

IS THE LEGISLATIVE PROPOSAL FOR A LONG-TERM CARE SYSTEM IN THE CZECH REPUBLIC SUFFICIENT? BASIS FOR THE FUTURE DEVELOPMENT

JE LEGISLATIVNÍ NÁVRH PRO SYSTÉM DLOUHODOBÉ PÉČE V ČESKÉ REPUBLICE DOSTAČUJÍCÍ? ZÁKLAD PRO BUDOUCÍ ROZVOJ

Šimon Přecechtěl¹, Vladimír Barák², Vojtěch Krebs³

Abstract

The Czech government has introduced a proposal for legislation on LTC. It is therefore needed to analyze the proposal and to evaluate whether it creates sufficient capacity of the LTC system. This paper describes and analyzes the potential LTC reform. The analysis also evaluates the report of the RIA, as well as data from numerous sources. The position of the Czech Republic in international comparison cannot be described as satisfactory and the LTC system still faces the phenomenon of social hospitalizations. This paper tests the hypothesis that the proposed legislative regulation of LTC is sufficient. The author's collective presents evidence to refute this hypothesis and also offers possible basis for further adjustments. The complete omission of field care services was identified as a major shortcoming. Therefore, the legislative solution in question does not meet some of the milestones set out in the National Recovery Plan.

Keywords

Financing of Long-Term Care, Legislative Reform, National Recovery Plan

Abstrakt

Česká vláda představila návrh legislativy týkající se dlouhodobé péče (LTC). Je tedy nutné tento návrh analyzovat a zhodnotit, zda vytváří dostatečnou kapacitu systému LTC. Tento článek popisuje a analyzuje potenciální reformu LTC. Analýza rovněž hodnotí zprávu RIA a data z řady různých zdrojů. Postavení České republiky v mezinárodním srovnání nelze označit za uspokojivé a systém LTC stále čelí fenoménu sociálních hospitalizací. Tento článek testuje hypotézu, že navrhovaná legislativní úprava LTC je dostatečná. Autorský kolektiv však předkládá důkazy, které tuto hypotézu vyvracejí, a zároveň nabízí možné základy pro další úpravy. Za zásadní nedostatek bylo identifikováno úplné opomenutí terénních služeb péče. Z tohoto důvodu legislativní řešení nesplňuje některé milníky stanovené v Národním plánu obnovy.

Klíčová slova

Financování dlouhodobé péče, právní reforma, národní plán obnovy

¹ Faculty of Economics, UE Prague, W. Churchill Sq. 4, 130 67 Prague 3, Czech Republic. E-mail: Pres01@vse.cz.

² Faculty of Economics, UE Prague, W. Churchill Sq. 4, 130 67 Prague 3, Czech Republic. E-mail: Vladimir.Barak@vse.cz.

³ Faculty of Economics, UE Prague, W. Churchill Sq. 4, 130 67 Prague 3, Czech Republic. E-mail: Krebs@vse.cz.

I. Úvod

Dlouhodobá péče v ČR je dlouhodobě tématem, které se nedařilo vyřešit obzvláště z důvodu rozdělení agendy mezi dvě ministerstva – Ministerstvo zdravotnictví a Ministerstvo práce a sociálních věcí (Horecký 2021). Tento stav až chorobné nedohody by měl být vyřešen v následujících měsících návrhem novelizace tří již existujících zákonů. Jak se dalo jednoznačně očekávat, dané návrhy vyvolávají řadu emocí od řady stakeholderů. Je proto naprosto nezbytné daný návrh zhodnotit na základě dostupných dat (i mezinárodních) a ověřit hypotézu, zdali je návrh ve své nynější podobě dostačující.

Motivace autorského kolektivu je především přinést do emotivní politické debaty jasná data, díky kterým budeme moci lépe porozumět návrhu a jeho dopadům na segment dlouhodobé péče v ČR. Vzhledem ke složitosti tématu je totiž nynější debata převážně politická, i když jde o zásadní legislativní rozhodnutí se silnými dopady do národního hospodářství. Do těchto dopadů lze počítat i fakt, že splněním stanovených podmínek v rámci reformy dlouhodobé péče je podmíněno signifikantní finanční plnění v rámci Národního plánu obnovy. Dané plnění by mohlo být ohroženo v případě nesplnění stanovených podmínek, které dozoruje Evropská komise. Z těchto důvodů je naprosto nezbytné zpracování analýz, které mohou sloužit jako diskuzní materiál k dalším krokům v rámci reformování českého segmentu dlouhodobé péče.

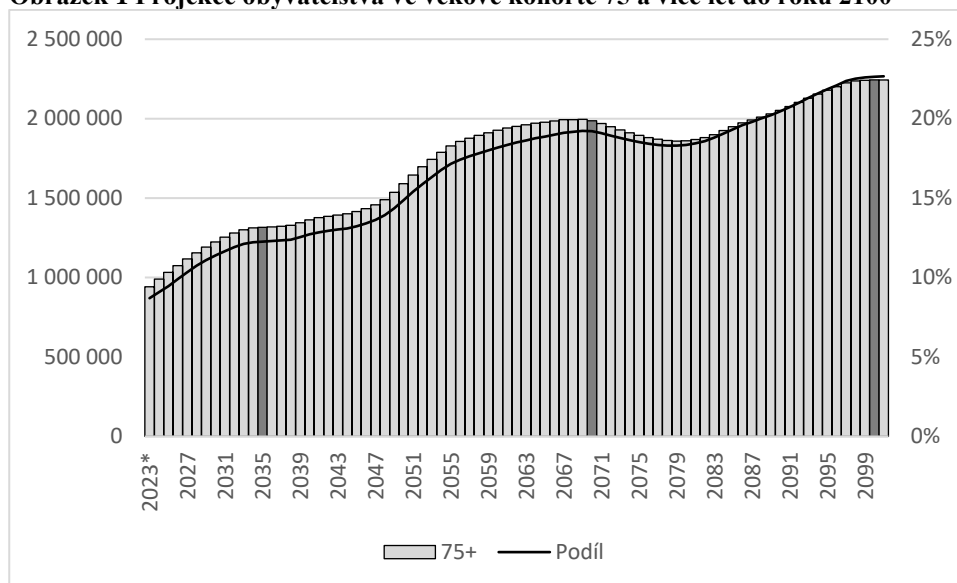
II. Dlouhodobá péče v ČR a její makroekonomické dopady

Systém dlouhodobé péče není v ČR dosud nijak legislativně ukotven. Tato situace by se však měla změnit v následujících měsících roku 2024. V rámci Národního plánu obnovy byl totiž vytyčen cíl 193 – přijetí zákona o dlouhodobé péči. Tento cíl obsahuje několik zásadních bodů/milníků, které by měly být při zhotovení reformy splněny. Milníky jsou definovány následovně.

Zákon o dlouhodobé péči by měl:

- mířit na integraci zdravotních a sociálních služeb dlouhodobé péče,
- zajistit vysoké standardy kvality pro všechny druhy služeb dlouhodobé péče,
- podporovat komunitní péči a terénní péči zajišťující nezávislý život v přirozeném prostředí,
- zajistit stabilní systém adekvátního financování služeb dlouhodobé péče, včetně komunitní a terénní péče,
- definovat pravidla pro sledování kvality péče, požadavky na personál (včetně kvalifikace) a vybavení,
- umožnit přístup soukromým poskytovatelům dlouhodobé péče při současném uplatňování stejných pravidel a norem kvality pro všechny poskytovatele.

Vlastníkem dané reformy je Ministerstvo práce a sociálních věcí (dále jen „MPSV“), které na reformě spolupracuje s Ministerstvem zdravotnictví (dále jen „MZdr“). Reforma je zásadní ovšem i z jiných důvodů než pouze z důvodu splnění cílů Národního plánu obnovy a uvolnění evropských prostředků. Jak můžeme pozorovat na obrázku č. 1, demografická predikce pro obyvatelstvo ČR ve věkové kohortě 75 a více let je více než alarmující. Na obrázku můžeme pozorovat tři prudká zvýšení počtu jedinců v dané věkové kohortě v absolutní i relativních číslech. Za dalších 77 let se podíl těchto jedinců na celkové populaci v ČR přesune z pouhých 9 % na závratných 23 % (tzn. 14 p.b.). V absolutních číslech jde o nárůst z 941 tis. jedinců v roce 2023 na 2 244 tis. jedinců, což představuje nárůst cca 1 302 tis. jedinců v dané věkové kohortě. Tento nárůst musí být jednoznačně kompenzován vznikem nových kapacit služeb dlouhodobé péče. Díky dané predikci můžeme sledovat tři zásadní vlny nárůstu – 2023 až 2035, 2045 až 2060 a 2085 až 2095.

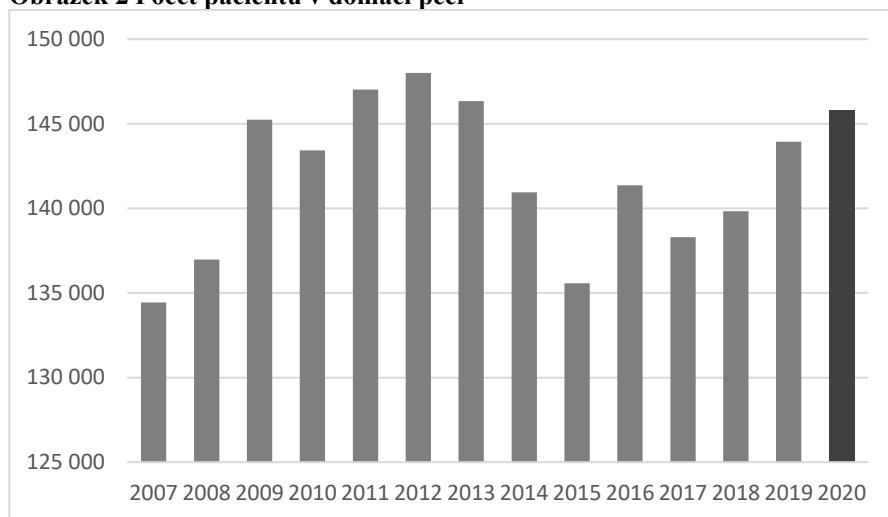
Obrázek 1 Projekce obyvatelstva ve věkové kohortě 75 a více let do roku 2100

Zdroj: ČSÚ 2023

Každá z těchto vln představuje enormní zátěž pro systém dlouhodobé péče a ekonomiku samotnou. Z analýzy Evropské komise (Zigante 2018) vyplývá, že 8,5 % jedinců v ekonomicky aktivním věku jsou neformálními pečujícími – z toho u 4,9 p.b. můžeme mluvit o jedincích, kteří pouze pečují bez zaměstnání. Je tedy více než jasné, že neformální péče o členy rodiny ovlivňuje nabídku práce na makroekonomické úrovni. Z tohoto hlediska můžeme vyvozovat i závěr, že se daná nabídka práce v budoucnu může drasticky snižovat i díky zvyšujícímu se počtu jedinců ve věkové kategorii 75 a více let, pokud nedojde k velkému rozvoji formálních služeb dlouhodobé péče.

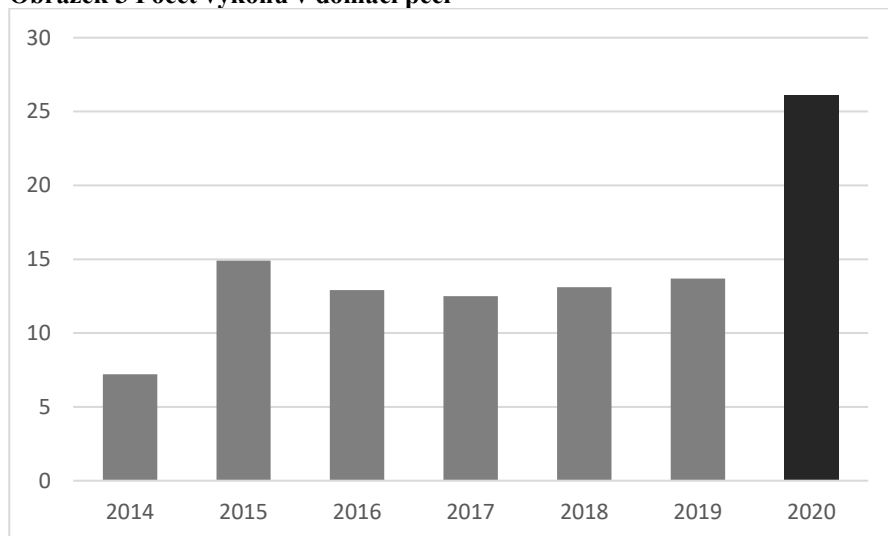
Makroekonomické dopady odchodu jedince z trhu práce již v minulosti vyčíslil Vostatek (2013), který konstatoval, že u ekonomicky aktivních jedinců dochází k výpadku fiskálních i parafiskálních odvodů. Dále konstatuje, že u osob s průměrným příjmem je již tento výpadek značný a jako možnost omezení makroekonomických dopadů se nabízí motivovat neformální pečující k částečným úvazkům v kombinaci např. s terénními službami. Pro takové řešení je však nutné mít velmi dobře rozvinutý trh formálních služeb dlouhodobé péče. V ideálním případě je tento trh řádně diverzifikován a pečující si může vybírat ze široké palety služeb od služeb terénních, přes ambulantní až po odlehčovací a pobytové.

Realita českého systému služeb dlouhodobé péče je však odlišná. Služby jsou striktně rozlišeny na zdravotní a sociální část. Jejich spolupráce v rámci komplexních pacientů/klientů stále pokulhává a trh není schopen v daném systému zajistit dostatečný růst kapacit (více v kapitole III.). Pokud se budeme zaměřovat na integraci zdravotních a sociálních služeb dlouhodobé péče, není lepší příklad než terénní péče. Zdravotní část péče zajišťují sestry v rámci agentur domácí zdravotní péče. Sociální část služeb se dělí mezi pečovatelskou službu, odlehčovací služby terénní, služby osobní asistence a jako komplementární službu můžeme počítat i tísňovou péči. Situace v těchto dvou segmentech dlouhodobé péče je velmi rozdílná.

Obrázek 2 Počet pacientů v domácí péči

Zdroj: ÚZIS 2021

Jak dokládají data ÚZIS ČR (2021), počet pacientů se mezi lety 2007 až 2020 významně lišil. Na druhou stranu je nutné uvést, že trh domácí péče procházel konsolidací, a jak dokazují data na obrázku č. 3, v roce 2020 můžeme sledovat enormní nárůst počtu výkonů. Je pravděpodobné, že tento nárůst výkonů může být způsoben vyšší efektivitou v segmentu domácí péče. To může být způsobeno vlivy jako jsou – efektivnější plánování tras, vyšší počet výkonů na 1 pacienta, rozvoj druhů poskytovaných zdravotních úkonů „v terénu“. Celkově jde o pozitivní trend, který je doprovázen velkým zájmem soukromých poskytovatelů zdravotní péče o segment domácí péče. To dokazuje působení 2 velkých zdravotnických holdingů v dané oblasti. Systém tedy motivuje rozvoj nabídky služeb poskytovatelů a pro pacienty je zřejmě přehledný, jelikož službu indikuje praktický lékař za úhradu ze zdravotního pojištění. Taktéž může pacienta nasměřovat na agenturu domácí péče fungující v oblasti.

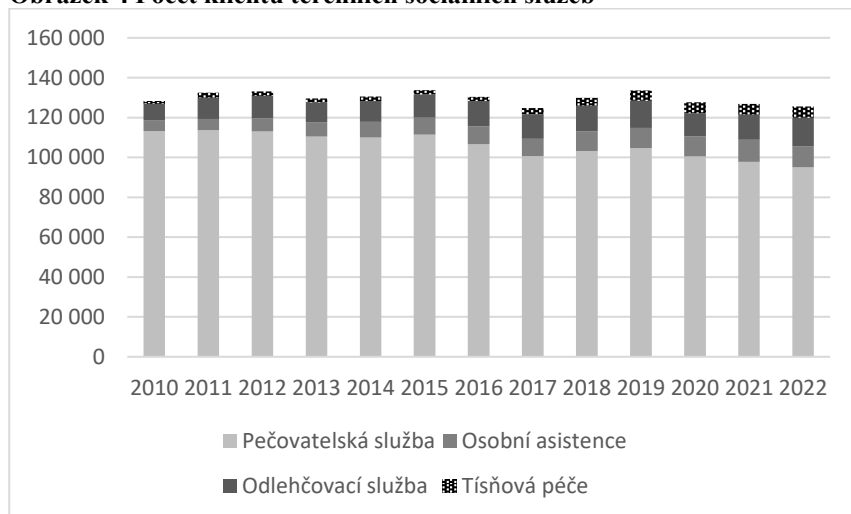
Obrázek 3 Počet výkonů v domácí péči

Zdroj: ÚZIS 2021

Trochu jiná situace panuje v segmentu sociálních terénních služeb. Jak lze pozorovat na obrázku č. 4, počet klientů pečovatelské služby mírně klesá a tento pokles není kompenzován ani při započtení ostatních sociálních služeb (MPSV 2023). Tento stav je navíc doplněn rostoucím počtem pracovníků pečovatelských služeb, který se za posledních 6 let zvýšil z 10,5 tisíce v roce 2017 na 13 tisíc v roce 2022. Lze tedy předpokládat, že náročnost úkonů při péči o klienty v daných službách je vyšší, jelikož

s více pracovníky obslužíte méně klientů. Zároveň se nedá říct, že kapacity systému rostou dostatečně, jelikož neuspokojené žádosti zájemců o službu stagnují (MPSV 2023).

Obrázek 4 Počet klientů terénních sociálních služeb



Zdroj: MPSV 2023

Jak je tedy možné, že dvě velmi podobné služby, které by k sobě měly být často komplementem, vykazují tak rozdílné výsledky? Hlavním vysvětlením je neprovázanost obou systémů, jelikož systémy sociální a zdravotní terénní péče fungují vedle sebe paralelně spíše než kooperativně. Systém terénní zdravotní péče je finančně transparentní (jeden zdroj příjmů – zdravotní pojišťovna), motivační pro poskytovatele (lze tvořit obchodně zajímavá úroveň zisku), podporující tržní prostředí a pro klienta především srozumitelný (žádanku píše lékař a za péči platí zdravotní pojišťovna).

Oproti tomu systém terénní sociální péče je z pozice financování a plánování velmi komplexní (vícezdrojové financování založené na státní dotaci přerozdělované kraji, díky kterému je vyloučena ziskovost) a z pozice klienta neuchopitelný (částečné platby za službu, mnohdy nedostatečná kapacita v dané lokalitě, nemožnost provádět určité úkony jako měření tlaku apod.) Z těchto důvodů se do systému terénní sociální péče nehrnou ani soukromí poskytovatelé. Ti vidí potenciální rizika v oblasti silné vazby na státní neinvestiční transfery a cenové regulace jejich služeb ve formě maximálních možných úhrad klienta. Ve výsledku jsou tedy služby terénní sociální péče finančně neatraktivní pro soukromé investory a nelze se divit, že kapacity těchto služeb jednoduše nerostou dle potřeb (MPSV 2023).

V budoucnu je však absolutně nezbytné, aby spolu služby terénní sociální i zdravotní péče kooperovaly na co nejvyšší úrovni, jelikož můžeme díky demografickým predikcím a nedostatečnému růstu kapacit systému pobytových služeb dlouhodobé péče předpokládat zvýšenou poptávku po službách komplexní terénní péče, která bude obnášet péči o pacienty s řadou komorbidit ve složitých sociálních situacích.

Na poli pobytových sociálních služeb můžeme momentálně sledovat poměrně silnou dynamiku v oblasti konsolidace a rozvoje na trhu soukromých poskytovatelů. Tato dynamika je hnána jak soukromými investory tak i např. soukromými pojišťovnami, které se snaží realizovat v produktech pojištění dlouhodobé péče. Je zřejmé, že soukromé společnosti svůj zrak upírají k segmentu dlouhodobé péče s vidinou možného rozvoje segmentu, deregulace, a také s možností slibné investice do necyklického prostředí, které odolává ekonomickým výkyvům a přináší stabilní výnos v neisté době.

Pokud se podíváme na data užitá MPSV (2024) v analýze RIA (z domovů pro seniory a domovů se zvláštním režimem), můžeme už nyní pozorovat velký podíl klientů, kteří jsou ve stavu těžké nesoběstačnosti (je jim přiznán příspěvek na péči ve III. a IV. stupni), a taktéž klientů s vysokou úrovní komorbiditního indexu. Pod pojmem komorbiditní index je přesněji uveden Deyo-Charlson

comorbidity index (DCCI), který je modifikací nejrozšířenějšího indexu – Charlson comorbidity index (CCI). Tyto indexy sloužili prvně jako prognostické nástroje pro komorbidity, které mohou měnit riziko úmrtí u pacientů v dlouhodobých studiích (Charlsonová, 1987). DCCI již byl využit k pozorování korelace mezi komorbiditami a délkou pobytu ve zdravotnických zařízeních, počtem transfuzí, výdaji nemocnice na pacienta a šestitýdenní mortalitou (Deyo, 1992). V jedné ze studií, která se zaměřovala na predikci roční a hospitalizační mortality, bylo identifikováno u zvýšení DCCI o jeden bod zvýšení pravděpodobnosti úmrtí pacienta do 30 dní od operace o 17 % (Melfi, 1995).

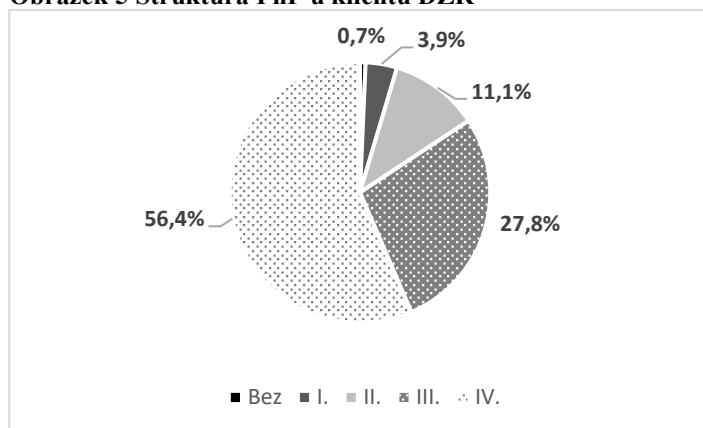
Tabulka 1 Statistika klientů DZR

	Počet	Průměrný věk	Medián věk
Muži	8 771	75	77
Ženy	20 753	83	84
Celkem	29 524	80	82

Zdroj: MPSV 2024

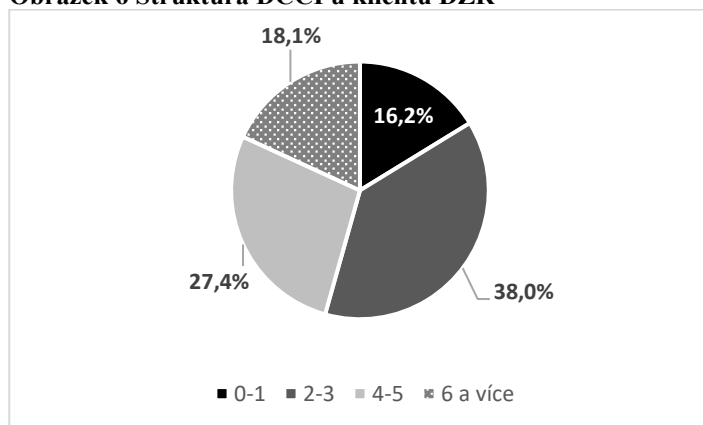
Při bližším pohledu na obrázky č. 5 až 8 lze konstatovat, že typickým klientem v domově pro seniory či v domově se zvláštním režimem je žena nad 75 let, která má přiznán příspěvek na péči ve III. či IV. stupni a její hodnota indexu komorbidit DCCI je na úrovni 2-5 bodů. Jak uvádí Barák (2023), je nutné se zaměřovat na fakt, že se struktura klientů pobytových služeb pro seniory drasticky mění. Zatímco dříve můžeme mluvit o mixu soběstačných a nesoběstačných klientů těchto služeb, dnes je drtivá většina klientů pobytových sociálních služeb pro seniory ve stavu těžké nesoběstačnosti, což dokládají data MPSV (2024).

Obrázek 5 Struktura PnP u klientů DZR



Zdroj: MPSV 2024

Obrázek 6 Struktura DCCI u klientů DZR



Zdroj: MPSV 2024

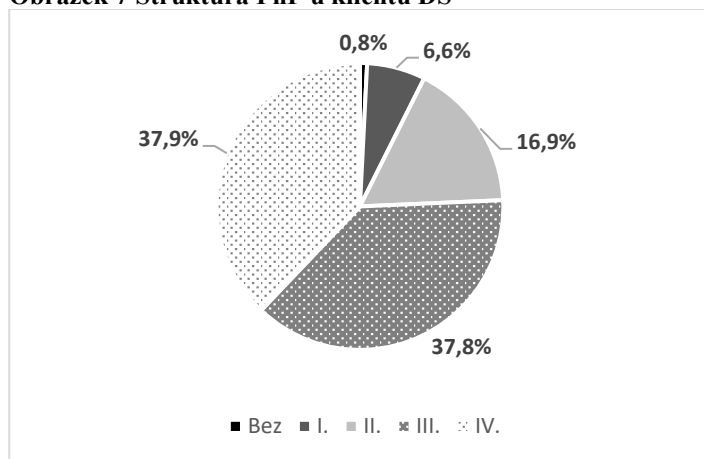
Tabulka 2 Statistika klientů DS

	Počet	Průměrný věk	Medián věk
Muži	11 631	80	81
Ženy	33 840	86	87
Celkem	45 471	84	85

Zdroj: MPSV 2024

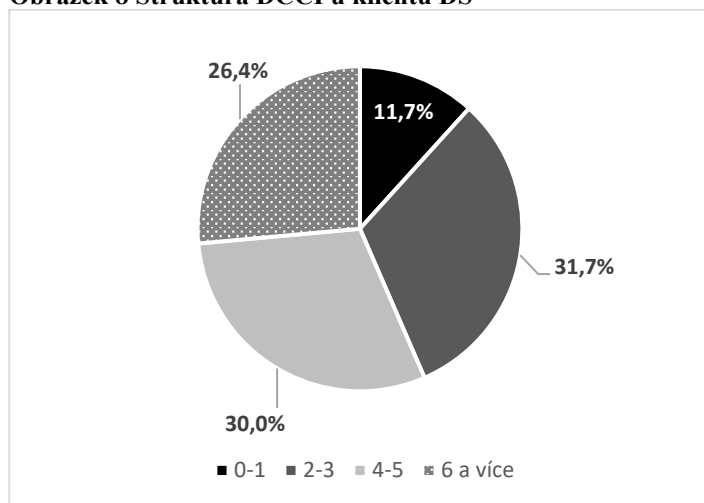
Tento stav je nutné dále sledovat, jelikož sociální služby pro seniory jako takové prochází obrovskou procesní transformací. Zatímco v oblasti péče o zdravotně postižené můžeme pozorovat trend deinstitucionalizace sociálních služeb, v oblasti péče o seniory je tento trend minimalizován především ohromnou poptávkou po pobytových službách, která je způsobena demografickými faktory, stejně jako např. atomizací rodinných vazeb a potlačováním mezigeneračních vztahů (Bruthansová, 2004). Tuto poptávku můžeme kvantifikovat ukazatelem jako počet neuspokojených žádostí, který je uváděn ve statistických ročenkách MPSV. V roce 2022 šlo u domovů pro seniory o 51 548 žádostí a u domovů se zvláštním režimem šlo o 26 381 žádostí. V součtu jde tedy o téměř 78 tisíc žádostí, kterým nebylo v daném období vyhověno.

Obrázek 7 Struktura PnP u klientů DS



Zdroj: MPSV 2024

Obrázek 8 Struktura DCCI u klientů DS



Zdroj: MPSV 2024

Daný ukazatel má však zásadní mezery, a abychom na něj mohli nahlížet jako na spolehlivý parametr pro plánování kapacity pobytových služeb, musel by doznat změn. Tyto změny by nebyly nijak

drastické, stačilo by sledovat počet neuspokojených žádostí v souvislosti s unikátními žadateli. Bylo by tak možné odhadnout reálnou poptávku, která je zásadní pro budoucí plánování kapacit systému dlouhodobé péče o seniory.

III. Návrh legislativních změn v oblasti sociálně-zdravotního pomezí a RIA

Návrh legislativních změn v oblasti dlouhodobé péče by se dal jednoduše popsat jako změna tří dosavadních zákonů – zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách; zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění. Dané změny měly plně reflektovat milník č. 193 v Národním plánu obnovy. Bohužel se tak nestalo. Hlavními změnami návrhů jsou především – vznik nového druhu poskytování zdravotní/ošetrovatelské péče v sociálních či zdravotnických zařízeních; definice personálních a kvalitativních standardů; zrušení kontraktační povinnosti pro pobytové sociální služby a zrušení poskytování sociálních služeb ve zdravotnických zařízeních dle §52.

Je však naprosto zásadní, že daný návrh absentuje jakékoliv řešení situace pro terénní služby dlouhodobé péče, jelikož všechny změny se týkají prakticky pobytových služeb dlouhodobé péče. Navíc bychom dané změny mohli považovat za poměrně jednoduché sloučení dvou již běžících systémů, které přináší pozitiva, ale zásadní invenci postrádají. Velmi důležitá otázka vyvstává ve chvíli, kdy se podíváme na milník č. 193, jak je definován v Národním plánu obnovy. Z šesti zásadních bodů, které měla nová legislativa v oblasti dlouhodobé péče přinést, můžeme považovat za splněné pouze tři.

Návrh totiž určitě míří na integraci zdravotních a sociálních služeb dlouhodobé péče a můžeme také souhlasit s tím, že definuje pravidla pro sledování kvality péče, požadavky na personál (včetně kvalifikace) a vybavení. Stejně tak zajišťuje vysoké standardy kvality pro všechny druhy služeb. Je však neoddiskutovatelné, že návrh jednoznačně selhává v oblasti podpory komunitní a terénní péče zajišťující život v přirozeném prostředí. Ano, můžeme argumentovat, že se s danými problémy snažil pomoci přijatý a již od 1. července platný návrh zákona o sociálních službách, který přinesl významné zvýšení příspěvku na péči. Je však otázkou, zdali jde o dostačující impuls pro rozvoj trhu terénní dlouhodobé péče.

Dalším kontroverzním bodem je zajištění systému adekvátního financování služeb dlouhodobé péče (včetně terénní péče). Zde opět naprosto absentuje jakékoliv řešení pro služby terénní péče kromě zvýšení příspěvku na péči, díky kterému si budou moci teoreticky dovolit nakupovat více formálních služeb. Dostupnost těchto služeb je ovšem dle dat uvedených v této práci suboptimální. Posledním bodem je umožnění přístupu na trh soukromým poskytovatelům. Zde se dá diskutovat o tom, že je bod taktéž z pozice MPSV splněn. Ovšem je otázkou, zdali lze považovat tento bod o umožnění přístupu na trh za relevantní ve chvíli, kdy stále trvá letitý velký střet zájmů, ve kterém se díky financování sociálních služeb skrze neinvestiční transfery nachází kraje jako zřizovatelé a zároveň jako finanční arbitr (Průša 2021).

Ve výsledku se dá konstatovat, že největším nedostatkem návrhu zákona o dlouhodobé péči je vynechání jakýchkoliv řešení týkající se terénních služeb. Je otázkou, proč se legislativci rozhodli tak zásadní segment dlouhodobé péče vynechat. Jisté je, že z hlediska Evropské komise půjde o zásadní problém při uvolňování peněžních prostředků, které byly na milník č. 193 navázány.

Zpráva shrnující hodnocení dopadů regulace z MPSV je dle kolektivu autorů zpracována kompaktně a kvalitně v oblasti datové analýzy problémů. Kromě řady unikátních dat, které zpráva nabízí v oblastech jako jsou počty klientů služeb, jejich věkové složení, komorbiditní index, struktura příjemců PnP apod., je však zpráva spíše slohovým cvičením. Nabízené varianty řešení identifikovaných problémů jsou zpravidla dvě a jedna z nich je nulovou variantou. Druhá varianta je zvolenou variantou v návrzích zákona. Na druhou stranu u vyhodnocení nákladů a přínosů se autoři opět navrací k zajímavým kvantifikacím, které momentálně není možné nijak ověřit, jelikož pochází z interních dat MPSV.

Vzhledem k rozsáhlosti dokumentu (55 stran textu) lze pochopit, že se autoři nepouštěli do přílišných detailů. V některých částech vyhodnocení nákladů a přínosů se však autoři příliš spoléhají na průměrné hodnoty či netransparentní výpočty. Například investiční náklad na výstavbu 1 lůžka v pobytové sociální službě je jistě silně ovlivněn tím, že státní zřizovatelé (kraj, obec) staví s průměrně vyššími náklady než zřizovatelé soukromí (Barák 2022). V posledních letech pak jasně ve výstavbě nových kapacit pobytových služeb dominují soukromí poskytovatelé (Barák 2023). Je tedy výsledný náklad tomuto faktu přizpůsoben? To momentálně nelze ověřit.

Je však nutné dodat, že návrh jako takový poprvé v historii propojuje segmenty zdravotní a sociální péče, což je velmi dobrým prorůstovým signálem pro trh dlouhodobé péče díky stabilnějšímu financování skrze zdravotní pojišťovny. Níže (v tabulce č. 3) jsou shrnuty potenciální pozitivní a negativní dopady dané reformy.

Tabulka 3 Srovnání potenciálních pozitivních a negativních dopadů reformy

Reforma LTC	
Pozitivní dopady	Rozvoj trhu dlouhodobé péče v pobytové formě
	Ukotvení dlouhodobé péče jako legislativně definovaného segmentu
	Zavedení stabilnějšího a spravedlivějšího mechanismu financování pobytových služeb
	Při dostatečném růstu může jít o změny, které povedou k minimalizaci tzv. sociálních hospitalizací
Negativní dopady	Vynechání terénních služeb dlouhodobé péče vysílá negativní signál poskytovatelům i neformálním pečujícím a může působit negativně na rozvoj trhu
	Neplnění cílů vytyčených v Národním plánu obnovy může mít negativní dopad na uvolnění smlouvaných peněžních prostředků
	Nedostatek inovativních přístupů budí dojem nemožnosti pružných změn v daném systému

Zdroj: Vlastní zpracování

IV. Analýza mezinárodních dat z oblasti dlouhodobé péče

Pokud chceme analyzovat situaci z pohledu mezinárodních dat, nabízí se různé možnosti, jak k daným srovnáním přistupovat. Nejeftektivnějším způsobem je srovnání s podobně velkými státy, které mají dostatečně rozvinutý segment dlouhodobých služeb pro seniory. Mezi tyto státy můžeme řadit např. země jako Nizozemsko, Belgie či Dánsko.

Tabulka 4 Mezinárodní srovnání dat z oblasti dlouhodobé péče

	ČR	Nizozemsko	Belgie	Dánsko
Podíl populace 65+ využívající terénní služby (2019)	4,5	19,1	15,7	14,3
Podíl populace 65+ využívající terénní služby v posledních 12 měsících (2019)	5,8	18,0	25,1	13,5
Podíl domácností nevyužívající terénní služby – kvůli nedostatečným financím (2016)	16,1	30,3	24,4	X
Podíl domácností nevyužívající terénní služby – kvůli nedostupnosti služeb (2016)	3,7	8,3	5,8	X
Veřejné výdaje na LTC jako % HDP (2019)	1,5	3,7	2,2	3,5
Veřejné výdaje na terénní služby jako % celkových veřejných výdajů na LTC (2019)	15,4	16,4	26,8	38,0
Počet lůžek dlouhodobé péče na 100 000 obyvatel (2017)	687,5	1 370,7	1 276,6	750,2

Zdroj: EC 2021

Tabulka č. 4 pochází z dat Evropské komise a Social Protection Committee (EC, 2021), přesněji ze společného reportu o dlouhodobé péči z roku 2021. Na základě výše uvedených dat můžeme konstatovat, že trh terénních služeb dlouhodobé péče je v ČR suboptimálně rozvinutý. Zřejmě největším problémem českého systému je velmi malé využití terénních služeb v rámci věkové

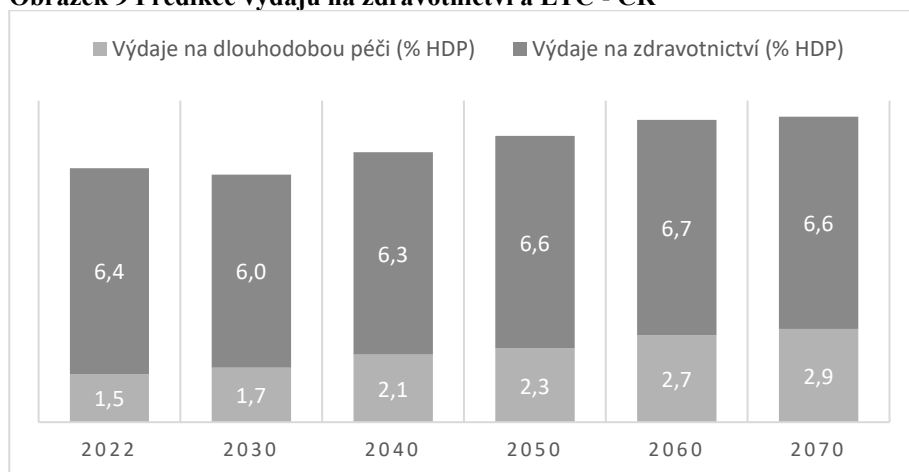
kategorie 65 a více let. Je možné, že určité zkreslení může přinášet metodologie sběru dat a následné zahrnutí či nezahrnutí různých typů služeb. Rozdíl v mezinárodním srovnání ukazuje však tři až čtyřnásobně vyšší využití těchto služeb u sledovaných západních zemí. Takový rozdíl je již signifikantní i při připuštění metodologických nesrovnalostí. Data ovšem pocházejí z roku 2019, tudíž je taktéž nutné brát v potaz určité časové zpoždění. Vzhledem k událostem, které v následujících letech přicházely je však nepravděpodobné očekávat, že se daná využitelnost služeb razantně změnila.

Velmi zajímavě působí v kontrastu mezinárodního srovnání statistika podílu domácností nevyužívajících terénní služby kvůli nedostatečným financím či nedostupnosti služeb. Zde můžeme výsledek ČR hodnotit velmi pozitivně. Je tedy otázkou, z jakých důvodů domácnosti v ČR nevyužívají terénní služby v takové míře, jako v zahraničí. Je možné navrhnout hypotézu, že vzhledem ke komplexitě českého systému dlouhodobé péče, který je stále dělen na sociální a zdravotní část, nemá populace v ČR širší povědomí o možnostech, jak správně terénní péči využívat pro své blízké. Nízká úroveň nevyužití služeb kvůli nedostatečným financím je pravděpodobně způsobena systémem úhrad zdravotní domácí péče skrze mechanismus zdravotních pojišťoven. Pozitivní vliv na nízkou hodnotu daného ukazatele má zajiště také cenové zastropování úhrad klientů v terénní sociální péči.

Co se týká veřejných výdajů na terénní služby jako % celkových veřejných výdajů na LTC, zdálo by se jako velmi zajímavé, že ČR vydává skoro stejný podíl prostředků na terénní služby jako Nizozemsko. Bohužel je nutné se zaměřit na fakt, že finanční základ, ze kterého je daný podíl počítán, je v Nizozemsku více než 2x vyšší v relativním pojetí. Veřejné výdaje na dlouhodobou péči totiž v Nizozemsku dosahují 3,7 % HDP. ČR tedy ze srovnání vychází jako stát s nejmenším proporčním výdajem na dlouhodobou péči (ve vztahu k HDP) a z tohoto nejmenšího sledovaného základu posílá ještě nejmenší podíl veřejných prostředků na terénní služby. V oblasti počtu lůžek dlouhodobé péče na 100 tisíc obyvatel se ČR řadí taktéž k nejhorším ze sledovaných zemí. Nelze tedy tvrdit, že nedostatek kapacit v oblasti terénní péče je sanován nadstandardním počtem lůžek dlouhodobé péče.

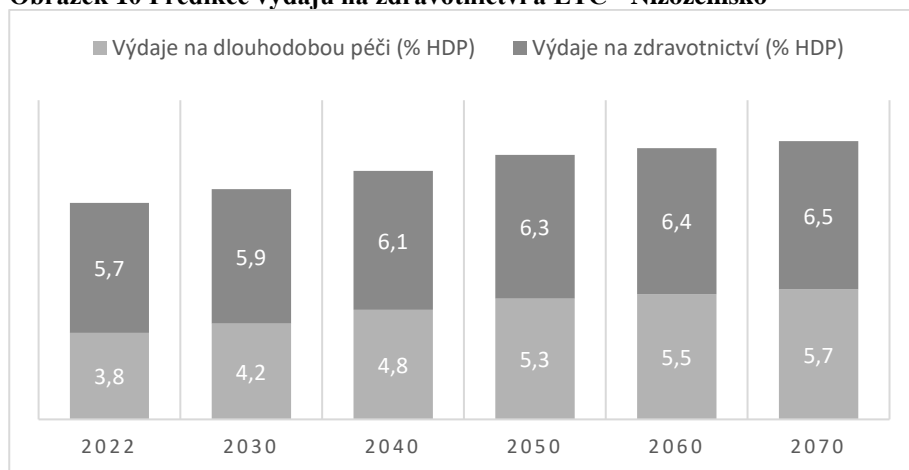
Pokud se na obrázcích č. 9 a 10 podíváme na srovnání predikce výdajů na zdravotnictví a dlouhodobou péči, lze konstatovat, že v ČR můžeme očekávat do roku 2070 až zdvojnásobení veřejných výdajů v oblasti dlouhodobé péče. I tak však budeme na polovině veřejných výdajů jako v Nizozemsku. Pokud by tyto predikce byly doprovázeny komentářem, že momentální strategie ČR je rozvinout tržní prostředí pro soukromé poskytovatele pomocí deregulace a nespoléhat na sanování těchto veřejných zdrojů různými netransparentními praktikami, tak by to mohlo být považováno za relevantní rozhodnutí. Za netransparentní praktiky je v tomto článku označováno např. podmiňování přijetí klienta platbami třetích stran nad rámec cenové regulace.

Obrázek 9 Predikce výdajů na zdravotnictví a LTC - ČR



Zdroj: EC 2024

Obrázek 10 Predikce výdajů na zdravotnictví a LTC - Nizozemsko

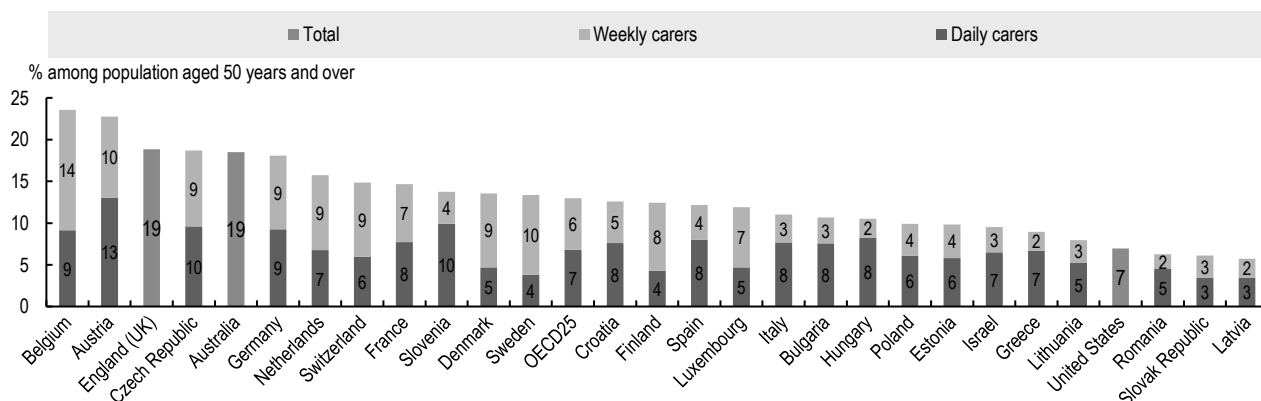


Zdroj: EC 2024

Je však zajímavým faktem, že predikce počítá v budoucnu s podobnými relativními výdaji na zdravotnictví jako v Nizozemsku. Na druhou stranu – v Nizozemsku lze pozorovat dynamický růst výdajů do zdravotnictví, kdežto v ČR můžeme vidět poměrnou stagnaci. Lze tedy předpokládat, že výdaje do zdravotnictví vidí analytici v ČR jako dostatečné a v budoucnu můžeme očekávat především tlak na zefektivňování provozů a procesů. Otázkou zůstává, zdali jsou výše popsané predikce dostatečné pro udržení stávající kvality péče.

Další zajímavou datovou sadu z publikace OECD Health at Glance (2023) představuje obrázek č. 11. Na něm můžeme pozorovat, že ČR vykazuje vyšší podíl denních pečujících než státy jako Belgie, Nizozemsko i Dánsko. Lze předpokládat, že daný rozdíl může být způsoben mnoha faktory, mezi které se mohou řadit – nedostatečné pokrytí segmentu formálními službami, společenský tlak apod. Pro možnost nedostatečného pokrytí kapacit formálními službami hovoří i to, že podíl týdenních pečujících je v ČR menší než podíl denních pečujících. S podporou formálních služeb totiž neformální pečující může svůj čas věnovat taktéž např. práci a jiným činnostem mimo péči o blízkého. To může ve výsledku napomoci ke snížení rizika propuknutí syndromu vyhoření u pečujícího.

Obrázek 11 Podíl neformálních pečujících ve věkové kategorii nad 50 let



Zdroj: převzato z OECD 2023

Z hlediska mezinárodního srovnání dat je tedy možné poukázat na domněnku, že český segment terénních služeb dlouhodobé péče je suboptimální rozvinut a zasloužil by si taktéž jasné legislativní ukotvení, které by vedlo k rozvoji daného segmentu.

V. Závěr

Návrh zákona o dlouhodobé péči, který je v českém pojetí řešen novelizací tří již existujících zákonů, lze označit za cestu správným směrem. Tato cesta se však jeví jako méně ambiciózní, než by bylo momentálně potřeba. Především opomenutí či přímo vynechání prvku integrace terénních služeb dlouhodobé péče je identifikováno jako zásadní nedostatek, který se bude těžko vysvětlovat zástupcům Evropské komise, stejně jako důležitým stakeholderům. Ti dnes v praxi musí často překonávat byrokratické a systémové obtíže při snaze o zavedení integrovaného přístupu v oblasti terénní dlouhodobé péče.

Za kolektiv autorů jsou navržena následující východiska pro budoucí novelizaci systému dlouhodobé péče:

- bonifikace poskytovatelů domácí péče od zdravotních pojišťoven při souběhu poskytování zdravotní a sociální terénní péče v území;
- spolupráce krajů a zdravotních pojišťoven při bonifikaci poskytovatelů sociální péče v reciproční situaci;
- sbližování úkonů zdravotnických a pracovníků v sociálních službách při zajišťování terénních služeb;
- jednodušší byrokratické podmínky pro registraci sociální terénní služby pro fungující poskytovatele terénních zdravotních služeb a naopak.

Dané návrhy nejsou nijak zásadně náročné na realizaci a mohly by zásadně pomoci v podpoře rozvoje služeb terénní dlouhodobé péče, které je dle výše uvedených statistik v českém prostředí suboptimální dostupná a neintegrována.

Hypotéza, že legislativní návrh v oblasti dlouhodobé péče je dostačující, je prokazatelně vyvrácena už jen díky nesplnění minimálně dvou ze šesti cílů milníku č. 193 Národního plánu obnovy. Další evidence, kterou poskytujeme díky datovým sadám, je pouze komplementárním potvrzením onoho neutěšeného stavu v oblasti dlouhodobé péče v ČR. V rámci poměrně jednoduchého mezinárodního srovnání se západními státy je nutné konstatovat, že český segment dlouhodobé péče je nedostatečně rozvinutý.

Tato situace má za následek zbytečně vysokou zátěž neformálních pečujících, kteří nemají přístup k dostatečné podpoře ze strany formálních služeb. Ve výsledku poté můžeme pozorovat velký podíl pečujících na denní bázi, kteří by teoreticky s větší podporou formálních služeb mohli participovat na trhu práce (alespoň na částečné úvazky) a mírnit tak negativní makroekonomické dopady na úrovni fiskální politiky v rámci odvodů státního rozpočtu.

Potenciální pozitivní i negativní dopady reformy jsou v rámci práce definovány v tabulce č. 4 a je nutné vyzdvihnout mnohé pozitivní dopady, které daná reforma přináší. Je otázkou, jak se reforma projeví v oblasti fenoménu tzv. sociálních hospitalizací. V případě prudkého rozvoje trhu je možné, že daná reforma bude mít velmi pozitivní dopady a sociální hospitalizace budou minimalizovány. Je však také možné, že změny představené v reformě nebudou v rámci hlubokých problémů, kterými sociální hospitalizace jsou, dostatečné a bude třeba upravit segment dlouhodobé péče stejně jako systém financování zdravotních služeb.

Financování

Výzkum podpořen grantem VŠE IG504024 (55/2024): The impact of long-term care reform in the Czech Republic on social and health services for the elderly in 2024-2025.

Literatura

Barák, V., Krebs, V. & Přecechtěl, Š. Does the Conflict of Interest Affect the Allocation of Non-Investment Transfers in the Area of Residential Social Services? In: BLAŠTÍKOVÁ, Marta;

- BOUCHAL, Tomáš; FABÍKOVÁ, Lenka (ed.). *Proceedings of the International Scientific Conference Economic Policy*. Ostrava: Vysoká škola PRIGO, 2023, 11-20. ISBN 978-80-87291-34-4. Dostupné z: https://www.narodacek.cz/wp-content/uploads/2023/11/02_Barak_Precechtel.pdf
- Barák, V., Krebs, V. & Precechtěl, Š. Is the deinstitutionalisation of social services for the elderly a feasible concept? In: NÁLEPOVÁ, Veronika; BLAŠTIKOVÁ, Marta (ed.). *Proceedings of the International Scientific Conference Economic Policy: Post-Pandemic Challenges and Opportunities of the Czech and European Policy*. Ostrava: Vysoká škola PRIGO, 2022, 1-12. ISBN 978-80-87291-32-0. Dostupné z: https://www.narodacek.cz/wp-content/uploads/2022/12/01_Barak.pdf
- Bruthansová, D. & Červenková, A. (2004). *Zdravotně sociální služby v kontextu nového územního uspořádání*. VÚPSV.
- ČSÚ (2023). *Projekce obyvatelstva České republiky - 2023–2100*. Dostupné z <https://csu.gov.cz/produkty/projekce-obyvatelstva-ceske-republiky-2023-2100> (17.6.2024).
- Deyo, R. A., Cherkin, D. C. & Ciol, M. A. (1992). Adapting a clinical comorbidity index for use with ICD-9-CM administrative databases. *Journal of Clinical Epidemiology*, 45, 613–619. [https://doi.org/10.1016/0895-4356\(92\)90133-8](https://doi.org/10.1016/0895-4356(92)90133-8)
- EC (2024). *Ageing Report*. ISBN 978-92-68-13780-2. <https://doi.org/10.2765/022983>
- EC (2021). *Long-term care report: trends, challenges and opportunities in an ageing society. Volume I*. Dostupné z: <https://data.europa.eu/doi/10.2767/677726>
- Horecký, J., Potůček, M., Cabrnach, M. & Kalvach, Z. (2021). *Reforma dlouhodobé péče pro Českou republiku: jak vyřešit problémy sociálnězdravotních služeb v ČR a jak nastavit udržitelný systém dlouhodobé péče*. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR, 2021. ISBN 978-80-88361-14-5.
- Charlson, M. E., Pompei, P., Ales, K. L. & MacKenzie, C. R. (1987). A new method of classifying prognostic comorbidity in longitudinal studies: development and validation. *J Chronic Dis*, 40, 373–383.
- Melfi, C., Holleman, E., Arthur, D. & Katz, B. (1995). Selecting a patient characteristics index for the prediction of medical outcomes using administrative claims data. *J Clin Epidemiol*, 48, 917–926.
- MPSV (2023). *Statistické ročenky z oblasti práce a sociálních věcí 2007–2022*. Dostupné z <https://www.mpsv.cz/statisticka-rocenka-z-oblasti-prace-a-socialnich-veci> (17.6.2024).
- MPSV (2024). *Závěrečná zpráva z hodnocení dopadů regulace podle obecných zásad*. Dostupné z <https://odok.cz/portal/veklep/material/KORNCYQLUKLX/KORND52KJNLH> (17.6.2024).
- OECD (2023). *Health at a Glance 2023: OECD Indicators*. <https://doi.org/10.1787/7a7afb35-en>
- Průša, L. (2021). *Dlouhodobá péče nejen v České republice*. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR, 2021. ISBN 978-80-88361-09-1.
- ÚZIS (2021). *Stručný přehled činnosti oboru domácí zdravotní péče za období 2007–2020*. Dostupné z <https://www.uzis.cz/index.php?pg=record&id=8403> (17.6.2024).
- Vostatek, J. et al. (2013). *Financování a nákladovost sociálních služeb: pobytové a terénní služby sociální péče*. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR, 2013. ISBN 9788090466876.
- Zigante, V. (2018). *Informal care in Europe. Exploring formalisation, availability and quality*. 4-38.