psychózy, jako je deprese a neurózy, aj.) nebo má osoba mentální postižení a není schopna vést nezávislý a samostatný život. V obou případech je nutné podat písemnou žádost o místo v daném zařízení. Odpovědný *koordinátor pro péči a ošetřovatelství* pak rozhoduje o tom, zda bude či nebude osoba do zařízení umístěna. Písemná žádost o místo v zařízení musí být podána u okresního správního orgánu nebo u sociálního úřadu městské rady. Příslušné sociální poradny dále informují žadatele o dalších krocích. Při vstupu do zařízení pro seniory platí zásada dobrovolnosti. To znamená, že obyvatelé jsou přijímáni pouze s jejich výslovným souhlasem. (Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz, 2018). Pro přijetí do zařízení neexistuje žádná specifická věková hranice, avšak zpravidla lze předpokládat minimální věk kolem 60 let. V jednotlivých případech se kontroluje, zda rezident spadá pod sociální pomoc (věkové podmínění vstupu do zařízení) nebo pod Zákon o rovných příležitostech Horních Rakous, dle kterého přijetí závisí na míře zdravotního postižení. Žádost o přijetí do určitého domova je brána na zřetel, jak jen je to možné, ale právní nárok na vstup do určitého domova neexistuje. V podstatě jsou preferováni ti, kteří mají hlavní bydliště ve stejném okrsku. (Pflege in Oberösterreich, 2018) Pro přijetí do zařízení se rovněž nezohledňuje, zda žadatel podal přihlášku do zařízení již dlouhou dobu předem, nebo zda je samoplátce všech nákladů. Kritériem pro přijetí je *naléhavost*.

Spolková země Salcbursko

V spolkové zemi Salcbursko se nachází 119 obcí a přibližně 5 000 míst v 73 zařízeních pro seniory (v každé druhé obci se tak nachází dům pro seniory). V některých regionech Salcburska existují pro seniory nejen domovy seniorů a domy s pečovatelskou službou, ale i tzv. komunitní bydlení. Registrace pro

umístění se ve většině případů koná přímo v samotném domově. V zařízeních ve vlastnictví komunity může být registrace přijata pouze na obecním úřadě. U zařízení pod správou města Salzburg je registrace organizována centrálně. Všichni žadatelé musí kontaktovat *Senior Care Centre* města Salzburg. Registrace v soukromých domech probíhá přímo v instituci samotné. Mnoho domů má stanovena interní přijímací kritéria (bydliště, dlouhodobá péče, aj.). V Salzburgu existují speciální zařízení pro speciální skupiny pacientů (např. pacienti s roztroušenou sklerózou, duševně nemocní, osoby se zdravotním postižením). U domovů neexistují žádné požadavky na přijímání jako u nemocnic. Každý dům má vlastní kritéria. Veřejní poskytovatelé péče se rozhodují většinou dle naléhavosti (ne dle data registrace). Kritéria přijetí jsou proto obvykle rozsah dlouhodobé péče a možnost domácí péče. Kritériem může být také místo pobytu žadatele, kdy je nejdříve upřednostněn žadatel, který měl pobyt v obci, která zařízení spolufinancuje, nebo v tomto místě mají hlavní bydliště jeho příbuzní. Ačkoli mají Rakušané právo na svobodnou volbu svého bydliště i v případě domova pro seniory, v případě že klient není schopen provést potřebnou úhradu z vlastních zdrojů, musí být před přijetím vyjasněno, zda sociální úřad jeho bývalého pobytu převezme zbývající náklady na pobyt v zařízení. Domovy seniorů také primárně akceptují osoby pobírající příspěvek na péči. Město Salzburg přijímá pouze osoby, které jsou starší 60 let a žijí ve městě Salzburg poslední 2 roky. Poskytovatel služeb má tak zcela volný prostor ve své „přijímající politice“ klientů. Obyvatelé domovů mají právo na uzavření písemné smlouvy, která obsahuje veškeré informace nezbytné pro bezproblémové poskytování služeb mezi poskytovatelem služby a příjemcem. (Land Salzburg, Abteilung Soziales, 2012).

2.7.4 Shrnutí

Významnou oblast sociálních služeb v Rakousku představují služby pro starší občany a seniory. Starším osobám je v Rakousku poskytnuta možnost individuální volby výběru služby, která je jim zaručena také díky poskytnutí peněžního příspěvku na péči bez ohledu na zvolený typ péče (formální/neformální, institucionální/domácí).

A/ Jaké jsou procesy vstupu do sociální služby?

Výše poskytnutého příspěvku na péči (Pflegegeld) hraje důležitou roli v možnosti vstupu do sociální služby/pobytové péče v podobě částečného krytí nákladů na péči, která je finančně náročná. Tato dávka existuje v Rakousku nezávisle na výši příjmu, majetkových poměrech i na příčině potřeby péče, hodnotí se pouze zdravotní stav žadatele (prostřednictvím lékařské zprávy). Úrovně příspěvků na péči určují, kolik peněz osoba, v závislosti na stupni potřebné péče, obdrží. Naopak způsobilost k jiným dávkám/výhodám (ve Vídni podpora z FSW) se vztahuje na úroveň (stupeň) péče, kterou osoba potřebuje a na socioekonomickou situaci žadatele o vstup do pobytové služby.

B/ Jaká je odbornost pracovníků, kteří řeší vstup žadatele do sociální služby?

Odpovědní sociální pracovníci musí splňovat zákonný požadavek, který je stanoven jako vysokoškolské vzdělání v sociální oblasti.

C/ Pokud se rozhoduje multidisciplinárně, kdo je členem týmu, dle druhů služeb?

Vstupem do sociálních služeb se zabývá oddělení poradenství pro péči, jehož pracovníci jsou především ošetřovatelky a zdravotní sestry, sociální pracovnice s vysokoškolským vzděláním.

D/ Jaká jsou kritéria pro vstup do jednotlivých druhů, forem služeb?

Zájemce musí vyplnit registrační formulář. Ten obsahuje: osobní údaje žadatele, údaje o příbuzných, údaje o zastupující osobě, výše příspěvku na péči a výše příspěvku z FSW, příjem, požadující typ bydlení, informace o zdravotním stavu. Pokud FSW doporučí zájemci o pobytovou službu podpořené pečovatelské místo (Pflegeplätze) v tomto zařízení, musí jej zařízení přijmout, má-li volné kapacity. Jedná-li se o zřizovatele (bez podpory FSW), rozhoduje o přijetí/nepřijetí klienta samotné vedení zařízení dle interních kritérií. Ve spolkové zemi Horní Rakousy je ve většině případů kritériem vstupu do domova pro seniory přiznaný nárok na příspěvek na péči úrovně 4 nebo vyšší a kritériem pro přijetí do zařízení je naléhavost. Žádost o místo se podává v daném zařízení a o jeho přidělení

rozhoduje odpovědný koordinátor pro péči a ošetřovatelství. Písemná žádost o místo v zařízení musí být podána také u okresního správního orgánu nebo u sociálního úřadu městské rady daného města, přičemž o dalších krocích informují žadatele příslušné sociální poradny. Ve Spolkové zemi Salcbursko mají zařízení dlouhodobé péče stanovena interní přijímací kritéria jako je bydliště ve městě/obci, věk, naléhavost péče a potřebnost dlouhodobé péče, přiznaný příspěvek na péči (kritéria se mohou lišit v závislosti na tom, zda je domov pro seniory veřejný či soukromý). Registrace do soukromých domovů pro seniory probíhá přímo v daném zařízení, naopak do obecních zařízení pod správou města Salcburk je registrace organizována centrálně.

E/ Kdo odpovídá za vstup zájemců do sociální služby?

Pokud je potřeba péče a podpory tak velká a nutná, že domácí péče už nemůže být klientovi zaručena, doporučuje se seniorům obrátit na příslušný zodpovědný orgán, v případně spolkové země Vídeň je to Vídeňský sociální fond (FSW), jehož pracovníci tzv. Case ManagerInnen (oddělení poradenství pro péči, jehož pracovníci jsou především ošetřovatelky a zdravotní sestry, sociální pracovnice s vysokoškolským vzděláním), doporučí zájemci vhodný typ péče a stanoví náklady na službu na základě potřeby péče, příjmu a příspěvku na péči, případně podpory FSW (na základě těchto faktorů odvádí tarif do FWS vyplácený dále dané organizaci). Poslední rozhodnutí o typu poskytnuté služby má FSW.

F/ Jakými metodami jsou hodnoceny potřeby klienta a v jakém rozsahu?

Základem pro hodnocení stupně postižení je posouzení tělesných, duševních, smyslových a psychických funkcí nebo omezení smyslových funkcí, které znesnadňuje vykonávání výdělečné činnosti, formou znaleckého lékařského posudku. V případě potřeby jsou pro posouzení stupně postižení prováděna další doplňující vyšetření jako například rentgenologické, laboratorní testy, nebo jsou přizváni experti z dalších oborů, např. psychologové. Znalecký posudek musí kromě osobních údajů obsahovat anamnézu (průběh nemoci), výsledky vyšetření, diagnózy, odhad stupně postižení, zdůvodnění pro uvedený stupeň postižení. Procentuální stanovení postižení vychází z funkcionálního omezení s přihlédnutím k požadavkům výkonnosti na všeobecném trhu práce. Důležitá je přitom skutečnost, že se nejedná o prostý součet faktorů znevýhodnění, ale o to, zda

a nakolik se jednotlivé druhy postižení vzájemně negativně ovlivňují. Návrh na stanovení stupně postižení se podává na Spolkový úřad pro sociální záležitosti. Navrhovatelé jsou pozváni k osobnímu pohovoru. Po předložení znaleckého posudku je vydáno tzv. „rozhodnutí o stanovení“. Rozhodnutí má v zásadě platnost po celou dobu pracovního života. Zřeknutí se statutu zvýhodněný postižený není možné (výjimku tvoří rozhodující zlepšení zdravotního stavu).

G/ Jak zabránit již při procesu vstupu do sociální služby nadužívání pobytových služeb a tím podpořit terénní služby?

S problémem nadužívání pobytových služeb se Vídeň nepotýká z důvodu samotného nastavení systému poskytování péče prostřednictvím poskytování příspěvku, který podporuje rodinnou a ambulantní péči a omezuje rozsah pobytu v stacionárních zařízeních. K eliminaci nadužívání pobytových služeb byla také zavedena podpora a zatraktivnění mobilních služeb a 24hodinové péče v domácím prostředí seniora. Tento přístup může být inspirací pro Českou republiku.

H/ Jaké jsou možnosti odmítnutí zájemce o sociální službu?

Odmítnutí může nastat při nesplnění kritérií daného zařízení: stupeň péče a další nefinanční kritéria (např. naléhavost péče, rakouské občanství, legální pobyt); dostatečné prostředky na úhradu pobytu v zařízení – posuzuje se příjem; volná kapacita zařízení. Pro využití pobytové služby – zařazení do domova typu Wohn- und Pflegehaus ve Vídni musí existovat potřeba ošetrovatelské péče v souladu s úrovněmi péče 3 až 7. Například ve spolkové zemi Horní Rakousy je umístění v domovech seniorů nebo v domovech s pečovatelskou službou možné od úrovně péče 4 nebo vyšší. Dalšími důležitými kritérii je rakouské občanství (či rovnocenné cizí občanství) žadatele a hlavní bydliště a/nebo skutečný pobyt ve Vídni. Poslední rozhodnutí o poskytnuté službě má však FSW, čímž se zabraňuje nadužívání pobytových služeb.

I/ Probíhají v rámci procesu vstupu do sociální služby ve sledovaných zemích majetkové a příjmové testy zájemců?

Výše nákladů za pobyt se liší a závisí na tom, v jakém spolkové zemi se instituce nachází a na tom, zda jde o veřejně (v případě Vídně partner FSW) nebo

soukromě řízenou instituci. Ve většině domovů pro seniory či pečovatelském domově jsou poplatky tvořeny základní částkou (denní sazby) a příplatkem podle rozsahu potřeb dlouhodobé péče, obvykle založené na výši příspěvku na dlouhodobou péči. V podstatě ale obyvatelé musí služby hradit také vlastními prostředky. Pokud však příjem (penze, příspěvek na dlouhodobou péči, další příjmy atd.) není dostatečný, může klient ve Vídni požádat FSW o finanční příspěvek. V žádosti o podporu (Antrag auf Förderung für Wohnen und Pflege) se uvádí osobní údaje žadatele, typ současného bydlení, náklady na pronájem a provoz, jakož i případné dotace, požadující typ bydlení, příjem, výše příspěvku na péči, údaje o zastupující osobě, údaje o závislé osobě. Majetek a příjmy dětí nejsou ve Vídni zohledňovány. Od roku 2018 je v systému hrazení nákladů za péči uplatňován tzv. *Pflegeregresses*, tzn., že majetek (všechna aktiva bez zohlednění jejich výše) osob přijatých do zařízení ústavní péče, jejich příbuzných a dědiců, jakož i dárců v rámci sociální pomoci nesmí být využíván k pokrytí nákladů na péči.

3 Vzájemná komparace zvolených zemí v oblasti vstupu zájemců do sociálních služeb

3.1 Přehled základních komparovaných nástrojů a postupů v jednotlivých zemích

Provedená komparace 6 evropských zemí na téma problematiky vstupu osob do sociálních služeb byla zpracována dle osnovy, která vycházela z 9 zásadních otázek této problematiky, položených v rámci zadání studie ze strany jejího objednatele, Ministerstva práce a sociálních věcí. Následující podkapitoly obsahují přehled přístupu všech komparovaných zemí k jednotlivým, výše zmíněným otázkám.

3.1.1 A/ Proces vstupu do sociálních služeb

Proces vstupu do sociálních služeb začíná v jedné skupině zemí podáním přihlášky ze strany žadatele (Česká republika, Polsko, Slovinsko). Nejvíce standardizovaný je tento proces právě ve Slovinsku, kde je zákonem dána jednotná přihláška pro všechny druhy sociálních služeb, a to soukromých i veřejných. Na základě těchto přihlášek či žádostí začíná proces hodnocení žadatele, prostřednictvím kterého je stanoveno, na jaké služby bude žadatel mít nárok, a v jakém rozsahu.

Specifický přístup funguje v Německu, kde vstupu do sociálních služeb předchází řízení o nároku na příspěvek na péči. Přiznání tohoto příspěvku pak žadatele automaticky opravňuje k nároku na využití takových služeb, které svou podstatou odpovídají přiznanému příspěvku a stupni závislosti. Tento přístup se jeví jako vhodný k implementaci do prostředí České republiky, který povede k větší transparentnosti řešení vstupu do sociálních služeb a omezení případů nadužívání zejména pobytových služeb. Potenciál implementace vychází z platného předpokladu, že pokud člověk nemá nárok na příspěvek na péči, jeho stav není natolik vážný, aby musel využít služeb sociální péče.

Specifické jsou také přístupy v Itálii či Finsku, ať už vzhledem k decentralizaci systému v Itálii mezi jednotlivými regiony či neformálnímu přístupu ve Finsku, kde proces probíhá prostřednictvím ničím neregulovaného osobního kontaktu mezi

zájemcem a sociálním pracovníkem. Tyto systémy jsou nestandardizované a pro prostředí České republiky nevhodné.

Tabulka 3.1: Srovnání přístupu k oblasti „Proces vstupu do sociálních služeb“ v komparovaných zemích

Řešené téma: =>	Jaké jsou procesy vstupu do sociální služby?
Česká republika:	<p>Procesy vstupu do sociální služby jsou upraveny v rámci zákona o sociálních službách v § 88, 90 a 91 a ve standardu kvality sociálních služeb č. 3, v němž jsou stanoveny kritéria týkající se jednání se zájemcem o službu, který je předmětem přílohy č. 2 vyhlášky č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů.</p> <p>Podle zákona o sociálních službách může osoba požádat o poskytnutí sociální služby poskytovatele sociálních služeb nebo může požádat obec, ve které má trvalý nebo hlášený pobyt, o zprostředkování možnosti poskytnutí sociální služby anebo o zprostředkování kontaktu s poskytovatelem sociálních služeb.</p> <p>Poskytovatelé sociálních služeb jsou povinni zejména zajišťovat dostupnost informací o druhu, místě, okruhu osob, jimž poskytují sociální služby, o kapacitě poskytovaných sociálních služeb a o způsobu poskytování sociálních služeb, a to způsobem srozumitelným pro všechny osoby.</p> <p>O poskytnutí sociální služby uzavírá osoba smlouvu s poskytovatelem sociálních služeb; tato smlouva se neuzavírá v případě poskytnutí sociální služby dítěti na základě rozhodnutí soudu o nařízení ústavní výchovy, výchovného opatření nebo předběžného opatření.</p>
Finsko:	<p>Finský model poskytování sociálních služeb je zaměřen primárně na podporu setrvání klienta v pohodlí domácnosti po co nejdelší dobu, a to formou terénních služeb, výpomoci v domácnosti a podobně. Klientovi stačí kontaktovat místního pověřeného sociálního pracovníka, který mu buď poradí, na které zařízení či poskytovatele služeb se obrátit, případně si s ním sám sjedná schůzku a doporučí nejvhodnější řešení, přičemž míra osobního kontaktu závisí mimo jiné i na velikosti dané obce; v menších samosprávách bývá intenzivnější, zatímco ve větších se častěji jedná o telefonickou linku, jejímž prostřednictvím bývají zájemcům sdělovány potřebné informace.</p> <p>Vzhledem k míře decentralizace finského systému nejsou ze strany státu stanovena přesná pravidla ani metody hodnocení potřeb klienta. Stát pouze uvádí několik případů dobré praxe, které slouží úřadům místních samospráv spíše k inspiraci a nejsou pro ně závazné.</p>
Slovensko:	<p>Žadatel o příjem do péče sociálních služeb podává přihlášky s osobními údaji, ke kterým musí být přiložen lékařský posudek ne starší 1 měsíc od podání přihlášky. Výše uvedená komise na základě těchto informací hodnotí, zda žadatel splňuje vzhledem ke svému věku a zdravotnímu a duševnímu stavu požadavky do přijetí do sociálních služeb, a na kterou službu má na základě tohoto stavu nárok (terénní, pobytovou apod.). V případě, že komise není schopna jednoznačně určit, zda má žadatel nárok na požadované služby, nechává si zpracovat odborný posudek ze strany relevantních komisí sestavených na úrovni Ministerstva práce, rodiny, sociálních věcí a rovných příležitostí.</p>
Itálie:	<p>Vzhledem k nejednotnosti italského systému nepanuje shoda ani v procesu vstupu do sociální služby. Také zde se pravidla liší podle konkrétního regionu. Zatímco v některých částech Itálie má hlavní slovo multidisciplinární tým ASL, který klasifikuje žadatele do kategorií podle jejich potřebnosti, stanoví plán péče a vybere také vhodného poskytovatele, v jiných částech země (např. v severoitalské Lombardii) si zájemci sami vybírají poskytovatele, který je následně klasifikuje podle jejich potřebnosti. Míru potřebnosti si přitom určuje každý region podle svých vlastních kritérií (zahrnující obvykle víceúrovňový přístup).</p>

Řešené téma: =>	Jaké jsou procesy vstupu do sociální služby?
Německo:	Zapojení do sociálních služeb je posuzováno dle rozsahu potřebné pomoci (zdravotního stavu) - dle stupňů péče a naléhavosti. Osoba odkázaná na péči druhých se může rozhodnout, zda využije péči v domácím prostředí nebo v pobytových zařízeních. Pojištění dlouhodobé péče, ze kterého plyne příspěvek na péči, je v Německu povinné a podílí se na něm také senioři.
Polsko:	Proces vstupu do sociální služby: <ol style="list-style-type: none"> a) Podání žádosti u místně příslušného Centra sociální pomoci. b) Provedení komplexního sociálního šetření – provádí sociální pracovník Centra. Sociální pracovník zjišťuje, zda žadatel splňuje atributy cílové skupiny dané služby, s ohledem na typ služby posuzuje jeho zdravotní stav, míru schopnosti péče o vlastní osobu. c) Cílem rozhodovacího procesu je především zjistit oprávněnost vstupu žadatele do služby.
Rakousko:	Výše poskytnutého příspěvku na péči (Pflegegeld) hraje důležitou roli v možnosti vstupu do sociální služby/pobytové péče v podobě částečného krytí nákladů na péči, která je finančně náročná. Tato dávka existuje v Rakousku nezávisle na výši příjmu, majetkových poměrech i na příčině potřeby péče, hodnotí se pouze zdravotní stav žadatele (prostřednictvím lékařské zprávy). Úrovně příspěvků na péči určují, kolik peněz osoba, v závislosti na stupni potřebné péče, obdrží. Naopak způsobilost k jiným dávkám/výhodám (ve Vídni podpora z FSW) se vztahuje na úroveň (stupeň) péče, kterou osoba potřebuje a na socioekonomickou situaci žadatele o vstup do pobytové služby.

Zdroj: ACCENDO, 2019.

3.1.2 B/ Odbornost pracovníku sociálních služeb

V této oblasti nejsou mezi komparovanými zeměmi téměř žádné rozdíly. Ve všech komparovaných zemích je zákonem odbornost sociálních pracovníků stanovena na vysokoškolské či vyšší odborné vzdělání v oblasti sociální práce. V některých případech je pro výkon této pozice vyžadována také praxe či stáž (Slovinsko), případně absolvování specifických vzdělávacích kurzů (Itálie). Ve všech zemích je samozřejmostí průběžné další vzdělávání během působení na pozici sociálního pracovníka.

Tabulka 3.2: Srovnání přístupu k oblasti „Odbornost pracovníku sociálních služeb“ v komparovaných zemích

Řešené téma: =>	Jaká je odbornost pracovníků, kteří řeší vstup žadatele do sociální služby?
Česká republika:	<p>Vstup žadatele do sociálních služeb ve většině případů řeší sociální pracovník. Odbornou způsobilostí k výkonu sociálního pracovníka je dle § 109 ZSS:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) vyšší odborné vzdělání získané absolvováním vzdělávacího programu akreditovaného podle zvláštního právního předpisu v oborech vzdělání zaměřených na sociální práci a sociální pedagogiku, sociální pedagogiku, sociální a humanitární práci, sociální práci, sociálně právní činnost, charitní a sociální činnost, b) vysokoškolské vzdělání získané studiem v bakalářském, magisterském nebo doktorském studijním programu zaměřeném na sociální práci, sociální politiku, sociální pedagogiku, sociální péči, sociální patologii, právo nebo speciální pedagogiku, akreditovaném podle zvláštního právního předpisu. <p>Odbornou způsobilost k výkonu povolání sociálního pracovníka plní trvale také osoby, které do konce roku 2016 splnily kvalifikaci, tak jak byla upravena v podmínkách dle písm. c) a d), a to ve znění ustanovení § 110 ZSS účinného do konce roku 2016.</p>
Finsko:	<p>Podle zákona č. 817/2015, o odbornících v oblasti sociální péče:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Sociální pracovník musí mít vysokoškolské vzdělání, přičemž větší část studia/většina předmětů se týkala sociální práce; b) Sociální specialista / gerontolog musí mít vysokoškolské vzdělání v oblasti sociálních věd.
Slovinsko:	<p>Odbornost pracovníků v sociálních službách je řešena podle článku 69 zákona o sociální ochraně. Odborní pracovníci v sociálních službách dle tohoto zákona musí mít vyšší odborné či vysokoškolské vzdělání v sociální oblasti. Zároveň musí absolvovat 9měsíční stáž či praxi v sociálních službách a splnit odbornou zkoušku. Tyto nástroje slouží k zajištění potřebného odborného standardu sociálních pracovníků, a tím pádem i potřebné odpovídající kvality sociální péče.</p>
Itálie:	<p>Pracovníci v oblasti sociálních služeb musejí dle zákona č. 328/2000 mít jednak vysokoškolské vzdělání se sociálním zaměřením, jednak musejí absolvovat kurz, jehož konkrétní podmínky odpovídají požadavkům příslušného regionu.</p>
Německo:	<p>Německo je jednou z mála zemí OECD, která má akreditaci jak pro pečovatele v zařízeních tak pro domácí pečovatele. Akreditace vyžaduje poskytování systémů řízení jakosti (jako je ISO nebo E-Qulin). Minimální standardy byly vždy aktualizovány a jsou obecně uznávány jako současný stav v ošetrovatelské péči. Fondy dlouhodobé péče musí nabízet školení o péči pro rodinné pečovatele a dobrovolníky.</p>

Řešené téma: =>	Jaká je odbornost pracovníků, kteří řeší vstup žadatele do sociální služby?
Polsko:	Klíčovou roli v procesu rozhodování hraje sociální pracovník. Zákonem stanovené podmínky pro vykonávání profese sociálního pracovníka se v porovnání Polska a ČR příliš neliší. Zejména v posledních letech je v Polsku kladen důraz na další vzdělávání sociálních pracovníků, příp. jejich specializaci. Postupné zavádění systému průběžného vzdělávání se do budoucna jeví jako nezbytné zejména v případě sociálních pracovníků pracujících v Centrech sociální pomoci, a to z důvodu široké škály kompetencí, kterými disponují - jde o již zmíněnou účast v rozhodování o poskytnutí sociální služby – provádění sociálních šetření u žadatelů o poskytnutí sociální služby a zpracování podkladů pro vydání rozhodnutí v dané věci, dále o poskytování odborného sociálního poradenství různým cílovým skupinám nebo o rozhodování o přiznání nároku na finanční či materiální pomoc. Jako příklad specializace mohou sloužit již fungující sociální pracovníci – specialisté na úřadech jednotlivých vojvodství, kteří jsou oprávněni k výkonu kontrolních činností u poskytovatelů sociálních služeb.
Rakousko:	Odpovědní sociální pracovníci musí splňovat zákonný požadavek, který je stanoven jako vysokoškolské vzdělání v sociální oblasti.

Zdroj: ACCENDO, 2019.

3.1.3 C/ Multidisciplinární hodnocení

Multidisciplinární hodnocení v rámci rozhodování o vstupu do sociálních služeb není v žádné z komparovaných zemí pevně stanoveno. Obecně platí, že toto hodnocení provádí sociální pracovník, v některých zemích se tohoto hodnocení účastní praktický lékař, většinou prostřednictvím lékařského posudku. V jednotlivých zemích se procesu hodnocení mohou účastnit i další odborníci, jejich zapojení závisí čistě na žádosti o účast ze strany sociálních pracovníků. Jedná se o specialisty v oblastech, které odpovídají cílové skupině řešených zájemců o vstup a jejich konkrétním problémům a situacím.

Tabulka 3.3: Srovnání přístupu k oblasti „Multidisciplinární hodnocení“ v komparovaných zemích

Řešené téma:	Pokud se rozhoduje multidisciplinárně, kdo je členem?
Česká republika:	V prostředí České republiky není stanoven formalizovaný multidisciplinární tým pro účely hodnocení nároku vstupu do sociálních služeb.
Finsko:	Vzhledem k vysoké míře neformálnosti v procesu poskytování sociálních služeb ve Finsku není stanoveno formalizované složení rozhodovacího týmu. Hodnocené vždy řeší sociální pracovník, v některých případech se hodnocení účastní například zdravotní sestra, případně lékař prostřednictvím lékařského posudku.
Slovinsko:	Za vstup zájemců do sociálních služeb zodpovídá komise sestavená na úrovni každého poskytovatele sociálních služeb, a to na základě podané přihlášky a lékařského posudku. Složení komise je dáno zákonem o sociální ochraně a je vždy složena z profesního manažera instituce, manažera sociálního programu či služby, vedoucího programu či služby a sociálního pracovníka. V případě potřeby jsou do komise ke specifickým případům přizváni i další odborníci, například lékaři.
Itálie:	V případě multidisciplinárního rozhodování jsou účastníky lékaři, sestry, sociální pracovníci a v některých případech i další administrativní pracovníci.
Německo:	O vstupu do sociální služby rozhoduje sociální pracovník na základě přiznaného stupně péče získaného hodnocením zdravotního stavu provedeného lékařem.

Řešené téma:	Pokud se rozhoduje multidisciplinárně, kdo je členem?
Polsko:	V rámci Polského systému neprobíhá hodnocení formalizovaným multidisciplinárním týmem. Jsou-li podklady pro rozhodování zpracovávány multidisciplinárně, složení týmu není pevně stanoveno, je možná flexibilita (sociální pracovník může využít podpory a pomoci kolegů i externích odborníků, např. odborných lékařů).
Rakousko:	Vstupem do sociálních služeb se zabývá oddělení poradenství pro péči, jehož pracovníci jsou především ošetřovatelky a zdravotní sestry, sociální pracovníci s vysokoškolským vzděláním.

Zdroj: ACCENDO, 2019.

3.1.4 D/ Kritéria pro vstup do sociálních služeb

Oblast kritérií lze považovat ve všech komparovaných zemích považovat za obdobné, základním kritériem je vždy to, zda situace žadatele odpovídá cílové skupině vymezené pro jednotlivé druhy sociálních služeb. Obecně lze tato kritéria rozdělit na příslušnost k cílové skupině, a potřebu pomoci vyjádřenou stupněm závislosti, které se mezi jednotlivými zeměmi liší svým dělením, podstatu však mají stejnou.

Pro účely prostředí České republiky se jeví jako vhodný přístup existující v Německu, kdy je základním kritériem pro vstup do sociální péče přiznání příspěvku na péči. Z logiky věci lze konstatovat, že pokud člověk nemá nárok na příspěvek na péči, neměl by mít nárok na služby sociální péče, jelikož jeho stav této potřebě neodpovídá. Proces hodnocení nároku příspěvku na péči a stanovení stupně závislosti v České republice již funguje, a v případě podmínění vstupu do služeb sociálních péče může výrazně omezit jejich nadužívání.

Tabulka 3.4: Srovnání přístupu k oblasti „Kritéria pro vstup do sociálních služeb“ v komparovaných zemích

Řešené téma: =>	Jaká jsou kritéria pro vstup do sociálních služeb?
Česká republika:	Zákon o sociálních službách ukládá zájemci v § 91 odst. 4 jedinou povinnost (kritérium), a to před uzavřením smlouvy o poskytnutí pobytové služby předložit poskytovateli sociálních služeb posudek registrujícího poskytovatele zdravotních služeb v oboru všeobecné praktické lékařství o zdravotním stavu, nejde-li o poskytování sociálních služeb ve zdravotnickém zařízení v rámci tzv. sociální hospitalizace dle § 52 ZSS. Dalším kritériem je vymezení cílové skupiny uživatelů u jednotlivých sociálních služeb v zákoně o sociálních službách. Zásadně však nastává problematická situace při kumulaci zdravotních postižení či diagnóz, které vzájemně umocňují projevy postižení, nebo představuje některá z nich kontraindikaci pro přijetí do služby.

Řešené téma: =>	Jaká jsou kritéria pro vstup do sociálních služeb?
Finsko:	Vzhledem k míře decentralizace finského systému nejsou ze strany státu stanovena přesná pravidla ani metody hodnocení potřeb klienta. Stát pouze uvádí několik případů dobré praxe, které slouží úřadům místních samospráv spíše k inspiraci a nejsou pro ně závazné. Místní úřady si mohou určit vlastní pravidla hodnocení, upřednostňují však individuální přístup ke každému klientovi a nestanovují si tak přesné stupně závislosti ani jiná konkrétní hodnotící kritéria. Ani případné přehodnocení změněného stavu klienta nepodléhá přísným pravidlům. Probíhá opět individuálně, a to jak na podnět samotného klienta, tak na podnět některého z rodinných příslušníků, sousedů, samotného poskytovatele sociálních služeb či sociálního pracovníka.
Slovinsko:	O přijetí zájemce je rozhodnuto pouze na základě jeho zdravotního a duševního stavu. Komise na úrovni jednotlivých služeb na základě žádosti a lékařského posudku rozhodne, zda žadatel spadá do některé z cílových skupin pro sociální péči, které jsou stanoveny v zákoně o sociální ochraně, což je hlavním kritériem pro přijetí do služby. Zároveň musí žadatel doložit způsob, kterým bude za služby platit.
Itálie:	Konkrétní podmínky vstupu do sociálních služeb si určuje každý region sám pro sebe, na státní úrovni je pouze garantováno poskytování služeb jako takové, samotný proces a organizace poskytování jsou však decentralizovány. Odlišné podmínky dále platí i u jednotlivých poskytovatelů. Vzhledem k historickým okolnostem utváření sociální péče v Itálii má dosud významnou roli katolická církev, která samozřejmě nabízí (zvláště chudým obyvatelům) zcela jiné podmínky vstupu do sociálních služeb. Značný podíl na poskytování sociální péče v Itálii mají též rozmanité dobrovolnické neziskové organizace.
Německo:	V zařízeních dlouhodobé pobytové péče (stacionární péče) je zařazení do určitého stupně péče základním předpokladem a kritériem pro přijetí do tohoto zařízení (alespoň stupeň 2). Stupeň péče je také kritériem pro získání příspěvku na péči, který umožňuje osobě, která péči potřebuje pokrýt potřebnou sociální službu, ať už je to neformální péče (poskytována rodinnými příslušníky, blízkými, sousedy), domácí péče prostřednictvím ambulantních či pečovatelských služeb či péče v pobytovém zařízení dlouhodobé péče (stacionární péče). Tato dávka hraje důležitou roli v možnosti vstupu do sociální služby v podobě částečného krytí nákladů na péči. Inspirací pro Českou republiku může být nastavení výše příspěvku na péči, který se diferencuje v závislosti na typu poskytované péče: dávky na domácí péči, ambulantní (nebo jejich kombinace), na péči krátkodobou, částečně stacionární a plně stacionární, včetně rozlišení dávek pro osoby s postižením; věcné a peněžní dávky a také dávky pro osobu potřebující péči a dávky pro osoby, které péči poskytují. Rodinní příslušníci pečující o příbuzné mohou čerpat různé podpůrné nástroje. Zájemce o pobytovou službu si může volně vybrat zařízení v kterékoli spolkové zemi, bez ohledu na místo svého bydliště. Zájemce o služby domova pro seniory (ústavní zařízení) musí před vstupem předložit následující dokumenty: odborný znalecký posudek od lékaře či nemocničního zařízení, rozhodnutí o stupni péče, rozhodnutí o přidělení sociální pomoci, rozhodnutí o výši penze, plnou moc/zmocnění pečovatele. Při nástupu do zařízení: zájemce o umístění do domova vyplní přihlášku – formulář, který obsahuje osobní údaje žadatele, preferovaný typ ubytování, kontakty na rodinné příslušníky, zmocněnce, údaje o lékaři.
Polsko:	Sociální pracovník zjišťuje, zda žadatel splňuje atributy cílové skupiny dané služby, s ohledem na typ služby posuzuje jeho zdravotní stav, míru schopnosti péče o vlastní osobu (např. za využití Barthelova testu základních všedních činností), dostupnost jiných zejména terénních služeb, i to, zda péči o osobu žadatele o sociální službu nemůže v odpovídající míře zajistit jeho rodina. U služeb realizovaných samosprávami se zjišťuje, zda je žadatel občanem dané obce.

Řešené téma: =>	Jaká jsou kritéria pro vstup do sociálních služeb?
Rakousko:	Zájemce musí vyplnit registrační formulář. Ten obsahuje: osobní údaje žadatele, údaje o příbuzných, údaje o zastupující osobě, výše příspěvku na péči a výše příspěvku z FSW, příjem, požadující typ bydlení, informace o zdravotním stavu. Pokud FSW doporučí zájemci o pobytovou službu podpořené pečovatelské místo (Pflegeplätze) v tomto zařízení, musí jej zařízení přijmout, má-li volné kapacity. Jedná-li se o zřizovatele (bez podpory FSW), rozhoduje o přijetí/nepřijetí klienta samotné vedení zařízení dle interních kritérií.

Zdroj: ACCENDO, 2019.

3.1.5 E/ Odpovědnost za vstup do sociálních služeb

Za vstup do sociální služby odpovídá vždy sociální pracovník, mezi jednotlivými zeměmi se liší pouze jeho příslušnost (může se jednat o sociálního pracovníka místního úřadu, regionálního úřadu, centra sociálních služeb apod.). U procesu vstupu do sociálních služeb, respektive v rámci hodnocení jednotlivých žadatelů, mohou být dle potřeb přítomni i další specialisté.

Tabulka 3.5: Srovnání přístupu k oblasti „Odpovědnost za vstup do sociálních služeb“ v komparovaných zemích

Řešené téma: =>	Kdo odpovídá za vstup zájemců do sociální služby?
Česká republika:	Za vstup zájemců o službu do sociální služby odpovídá osoba vedoucí sociální služby nebo širší tým služby. Poskytovatel by měl ve vnitřních předpisech stanovit, kdo je osoba či osoby odpovědné za vstup zájemce o službu do služby. Problém spojený s posuzováním osob pro vstup do systému sociálních služeb je spojený s tím, že v praxi se málo využívá požadavek vůči zájemci o sociální službu dle § 91 odst. 4 ZSS, byť je ta povinnost upravena, a pohled sociálního pracovníka je založený na vizuálním posouzení velmi ovlivněném subjektivním pohledem a popisem situace ze strany zájemce o službu i rodinných příslušníků. Pokud není k dispozici vyjádření lékaře a osoba nemá přiznan příspěvek na péči (přičemž v rozhodnutí o přiznání příspěvku na péči rozhodující úřad práce uvádí rozsah potřebné pomoci a uvádí, pro které potřeby, jež si není schopna osoba zajistit, je uznána osobou závislou na pomoci jiné osoby), není pohled a zhodnocení zcela objektivní a není vyloučen odlišný pohled různých sociálních pracovníků.
Finsko:	Za vstup do sociálních služeb zodpovídají sociální pracovníci řešící případ daného zájemce, přičemž z principu fungování sociální politiky ve Finsku vyplývá, že místo působení těchto pracovníků má být co nejbližší místu trvalého bydliště zájemce. V případě sociálních služeb týkající se větší měrou také poskytování zdravotnických služeb může o zájemci rozhodovat příslušná zdravotní sestra. Pro celý proces je typická vysoká míra neformálnosti a snaha o co nejužší komunikaci mezi sociálním/zdravotním pracovníkem a zájemcem, pouze v případě hodnocení závažnějších zdravotních omezení je vyžadován také posudek lékaře, který může být vystaven předem, např. pomocí formuláře.
Slovinsko:	Za vstup zájemců do sociálních služeb zodpovídá komise sestavená na úrovni každého poskytovatele sociálních služeb, a to na základě podané přihlášky a lékařského posudku. Složení komise je dáno zákonem o sociální ochraně a je vždy složena z profesního manažera instituce, manažera sociálního programu či služby, vedoucího programu či služby a sociálního pracovníka. V případě potřeby jsou do komise ke specifickým případům přizváni i další odborníci, například lékaři.

Řešené téma: =>	Kdo odpovídá za vstup zájemců do sociální služby?
Itálie:	Za vstup zájemců do sociální služby zodpovídají <ul style="list-style-type: none"> a) pracovníci státní správy a poskytovatel, který se o danou osobu stará; b) pracovníci spadající do sektoru služeb; v takovém případě rozhodne poskytovatel, nebo předá rozhodovací pravomoc veřejnému orgánu, který má službu v kompetenci.
Německo:	Rozhodnutí o vstupu do zařízení je na jednotlivém zařízení – zodpovědný sociální pracovník zařízení a je realizováno prostřednictvím uzavření smlouvy s žadatelem. Pro zabezpečení péče je nutné mít příspěvek na péči, o kterém na základě zprávy MDK rozhoduje Fond péče (Pflegekasse).
Polsko:	Za vstup do sociální služby zodpovídá sociální pracovník na základě žádosti podané osobou, která má o vstup do sociální služby zájem. Pokud potřebuje další informace či odbornou konzultaci, má možnost využít svých kolegů nebo se může obrátit na externí specialisty.
Rakousko:	Pokud je potřeba péče a podpory tak velká a nutná, že domácí péče už nemůže být klientovi zaručena, doporučuje se seniorům obrátit na příslušný zodpovědný orgán, v případě spolkové země Vídeň je to Vídeňský sociální fond (FSW), jehož pracovníci tzv. Case ManagerInnen (oddělení poradenství pro péči, jehož pracovníci jsou především ošetřovatelky a zdravotní sestry, sociální pracovníce s vysokoškolským vzděláním), doporučí zájemci vhodný typ péče a stanoví náklady na službu na základě potřeby péče, příjmu a příspěvku na péči, případně podpory FSW (na základě těchto faktorů odvádí tarif do FWS vyplácený dále dané organizaci). Poslední rozhodnutí o typu poskytnuté službě má FSW.

Zdroj: ACCENDO, 2019.

3.1.6 F/ Metody hodnocení potřeb klienta

Určitý standardizovaný výběr metod hodnocení potřeb klienta lze sledovat zejména ve Slovinsku (kde je proces standardizován pro všechny sociální služby), v Polsku, Německu či Rakousku, na rozdíl od Itálie či Finska, kde se přístup liší mezi jednotlivými regiony a případy. Hodnocení probíhá prostřednictvím interakce mezi žadatelem prostřednictvím přihlašovacích formulářů, dotazníků a poté také osobního kontaktu a rozhovorů, v rámci kterých se zjišťuje, zda žadatel splňuje atributy požadovaných služeb. Jsou používány běžně známé odborné metody využívané v oblasti sociální práce. V rámci komparace nebyly v této oblasti nalezeny přístupy, které by fungovaly nad rámec fungování v České republice a byly by vhodné pro přenesení a implementaci.

Tabulka 3.6: Srovnání přístupu k oblasti „Metody hodnocení potřeb klienta“ v komparovaných zemích

Rešené téma: =>	Jakými metodami jsou hodnoceny potřeby klienta a v jakém rozsahu?
Česká republika:	Příslušný sociální pracovník zařízení dojednává se zájemcem o službu, jaké osobní cíle by měl, čím je bude naplňovat a jaká bude konkrétní forma, průběh, podmínky a rozsah poskytovaných služeb. Osobní cíle současně vycházejí z možností a schopností zájemce o službu a sociální anamnézy a zdravotní diagnózy a z nich plynoucí určitá omezení jsou uplatňována zejména ve fázi, kdy je plánován způsob dosažení stanoveného cíle. Empirie v našich podmínkách ukazuje, že poskytovatelé sociálních služeb potřeby uživatelů sociálních služeb zjišťují prostřednictvím polostrukturovaných rozhovorů se zájemcem o službu nebo písemným dotazníkem. Na základě zjištěných potřeb se stanovuje, zejména u nepobytových sociálních služeb, rozsah služby. Další fázi zjišťování potřeb uživatelů se odehrává při plánování průběhu poskytování sociální služby podle osobních cílů, potřeb a schopností osob, kterým poskytují sociální služby.
Finsko:	Vzhledem k míře decentralizace finského systému nejsou ze strany státu stanovena přesná pravidla ani metody hodnocení potřeb klienta. Stát pouze uvádí několik případů dobré praxe, které slouží úřadům místních samospráv spíše k inspiraci a nejsou pro ně závazné. Místní úřady si mohou určit vlastní pravidla hodnocení, upřednostňují však individuální přístup ke každému klientovi a nestanovují si tak přesné stupně závislosti ani jiná konkrétní hodnotící kritéria. Ani případné přehodnocení změněného stavu klienta nepodléhá přísným pravidlům. Probíhá opět individuálně, a to jak na podnět samotného klienta, tak na podnět některého z rodinných příslušníků, sousedů, samotného poskytovatele sociálních služeb či sociálního pracovníka.
Slovinsko:	Výše uvedená komise na základě těchto informací hodnotí, zda žadatel splňuje vzhledem ke svému věku a zdravotnímu a duševnímu stavu požadavky do přijetí do sociálních služeb, a na kterou službu má na základě tohoto stavu nárok (terénní, pobytovou apod.). Hodnocení probíhá prostřednictvím žadatelovy žádosti, která je zákonem standardizována pro všechny poskytovatele sociálních služeb ve Slovinsku. V případě, že komise není schopna jednoznačně určit, zda má žadatel nárok na požadované služby, nechává si zpracovat odborný posudek ze strany relevantních komisí sestavených na úrovni Ministerstva práce, rodiny, sociálních věcí a rovných příležitostí.

Řešené téma: =>	Jakými metodami jsou hodnoceny potřeby klienta a v jakém rozsahu?
Itálie:	Konkrétní podmínky vstupu do sociálních služeb si určuje každý region sám pro sebe, na státní úrovni je pouze garantováno poskytování služeb jako takové, samotný proces a organizace poskytování jsou však decentralizovány. Odlišné podmínky dále platí i u jednotlivých poskytovatelů. Vzhledem k historickým okolnostem utváření sociální péče v Itálii má dosud významnou roli katolická církev, která samozřejmě nabízí (zvláště chudým obyvatelům) zcela jiné podmínky vstupu do sociálních služeb. Značný podíl na poskytování sociální péče v Itálii mají též rozmanité dobrovolnické neziskové organizace.
Německo:	Před vstupem do sociální péče probíhá testování zdravotního stavu. Zdravotní pojišťovna (jeden pracovník MDK) na základě zdravotního stavu (posouzení dle šesti modulů) rozhoduje o přidělení stupně péče 1 až 5 (lékař může poskytnout doporučení), stupně péče mohou být v průběhu poskytování péče přehodnoceny, přičemž rozhodnutí, zda má být MDK provedeno další hodnocení, je vždy individuální a závisí na konkrétním případě. Od stupňů péče se odvíjí výše peněžité dávky, která není závislá na příjmu. Tato dávka hraje důležitou roli v možnosti vstupu do sociální služby/pobytové péče v podobě částečného krytí nákladů na péči.
Polsko:	Sociální pracovník zjišťuje, zda žadatel splňuje atributy cílové skupiny dané služby, s ohledem na typ služby posuzuje jeho zdravotní stav, míru schopnosti péče o vlastní osobu (např. za využití Barthelova testu základních všedních činností), dostupnost jiných zejména terénních služeb, i to, zda péči o osobu žadatele o sociální službu nemůže v odpovídající míře zajistit jeho rodina. U služeb realizovaných samosprávami se zjišťuje, zda je žadatel občanem dané obce.
Rakousko:	Základem pro hodnocení stupně postižení je posouzení tělesných, duševních, smyslových a psychických funkcí nebo omezení smyslových funkcí, které znesnadňuje vykonávání výdělečné činnosti, formou znaleckého lékařského posudku. V případě potřeby jsou pro posouzení stupně postižení prováděna další doplňující vyšetření jako například rentgenologické, laboratorní testy nebo jsou přizváni experti z dalších oborů, např. psychologové. Znalecký posudek musí kromě osobních údajů obsahovat anamnézu (průběh nemoci), výsledky vyšetření, diagnózy, odhad stupně postižení, zdůvodnění pro uvedený stupeň postižení. Procentuální stanovení postižení vychází z funkcionálního omezení s přihlédnutím k požadavkům výkonnosti na všeobecném trhu práce. Důležitá je přitom skutečnost, že se nejedná o prostý součet faktorů znevýhodnění, ale o to, zda a nakolik se jednotlivé druhy postižení vzájemně negativně ovlivňují. Návrh na stanovení stupně postižení se podává na Spolkový úřad pro sociální záležitosti. Navrhovatelé jsou pozváni k osobnímu pohovoru. Po předložení znaleckého posudku je vydáno tzv. „rozhodnutí o stanovení“. Rozhodnutí má v zásadě platnost po celou dobu pracovního života. Zřeknutí se statutu zvýhodněný postižený není možné (výjimku tvoří rozhodující zlepšení zdravotního stavu).

Zdroj: ACCENDO, 2019.

3.1.7 G/ Opatření proti nadužívání pobytových služeb

V rámci komparace nelze mluvit o konkrétních opatřeních, která by byla explicitně zavedena pro zamezení nadužívání služeb. Lze však v některých zemích najít určitá specifika, která dle slov místních expertů nadužívání služeb implicitně neumožňují. Příkladem je Slovinsko, které prostřednictvím hodnotící komise na úrovni jednotlivých poskytovatelů služeb tento problém odstranilo, jak dokládá jejich nedávná reforma, která vyústila v nadbytek míst v pobytových službách

právě kvůli zjištění, že značná část žadatelů do systému pobytových služeb nepatří. Další dobrou praxí je přístup v Německu, který podmiňuje vstup do sociálních služeb nárokem na příspěvek na péči, což možnost jejich nadužívání výrazně limituje.

Tabulka 3.7: Srovnání přístupu k oblasti „Opatření proti nadužívání pobytových služeb“ v komparovaných zemích

Řešené téma: =>	Jak zabránit již při procesu vstupu do sociální služby nadužívání pobytových služeb a tím podpořit terénní služby?
Česká republika:	V rámci České republiky je známa řada případů nadužívání pobytových služeb, které je jedním z důvodů nedostatku kapacit těchto zařízení. V současné době nejsou zavedena žádná konkrétní opatření.
Finsko:	Finský systém je obecně zaměřen na poskytování terénních služeb a podporu samostatnosti každého občana. Přijetí do pobytové služby je vždy až posledním krokem, pokud jsou všechny ostatní možnosti již vyčerpány.
Slovinsko:	Nadužívání sociálních služeb ve Slovinsku brání nastavený systém přijímání prostřednictvím komisí na úrovni sociálních služeb, které na základě poskytnutých podkladů hodnotí soulad žádosti se zákonnými podmínkami. Vzhledem k tomu, že se hodnocení účastní větší skupina expertů z různých oborů, rozhodnutí bývají ve většině případů správná a eliminují z procesu osoby, které do pobytových služeb vzhledem ke svému stavu nepatří. Tento fakt dokládá i nedávná situace ve Slovinsku, kdy bylo kvůli velkému počtu žádostí vystavěno velké množství nových míst pro pobytovou péči, po jejich vyhodnocení se však ukázalo, že velká část žadatelů pro tuto péči nesplňuje podmínky a na území Slovinska je teď velké množství míst nevyužitých. Určitou část nerelevantních žadatelů může odradit také fakt, že si musí pobytovou péči platit sami. Příspěvky, které je možné na pobytovou péči použít, jsou vázány na hodnocení stavu žadatele, které jsou obdobné pro hodnocení nároku na vstup do sociálních služeb.
Itálie:	Poskytovatelé sociálních služeb musejí být registrováni v rejstřících zřizovaných a spravovaných úřady na provinční úrovni. Poskytovatelé sociálních služeb se přihlašují u samosprávy na obecní úrovni, tyto úřady však samy údaje neshromažďují a nezpracovávají je nad rámec potřebný k předání nadřízeným orgánům na provinční úrovni. Provinční orgány dále informace z rejstříku využívají k další organizaci a plánování sociálních služeb, a to ve spolupráci s regionálními úřady.
Německo:	S problémem nadužívání pobytových služeb se Německo nepotýká z důvodu samotného nastavení systému poskytování péče prostřednictvím pojištění dlouhodobé péče. Cílem zavedení pojištění dlouhodobé péče v roce 1995 je podpořit rodinnou péči a omezit rozsah pobytu v stacionárních zařízeních.

Řešené téma: =>	Jak zabránit již při procesu vstupu do sociální služby nadužívání pobytových služeb a tím podpořit terénní služby?
Polsko:	<p>Nadužívání (zneužívání) pobytových sociálních služeb je zejména mezi odbornou veřejností v současném Polsku poměrně aktuálním tématem. I když je Polsko zemí se silně katolickou tradicí kromě jiného zaměřenou na pomoc starým a nemocným, v posledních letech se přístup některých lidí k této skupině obyvatel mění k horšímu. V pobytových službách tak nejsou umístěni jen klienti osamělí, bez příbuzných či blízkých přátel, ale také ti, o které se jejich rodina nikoliv nemůže, ale nechce postarat. Jistou „pojistkou“ proti takovým situacím má být poměrně důkladné sociální šetření, které předchází vydání rozhodnutí o případném poskytování služby, tlak ze strany státu i samospráv na participaci rodiny na péči o její staré či nemocné členy, v poslední době také poměrně široká osvěta (jako jeden z důvodů osvětové kampaně zaměřené na pomoc seniorům a nemocným lidem v domácím prostředí se mimo jiné jeví případy velmi závažného zanedbání péče či poškozování práv klientů v některých zejména soukromých zařízeních sociálních služeb vedoucí k ohrožení jejich zdraví či dokonce k úmrtí).</p> <p>V některých oblastech Polska je pak nadužívání pobytových služeb prakticky nemožné z důvodu jejich faktické neexistence nebo velmi malé kapacity. Tento stav má samozřejmě i odvrácenou stranu, kdy služba nemůže být poskytnuta ani těm, kdo ji opravdu potřebují.</p>
Rakousko:	<p>S problémem nadužívání pobytových služeb se Vídeň nepotýká z důvodu samotného nastavení systému poskytování péče prostřednictvím poskytování příspěvku, který podporuje rodinnou a ambulantní péči a omezuje rozsah pobytu v stacionárních zařízeních. K eliminaci nadužívání pobytových služeb byla také zavedena podpora a zatraktivnění mobilních služeb a 24hodinové péče v domácím prostředí seniora. Tento přístup může být inspirací pro Českou republiku.</p>

Zdroj: ACCENDO, 2019.

3.1.8 H/ Možnosti odmítnutí žadatele o sociální služby

Možnost odmítnout zájemce o sociální službu má každá země v případech, kdy žadatel nesplňuje zákonné podmínky v této oblasti. Souhrnně se jedná o případy, kdy žadatel nepatří do cílové skupiny nebo jeho stav neodpovídá stupňům závislosti, pro které jsou dané služby provozovány apod. Pro uskutečnění možnosti odmítnout zájemce o sociální službu je tak primárně nutné mít vhodně nastavena pravidla pro vstup do sociálních služeb, aby v případě odmítnutí byla opora v legislativě. Možné jsou také případy odmítnutí kvůli administrativním nedostatkům na straně žadatele, apod.

Tabulka 3.8: Srovnání přístupu k oblasti „Možnosti odmítnutí žadatele o sociální služby“ v komparovaných zemích

Řešené téma: =>	Jaké jsou možnosti odmítnutí zájemce o sociální službu?
Česká republika:	<p>V našich podmínkách mohou poskytovatelé odmítnout uzavřít smlouvu se zájemcem o službu pouze ve čtyřech případech, které jsou předmětem ustanovení § 90 odst. 3 zákona o sociálních službách. Poskytovatel sociálních služeb může odmítnout uzavřít smlouvu o poskytování sociálních služeb pouze (dle § 91 odst. 3 zákona o sociálních službách), pokud:</p> <ol style="list-style-type: none"> a) neposkytuje sociální službu, o kterou osoba žádá, a to i s ohledem na vymezení okruhu osob v registru poskytovatelů sociálních služeb, b) nemá dostatečnou kapacitu k poskytnutí sociální služby, o kterou osoba žádá; v tomto případě vydá o tom osobě na její žádost písemné oznámení s uvedením důvodu odmítnutí uzavření smlouvy, c) zdravotní stav osoby, která žádá o poskytnutí pobytové sociální služby, vylučuje poskytnutí takové sociální služby; tyto zdravotní stavy stanoví prováděcí právní předpis, nebo d) osobě, která žádá o poskytnutí sociální služby, vypověděl v době kratší než 6 měsíců před touto žádostí smlouvu o poskytnutí téže sociální služby z důvodu porušení povinností vyplývajících ze smlouvy (u osob, kterým je poskytována sociální služba – domov se zvláštním režimem, platí odlišný princip dle ustanovení § 36 písm. c) vyhlášky MPSV č. 505/2006 Sb.).
Finsko:	<p>Odmítnout zájemce o sociální službu lze v případě, že na základě hodnocení jeho potřeb se služba neukáže být pro daného zájemce jako nezbytná. Odmítnout lze zájemce také v případě, že žádá o poskytnutí sociální služby mimo místo příslušné dle svého trvalého bydliště, neboť ve finském modelu je odpovědnost za organizaci a poskytování těchto služeb navázána právě na místo trvalého bydliště.</p>
Slovinsko:	<p>Poskytovatel sociálních služeb odmítne žadatele v následujících případech:</p> <ol style="list-style-type: none"> a) Žadatel nepředloží žádost o poskytnutí služeb se všemi potřebnými náležitostmi, a tyto záležitosti nedoplní v daném termínu na základě výzvy ze strany poskytovatele k doplnění údajů. b) Žadatel není občanem Slovinska a zároveň nemá povolení k trvalému pobytu. c) Doložený lékařský posudek nepotvrzuje existenci takového stavu žadatele, který by odpovídal potřebě využití požadovaných pečovatelských služeb, případně tento stav není potvrzen odborníkem přizvaným k šetření. Situaci žadatele lze řešit terénními službami, případně prostřednictvím pomoci rodiny. d) Žadatel není cílovou skupinou, pro kterou je v zařízení poskytována péče. e) Kapacita zvoleného zařízení je naplněna. V tomto případě Centrum sociálních služeb, přes které je žádost podána, navrhuje žadateli jiné zařízení péče odpovídající jeho potřebám.
Itálie:	<p>Odmítnout zájemce o sociální službu lze v případě, že na základě hodnocení jeho potřeb se služba neukáže být pro daného zájemce jako nezbytná.</p>
Německo:	<p>Zařízení není nijak penalizováno ze strany fondů péče (Pflegekasse) za nepřijetí klienta. Odmítnutí může nastat při nesplnění kritérií daného zařízení: dostatečné prostředky na úhradu pobytu v zařízení – posuzuje se příjem a majetek; stupeň péče – podkladem pro rozhodnutí je stanovisko MDK; volná kapacita zařízení.</p>

Řešené téma: =>	Jaké jsou možnosti odmítnutí zájemce o sociální službu?
Polsko:	<p>Žádost o poskytování sociální služby je možno zamítnout z následujících důvodů:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) žadatel nespadá do cílové skupiny b) aktuální zdravotní stav žadatele neumožňuje využívání služby c) byla podána žádost, budoucí klient však s využitím služby nesouhlasí nebo souhlas s ohledem na svůj stav dát nemůže a ve věci doposud nerozhodl soud d) kapacita služby je naplněna e) žadatel není obyvatelem obce, která je zřizovatelem služby (zejména v případě, kdy v místě jeho bydliště podobná služba existuje) f) klientova situace není natolik závažná, aby bylo nezbytné poskytnutí pobytové služby g) klientovy potřeby je schopna zajistit rodina, příp. terénní služba
Rakousko:	<p>Odmítnutí může nastat při nesplnění kritérií daného zařízení: stupeň péče a další nefinanční kritéria (např. naléhavost péče, rakouské občanství, legální pobyt); dostatečné prostředky na úhradu pobytu v zařízení – posuzuje se příjem; volná kapacita zařízení. Pro využití pobytové služby – zařízení do domova typu Wohn- und Pflegehaus ve Vídni musí existovat potřeba ošetrovatelské péče v souladu s úrovněmi péče 3 až 7. Například ve spolkové zemi Horní Rakousy je umístění v domovech seniorů nebo v domovech s pečovatelskou službou možné od úrovně péče 4 nebo vyšší. Dalšími důležitými kritérii je rakouské občanství (či rovnocenné cizí občanství) žadatele a hlavní bydliště a/nebo skutečný pobyt ve Vídni. Poslední rozhodnutí o poskytnuté službě má však FSW, čímž se zabraňuje nadužívání pobytových služeb.</p>

Zdroj: ACCENDO, 2019.

3.1.9 I/ Majetkové a příjmové testy zájemců

Majetkové a příjmové testy nejsou v žádné z komparovaných zemí používány pro rozhodnutí, zda má osoba nárok na péči či nikoliv, jsou však využívány při stanovení, zda a v jaké výši bude pečována osoba tyto služby hradit. Český systém je v tomto nejbližší systému ve Slovinsku, který hodnotí pouze příjem žadatele a to prostřednictvím stanovení minima, které musí pečované osobě zůstat po zaplacení služeb.

Nejpřísnější nastavení v této oblasti lze sledovat v Itálii a Polsku, kde jsou hodnoceny nejen majetkové poměry pečované osoby, ale i jejich rodiny. Implementace těchto nástrojů je však velmi citlivé, jelikož by jejich prostřednictvím mohlo dojít k nepřiměřenému finančnímu zatížení žadatelů a jejich rodinných příslušníků. Při hodnocení přenositelnosti je nutné se zaměřit pouze na takové nástroje či jejich části, které budou relevantní k aktuálním problémům v České republice.

Tabulka 3.9: Srovnání přístupu k oblasti „Majetkové a příjmové testy zájemců“ v komparovaných zemích

Řešené téma: =>	Probíhají v rámci procesu vstupu do sociální služby majetkové a příjmové testy zájemců?
Česká republika:	Právní úprava zákona o sociálních službách neupravuje pro přístup osoby do sociálních služeb žádné mechanismy testování příjmů ani majetku. Poskytování sociálních služeb (byť je výše jejich ceny tzv. zastropována a poskytování nereflektuje žádné tržní či konkurenční mechanismy, a přesto je jich stále nedostatek, tj. poptávka převyšuje nabídku, poptávka však nemá přímý vliv na výši jejich ceny, tak zůstává stanovena prováděcím předpisem a zastropována vždy) je dostupné za shodné ceny jako osobám s nižšími příjmy (či bez příjmů), tak osobám s příjmy vysokými či dostatečným majetkem. Nedostatek příjmů k úhradě sociální služby není důvodem pro zamezení vstupu do systému pomoci prostřednictvím sociálních služeb, neboť poskytovatelé mají přístup ke zdrojům z veřejných rozpočtů.
Finsko:	Ve Finsku jsou některé sociální služby poskytovány zdarma, zatímco jiné jsou poskytovány za poplatek. Určení výše poplatků za danou službu probíhá u každého klienta individuálně, neboť se vypočítává podle jeho celkových příjmů, ať už jde o mzdu, penzi, dividendy, příjmy z investic, příjmy z pronájmu nemovitostí a podobně. Při určení výše poplatků naopak nehrají roli rodinné poměry klienta, neboť finský systém poskytování sociálních služeb pracuje s každým klientem samostatně a od rodiny není vyžadována žádná spolupráce ani podílení se na poskytování či úhradě péče. Stejně tak není podstatný ani celkový majetek posuzovaného zájemce, do hodnocení se započítávají pouze čisté příjmy.
Slovinsko:	Ve Slovinsku nejsou prováděny příjmové ani majetkové testy žadatelů či jejich rodin za účelem rozhodnutí, zda budou do služby přijati nebo ne. Hodnocení příjmů se provádí pouze v případě plateb za sociální služby, dle následujících pravidel: <ul style="list-style-type: none"> a) V případě dlouhodobé péče musí dle příslušné vyhlášky uživateli po zaplacení všech služeb zůstat alespoň 10 % uznaného příjmu, zároveň tento zůstatek nesmí klesnout pod hranici 0,2násobku aktuálního minimálního příjmu ve Slovinsku. b) V případě terénních služeb jsou i vzhledem k nižší finanční náročnosti a nutnosti, aby osobám zůstaly finanční prostředky na pokrytí svých potřeb, stanoveny limity pro příspěvek ze strany státu mnohem vyšší: pečované osobě musí zůstat součet minimálního příjmu a 30 % svého uznaného příjmu, zároveň tato částka nesmí klesnout pod hranici 1,5násobku minimálního příjmu.
Itálie:	V Itálii hraje při posuzování nároku na poskytnutí sociální služby velkou roli rodinná situace zájemce, což je velký rozdíl například při porovnání s Finskem. V Itálii je naopak velikost rodiny jedním z klíčových indikátorů majících zásadní vliv na celkovou výši příspěvku. Způsob hodnocení nároku na příspěvek je ale celkově komplexní a vychází z naplnění několika indikátorů. Nejdůležitějším z nich je indikátor ISEE, který slouží ke zhodnocení celé skupiny osob náležejících do rodiny žadatele o sociální podporu. Tento indikátor bere v úvahu celou ekonomickou jednotku a hodnotí ji jako jeden celek, čímž je umožněno snadnější stanovení příspěvku připadajícího na každého člena rodiny.
Německo:	V rámci německého systému neprobíhají při procesu vstupu do sociální služby majetkové ani příjmové testy zájemců.
Polsko:	Pokud je výše poplatků vyšší, než je žadatel (klient) schopen hradit, měla by chybějící částku doplatit obec. V Polsku je ale využívána zásada, že pokud péči o nemocného člověka či o seniora, který vyžaduje pomoc druhé osoby, není schopna zajistit sama jeho rodina, měla by alespoň participovat na její úhradě. Proto se v případě platební neschopnosti žadatele (klienta) zjišťují také finanční poměry jeho příbuzných v přímé linii (vychází se z alimentační povinnosti).

Řešené téma: =>	Probíhají v rámci procesu vstupu do sociální služby majetkové a příjmové testy zájemců?
Rakousko:	<p>Výše nákladů za pobyt se liší a závisí na tom, v jakém spolkové zemi se instituce nachází a na tom, zda jde o veřejně (v případě Vídně partner FSW) nebo soukromě řízenou institucí. Ve většině domovů pro seniory či pečovatelském domově jsou poplatky tvořeny základní částkou (denní sazby) a příplatkem podle rozsahu potřeb dlouhodobé péče, obvykle založené na výši příspěvku na dlouhodobou péči. V podstatě ale obyvatelé musí služby hradit také vlastními prostředky. Pokud však příjem (penze, příspěvek na dlouhodobou péči, další příjmy atd.) není dostatečný, může klient ve Vídni požádat FSW o finanční příspěvek. V žádosti o podporu (Antrag auf Förderung für Wohnen und Pflege) se uvádí osobní údaje žadatele, typ současného bydlení, náklady na pronájem a provoz, jakož i případné dotace, požadující typ bydlení, příjem, výše příspěvku na péči, údaje o zastupující osobě, údaje o závislé osobě. Majetek a příjmy dětí nejsou ve Vídni zohledňovány.</p>

Zdroj: ACCENDO, 2019.

3.2 Shrnutí a závěry komparace

Výsledkem provedené komparace 6 evropských zemí, konkrétně Finska, Slovinska, Itálie, Německa, Polska a Rakouska na téma „Srovnání systémů posouzení oprávněnosti nároku zájemce pro vstup do sociální služby“ přinesla informace o přístupech a nástrojích, které jsou v těchto zemích implementovány. Zatímco v některých otázkách řešené problematiky jsou rozdíly mezi těmito zeměmi minimální, a to i ve srovnání s Českou republikou, v jiných zemích jsou rozdíly výrazné.

Nastavení jednotlivých přístupů k této problematice vychází z dlouhodobého vývoje sociálních služeb v daných zemích, ale také z dalších charakteristik jako například struktury státní správy a samosprávy, míry daňového zatížení obyvatelstva apod. Ne všechny nástroje, uvedené v této studii, se proto hodí k implementaci do prostředí České republiky a nepřinesly by požadovaný pozitivní efekt. V rámci shrnutí se proto text zaměřuje pouze na ty nástroje, které mají potenciál pro zlepšení současného stavu fungování sociálních služeb v České republice.

Jedním z důležitých procesů před samotným vstupem osob do sociálních služeb je stanovení stupně závislosti, který ve své podstatě popisuje potřebu sociální péče. Ve všech zemích má tento proces na starost sociální pracovník. V některých zemích do procesu vstupuje také lékař, a to prostřednictvím lékařského posudku či osobní intervence. Přítomnost dalších odborníků však není ze zákona povinná, což vede k případům neodpovídajícího hodnocení potřeby sociálních služeb, což v konečném důsledku vede k jejich nadužívání. Hodnocení zájemců o sociální služby vícečlenným týmem je legislativně zakotveno pouze ve Slovinsku, kde je jeho fungování potvrzeno existencí volných kapacit ve službách pobytové péče i přes vysoký počet podaných žádostí., tzn., že se dá předpokládat, že zde nedochází k nadužívání pobytových služeb. Z komparace tak vyplývá, že širší hodnotící týmy v případě zajištění potřebné odbornosti výrazně přispívají k efektivitě a hlavně správnosti hodnocení. Na základě zkušeností z komparace je doporučeno hodnocení minimálně prostřednictvím spolupráce sociálního pracovníka a posudkového lékaře.

Dalším přístupem s potenciálem pro implementaci v České republice je přesné stanovení podmínek, za kterých má osoba nárok na vstup do služeb sociální péče, a to prostřednictvím příspěvku na péči a stanoveného stupně závislosti. Obecně lze konstatovat, že pokud osoba nemá nárok na příspěvek na péči, její stav není takový, který by vyžadoval služby sociální péče, a který lze řešit jinými způsoby. Omezení vstupu skrze příspěvek na péči funguje v Německu, z pohledu stupňů závislosti či příslušnosti k cílové skupině je vstup do služeb omezen i ve zbylých zemích, přičemž v rámci komparace a kontaktu s experty v daných zemích nebyly objeveny výraznější problémy s nadužíváním služeb. Zavedení obdobných pravidel, v kombinaci s kvalitním zavedením multidisciplinárního týmu pro hodnocení nároku na příspěvek na péči uvedeným výše, představuje možnost pro řešení s nadužíváním služeb v České republice, což následně může vzhledem k uvolnění části kapacit řešit také další návazné problémy.

Oproti jiným zemím, není v České republice v současné době systém úhrad a participace pečovaných osob na těchto úhradách při poskytování sociálních služeb neodpovídá principům a zásadám, které mají být uplatňovány v systému sociální pomoci, za který v rámci členění systémů sociálního zabezpečení České republiky sociální služby a příspěvek na péči považujeme. Zásadním znakem a prvkem uplatňování nástrojů sociální pomoci je apel na posuzování celkové sociální situace a propojení jak hledisek zdravotních, tak majetkových a příjmových, který se vyskytuje v komparovaných zemích, jako jsou Finsko, Itálie, Slovinsko atd. Tyto nástroje neslouží pouze ke snížení finanční náročnosti systému na straně státu, ale také jako opatření proti nadužívání služeb, které se stávají pro osoby s nízkou potřebou méně atraktivní.

Uvedené skutečnosti jsou považovány za stěžejní přístupy, které mohou přispět k řešení aktuálních problémů na území České republiky a jsou na jejich základě navržena konkrétní opatření k implementaci do prostředí sociálních služeb v České republice.

4 Posouzení přenositelnosti a doporučení pro prostředí České republiky

V reakci na aktuální problémy v oblasti vstupu do sociálních služeb a nadužívání pobytových služeb v České republice jsou na základě informací získaných v rámci mezinárodní komparace navržena opatření v oblasti hodnocení stupně závislosti a nároku na příspěvek na péči, podmínek pro nárok ke vstupu do pobytových služeb a nastavení participace pečovaných osob na hrazení nákladů na služby sociální péče. Cílem těchto opatření je zamezení nadužívání pobytových služeb osobami, jejichž stav není natolik vážný, aby nemohl být řešen jinými druhy/formou sociálních služeb.

4.1 Návrh opatření pro implementaci v České republice

Pro každé z navržených opatření je detailně popsán řešený problém, podstata opatření a předpokládané dopady jeho implementace. Zároveň jsou popsána potenciální rizika, které mohou při implementaci opatření nastat.

Tabulka 4.1: Opatření A.1

Opatření A.1: Hodnocení stupně závislosti a nároku na příspěvek na péči multidisciplinárním týmem
Zdůvodnění opatření:
<p>V současné době je závislost osoby na pomoci jiné osoby posuzována prvotně v rámci sociálního šetření sociálním pracovníkem Úřadu práce ČR a následně určuje stupeň závislosti Lékařská posudková služba Okresní správy sociálního zabezpečení (viz § 23 - § 25 ZSS). Od stupně závislosti se odvíjí výše příspěvku na péči jako finanční podpory státu ke krytí nákladů na sociální službu nebo zajištění péče u pečované osoby.</p> <p>Posouzení potřeb osob ve vztahu ke vstupu do systému sociální služby se účastní sociální pracovník. Dle právní úpravy by měl posouzení zdravotního stavu provést také lékař dle ustanovení § 91 odst. 4 ZSS. Pokud však provádí posouzení situace zájemce sociální služby sociální pracovník, nemá dostatečnou kvalifikaci k tomu, aby objektivně zhodnotil zdravotní stav klienta, neboť se může spolehnout pouze na subjektivní vnímání vlastní a rodinných příslušníků, popř. se zde projeví osobní zájmy osob zájemců o službu. Hodnocení může provést tak pouze vizuálně, což je z pohledu stanovení zdravotního stavu nedostatečné, navíc mohou být výsledky kontrol sociálního pracovníka ovlivněny ze strany hodnocené osoby či její rodiny prostřednictvím popisu a předvedení i horšího stavu, než ve kterém se osoba skutečně nachází.</p> <p>Důsledkem tohoto postupu jsou situace, kdy osoby získávají vlivem neodborného nebo nedostatečného posouzení oprávnění vstupu do systému sociálních služeb, ačkoliv do něho reálně nepatří vzhledem ke svému stavu. To vede k nadužívání služeb sociální péče a k čerpání veřejných prostředků k úhradě části nákladů u poskytovaných služeb osobám, jejichž stav nevyžaduje poskytování sociální služby pobytového charakteru, když nadto osoba nemá dostatek finančních prostředků. Kapacity sociální péče jsou přeplněné a reálně hrozí situace, kdy se opravdu potřebné osoby do systému sociální péče nedostanou, jelikož je kapacita naplněna osobami, které by svou situaci mohly řešit jiným způsobem (komerčními službami, péčí rodinných příslušníků nebo terénními službami atd.).</p>
Popis opatření:
Podstatou navrhovaného opatření je zavedení hodnocení potřebnosti poskytování pobytové služby sociální péče ve vztahu k určenému stupni závislosti na pomoci jiné osoby, aby tak došlo

Opatření A.1: Hodnocení stupně závislosti a nároku na příspěvek na péči multidisciplinárním týmem

k objektivizaci potřeby pomoci prostřednictvím pobytové služby sociální péče.

K tomu, aby bylo určení stupně závislosti u osoby, a tím splnění podmínek pro nárok na příspěvek na péči co možná neobjektivnější je třeba využít pohled více odborníků s ohledem na principy a postupy jejich profese při diagnostice. Proto je nezbytné sestavit poloformalizovaný (čímž se má na mysli, že proces posuzování stupně závislosti osoby má své formální postupy, ale členy tohoto týmu mohou být kromě vždy účastných členů i další odborníci potřební dle konkrétní situace osoby) multidisciplinární tým, který se skládá z následujících odborných pracovníků:

4. Sociální pracovník (povinný člen hodnotícího týmu): Sociální pracovník obecního úřadu obce s rozšířenou působností místně příslušný dle trvalého pobytu posuzované osoby. Úroveň ORP je zvolena z důvodu obecné struktury správních orgánů územně samosprávných celků ČR, která se skládá z velkého množství malých obcí, které sociálními pracovníky nedisponují (mnohdy se obecní úřad skládá pouze ze starosty a tajemníka apod.). Úkolem sociálního pracovníka je posouzení specifika sociální situace osoby v rámci obecné sociální práce (posouzení sociální situace osoby, územní lokality, možnost uspokojovat potřeby jako nákupy, zajištění přístupu k lékařské péči apod.).
5. Posudkový lékař (povinný člen hodnotícího týmu): Posudkový lékař specializovaný na cílovou skupinu hodnocené osoby (geriatrie, osoby s postižením, atd.). Úkolem lékaře je zhodnocení zdravotního stavu osoby jakožto podkladu pro určení stupně závislosti, resp. při hodnocení potřeb, které z důvodu nepříznivého zdravotního stavu není schopna samostatně zvládnout. Posudkový lékař je zvolen přesto, že praktický lékař má informace o zdravotním stavu konkrétního pacienta, neboť posudkový lékař musí zajistit v rámci komunikace s dalšími posudkovými lékaři, aby byly jednotlivé případy posuzovány v obdobných případech obdobně a nedocházelo k rozdílným hodnocením stejné situace dle jednotlivých praktických lékařů.
6. Další specialista dle cílové skupiny (volitelný člen hodnotícího týmu): V případě, že sociální pracovník a posudkový lékař nejsou schopni jednoznačně rozhodnout o stavu posuzované osoby, přivou si dle potřeby dalšího specialistu dle řešeného problému a cílové skupiny a konkrétní situace osoby.

Opatření vychází ze zkušeností z následujících zemí: Slovinsko, Polsko.

Předpokládané dopady:

Zavedením multidisciplinárního hodnocení při určení stupně závislosti, a tím nároku na vyšší příspěvku na péči, dojde ke zmenšení množiny jednotlivých potřebných osob hypoteticky závislých na pomoci pobytových sociálních služeb, zejména vyšších stupňů závislosti takovým způsobem, že bude tato množina odpovídat skutečným potřebám osob. Budou eliminovány případy, kdy pobytovou sociální službu užívají osoby, které nepatří do cílové skupiny osob služeb sociální péče.

Potenciální rizika:

Implementace tohoto opatření povede k navýšení časové a administrativní náročnosti procesu hodnocení. V rámci implementace je nutné efektivní nastavení procesu tak, aby nedocházelo k nepřijatelným průtahům hodnocení limitujícím zisk potřebné péče pro jednotlivé případy.

Zodpovědnost:

- MPSV
- Obecní úřady ORP
- OSSZ, LPS

Zdroj: ACCENDO, 2019.

Tabulka 4.2: Opatření A.2

Opatření A.2: Určení rozsahu pomoci v službách sociální péče
Zdůvodnění opatření:
<p>V současné době není vstup do služeb sociální péče zákonem v zásadě taxativně omezen či regulován. Do těchto služeb se tak dostávají i osoby, pro které je sociální péče, vzhledem k jejich aktuálnímu stavu, a daný typ pobytové služby nadbytečný a jejich situace by se dala řešit jiným, většinou mírnějším způsobem (např. neformální péče doplněná terénními službami). Tyto případy systém služeb sociální péče nadbytečně zatěžují a dochází k naplnění všech jeho kapacit, kvůli kterému se poté do služeb nedostanou opravdu potřebné osoby s vysokou mírou závislosti na pomoci jiných.</p>
Popis opatření:
<p>Principem opatření je podmínění vstupu do služeb sociální péče přiznaným nárokem na příspěvek na péči, jehož výše je závislá na určení stupně závislosti, tj. objektivně posouzenou mírou potřebnosti sociální péče. Pokud nemá osoba přiznaný příspěvek na péči, lze předpokládat, že její stav neodpovídá situaci, kdy by pobytové služby sociální péče skutečně potřebovala a nemohla využít jiných služeb (např. terénní sociální služby, pokud bude osoba závislá na pomoci jiných osob v rozsahu 1 nebo 2 potřeb, nebo asistenta sociální péče nebo osobu blízkou), nebo dokonce komerčních služeb (dle živnostenského zákona – např. služby pro domácnost, dovážka obědů apod.).</p> <p>Nárok na služby sociální péče, resp. vstup osoby do systému, by se řídil následujícími pravidly:</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Osoba s příspěvkem na péči při stupni závislosti 3 nebo 4, případně stupněm 1 nebo 2 za předpokladu, že jednou z posouzených potřeb, jež osoba není schopna si zabezpečit, je omezení orientace, čímž získává nárok (oprávnění, nikoliv povinnost ze strany uživatele sociální služby) na vstup do pobytových služeb sociální péče. Nárok na vstup do pobytových služeb vzniká také v případech hodného zvláštního zřetele, viz níže. Dle vlastních preferencí samozřejmě může využít také ambulantních či terénních služeb sociální péče, případně neformální péči (osoba blízká nebo asistent sociální péče). 4. Osoba s příspěvkem na péči a stupněm závislosti 1 nebo 2 získává nárok na využití ambulantních a terénních služeb sociální péče. Dle vlastních preferencí samozřejmě může využít neformální péči (osoba blízká nebo asistent sociální péče). <p>Toto opatření navazuje na opatření A.1, kdy by zavedením multidisciplinárního hodnocení nemělo docházet k nesprávnému posuzování stupně závislosti a tím výše příspěvku na péči, což je předpokladem pro efektivní implementaci doporučení A.2.</p> <p>Situace hodná zvláštního zřetele: Za situaci hodnou zvláštního zřetele se považuje vždy situace, kdy osobě v průběhu řízení o příspěvku na péči je poskytována sociální služba, asistent sociální péče, popřípadě neformální péče osoby blízké, která ukončila z důvodu péče o pečovanou osobu výkon vydělečné činnosti. Podmínkou postupu dle předchozí věty je posouzení lékaře o potřebnosti péče od zahájení řízení o příspěvku na péči.</p> <p>Tímto se stane proces určení typu péče relevantního ke skutečnému stavu člověka efektivnější a částečně se uvolní kapacity služeb sociální péče, jelikož budou tyto případy řešeny jinými, situaci odpovídajícími způsoby. Uvolněné kapacity budou následně dostupné pro osoby, které tuto péči skutečně potřebují, ale je pro ně v současné době vzhledem k naplnění kapacit nedostupná.</p> <p>Opatření vychází ze zkušeností z následujících zemí: Německo, Rakousko, Slovinsko.</p>
Předpokládané dopady:
<p>Zavedením výše uvedených podmínek bude dosaženo snížení náporu na pobytové služby sociální péče ze strany osob, jejichž situace a stav není natolik vážný, aby nemohl být vyřešen jiným typem služeb v rámci přirozeného prostředí. Dojde tak k eliminaci problému nadužívání služeb sociální péče, kdy se uvolní kapacity pro osoby, které danou péči vzhledem ke svému stavu skutečně potřebují.</p>

Opatření A.2: Určení rozsahu pomoci v službách sociální péče**Potenciální rizika:**

Implementace tohoto opatření může vést k prodloužení správního řízení a personálnímu zatížení systému, resp. u posudkových lékařů nejsou dostatečné kapacity v tom rozsahu, že by se změna v organizaci posuzování rozsahu závislosti osoby nedotkla možného přetížení osob. K zamezení tohoto potenciálního rizika je proto vhodné společně implementovat návrhy uvedené v opatření A. 1, které tuto možnost do značné míry eliminují.

Zodpovědnost:

- MPSV

Zdroj: ACCENDO, 2019.

Tabulka 4.3: Opatření A.3

Opatření A.3: Participace na úhradě nákladů pobytových služeb sociální péče
Zdůvodnění opatření:
<p>V současné době systém úhrad a participace pečovaných osob na těchto úhradách při poskytování sociálních služeb neodpovídá principům a zásadám, které mají být uplatňovány v systému sociální pomoci, za které v rámci členění systémů sociálního zabezpečení ČR sociální služby a příspěvek na péči považujeme. Zásadním znakem a prvkem uplatňování nástrojů sociální pomoci je apel na posuzování celkové sociální situace a propojení jak hledisek zdravotních, tak majetkových a příjmových. Resp. tak, jak v systému dávek pomoci v hmotné nouzi se zohledňuje při posuzování nároku na dávku též zdravotní stav žadatele o dávku a dalších osob s ním společně posuzovaných, tak v systému sociálních služeb by mělo být zkoumáno, jaké jsou příjmové a majetkové poměry osob, které čerpají pomoc z veřejných zdrojů.</p> <p>I s ohledem na skutečnost, že je přirozeným faktem a vývojem, že s přibývajícím věkem narůstá riziko snížení vlastních schopností si zabezpečit vlastní potřeby svými silami. Proto by měla být vyžadována přiměřená odpovědnost osoby, tj. pečované osoby, k vlastnímu zajištění své osoby. Obdobně pak by měla být vyžadována odpovědnost osob příbuzných, u nichž se vychází z předpokladu vzniku vyživovací povinnosti apod. Rovněž není v souladu s principy odpovědného jednání, když osoby přenechají svůj majetek jiným osobám, aniž by byla zajištěna jejich budoucí péče. Vždyť z jakého důvodu by v občanském zákoníku bylo ustanovení § 2068, kde se výslovně říká:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ (1) Upadne-li dárce po darování do takové nouze, že nemá ani na nutnou výživu vlastní nebo nutnou výživu osoby, k jejíž výživě je podle zákona povinen, může dar odvolat a požadovat po obdarovaném, aby mu dar vydal zpět nebo zaplatil jeho obvyklou cenu, nanejvýš však v tom rozsahu, v jakém se dárce nedostává prostředků k uvedené výživě. Obdarovaný se může této povinnosti zprostit poskytnutím toho, co je k této výživě potřeba. ▪ (2) Obdarovaný nemá povinnost podle odstavce 1, je-li sám v obdobné nouzi jako dárce. <p>Osoby, jejichž majetkové poměry jsou velmi příznivé, by neměly být omezovány ve vlastní participaci na zajištění si sociální služby v rozsahu, který může mít nadstandardní charakter. V této souvislosti lze pak považovat stanovení hranice maximálních nákladů za poskytovanou sociální službu více než diskriminační. Tento postup omezení výše úhrad tak snižuje i motivaci těchto osob k vlastní participaci a zvyšují se tím náklady z veřejných rozpočtů, když by finanční prostředky mohly být poskytovány uživateli s větším majetkem a příjmy.</p> <p>Systém úhrad, který je nastaven s absencí odpovědnosti rodinných příslušníků, vede k nízké odpovědnosti za členy vlastní rodiny, popírá vnitřní soudržnost rodiny a základní premisy rodinného práva, které vychází ze základní zásady: „Každý poskytuje podporu v rodině dle svých schopností a každý, jehož situace vyžaduje oprávněný požadavek na zajištění podpory, ji může žádat v rozsahu svých oprávněných potřeb“.</p>
Popis opatření:
<p>Podstatou opatření je přímá platba (nikoliv pojistný systém) za poskytnuté sociální služby nebo péči (za péči se považuje péče asistenta sociální péče nebo péče osoby blízké). Na úhradě nákladů za poskytovanou službu u konkrétní osoby se budou podílet (v uvedené chronologii) následující osoby či subjekty:</p> <ol style="list-style-type: none"> 6. Klient služby prostřednictvím svého příspěvku na péči. 7. Klient služby prostřednictvím vlastních finančních prostředků (vlastní příjem, příjem z majetku, finanční majetek – úspory, akcie atd.), kdy klient uhradí část nákladů dobrovolně z těchto svých zdrojů, popř. určí OÚ ORP (nebo soud) výši spoluúčasti, pokud nepřistoupí na dobrovolnou spoluúčast na úhradě za sociální službu. 8. Klient s nedostatkem finančních prostředků může mít nárok na dávky hmotné nouze, které využije pro platbu za poskytnuté služby. 9. Rodina klienta z hlediska vyživovací povinnosti dle nového občanského zákoníku, případně osoby, jimž byl v posledních 3 letech převeden formou daru nemovitý majetek či movitý majetek, který je evidován v úřední evidenci (případ musí být v souladu s dobrými mravy a přiměřený okolnostem na straně posuzovaných osob). 10. Obec, která nemá vlastní sociální službu daného druhu, je povinna přispět částku jdoucí za konkrétním jejím občanem pobývajícím v daném zařízení, který nemá dostatečné

Opatření A.3: Participace na úhradě nákladů pobytových služeb sociální péče

prostředky na jejich úhradu.

Pro bod 2 platí, že pokud klient sociální služby má dostatek finančních prostředků k úhradě sociální služby, rozhodne státní orgán o spoluúčasti. Rozhodovací pravomoc může být stanovena buď OÚ ORP nebo může rozhodovat soud, popř. by mohla také sociální služba odmítnout poskytnutí sociální služby, pokud by šlo o osobu se zachovanou schopností plného uvědomění si důsledku svého jednání, když osoba nehodlá přistoupit na participaci své osoby na úhradě služby, za předpokladu, že její majetková situace takový postup umožňuje. V podstatě, pokud osoba má požadavek na čerpání sociálních služeb, které jsou dotovány z veřejných prostředků, je na druhou stranu rovněž v souladu s dobrými mravy, když je požadována participace osoby.

Pro bod 3 bude rozhodovat Úřad práce ČR, pokud nebude předcházet vyživovací povinnost. Dávky hmotné nouze má v kompetenci Úřad práce ČR.

Pro bod 4 v části ohledně daru bude rozhodovat soud, navrhovatelem je zařízení poskytující službu. U požadavku participace rodinných příslušníků na úhradě sociální služby v rozsahu jejich vyživovací povinnosti lze opět na návrh zařízení sociální služby zvolit buď alternativu – využití rozhodnutí soudu dle občanského zákoníku, nebo upravit kompetenci ke stanovení spoluúčasti osob příbuzných OÚ ORP, podobně jako v situaci nezl. dítěte dle § 74 odst. 2 ZSS.

Bude-li účast osob na úhradě posuzována soudem, nemůže být tato skutečnost důvodem po dobu probíhajícího řízení pro zabránění vstupu do sociální služby a tato situace bude považována za případ vhodný zvláštního zřetele pro možnost vstupu osoby do sociální služby, a to za předpokladu, že osoba bude posouzena jako závislá na pomoci jiné osoby nebo bude vedeno řízení o příspěvku na péči a potřebu péče stanoví lékař.

Pokud nebude možno využít úhrady ze strany situací 1 až 5, přichází v úvahu uhrazení prostřednictvím veřejnoprávních zdrojů (dotací). V tomto případě, pokud by následně soud rozhodl o povinnosti úhrady ze strany některého ze subjektů za poskytovanou službu, stává se tato finanční částka majetkem obce, která přispěla na poskytování služby této osoby. Pokud by obec nepřispívala na pobyt osoby, je příjemcem stát.

Pozn.: V případě, že by klientům z výše uvedeného nevyplýval dostatek prostředků, zbytek by byl hrazen danému zařízení z dotací obce, kraje a státu vůči poskytovateli sociálních služeb.

Opatření vychází ze zkušeností z následujících zemí: Slovinsko, Finsko.

Předpokládané dopady:

Participace na poskytování sociálních služeb bude daleko lépe zohledňovat vlastní zdroje osob. Systém bude motivační k vlastnímu odpovědnému jednání, ať už v postavení dárce či obdarovaného. Osoby užívající sociální služby budou mít odpovědnější, ale také důstojnější postavení. Systém bude spravedlivější, než dosavadní.

Snížení zatížení veřejných rozpočtů, kdy poskytování péče je u osob majetnějších na úkor těch, které příjmy nemají dostatečné.

Bude snazší se zaměřit na uživatele sociálních služeb, jejichž výše příjmů jim neumožňuje úhradu sociální služby.

Potenciální rizika:

Problém může nastat při posuzování příjmových a majetkových poměrů, je třeba nastavit kompetence a možnost čerpání informací o majetkové sféře osob z veřejných rejstříků apod. Neboť dalším rizikem je zdlouhavost a délka správních řízení.

Zodpovědnost:

- MPSV

Zdroj: ACCENDO, 2019.

4.2 Země doporučené k návštěvě MPSV za účelem získání dobré praxe

Na základě výsledku analýzy jsou vytipovány 3 níže uvedené země, které jsou svými procesními mechanismy sociálních služeb příkladem dobré praxe a jsou doporučeny MPSV k osobní návštěvě⁶⁹:

Slovinsko, s doporučením následujících institucí:

- Ministrstvo za delo, družino, socialne zadeve in enake možnosti (Ministerstvo práce, rodiny, sociálních věcí a rovných příležitostí), které ochotně podalo komplexní informace na požadované otázky.
- Skupnost Socialnih zavodov Slovenije (Společenství sociálních institucí Slovinska), které může zprostředkovat praktické zkušenosti poskytovatelů sociálních služeb z terénu.

Polsko, s doporučením následujících institucí:

- Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej (Ministerstvo rodiny, práce sociálních věcí), které ochotně podalo informace a zorganizovalo společné jednání.
- Powiatowy Dom Pomocy Społecznej „Pogodna Jesień” (okresní Dům sociální péče „Klidný podzim“), zástupce poskytovatelů sociálních služeb, který ochotně sdělil praktické zkušenosti z terénu (v Polsku je okres jednotka územní samosprávy i státní správy).

Rakousko, s doporučením následujících organizací:

- Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz, kteří ochotně poskytli komplexní informace na požadované otázky na úrovni všech spolkových zemí.
- Magistrat der Stadt Wien Gesundheits und Sozialplanung (Magistrát Vídně - Úsek sociálního plánování), z důvodu poskytnutí komplexních informací o dané spolkové zemi.

⁶⁹ Kontaktní údaje na jednotlivé instituce jsou uvedeny v příloze č. 1.

- Kolpinghaus „Gemeinsam leben“ Wien-Favoriten (Domov se službou sociální péče), který může zprostředkovat praktické zkušenosti poskytovatelů z terénu.

Seznam tabulek

Tabulka 1.1: Přehled komparovaných zemí	11
Tabulka 1.2: Přehled realizovaných kontaktů v komparovaných zemích	15
Tabulka 1.3: Opatření A.1	21
Tabulka 1.4: Opatření A.2	22
Tabulka 1.5: Opatření A.3	23
Tabulka 2.1: Jednotlivé kategorie indexu RaVa	55
Tabulka 2.2: Denní sazby za pobytovou péči dle stupně závislosti pečované osoby (EUR)	74
Tabulka 2.3: Hodnota ukazatele ISEE v závislosti na počtu členů domácnosti	89
Tabulka 2.4: Maximální výše měsíčního příspěvku REI	91
Tabulka 2.5: Maximální výše ročního příspěvku REI.....	91
Tabulka 2.6: Podpora dostupná podle vypočteného procenta invalidity	94
Tabulka 2.7: Výše příspěvku na péči dle typu služby a stupňů závislosti péče (od roku 2017)	109
Tabulka 2.8: Celkové měsíční náklady klienta (tzv. Eigenanteil) na jednolůžkový pokoj (EUR).....	121
Tabulka 2.9: Náklady na stacionární péči (EUR).....	122
Tabulka 2.10: Výše příspěvku na péči.....	155
Tabulka 2.11: Denní sazby v jednolůžkovém pokoji.....	164
Tabulka 2.12: Ošetrovatelské poplatky za péči v bytě.....	165
Tabulka 2.13: Denní sazby za stacionární péči - samoplátce	166
Tabulka 2.14: Měsíční nájem za asistované bydlení - samoplátce.....	166
Tabulka 2.15: Měsíční nájem stacionární péče a asistované bydlení - podpora FSW	166
Tabulka 3.1: Srovnání přístupu k oblasti „Proces vstupu do sociálních služeb“ v komparovaných zemích.....	174
Tabulka 3.2: Srovnání přístupu k oblasti „Odbornost pracovníku sociálních služeb“ v komparovaných zemích.....	176
Tabulka 3.3: Srovnání přístupu k oblasti „Multidisciplinární hodnocení“ v komparovaných zemích.....	177
Tabulka 3.4: Srovnání přístupu k oblasti „Kritéria pro vstup do sociálních služeb“ v komparovaných zemích.....	178

Tabulka 3.5: Srovnání přístupu k oblasti „Odpovědnost za vstup do sociálních služeb“ v komparovaných zemích	180
Tabulka 3.6: Srovnání přístupu k oblasti „Metody hodnocení potřeb klienta“ v komparovaných zemích.....	182
Tabulka 3.7: Srovnání přístupu k oblasti „Opatření proti nadužívání pobytových služeb“ v komparovaných zemích	184
Tabulka 3.8: Srovnání přístupu k oblasti „Možnosti odmítnutí žadatele o sociální služby“ v komparovaných zemích	186
Tabulka 3.9: Srovnání přístupu k oblasti „Majetkové a příjmové testy zájemců“ v komparovaných zemích.....	188
Tabulka 4.1: Opatření A.1	192
Tabulka 4.2: Opatření A.2	194
Tabulka 4.3: Opatření A.3	196
Tabulka 0.1: Kontakty na organizace, které je možné navštívit.....	209

Seznam obrázků

Obrázek 2.1: Hodnocení stupně potřebné péče (šest oblastí života – modulů) . 108

Seznam zdrojů

1. AOK Die Gesundheitskasse (2017). Pflegenote. [online]. 2018 [cit. 29.11.2018]. Dostupné z: http://www.aok-gesundheitspartner.de/bund/pflege/qualitaet/pruefung/index_13177.html
2. APA – OTS (2016). Pflegefonds wird bis zum Jahr 2021 auf 417 Mio. € aufgestockt [online]. 2016 [cit. 18.11.2018]. Dostupné z: https://www.ots.at/presseaussendung/OTS_20161207_OTS0216/pflegefonds-wird-bis-zum-jahr-2021-auf-417-mio-aufgestockt
3. ARMINGEON, K.; BERTOZZI, F.; BONOLI, G. (2004) Swiss Worlds of Welfare. West European Politics, Vol.27, No.1 (January 2004), pp.20–44.
4. AWO (2017). Sie suchen eine Pflegeeinrichtung, weil die häusliche Pflege nicht mehr ausreicht? [online]. 2017 [cit. 29.11.2018]. Dostupné z: https://www.awo-pflegeberatung.de/fileadmin/files/Pflegeratgeber_und_Infobroschuere/Handouts/Stationa___re_Pflege.pdf
5. AWO (2018). Pflegeberatung. Fragen und Antworten. [online]. 2018 [cit. 29.11.2018]. Dostupné z: <https://www.awo-pflegeberatung.de/pflegeratgeber/fragen-und-antworten/#c392>
6. BAGSO (2018). Die Bundesarbeitsgemeinschaft der Senioren-Organisationen. Pflege [online]. 2018 [cit. 29.11.2018]. Dostupné z: <http://www.bagso.de/pflege.html>
7. Barthelův test: [https://is.muni.cz/th/r15ky/Pr. c. 2 Bartheluv test.doc](https://is.muni.cz/th/r15ky/Pr._c._2_Bartheluv_test.doc)
8. BONOLI, G. (1997) Classifying Welfare States: a Two-dimension Approach, Journal of Social Policy 26 (3): 351–72.
9. Bundesamt für Soziales und Behindertenwesen – Sozialministeriumservice (2019). *Pflegeunterstützungen* [online]. 2019 [cit. 5.11.2019]. Dostupné z: <https://www.sozialministeriumservice.at/site/Finanzielles/Pflegeunterstuetzungen/>
10. Bundesministerium Digitalisierung und Wirtschaftsstandort (2018). HELP.gv.at. Pflegegeld [online]. 2018 [cit. 18.11.2018]. Dostupné z: <https://www.help.gv.at/Portal.Node/hlpd/public/content/36/Seite.360510.html>
11. Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz (2018). Alten- und Pflegeheime [online]. 2018 [cit. 18.11.2018]. Dostupné z: https://www.sozialministerium.at/site/Pension_Pflege/Pflege_und_Betreuung/Alten_und_Pflegeheime/
12. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2018). Altenpflegegesetz [online]. 2018 [cit. 29.11.2018]. Dostupné z: <https://www.bmfsfj.de/bmfsfj/themen/aeltere-menschen/hilfe-und-pflege/altenpflegegesetz/77744>
13. Bundesministeriums für Gesundheit (2016a). Ratgeber zur Pflege [online]. 2016 [cit. 29.11.2018]. Dostupné z: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/Publikationen/Pflege/Broschueren/BMG_RatgeberPflege.pdf
14. Bundesministeriums für Gesundheit (2016b). Die Pflegestärkungsgesetze Das Wichtigste im Überblick. [online]. 2016 [cit. 29.11.2018]. Dostupné z: http://www.bagso.de/fileadmin/Aktuell/Themen/Pflege/Pflegestaerkungsgesetze_wichtigste_im_Ueberblick.pdf
15. Bundesministeriums für Gesundheit (2018a). Pflegebedürftigkeit [online]. 2018 [cit. 29.11.2018]. Dostupné z: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/pflege/online-ratgeber-pflege/pflegebeduerftigkeit.html>
16. Bundesministeriums für Gesundheit (2018b). Informationen zur Pflege [online]. 2018 [cit. 29.11.2018]. Dostupné z: <https://www.pflegestaerkungsgesetz.de/>

17. Cambridge University (2014). Regulation Long Term Care Quality. An International Comparison. [online]. 2014 [cit 18.11.2018]. Dostupné z: https://books.google.cz/books?id=arCkAgAAQBAJ&pg=PA79&lpg=PA79&dq=MDK+report+s+germany&source=bl&ots=hBGYtK_mS5&sig=oqX3llo1L1rE3CGrjTGwvegXYE&hl=cs&a=X&ved=2ahUKEwibovr-turcAhVSmbQKHYSfCTo4ChDoATAHegQIAxAB#v=onepage&q=MDK%20reports%20germany&f=falseorg/sites/default/files/Seniors_Home_Care_Best_Practices.pdf
18. City of Helsinki (2018a). Elderly. *Infopankki*. Dostupné z: <https://www.infopankki.fi/en/living-in-finland/family/elderly>
19. City of Helsinki (2018b). Supported and service housing. *Infopankki*. Dostupné z: <https://www.infopankki.fi/en/living-in-finland/housing/supported-and-service-housing>
20. City of Tampere (2018). Koukkuniemen vanhainkoti. Dostupné z: <https://www.tampere.fi/sosiaali-ja-terveyspalvelut/asiakkaan-ja-potilaan-oikeudet/odotusajat.html>
21. CLAUDIU SUDITU (2018). Caritas der Erzdiözese, Interní materiály. Wien, 16.11.2018
22. Council of the European Union (2014). Adequate social protection for long-term care needs in an ageing society – Report. [online]. 2014 [cit. 25.11.2018]. Dostupné z: <http://www.esn-eu.org/ageing-and-care/index.html>
23. CRESWELL, J. W. (2009) Research Design: Qualitative, Quantitative, and Mixed Methods Approaches , London: Sage, s. 173-202 (Chapter 9: Qualitative procedures).
24. DARMOVZAL P., *ekonomický a obchodní rada Velvyslanectví ČR ve Varšavě: Trendy hospodářské politiky Polska*, dostupné https://www.mzv.cz/warsaw/cz/obchod_a_ekonomika/novinky_aktivita/trendy_hospodarske_politiky_polska.html
25. DENZIN, N. a LINCOLN, Y. (eds.) Handbook of Qualitative Research. Thousand Oaks: Sage, 2000, s. 391
26. Dokument pt. "Polityka społeczna wobec osób starszych 2030. Bezpieczeństwo – Uczestnictwo – Solidarność" [2018-12-06]. Dostupné z: http://senior.gov.pl/polityka_dlugofalowa/pokaz/408
27. Dr. Weigl & Partner (2019). Die Pflegegrad Experten. *Wiederholungsbegutachtung nach der Einstufung in einen Pflegegrad*. [online]. 2019 [cit. 5.1.2019]. Dostupné z: <https://drweiglundpartner.de/wiederholungsbegutachtung/>
28. DW (2013). Eastern European nursing homes a blessing for Germans? [online]. 2013 [cit. 29.11.2018]. Dostupné z: <https://www.dw.com/en/eastern-european-nursing-homes-a-blessing-for-germans/a-16714130>
29. DW (2018). Foreign workers meet elder care needs in Germany. [online]. 2018 [cit. 29.11.2018]. Dostupné z: <https://www.dw.com/en/foreign-workers-meet-elder-care-needs-in-germany/a-16915979>
30. DW (2018). German home care rules leave gaps for off-the-books work. Dostupné z: <https://www.dw.com/en/german-home-care-rules-leave-gaps-for-off-the-books-work/a-44985695>
31. ER.GO, Regionální úřad pro právo na vyšší vzdělání v regionu Emilia Romagna, 2018, dostupné z: <https://www.er-go.it/index.php?id=6195>
32. ESPING-ANDERSEN, G. (1990). The Three Worlds of Welfare Capitalism. Princeton: Princeton University Press. ISBN: 0-691-09457-8. str. 26-27.
33. European Centre for Social Welfare Policy and Research (2013). Finland. *INTERLINKS*. Dostupné z: <http://interlinks.euro.centre.org/countries/finland>
34. European Commission (2008). Long-term care in the European Union. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities, 2008. ISBN 978-9279-09572-6. Dostupné také z: <http://www.esn-eu.org/ageing-and-care/index.html>

35. European Observatory on Health Systems and Policies, NIVEL (2013). Home care across Europe. Case studies. Austria. [online]. 2013 [cit 18.11.2018]. Dostupné z: <https://www.nivel.nl/sites/default/files/bestanden/Home-care-across-Europe-case-studies.pdf>
36. European Observatory on Health Systems and Policies, NIVEL (2013). Home care across Europe. Case studies. Germany. [online]. 2013 [cit. 29.11.2018]. Dostupné z: <https://www.nivel.nl/sites/default/files/bestanden/Home-care-across-Europe-case-studies.pdf>
37. European Observatory on Health Systems and Policies, NIVEL (2013). *Home care across Europe. Case studies. Finland.* Dostupné z: <https://www.nivel.nl/sites/default/files/bestanden/Home-care-across-Europe-case-studies.pdf>
38. FERRERA, M. (1996) The “Southern” Model of Welfare in Social Europe. *Journal of European Social Policy*. roč. 6, č. 1, s. 17–37.
39. FERRERA, M. (2013). Prezentace Protection to Investment? New Frontiers for the European Social Model(s) z 6th EU-India Joint Seminar on Employment and Social Policy [on-line] [cit. 21. 7. 2018] Dostupné z <http://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=88&langId=en&eventsId=853&moreDocuments=yes&tableName=events&typeId=92>
40. Formuláře žádostí o poskytnutí nebo zvýšení příspěvku na péči: www.help.gv.at
41. GEISLER, H., HOLEŇOVÁ, A., HOROVÁ, T., JIRÁT, D., SOLNÁŘOVÁ, D., SVOBODOVÁ, K., TOMÁŠKOVÁ, V. (2015). Neformální péče ve vybraných státech Evropské unie – Komparativní rešerše a identifikace příkladů dobré praxe. Projekt „Podpora neformálních pečovatелů“, CZ.1.04/3.1.00/C6.00002.
42. GEORG SCHIMPER (2018). Senioren Residenz Am Kurpark Wien-Oberlaa, Interní materiály. Wien, 15.11.2018
43. German Institute for Human Rights (2016). Human Rights of Older Persons in Longterm Care: German National Report. [online]. 2016 [cit. 29.11.2018]. Dostupné z: <http://www.ennhri.org/IMG/pdf/germany.pdf>
44. HAMMAR, T., FINNE-SOVERI, H., MIKKOLA, H.-M., NORO, A., HUJANEN, T. (2010). *Quality assurance and quality management in LTC. National Report Finland.* Dostupné z: http://interlinks.euro.centre.org/sites/default/files/WP4_FI_final.pdf
45. Helsingin Seniorisäätiö (2018). *Diverse Elderly Services and Nursing Home.* Dostupné z: <http://www.seniorisaatio.fi/en>
46. *Helsinki City College of Social and Health Care, Helsinki City Health Department (2003). Finland. Care Work with Older People.* Dostupné z: https://www.ttk.ee/public/Finland_Elders.pdf
47. HORECKÝ, J., PRŮŠA, L., TAJANOVSKÁ, A. (2012). Ministerstvo práce a sociálních věcí. Mezinárodní zkušenosti a srovnání. Rakousko. Odborná studie v rámci projektu Podpora procesů v sociálních službách. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb v České republice. ISBN978-80-904668-6-9. Dostupné také z: <http://www.podporaprocessu.cz/projekt/dokumenty/mezinarodni-zkusenosti-a-srovnani/>
48. IhrHeimPlatz.de. (2018). Altenheime und Pflegeheime in Deutschland. [online]. 2018 [cit. 29.11.2018]. Dostupné z: <http://www.ihrheimplatz.de/fragen-und-antworten/pflegeheime.html>
49. ILO: *V zemích střední a východní Evropy chybí služby dlouhodobé péče pro seniory, Revue pro sociální politiku a výzkum,* dostupné z: <https://socialnipolitika.eu/>
50. KAHOVCOVÁ, S. (2014). Sociální služby – Komparace ve vybraných zemích. Diplomová práce. Plzeň: Západočeská univerzita v Plzni. Dostupné z: https://dspace5.zcu.cz/bitstream/11025/14626/1/KAHOVCOVA_DP_2014.pdf

51. KALOUSEK, P. (2016). Sociální služby pro seniory v Jihočeském kraji, případová studie domova pro seniory v Bechyni. Diplomová práce. Praha: Vysoká škola ekonomická v Praze. <https://vskp.vse.cz/eid/52378>
52. KATJA KUUNSALO (2018). Helsingin kaupunki. Interní materiály. Helsinky, 17. 12. 2018
53. KELA (2018). Muutoksia Kelan etuuksiin vuonna 2019. Dostupné z: https://www.kela.fi/ajankohtaista-henkiloasiakkaat/-/asset_publisher/kg5xtoqDw6Wf/content/muutoksia-kelan-etuuksiin-vuonna-2019
54. Národní institut pro zdravotní a sociální péči (2018). Statistický report Tilastoraportti 41/2018. Dostupné z: http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/137296/Tr41_18.pdf?sequence=1&isAllowed=y
55. KOŘÁNOVÁ, M a kol. (2015). Věcné a právní vymezení statusu osoby se zdravotním postižením v systému zaměstnanosti a podpora zaměstnávání osob se zdravotním postižením ve vybraných evropských zemích. Praha: VÚPSV, v.v.i.
56. Krankenkassenzentrale (2018). Zdravotní pojištění v Německu [online]. 2018 [cit. 29.11.2018]. Dostupné z: <https://www.krankenkassenzentrale.de/wiki/incoming-cs#>
57. KŘEPELKA, M. (2011). Komparace systémů sociální péče v České republice a Spolkové republice Německo v kontextu stárnutí populace. Diplomová práce. Brno: 2011. Dostupné z: <https://is.muni.cz/th/x1scm/dipl.nova.doc>
58. Land Salzburg, Abteilung Soziales (2012). Seniorenpflegeheime&Hausgemeinschaften. [online]. 2018 [cit. 18.11.2018]. Dostupné z: http://www.shs-seniorenheime.at/pflegebettenboerse/bilder/dateien/sen_pflegeheim.pdf
59. LAUDISIO, S (2019). Ministerstvo práce a sociálních věcí, Odbor sociální politiky pro osoby se zdravotním postižením a nesoběstačné osoby. E-mailová korespondence. Řím, 15. 2. 2019
60. LEIBFRIED, S. (1992) 'Towards a European welfare state? On Integrating Poverty Regimes into the European Community', in Z. Ferge and J. E. Kolberg (eds) Social Policy in a Changing Europe. Frankfurt am Main: Campus Verlag.
61. LEICHSENRING, K. (2009). Developing and ensuring quality in LTC in Austria. [online]. 2009 [cit. 18.11.2018]. Dostupné z: http://interlinks.euro.centre.org/sites/default/files/WP4_AT_0.pdf
62. LIUKKO, E (2018). Národní institut pro zdravotní a sociální péči. E-mailová korespondence. Helsinky, 18. 10. 2018
63. MDK (2015). Information on needs assesment. [online]. 2015 [cit. 29.11.2018]. Dostupné z: https://www.mdk-bb.de/sites/default/files/Dokumente/Pflegeflyer_eng_web.pdf
64. Město Helisinki (2018). City Services A-Z. Dostupné on-line: <https://www.hel.fi/helsinki/en/administration/administration/services/service-description?id=3246>
65. Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej: Pomoc społeczna. Dostupné z: <https://www.mpips.gov.pl/prawo/obowiazujace-prawo/pomoc-spooleczna/>
66. Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej: Praca socjalna. Dostupné z: <https://www.mpips.gov.pl/pomoc-spooleczna/formy-udzielanej-pomocy/praca-socialna/>
67. Ministry of Social Affairs and Health (2018). Older people services. Dostupné z: <https://stm.fi/en/older-people-services>
68. Návrh zákona, kterým se mění zákon o sociální pomoci a zákon o ochraně duševního zdraví: <https://legislacja.rcl.gov.pl/projekt/12305401/katalog/12472600#12472600>
69. News Now Finland. (2017). Finland's Elderly Care Crisis. <http://newsnowfinland.fi/editors-pick/finlands-elderly-care-crisis>

70. Obwieszczenie Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 23 marca 2018 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej w sprawie domów pomocy społecznej. Dostępne z: <http://prawo.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=WDU20180000734>
71. OECD (2013). *Finland*. Dostępne z: <https://www.oecd.org/els/health-systems/Finland-OECD-EC-Good-Time-in-Old-Age.pdf>
72. OECD (2013). *Germany*. Dostępne z: <https://www.oecd.org/els/health-systems/Germany-OECD-EC-Good-Time-in-Old-Age.pdf>
73. PFEIFEROVÁ, Š., LUX, M., DVOŘÁK, T., HAVLÍKOVÁ, J., MIKESZOVÁ, M., SUNEGA, P. (2013). Housing and social care for the elderly in Central Europe. [online]. 2013 [cit 18.11.2018]. Dostępne z: http://www.central2013.eu/fileadmin/user_upload/Downloads/outputlib/HELPS_Main_Findings_Report.pdf
74. Pflege durch Angehörige (2019). *Kombinationspflege: Pflegegeld und Pflegesachleistung als Kombinationsleistung beantragen*. [online]. 2019 [cit. 2.1.2019]. Dostępne z: <https://www.pflege-durch-angehoerige.de/pflegegrade-pflegeleistungen/kombinationspflege/>
75. Pflege in Oberösterreich (2018). *Alten- und Pflegeheime*. [online]. 2018 [cit 18.11.2018]. Dostępne z: <https://www.pflegeinfo-ooe.at/unterst-%C3%BCtzung-in-der-pflege-und-betreuung/pflege-und-betreuung-zu-hause-2/alten-und-pflegeheime>
76. PLATTNER, F.J., OTTEN, I., TEEUVEN, M., BOGERT, B., FRANZEN, T. (2003). *Germany. Care Work with Older People*. [online]. 2003 [cit. 29.11.2018]. Dostępne z: https://www.ttk.ee/public/Germany_Elders.pdf
77. PORSCH-POREP, D. (2018). Haus Dr. Arno Philippsthal, Berlin, Interní materiály, 23.11.2018
78. Portal der Arbeiterkammern (2019). *Ich pflege einen Angehörigen* [online]. 2018 [cit 2.1.2019]. Dostępne z: https://wien.arbeiterkammer.at/meinesituation/lch_pflege_einen_Angehoerigen.html
79. Powiatowy dom pomocy społecznej: Usługi medyczno-opiekuńcze. Dostępne z: <http://pdps.cieszyn.pl/index.php/o-nas/uslugi-opiekuncze>
80. Registr sociálních služeb Katowice: www.katowice.uw.gov.pl
81. RIEDL, M., KRAUS, M. (2010). *The long-term Care System for the Elderly in Austria*. ENEPRI Research Report No. 69. ISBN 978-94-6138-011-1. Dostępne také z: <http://www.ancien-longtermcare.eu/sites/default/files/ENEPRI%20RR%2069%20ANCIEN%20Austria%20Rev1.pdf>
82. SHADE, THOMAS A KERSTIN UELZE (2018). DRK Headquarters office, Berlin, Interní materiály, 23.11.2018
83. SHULZ, E. (2010). *The Long-term Care System for the Elderly in Germany*. EPRI Research Report No. 78. [online]. 2010 [cit. 29.11.2018]. Dostępne z: http://www.ancien-longtermcare.eu/sites/default/files/ENEPRI%20_ANCIEN_%20RRNo78Germany.pdf
84. Schimper Georg (2018). *Senioren Residenz Am Kurpark Wien-Oberlaa*, Interní materiály. Wien, 15.11.2018
85. SCHWEGL, GÜNTHER A BRIGITTE, KARLITZKY (2018). *Kolpinghaus -für betreutes Wohnen-GmbH*, Interní materiály. Wien, 16.11.2018
86. *Sozialgesetzbuch (SGB XI) Elftes Buch Soziale Pflegeversicherung (2017)*. [online]. 2018 [cit. 29.11.2018]. Dostępne z: <https://www.sozialgesetzbuch-sgb.de/sgbxi/1.html>
87. *Sozialhilfverband Grieskirchen (2018). Das Bezirksalten- und Pflegeheim Grieskirchen*. [online]. 2018 [cit. 29.11.2018]. Dostępne z: <https://www.shvgr.at/altenheime/anmeldung-aufnahme-12767.html>

88. Spitzenverband (2018). Pflegeversicherung. [online]. 2018 [cit. 29.11.2018]. Dostupné z: https://www.gkv-spitzenverband.de/pflegeversicherung/pv_grundprinzipien/pflege_beitragssatz/beitragssatz.jsp
89. ST.JAKOB Zittauer Alten- und Pflegeheim GmbH. Stationäre Pflege [online]. 2018 [cit. 29.11.2018]. Dostupné z: <https://pflegeheim-zittau.de/haeufige-fragen/>
90. Stacionární zařízení sociální péče v Polsku: https://stat.gov.pl/files/gfx/portalinformacyjny/pl/defaultaktualnosci/5487/18/2/1/zaklady_stacjonarne_pomocy_spolecznej_w_2017_roku.pdf
91. Stadt Wien (2018a). Pflege und Betreuung in Wien. [online]. 2018 [cit 18.11.2018]. Dostupné z: https://www.fsw.at/downloads/broschueren/pflege_betreuung/PFLEGE.pdf
92. Stadt Wien (2018b). Aufnahme in Wohn- und Pflegehäuser – Anmeldung. [online]. 2018 [cit 18.11.2018]. Dostupné z: <https://www.wien.gv.at/amtshelfer/gesundheit/fsw/unterstuetzung/pflegeheimanmeldung.html>
93. STANZL, PETER (2018). Magistratsabteilung 24, Gesundheits- und Sozialplanung, Interní materiály. Wien, 15.11.2018.
94. Suditu Claudiu (2018). Caritas der Erzdiözese, Interní materiály. Wien, 16.11.2018
95. TADEUSZ KAMIŃSKI: Křesťanská sociální práce v Polsku, Idea a praxe, text přednášky na Mezinárodní symposiu Praktická teologie a sociální práce, dostupné z: <http://www.caritasetveritas.cz/index.php?action=openfile&pkey=29>
96. Ustawa z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej: <http://prawo.sejm.gov.pl/isap.nsf/download.xsp/WDU20040640593/U/D20040593Lj.pdf>
97. USTAWA z dnia 8 lutego 2018 r. o zmianie ustawy o pomocy społecznej. Dostupné z: <https://www.infor.pl/akt-prawny/DZU.2018.070.0000700,ustawa-o-zmianie-ustawy-o-pomocy-spolecznej.html>
98. VOSTATEK, J. (2015). Sociální modely financování dlouhodobé péče. Centrum pro ekonomické studie a analýzy (CESTA) Working Paper 1/15. [online]. 2015 [cit. 29.11.2018]. Dostupné z: https://is.vsfs.cz/repo/4825/Vostatek_WP_1_Modely_financovani_dlouhodobpece.pdf
99. WILL, A.; GELISSEN, J. (2002) Three worlds of welfare capitalism or more? A state-of-the-art report. Journal of European Social Policy, 2002;roč. 12 č. 2, s. 137-158.
100. Zákon o sociální pomoci v Polsku: <http://prawo.sejm.gov.pl/isap.nsf/download.xsp/WDU20040640593/U/D20040593Lj.pdf>
101. Zákon o zaměstnávání osob s postižením, Rakousko (Behinderteneinstellungsgesetz - BEinstG)

Příloha č. 1: Kontakty

V níže uvedené tabulce je seznam doporučených kontaktů organizací pro návštěvu ve vybraných třech zemích, které jsou nejvhodnější pro získání relevantních zkušeností (výběr zemí je rozveden v kapitole 1.2). Na první pozici u každé organizace je uvedena nejvhodnější kontaktní osoba.

Tabulka 0.1: Kontakty na organizace, které je možné navštívit.

Země	Instituce	Adresa	Kontaktní osoba, funkce	Telefon, e-mail
POLSKO	Ministerstvo rodiny, práce a sociálních věcí Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej, Departament Współpracy Międzynarodowej <i>Zdůvodnění: Poskytnutí komplexních informací na požadované otázky.</i>	ul. Żuawia 4 00-513 Warszawa	Agata Jaworska specialista Monika Szostak ředitelka	Agata.Jaworska@mrpips.gov.pl tel.: 0048 22 461 62 41 monika.szostak@mrpips.gov.pl tel.: 0048 22 461 62 30
	Dům sociální péče „Klidný podzim“ Powiatowy Dom Pomocy Społecznej „Pogodna Jesień” <i>Zdůvodnění: Praktická zkušenost poskytovatele z terénu.</i>	ul. Korfantego 1 43-400 Cieszyn	Genowefa Greniuch ředitelka zařízení Dorota Murzyńska sociální oddělení	pdpscieszyn@neostrada.pl tel.: 0048 33 8521 761 dom@pds.cieszyn.pl tel.: 0048 33 8521 124
RAKOUSKO	Federální ministerstvo práce, sociálních věcí, zdraví a ochrany spotřebitelů Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz <i>Zdůvodnění: Poskytnutí komplexních informací na požadované otázky na úrovni všech spolkových zemí.</i>	Stubenring 1 1010 Wien	Karin Heckenberger Sektion IV, Büro Service Stelle Mag.^a Sabine Reissner komisařka pro koordinaci spolupráce se zeměmi EU	karin.heckenberger@sozialministerium.at tel.: 0043 1 71100-862326 sabine.reissner@sozialministerium.at tel.: 0043 1 71100-86 6556
	Magistrát Vídně Úsek sociálního plánování na oddělení sociálního a zdravotního plánování Magistrat der Stadt Wien Gesundheits und Sozialplanung <i>Zdůvodnění: Poskytnutí komplexních informací na požadované otázky specifika dané spolkové země.</i>	Brigittenauer Lände 50-54 (Pier 50)/Stiege 2/5019 1200 Wien,	DSA Peter Stanzl, MAS vedoucí úseku Berlakovich Agnes, Mag ^a LL.M. vedoucí oddělení	peter.stanzl@wien.gv.at tel.: 0043 1 4000 84245 mob.: 0043 6768118 84245 agnes.berlakovich@wien.gv.at tel.: 0043 1 4000 40411

Země	Instituce	Adresa	Kontaktní osoba, funkce	Telefon, e-mail
RAKOUSKO	Domov se službou sociální péče Kolpinghaus „Gemeinsam leben“ Wien-Favoriten <i>Zdůvodnění: Praktická zkušenost poskytovatele z terénu.</i>	Maria-Rekker-Gasse 9 1100 Wien	Dr. Günther Schwegl CEO Brigitte Karlitzky, MBA vedoucí sociální péče	gl@gemeinsam-leben.at tel.: 0043 1 60 120 pdl@gemeinsam-leben.at
SLOVINSKO	Ministerstvo práce, rodiny, sociálních věcí a rovných příležitostí Ministrstvo za delo, družino, socialne zadeve in enake možnosti <i>Zdůvodnění: Poskytnutí komplexních informací na požadované otázky.</i>	Kotnikova 28, 1000 Ljubljana, Slovinsko	Jana Lovšin sociální odbor Špela Isop zástupce generálního ředitele	jana.lovsin@gov.si tel.: 00386 1 369 7602 spela.isop@gov.si tel.: 00386 1 369 77 18
	Skupnost Socialnih zavodov Slovenije Společenství sociálních institucí Slovinska <i>Zdůvodnění: Praktická zkušenost asociace poskytovatelů z terénu.</i>	Letališka cesta 3c 1122 Ljubljana	Denis Sahernik konzultant specialista Benjamin Penič asistent tajemníka Jaka Bizjak generální tajemník	denis.sahernik@ssz-slo.si tel.: 00386 1 520 80 08 benjamin.penic@ssz-slo.si tel.: 00386 1 520 80 04 jaka.bizjak@ssz-slo.si info@ssz-slo.si tel.: 00386 1 520 80 00

Zdroj: ACCENDO, 2019. Platnost k 7. 1. 2019.