

O dlouhodobé péči se mluví, méně je o ní veřejně známo

Již dlouhé měsíce se mluví o dlouhodobé péči a o připravovaném zákoně. Skutečnost je taková, že je připraven věcný záměr zákona o dlouhodobé péči, ale od záměru k realizaci v praxi vede ještě dlouhá cesta.

Zatímco v resortu práce a sociálních věcí se pracovalo na věcném záměru zákona, tak sousední resort zdravotnictví uvedl definici dlouhodobé péče do zákona o zdravotních službách, a to v poněkud jiném znění, než se uvádí ve věcném záměru zákona o dlouhodobé péči. V době, kdy se připravuje nová legislativa v péči o seniory, kteří budou nejpočetnější skupinou klientů dlouhodobé péče, se problémy kupí. Ačkoli se ve všech strategických dokumentech v oblasti zdravotní i sociální hovoří o podpoře a rozvoji terénních zdravotních a sociálních služeb, o péči v domácnostech, ne vždy tomu tak je. Příkladem mohou být právě samotné definice dlouhodobé péče, kdy například definice v zákoně o zdravotních službách hovoří o „lůžkové dlouhodobé péči“, připravovaný zákon o dlouhodobé péči však předpokládá, že se dlouhodobá péče bude poskytovat i ve vlastním sociálním prostředí, tedy i v do-

mácnostech. V současné době určují rozsah hrazené péče v případě domácí ošetrovatelské péče a ošetrovatelské péče v pobytových zařízeních sociálních služeb především zdravotní pojišťovny. Rozvoj sociálních terénních služeb je předurčen množstvím finančních prostředků, které přicházejí z různých zdrojů. Nejsložitější je situace, když se najde poskytovatel, který chce poskytovat zdravotní, respektive ošetrovatelskou péči a sociální péči souběžně. Dosáhnout rozvoje terénních služeb nelze ještě z jednoho důvodu. Současný systém zdravotní a sociální péče je nastaven tak, že se uživatelům služeb a jejich rodinám nejvíce „vyplácí“ pobyt v lůžkovém zdravotnickém zařízení, ve kterém je finanční spoluúčast na poskytovaných službách a životních nákladech nejvyšší, dalším v pořadí jsou pobytová zařízení sociálních služeb, ve kterých jsou náklady na ubytování a stravu regulovány, zatímco při pobytu doma rostou náklady na provoz domácnosti včetně stravování. Přípravovaný zákon o dlouhodobé péči je tedy určitou nadějí, že část problémů výše uvedených bude řešena. Definice dlouhodobé péče ve věcném záměru zákona říká, že: „Dlouhodobá péče je koordinované poskytování zdravotních a sociálních služeb, které dlouhodobě potřebují osoby závislé na pomoci jiné fyzické osoby se zhoršujícím se zdravotním stavem.“ Z této definice je zřejmé, že se předpokládá souběžné poskytování zdravotní a sociální péče, zatímco definice dlouhodobé péče podle zákona o zdravotních službách se omezuje pouze na lůžkovou zdravotní péči. Právě systém financování je nejen značně odlišný, nýbrž i předmětem dlouhotrvajících kritik, a to jak v oblasti sociální, tak v oblasti zdravotní. Před účinností zákona o sociálních službách zákonodárce předpokládal zavedení financování z fondů veřejného zdravotního pojištění do pobytových sociálních služeb a paralelně financování tzv. sociálních lůžek (podle § 52 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách) ve zdravotnických zařízeních ve stejné výši. Po pěti letech je skutečnost taková, že zatímco na

financování tzv. sociálních lůžek proudí jen kolik desítek milionů korun, do pobytových zařízení sociálních služeb jde již téměř 1,3 mld. Kč ročně. Co způsobuje tuto obrátku asymetrii? Na straně zdravotnických zařízení je to příliš mnoho bariér k získání dotace na sociální lůžka (v porovnání se systémem zdravotní péče prostřednictvím zdravotních pojišťoven). Nárůst u pobytových služeb, uvedené predikci, je způsoben jednak špičkovým odhadem, jednak neustále se měnící strukturou uživatelů těchto služeb (snižující se soběstačnost a tím vznikající potřeby jak sociální, tak zdravotní péče). Další rozdíl pak můžeme vidět v nákladnosti dnešní dlouhodobé péče. Zatímco průměrné náklady na lůžkovou péči v LDN se pohybují mezi 1200–1300 Kč, u domovů pro seniory jde o 700–900 Kč. Péče je však až na druhou nuanci (intenzivnější zdravotní péče v kvalitnější sociální péči, ubytovací a terapeutické aktivity v domovech pro seniory apod.) totožná. Jiná je i participace státních zdrojů na zajištění těchto služeb a dále již zmiňovaná participace uživatelů a jejich rodin.

Věcný záměr zákona o dlouhodobé péči sledně pak i samotný zákon o dlouhodobé péči a příslušné podzákoné normy jsou realitou jen na nesystémové a neefektivní financování sociálních a zdravotních služeb, nýbrž i na probíhající i očekávané změny poptávky množství, struktury a kvality zdravotních a sociálních služeb pro seniory (demografické změny, resp. stárnutí populace, zvyšující se počet osob trpících Alzheimerovou chorobou a dalšími formami demence apod.). Zákon o dlouhodobé péči tak představuje mnoho příležitostí pro změnu, rozvoj a zkvalitňování sítě zdravotně-sociálních služeb. Zároveň je, a jak již bylo řečeno, v procesech jeho příprav, jistou hrozbou, která spočívá v možné neschopnosti konsenzu zaangażovaných stran (před MPSV ČR a MZ ČR), anebo naopak stav, kdy tyto konsenzy mohou pokřivit celý záměr tohoto zákona, který zejména poskytovatelé sociálních služeb vnímají v mnoha ohledech jako „světlo na konci tunelu“.

Ing. Jiří Horecký, MBA¹, Ing. Iva Merhautová
prezident Asociace poskytovatelů sociálních služeb
ředitelka Profesionálního svazu zdravotnických pracovníků
v sociálních službách

 Karlovarská
krajská
nemocnice
**KARLOVARSKÁ
KRAJSKÁ NEMOCNICE A. S.**

přijme
do pracovního poměru
pro nemocnici
v Karlových Varech:

- zdravotní laborantku
nebo laboratorní asistentku
na oddělení klinické biochemie
pro nemocnici v Chebu;
 - registrovanou sestru na ARO,
ARIP vítán
 - 2 registrované sestry
na interní oddělení
- Základní mzda podle odborné
praxe 13 000–26 000 Kč

kontakty pro KARLOVY VARY:
eva.kastnerova@kkn.cz
jirina.nechanska@kkn.cz

CHEB: jitka.gavenciakova@kkn.cz
marie.bartikova@kkn.cz