

Je skvělé, že žijeme déle než naši předchůdci, ale abychom si to mohli opravdu užívat, je nejvyšší čas začít s potřebnými úpravami našeho zdravotní-



ho a sociálního systému. Po léta se sice strašíme mantrou finančního zhroutilí zdravotnictví vlivem stárnutí populace, technologického rozvoje a rostoucích přání občanů, ale zatím se nic neděje. Nic se nehrotí, ale také se nic nereformuje. Zřejmě také proto, že na tyto důvody doopravdy nevěříme.

Technologický rozvoj sice přináší stále rafinovanější a dražší mašinky a účinnější léky, ale současně vede k tomu, že stále menší část populace stačí na zajištění růstu společenského bohatství. Větším problémem než nedostatek příčinnivých rukou je a bude zaměstnat ty nepotřebné. Tvrzení, že stále menší počet mladochů bude muset živit rostoucí počet starců, je tedy pravdou, ale není v něm žádná hrozba, oni to snadno dokážou. Problém není v riziku absolutního nedostatku peněz, ten opravdu nehrozí, ale v tom, jak to zařídit, abychom jich měli právě tolik, kolik je potřeba, a jak za ně získat co nejvíce muziky.

Náš zdravotní a sociální systém invalidizují tři chronické neudhy – peníze do nich tečou v závislosti na prosperitě společnosti, nikoli ve vazbě na skutečnou potřebu; v místech jejich vzájemného kontaktu to namísto hladkého prolínání řádně skřípe a státní správa podává nanicovitý výkon vyplývající z jejího schizofrenního postavení ve střetu zájmů. Stát by měl nastavovat pravidla, dohlížet a vymáhat jejich dodržování, nikoli současně běhat po hřišti za míčem a dávat góly. Příčiny našich obtíží se dají nejen snadno diagnostikovat, ale i účinně odstranit, jenom samotný pacient se do léčení zatím nehrne. Ponechme pro tentokrát stranou změny, které je potřeba udělat ve financování zdravotnictví a k osvobození státu od frustrujícího konfliktu zájmů, a věnujme se rozhraní zdravotní a sociální péče. Každý z nás bude jednou potřebovat zabezpečit péči pro své blízké a v současném systému má velkou naději si při tom zahrát v různé výpravné variaci na námět pohádky o kochoutkovi a slepičce.

Rozdíly v nárokovosti obou typů péče a v jejich financování plodí nepřehlednost, nepředvídatelnost, pracnost, byrokracii a věčné resortní spory. Pokoušet se přesně určit, kde ve zdravotnickém zařízení končí zdravotní péče a začíná sociální a naopak, je pokusem o kvadraturu kruhu, protože oboje tvoří těsně provázané kontinuum. Logickým řešením vycházejícím z evropské tradice je začít platit obě služby z jednoho měšce, z veřejného zdravotně-sociálního pojištění.

Jak se staráme o seniory?



Monika Válková

úhel pohledu



Petr Wija

volné fórum



Iva Holmerová

Jan Lorman



Marie Macková

Václav Šmatlák



Miroslav Černý

Zdravotní péče o seniory a právo

Sociální služby, které se svým charakterem principiálně od zdravotních neliší, se dají pospat, opatřit kalkulačním listem, zařadit do Sazebníku vý-

konů a starost o jejich financování lze přesunout na bedra zdravotních pojišťoven. I když můžeme mít proti současné činnosti zdravotních pojišťoven ledasjaké výhrady, jsem si jist, že jsou schopny zajistit distribuci prostředků v sociálních službách podstatně transparentněji a efektivněji, než se tomu děje dosud. Na příjmové straně zdravotně-sociálního pojištění se nabízí jednoduché řešení – prostředky veřejných rozpočtů určené na financování sociálních služeb mohou vstoupit do fondu

přerozdělení obdobně jako platba státu za „státní pojištěnce“, a v jeho rámci být rozděleny mezi pojišťovny v závislosti na věkové struktuře jejich pojištěnců. Sjednocení pravidel hry ve zdravotních a sociálních službách výrazně usnadní život občanům, poskytovatelům, ale i státní správě. Proto si přeješ si, aby plané škádlení kolem poplatků co nejdříve vystřídalo poctivé snažení o změny, které nám všem usnadní život.

Příjemné počtení přeje MUDr. Pavel Vepřek

úhel pohledu ➤

Mgr. Monika Válková, Bc.
poradkyně ministra a koordinátorka
pro dlouhodobou péči, MPSV

**Válková Monika, Holmerová Iva,
Korejsová Marie**

Dlouhodobá péče, současnost a pohled do budoucnosti

Stárnutí populace je fenoménem, který charakterizuje současný demografický vývoj ve všech vyspělých ekonomikách, včetně České republiky. Stárne-me v důsledku prodlužování lidského života, přesto se na fenomén stárnutí díváme s obavami a máme tendenci propadat panice, v tomto případě panice demografické. Poukazujeme na neudržitelnost důchodových a dalších systémů včetně zdravotního a sociální péče. To je však jen jeden z úhlů pohledu, druhým úhlem pohledu je přehlížení tohoto fenoménu i potřeby se jím zabývat na úrovni veřejné politiky a organizace služeb. Stárnutí populace

bude probíhat jak u nás, tak v Evropě, a to velmi rychlým tempem. Stárnutí se bude týkat nejen populace jako takové, ale zejména populace seniorů, kdy bude narůstat skupina tzv. velmi starých (old old), tedy lidí 80letých a starších, kteří mají své



Monika Válková

specifické potřeby. Nárůst bude znamenat do roku 2040 v zemích EU 15 (Evropské patnáctky) ze současných 4,4 % na 9,4 %, tedy o 5 %. V nově přistoupivších zemích se bude jednat o nárůst ze současných 2,8 % v průměru na 8,4 % v roce 2040, což je nárůst o 5,6 %. Česká republika bude patřit mezi země s nejrychleji stárnoucí populací. Predikovaný nárůst populace je znázorněn na grafu č. 1: Percentuální nárůst obyvatelstva seniorského věku v horizontu r. 2002–2065.

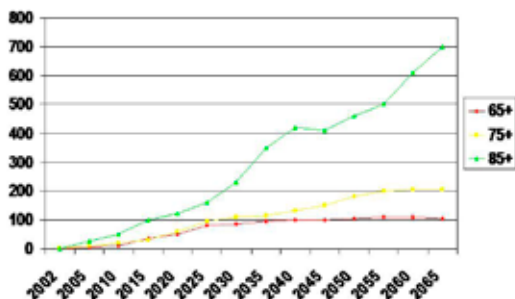
Současnost v poskytování dlouhodobé péče zdravotně sociální

Geriatric a dlouhodobá péče jako lékařský obor byla v nedávné minulosti dosti zanedbávána a stála až na okrajích spektra poskytované péče. Vždy bylo konstatováno, že se jedná o velký problém, který je nutné řešit, avšak v praxi žádný významný pozitivní posun v této oblasti nenastal.

Očekávané procento seniorů ve vybraných věkových skupinách 2003–2065 v

porovnání s rokem 2002

Boris Burcin, Tomáš Kučera, Katedra demografie a geodemografie PIF UK Praha, 2003



Impuls v rozvoji geriatry a dlouhodobé péče nastal v roce 2008 s nástupem ministryně zdravotnictví Daniely Filipiové, která jednala v tomto ohledu s odbornými společnostmi, avšak neměla na řešení této problematiky mnoho času. V současné době (2009) deklarovalo podporu výše uvedené problematiky jak ministerstvo zdravotnictví, tak ministerstvo práce a sociálních věcí, konkrétně paní ministryně Dana Jurásková, která považuje problematiku geriatry a dlouhodobé péče za jednu z priorit. Ministr práce a sociálních věcí Petr Šimerka podporuje činnost meziresortního expertního panelu pro dlouhodobou péči, který ustanovil za účelem koncepčního jednotného řešení této problematiky jeho předchůdce ministr Petr Nečas. Členové expertního panelu jsou odborníci z nevládních neziskových organizací, zástupci Všeobecné zdravotní pojišťovny, poslanci a senátoři Parlamentu České republiky a zástupci obou ministerstev (MZ, MPSV).

Hlavní cíle Expertního panelu pro problematiku zdravotně sociální péče:

- Zpracovat koncepci rozvoje systému zdravotních a sociálních služeb v modelu dlouhodobé péče – „long-term care“
- Zpracovat důvodovou zprávu ke změně legislativy, která bude reflektovat zvýšenou provázanost zdravotní a sociální péče
- Navrhnout nový vícezdrojový způsob financování modelu dlouhodobé péče – „long-term care“ v sociálních a zdravotních službách tak, aby byl systém nejen výkonný, se vzájemně na sebe navazujícími službami všech typů, ale zároveň efektivní v cíleném a adresném vynakládání finančních prostředků.

Proč řešit současnou situaci? Jaké jsou hlavní problémy v současné praxi poskytování zdravotně sociálních služeb?

- Nerovnováha v rozsahu a struktuře poskytování zdravotně sociálních služeb v jednotlivých krajích i okresech
- Současná „sít služeb“ nenaplnuje dostatečně principy dostupnosti, spravedlivého přístupu, práva na zdraví
- Není dostatečný rozvoj terénních a ambulantních sociálně zdravotních služeb
- Rozsah a síť služeb není dostatečně flexibilní a nepřipravuje se na progresivní nárůst počtu obyvatelstva ve věku 65+ tak, aby byly naplňovány závěry a doporučení Evropské unie pro tuto oblast

- Nereflektuje dostatečně současný trend péče v geriatry a gerontologii
- Současný způsob odděleného financování sociální a zdravotní péče je v případech realizace dlouhodobé péče typu „long-term care“ neefektivní a časově neprovázaný; naprosto chybí třetí zdroj financování – klient
- Chybí legislativní zakotvení tohoto typu péče, včetně prováděcích předpisů – nutnost novelizace stávajících legislativních předpisů pro tuto oblast

Jaké jsou základní strategické úkoly v oblasti dlouhodobé péče v Evropské unii?

Tuto otázku si klade konzultační materiál Švédského předsednictví EU, podle kterého se jedná o následující problémy:

- překlenutí segmentace a překážek mezi službami zdravotní a sociální péče
- jak je možné lépe chránit důstojnost a péči co nejvíce individualizovat
- do jaké míry je volba klientů zohledňována v politických rozhodnutích
- zda je věnována dostatečná pozornost Alzheimerově chorobě a jiným onemocněním způsobujícím demenci, zda jsou těmito lidem poskytovány adekvátní služby
- jak je možné udržet ve službách dlouhodobé péče dostatek kvalifikovaných pracovníků
- jak je možné zlepšit kvalitu služeb
- zda existuje dostatek zkušeností se sledováním účinnosti jednotlivých opatření, a to zejména s ohledem na budoucí vývoj.

Tento materiál dále specifikuje jednotlivé klíčové parametry, které jsou důležité pro dosažení dostatečného spektra služeb a jejich integrace v oblasti dlouhodobé péče, a to na základě zkušeností jednotlivých zemí, regionů i poskytovatelů.

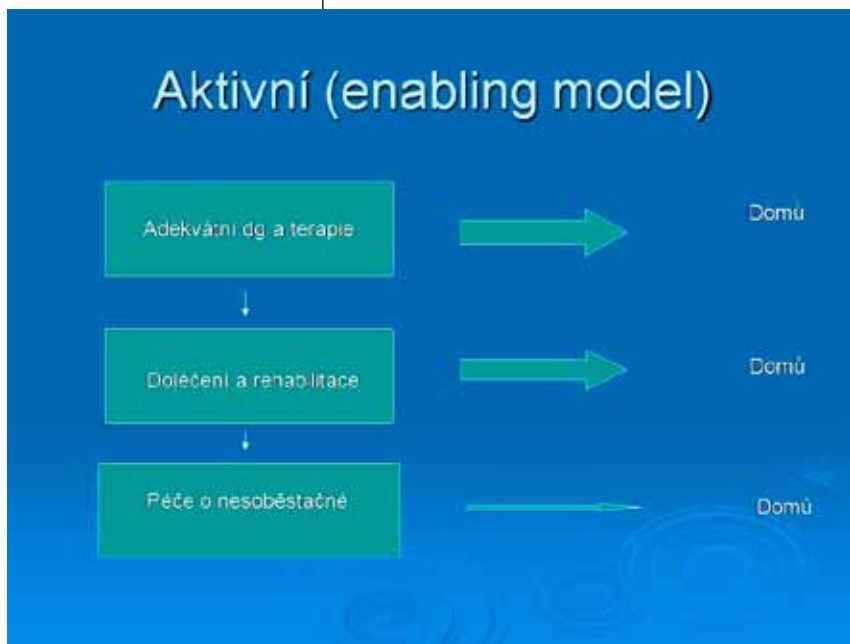
- Je zapotřebí zlepšit porozumění tomu, co je cílem a jaký je optimální způsob poskytování dlouhodobé péče, tedy že se jedná o rozmanité spektrum služeb, které jsou funkčně integrovány tak, aby odpovídaly potřebám lidí.
- Porozumět tomu, co je míněno pod pojmem „client orientation“ či „person centered care“, péče zaměřená na člověka. Důležitou skutečností je fakt, že se nejedná o prázdný pojem či o frázi nebo klišé. Je to skutečně zásadně jiný, pozitivní přístup k člověku, který se snaží organizovat a poskytovat služby tak, aby maximálně respektovaly potřeby klientů, kterým jsou poskytovány. Jedná se o zcela zásadní změnu

orientace ve službách, které tradičně byly (či ještě jsou) zaměřeny na svůj výkon a procesy.

- Proces integrace vyžaduje zdroje, a to jak finanční, tak časové, které do něj musí být vloženy, protože tento proces zahrnuje také vzájemnou komunikaci mezi jednotlivými profesemi i poskytovateli, vzájemné učení, společné přístupy, dohody a podobně. Teprve poté může zdroj přinášet (ve smyslu lepších a efektivnějších služeb).
- Je třeba vytvořit nové profese pro tyto nové vznikající služby a úkoly, jedná se zejména o case managery, domácí asistenty, manažery služeb a o další „víceúčelové“ profese v těchto službách, které budou schopny kombinovat jak sociální, tak zdravotní aspekty dlouhodobé péče
- Zainteresovat také rodinné příslušníky a ostatní významné stakeholdery a přesvědčit je, že východiskem adekvátního poskytování dlouhodobé péče je adekvátní multidisciplinární posouzení potřeb a naplňování individuálního plánu služeb a péče.
- Podpora autonomie a funkčního stavu zejména starších lidí, ale i jiných klientů dlouhodobé péče tak, aby byla co nejvíce podporována a posilována jejich důstojnost a sebedůvěra
- Dostatek informací o službách a dostatečná komunikace poskytovatelů a uživatelů služeb. Služby musejí být srozumitelné jak uživatelům, tak všem poskytovatelům, je třeba, aby jejich poskytování bylo výsledkem vzájemného konsensu.
- Na úrovni systémů je třeba zdůraznit dostatečnou společenskou diskusi a vytvoření systému dlouhodobé péče tak, aby byl i finančně udržitelný.

Dlouhodobá péče vychází ze společných principů zdravotně sociální péče

- integrace – poskytovat komplexní a koordinované služby
 - deinstitucionalizace – začleňování – poskytování služeb doma a v komunitě + humanizace ústavních zařízení – transformace s ohledem na naplňování lidských práv a důstojnosti
 - individualizace – princip spravedlnosti „podle potřeb“, řešit situace – nekategorizovat osoby a služby – individuální přístup
 - prevence – služby předcházení sociálnímu vyloučení osob, chrání společnost před nežádoucími sociálními jevy a jsou prevencí vzniku nemoci
 - vyrovnávání příležitostí osobám sociálně a zdravotně znevýhodněným
- Společné principy zdravotně sociální péče může naplnit pouze aktivní model péče o populaci 65+, který vychází z dlouholeté zkušenosti zdravotně sociální péče ze zahraničí (Švédsko, Anglie), ale zároveň i z dlouholetých poznatků dnes již moderní vědy, geriatric, gerontologie a sociálního lékařství.



Obrázek č. 1 znázorňuje žádoucí poskytování dlouhodobé péče o populaci 65+.

Aktivní (enabling) model péče představuje ideální přístup k diagnostice, terapii a rehabilitaci seniorů s propojením dalších zdravotně sociálních služeb v přirozeném sociálním prostředí seniora.

Prezentuje adekvátní stanovení diagnózy a terapie u seniora, který může již po 7 dnech odcházet do domácího ošetřování s možností využít terénních zdravotně sociálních služeb. Nebo senior může pokračovat ve svém léčení na geriatrickém nebo rehabilitačním lůžku (maximálně 3 měsíce). Po stabilizaci zdravotního stavu senior odchází buď do domácího ošetřování (vlastní sociální prostředí) s možností využít terénních zdravotně sociálních služeb, nebo může být hospitalizován na lůžku dlouhodobé péče typu „long-term care“.

Dlouhodobá péče o seniory s uplatněním aktivního modelu má charakter:

- Ústavní péče
- Semimurální péče, což je druh zdravotně sociální péče, která je seniorovi poskytována v kombinované formě prostřednictvím komunitních center, kdy klient může zůstat ve svém přirozeném prostředí –
- Domácí péče prostřednictvím terénních zdravotně sociálních služeb (komunitní centra)

Jaké jsou důvody pro změnu v systému zdravotně sociální péče v České republice?

- Deficit současné péče o populaci 65+ (bude v příštích 10 letech výrazně stoupat) v kontextu doporučení EU a s ohledem na současný stav a úroveň nabídky a poptávky po tomto druhu péče
- Nárůst výdajů % HDP na dlouhodobou péči související s nárůstem populace 65+
- Důchodového věku a stárí se obává přes 60 % lidí. Důvodem obav je zejména lokální a regionální nedostupnost, nedostatečná struktura a špatná kvalita služeb pro seniory
- Dostupnost domovů a služeb pro seniory hodnotí dobře jen 30 % Čechů
- V České republice je 2,20 % míst v domovech pro seniory. Tento typ pobytových služeb je velice nákladný pro stát (jsou zahrnuty i domovy pro zdravotně postižené)

- Domovy pro seniory často suplují zdravotní péči a naopak ve zdravotnických lůžkových zařízeních tzv. následné péče (LDN a ošetř. lůžka) jsou dlouhodobě umisťováni klienti ze sociálních, nikoliv zdravotních důvodů – současný systém umisťování na tyto typy lůžek je nefunkční a nepružný, lehce zneužitelný
- Jsou poddimenzovány ostatní potřebné zdravotně sociální služby, které by měly být nabízeny seniorům v jejich domácím prostředí
- Hospicovou lůžkovou a domácí péči nelze suplovat péčí v léčebnách dlouhodobé péče či na ošetřovatelských lůžkách
- Neexistuje potřebná síť zastřešující a koordinující nabídku a poptávku po těchto službách v daném regionu (kraj, okres) – nutnost vybudování tzv. komunitních center (např. při krajských nebo městských úřadech), která by byla schopna mapovat zdravotně sociální požadavky lidí v regionu a současně zajišťovat a koordinovat potřebnou a odpovídající zdravotně sociální péči o jednotlivé klienty

Pro ilustraci situace v České republice uvádíme celkovou analýzu vybraných zdravotně sociálních služeb za rok 2008 (zdroj MPSV, VZP, ČSÚ):

Vysvětlení:

Sloupec č. 1 udává index dostupnosti v procentech lůžek následné péče a ošetřovatelských lůžek na populaci 65+

Sloupec č. 2 udává celkový počet ošetřovatelských lůžek a lůžek následné péče

Sloupec č. 3 udává index dostupnosti v procentech domácí zdravotní péče na populaci 65+

Sloupec č. 4 udává index dostupnosti v procentech domovů pro seniory na populaci 65+

Sloupec č. 5 udává celkový počet lůžek v domovech pro seniory

Sloupec č. 6 udává index dostupnosti pečovatelské služby pro populaci 65+

Tabulka č. 1

Česká republika Počet populace 65+	Lůžka následné péče	Počet lůžek OÚL a LDN	Zdrav. domácí péče dostup- nost	Domovy pro seniory dostupnost	Počet lůžek v DD	Pečovatel. služba do- stupnost
čísla sloupců	1)	2)	3)	4)	5	6)
1 556 152	0,92%	14 331	2,41%	2,20%	35 212	10,50%

Tabulka č. 2: Doporučení dostupnosti zdravotně sociální péče dle Evropské unie

typ péče	potřebný index dostupnosti (pro populaci 65+)
nemocniční lůžková následná péče (LDN, oš. lůžka)	0,5 %
dlouhodobá lůžková péče	0,6 %
domácí zdravotní i sociální péče	7,6 %
péče v domovech pro seniory	3,4 %
sociální potřebnost (všechny varianty péče) – předpoklad	16–20 %

16 % obyvatel 65+ potřebuje nějaký typ zdravotní nebo sociální péče (nejčastěji kombinace obojího) – tzv. sociální potřebnost

V závěru doporučujeme tyto základní principy, které by měly být respektovány pro další rozvoj služeb pro seniory:

1. Respektování důstojnosti a autonomie musí být základem postojů k seniorům.

2. Vzdělání profesionálů poskytujících péči seniorům, ale také úředníků státní správy a samospráv jsou stejně důležité jako vzdělání (informovanost) seniorů samých (vzdělávání o stáří), a to na všech úrovních vzdělávacího systému.

3. Při zajišťování služeb pro seniory je třeba respektovat princip subsidiarity, komunitního principu zajištění služeb. Základním principem pro poskytování služeb seniorům je snaha o zajištění služeb pokud možno v domácím prostředí, blízko místu, kde staří lidé žijí či žili, a služby je třeba přizpůsobit potřebám seniorům.

4. Dlouhodobá péče musí respektovat výše zmíněné principy. Dále je důležité zajistit dostatečné kapacity služeb poskytovaných v domácím prostředí lidem s potřebou dlouhodobé péče a také komunitní zařízení pro denní péči i péči pobytovou (stacionáře, domovy všech typů atd.).

5. Kontinuita služeb je nezbytnou důležitou zásadou zajištění služeb pro seniory. V péči o seniory je třeba akcentovat aktivní přístup, podporu zdraví a prevenci. Je třeba zlepšit služby pro seniory v rezidenčních zařízeních, a to zejména implementací ošetrovatelského procesu a kvalifikovaných zdravotnických služeb tam, kde je to zapotřebí.

6. Společnost by – měla využít možností a nabídky moderní geriatry a geriatricky modifikované medicíny: aktivní a rehabilitativní péče akutních geriatrických nemocničních oddělení, denních nemocnic a také celého spektra dalších

geriatrických služeb. Důležité strategické dokumenty k péči o seniory musejí být konzultovány s odbornou společností. Je zapotřebí připravit a aktualizovat novou strategii služeb pro seniory a zajištění kvality tak, aby tyto dokumenty napomohly rozvoji služeb pro seniory.

7. Za nezbytné je třeba považovat vytvoření celorepublikové strategie geriatrické péče, komunitních gerontologických služeb a péče pro lidi s demencí.

8. Přestože došlo k některým zlepšením v postavení rodinných příslušníků pečujících o staré členy rodiny, zůstává stále mnoho neřešených problémů. Systém podpory rodinných pečujících příslušníků je třeba dále rozvíjet tak, aby tento cenný zdroj péče o seniory umožnil poskytovat péči v domácím prostředí co nejdéle a za dopomoci služeb sociálních i zdravotních podle aktuálního stavu klienta, s možností překlady do lůžkového zařízení potřebného typu.

Mgr. Petr Wija , Ph.D.

tajemník, Rada vlády pro seniory a stárnutí populace, odborník, Oddělení politiky sociálního začleňování, MPSV

Východiska politiky zdravého stárnutí a dlouhodobé péče

Motto „seniorské“ politiky:

„Neaktivita a izolace vedou ke zrychlení fyzického a duševního úpadku a vytvářejí negativní spirálu předčasného zhoršení zdravotního stavu a závislosti, kterému lze předejít a zabránit.“¹

¹ Report of the House of Lords Select Committee on Science and Technology on Ageing, 2005. <http://www.communities.gov.uk/publications/corporate/surestart>

V podstatě vedle sebe existují, do značné míry paralelně a nezávisle na sobě, dva přístupy ke stárnutí populace. Jeden fiskální, snažící se o projekci a kvantifikaci nákladů stárnutí populace. Druhý spíše kvalitativní, snažící se o novou reflexi stárnutí (dlouhověkosti) společnosti a zlepšení kvality života seniorů a obecně stárnoucí společnosti. V těchto dvou přístupech se přitom často odrážejí hlubší rozdíly hodnotové, politické i profesní. V současnosti převládá konsensus, že stárnutí populace vyžaduje holistický přístup. Jinými slovy, stárnutí není otázkou jednoho či dvou sektorů a izolovaných opatření (důchodového či zdravotnického systému), nebo jedné části společnosti (např. seniorů), ale naopak problematika průřezová a „mainstreamová“. Zdůrazňuje se přitom přínos vzájemně provázaných politik, vycházejících z celoživotního a multigeneračního přístupu, který chápe člověka v kontextu jeho životních fází a lidských vztahů. Toto pojetí reflektuje například výzkumný projekt s názvem „Proměna sociálního obsahu kategorie generace seniorů – příspěvek k sociologii seniorů, životních fází a generace“². Tento výzkum vychází mimo jiné z teze, že stárnutí společnosti neznamena pouze nárůst podílu seniorů ve společnosti, ale také postupnou proměnu kvality společnosti a že tyto proměny budou probíhat buď zivelně, nevědomě a neplánovaně anebo reflektovaně a plánovaně. K těmto druhým se snaží projekt přispět.

Země, které v reakci na stárnutí populace přijaly pozitivní strategie, zdůrazňují význam aktivního stárnutí jako hlavního pilíře „seniorské politiky“ a konceptu, který v sobě spojuje jak ekonomický, tak lidský (etický) argument. Je zřejmé, že neaktivita a izolace vedou ke zhoršení zdraví, závislosti a že jsou smrtící. Pro zdraví seniorů je to zřejmě významnější sociální determinanta než citelný pokles příjmů spojený s penzionováním. Naznačuje to i věkově specifická sebevražednost, která významně narůstá od věku 70 let a výše.

Z hlediska pojetí „public health“ je cílem zdravého stárnutí oddálení disability, křehkosti a stavů, které jsou spojeny s rizikem snížení nebo ztráty soběstačnosti a nezávislosti, tedy prodloužení zdravého života v souladu s cíli a hodnotami jedince, s jeho způsobem života v jeho přirozeném prostředí. Koncept úspěšného stárnutí a komprese morbidity (Fries) znamená v pohledu „public health“, že zdraví či délka života ve zdravě-
² Projekt 2D06021 (řešitel doc. PhDr. Sak Petr, CSc.). Více viz. <http://www.insoma.cz/>

ví (HALE) se zlepšuje a zvyšuje rychleji než celková naděje dožití (LE). Cílem je tedy přidat zdraví létům. Zdravé stárnutí má vedle samotného zdravotního dopadu neoddělitelný aspekt ekonomický, vyjádřený např. lepší schopností déle pracovat, oddálením nástupu či délky nemoci, disability a kontaktu se zdravotnickými a sociálními službami.



Petr Wija

WHO (2002) vymezila zdravé stárnutí jako „proces optimalizace příležitostí pro zdraví, participaci a bezpečí s cílem zvýšení kvality života v průběhu stárnutí.“ To by mělo být cílem zdravotní politiky, zdravotních služeb a individuálního usilování. Důležité je zdůraznit, že se jedná nejen o oblast či prioritu (zdravotní) politiky, ale také osobní iniciativy, hodnot a vůle, které tvoří spjité nádoby.

Máme-li hovořit o zdravotních službách, dlouhodobé péči a nákladech na zdravotní a sociální služby pro seniory, je nezbytné vidět je v kontextu strategie podpory zdravého stárnutí. Jaké by měla mít taková ucelená strategie prvky? V kontextu ČR lze za prioritní považovat tyto pilíře:

- 1) prostředí a design (age-friendliness),
- 2) bydlení pro stárnoucí populaci (univerzální, nesegregované, adaptovatelné pro všechny životní fáze a situace jako je nemoc, mateřství, stáří, disability – koncept „life-time homes“³),
- 3) celoživotní učení, volný čas a sociální inkluze,
- 4) komunitní dlouhodobá péče (včetně širokého pojetí bydlení ve vztahu k prostředí a vztahům ke komunitě),
- 5) sociálně právní ochrana křehkých seniorů („adult protection services“, ochrana důstoj-

³ Viz Lifetime Homes, Lifetime Neighbourhoods: A National Strategy for Housing in an Ageing Society (UK Department of Health; Department of Work and Pensions, 2008). Viz <http://www.communities.gov.uk/publications/housing/lifetimehomesneighbourhoods>, <http://www.lifetimehomes.org.uk/>

nosti a ochrana proti zneužití),

6) dostatečný příjem pro zdravý život.

V souvislosti s odhadem růstu nákladů na zdravotní a dlouhodobou péči je třeba zdůraznit, že zásadní faktory, jako:

- 1) velikost aktivní populace přispívající na úhradu těchto služeb a její míra,
- 2) zdraví lidí (zdravý život a zdravé stárnutí) a potřeba dlouhodobé péče (zdravotních a sociálních služeb) a
- 3) způsob a efektivita poskytování, nejsou mimo dosah politiky, ale jsou ovlivnitelné rozhodováním o nich, mají přitom vzájemné interakce a synergický efekt.

Často dochází k nepochopení při poukazování na vyšší podíl seniorů na spotřebě zdravotní péče. Strukturální průřezová data o vývoji nákladů na zdravotní péči nejsou dostatečná pro pochopení vztahu věku a nákladů na péči. K pochopení tohoto komplexního problému je nutný longitudinální přístup, který ukazuje, že se nejedná o náklady péče o seniory, ale náklady na péči několik měsíců před smrtí⁴. Zatímco se zdá samozřejmé a intuitivní, že čím starší populace je, tím vyšší jsou její náklady na zdravotní péči, výsledky výzkumů tuto skutečnost nepodporují. Např. pokud srovnáme kanadské náklady na zdravotní péči a její věkovou strukturu s jinými rozvinutými zeměmi, vidíme, že zatímco kanadská populace je celkem „mladá“, utrácí větší podíl HDP na zdraví než mnoho jiných „mnohem starších“ zemí. (Gee, 2000:19)⁵. Geriatricky neadaptovaná zdravotní péče může být ve svých následcích často nejen neúčelná, ale přímo iatrogenní a indukující závislost a ztrátu soběstačnosti a tím potřebu dlouhodobé péče. K neuspokojivé situaci přispívá nedostatečná shoda zdravotnické veřejnosti o pojetí geriatrického pacienta, který pak bývá pro „nemocnost bez choroby“ označen jako „casus socialis“ a vyloučen z kompetencí medicíny (Kalvach), zdravotnických služeb, a tedy částečně i ze sféry zdravotního pojištění.

Dlouhodobá péče se jako terminus technicus, respektive jako svébytná oblast sociální ochra-

ny, objevuje jako relativně nový fenomén. Distinktivně se vyděluje ze systému zdravotnictví jako hraniční oblast mezi zdravotním systémem a systémem sociálních služeb. Definičním znakem dlouhodobé péče je zajištění péče a služeb z důvodu zdravotně podmiňené dlouhodobě (trvale) snížené soběstačnosti s větší či menší mírou ošetrovatelské a další zdravotní péče. Tato oblast nabývá na významu zřejmě nejen v reakci na nárůst počtu seniorů, ale také v návaznosti na procesy a změny (pojetí) ve zdravotnictví, jako je zefektivňování a „akutizace“ (zkracování pobytu apod.) V důsledku toho narůstá podíl hraničních (marginálních) klientů/pacientů mimo hlavní zájem zdravotnictví a s tím také podíl osob vyžadujících ošetrovatelskou péči v pobytových sociálních službách pro seniory. Domovy pro seniory by tak směřovaly k tomu, aby se postupně změnil v ošetrovatelská zařízení (obdobě jakými jsou „nursing homes“ v zahraničí), i když v řadě ohledů mají od zdravotnických zařízení odlišný status i možnosti.

V současnosti v České republice neexistuje systém dlouhodobé péče ve smyslu koncepčně definovaného systému (zdravotních a sociálních) služeb o specifický segment populace, ale dva distinktivní systémy, ať pokud jde o registraci poskytovatelů, standardy kvality, způsob financování, řízení nebo kompetence úrovní veřejné správy a samosprávy.

Systém sociálních služeb, který je financovaný zejména prostřednictvím veřejných dotací a příspěvků na péči, je méně stabilní než systém financovaný převážně prostřednictvím veřejného zdravotního pojištění. Výši dotace či sociální dávky (příspěvku na péči) lze poměrně snadným a radikálním způsobem změnit, což může mít dopad na poskytovatele těchto služeb, kterými jsou vedle zařízení samospráv zejména na dotacích závislé neziskové organizace. Veřejnost v České republice přitom dosud zřejmě dlouhodobou péči a sociální služby nevnímají jako segment veřejných služeb. Chybí pocit vlastnictví a ztotožnění jako s univerzální veřejnou službou, kterou občané platí z daní či pojištění, obdobně jako je tomu u veřejné dopravy, školy či zdravotnických služeb.

S pobytovými sociálními službami úzce souvisí problematika „kongregovaného“ seniorského bydlení, které se vyvíjí relativně živelně, bez koncepčního zakotvení či regulace, přičemž ve větší nebo menší míře se tyto projekty orientují na komplexní zabezpečení potřeb, včetně dlouhodo-

⁴ Gee, Ellen M., Gutman, Gloria (eds.). *The Overselling of Population Aging Apocalyptic Demography, Intergenerational Challenges, and Social Policy*. Toronto: Oxford University Press, 2000.

⁵ Viz např. *National service framework for older people*, UK Department of Health, 2001. http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_4003066

bé péče. Řada seniorských spotřebitelů může být touto nabídkou a nejasným vymezením vedena k nerealistickým či mylným očekáváním.

K řešení současné situace by mohla přispět „bílá kniha o službách pro seniory“, která by definovala priority v oblasti zdravotních a sociálních služeb a hledala konsensus v základních pojmech a východiscích⁶. Kritickým se jeví chybějící mezičlánek mezi pobytovou (ústavní) a domácí péčí, tj. ambulantní intervenční (podpůrný, prorodinný, prokomunitní) systém se silnou koordinační a integrační rolí místní samosprávy (vybavené k tomuto úkolu přiměřenou odpovědností, kompetencemi a finančními prostředky).

Podle šetření VÚPSV (Průša, 2009)⁷ z výroční zprávy VZP za r. 2008⁸ vyplývá, že VZP zaplatila v r. 2008 za zdravotní péči v pobytových zařízeních sociálních služeb 620 mil. Kč, přičemž podle provedeného výzkumu lze náklady této péče kvantifikovat na cca 5,2 mld. Kč. Jejich výše je výrazně diferencována na typu zařízení:

- v domovech pro seniory činí 5 086–5 719 Kč na 1 klienta měsíčně (tj. cca 28,5 % z celkových průměrných nákladů),

⁶ viz Průša, L. Poskytování sociálních služeb pro seniory a osoby se zdravotním postižením. Závěrečná zpráva o řešení projektu Analýza a prognóza potřeb poskytování sociálních služeb pro seniory a osoby se zdravotním postižením ZVZ 2009. VÚPSV, v.v.i. Praha – 2009.

⁷ viz Průša, L. a kol. Poskytování ošetrovatelské a rehabilitační zdravotní péče uživatelům pobytových sociálních služeb v pobytových zařízeních sociálních služeb a v lůžkových zdravotnických zařízeních. Praha: VÚPSV, v.v.i. 2009

- v domovech pro osoby se zdravotním postižením činí 11 170–12 028 Kč na 1 klienta měsíčně (tj. cca 45,1 % z celkových průměrných nákladů),
- v domovech se zvláštním režimem 8 672–9 417 Kč na 1 klienta měsíčně (tj. cca 42,1 % z celkových průměrných nákladů).

Průša (2009; ibid) ke zvýšení efektivnosti financování sociálních služeb mimo jiné doporučuje:

- změnit systém výplaty příspěvku na péči – zavést poukázkový nebo kombinovaný způsob výplaty (zejména v I. a II. stupni závislosti)
- přehodnotit míru závislosti osob, které získaly nárok na příspěvek na péči překlopením ze zvýšení důchodu pro bezmocnost a příspěvku při péči o blízkou osobu
- nastavit rovné podmínky financování zdravotní péče v pobytových zařízeních sociálních služeb
- zrušit „cenovou regulaci“ za poskytované služby
- odstranit závislost financování sociální péče na poskytování dotací ze státního rozpočtu
- zavést evidenci osob – rodinných příslušníků, kteří zabezpečují péči o své blízké ve vlastní domácnosti a zvýšit kontrolu takto poskytované péče
- zjednodušit správní řád (resp. zvolit speciální úpravu jeho některých ustanovení) tak, aby se zkrátila doba od podání žádosti o příspěvek na péči do jeho výplaty



S tématy otevíranými na seminářích v CERGE-EI a v Občanovi v síti se můžete pravidelně setkávat na vlnách Českého rozhlasu 6.

volné fórum

V tomto čísle odpovídají naši respondenti na tyto otázky:

1. Jaká je, podle Vás, úroveň zdravotní a sociální péče o seniory v České republice?
2. Co se v ní daří a kde to skřípe?
3. Kdyby Vám své služby nabídla zlatá rybka, o co byste ve prospěch seniorů u nás změnil/a?



*MUDr. Iva Holmerová, Ph.D.,
předsedkyně, Česká geriatrická společnost, ředitelka,
Gerontologické centrum Praha*

odpovědi Ivy Holmerové:

1. Domnívám se, že úroveň tzv. akutní zdravotní péče je v České republice velmi dobrá. To se týká i seniorů, kteří mohou profitovat z nejrůznějších velmi moderních metod. Problém však nastává, když se onemocnění stane chronickým a člověk potřebuje něco jiného než akutní péči. Zde vyvstává mnoho problémů souvisejících s tím, že další služby na sebe nenavazují plynule. Chybí zejména spektrum terénních služeb. To platí do značné míry i o sociální oblasti.

2. Domnívám se, že jsme zaměřeni zejména na akutní péči, řešení jednotlivých diagnóz. „Skřípat“ to začíná v situaci, kdy se jedná o seniora multi-

morbidního a křehkého, který potřebuje i v akutní fázi specifický geriatrický přístup. Dle mého názoru nám velmi chybí akutní geriatrická oddělení – a potom samozřejmě celé spektrum dalších specializovaných služeb až po ty komunitní.

3. V téhle oblasti by se zlatá rybka dost nadřela a nevím, zdali by se mi to vůbec podařilo formulovat do těch tří přání, ale zkusím to: akutní geriatrická oddělení v nemocnicích, specializované doléčení a rehabilitace, kvalitní dlouhodobá péče s důrazem na služby v domácím prostředí.



*Mgr. Jan Lorman,
ředitel, Život 90, o. s.*

odpovědi Jana Lormana:

1. Obecně velice špatná. A to i vzdor pokrokům, které tato oblast nesporně zaznamenala za posledních 20 let.

2. Vynikajícími výsledky se může prezentovat kupříkladu ortopedie, některá pracoviště onkologie a další klinické obory. Ale co jsou platné špičkové výkony lékařů, když to zmaří ostatní. Skřípe je slabé slovo.

Není respektována důstojnost a subjekt geriatricky křehkého pacienta, klienta. „Nejsou lidi“ a „nejsou peníze“ stačí pečujícímu personálu a vedení ústavů k odůvodnění toho, že staří musejí zanedbávání péče vydržet. A když to nevydrží, tak...

Především pak chybí koncepce a legislativa „dlouhodobé péče“. To je snad už zbytečné psát, protože se to ví téměř 20 let. Tato oblast je hluboce podfinancována a odborně podceňována.

3. Nelidské a nedůstojné zacházení se starými křehkými pacienty.

odpovědi Marie Mackové:

1. Z mého úhlu pohledu se mi jeví úroveň péče o seniory jako ne příliš dobrá. A to jak zdravotní péče, tak sociální. U zdravotní péče vnímám jako největší problém přetrvávající pohrdavý pohled na geriatricii jako obor. Jak pro lékaře, tak pro ostatní nelékařská povolání to stále není nijak lákavý obor. Obdobné klima panuje v sociální péči. Studenti se raději orientují na jinou problematiku. Péči tak často poskytují lidé, kteří svojí kvalifikací neodpovídají požadavkům na tuto péči. Samozřejmě ale nelze

generalizovat. Jak v lékařské, tak v sociální oblasti můžeme nalézt řadu odborníků, kteří se snaží úroveň péče pozvednout a zasvětili tomu celý svůj život. Před těmi hluboce smekám.

2. Začnu od toho, co se nedaří. Nedaří se provázat zdravotní a sociální systém péče. Bohužel právě tuto provázanost považují za klíčovou. Žádný senior nepotřebuje pouze zdravotní nebo pouze sociální péči. Tak řada z nich trpí na jedné, nebo na druhé straně. Je jasné, že pokud si zlomím například nohu v krčku, budu zpočátku potřebovat především zdravotní péči. Jenže s postupem času se tato moje potřeba zdravotní péče přemění na potřebu sociální péče. Současný systém péče na tyto změny potřeb reaguje značně nepružně, někdy nereaguje vůbec.



PhDr. Marie Macková, Ph.D., RSW, Katedra ošetrovatelství, Lékařská fakulta, Masarykova univerzita, Brno

Myslím si, že se daří rozvíjet pomalíčku povědomí veřejnosti o možnostech zajištění domácí péče. Osobně v tom spatřuji tu správnou cestu. Propojení insti-

tucionální a domácí péče. Když porovnáme možnosti péče o seniory v jejich domácím prostředí před revolucí a nyní, udělali jsme velký pokrok. Je to však běh na dlouhou trať.

3. Zlatou rybku bych určitě využila na zlepšení péče o umírající seniory. Trápí mne, že umírají v nedůstojných podmínkách, osamoceni, v cizím prostředí. Nerespektují se jejich požadavky na péči, často o nich rozhoduje rodina, přestože jsou svéprávní. Přístup k paliativní péči má zlomek umírajících seniorů.



MUDr. Václav Šmatlák, předseda, SPL ČR

odpovědi Václava Šmatláka:

1. Zdravotní péče o seniory v ČR je dle mého názoru na poměrně vysoké úrovni, to platí jak o dostupnosti, tak o nabídce, tedy o spektru léčebných výkonů a léčiv. To, co je ve většině zemí světa považováno za nadstandard, je zde hrazeno z veřejného zdravotního pojištění, navíc u léčiv platí limit spoluúčasti ve výši 2,5 tis. Kč.

Sociální péče zcela evidentně za péči zdravotní značně pokul-

hává – a to ve všech aspektech, zejména však v dostupnosti různých typů pobytových zařízení. Zcela nedostatečný je počet specificky zaměřených zařízení.

2. Opravdu široká nabídka zdravotní péče, a to nejen pro seniory, s tak nízkým prahem dostupnosti a spoluúčasti, musí být zcela zákonitě něčím vykoupena. Patří sem často delší čekací doba na některé operace, někdy možná problematický přístup k nejnovějším technologiím a lékům. Široká nabídka zdravotní péče a prakticky volný přístup k ní v zemi, která rozhodně není na špičce ve výdajích na zdravotnictví, je možná jen za cenu šetření jinde: hovoří o nedostatečném finančním ohodnocení zdravotnických pracovníků. Frustrace, kterou tato skutečnost přináší, může být příčinou ne vždy vstřícného vztahu personálu k pacientům. Zejména pak k seniorům, jejichž informovanost, např. i zkušenosti se zdravotnictvím v zahraničí, případně schopnost domoci se svých práv, je obecně nižší. Stížnosti zaznívají zejména na velká LZZ. Chybou je i to, že nemalá část sociální péče u pacientů v pobytových zařízeních sociální péče je hrazena z veřejného zdravotního pojištění.

3. Vše v péči o seniory by mělo být podřízeno zejména pravidlu slušnosti a zachování lidské důstojnosti. Toto platí jak v oblasti zdravotní, tak sociální. Velmi bych přál našim seniorům takové rodinné zázemí, aby pobytové zařízení sociální péče museli vyhledat jen ve zcela výjimečných případech. Je rozhodně povinností státu, aby pro vznik takového prostředí vytvořil odpovídající podmínky.

JUDr. Miroslav Černý, Ph.D., advokát, AK Bradáč Advokáti

Zdravotní péče o seniory a právo



Problémy zdravotnictví a naléhavá potřeba jeho reformem se týkají všech občanů, ale skupina, na kterou nedokonalosti našeho sociálního a právního systému v této oblasti doléhají či budou doléhat nejsilněji, jsou senioři, tedy věková skupina, která mnohem častěji než jiné je nucena vyhledat péči lékaře. Veškeré výdaje s tím spojené, které má nést či bude muset nést sám pacient, zatíží přitom mnohem více právě tuto skupinu, která již není vydělečně činná a v průměru má nižší ekonomické možnosti než ostatní vrstvy obyvatelstva.

Naše moderní společnost se sama často samolibě domnívá, že je na vyšší úrovni než různé jiné historické organizace lidské společnosti v bližší či vzdálenější minulosti. Je ale třeba si povšimnout, že zatímco historicky „stařec“, případně „rada starších“ byli těmi, kdo se těšili největší vážnosti, měli z důvodu svých větších životních zkušeností přinejmenším poradní hlas, případně i rozhodovací pravomoc, naši aktuální dynamické společnosti, orientované na úspěch, mládí, krásu, výkonost, tato úcta nebo alespoň respekt ke stáří často chybí. Rozšířená aktuální diskusní skupina na internetu s velkým množstvím příznivců a s titulem „Jejich revírem je Kaufland, jejich tempo je vražedné – DŮCHODCI!“ se zdá jenom výstřelkem, ale v podstatě je to projev do krajnosti dovedeného názoru nemalé části naší společnosti.

Při novém formulování našeho zákonodárství v sociální a zdravotní oblasti, ale i při výchově nových generací, je třeba dbát na to, aby se důchodce nebo obecně starší člověk nestal v očích ostatních veřejným nepřítelem, parazitem, který pouze „ujídá chlebiček“. Právní reformy tedy musejí jít ruku v ruce s celkovou kultivací celé společnosti, v podstatě v duchu návratu k našim starým tradicím, na které se v současné době bohužel často zapomíná pro jejich „nemodernost“.

Kritéria vztahující se na péči o seniory a na zajištění jejich práv jsou k dispozici již od 16. prosince 1991, kdy Valné shromáždění OSN přijalo rezoluci č. 46/91, ve které jsou práva, která by měla být seniorům garantována, přesně formulována. Tato práva se týkají nezávislosti seniorů, jejich zařazení do společnosti, poskytované péče, seberealizace a lidské důstojnosti

(<http://www.mpsv.cz/cs/1111>). Samotná četba těchto zásad, formulovaných před téměř dvaceti lety, a srovnání s každodenní praxí našich nemocnic či přeplněných domovů důchodců nám zcela zřetelně ukáže, že doposud stojíme pouze na začátku dlouhé cesty.

Rezoluce Valného shromáždění OSN však není jediným dokumentem, zabývajícím se touto problematikou. Na specifickou situaci starších občanů, kteří potřebují péči a pomoc druhé osoby, se zaměřila kupříkladu i francouzská Národní nadace pro gerontologii spolu s Ministerstvem práce a sociálních věcí Francie v roce 1966. Výsledkem byla Charta práv a svobod starších občanů, jejíž obsah rovněž zůstává rovněž stále aktuální (<http://www.helpnet.cz/seniori/dokumenty-tykajici-se-senioru/364-3>). Právě zde je ale patrné, že aktuální problémy v této oblasti, které z důvodu procesu stárnutí populace budou stále narůstat, nelze řešit pouze cestou práva. Jestliže kupříkladu v článku IV Charty práv a svobod starších občanů se zdůrazňuje role pečujících rodin, které jsou ochotny se samy ujmout péče o své starší příbuzné, lze tuto pomoc ze strany státu podpořit finančně (u nás se to doposud děje zcela nedostatečně), ale samotnou povinnost tohoto typu, která je morálního rázu, vynucovat zákonem pochopitelně nelze.

Rozhodně celé toto téma je důležité a dotýká se každého člověka. Není přitom pouze problémem stárnoucí Evropy, ale problémem celosvětovým. Stačí připomenout, že počet šedesátiletých a starších osob vzroste z 200 milionů v roce 1950 na 1,2 miliardy v roce 2025. Percentuálně to bude znamenat nárůst z 8 na 14 % světové populace. Budou to tedy opět jiné oblasti světa, které tento trend a jeho následky zasáhnou ještě mnohem citelněji než nás. Přesto ale i v naší zemi je třeba se těmto problémům věnovat mnohem intenzivněji, než se to děje doposud. Stejně velký prostor, který je dnes již věnován problematice dětí, by si rozhodně zasloužili i senioři a péče o ně.