

INTEGRÁCIA

Interdisciplinárny odborný časopis o inováciách v riešení nepriaznivých sociálnych situácií občanov



- 3 Úvodník
- 4 MONITOROVANIE A PRIESKUM DODRŽIAVANIA PRÁV OSÔB SO ZDRAVOTNÝM POSTIHNUTÍM V ZARIADENIACH SOCIÁLNYCH SLUŽIEB ÚRADU KOMISÁRA PRE OSOBY SO ZDRAVOTNÝM POSTIHNUTÍM
- 6 Příklady zistení z monitoringov v zariadeniach sociálnych služieb
- 16 Opatrenia na nápravu zistených nedostatkov
- 18 Príklad prínosu monitoringov zariadení sociálnych služieb z pohľadu úradu komisára pre osoby so zdravotným postihnutím
- 18 Prínos národného projektu deinštitucionalizácia zariadení sociálnych služieb z pohľadu úradu komisára pre osoby so zdravotným postihnutím
- 19 Ocenenie zamestnancov zariadení sociálnych služieb počas pandémie covid-19
- 20 INSTITUCIONALIZACE, POSTIŽENÍ A STÁRNUTÍ
- 23 Úvod
- 26 Národní právo
- 37 Rozsah institucionalizace – služby sociální péče
- 48 Rozsah institucionalizace – zdravotnická zařízení dlouhodobé péče
- 52 Národní politiky
- 56 Závěry a doporučení

Vydala a spracovala: Rada pre poradenstvo v sociálnej práci, Františkánska 2, 811 01 Bratislava. IČO: 30812682; e-mail: radaba@rpsp.eu, Redakčná rada: Šéfredaktorka: Lucia Cangárová Zodpovedný za vydanie: Miroslav Cangár Členovia: PhDr. Miroslav Cangár, PhD. PhDr. Soňa Holúbková, Mgr. Eva Krššáková, PhDr. Judita Varcholová, Doc. PhDr. Slavomír Krupa, PhD. – odborný garant. Grafická úprava: Juraj Mrocek. Tlač: Copygraf s.r.o., Domkárska 15, 821 05 Bratislava objednávky zaslelajte na adresu: Rada pre poradenstvo v sociálnej práci, Františkánska 2, 811 01 Bratislava.



OPERAČNÝ
PROGRAM
ĽUDSKÉ
ZDROJE

Časopis Integrácia je zapísaný v zozname periodickej tlače MK SR, pod ev. číslom 4432/11. Vychádza 2x ročne. Časopis Integrácia (číslo 1-2/2021) vyšiel za finančnej podpory MPSVaR SR a v rámci projektu NPDI PTT.

ISSN 1336-2011

Tento projekt sa realizuje vďaka podpore z Európskeho sociálneho fondu a Európskeho fondu regionálneho rozvoja v rámci Operačného programu Ľudské zdroje. Národný prerojekt Deinštitucionalizácia zariadení sociálnych služieb – podpora transformačných tímov, ITMS 2014+ kód 312041R446, www.esf.gov.sk, www.employment.gov.sk



EURÓPSKA ÚNIA

Európsky sociálny fond
Európsky fond
regionálneho rozvoja



Na konci roku 2021 zarezonoval Slovenskom tragický požiar domova sociálnych služieb v Osadnom. Zariadenie, ktoré leží na konci dediny a hraniciach s Poľskom je pozostatkom dlhoročnej inštitucionálnej kultúry v sociálnych službách. Od prvej polovice 20. storočia vznikali naprieč Slovenskom podobné zariadenia, kde sa najprv poskytovali služby seniorom a neskôr ľuďom so zdravotným postihnutím. Segregovanie a dlhoročné poskytovanie služieb v inštitucionálnom prostredí má a malo za následok nielen to, že desaťtisíce ľudí prežili svoj život bez možnosti voľby a práva rozhodovať o ňom. Ale ešte k tomu ho prežili a žijú v prostredí, ktoré okrem segregácie a hospitalizmu je aj nebezpečné a rizikové z hľadiska ochrany života a zdravia. Takmer polovica zariadení, kde sa poskytujú celoročné pobytové sociálne služby na Slovensku sú veľkokapacitné zariadenia. Skúsenosti z poskytovania sociálnych služieb v tomto type zariadení ukazuje, že tu nie je objektívne možné dosiahnuť primeranú kvalitu života, tak aby mohli ich obyvatelia ovplyvňovať všetky zasadené aspekty svojho života. Tento trend potvrdzujú aj výstupy hodnotení pripravenosti v Národnom projekte – deinštitucionalizácia zariadení sociálnych služieb – podpora transformačných tímov, kde sa ich už doteraz už vykonalo 70 vo viac ako 100 prevádzkach. To, čo sa udialo v Osadnom, ale aj skúsenosti z týchto hodnotení nám ukazujú, že je potrebné otvorene a jasne hovoriť o nedostatkoch, rizikách a hlavne dôsledkoch pretrvávajúceho inštitucionálneho systému poskytovania

sociálnych služieb na Slovensku. No zároveň sa musíme hovoriť aj o tom, akým spôsobom je potrebné meniť systém a aké služby vlastne chceme mať v budúcnosti. Reprezentatívny prieskum nadácie SOCIA ukázal, že viac ako 80% občanov Slovenska by v prípade potreby odkázanosti na sociálne služby chcelo ostať žiť vo svojom prirodzenom prostredí s podporou komunitných služieb. Tento fakt je pre budúcnosť služieb kľúčový a rozhodujúci. Preto musíme hovoriť o tom, ktoré riešenia a zmeny systému prinášajú hodnotu za peniaze a kvalitu života.

Z týchto dôvodov prinášame v aktuálnom čísle Integrácie len dva, no o to viac hodnotnejšie a rozsiahle články. V prvom článku sa dozvieme o výstupoch z monitoringov a hodnotení, ktoré v oblasti sociálnych služieb realizoval Úrad komisárky pre osoby so zdravotným postihnutím. Druhý článok sa venuje podrobne téme deinštitucionalizácie služieb pre seniorov v Českej republike. Obe tieto články patria do kategórie textov, ktoré okrem toho, že popisujú daný stav, tak zároveň ukazujú cestu toho, ako by sa mali v budúcnosti vyvíjať sociálne služby, tak aby sme zaručili ich poskytovanie v súlade so základnými práva a slobodami a primeranou kvalitou života.

Verím, že čítane tohto čísla Integrácie nám spoločne pomôže v diskusii o tom, aké sociálne služby chceme mať v budúcnosti a ako ich potrebujeme transformovať.

Miroslav Cangár

MONITOROVANIE A PRIESKUM DODRŽIAVANIA PRÁV OSÔB SO ZDRAVOTNÝM POSTIHNUTÍM V ZARIADENIACH SOCIÁLNYCH SLUŽIEB ÚRADU KOMISÁRA PRE OSOBY SO ZDRAVOTNÝM POSTIHNUTÍM

Zo Správ o činnosti komisára pre osoby so zdravotným postihnutím 2019 a 2020

Pri výkone monitorovacích činnosti sa rozsiahlym a komplexným spôsobom posudzuje a analyzuje dodržiavanie ľudských práv, pričom Úrad komisára pre osoby so zdravotným postihnutím vykonáva monitoring v rôznych inštitúciách:

- zariadenia sociálnych služieb,
- psychiatrické zariadenia,
- školy a školské zariadenia,
- zariadenia na výkon trestu odňatia slobody.

Úrad komisára pre osoby so zdravotným postihnutím počas svojej takmer 6-ročnej existencie vykonal monitoring celkovo v 110 zariadeniach sociálnych služieb. Na základe relevantných skúseností môžeme konštatovať,

že práve **vo veľkokapacitných zariadeniach sociálnych služieb sa stretávame zo značnou mierou inštitucionálnej kultúry**, ktorá je v takýchto zariadeniach objektívne ťažko odstrániteľná. Na Slovensku však **máme aj zariadenia, ktoré sú nositeľmi pokrokových zmien, vytvárajú komunitné služby a tieto sa jednoznačne dokážu viac prispôbiť individuálnym potrebám klientov**, a prinášajú tak šancu na realizáciu práva klientov na nezávislý spôsob života, začlenenie sa do spoločnosti a zabezpečenie práva na ochranu súkromia, osobnosti - podotýkame, že ide o záväzky Slovenskej republiky vyplývajúce, okrem iného, aj z Dohovoru o právach osôb so zdravotným postihnutím a jeho Opčného protokolu.

Mnoho monitorovaných zariadení sociálnych služieb vykazovalo znaky inštitucionálnej kultúry, akými sú:

- depersonalizácia – odňatie osobného vlastníctva, znakov a symbolov vlastnej jedinečnosti a ľudskosti,
- rigidné, stereotypné a rutinné aktivity – pevne stanovený čas vstávania, večierky, nerešpektovanie osobných potrieb a preferencií,
- paušalizované liečebné a odborné postupy – s klientmi sa pracovalo hromadne, často bez rešpektovania ich súkromia, individuality, či zdravotného postihnutia,
- paternalizmus – nevyvážený vzťah medzi zariadením a klientmi,
- segregácia od lokálnej komunity – daná vzdialenou polohou od jednotlivých komunít a koncentrácia služieb na jednom mieste,
- naučená pasivita – pasívne správanie pacientov a ich bezmocnosť často voči nevhodnému správaniu zamestnancov,
- nedostatočne rozvinuté sociálne vzťahy.

Hlavným nástrojom hodnotenia zariadení zo strany Úradu komisára pre osoby so zdravotným postihnutím je súbor nástrojov **Svetovej zdravotníckej organizácie Quality-Rights Tool Kit**, založených na hodnotení a zlepšovaní štandardov kvality a ľudských práv v zariadeniach sociálnych služieb. Quality-Rights Tool Kit je rozdelený do piatich oblastí, ktoré zahŕňajú štandardy a kritériá. Oblasti sú zamerané na rozhodujúce články Dohovoru o právach osôb so zdravotným postihnutím:

- **Právo na primeranú životnú úroveň (Článok 28 Dohovoru)** Hodnotí sa technický stav budovy, podmienky pre spánok a dostatok súkromia klientov, hygienické podmienky, stravovanie, právo na slobodnú komunikáciu, či zariadenie má stimulujúce prostredie a hodnotí sa spoločenský a osobný život klientov a ich zapojenie do komunity.

- **Právo na najvyššiu dosiahnuteľnú úroveň fyzického a duševného zdravia (Článok 25 Dohovoru)** Hodnotí sa dostupnosť zariadenia pre klientov, ktorí potrebujú starostlivosť a podporu, personálne obsadenie a starostlivosť o klientov, dostupnosť liekov a podpora všeobecného a reprodukčného zdravia klientov.
- **Právo na uplatnenie spôsobilosti na práve úkony a právo na slobodu a osobnú bezpečnosť. (Článok 12 a 14 Dohovoru)** Hodnotí sa, či sú preferencie klientov prioritou pri poskytovaní sociálnej služby, postupy a záruky, zahŕňajúce starostlivosť založenú na slobodnom a informovanom súhlase klienta a prístup klientov k osobným informáciám o ich zdraví.
- **Ochrana pred mučením a iným krutým, neľudským alebo ponižujúcim zaobchádzaním. (Článok 15 a 16 Dohovoru)** Hodnotí sa právo klientov na ochranu pred slovným, duševným, telesným, alebo sexuálnym týraním a pred fyzickým a citovým zanedbávaním, či sú pre riešenie kríz používané alternatívne metódy namiesto používania obmedzovacích prostriedkov, či sú v zariadení používané medicínske postupy výhradne na základe slobodného a informovaného súhlasu klientov, zaistenie ochrany klientov pred mučením, krutým, neľudským a ponižujúcim zachádzaním a pred inými formami zneužívania či týrania.
- **Právo na nezávislý spôsob života a zapojenie do spoločnosti (Článok 19 Dohovoru)** Hodnotí sa, či sú klienti podporovaní v prístupe k miestu, kde môžu žiť a k finančným prostriedkom nevyhnutným pre život v spoločnosti, či majú prístup k vzdelávaniu a pracovným príležitostiam, či je podporované ich právo účasti na politickom a verejnom živote, ako aj dostatočné aktivity klientov v oblasti kultúrnych, náboženských, alebo voľnočasových činností.

PRÍKLADY ZISTENÍ Z MONITORINGOV V ZARIADENIACH SOCIÁLNYCH SLUŽIEB

Priestorové podmienky

Posudzovanie podmienok, v ktorých klienti žijú, sú jedným z podkladov na skúmanie dodržiavania práva na primeranú životnú úroveň podľa článku 28 Dohovoru o právach osôb so zdravotným postihnutím. Značné nedostatky sme zaznamenali v budovách, ktoré **nenapĺňajú** jedno zo základných kritérií v oblasti poskytovania sociálnych služieb, a to **bezbariérové priestory pre klientov**.

V zariadeniach s bariérami sa často na poschodiach nachádzajú imobilní klienti, ktorých **prevoz na posteliach výťahom, ale aj na invalidných vozíkoch nie je možný**. V obytných častiach zariadení sa nachádzajú malé osobné výťahy nevhodné na prepravu imobilných klientov na lôžku, ktorí nezvládnu sedenie na vozíku. **Dôrazne apelujeme na problém ochrany života a zdravia klientov v súvislosti s prevenciou pred požiarom, či inými mimoriadnymi udalosťami.** (Obr. 1, 2) K tomu patria aj zrealizované cvičné požiarne popluchy a nácvik evakuácie všetkých klientov.



Obr. 2

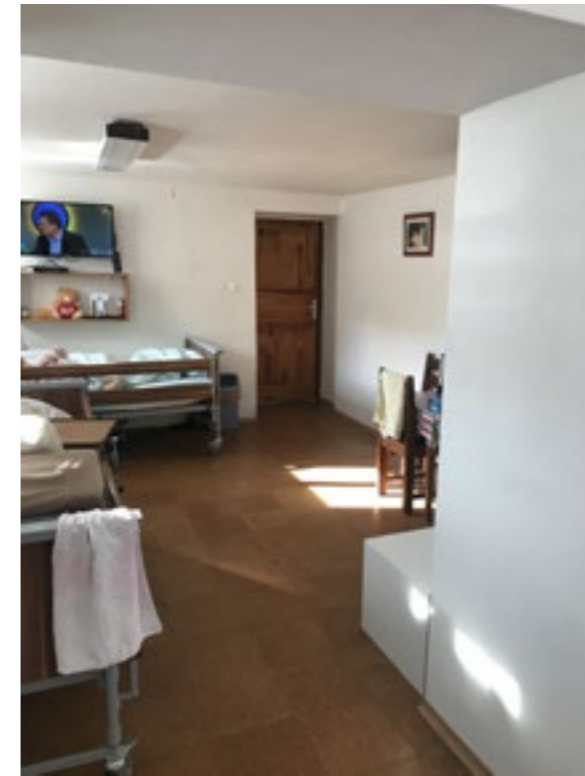


Obr. 1



Obr. 3

Izby klientov sú často **malé, nespĺňajúce stanovenú požiadavku** najmenej 10 m²



Obr. 4

na jednolôžkovú izbu. Naďalej existujú izby, v ktorých sú ubytovaní viac ako traja klienti, či dokonca tzv. „**priechné izby**“. (Obr. 3, 4)

Napriek legislatívnemu rámcu na vytváranie zariadení komunitného typu, **stále je zriadených veľa zariadení s kapacitou, ktorá značne prekračuje zákonnú odporúčanú maximálnu kapacitu 40 miest v jednej budove**. V zariadeniach s veľkou kapacitou sa ťažšie vytvára priestor na dodržiavanie elementárnych požiadaviek na súkromie, intimitu pri úkonoch sebaobsluhy. Klienti často **žijú izolovane, v umelých a segregovaných podmienkach**, bez možnosti zvoliť si kde a s kým chcú žiť, čo je v rozpore s požiadavkami Dohovoru o právach osôb so zdravotným postihnutím.

Graf č. 1 – Veľkosť zariadenia podľa počtu klientov – je zrejme, že tri z monitorovaných zariadení v roku 2020 malo kapacitu od 100 klientov až po 246 klientov. Iba dve zariadenia mali kapacitu do 40 klientov. Ďalšie štyri zariadenia mali kapacitu od 44 do 94 klientov. Celkovo sme v roku 2020 uskutočnili monitorovacie návštevy v 9 zariadeniach sociálnych služieb.



Graf č. 1

Poskytovanie odborných, obslužných a ďalších činností nevhodným spôsobom

Podávanie stravy klientom sa deje často nevhodným spôsobom. Napríklad, keď klient nie je schopný plynulo prehĺtať, čo môže viesť k duseniu. Z dôvodu zabezpečenia ľudskej dôstojnosti klienta pri podávaní stravy **považujeme za nevyhnutné, aby zamestnanci zariadenia mali dostatočný časový priestor, aby mohli stravu podávať trpezlivo a podľa individuálnych schopností a potrieb.**

Vítame, ak v zariadení majú k dispozícii na podávanie stravy pre imobilných klientov termoboxy, v ktorých sa zachová teplota a jedlo je esteticky neservírované.

Na druhej strane zasahujeme, ak vidíme podávanie mixovanej stravy zmiešanej do jednej ťažko identifikovanej hmoty, v ktorej je zmixované celé druhé jedlo aj napr. s čalamádou a touto hmotou sú klienti kŕmení. **Každý jeden zamestnanec, ktorý podával uvedenú stravu, sa k našej otázke vyjadril, že on by také niečo nikdy nejedol.**

Za nedôstojné pri podávaní jedla považujeme aj **používanie starých vydratých uterákov ako utierok úst namiesto papierových servítkov, ale aj ako podbradníkov** namiesto jednorazových obrúskových podbradníkov so zabudovanými prednými vreckami slúžiacie na dôstojnú a hygienickú ochranu počas jedla.

Ďalšou problematickou oblasťou je **vykonávanie osobnej hygieny**. Vo viac lôžkovej izbe sa realizuje výmena inkontinenčných pomôcok a prezliekanie klientov na **lôžku v prítomnosti iných klientov**, a to bez použitia paravánov, resp. bez zabezpečenia súkromia klientov. Takýto postup je v rozpore s právom na ochranu súkromia a intimity a právom na rešpektovanie ľudskej dôstojnosti.

Na odstránenie tohto zásahu zo strany zamestnancov zariadenia je potrebné zaviesť dodržiavanie princípov rešpektovania súkromia, intimity a dôstojnosti klientov, napr. zabezpečením dostatočného množstva paravánov a ich pravidelné použitie na zabezpečenie súkromia klientov počas výkonu hygieny

a prezliekania. V jednom zariadení sme dokonca zaznamenali aj **prezliekanie, resp. „plienkovanie“ klientov po sprchovaní na lôžku umiestnenom na chodbe zariadenia.**

Žiaľ nie je výnimočné, že zamestnanci komunikujú s klientmi mnohokrát nevhodne. Napríklad s nimi **hovorí ako s deťmi, teda používajú výchovný podtón rodiča**. Pri rozhovoroch s klientmi bolo zistené, že sa im nepáči oslovanie spôsobom, ktorý nezodpovedá vzťahu so zamestnancom zariadenia, napríklad „dedko“ alebo „babka“, nepáči sa im ani pasívna agresivita zo strany zamestnanca, zvyšovanie hlasu až krik zamestnancov na klientov v prípade, ak klient nespupracuje tak, ako si to zamestnanec predstavuje, a podobne. Hneď na mieste upozorňujeme na okamžité ukončenie **označovania ležiacich klientov ako „ležiak“ alebo rozprávanie o klientovi v jeho prítomnosti v 3. osobe.**

Nevhodné až kruté zaobchádzanie s klientmi

V oblasti ochrany pred mučením a iným krutým, neľudským alebo ponižujúcim zaobchádzaním sme zamerali pozornosť najmä na to, aké opatrenia prijali zariadenia na ochranu práv osôb so zdravotným postihnutím, aby boli dodržané ustanovenia článku 15 a 16 Dohovoru o právach osôb so zdravotným postihnutím.

Zamykanie klientov v izbách

Opakovane zaznamenávame uzamknutie klientov na izbe kľúčom zvonku, dokonca sme na dverách izby našli nalepenú **inštrukciu pre personál „dvere zamykať zvonku“** (obr. 5, 6, 7). Pri konfrontácii personál zariadenia uviedol, že klienti v izbách musia byť zamknutí zvonku s ohľadom na ich zdravotné postihnutie, keďže by mohli z izieb hocikedy vyjsť a stratiť sa alebo si ublížiť. K jednej izbe konkrétne zamestnanci uviedli, že sa tam nachádza klientka, ktorá zvykne utekať, a z tohto dôvodu **s ňou v izbe uzamkli aj ďalšie dve klientky, ktoré takéto správanie nevykazujú.**



Obr. 5



Obr. 6

V inom zariadení zamestnanci vysvetlili uzamknutie klienta v miestnosti tým, že obťažoval iných klientov. **Zamykali ho v miestnosti, v ktorej sa nenachádza ani televízor, ani hygienické zariadenie.** Zariadenie uviedlo, že klienta odomkli a **mohol sa pohybovať po zariadení až po tom, keď ostatní klienti zaspali.** Zamestnankyňa zariadenia dokonca **donútila klienta počas našej návštevy k tomu, aby nám ponižujúcim spôsobom vysvetlil, prečo je**

zamknutý v izbe a oddelený od ostatných klientov. Zariadenie je povinné hľadať riešenia, aby sa klient v zariadení cítil pohodlne a bezpečne, nie však na úkor obmedzovania slobody nezákonným spôsobom, a to aj v prípade, keď zariadenie odôvodňuje svoje konanie obavami z ohrozenia života a zdravia ostatných klientov. Zariadenie by malo hľadať metódy, ako **pracovať s klientom formou pozitívnej motivácie.** Alebo napr. takýchto klientov ubytovať v izbách, ktoré sa nachádzajú v blízkosti personálu, resp. primeraným spôsobom **zabezpečiť monitorovanie klientov, a nie ich obmedzovať na osobnej slobode.**

Neobstojí argument o možnosti privolania pomoci cez signalizačné zariadenie, pretože aj niekoľkonásobné zvonenie negarantuje príchod zamestnancov (čoho sme boli aj svedkom u iných klientov). Navyše, za zamknutými dverami môže z akéhokoľvek dôvodu vzniknúť konflikt aj medzi samotnými klientmi, ak sú v izbe ubytovaní viacerí, dôsledkom čoho môže byť vážne ohrozenie zdravia a života s fatálnymi následkami.

Zamykanie klientov v izbách považujeme za absolútne nevhodné a kruté zaobchádzanie, ktoré **bez zákonného podkladu** a bez



Obr. 7

zohľadnenia proporcionality obmedzuje ich osobnú slobodu a ohrozuje aj život – pri požiaroch či iných neočakávaných živelných udalostiach. Práve v čase písania tohto článku 21.12.2021 došlo v Centre sociálnych služieb Zátisie v Osadnom k požiaru, pri ktorom zahynul na mieste jeden klient a ďalší traja zomreli na následky zranení o niekoľko dní. Predmetom nášho skúmania je aktuálne aj to, aké boli v budove prístupy z hľadiska bezbariérovosti pre klientov umiestnených na poschodiach, napríklad aj to, či klienti neboli uzamknutí v izbách zvonku alebo fixovaní v posteliach, z ktorých sa bez pomoci inej osoby človek nedostane.



Obr. 8

„Sieťové“ postele a postele s obmedzujúcimi bočnicami

Niektoré zariadenia používajú v rozpore so zákonom tzv. „sieťové postele“ a iné prostriedky obmedzenia. Aj napriek celkom jasnému zákazu používania takýchto prostriedkov obmedzenia klientov bolo zistené v jednom zariadení použitie sieťovej postele, čo zamestnanci zariadenia odôvodnili predpisom lekára (obr. 8,9).

V inom zariadení boli používané uzatvorené drevené ohrádky - bočnice, ktoré sa nedajú zložiť a človek je tam umiestnený na dlhší čas, až kým ho niekto nepríde uvoľniť.



Obr. 9

Obmedzovacie prostriedky môžu byť použité, len ak je priamo ohrozený život alebo zdravie prijímateľa sociálnych služieb, a to len na čas nevyhnutne potrebný na odstránenie bezprostredného ohrozenia. Použitie prostriedkov netelesného obmedzenia má prednosť pred prostriedkami telesného obmedzenia. Použitie telesného obmedzenia musí nariadiť alebo schváliť psychiater. Všetky prípady použitia obmedzení musia byť zapísané do zvláštneho registra a nahlasované Ministerstvu práce, sociálnych vecí a rodiny SR a od 1. júla 2021 aj dôverníkovi klienta.

Pri použití bočníc, ktorých účelom je zabránenie pádu klienta z lôžka, musí mať klient možnosť bočnicu zložiť, odsunúť alebo privolať si pomoc, napr. signalizačným zariadením. Pri monitoringoch boli zistené aj skutočnosti nasvedčujúce tomu, že **pri fixácii nechajú zamestnanci klienta dlhodobo bez dohľadu**, pričom tento postup je jednoznačne v rozpore so zmyslom fixácie ako preventívneho opatrenia na predchádzanie pádu klienta, a má skôr znaky obmedzenia osobnej slobody, podobne ako sieťová posteľ a rôzne vyššie uvedené drevené ohrádky.

Obmedzenie pohybu človeka je zásahom do jeho osobnej integrity, ktorý predstavuje závažné porušenie jeho základných ľudských práv. Zariadenia týmito postupmi porušujú právo klientov na ľudskú dôstojnosť, právo na súkromie a právo na ochranu pred mučením alebo krutým, neľudským či ponižujúcim zaobchádzaním alebo trestaním. Odôvodnenie používania sieťových postelí nemožno považovať za legitímne.

V čase prípravy tohto článku, 20.12.2021 **Výbor OSN proti mučeniu vydal stanovisko, v ktorom odsudzuje používanie tzv. sieťových postelí v zariadeniach sociálnych služieb na Slovensku** a konštatuje, že ide o konanie v rozpore s Dohovorom o právach osôb so zdravotným postihnutím. Víťame toto rozhodnutie Výboru OSN. Vytvára sa tak priestor na účinnejší zásah proti takýmto historicky zaužívaným praktikám, ktoré sa pritom od roku 2009, podľa zákona č. 448/2008 Z. z. o sociálnych službách v znení neskorších predpisov, nesmú v zariadeniach sociálnych služieb používať.

Starostlivosť o klientov a uplatnenie práva na najvyššiu dosiahnuteľnú úroveň fyzického a duševného zdravia

Podľa článku 25 Dohovoru o právach osôb so zdravotným postihnutím klienti majú právo na to, aby im bol v zariadení poskytovaný čo najvyšší dosiahnuteľný zdravotný štandard. V rámci starostlivosti o klientov považujeme za nevyhnutné, aby zariadenie vyvíjalo iniciatívu na zabezpečenie preventívnych prehliadok klientov u všeobecného lekára zariadenia a preventívnych prehliadok u zubného lekára a iných špecialistov a ich absolvovanie evidovalo.

Upozorňujeme na to, že mnohí klienti si lekárske prehliadky nevedia zabezpečiť sami a nemajú ani rodinných príslušníkov, ktorí by im preventívne prehliadky zabezpečili. Zariadenie nie je povinné prekračovať svoju kompetenciu a oboznamovať sa s obsahom týchto prehliadok, malo by však iniciatívne aktívne zisťovať, či klienti prehliadky absolvovali, evidovať, kedy by mali prehliadku absolvovať opätovne, pripomínať im dátum, pomôcť s jej absolvovaním a šíriť osvetu medzi nimi o prínose absolvovania týchto prehliadok pre samotných klientov. V navštívených zariadeniach prevažná väčšina klientov nemá žiadne zuby, čo nedáva priaznivý obraz o primeranej zdravotnej starostlivosti.

Nemenej dôležitým prvkom v starostlivosti o klientov je venovanie dostatočnej pozornosti systematickému sledovaniu príjmu tekutín a stravy, najmä u klientov, ktorí nie sú, s ohľadom na svoj zdravotný stav, schopní zaistiť si sami dostatočný pitný režim, prípadne patria k ohrozeným z hľadiska vzniku podvýživy. Tento príjem je potrebné neustále sledovať a pravidelne vyhodnocovať pomocou objektívnych ukazovateľov (tekutiny, tlak, hmotnosť...).

V starostlivosti o klientov je potrebné mať nastavené jednoznačné procesy tak, aby nedochádzalo k fiktívnemu zapisovaniu opatrovateľských úkonov vopred, napr. v jednom zariadení boli ráno zapísané úkony podania liekov alebo napr. polohovania klientov aj s večerným údajom.

Nezanedbateľné sú podnety klientov, v ktorých nám **opisujú svoje ťažké psychické stavy, pocity opustenia a osamelosti, úzkosti a nedostatočnej pozornosti zo strany zamestnancov**. Klienti pod vplyvom takéhoto duševného rozpoloženia začínajú chradnúť, prijímajú malé množstvo stravy a ich fyzická sila sa stráca. Preto je dôležité, aby zamestnanci venovali dostatočnú individuálnu pozornosť klientovi, ktorý signalizuje takéto strádanie, príp. aby mu zabezpečili odbornú pomoc špecialistom z oblasti duševného zdravia. **Individuálny prístup ku klientom je aj v tejto oblasti nevyhnutnosťou**. Po doručení takého podnetu, ak klient súhlasí, kontaktujeme dané zariadenie a riešime opísanú situáciu. V tomto radi konštatujeme prístupnosť vedenia zariadenia pomôcť danému klientovi a vyjsť mu v ústrety pri riešení jeho ťažkostí individuálnym prístupom.

Niektoré situácie počas monitoringov zostávajú dlhodobo v našej pamäti. Ide napr. o návštevu v izbe klientky, ktorá bola ležiaca, nevedela rozprávať. Pozerala uprene na strop. Na našu otázku, prečo táto pani nemá v izbe aspoň rádio a nejakými doplnkami zútulnenú izbu, sociálna sestra reagovala vetou „veď si o to nepožiadala“. Daná klientka v dôsledku svojho zdravotného postihnutia pritom nerozprávala.

Strach a sťažnosti klientov

Boli sme aj svedkami ignorovania želaní a potrieb klientov. Nie je výnimočná situácia, keď klient **má strach privolať si pomoc** z dôvodu nevhodných reakcií zamestnancov. Pri osobnej skúsenosti počas monitorovacej návštevy klientka, ktorej bolo treba ísť na toaletu, ale sama nebola schopná sa na toaletu dostať, v kŕčoch čakala, keď príde zodpovedný zamestnanec. Bála sa použiť signalizačné zariadenie na privolanie pomoci, pretože bola niekoľkokrát upozornená personálom, že musí vždy čakať, až kým oni prídu počas pravidelnej, avšak veľmi občasnej, obchôdzky.

Pri monitorovacích návštevách, ako aj z podnetov klientov a ich rodinných príslušníkov doručených úradu sme zistili, že **sa boja sťažovať** na nedostatočne poskytované služby,

aby sa im zamestnanci, či vedenie zariadenia nepomstili. Niektoré zariadenia nemali vypracovanú žiadnu internú smernicu na vybavovanie a podávanie sťažností klientov, ktorá by upravovala prijímanie, evidovanie, prešetrenie a kontrolu vybavovania ich sťažností. Klienti o takejto možnosti neboli informovaní.

Ochranu práv klientov je nutné a potrebné zabezpečiť prostredníctvom **efektívneho sťažnostného mechanizmu tak, aby boli klienti chránení pred negatívnymi dôsledkami svojej sťažnosti**. Je nutné, aby zariadenia zabezpečili informovanosť klientov o postupoch, ako sa môžu sťažovať na kvalitu poskytovania sociálnych služieb a na nevhodné správanie zamestnancov na báze dôvery. Na tieto zistenia reaguje aj poslancová novela zákona o sociálnych službách účinná od 1. júla 2021, podľa ktorej takéto sťažnosti v mene klienta môže podať klientov dôverník.

Zo strany zariadení sa stretávame aj s vyjadreniami, že klienti sú so všetkým spokojní, a preto zariadenie nepotrebuje nič evidovať. **Takýto prístup je popieraním práv klientov na podanie sťažnosti na poskytovanie sociálnych služieb**.

Podpora nezávislého života klientov

Podľa článku 19 Dohovoru o právach osôb so zdravotným postihnutím má každý človek so zdravotným postihnutím právo na nezávislý spôsob života a zapojenie do spoločnosti. Toto právo veľmi úzko súvisí aj so sociálnymi službami. Zmyslom poskytovania sociálnych služieb je predovšetkým nahradiť klientom v čo najväčšej možnej miere ich domov, naplniť ich individuálne potreby a pomáhať im pri zdolávaní ťažkostí vyvolaných ich nepriaznivým zdravotným stavom tak, aby boli čo najviac samostatní v každodenných činnostiach.

Zariadenia veľmi často **zanedbávajú klientov, ktorí sú imobilní, venujú im len nevyhnutnú pozornosť za účelom zabezpečenia základných úkonov**, ktoré pre nich zamestnanci zariadenia musia vykonať a nedefinujú žiadne konkrétne oblasti, v ktorých sa snažia viesť imobilných klientov k nezávislosti.

Dôležité je venovať zvýšenú pozornosť aktivizácii všetkých klientov, vrátane imobilných, **vytvoriť pre nich „na mieru šitý“ individuálny plán, resp. súpis aktivít s ohľadom na ich schopnosti, možnosti a zdravotné postihnutie**, ktoré s nimi môžu zamestnanci za účelom podpory k nezávislému spôsobu života vykonávať. Významné je aj nájsť spôsob na individuálnu motiváciu klientov k účasti na ponúkaných aktivitách, spoločenskom živote s podporou nezávislosti klientov, a to napr. aj hľadaním vhodnej práce, za ktorú klient dostane mzdu.

Finančné prostriedky klientov

Opätovne sme monitorovacími návštevami zistili, že nedoplatky klientov za poskytované sociálne služby sú hradené aj zo zákonom chránenej sumy tzv. vreckového na základe súhlasu konkrétneho klienta alebo jeho opatrovníka (prípadne blízkej osoby). Praxou sa stalo, že u klientov, u ktorých sa uplatňuje ochrana príjmu, klient dostane mesačne k dispozícii pre svoju potrebu vreckové v obmedzenej čiastke tak, aby sa mu každý mesiac ušetrili nejaké čiastky. Následne po nakumulovaní určitej čiastky túto sumu použijú na uhradenie nedoplatku za sociálnu službu.

Hoci má každý klient právo rozhodnúť sa, ako použije svoje finančné prostriedky, riešenie úhrady dlhu z finančných prostriedkov, ktoré sú tzv. vreckovým, nemožno považovať za správne, pretože je v rozpore s účelom využitia týchto prostriedkov podľa § 73 zákona o sociálnych službách.

Aktivity klientov

Aktivity klientov sú často nedostatočné a minimálne. **Klienti vedú život bez zmysluplného naplnenia času**, bez podpory ich sebestačnosti a samostatnosti a trávajú väčšinu svojho času v izbách alebo pozeraním televízora.

Zariadenie sa často spolieha na aktivizáciu samotných klientov. Potrebné je zabezpečiť klientom celodenné aktivity, ktoré budú pokračovať aj po skončení pracovnej doby sociálnych pracovníkov, čím sa zabráni pasívnemu správaniu sa klientov a budú sa ďalej rozvíjať ich sociointegračné a sebarealizačné aktivity.

Spôsobilosť na právne úkony

Jedným z dôležitých článkov Dohovoru o právach osôb so zdravotným postihnutím, ktorý je „srdcom Dohovoru“ je článok 12 Rovnosť pred zákonom. Dotýka sa najmä spôsobilosti na právne úkony. Prijatie predmetného článku významným spôsobom mení chápanie schopností osôb s určitým zdravotným hendikepom.

Zakotvuje veľmi významné **podporované rozhodovanie, asistované rozhodovanie alebo rozhodovanie s podporou poradcov**. Režim podporovaného rozhodovania otvára tiež možnosti na **zrušenie náhradného rozhodovania, t. j. rozhodovania opatrovníkmi**. Najmä s osobami s mentálnym a psychosociálnym postihnutím sa nevyhnutne historicky spája model náhradného rozhodovania, ktorý predstavuje **vážny zásah do spôsobilosti na právne úkony** v podobe obmedzenia alebo pozbavenia na právne úkony. Autoritatívne zásahy do spôsobilosti na právne úkony a poskytnutie všemožnej a mnohokrát ani nekontrolovanej moci opatrovníka nad klientom musia byť prekonané. **Aj v tejto oblasti sme zistili rôzne nedostatky**.

Počas monitorovacích návštev sme pozornosť zamerali na klientov, ktorí sú pozbavení či obmedzení v spôsobilosti na právne úkony. Právna úprava o opatrovníkoch osôb pozbavených spôsobilosti na právne úkony alebo s obmedzenou spôsobilosťou na právne úkony alebo s obmedzenou spôsobilosťou na právne úkony v ustanovení § 27 ods. 3 Občianskeho zákonníka, ktorý ustanovuje, že ak sa za opatrovníka nemôže ustanoviť príbuzný fyzickej osoby ani iná osoba, ktorá spĺňa podmienky pre ustanovenie za opatrovníka, ustanoví súd za opatrovníka orgán miestnej správy, prípadne jeho zariadenie, ak je oprávnené vystupovať svojím menom.

Prípadný stret záujmov opatrovníka a opatrovanca je riešený v ustanovení § 30 Občianskeho zákonníka tak, že ak dôjde k stretu záujmov zákonného zástupcu (opatrovníka) so záujmami zastúpeného (opatrovanca) alebo k stretu záujmov tých, ktorých zastupuje ten istý zákonný zástupca, ustanoví súd osobitného zástupcu.

V zariadeniach sociálnych služieb sa nachádza **vysoký počet klientov pozbavených, alebo obmedzených v spôsobilosti na právne úkony**, pričom **opatrovníkom je obvykle zariadenie sociálnych služieb alebo jeho riaditeľ, navyše, takýto klient nemá ani stanoveného kolízneho opatrovníka.**

Z celkového počtu 824 ubytovaných klientov v 9 monitorovaných zariadeniach v roku 2020 je 223 klientov pozbavených/obmedzených v spôsobilosti na právne úkony. Z tohto celkového počtu boli zariadenia opatrovníkmi 196 klientov a rodina bola opatrovníkom 27 klientom.

Vo veci ustanovovania opatrovníkov klientom, ktorí sú pozbavení/obmedzení v spôsobilosti na právne úkony, **považujeme za nevyhnutné, aby za opatrovníka nebolo určené zariadenie sociálnych služieb, ale aby za opatrovníka bola predovšetkým ustanovená rodina/príbuzní alebo obec.** Obce neboli opatrovníkom žiadneho klienta v nami monitorovaných zariadeniach v roku 2020.

Graf č. 2 – Spôsobilosť na právne úkony



Graf č. 2

Keďže mnohé zariadenia sú opatrovníkom klientov, navrhovali sme navštíveným zariadeniam, aby sa vzdali výkonu opatrovníckej funkcie. Toto odporúčanie vyplýva z niekoľko-ročných skúseností, ktoré máme v tejto oblasti, potvrdených spracovanou analýzou Úradu komisára. Rozhodujúce pre takýto záver bolo okrem iného porovnanie rôznych situácií života klientov a práv a povinností zariadení sociálnych služieb ako právnických osôb.

Môžeme konštatovať, že **v právnom vzťahu opatrovník a zariadenie v jednej osobe ide jednoznačne o konflikt záujmov vo vzťahu ku klientovi** tohto zariadenia. Veľa zariadení si túto skutočnosť konfliktu záujmu uvedomuje, ale po podaní návrhu na súdne konanie o zmenu opatrovníka, nie všetky obce sú stotožnené s výkonom funkcie opatrovníka, a to ani v prípade, ak klient nemá rodinu, ktorá by sa o neho zaujímala.

Monitoring preukázal, že **zariadenia majú obmedzené skúsenosti so súdnym konaním na vrátenie spôsobilosti na právne úkony klientom**, ktorí boli podľa

staršej právnej úpravy pozbavení spôsobilosti na právne úkony alebo ich spôsobilosť na právne úkony bola obmedzená.

Aj naďalej **prevláda ochranársky prístup zariadení vo vzťahu k svojim klientom.** V tejto oblasti poskytujeme klientom a zariadeniam aktívnu pomoc a mnohých sprevádzame súdnym konaním na získanie šance na plnohodnotnejší život.

Zneužívanie funkcie opatrovníka zariadeniami sociálnych služieb

Aj v Správe o činnosti Úradu komisára pre osoby so zdravotným postihnutím z predošlého roku 2019 sme konštatovali, že súdy ustanovujú za opatrovníkov zariadenia sociálnych služieb. **Toto konanie je v rozpore s právnou úpravou a účelom zákonného zastupovania.**

Opatrovníkom, teda zákonným zástupcom osoby s obmedzenou spôsobilosťou na právne úkony, **má byť osoba nestranná, nezávislá, ktorá má konať v najlepšom záujme opatrovanca.**

Pri našej monitorovacej činnosti zariadení poskytujúcich celoročné sociálne služby sme zistili rôzne **zneužívanie funkcie opatrovníka zariadeniami**, či už išlo o verejných alebo neverejných poskytovateľov služieb.

Zistené boli napr. takéto pochybenia: **zmluvu o poskytovaní sociálnych služieb podpísali zariadenia sami so sebou** – na jednej strane ako poskytovatelia, na druhej strane ako súdom ustanovení opatrovníci klientov zariadení.

Rozšírila sa aj prax, že **v snahe získať finančné prostriedky pre svoje fungovanie, zariadenia uzatvárajú v mene klientov poistné zmluvy** – životné poistenie a zmluvy na zabezpečenie prostriedkov na úhradu nákladov spojených s poslednou rozlúčkou, v ktorých zariadenia uvádzajú seba ako príjemcov plnenia.

Klientov nevedú k samostatnosti, o všetkom rozhodujú zariadenia, aj keď nejde o právne úkony, nedochádza k vyúčtovaniu finančných prostriedkov, kontrola opatrovníkov súdmi je slabá.

Slabú kontrolu niektoré zariadenia využívajú na **vytváranie neopodstatnených poplatkov nad rámec zmluvy o poskytovaní sociálnych služieb.**

Nevhodnosť ustanovovania zariadení poskytujúcich sociálne služby za opatrovníkov svojim klientom podporuje aj Vecný zámer reformy opatrovníctva dospelých a seniorov v Slovenskej republike, pripravovaný od roku 2017 Ministerstvom spravodlivosti Slovenskej republiky, sekciou legislatívy. Vecný zámer obsahuje zákonnú diskvalifikáciu opatrovníctva zariadeniami sociálnych služieb a poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti, ktoré poskytujú službu alebo starostlivosť opatrovancovi. Toto obmedzenie bude platiť dokonca aj pre osoby, ktoré pracujú pre tieto subjekty, alebo sú s nimi inak spriaznené.

Skúsenosti z monitorovacej činnosti a vybavovaní individuálnych podnetov týkajúcich sa konaní opatrovníkov zhrnuté v jednotlivých správach o činnosti komisára pre osoby so zdravotným postihnutím boli podkladom k spracovaniu poslaneckého návrhu na novelu zákona o sociálnych službách, ktorá bola prijatá a publikovaná pod číslom 218/2021 Z. z. a podľa ktorej „poskytovateľ sociálnej služby alebo zamestnanec poskytovateľa sociálnej služby nemôže byť ustanovený za opatrovníka prijímateľa sociálnej služby v zariadení, v ktorom prijímateľovi sociálnej služby poskytuje sociálnu službu. Obmedzenie podľa prvej vety neplatí, ak štatutárny orgán poskytovateľa sociálnej služby alebo zamestnanec poskytovateľa sociálnej služby je blízka osoba prijímateľa sociálnej služby.“

OPATRENIA NA NÁPRAVU ZISTENÝCH NEDOSTATKOV

Za rok 2020 komisárka pre osoby so zdravotným postihnutím uložila deviatim zariadeniam sociálnych služieb, v ktorých sme vykonali osobný monitoring, celkovo 183 opatrení na nápravu.

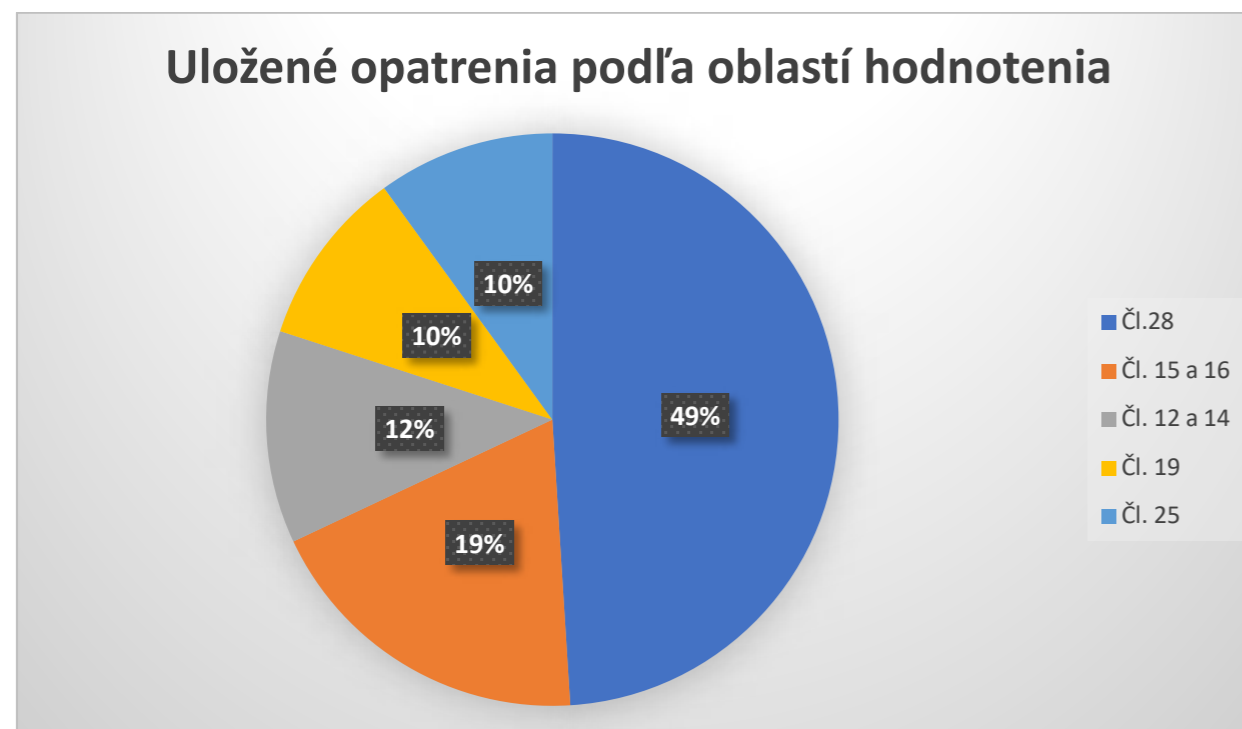
Ako je zrejmé z tabuľky č. 1 a z grafu č. 3, najviac uložených opatrení v počte 90, t. j. 49 % sa týkalo oblasti práva na primeranú životnú úroveň. V počte 34 opatrení, t. j. 19 % opatrení je uložených v oblasti ochrany pred mučením a iným krutým a neludským alebo ponižujúcim zaobchádzaním, 22 opatrení, t. j. 12 % opatrení v oblasti práva na uplatnenie spôsobilosti na právne úkony a práva na slobodu a osobnú bezpečnosť a 19 opatrení, t. j. 10 % opatrení v oblasti práva na najvyššiu dosiahnuteľnú úroveň fyzického a duševného zdravia. Najmenej, 18 opatrení, t. j. 10 % opatrení bolo uložených v oblasti práva na nezávislý spôsob života a zapojenie do spoločnosti.

Tabuľka 1

Oblasť	Počet uložených opatrení
Článok 28 Dohovoru Právo na primeranú životnú úroveň	90
Článok 25 Dohovoru Právo na najvyššiu dosiahnuteľnú úroveň fyzického a duševného zdravia	19
Článok 12 a 14 Dohovoru Právo na uplatnenie spôsobilosti na právne úkony a právo na slobodu a osobnú bezpečnosť	22
Článok 15 a 16 Dohovoru Ochrana pred mučením a iným krutým, neludským alebo ponižujúcim zaobchádzaním	34
Článok 19 Dohovoru Právo na nezávislý spôsob života a zapojenie do spoločnosti	18
SPOLU	183

Podľa stupňa závažnosti zistenia sme uložili plnenie opatrení na nápravu v rôznej dĺžke plnenia. **Opatrenia na nápravu majú svoju naliehavosť, náročnosť, a tiež dobu potrebnú k ich splneniu.**

Graf č.3 Počet uložených opatrení podľa oblastí hodnotenia v percentách



Bezodkladné opatrenia s termínom plnenia ihneď treba realizovať odo dňa obdržania správy, prípadne v najkratšej možnej dobe. Sú to opatrenia, ktorým prikladáme najvyššiu a bezodkladnú dôležitosť alebo ide o opatrenia, ktoré považujeme za objektívne ľahko realizovateľné.

Opatrenie s určenou lehotou je potrebné splniť v uvedenej lehote a opatrenia s priebežným plnením sú dané tam, kde treba zaviesť do praxe istý nový postup, prípadne sa niečoho zdržať.

Za rok 2020 bolo uložených 108 opatrení s termínom plnenia ihneď, ktoré tvoria 59 % všetkých opatrení. Bližšiu štatistiku uvádza tabuľka č. 2 a graf č. 4

Tabuľka č.2

Termíny plnenia	Počet uložených opatrení
Termín plnenia: ihneď	108
Termín plnenia: Do 31.12.2020	10
Termín plnenia: Do 30.6.2021	16
Termín plnenia: Do 31.12.2021	31
Termín plnenia: Do 31.12.2022	2
Termín plnenia: Priebežne	16

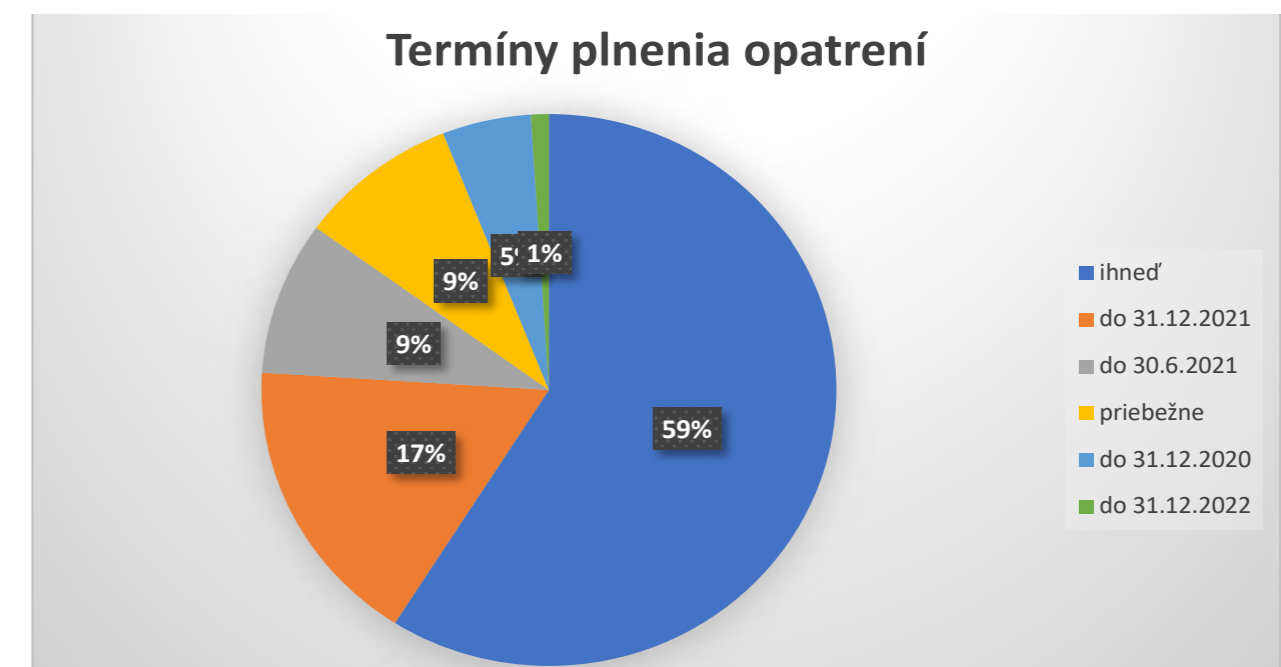
Pre porovnanie uvádzame v tabuľke č.3 informácie o počte monitoringov a počte uložených opatrení za roky 2017 – 2020.

Tabuľka č.3 Počet uložených opatrení od júna 2017 – 31.12.2020

Rok	Počet monitoringov	Počet opatrení
2017	20	133
2018	34	256
2019	39	524
2020	9	183
SPOLU	102	1096

Monitorované zariadenia boli vyberané na základe podnetov doručených na Úrad komisára pre osoby so zdravotným postihnutím. Po monitorovacej návšteve zariadenia a preverení informácií **sme v prípade troch zariadení (z celkového počtu 9) odstúpili podnety orgánom činným v trestnom konaní (§ 23 písm. a) bod 2. zákona č. 176/2015 Z. z.), oboznámenie so zisteniami z monitoringov a podnet na vykonanie kontroly plnenia podmienok na zápis do registra počas poskytovania sociálnej služby a povinností poskytovateľa sociálnej služby podľa ustanovenia § 81 písm. s) zákona o sociálnych službách komisárka zaslala príslušným samosprávnym krajom, a tiež sme signalizovali potrebu vykonania dohľadu nad poskytovaním sociálnej služby (§ 27 zákona č. 176/2015 Z. z.) Ministerstvu práce, sociálnych vecí a rodiny SR**

Graf č.4 Termíny plnenia opatrení



PRÍKLAD PRÍNOSU MONITORINGOV ZARIADENÍ SOCIÁLNYCH SLUŽIEB Z POHLĀDU ÚRADU KOMISÁRA PRE OSOBY SO ZDRAVOTNÝM POSTIHNUTÍM

Po realizácii monitoringu zariadenia a vyhodnotení zistení má Úrad komisára pre osoby so zdravotným postihnutím oprávnenie uložiť zariadeniu opatrenia na nápravu, a následne sledovať aj plnenie uložených opatrení. Týmto spôsobom je možné dosiahnuť nápravu v zariadení vo vzťahu ku všetkým jeho klientom.

Okrem prínosu pre samotných klientov konkrétneho zariadenia však Úrad komisára pre osoby so zdravotným postihnutím spracováva aj Správy o činnosti predkladané do NR SR a v nich navrhuje konkrétne odporúčania na prijatie legislatívnych zmien.

PRÍNOS NÁRODNÉHO PROJEKTU DEINŠTITUCIONALIZÁCIA ZARIADENÍ SOCIÁLNYCH SLUŽIEB Z POHLĀDU ÚRADU KOMISÁRA PRE OSOBY SO ZDRAVOTNÝM POSTIHNUTÍM

Ako jednu z veľmi efektívnych možností na zlepšenie poskytovania sociálnej služby odporúčame niektorým zariadeniam pri výkone monitoringu aj zapojenie sa do Národného projektu deinštitucionalizácia zariadení sociálnych služieb.

Pri zariadeniach, ktoré takéto odporúčanie využili, môžeme už po krátkom čase pozorovať pozitívne zmeny prinajmenšom v myslení zamestnancov, ale aj reálne zmeny v prístupe ku klientom z pohľadu rešpektovania ich práv, snahu hľadať nové možnosti individualizovaného prístupu, či nové možnosti zapojenia klientov do bežných činností v komunite.

Z tohto pohľadu zastávam názor, že napríklad **vytvorenie transformačného tímu**

Jednou z takýchto zmien, ku ktorej prišlo aj na základe dlhodobých odporúčaní nášho úradu, je **zmena v zákone o sociálnych službách, na základe ktorej nemôže byť zariadenie sociálnych služieb ustanovené za opatrovníka klientovi, ktorému sa v tomto zariadení poskytuje sociálna služba.** Ide o poslanecký návrh zmeny zákona, ktorý sa opiera aj o zistenia nášho úradu a reflektoval na existujúci konflikt záujmov medzi zamestnancami zariadenia sociálnych služieb a klientom najmä vo vzťahu k nakladaniu s jeho finančnými prostriedkami a tvorbou úspor na strane jednej a platení úhrady za poskytovanú sociálnu službu na strane druhej.

v zariadení (v rámci projektu) je cestou k trvalej realizácii pozitívnych zmien. Slabé stránky zariadenia najlepšie poznajú jeho zamestnanci a s dostatkom odborne kvalitných informácií **práve zamestnanci dokážu v zariadení presadiť skutočnú zmenu paternalistického prístupu ku klientom.**

K zlepšeniu životných podmienok ľudí so zdravotným postihnutím majú slúžiť aj Národný program rozvoja životných podmienok ľudí so zdravotným postihnutím či Národný program aktívneho starnutia.

Tešíme sa, že aj výkonom monitorovacej činnosti Úradu komisára pre osoby so zdravotným postihnutím zlepšujeme konkrétne životné podmienky ľudí v inštitúciách, rúcame bariéry

v myslení a vytvárame podmienky pre ľudí so zdravotným postihnutím prijať vlastné rozhodnutie o svojom živote, o svojej vlastnej práci, o svojom vzdelávaní, o svojej budúcej rodine

alebo napr. o svojom rozhodnutí na naplnenie práva na nezávislý spôsob života a začlenenie sa do spoločnosti garantovanými Dohovorom o právach osôb so zdravotným postihnutím.

OCENENIE ZAMESTNANCOV ZARIADENÍ SOCIÁLNYCH SLUŽIEB POČAS PANDÉMIE COVID-19

Pandemická situácia v uplynulých dvoch rokoch postavila personál zariadení sociálnych služieb pred náročné skúšky, pri ktorých museli svojimi konkrétnymi skutkami preukázať, že im na ich klientoch skutočne záleží. Mnohí zamestnanci strávili v práci celé týždne, často na úkor svojich vlastných rodín.

Aj keď sa niektoré zariadenia museli vysporiadať so skutočne vážnymi personálnymi problémami, nemáme vedomosť, že by v niektorom zariadení bolo potrebné zabezpečiť starostlivosť o klientov inak, napríklad nasadením armády (ako sa to stalo v niektorých iných štátoch).

Veľmi si vážime osobné nasadenie zamestnancov a oceňujeme aj konkrétne podporné

kroky zo strany Ministerstva práce, sociálnych vecí a rodiny SR, ako aj vyšších územných celkov.

Na základe našich skúseností z tohto obdobia veríme, že zariadenia sociálnych služieb majú vo svojich zamestnancoch veľký potenciál, oplatí sa do nich investovať a poskytnúť im čo najväčšie množstvo informácií, skúseností a rozvoj ich zručností.

Aj Národný projekt deinštitucionalizácia zariadení sociálnych služieb predstavuje určitý priestor na vzájomnú výmenu skúseností, informácií a odborných poznatkov ľudí, ktorých spoločným cieľom je sociálne služby zlepšiť.

JUDr. Zuzana Stavrovská,
komisárka pre osoby
so zdravotným postihnutím

Mgr. Elena Koritšánska,
hovorkyňa Úradu komisára pre osoby
so zdravotným postihnutím

INSTITUCIONALIZACE, POSTIŽENÍ A STÁRNUTÍ

ÚSTAVNÍ PÉČE O STARŠÍ OSOBY V ČESKÉ REPUBLICE

Vydané so súhlasom a v spolupráci s:

Fórum pro lidská práva je mezinárodní lidskoprávní organizace, která působí ve středoevropském regionu. Poskytuje advokační i litigační podporu národním i mezinárodním lidskoprávním organizacím a vede národní i mezinárodní litigační aktivity. Fórum litiguje řadu případů před národními soudy i Evropským soudem pro lidská práva, je autorem či spoluautorem řady zpráv o situaci ve středoevropském regionu, především v České republice a na Slovensku, adresovaných orgánům OSN i Rady Evropy. www.forumhr.eu

Validity Foundation – Mental Disability Advocacy Centre je mezinárodní nevládní organizace, která používá právní strategie k prosazování, ochraně a obhajobě lidských práv osob s mentálním či psychosociálním postižením v Evropě a Africe. Validity je držitelem zvláštního konzultačního statusu u Hospodářské a sociální rady OSN (ECOSOC) a participativního statusu u Rady Evropy. www.validity.ngo

ZKRATKY

MPSV – Ministerstvo práce a sociálních věcí; ústřední orgán odpovídající za systém sociálních služeb a sociální zabezpečení.

UN CESCR – Výbor OSN pro hospodářská, sociální a kulturní práva.

UN CRPD – Výbor OSN pro práva osob se zdravotním postižením.

DEFINICE A GLOSÁŘ

V tomto glosáři definujeme několik klíčových konceptů, které jsou v této zprávě používány. Konkrétně rozlišujeme mezi dvěma skupinami starších osob: (i) tou, kterou definuje pouze její věk, a tou, kterou vedle věku

charakterizuje též potřeba podpory. Tyto skupiny se vzájemně překrývají. V rámci druhé z uvedených skupin bychom měli rovněž rozlišovat mezi lidmi, kteří potřebují podporu pouze z důvodu věku, a těmi, kteří ji potřebují z důvodu postižení, anebo z důvodu kombinace obou faktorů. Takové subtilní vymezení nicméně vyžaduje dostupnost odpovídajících dat, což však není případ České republiky. V tomto směru je tedy výzkum limitován.

Cílem tohoto výzkumu je popsat rozsah institucionalizace lidí pokročilého věku, bez ohledu na to, zda potřebují podporu. Jinými slovy, výzkum je inkluzivní v tom smyslu, že zahrnuje všechny skupiny starších osob,

včetně starších osob s postižením. Pokud výzkum ukazuje, že je zde obecně nedostatek komunitních služeb pro starší osoby, a tento nedostatek je rovněž prokazatelný na základě dostupných informací týkajících se specifických institucí pro lidi s mentálním a/nebo psychosociálním postižením, pak je zřejmé, že lidé pokročilého věku jsou vystaveni riziku institucionalizace. Jinými slovy, nedostatek alternativ postihuje každého, včetně těch, kteří spadají do kategorie starších osob (i), uvedené výše, z nichž někteří mohou v budoucnu spadat též do druhé kategorie, vezmeme-li například v úvahu povahu některých progresivních onemocnění, jako je demence. V řadě situací jsme nebyli schopni jednoznačně oddělit starší osoby obecně a starší osoby s postižením. Tato skutečnost však přesto nemá vliv na ústřední argument představený v této zprávě, a to, že rozsah institucionalizace starších osob, včetně osob s postižením, je masivní, alternativy jsou nedostatečné, přičemž vládní politiky tuto situaci nevnímají z hlediska mezinárodního práva lidských práv jako problém.

Dále definujeme několik typů „sociálních služeb“. Tyto definice vychází primárně z české legislativy, konkrétně ze zákona o sociálních službách. Zákon definuje řadu „sociálních služeb“, které poskytují a zajišťují škálu aktivit, včetně ubytování, stravy a výživy, které rovněž mohou být označeny jako „podpora“. Výraz „podpora“ odkazuje mj. k závazku poskytovatelů péče, včetně poskytovatelů ústavní péče, poskytovat „pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí“.¹ V praxi je časté rovněž neformální podporované rozhodování.

V návaznosti na tento stručný úvod je třeba nejprve vysvětlit, koho považujeme za **starší osobu**. V mezinárodním právu lidských práv neexistuje žádná jednoznačná definice starších osob. UN CESCR ve svém Obecném komentáři č. 6 vymezil starší osoby jako osoby starší 60 let.² Přesto, jak

vyplývá z nejnovějších pramenů doporučující povahy, mezi statutem starší osoby a jejím konkrétním věkem neexistuje žádné výslovné spojení.³ Tento přístup je výrazem podobného předpokladu, jaký se uplatňuje též ve vztahu k postižení, že objektivní charakteristika, jako je věk člověka, není rozhodující. Spíše je důležitý sociální status člověka a sociální překážky, kterým je vystaven – dvě souřadnice, které zde hrají roli. Přesto se zdá nezbytné, aby studie, jako je tato, měly jasný navigační bod. Proto jak kvantitativní, tak i kvalitativní data, která jsou představena níže, reflektují biologický věk. V České republice jsou starší lidé, kteří jsou zachyceni ve statistikách, a tudíž i v tomto výzkumu, starší 60 nebo 65 let. Níže uvádíme vždy přesnou věkovou hranici, jíž se prezentovaná data týkají.

V otázce postižení panuje jiná situace. Mezinárodní právo lidských práv poskytuje normativní definici postižení. Podle článku 1 Úmluvy o právech osob se zdravotním postižením (dále jen „CRPD“), **lidé s postižením** „zahrnují osoby mající dlouhodobé fyzické, duševní, mentální nebo smyslové postižení, které v interakci s různými překážkami může bránit jejich plnému a účinnému zapojení do společnosti na rovnoprávném základě s ostatními.“ Jak bylo uvedeno výše, skupina starších osob může být dále členěna podle dalších charakteristik, např. charakteristiky „podpory“. Proto, pro účely této studie, je **starší osobou závislou na podpoře jiných osob** osoba, jejíž plná soběstačnost je narušena, ať již v důsledku věku nebo postižení, nebo v důsledku věku a postižení, a to v míře, že tato osoba potřebuje podporu ze strany jiného či jiných, aby obstarala své základní životní potřeby. Vezmeme-li v úvahu předmět tohoto výzkumu, jakož i skutečnost, že cílovou skupinou služeb sociální péče jsou podle českého práva ze starších osob pouze ti, kteří jsou závislí na podpoře, budeme dále v textu používat pro označení této skupiny pouze zkrácený výraz „starší osoba“, ledaže bychom výslovně uvedli opak.

¹ Viz zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách (dále jen „zákon o sociálních službách“), § 35 odst. 1 písm. j).

² Obecný komentář UN CESCR č. 6 (1995): Hospodář-

ská, sociální a kulturní práva starších osob, odst. 1.
³ A/74/186, 2018.

U „sociálních služeb“ se zaměřujeme na **domovy pro osoby se zdravotním postižením**. Podle českého práva se jedná o pobytové sociální služby, které poskytují ubytování, stravu a podporu lidem, kteří mají sníženou soběstačnost z důvodu zdravotního postižení a jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné osoby.⁴ V těchto zařízeních žije široké spektrum uživatelů různého věku a různého typu postižení a v současnosti se jedná o jediná zařízení, která jsou součástí deinstitucionalizačního diskurzu (viz níže kapitola 4.3). Avšak i v případě těchto zařízení se deinstitucionalizace týká mladších lidí s nižší potřebou podpory.

Dalšími pobytovými zařízeními jsou **domovy pro seniory**, které jsou zákonem definovány jako pobytová zařízení sociální péče, která poskytují ubytování, stravu a podporu lidem, kteří mají sníženou soběstačnost zejména z důvodu věku a jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby.⁵ Zákon o sociálních službách rovněž upravuje **domovy se zvláštním režimem**. Ty jsou pobytovými zařízeními sociální péče, která poskytují ubytování, stravu a podporu „mají sníženou soběstačnost z důvodu chronického duševního onemocnění nebo závislosti na návykových látkách, a osobám se stařeckou, Alzheimerovou demencí a ostatními typy demencí“.⁶ Domovy se zvláštním režimem jsou přísně organizovanými institucemi s intenzivním dohledem a kontrolou, na což odkazuje i výraz „zvláštní režim“ užitý v jejich označení. Zákon vyžaduje, aby byl režim přizpůsoben specifickým potřebám těchto osob.

Nepobytové a komunitní služby sociální péče mohou být dále rozděleny na ambulantní a terénní. Z ambulantních služeb sociální péče⁷ poskytují podporu starším lidem

především **centra denních služeb a denní stacionáře**. Obě služby si jsou velmi podobné a liší se pouze v drobných detailech. Poskytují službám osobám s omezenou soběstačností z důvodu věku, chronického onemocnění nebo zdravotního postižení, jejichž situace vyžaduje pomoc jiné osoby.⁸ Služby poskytované centry denních služeb a denními stacionáři zahrnují:

- pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu;
- poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy⁹;
- výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti;
- zprostředkování kontaktu se společenským prostředím;
- sociálně terapeutické činnosti;
- pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí;
- pomoc při zvládání běžných úkonů péče o vlastní osobu.¹⁰

Terénními službami jsou osobní asistence a pečovatelská služba.¹¹ **Osobní asistence** je terénní službou sociální péče, která je poskytována lidem se sníženou soběstačností z důvodu věku, chronického onemocnění nebo zdravotního postižení, jejichž situace vyžaduje pomoc jiné fyzické osoby.¹² Služba

⁴ § 66). Činíme tak proto, že tyto služby neposkytují podporu v péči, a proto nejsou dostatečné pro zajištění nezávislého života lidí, kteří jsou závislí na podpoře jiných osob.

⁸ Zákon o sociálních službách, § 45. Zákonná definice cílové skupiny denních stacionářů se liší toliko v tom, že zmiňuje osoby s chronickým duševním onemocněním namísto osob s chronickým onemocněním. – Viz zákon o sociálních službách, § 46.

⁹ V případě denních stacionářů tato činnost zahrnuje pouze poskytnutí stravy, nikoli pomoc při zajištění stravy.

¹⁰ Pouze v případě denních stacionářů.

¹¹ Pečovatelská služba může být podle zákona poskytována rovněž v ambulantní formě, ale je poskytována převážně terénně. Proto na ni budeme níže odkazovat jako na terénní službu.

¹² Zákon o sociálních službách, § 39.

je poskytována bez časového omezení, v přirozeném prostředí člověka. Zahrnuje činnosti, které člověk potřebuje, včetně těchto základních činností:

- pomoc při zvládání běžných úkonů péče o vlastní osobu;
- pomoc při osobní hygieně;
- pomoc při zajištění stravy;
- pomoc při zajištění chodu domácnosti;
- výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti;
- zprostředkování kontaktu se společenským prostředím;
- pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí.

Pečovatelská služba je terénní nebo ambulantní službou sociální péče poskytovanou lidem se sníženou soběstačností z důvodu věku, chronického onemocnění nebo zdravotního postižení, a rodinám s dětmi, jejichž situace vyžaduje pomoc jiné osoby.¹³ Služba poskytuje podporu ve vymezeném čase v domácnosti člověka, anebo v zařízení sociálních služeb. Tato podpora zahrnuje:

- pomoc při zvládání běžných úkonů péče o vlastní osobu;
- pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu;
- poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy;
- pomoc při zajištění chodu domácnosti;
- zprostředkování kontaktu se společenským prostředím.

¹³ Zákon o sociálních službách, § 40.

ÚVOD

V České republice jsou starší lidé, včetně starších lidí s postižením, skupinou, která je nejvíce institucionalizovaná. Rozsah institucionalizace je masivní. Přibližně pětkrát převyšuje míru institucionalizace osob s postižením mladších 60 let a devětkrát míru institucionalizace dětí. Jakkoli těžké je určit jejich přesný počet, odhad je, že tento převyšuje 55 000 osob. Podle tematické zprávy Českého statistického úřadu z roku 2019 „více než 2/3 klientů pobytových sociálních služeb bylo starších 65 let, konkrétně to bylo 10,5 tis. klientů ve věku 66-75 let, 19,1 tis. klientů ve věku 76-85 let, 21,5 tis. klientů ve věku 86-95 let a více než 1,5 tis. klientů starších 95 let.“¹⁴ Tato data zobrazují stav k 31. prosinci 2017 a od této doby počet starších osob v pobytových zařízeních sociální péče ještě vzrostl. Mezi těmito osobami jsou nerovnoměrně zastoupeny ženy. Představují 75 % klientů domovů pro seniory a 70 % klientů domovů se zvláštním režimem,¹⁵ v nichž dochází k institucionalizaci převážně starších osob. Podle citované zprávy 85 % klientů v domovech pro seniory a domovech se zvláštním režimem je starší 65 let.¹⁶

Starší lidé jsou institucionalizováni v rámci dvou oddělených systémů: (i) systému sociálních služeb, a (ii) systému zdravotních služeb. Výběr konkrétního systému a jeho služeb je často pouze otázkou náhody. Oba systémy institucionalizují stejné skupiny osob a vzájemně se výrazným způsobem překrývají. Fungují ve vzájemné symbióze. Nedostatečná dostupnost či finanční přístupnost terénních zdravotních služeb může vést k umístění

¹⁴ Český statistický úřad. Děti se zdravotním postižením a osoby se zdravotním postižením žijící mimo soukromé domácnosti 2018, s. 31. Zpráva je dostupná z: <https://www.czso.cz/document/ts/10180/130887156/26002319.pdf/4285473c-ec3e-4725-bf09-5860ee0f9757?version=1.3> [citováno 11. listopadu 2020].

¹⁵ *Ibid.*, s. 32.

¹⁶ *Ibid.*, s. 31.

člověka do pobytových služeb sociální péče, a nedostatečná dostupnost či finanční přístupnost terénních nebo i pobytových sociálních služeb může vést k prodloužení pobytu v zařízeních zdravotní péče. Přesto zde není žádný systém koordinace či společného plánování. To vytváří šedou zónu, v níž starší osoby mohou uváznout, a to bez dostatečných hmotněprávních i procesních záruk.

Navzdory této masivní institucionalizaci stojí starší lidé stranou deinstitucionalizačního diskurzu. Jejich institucionalizace je běžně považována „přirozenou“ v situaci, kdy se tyto lidé stávají závislí na podpoře jiných osob. Z důvodu stárnutí populace soustavně roste poptávka po službách sociální i zdravotní péče. Příslušné orgány se však stále spoléhají převážně na posilování kapacit ústavní péče, ať již prostřednictvím renovace a rozšiřování stávajících institucí, anebo zřizování nových. Rovněž množství veřejných zdrojů, které jsou vynakládány na ústavní péči o starší lidi, neúměrně narůstá oproti zdrojům, které jsou určeny na terénní a ambulantní alternativy. Systém je převážně ústavní.

Z právního hlediska vzbuzuje tato situace vážné znepokojení. Ačkoliv neexistuje žádná mezinárodní úmluva, která by přímo upravovala práva starších lidí, dopadají i na tuto skupinu osob požadavky autonomie, které vyplývají z Úmluvy OSN o právech osob se zdravotním postižením (dále jen „CRPD“). To zdůraznila i nezávislá expertka OSN pro užívání všech lidských práv staršími lidmi. Tyto požadavky nepochybně zahrnují právo žít nezávisle a být začleněn do společnosti (dále jen „právo na nezávislý život“), garantované v čl. 19 CRPD. Toto právo je někdy pojímáno jako klíčová podmínka a součást osobní autonomie a sebeurčení, dvou principů, na nichž je CRPD postavena.¹⁷

Právo na nezávislý život zaručuje lidem s postižením právo žít ve společnosti se stejnou možností volby, jakou mají jiní lidé, a právo na plnou inkluzi a participaci na životě této společnosti. To zahrnuje mj. právo na zajištění:

- možnosti zvolit si, na rovnoprávném základě s ostatními, místo pobytu, kde a s kým bude člověk žít, jakož i práva nebýt nucen žít ve specifickém prostředí;
- přístupu ke škále služeb poskytovaných v domácím prostředí, pobytových služeb a dalších podpůrných komunitních služeb, včetně osobní asistence, která je nezbytná pro nezávislý život a začlenění do společnosti a zabraňuje izolaci nebo segregaci;
- přístupnosti komunitních služeb a zařízení určených široké veřejnosti tak, aby tyto byly přístupné, na rovnoprávném základě s ostatními, i osobám se zdravotním postižením a braly v úvahu jejich potřeby.

Právo na nezávislý život bylo uznáno i mimo systém OSN Radou Evropy a jejími orgány. Evropský výbor pro sociální práva zmínil čl. 19 CRPD ve svém rozhodnutí týkajícím se přístupnosti sociálních služeb pro osoby s postižením podle článku 14 Revidované Evropské sociální charty (dále jen „ESCH“).¹⁸ Osobní působnost článku 14 ESCH je širší než u čl. 19 CRPD, jelikož tento garantuje přístup ke službám sociální péče pro „ty, kteří nemají dostatek osobních schopností a prostředků“.¹⁹ Jinými slovy, tento článek dopadá i na lidi bez postižení. Přesto je cílem čl. 14 ESCH zajistit, že se člověku dostane podpora nezbytná pro to, aby mohl žít nezávisle a byl začleněn do společnosti.²⁰ Aby toho cíle mohlo být dosaženo, je nezbytnou součástí práva podle článku 14 odst. 1 ESCH požadavek, aby v rámci

nabídky služeb sociální péče osobám, které tyto služby potřebují, existovala diverzita a pluralita.²¹ Je-li jediným nabízeným řešením život v instituci, není ve skutečnosti člověku ponechána žádná volba.²²

Článek 14 ESCH je formulován stejným způsobem jak v Evropské sociální chartě z roku 1961, tak v její revidované verzi. Revidovaná charta, která nebyla Českou republikou ratifikována, nicméně zahrnuje ustanovení týkající se specificky situace starších lidí, které je tak zvláštním ustanovením k obecnému čl. 14.²³ Jedná se o čl. 23 Revidované ESCH z roku 1996, který zakotvuje právo starších lidí na sociální ochranu. I to je však pro Českou republiku stále relevantní, jelikož Česká republika ratifikovala Dodatečný protokol z roku 1998, který obsahuje zcela shodné ustanovení v čl. 4. Česká Republika tak nejen uznala právo starších lidí na sociální ochranu – včetně práva na vhodná opatření zaměřená zejména k tomu umožnit starším lidem zůstat co možná nejdéle plnými členy společnosti, zvolit si způsob života a vést, zvolit si svobodně způsob života a vést, jak dlouho chtějí a mohou, nezávislý život v jim známém prostředí – ale je rovněž vázána jeho obsahem.

Tento výzkum nepředkládá právní argumenty, proč lze mít institucionalizaci starších lidí za protiprávní. Není normativní, ale empirický. Popisuje stávající situaci v České republice a dokládá rozsah institucionalizace starších lidí. Ačkoliv výzkum staví na analýze národní legislativy a politik, stejně jako na dostupných kvalitativních i kvantitativních datech, zjištění jsou evidentní a vzbuzují vážné znepokojení, zda Česká republika dostává výše citovaným lidskoprávním standardům. Obzvláště nápadný je nedostatek volby v obou relevantních systémech, tj. v systému sociální péče a zdravotní péče.

Zpracování dat pro účely tohoto výzkumu bylo uzavřeno ke konci roku 2020. V rámci přípravy zprávy byly poté zahrnuty též některé relevantní aktuální informace z jara 2021.

Nemůžeme vyloučit, že zpráva může obsahovat některé nepřesnosti, vzniklé v důsledku zpracování velkého množství dat. Tyto nepřesnosti nicméně nemění nic na popísané situaci a uplatněných argumentech. Upozorňujeme rovněž na skutečnost, že použité odkazy se mohly od okamžiku dokončení zprávy změnit, a tudíž nemusí fungovat.

¹⁷ CRPD/C/GC/5, odst. 3, 16 (a) a (c).

¹⁸ *Fédération Internationale des Ligues des Droits de l'Homme v. Belgium*, meritorní rozhodnutí ze dne 18. března 2013, stížnost č. 75/2011, odst. 113.

¹⁹ Digesta rozhodovací praxe Evropského výboru pro sociální práva [Digest of the case law of the European Committee of Social Rights], prosinec 2018, s. 155. Dostupné v angličtině z: <https://rm.coe.int/digest-2018-parts-i-ii-iii-iv-en/1680939f80> [citováno 11. listopadu 2020].

²⁰ Viz Digesta: „Cílem služeb sociální péče je blaho [angl. *well-being*], způsobilost stát se soběstačným a přizpůsobení jednotlivce nebo skupin sociálnímu prostředí.“ – *Ibid.*, s. 155.

²¹ *Fédération Internationale des Ligues des Droits de l'Homme v. Belgium*, meritorní rozhodnutí ze dne 18. března 2013, stížnost č. 75/2011, odst. 122.

²² *Ibid.*, odst. 114.

²³ *The Central Association of Carers in Finland v. Finland*, meritorní rozhodnutí ze dne 4. prosince 2012, stížnost č. 71/2011, odst. 49 a 55.

I. NÁRODNÍ PRÁVO

Tato kapitola se zaměřuje na základní představení relevantní národní legislativy. Je rozdělena do tří podkapitol, které odpovídají jednotlivým relevantním oblastem zájmu: (1) sociální služby; (2) zdravotní služby; a (3) neformální péče. Podkapitoly o sociálních službách a zdravotních službách jsou vystavěny podle stejné struktury. Přinášejí informace o právní úpravě (i) základních principů ovládajících poskytování těchto služeb; (ii) dostupnosti; (iii) financování; (iv) finanční přístupnosti; a (v) přijatelnosti a přizpůsobitelnosti sociálních služeb a zdravotních služeb. Podkapitola o neformální péči podává základní informace o existujících právních nástrojích podpory neformálních pečovateli s důrazem na materiální podporu.

1.1 Sociální služby

Poskytování sociálních služeb je upraveno zákonem č. 108/2006 Sb., o sociálních službách (dále jen „zákon o sociálních službách“) a na něj navazující vyhláškou č. 505/2006 Sb., která dále upřesňuje některá ustanovení zákona.

1.1.1 Základní principy

Zákon o sociálních službách upravuje základní principy ovládající systém sociálních služeb, jimiž jsou uznání lidské důstojnosti, autonomie, zplnomocnění a sociální integrace. Tyto principy však nejsou doprovázeny vynutitelnými právními mechanismy, a svou povahou tak zůstávají deklaratorní (pro více informací viz kapitoly 1.1.2 a 4.2).

Podle § 2 odst. 2 zákona o sociálních službách „[r]ozsah a forma pomoci a podpory poskytnuté prostřednictvím sociálních služeb musí zachovávat lidskou důstojnost osob. Pomoc musí vycházet z individuálně určených potřeb osob, musí působit na osoby aktivně, podporovat rozvoj jejich samostatnosti, motivovat je k takovým činnostem, které nevedou k dlouhodobému setrvávání nebo

prohlubování nepříznivé sociální situace, a posilovat jejich sociální začleňování. Sociální služby musí být poskytovány v zájmu osob a v náležité kvalitě takovými způsoby, aby bylo vždy důsledně zajištěno dodržování lidských práv a základních svobod osob.“

Zákon o sociálních službách člení sociální služby do tří kategorií:²⁴ (i) sociální poradenství; (ii) služby sociální péče; a (iii) služby sociální prevence.

Službami, které poskytují podporu lidem, kteří se nacházejí v situaci snížení soběstačnosti, a proto potřebují podporu v oblasti sebeobsluhy, udržování domácnosti, a kontaktu se společenským prostředím, jsou služby sociální péče.²⁵ Tyto služby mohou být poskytovány ve třech formách: (i) terénně; (ii) ambulantně; a (iii) pobytovou formou.

Ustanovení § 38 zákona o sociálních službách upřesňuje, že služby sociální péče musí být poskytovány v nejméně omezujícím prostředí. Podle něj „služby sociální péče napomáhají osobám zajistit jejich fyzickou i psychickou soběstačnost, s cílem podpořit život v jejich přirozeném sociálním prostředí a umožnit jim v nejvyšší možné míře zapojení do běžného života společnosti, a v případech, kdy toto vylučuje jejich stav, zajistit jim důstojné prostředí a zacházení. Každý má právo na poskytování služeb sociální péče v nejméně omezujícím prostředí.“

Princip „nejméně omezujícího prostředí“ byl ukotven v lednu 2012 novelou č. 366/2011 Sb. s cílem zajistit implementaci čl. 19 CRPD.²⁶ Jak nicméně ukazují data, tato novela neměla prakticky žádný dopad a právo na nezávislý způsob života stále není naplňováno.

1.1.2 Dostupnost sociálních služeb

Při zajišťování dostupnosti sociálních služeb hrají klíčovou roli samosprávné kraje. V České republice je 13 samosprávných

krajů (dále jen „krajů“). Hlavní město Praha má pro účely systému sociálních služeb rovněž postavení kraje.²⁷ V naší analýze ho proto považujeme za 14. kraj.

Zákon o sociálních službách stanoví, že kraje odpovídají za zajištění dostupnosti poskytování sociálních služeb na svém území.²⁸ Kraje mají povinnost přijmout tzv. „střednědobý plán rozvoje sociálních služeb“, který by musel vycházet ze spolupráce s dalšími relevantními aktéry, konkrétně obcemi na území kraje a zástupci poskytovatelů sociálních služeb, jakož i lidí, kterým jsou sociální služby poskytovány.²⁹ Každý kraj musí rovněž monitorovat plnění tohoto plánu. To je vyhodnocováno společně se zástupci obcí, poskytovatelů sociálních služeb a zástupců osob, kterým jsou sociální služby poskytovány.³⁰ O plnění plánu je informováno MPSV.³¹

Střednědobý plán rozvoje sociálních služeb je přijímán na 3 roky a může být doprovázen upřesňujícími akčními plány, které jsou přijímány na 1 rok.³² Zákon o sociálních službách stanoví pouze obecnou definici obsahu plánu.³³

²⁷ Postavení hlavního města Prahy je upraveno zvláštním zákonem, který mu přiznává současné postavení obce a kraje.

²⁸ Zákon o sociálních službách, § 95 písm. g).

²⁹ Zákon o sociálních službách, § 95 písm. d).

³⁰ Zákon o sociálních službách, § 95 písm. e).

³¹ Zákon o sociálních službách, § 95 (f).

³² Zákon o sociálních službách, § 3 písm. h).

³³ „Pro účely tohoto zákona se rozumí (...) střednědobým plánem rozvoje sociálních služeb strategický dokument obce nebo kraje schválený na dobu 3 let, který je výsledkem aktivního zjišťování potřeb osob na území obce nebo kraje a hledání způsobů jejich uspokojování s využitím dostupných zdrojů; jeho obsahem je souhrn a výsledky podkladových analýz a dat, popis způsobu zpracování plánu včetně vymezení spolupráce s obcemi, s poskytovateli sociálních služeb a s osobami, kterým jsou sociální služby poskytovány, popis a analýza dostupných zdrojů a potřeb osob, kterým jsou sociální služby určeny, včetně ekonomického vyhodnocení, strategie zajišťování a rozvoje sociálních služeb obsahující popis budoucího žádoucího stavu a opatření, jejichž prostřednictvím by mělo být tohoto stavu dosaženo, povinnosti zúčastněných subjektů, postup sledování a vyhodnocování plnění plánu včetně způsobu, jakým lze provést změny v poskytování sociálních služeb a způsob zajištění sítě sociálních služeb na území kraje; střednědobý plán rozvoje sociálních služeb může

V souladu s novelou vyhlášky č. 505/2006 Sb., účinnou od 1. ledna 2018,³⁴ musí střednědobý plán obsahovat část popisnou, analytickou, vyhodnocení plnění předchozího střednědobého plánu, část strategickou, a způsob zajištění sítě sociálních služeb.³⁵

Žádné z těchto ustanovení upravujících plánování neobsahuje žádný odkaz k deinstitucionalizaci nebo upřednostnění jiných forem sociálních služeb před ústavními (pro více informací viz kapitolu 4.2).

1.1.3 Financování sociálních služeb

Systém sociálních služeb je postaven na vícezdrojovém financování. Sociální služby jsou financovány prostřednictvím:

- příspěvků od osob, kterým jsou sociální služby poskytovány, v podobě plateb za sociální služby;
- státní dotace;
- dotací poskytovaných zřizovateli služby. V případě veřejných zřizovatelů jsou tyto finanční prostředky součástí veřejných rozpočtů;
- dalšími zdroji, jakou jsou dary, příspěvky od nadací, právnických osob či jednotlivců apod.

Státní dotace je poskytována MPSV každoročně. MPSV poskytuje určitou výši finančních prostředků ze státního rozpočtu krajům, které následně rozdělují tyto prostředky mezi konkrétní poskytovatele sociálních služeb. K tomu dochází rozhodnutím zastupitelstva kraje.³⁶ Neexistují žádné kvalitativní požadavky na to, jaké sociální služby mohou nebo by měly být podpořeny státní dotací, s výjimkou jediného požadavku, kterým je registrace v registru poskytovatelů sociálních služeb a zařazení poskytovatele do regionální sítě sociálních služeb.

být doplněn akčními plány zpracovanými na období jednoho roku, které vycházejí ze střednědobého plánu rozvoje sociálních služeb, (...).“

³⁴ Novela č. 387/2017 Sb.

³⁵ Vyhláška č. 505/2006 Sb., § 39a odst. 1.

³⁶ Zákon o sociálních službách, § 101a.

Zákon o sociálních službách dále umožňuje MPSV alokovat přímo finanční prostředky ze státního rozpočtu:

- na podporu sociálních služeb, které mají celostátní či nadregionální charakter;
- na činnosti, které mají rozvojovou povahu, jako například vzdělávání pracovníků v sociálních službách;
- v případě mimořádných situací (přírodní katastrofy; ekologické nebo průmyslové havárie apod.).³⁷

Zákon o sociálních službách výslovně stanoví, že na financování popsaných činností se mohou podílet také programy financované v rámci Strukturálních fondů Evropských společenství a další evropské programy.³⁸

1.1.4 Finanční přístupnost sociálních služeb

Zákon o sociálních službách dále upravuje nárok na materiální podporu pro lidi, kteří se nacházejí v situaci snížené soběstačnosti anebo úplné závislosti na podpoře druhých. Tato materiální podpora má podobu příspěvku na péči. Konkrétní částky příspěvku se liší a závislí na „stupni závislosti“ daného člověka. Existují čtyři stupně závislosti, přičemž poslední dva (třetí a čtvrtý) jsou dále rozděleny do podkategorií podle toho, jestli je člověk podporován formou pobytových služeb nebo jinou formou podpory. Tabulka č. 1 poskytuje přehled výše příspěvku na péči v jednotlivých stupních.

Tabulka č. 1: Příspěvek na péči pro lidi starší 18 let

Stupeň závislosti	Výše příspěvku na péči	
	CZK	EUR ³⁹
1.	880	32,3
2.	4 400	161,5
3. pro osoby, kterým jsou poskytovány pobytové sociální služby	8 800	323
3. pro osoby s jinou formou podpory	12 800	469,7
4. pro osoby, kterým jsou poskytovány pobytové sociální služby	13 200	484,4
4. pro osoby s jinou formou podpory	19 200	704,6

Zdroj: Zákon o sociálních službách

Z hlediska práva na nezávislý způsob života může být zákonná konstrukce příspěvku na péči problematická, jelikož je založena převážně na funkčním modelu soběstačnosti, a proto nezohledňuje podporu, kterou tito lidé potřebují pro to, aby mohli interagovat se svým přirozeným prostředím.⁴⁰

³⁹ Používáme kurz Evropské centrální banky ke dni 30. října 2020: EUR 1 = 27,251 CZK.

⁴⁰ Podle § 7 odst. 2 zákona o sociálních službách má nárok na příspěvek na péči osoba, která z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu potřebuje pomoc jiné fyzické osoby při zvládnutí základních životních potřeb. Vyhláška č. 505/2006 Sb. poté podává v § 1 odst. 4 funkční definici neschopnosti zvládat základní životní potřeby, když stanoví, že za takovou neschopnost „se považuje stav, kdy porucha funkčních schopností dosahuje úplné poruchy nebo poruchy těžké, kdy i přes využívání zachovaných potenciálů a kompetencí fyzické osoby a využívání běžně dostupných pomůcek, prostředků, předmětů denní potřeby nebo vybavení domácnosti, veřejných prostor nebo s využitím zdravotnického prostředku nelze zvládnout životní potřebu v přijatelné standardu. Za neschopnost zvládnutí základní životní potřeby se považuje rovněž stav, kdy režim nařízený odborným lékařem poskytujícím specializované zdravotnické

Navíc, ačkoliv primárním cílem příspěvku na péči je podpořit člověka v užívání sociálních služeb, neexistuje žádné odpovídající propojení mezi jeho výší a cenou, kterou je třeba za poskytnutí sociální služby zaplatit. Takové propojení existuje v zákoně o sociálních službách pouze ve vztahu k pobytovým službám sociální péče⁴¹ a nikoli ve vztahu ke službách terénním či ambulantním. Jediným mechanismem zajišťujícím finanční přístupnost terénních a ambulantních služeb je regulace nejvyšší možné úhrady vyhláškou č. 505/2006 Sb. Nicméně, ani tyto nejvyšší možné úhrady neodrážejí výši příspěvku na péči, na který má člověk nárok. Uvedeme-li konkrétní případ, příspěvek na péči ve čtvrtém stupni závislosti (plná závislost) činí 19 200 Kč, což pokryje 147,7 hodin podpory prostřednictvím osobní asistence či pečovatelské služby za měsíc (použijeme-li maximální výši úhrady⁴²).⁴³ Jinými slovy,

služby neumožňuje provádění základní životní potřeby v přijatelném standardu. Přijatelným standardem se rozumí zvládnutí základní životní potřeby v kvalitě a způsobem, který je běžný a obvyklý, a který umožňuje, aby tato potřeba byla zvládnuta bez každodenní pomoci jiné osoby.“

⁴¹ S výjimkou podporovaného bydlení, který je pobytovou službou sociální péče, která je často považována za alternativu k ústavní péči. Cena za péči poskytovanou službou chráněného bydlení je stejná jako v případě osobní asistence a pečovatelské služby (130,- Kč – 4,8 EUR), přičemž osoba využívající tuto službu potřebuje platit též za ubytování a v některých případech též za stravu, která je jí ve službě poskytována. Náklady na ubytování a stravu nemusí nutně odrážet finanční situaci osoby, ačkoliv v případě jiných pobytových zařízení sociální péče, jako jsou výše uvedené zařízení poskytující 24hodinovou péči během celého roku, takové mechanismy existují a člověku je zaručeno, že nikdy nebude nucen hradit částku větší, než je částka, při jejíž úhradě mu zůstává 15 % jeho příjmu. Stejný mechanismus rovněž existuje u týdenních stacionářů, ve vztahu k nimž zákon vyžaduje, aby člověku bylo i po úhradě ubytování a stravy ponecháno alespoň 25% jeho příjmu – viz zákon o sociálních službách, § 73 odst. 3.

⁴² 130 CZK (4,8 EUR) za hodinu. Pokud jde o pečovatelskou službu, další náklady mohou být hrazeny za stravu, dovoz nebo donášku jídla, velký nákup, nebo praní a žehlení osobního nebo ložního prádla.

⁴³ Je vhodné poznamenat, že stupeň závislosti, a tudíž i výše příspěvku na péči, je určován na základě

člověka, kterému je přiznán příspěvek na péči v maximální výši, a který je tak uznán jako plně závislý na podpoře jiných osob,⁴⁴ si může zaplatit jen 9 dní podpory při rozsahu podpory 16 hodin za den, anebo 18,5 dní podpory při rozsahu podpory 8 hodin za den. Pokud by takový člověk, který je plně závislý na podpoře druhých, chtěl využívat osobní asistenci každý de, což by byl pochopitelný požadavek, stávající výše příspěvku na péči by mu stačila na pokrytí podpory v rozsahu pouhých 5 hodin denně.⁴⁵ Tabulka č. 2 podává přehled rozsahu podpory terénních sociálních služeb, který lze uhradit prostřednictvím příspěvku na péči v jednotlivých stupních závislosti.

funkčních schopností člověka spíše než na základě podpory, kterou člověk potřebuje k nezávislému životu – viz vyhlášku č. 505/2006 Sb., § 1 odst. 4, vymezující neschopnost zvládat základní životní potřeby – pozn. č. 40.

⁴⁴ Osoba ve čtvrtém stupni závislosti je zákonem vymezena jako osoba, která není schopna zvládat devět nebo deset základních životních potřeb a vyžaduje každodenní pomoc, dohled nebo péči jiné fyzické osoby [zákon o sociálních službách, § 8 odst. 2 písm. d)]. Příloha č. 1 vyhlášky č. 505/2006 Sb. vymezuje základní životní potřeby následujícím způsobem: mobilita; orientace; komunikace; stravování; oblékání a obouvání; tělesná hygiena; výkon fyziologické potřeby; péče o zdraví; osobní aktivity; péče o domácnost.

⁴⁵ Hodina při 30denním měsíci. Je vhodné poznamenat, že Národní strategie rozvoje sociálních služeb 2016-2025 sama zmiňuje, že „[z]vláště u vyšších stupňů závislosti neodpovídá výše příspěvků na péči reálným potřebám souvisejícím s péčí o takové osoby. To sice odpovídá koncepci tohoto příspěvku, který je vytvořen skutečně jako „příspěvek“, nikoliv dávka, která by hradila celou péči, ale tento koncept se v současné době ukazuje jako nedostačující. Neexistují účinné nástroje, které by zajistily, aby došlo k dorovnání reálných nákladů, jež klientovi vznikají s poskytnutím sociální služby, a stejně je tomu i u poskytovatelů sociálních služeb.“ – Viz Národní strategie rozvoje sociálních služeb 2016-2025, schválená vládou dne 21. března 2016, s. 22. Strategie je dostupná z: <https://www.mpsv.cz/documents/20142/577769/NSRSS.pdf> [citováno 1. října 2020].

³⁷ Zákon o sociálních službách, § 104 odst. 1 a 3.

³⁸ Zákon o sociálních službách, § 104 odst. 1.

Tabulka č. 2: Rozsah podpory terénních sociálních služeb, který lze uhradit prostřednictvím příspěvku na péči

Stupeň závislosti ⁴⁶	Rozsah podpory terénních sociálních služeb ⁴⁷		
	Hodiny	Dny (8hodinová podpora denně)	Dny (16hodinová podpora denně)
1.	6,77	0,85	0,42
2.	33,85	4,23	2,12
3.	101,54	12,69	6,35
4.	147,69	18,46	9,23

Zdroj: zákon o sociálních službách; vyhláška č. 505/2006 Sb.

Náklady bydlení a stravy nutně nemusi zohledňovat finanční situaci dotčeného člověka. V případě zařízení sociální péče, jakými jsou výše zmíněná zařízení poskytující 24hodinovou péči během celého roku, však takové mechanismy existují a člověku je garantováno, že dostane ubytování a stravu, i když není schopen uhradit jejich plnou výši. Navíc mu musí být ponecháno 15 % jeho příjmu.⁴⁸ Systém tak obsahuje alespoň nějaké záruky, nicméně pouze v rámci ústavní péče.

1.1.5 Přijatelnost a přizpůsobitelnost sociálních služeb

Zákon o sociálních službách upravuje povinnost poskytovatelů sociálních služeb plánovat průběh poskytování sociální služby podle osobních cílů, potřeb a schopností lidí, kterým jsou sociální služby poskytovány, a hodnotit ho společně s těmito lidmi, je-li to možné

⁴⁶ U třetího a čtvrtého stupně počítáme pouze s částkou, která člověku náleží v případě, že mu nejsou poskytovány služby sociální péče.

⁴⁷ Hodnoty počítáme při použití nejvyšší přípustné sazby za jednu hodinu osobní asistence nebo pečovatelské služby, jak tyto upravuje vyhláška č. 505/2006 Sb.

⁴⁸ Podobný mechanismus existuje rovněž v případě týdenních stacionářů, u kterých zákon vyžaduje ponechat člověku alespoň 25 % jeho příjmů.

s ohledem na jejich zdravotní stav a druh poskytované sociální služby, nebo za účasti jejich opatrovníka.⁴⁹

Český právní řád neupravuje maximální počet lidí na jednoho sociálního pracovníka, nebo pracovníka poskytujícího člověku přímou podporu (tzv. „pracovník v sociálních službách“), nebo materiální či technický standard sociálních služeb. MPSV se pokusilo vyplnit tuto legislativní mezeru v roce 2016 a vydalo doporučený postup „Materiálně-technický standard pro služby sociální péče poskytované pobytovou formou“⁵⁰. Tento doporučený postup není závazný a může hrát roli pouze v dotačních programech, s výjimkou hlavní státní finanční podpory pro sociální služby poskytované přes kraje (viz výše kapitola 1.1.3).

1.2 Zdravotní služby

Existují zde dva systémy podpory starších lidí, a zvláště starších lidí s postižením (jichž se tyto systémy týkají primárně), které mohou vést k jejich institucionalizaci: systém sociální a zdravotní péče. Oba systémy se zaměřují na téměř identické jednotlivce, významným způsobem se překrývají, a skutečnost, bude-li člověk institucionalizován v jednom či druhém, je často věcí náhody.⁵¹ Stěžejní zákony upravující zdravotní služby jsou dva. Je jimi zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (dále jen „zákon o zdravotních službách“), a zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním

⁴⁹ Zákon o sociálních službách, § 88 písm. f).

⁵⁰ Doporučený postup č. 2/2016. Dostupný z: https://www.mpsv.cz/documents/20142/225517/Doporuceny_postup_Materialne_techicky_standard.pdf/cefaea04-4b3d-ed52-e383-4ebbd7609f96 [citováno 2. listopadu 2020].

⁵¹ Národní strategie rozvoje sociálních služeb 2016-2025 uvádí, že kvůli nedostatečné právní úpravě se mohou cílové skupiny obou systémů výrazným způsobem překrývat. – viz Národní strategie rozvoje sociálních služeb 2016-2025, schválená vládou dne 3. března 2016, s. 24. Strategie je dostupná z: <https://www.mpsv.cz/documents/20142/577769/NSRSS.pdf/> [citováno 1. října 2020].

pojištění (dále jen „zákon o veřejném zdravotním pojištění“). První z uvedených upravuje podmínky, za kterých jsou zdravotní služby poskytovány, včetně vztahu mezi poskytovateli zdravotní péče a pacienty. Druhý reguluje strukturální otázky, včetně odpovědnosti za zajištění dostupnosti zdravotních služeb.

1.2.1 Základní principy zdravotních služeb

Zákon o zdravotních službách zakotvuje požadavek oprávnění k poskytování zdravotních služeb, jakož i požadavky na odpovídající technické vybavení.⁵² Současně obsahuje výčet práv pacientů. Mezi nimi zastává výsadní postavení právo na informovaný souhlas.⁵³ Dalšími právy jsou mj.:

- právo na úctu, důstojné zacházení, na ohleduplnost a respektování soukromí při poskytování zdravotních služeb v souladu s charakterem poskytovaných zdravotních služeb;⁵⁴
- právo zvolit si poskytovatele oprávněného k poskytnutí zdravotních služeb, které odpovídají zdravotním potřebám pacienta, a zdravotnické zařízení.⁵⁵

Zákon neobsahuje žádné ustanovení, které by upřednostňovalo terénní nebo ambulantní formy zdravotní péče. Zakotvuje pouze neutrální definice jednotlivých forem zdravotních služeb,⁵⁶ včetně definice dlouhodobé lůžkové péče a péče poskytované ve vlastním sociálním prostředí pacienta. Dlouhodobá lůžková péče je vymezena jako péče, „která je poskytována pacientovi, jehož zdravotní stav nelze léčebnou péčí podstatně zlepšit a bez soustavného poskytování ošetrovatelské péče se zhoršuje; ...“⁵⁷

⁵² Zákon o zdravotních službách, § 11.

⁵³ Zákon o zdravotních službách, § 28 odst. 1.

⁵⁴ Zákon o zdravotních službách, § 28 odst. 3 písm. a).

⁵⁵ Zákon o zdravotních službách, § 28 odst. 3 písm. b).

⁵⁶ Zákon o zdravotních službách, §§ 6-10.

⁵⁷ Zákon o zdravotních službách, § 9 odst. 2 písm. d).

Zdravotní péče může být poskytována rovněž v přirozeném prostředí pacienta, a to ve třech formách:

1. ve formě návštěvní služby praktického lékaře pacienta;⁵⁸
2. ve formě domácí péče, kterou je ošetrovatelské péče, léčebně rehabilitační péče nebo paliativní péče;
3. ve formě umělé plicní ventilace a dialýzy.⁵⁹

Zákon o zdravotních službách upravuje omezení a podmínky těchto forem zdravotní péče. Pokud jde o návštěvní službu praktickým lékařem pacienta, zákon předpokládá, že tato bude poskytována především v případech, kdy se pacient nemůže, s ohledem na svůj zdravotní stav, dostavit do zdravotnického zařízení poskytovatele. Poskytují zdravotní péče tímto způsobem musí být navíc s ohledem na její charakter možné.⁶⁰ Poskytování dalších dvou terénních forem je možné jedině, pokud nevyžaduje takové technické nebo materiální vybavení, které je dostupné pouze ve zdravotnických zařízeních.⁶¹

Novela zákona o zdravotních službách č. 290/2017 Sb., účinná od 1. ledna 2018, ukotvila novou formu dlouhodobé zdravotní péče, „hospic“: „Hospicem se rozumí poskytovatel, který poskytuje zdravotní služby nevyléčitelně nemocným pacientům v terminálním stavu ve speciálních lůžkových zdravotnických zařízeních hospicového typu nebo ve vlastním sociálním prostředí pacienta.“⁶²

Zákon o zdravotních službách pojímá „vlastní sociální prostředí pacienta“ široce. Zahnuje tak i pobytová zařízení sociální péče,⁶³ a nikoli nutně pacientovu domácnost.

⁵⁸ Především v případě, že pacient není schopen s ohledem na svůj zdravotní stav se dostavit do zdravotnického zařízení.

⁵⁹ Zákon o zdravotních službách, § 10 odst. 1 a 2.

⁶⁰ Zákon o zdravotních službách, § 4 odst. 2.

⁶¹ Zákon o zdravotních službách, § 10 odst. 3.

⁶² Zákon o zdravotních službách, § 44a.

⁶³ Zákon o zdravotních službách, § 4 odst. 3.

1.2.2 Dostupnost zdravotních služeb

Odpovědnost za zajištění dostupnosti zdravotních služeb je upravena zákonem o zdravotním pojištění. Zákon pojímá dostupnost zdravotních služeb jako její přístupnost, místní i časovou. Odpovědnost za zajištění dostupnosti je svěřena veřejným i soukromým zdravotním pojišťovnám. Účast na zdravotním pojištění je povinná pro všechny. Zákon dále definuje skupiny, za které pojistné hradí stát. Zákon konkrétně stanoví:

„Zdravotní pojišťovny jsou povinny zajistit svým pojištěncům

- a. *místní dostupnost hrazených služeb. Místní dostupností se rozumí přiměřená vzdálenost místa poskytování hrazených služeb vzhledem k místu trvalého pobytu nebo k místu bydliště pojištěnce. Místní dostupnost se vyjadřuje dojezdovou dobou. (...) Dojezdovou dobou se pro účely tohoto zákona rozumí doba v celých minutách, která odpovídá efektivní dostupnosti místa dopravním prostředkem rychlostí, která je přiměřená typu pozemní komunikace a je v souladu se zákonem upravujícím provoz na pozemních komunikacích. Dojezdové doby stanoví vláda nařízením.*
- b. *časovou dostupnost hrazených služeb. Časovou dostupností se rozumí zajištění poskytnutí neodkladných a akutních hrazených služeb ve lhůtě odpovídající jejich naléhavosti. Lhůty vyjadřující časovou dostupnost plánovaných hrazených služeb stanoví vláda nařízením.*⁶⁴

Zákon o veřejném zdravotním pojištění neupravuje žádné kvalitativní požadavky na poskytovatele zdravotních služeb. Neobsahuje ani „princip nejméně omezujícího prostředí“, ani preferenci zajištění poskytování zdravotních služeb v domácnosti nebo přirozeném prostředí pacienta.

⁶⁴ Zákon o veřejném zdravotním pojištění, § 40 odst. 7.

1.2.3 Financování zdravotních služeb

Základním zdroje financování je veřejné zdravotní pojištění.⁶⁵ Klíčovými hráči jsou zdravotní pojišťovny. Ty uzavírají smlouvy s poskytovateli zdravotních služeb, na jejichž základě je poskytována zdravotní péče, hrazená z veřejného zdravotního pojištění.⁶⁶ Tyto individuální smlouvy se musí řídit rámcovou smlouvou, která je uzavírána mezi zdravotními pojišťovnami a zájmovými sdruženími poskytovatelů zdravotních služeb, zastupujících různá odvětví zdravotní péče. Rámcová smlouva je předkládána Ministerstvu zdravotnictví, které posuzuje její soulad s právním řádem a veřejným zájmem na zajištění kvality a dostupnosti zdravotních služeb, jakož i na fungování celého zdravotnictví, včetně jeho stability, berouc do úvahy finanční možnosti systému veřejného zdravotního pojištění. Pokud ministerstvo shledá, že rámcová smlouva je v souladu s právním řádem i veřejným zájmem, vydá ji jako vyhlášku. V případě, že nikoli, rozhodne samo formou vyhlášky.⁶⁷

Rozsah zdravotní péče hrazený z veřejného zdravotního pojištění je založen na seznamu zdravotních výkonů. Ty jsou hodnoceny body různé hodnoty. Bodové hodnoty jsou předmětem dohodovacího řízení mezi zástupci Všeobecné zdravotní pojišťovny a ostatních zdravotních pojišťoven a zástupci příslušných profesních sdružení poskytovatelů. Řízení je prakticky identické k řízení k rámcové smlouvě. Výsledek je předložen Ministerstvu

⁶⁵ OECD uvádí ve zdravotním profilu České republiky za rok 2019, že „veřejné výdaje představují více než 80%, což je jeden z nejvyšších podílů v EU. Výdaje z vlastní kapsy, především v podobě podílu na nákladech, se nicméně v letech 2015-2016 zvýšily. Terénní (nebo ambulantní) péče pohlcuje většinu financování a je následovaná lůžkovou péčí, což dohromady odráží hustou síť poskytovatelů a vysokou míru užívání [zdravotních služeb]. – Viz OECD. Czech Republic: Country Health Profile 2019, p. 9. Dostupné z: https://read.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/czech-republic-country-health-profile-2019_058290e9-en [citováno 3. listopadu 2020].

⁶⁶ Zákon o veřejném zdravotním pojištění, § 17 odst. 1.

⁶⁷ Zákon o veřejném zdravotním pojištění, § 17 odst. 2.

zdravotnictví, které posuzuje jeho soulad s právním řádem a veřejným zájmem a buď jej vydá ve formě vyhlášky, anebo rozhodne samo, opět formou vyhlášky.⁶⁸

Systém negarantuje, že zdravotní pojišťovny budou hradit všechny skutečné náklady. Z důvodu bodových hodnot nemusí hrazené náklady nutně odrážet realitu. Poskytovatelé domácí péče poukázali na to, že musí hradit přibližně 40 % svých skutečných výdajů ze svých vlastních zdrojů, protože tyto nemohou být hrazeny z veřejného zdravotního pojištění.⁶⁹

Financování není závislé na přímých příspěvcích pacientů a jejich rodin. Tato okolnost vede k tomu, že pacienti a jejich rodiny mohou upřednostňovat zdravotní služby před službami sociálními. Národní strategie rozvoje sociálních služeb 2016 – 2025 uznala tuto skutečnost jako strukturální problém.⁷⁰ Upřednostňování zdravotních služeb může mít vážný nepříznivý dopad, jelikož zdravotní služby zaměstnávají výrazně méně ošetřujícího personálu než sociální služby.⁷¹

⁶⁸ Zákon o veřejném zdravotním pojištění, § 17 odst. 4 a 5.

⁶⁹ Reportáž zpracovaná Českým rozhlasem, zveřejněná 3. července 2019. Dostupná z: https://www.irozhlas.cz/zpravy-domov/domaci-pece-charita-spor-petice-finance-penize-rozpocet-nedostatek_1907031753_mpr [citováno dne 3. listopadu 2020].

⁷⁰ Národní strategie rozvoje sociálních služeb 2016-2025 uvádí, že umístění osoby, která je závislá na podpoře jiných osob v zařízení sociální péče, vyžaduje výrazně vyšší účast na úhradě ze strany klienta a jeho rodiny, zatímco hospitalizace je mnohem levnější, bez jakýchkoli přímých plateb nemocnic. „Tato situace ve svých důsledcích vede k tomu, že pro nesoběstačnou osobu a její rodinu je nejhodnějším řešením co nejdříve setrvání ve zdravotnickém zařízení, které je finančně nákladnější.“ viz Národní strategie rozvoje sociálních služeb 2016-2025, schválená vládou dne 3. března 2016, s. 25. Strategie je dostupná z: <https://www.mpsv.cz/documents/20142/577769/NSRSS.pdf/> [citováno 1. října 2020].

⁷¹ Zpráva o stavu demence 2016 České Alzheimerovské společnosti zdůrazňuje, že podle posledních dostupných dat, dat za rok 2013, trvala průměrná hospitalizace člověka s demencí 78 dní, což je podle dat zveřejněných Eurostatem nejdelší průměrná doba hospitalizace ze

1.2.4 Finanční přístupnost zdravotních služeb

Finanční přístupnost zdravotních služeb závisí na tom, zda poskytovatel zdravotních služeb má uzavřenou smlouvu s pacientovou zdravotní pojišťovnou. Největší zdravotní pojišťovny mají obvykle poměrně širokou síť poskytovatelů sociálních služeb, a finanční přístupnost tudíž nepředstavuje problém.

všech členských zemí EU, zatímco v jiných státech se nejčastěji pohybuje okolo 20 dní. Česká Alzheimerovská společnost dále upozorňuje, že „zdravotnická zařízení nemají dostatek pomocného ošetřovatelského personálu, který by poskytl pomoc právě lidem se sníženou soběstačností.“ Tito lidé tak zůstávají umístěni v nemocničním prostředí na svém lůžku se všemi důsledky, které mohou být obzvláště nepříznivé právě pro lidi s demencí. Viz Česká Alzheimerovská společnost. Zpráva o stavu demence 2016. s. 20 a 32. Zpráva je dostupná z: <http://www.alzheimer.cz/res/archive/004/000480.pdf?seek=149258904> [citováno 6. října 2020].

Tabulka č. 3: Příklady poskytovatelů domácí péče v případě, že tato není hrazena z veřejného zdravotního pojištění⁷²

Poskytovatel	Sazba (CZK)	Sazba (EUR ⁷³)	
Cesta domů ⁷⁴	100 ⁷⁵ /200 za hodinu	3,67/7,34	
Agentura domácí péče LUCI ⁷⁶	400 za hodinu ⁷⁷ + 150 poplatek za dopravu	14,69 + 5,5	
Středisko sociálních služeb města Kopřivnice ⁷⁸	240 za hodinu	8,81	
Pro-Care Medical ⁷⁹	Intenzivní sesterská péče	500 za hodinu	18,35
	Standardní sesterská péče	400 za hodinu	14,68
	Ošetrovatelská péče	300 za hodinu	11
Centrum sociální a ošetrovatelské pomoci ⁸⁰	340 za hodinu	12,45	

⁷² Používáme základní sazbu, která nezohledňuje různé různé příplatky, např. za poskytování domácí péče v noci (což může představovat např. 50% základní sazby).

⁷³ Používáme kurz Evropské centrální banky ke dni 30. října 2020: EUR 1 = 27,251 CZK (available at: https://www.ecb.europa.eu/stats/policy_and_exchange_rates/euro_reference_exchange_rates/html/eurofxref-graph-czk.en.html) [citováno 2. listopadu 2020].

⁷⁴ Přední poskytovatel hospicových služeb v České republice, působící v hlavním města Praha. Informace jsou dostupné z: https://www.cestadomu.cz/sites/default/files/cenik_sluzeb_prime_pece_cd_06_2020.pdf [citováno 3. listopadu 2020].

⁷⁵ Sazba pro občany jedné části hlavního města Prahy.

⁷⁶ Informace dostupné z: <http://www.lusi.cz/cenik/> [citováno 3. listopadu 2020].

⁷⁷ Minimální rozsah poskytování služby je 30 minut za 200,- Kč/7,34 EUR + 150,- Kč/5,5 EUR poplatek za dopravu.

⁷⁸ Informace dostupné z: <http://sssmk.cz/domains/sssmk.cz/old/download/cenikZP.pdf> [citováno 3. listopadu 2020].

⁷⁹ Informace dostupné z: <https://www.procare.cz/uhrady/> [citováno 3. listopadu 2020].

⁸⁰ Informace dostupné z: <https://www.csop10.cz/nase-sluzby/terenni-sluzby/domaci-zdravotni-pece/cenik.aspx> [citováno 3. listopadu 2020].

Situace poskytovatelů domácí péče může být nicméně odlišná. K tomu, aby poskytování domácí péče bylo hrazeno z veřejného zdravotního pojištění, člověk potřebuje doporučení svého praktického lékaře, ošetřujícího lékaře při hospitalizaci, anebo ošetřujícího lékaře, jde-li o paliativní péči pro člověka v terminálním stádiu.⁸¹ Bez tohoto doporučení musí člověk nést náklady na poskytování domácí péče sám. Poskytovatelé domácí péče poukazují na to, že rozsah domácí péče hrazený z veřejného zdravotního pojištění obvykle nepřesahuje 3 hodiny denně.⁸² Sazba domácí péče, která je poskytována bez doporučení, není upravena. Tabulka č. 3 podává několik příkladů výše úhrady domácí péče.

1.2.5 Přijatelnost a přizpůsobitelnost zdravotních služeb

V systému zdravotních služeb neexistuje žádné omezení kapacity zařízení nebo jiná regulace technických či materiálních parametrů, s výjimkou profesních zdravotních standardů týkajících se přímo poskytování zdravotní péče v úzkém slova smyslu.⁸³

Právní řád nepředpokládá, že se zdravotní služby budou pro pacienty stávat náhradními domovy. Neexistují zde záruky, které by předcházely dlouhodobé institucionalizaci. Zákon neupravuje kvalitu služeb, např. z pohledu zplnomocňování pacienta nebo jeho vztahu k prostředí mimo zařízení. Z tohoto hlediska se pacienti v zařízeních dlouhodobé zdravotní péče nacházejí v ještě více zranitelné situaci než lidé, kteří jsou institucionalizováni v zařízeních sociální péče.⁸⁴ Neexistuje zde ani žádný závazek vytvořit individuální plán sociální péče, nebo plánovat sociální integraci člověka.

⁸¹ Zákon o veřejném zdravotním pojištění, § 22 písm. a).

⁸² Informace dostupné za webové stránce jednoho z poskytovatelů domácí péče ve Středočeském kraji: viz <https://www.homecare.cz/#msg-box8-e> [citováno 3. listopadu 2020].

⁸³ Vyhláška č. 92/2012 Sb., o požadavcích na minimální technické a věcné vybavení zdravotnických zařízení a kontaktních pracovišť domácí péče.

⁸⁴ Vyhláška č. 99/2012 Sb., o požadavcích na minimální personální zabezpečení zdravotních služeb, Příloha č. 3, bod 4.4.

Právní řád upravuje minimální požadavky týkající se počtu a kvalifikace zdravotního personálu. Tyto požadavky se zaměřují pouze na odborné medicínské otázky. Kompetence v oblasti sociální práce zde nejsou relevantní. Příloha č. 3 vyhlášky č. 99/2012 Sb., o požadavcích na minimální personální zabezpečení zdravotních služeb, zmiňuje zdravotně-sociálního pracovníka nebo sociálního pracovníka pouze ve vztahu k pacientům, kteří potřebují dlouhodobou intenzivní ošetrovatelskou péči. Vyhláška jasně upravuje počet lékařského a ošetrovatelského personálu podle počtu lůžek. V případě zdravotně-sociálních či sociálních pracovníků je však situace odlišná. Vyhláška obsahuje pouze požadavek na zajištění jejich dostupnosti bez jakéhokoli upřesnění jejich nejnižšího počtu či zohlednění kapacity zařízení. V důsledku této skutečnosti jsou sociální pracovníci ve zdravotnických zařízeních zastoupeni značně nedostatečně.⁸⁵

⁸⁵ Oddělení následné péče Fakultní nemocnice v Motole zaměstnává 4 sociální pracovníky na 281 klientů. Informace získaná z propagačního videa, které je dostupné za stránek nemocnice: <https://www.fnmotol.cz/kliniky-a-oddeleni/cast-pro-dospelce/lecebna-dlouhodobem-nemocnych-ldn-i/> [citováno 5. listopadu 2020].

1.3 Neformální péče

Absence legislativy upravující zvláštní podporu pro neformální pečovatele⁸⁶ je v České republice předmětem znepokojení již několik desetiletí. Neformální pečovatelé jsou závislí na příspěvku na péči svých příbuzných, kterým poskytují podporu. V mnoha případech se příspěvek na péči stává hlavním zdrojem příjmu celé domácnosti. Tato situace způsobuje, že příspěvek na péči neslouží k nákupu profesionálních sociálních služeb, což vede k tomu, že starší lidé, včetně lidí s postižením, i jejich pečující příbuzní se ocitají ve větší sociální izolaci a čelí vyššímu riziku chudoby.

Vláda chtěla tuto situaci změnit novelou zákona č. 187/2006 Sb., o nemocenském pojištění,⁸⁷ účinnou od 1. června 2018. Zjevně však neuspěla. Novela zakotvila novou

⁸⁶ Neexistují žádná přesná data o počtu rodin, které zajišťují péči o své starší příbuzné, kteří se stali závislými na jejich podpoře pro to, aby mohli zůstat ve svých domovech a nebyli nuceni k odchodu do ústavu, ať již sociálního či zdravotního. Podle OECD je Česká republika zemí s nejvyšším počtem neformálních pečovatelů ve věkové skupině nad 50 let. Téměř 20 % osob z této věkové skupiny poskytují neformální péči přinejmenším na týdenním základě a podíl těch, kteří poskytují neformální péči denně, činí 11,6 %, což je rovněž nejvyšší podíl v členských státech EU. – OECD. Health at a Glance 2019: OECD Indicators. Informal Carers. Dostupné v angličtině z: <https://www.oecd-ilibrary.org/sites/a80d9f62-en/index.html?itemId=/content/component/a80d9f62-en> [citováno 9. října 2020].

Česká alzheimerovská společnost poukazuje ve své zprávě o Stavu demence 2016, že „[p]odle OECD tvoří zhruba 70-90% všech poskytovatelů dlouhodobé péče neformální pečovatelé. V ročence společnosti Alzheimer Europe 16 je počet lidí s demencí v České republice, o které se starají neformální pečovatelé, odhadován na 100 tisíc, což odpovídá nižší hodnotě v uvedeném intervalu.“ – Česká alzheimerovská společnost. Zpráva o stavu demence 2016. s. 25. Zpráva je dostupná z: <http://www.alzheimer.cz/res/archive/004/000480.pdf?seek=149258904> [citováno 19. října 2020].

Celkový počet neformálních pečovatelů je nicméně ještě vyšší – Národní strategie rozvoje sociálních služeb 2016-2025 odhaduje tento počet mezi 250 a 300 tisíci neformálních pečovatelů. – Národní strategie rozvoje sociálních služeb 2016-2025, schválená vládou dne 3. března 2016, s. 24. Strategie je dostupná z: <https://www.mpsv.cz/documents/20142/577769/NSRSS.pdf/> [citováno 19. října 2020].

⁸⁷ Zákon č. 310/2017 Sb.

dávku nemocenského pojištění nazvanou „dlouhodobé ošetřovné“. Tato dávka je určena pro zaměstnance anebo osoby samostatně výdělečně činné, kteří pečují o svého příbuzného po hospitalizaci, která trvala alespoň 7 dní,⁸⁸ a to pod podmínkou, že je zde předpoklad, že zdravotní stav ošetřovaného bude nezbytně vyžadovat poskytování péče po dobu alespoň 30 dnů.⁸⁹ Naplnění této podmínky posuzuje ošetřující lékař v době hospitalizace. Výši dávky je nastavena na 60% mzdy neformálního pečovatele,⁹⁰ přičemž dávka může být poskytována nanejvýše po dobu 90 dnů.⁹¹ Během této doby nesmí být neformální pečovatel propuštěn z práce⁹² a je mu zaručena jeho pozice.⁹³

Situace neformálních pečovatelů je znepokojující z několika důvodů. Předně, zákonné podmínky zužují skupinu osob, které mají na materiální podporu při poskytování neformální péče nárok. Dlouhodobé ošetřovné je určeno pouze pro osoby, které byly v okamžiku, kdy potřeba péče vznikla, zaměstnanci anebo osobami samostatně výdělečně činnými. Tato podmínka sama o sobě činí mnoho osob nezpůsobilých k získání nároku na dlouhodobé ošetřovné, ačkoliv i na jejich straně může existovat objektivní potřeba materiální podpory. Dále, navzdory výslovnému označení „dlouhodobé“, odpovídá konstrukce ošetřovného spíše „krátkodobé“ dávce. Je totiž určeno pouze k pokrytí krátké doby nezbytné k nalezení alternativního řešení. Důvodová zpráva k předmětné novele je v tomto ohledu jasná. Výslovně uvádí, že „navrhovaná úprava si klade za cíl především řešit po přechodnou dobu dlouhodobou potřebu ošetřování ...“.⁹⁴

Třetí omezující podmínka se týká podporovaného příbuzného. Požadavek předchozí hospitalizace znamená, že dívka cílí na ty, u nichž dojde ke zhoršení zdravotního stavu náhle, a to do té míry, že vyžadují akutní lůžkovou zdravotní péči. Důvodová práva je v tomto ohledu opět zcela jasná. Zmiňuje, že cílem je reagovat na situaci, kdy dojde k náhlému zhoršení zdravotního stavu příbuzného či jiné blízké osoby,⁹⁵ typicky následkem úrazu nebo srdeční příhody.⁹⁶ Ti, jejichž zdravotní stav se zhoršuje postupně, mohou velmi pravděpodobně z této cílové skupiny vypadat. V tomto ohledu stojí za pozornost, že ministryně práce a sociálních věcí Jana Maláčová v lednu 2019 uvedla, že dávka nebyla vytvořena pro ty, kteří pečují o své příbuzné či blízké osoby, které umírají a které proto potřebují paliativní péči.⁹⁷ Paní Ruth Šormová, ředitelka hospice, poznamenala, že za půl roku, co novela nabyla účinnosti, doprovodili v závěru života 180 osob, přičemž dlouhodobé ošetřovné nevyužila ani jedna z nich.⁹⁸

stupná z:

<https://www.psp.cz/sqw/text/tiskt.sqw?o=7&ct=1029&ct1=0> [citováno 8. října 2020].

⁸⁸ *Ibid.*

⁸⁹ Informace poskytnutá přímo ministryní práce a sociálních věcí, Janou Maláčovou, České televize pro účely reportáže odvysílané dne 13. ledna 2019. Reportáž je dostupná z:

<https://ct24.ceskatelevize.cz/domaci/2704871-cast-lidi-na-dlouhodobem-osestrovne-nedosahne-zjistili-po-pul-roce-poslanci> [citováno 8. října 2020].

⁹⁷ *Ibid.*

⁹⁸ *Ibid.*

II. ROZSAH INSTITUCIONALIZACE – SLUŽBY SOCIÁLNÍ PÉČE

Tato část podává přehled rozsahu institucionalizace v rámci systému služeb sociální péče, a to s oporou o dostupná oficiální statistická data. Nejprve jsou podány informace o velikosti zařízení sociální péče, a to s cílem doložit jejich převažující ústavní povahu (2.1). Dále jsou představena statistická data zachycující vývoj služeb sociální péče v čase, pobytových (2.2), terénních i ambulantních (2.3). To nám umožňuje srovnat vývoj ústavních a komunitních služeb a ukázat, že stát zřejmě upřednostňuje ústavní formu na úkor terénních alternativ. Poslední část (2.4) obsahuje konkrétní příklady některých institucí. Instituce, které jsou v této zprávě představeny, patří v České republice mezi největší. Dohromady ubytovávají tisíce starších lidí a starších lidí s postižením a jsou navíc, jak je zřejmé z fotografií, prostorově segregované, umístěné na okraji měst.

2.1 Velikost zařízení

Stávající systém péče o starší lidi, kteří jsou závislí na podpoře jiných osob, je vybudován

převážně na pobytových zařízeních. Tato zařízení mohou být charakterizována jako instituce. Průměrná kapacita domovů pro seniory činí 70 klientů na zařízení; průměrná kapacita domovů se zvláštním režimem (kde jsou institucionalizováni rovněž hlavně starší lidé) a domovů pro osoby se zdravotním postižením (kde jsou typicky umístěni lidé s mentálním nebo psychosociálním postižením) dosahuje téměř 60 klientů na zařízení. Kraje jsou nejčastějšími zřizovateli těchto institucí. Jimi zřizované instituce ubytovávají průměrně dokonce ještě více osob – téměř 90 klientů na zařízení v případě domovů pro seniory a více než 60 klientů v případě domovů se zvláštním režimem a domovů pro osoby se zdravotním postižením. Tabulka č. 4 poskytuje data o počtu zařízení a jejich kapacitě. Tabulka č. 5 obsahuje informace o průměrné kapacitě zařízení sociální péče. V obou tabulkách jsou data členěna podle zřizovatele zařízení.

Tabulka č. 4: Celkový počet zařízení sociální péče a jejich kapacita⁹⁹

	Státní zařízení		Krajská zařízení		Obecní zařízení		Církevní zařízení		Jiná zařízení	
	Zařízení	Lůžka	Zařízení	Lůžka	Zařízení	Lůžka	Zařízení	Lůžka	Zařízení	Lůžka
Domovy pro osoby se zdravotním postižením	5	626	142	9 405	26	1 099	14	295	17	429
Domovy pro seniory	0	0	177	15 655	167	13 765	65	2 404	115	4 864
Domovy se zvláštním režimem	0	0	125	7 540	74	4 552	23	678	127	7 779

Zdroj: MPSV

⁹⁹ Data ze Statistické ročenky z oblasti práce a sociálních věcí 2019, MPSV, tabulka č. 6.4. Dostupné z: https://www.mpsv.cz/documents/20142/975025/Statisticka_rocenka_z_oblasti_prace_a_sociálních_věcí_2019+%281%29.pdf/9da5cc00-7d78-7caa-6bf2-01ecccdeabd7 [citováno 4. listopadu 2020].

Tabulka č. 5: Průměrná kapacita zařízení sociální péče

	Státní zařízení	Krajská zařízení	Obecní zařízení	Církevní zařízení	Jiná zařízení	Celkový průměr
Domovy pro osoby se zdravotním postižením	125,2	66,2	42,3	21,1	25,2	58,1
Domovy pro seniory	0	88,4	82,4	37	42,3	70
Domovy se zvláštním režimem	0	60,3	61,5	29,5	61,3	58,9

Zdroj: MPSV

Je třeba zdůraznit, že uvedená čísla jsou průměrem. Existuje totiž mnoho komplexních institucí, které fungují jako velké komplexy různých služeb, přičemž dohromady ubytovávají stovky lidí v různých typech zařízení na jednom místě – buď v jedné budově nebo v jednom areálu. Existuje přibližně¹⁰⁰ 10 zařízení pro starší lidi, kteří jsou závislí na podpoře jiných – domovů pro seniory a domovů

se zvláštním režimem – jejich kapacita převyšuje 300 klientů, 29 s kapacitou 200-299 klientů, a 176 s kapacitou 100-199 klientů. Na druhou straně, pouze čtyři zařízení mají kapacitu nižší než 9 klientů. Pouze 45 zařízení má kapacitu 10-19 klientů, a 48 zařízení 20-29 klientů.

Tabulka č. 6: Kapacita domovů pro seniory a domovů se zvláštním režimem - I

	Praha	Středočeský kraj	Plzeňský kraj	Karlovarský kraj	Jihočeský kraj	Liberecký kraj	Ústecký kraj
> 300 osob	0	1	1	0	0	0	1
200-299 osob	6	4	2	0	2	1	2
100-199 osob	10	24	9	6	10 ¹⁰¹	7	21
50-99 osob	11	33	12	7	22	9	18
30-49 osob	14	16	4	7	10	6	9
20-29 osob	2	5	3	3	2	1	4
10-19 osob	4	4	4	1	1	1	7
5-9 osob	2 ¹⁰²	0 ¹⁰³	0	0	0	0 ¹⁰⁴	1
1-4 osob	0	0	0	0	0	0	0

Zdroj: MPSV

¹⁰⁰ Údaje nemusí být zcela přesné. Pokoušeli jsme se identifikovat případy, kdy jsou služby poskytovány ve stejné budově anebo areálu jako jiné pobytové služby sociální péče, ale je možné, že se nám nepodařilo zachytit všechny případy. Navíc jsme brali v úvahu pouze pobytové služby, které jsou poskytovány celoročně, 24 hodin denně, 7 dnů v týdnu, a které by se tak stávaly pro ubytovaného novým domovem. V neposlední řadě jsme údaje zpracovávali přímo z registru poskytovatelů sociálních služeb, jednu službu po druhé, a tento proces sám o sobě mohl generovat drobné chyby způsobené lidským faktorem. Shromážděné údaje mohou nicméně i tak podat obecný přehled o celém systému pobytových zařízení pro starší lidi, kteří jsou závislí na podpoře jiných osob, v České republice.

¹⁰¹ Nezahrnujeme domov se zvláštním režimem Domov Libnič a Centrum sociálních služeb Empatie s kapacitou 113 klientů, jelikož se zdá, že toto zařízení je určeno pro jinou cílovou skupinu, než jsou starší osoby.

¹⁰² Jeden z domovů se zvláštním režimem s kapacitou 8 osob (Domov NAUTIS Bohnice) není zahrnut, jelikož poskytuje služby osobám do 64 let věku. Tato zařízení jsou zřizována Nautisem: Národním ústavem pro autismus, z. ú.

¹⁰³ Jeden z domovů se zvláštním režimem s kapacitou 8 osob (Domov NAUTIS Libčice) není zahrnut, jelikož poskytuje služby osobám do 64 let věku. Tato zařízení jsou zřizována Nautisem: Národním ústavem pro autismus, z. ú.

¹⁰⁴ Nezahrnujeme dva domovy se zvláštním režimem – Domov Maxov s kapacitou 8 osob a FOKUD Liberec, o. p. s. s kapacitou 9 osob, jelikož tyto služby nejeví jako určené pro starší osoby.

Přibližně 206 zařízení má kapacitu menší než 49 osob. To je pouze o málo méně než jedna třetina celkového počtu budov a areálů poskytujících služby sociální péče starším lidem, kteří jsou závislí na podpoře jiných osob. Tento počet se prakticky rovná počtu zařízení s kapacitou převyšující 100 osob, která rovněž představují téměř jednu třetinu celého systému. Dohromady se zařízeními s kapacitou nad 50 klientů tvoří více

než dvě třetiny celkového počtu všech zařízení. Tabulky č. 6 a 7 zachycují podrobnosti. Tyto tabulky poskytují informace o kapacitě domovů pro seniory a domovů se zvláštním režimem, členěné podle krajů. Tabulka č. 8 podává přehled týkající se České republiky jako celku.

Tabulka č. 7: Kapacita domovů pro seniory a domovů se zvláštním režimem – II

	Královéhradecký kraj	Pardubický kraj	Vysočina Region	Jihomoravský kraj	Zlínský kraj	Olomoucký kraj ¹⁰⁵	Moravskoslezský kraj
> 300 osob	1	1	0	2 (jedno zařízení s kapacitou 404 osob)	0	1	2
200-299 osob	0	1	0	3	3	5	0
100-199 osob	9	10	14	19	9	7	21 ¹⁰⁶
50-99 osob	17	15	14 ¹⁰⁷	22	14	17	32
30 – 49 osob	14 ¹⁰⁸	1 ¹⁰⁹	4 ¹¹⁰	11	11	11	21 ¹¹¹
20 – 29 osob	2	1	2 ¹¹²	4	4	2	13
10-19 osob	4	2	0	3	9	1	4 ¹¹³
5-9 osob	0	0	0	0	0	0	1
1-4 osob	0	0	0	0	0	0	0

Zdroj: MPSV

Tabulka č. 8: Domovy pro seniory a domovy se zvláštním režimem v České republice

Více než 400 osob	1	39	215	458
300 – 399 osob	9	5,9 %	3 2 , 4 %	69 %
200 – 299 osob	29			
100 - 199 osob	176			
50 – 99 osob	243			
30 - 49 osob	139			
20 – 29 osob	48			
10 – 19 osob	45			
5 – 9 osob	4	49	67	206
1 – 4 osob	0	7,4 %	10,1 %	31 %

Zdroj: MPSV

¹⁰⁵ Nezahrnujeme zařízení Vincentinum, jelikož toto zařízení se nejeví jako určené pro starší osoby.

¹⁰⁶ Nezahrnujeme domov se zvláštním režimem Náš svět, který je součástí domova pro osoby se zdravotním postižením, jelikož toto zařízení se nejeví jako určené pro starší osoby.

¹⁰⁷ Nezahrnujeme domov se zvláštním režimem Nové Sýkořice, jelikož toto zařízení je určeno pro osoby se závislostí na návykových látkách.

¹⁰⁸ Nezahrnujeme domov se zvláštním režimem Na Stříbrném vrchu, jelikož se nejeví jako určený pro starší osoby.

¹⁰⁹ Nezahrnujeme domov se zvláštním režimem Domov Na cestě, jelikož se nejeví jako určený pro starší osoby.

¹¹⁰ Jedno zařízení je součástí Nemocnice Počátky – Geriatrické centrum, což může jeho skutečnou kapacitu ještě navyšovat. Pro více informací viz: <https://www.ldn-pocatky.cz/> [citováno 29. října 2020].

¹¹¹ Nezahrnujeme domov se zvláštním režimem Benjamin, který je určený pro děti a mladé lidi.

¹¹² Nezahrnujeme domov se zvláštním režimem Domov Jeřábina, který je součástí domova pro osoby se zdravotním postižením, jelikož se nejeví jako určený pro starší osoby. Jedno zařízení je navíc součástí nemocnice, a proto je jeho skutečná kapacita mnohem větší.

¹¹³ Nezahrnujeme domov se zvláštním režimem Čtyřlístek, jelikož se nejeví jako určený pro starší osoby.

2.2 Narůstající míra institucionalizace starších osob

Data ukazují, že míra institucionalizace starších osob postupně narůstá. Od roku 2012, kdy byl do zákona o sociálních službách včleněn princip „nejméně omezujícího prostředí“,¹¹⁴ došlo ke snížení počtu pouze v případě domovů pro osoby se zdravotním postižením, a to z hlediska jejich počtu i kapacity, ačkoliv i zde byl pokles velmi mírný. Důvodem je pravděpodobně omezená míra deinstitucionalizace, doprovázená nedostatkem komunitních služeb a stabilní či narůstající poptávkou po sociálních službách. Počet a kapacita domovů pro seniory zůstaly na druhé straně prakticky nezměněny, avšak počet a kapacita domovů se zvláštním režimem výrazně narostly. Tento nárůst odpovídá jeden a půl násobku, pokud jde o počet institucí, a téměř dvojnásobku, pokud jde o jejich kapacitu (srovnej tabulku č. 9).

Nedostatek podpory komunitních služeb jasně vyplývá ze vzorce distribuce zdrojů. Dne 6. května 2020 MPSV vyhlásilo svůj záměr alokovat více než 753 milionů korun (29,35 milionů EUR¹¹⁵) na budování, rozšíření, rekonstrukci a stavební úpravy budov a na nákup vnitřního vybavení pro nově zbudované kapacity. Tento program by se měl týkat domovů pro seniory, domovů pro osoby se zdravotním postižením, chráněného bydlení a týdenních stacionářů.¹¹⁶ Ačkoliv tato zařízení, vyjmenovaná ve výzvě, nejsou určena výlučně pro starší lidi, MPSV je výzva prezentována způsobem, že cílí především na služby pro starší lidi. V důsledku této alokace by se kapacita pobytových zařízení sociální péče měla zvýšit o 1174 lůžek.¹¹⁷

Tabulka č. 9: Vývoj zařízení sociální péče mezi lety 2012 a 2019¹¹⁸

2012	Domovy pro osoby se zdravotním postižením		Domovy pro seniory		Domovy se zvláštním režimem		
	2019	2012	2019	2012	2019		
Počet zařízení	212	204	480	524	210	349	
Počet lůžek	13 820	11 854	37 477	36 688	10 740	20 904	
Počet osob ¹¹⁹	13 597	11 472	35 859	35 275	9 390	19 833	
Celkové výdaje sociálních služeb (v tis.) ¹²⁰	CZK	4 865 729	6 948 209	10 198 854	15 558 982	3 343 902	9 735 335
	EUR ¹²¹	193 460,7	273 465,4	405 505	612 365,5	132 953	383 160,2
Výše částky alokované z veřejných rozpočtů (v tis.) ¹²²	CZK	1 980 066	3 868 082	2 819 975	5 720 204	905 997	2 939 644
	EUR ¹²³	78 727,1	145 075,6	112 121,8	225 134	36 022,3	115 697,6
Počet neuspokojených žádostí	2 931	3 228	59 028	60 643	15 261	26 145	

Zdroj: MPSV

¹¹⁴ Novelizace § 38 zákona o sociálních službách.

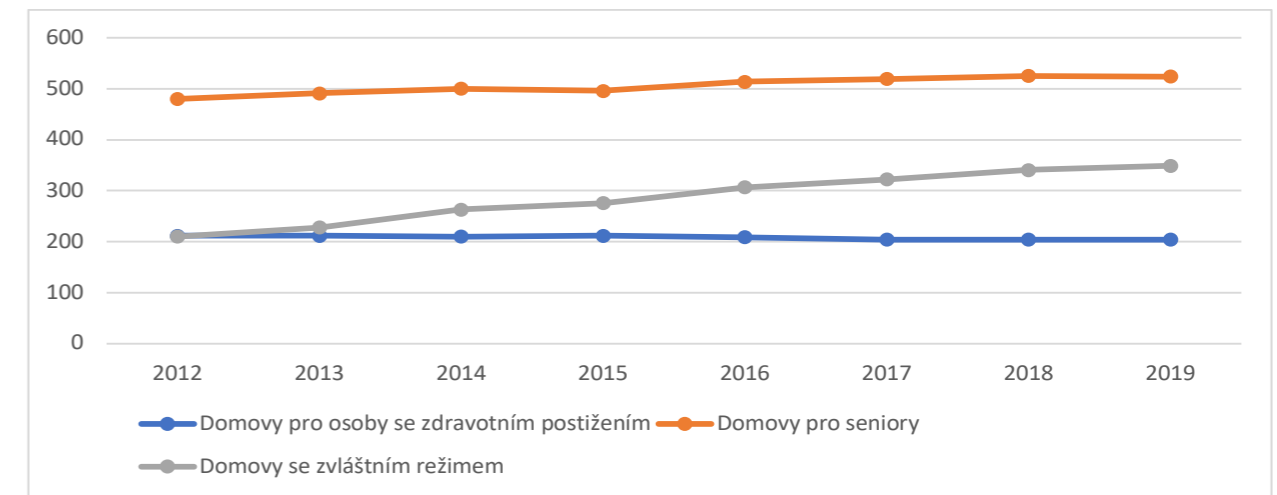
¹¹⁵ Kurz Evropské centrální banky pro 18. října 2019, což je datum publikace výzvy: EUR 1 = CZK 25,659. Dostupné z: https://www.ecb.europa.eu/stats/policy_and_exchange_rates/euro_reference_exchange_rates/html/eurofxref-graph-czk.en.html [citováno 6. listopadu 2020].

¹¹⁶ Program „013 310 Rozvoj a obnova materiálně technické základny sociálních služeb 2016-2020“. Test výzvy. Dostupné z: <https://www.mpsv.cz/document-s/20142/225517/V%C3%BD-zva+%C4%8D.3+%281%29.pdf/55161dff-c323-810e-7670-3e1eb3e74c72> [citováno 6. listopadu 2020].

¹¹⁷ Tisková zpráva MPSV, publikovaná 6. května 2020. Dostupná z: https://www.mpsv.cz/documents/20142/1248138/06_05_2020_TZ_Rozvoj_a_obnova_sociálních_sluzeb.pdf/71ecd1fa-5eec-2b7c-e344-33d7da2d20c2 [citováno 6. listopadu 2020].

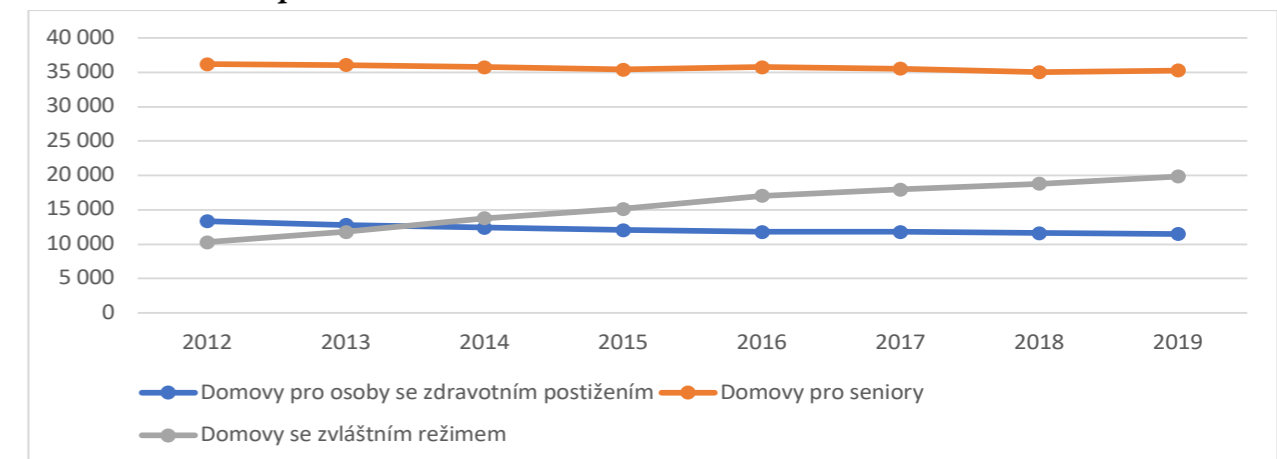
¹¹⁸ Data ze Statistické ročenky z oblasti práce a sociálních věcí 2012, MPSV, tabulka č. 6.6. Dostupné z: https://www.mpsv.cz/documents/20142/372765/rocenka_2012.pdf/582a049f-ded3-ee19-b-969-c1914f94e69f [citováno 4. listopadu 2020]. A data ze Statistické ročenky z oblasti práce a sociálních věcí 2019, MPSV. Dostupné z: https://www.mpsv.cz/documents/20142/975025/Statisticka_rocenka_z_oblasti_prace_a_sociálních_veci_2019+%281%29.pdf/9da5cc00-7d78-7caa-6bf2-01ecccdeabd7 [citováno 4. listopadu 2020].

Graf č. 1: Počet pobytových sociálních služeb 2012-2019¹¹⁹



Zdroj: MPSV

Graf č. 2: Počet osob žijících v pobytových zařízeních sociální péče 2012-2019¹²⁰



Zdroj: MPSV

¹¹⁹ Data jsou k 31. prosinci 2011 za rok 2012 a k 31. prosinci 2019 za rok 2019.

¹²⁰ Výdaje poskytovatelů sociálních služeb.

¹²¹ Kurz Evropské centrální banky k 31. prosinci 2012: EUR 1 = CZK 25,151; a k 31. prosinci 2019: EUR 1 = CZK 25,408. Dostupné z: https://www.ecb.europa.eu/stats/policy_and_exchange_rates/euro_reference_exchange_rates/html/eurofxref-graph-czk.en.html [citováno 6. listopadu 2020].

¹²² Částka není úplná – zahrnuje pouze dotace poskytnuté státem, obcemi nebo kraji v jejich roli zřizovatele služby, ale vylučuje všechny služby poskytované neveřejnými poskytovateli, jelikož data poskytovaná MPSV podávají přehled o celkové částce státních dotací a dotací zřizovatele, které v případě neveřejných zřizovatelů nejsou součástí veřejných rozpočtů. Upřednostňujeme proto tyto částky vůbec nezahrnovat a zaměřit se čistě na tu část, o které máme jistotu, že se jedná o zdroje z veřejných rozpočtů investované do těchto typů služeb.

Částka navíc nezahrnuje další veřejný zdroj financování – příspěvek na péči, který stále patří mezi nejvýznamnější zdroje sociálních služeb. Ačkoliv je vyplácen přímo klientům, může být považován za veřejný zdroj, jelikož je klientům poskytován ze státního rozpočtu. Pokud nejsou dostupné žádné alternativy, člověk nemá jinou volbu než investovat svůj příspěvek na péči do pobytových služeb.

¹²³ Kurz Evropské centrální banky k 31. prosinci 2012: EUR 1 = CZK 25,151; a k 31. prosinci 2019: EUR 1 = CZK 25,408. Dostupné z: https://www.ecb.europa.eu/stats/policy_and_exchange_rates/euro_reference_exchange_rates/html/eurofxref-graph-czk.en.html [citováno 6. listopadu 2020].

¹²⁴ Data ze Statistických ročenek z oblasti práce a sociálních věcí 2012-2019, MPSV, tabulka č. 6.3. Dostupné z: <https://www.mpsv.cz/web/cz/statisticka-rocenka-z-oblasti-prace-a-socialnich-veci> [citováno 18. listopadu 2020].

¹²⁵ *Ibid.*

2.3 Vývoj komunitních služeb

Rozvoj terénních služeb sociální péče dosáhl ve stejném období, tedy mezi lety 2012 a 2019, jen stěží stejné míry, jako rozvoj institucí. Tato zpráva se zaměřuje především na dva druhy terénních služeb sociální péče, konkrétně osobní asistenci a pečovatelskou službu, a na dva druhy ambulantních služeb, konkrétně centra denních služeb a denní stacionáře. Důvodem je, že tyto služby obvykle poskytují podporu starším lidem obecně i starším lidem s postižením.

V období mezi lety 2012 a 2019 došlo k nárůstu počtu osob, kterým je poskytována osobní asistence. Ve stejném období se však snížil počet osob, kterým je poskytována pečovatelská služba, a to o 7,4%, tj. v absolutních číslech 8 383 osob. Nárůst počtu osob, kterým je poskytována osobní asistence, dosáhl 54,5%. Na první pohled se tento nárůst jeví významným. Absolutní hodnoty však ukazují, že se týká pouze 3 569 osob (ve srovnání s nárůstem 10 443 osob v domovech se zvláštním režimem). V roce 2019 tak bylo celkem 10 123 osob, kterým byla poskytována osobní asistence, ačkoliv zde bylo přibližně 363 500 osob, které byly v nějakém stupni závislosti na podpoře jiných osob. Z tohoto počtu bylo přibližně 267 700 osob starších 60 let. Navíc, přibližně 87 300 osob bylo v roce 2019 v 3. stupni závislosti (z nichž přibližně 65 200 osob bylo starších 60 let), a přibližně 52 000 osob ve 4., tj. nejvyšším stupni závislosti (plná závislost; přibližně 36 000 osob bylo starších 60 let).¹²⁶ Nepochybně je zřejmý.

Dále je rovněž významné, že navzdory tomu, že počet osob, kterým je poskytována osobní asistence poklesl, počet neuspokojených žádostí významným způsobem narostl – o 265,2% (3 731 žádostí). Stejný trend je zřejmý i v případě osobní asistence, kde nárůst neuspokojených žádostí dosáhl 924,8% (2 730 žádostí).

¹²⁶ Statistická ročenka z oblasti práce a sociálních věcí 2019, MPSV, tabulka č. 14.5, s. 115. Dostupné z: https://www.mpsv.cz/documents/20142/975025/Statisticka_rocenka_z_oblasti_prace_a_socialnich_veci_2019+%281%29.pdf/9da5cc00-7d78-7caa-6bf2-01ecccdeabd7 [citováno 6. listopadu 2020].

Tabulka č. 10: Vývoj terénních služeb sociální péče mezi lety 2012 a 2019

2012	Osobní asistence		Pečovatelská služba	
	2019	2012	2019	2012
Počet klientů ¹²⁷	6 554	10 123	113 041	104 658
Výše částky alokované na tyto služby (v tis.) ¹²⁸	CZK	364 244	1 054 875	2 132 883
	EUR ¹²⁹	14 482,3	41 517,4	84 803,1
Počet neuspokojených žádostí o službu	331	3 061	1 407	5 138

Zdroj: MPSV

Výše zdrojů alokovaných na osobní asistenci a pečovatelskou službu mezi lety 2012 a 2019 výrazným způsobem narostla, zvláště pokud jde o procentuální vyjádření tohoto vývoje. Zdroje alokované na osobní asistenci se navýšily o 189,6 % a na pečovatelskou službu o 80,4 %. V absolutních číslech však tento nárůst nebyl tak značný, konkrétně se jednalo o 690 631 000 CZK (27 035 000 EUR) v případě osobní asistence a 1 713 883 000 CZK (66 597 000 EUR) v případě pečovatelské služby.

Tyto hodnoty jsou stěží srovnatelné s nárůstem veřejných výdajů na pobytová zařízení sociální péče, ačkoliv zahrnují, vedle podpory z veřejných rozpočtů, též další zdroje financování. Srovnáme-li tak alokace v obou případech, zjistíme, že nárůst finančních prostředků alokovaných na osobní asistenci představuje pouze 36,6 % nárůstu

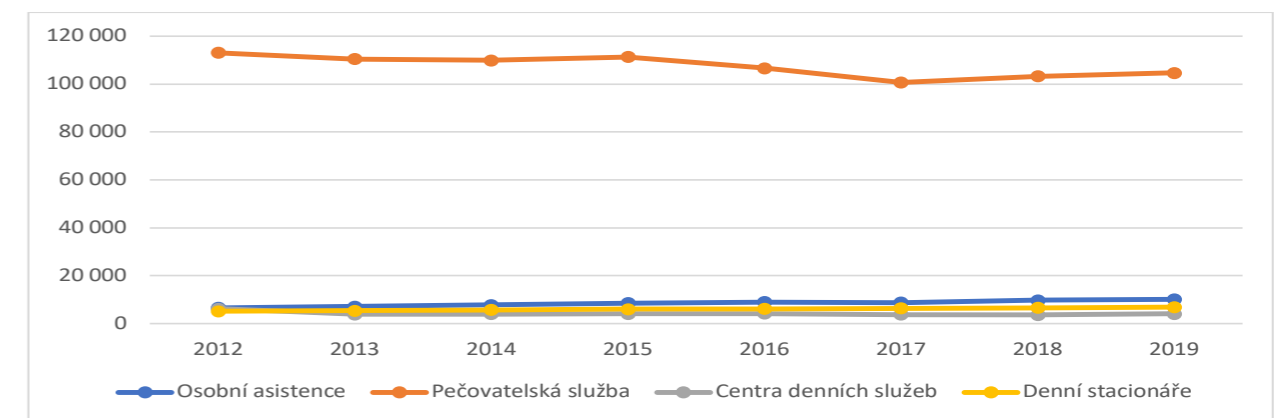
¹²⁷ Údaj zahrnuje všechny klienty služby v průběhu roku. Podává proto odlišná data od těch, která jsou uvedena u pobytových služeb a která uvádějí počet klientů k určitému datu.

¹²⁸ Je vhodné poznamenat, že tato částka neodpovídá částce v tabulce č. 9, jelikož zveřejněné statistiky neposkytují údaje o výši veřejných dotací poskytnutých těmto službám (na rozdíl od služeb, které jsou poskytovány v zařízení sociálních služeb). Stále ji však lze použít za účelem zmapování vývoje v oblasti těchto služeb mezi lety 2012 a 2019 a podání odpovědi na otázku, zda došlo k nějakému pozitivnímu vývoji v podpoře, včetně finanční podpory, těchto služeb.

¹²⁹ Kurz Evropské centrální banky k 31. prosinci 2012: EUR 1 = CZK 25,151; a k 31. prosinci 2019: EUR 1 = CZK 25,408. Dostupné z: https://www.ecb.europa.eu/stats/policy_and_exchange_rates/euro_reference_exchange_rates/html/eurofxref-graph-czk.en.html [citováno 6. listopadu 2020].

zdrojů z veřejných rozpočtů určených pro domovy pro osoby se zdravotním postižením, 23,8 % nárůstu zdrojů z veřejných rozpočtů určených pro domovy pro seniory, a 34 % nárůstu zdrojů z veřejných rozpočtů určených pro domovy se zvláštním režimem. Ve vztahu k pečovatelské službě vychází procentuální srovnání následovně: 90,8 % nárůstu zdrojů z veřejných rozpočtů určených pro domovy pro osoby se zdravotním postižením, 59,1 % nárůstu zdrojů z veřejných rozpočtů určených pro domovy pro seniory, a 84,3 % nárůstu zdrojů z veřejných rozpočtů určených pro domovy se zvláštním režimem.

Stojí za to poznamenat, že tyto hodnoty by byly ještě více nepoměrné, pokud bychom mohly srovnat stejné kategorie alokovaných zdrojů. Z důvodu ministerských statistik a v nich absencujících informací o státní podpoře pro terénní služby sociální péče to vak není možné. Proto jsme mohli srovnat pouze celkové výdaje na terénní služby sociální péče s prostředky z veřejných zdrojů pro pobytová zařízení sociální péče. To nám přesto nedává přesnou informaci o celém systému. Nicméně, i toto srovnání může ukázat, že pobytová zařízení (velmi často ústavy) zůstávají v praxi prioritizována před terénními službami, a namísto toho, aby byla postupně uzavírána, se rozvíjí rychleji než jejich terénní alternativy.



V případě ambulantních služeb došlo mezi lety 2012 a 2019 k pouze malému rozvoji. Jelikož oba sledované druhy služeb – (i) centra denních služeb a (ii) denní stacionáře – si jsou velmi podobné ve smyslu činností, které nabízejí, i svých cílových skupin,¹³⁰ je vhodné posuzovat rozvoj

¹³⁰ To přesto neznámá, že všechny existující centra denních služeb a denní stacionáře jsou určeny pro starší osoby s postižením. Specifická cílová skupina konkrétního

obou těchto služeb společně. Počet těchto ambulantních služeb vzrostl pouze o 1,8 %, což v absolutních hodnotách činí 6 služeb na celou zemi. Na druhé straně, počet jejich klientů se celkově snížil o 4 %, což je 454 osob v absolutních hodnotách. Tento pokles byl doprovázen nárůstem počtu neuspokojených žádostí o 14,1 %, což odpovídá počtu 39 žádostí v absolutních hodnotách. Data o alokovaných zdrojích nejsou dostupná.

Tabulka č. 11: Vývoj ambulantních služeb sociální péče mezi lety 2012 a 2019

	Centra denních služeb		Denní stacionáře		Celkem	
	2012	2019	2012	2019	2012	2019
Počet poskytovatelů	85	78	253	266	338	344
Počet osob ¹³¹	6 267	4 115	5 176	6 874	11 443	10 989
Počet neuspokojených žádostí	17	72	259	243	276	315

Zdroj: MPSV

Graf č. 3: Počet klientů terénních a ambulantních služeb sociální péče v letech 2012 až 2019¹³²

Zdroj: MPSV

centra denních služeb nebo denního stacionáře je zaznamenána v registru poskytovatelů sociálních služeb.

¹³¹ Tento údaj zahrnuje všechny uživatele služby v průběhu roku. Podává proto odlišná data od dat, která jsou dostupná pro pobytové služby a která uvádějí počet uživatelů k určitému datu.

¹³² Data ze Statistických ročenek z oblasti práce a sociálních věcí 2012-2019, MPSV, tabulka č. 6.3. Dostupné z: <https://www.mpsv.cz/web/cz/statisticka-rocenka-z-oblasti-prace-a-socialnich-veci> [citováno 18. listopadu 2020].

Data ukazují, že počet klientů terénních a ambulantních služeb sociální péče je poměrně stabilní ve srovnání s počtem osob institucionalizovaných v domovech se zvláštním režimem. Graf č. 3 ukazuje, že mezi lety 2012 a 2019 tento počet lehce narostl v případě osobní asistence (o 3 569 osob). Je však třeba poznamenat, že tento celkový nárůst zahrnuje rovněž děti a mladší osoby s postižením. V případě ambulantních služeb, které posuzujeme dohromady, došlo k mírnému poklesu 454 osob, přičemž i tento počet zahrnuje rovněž děti a mladší osoby s postižením. V případě pečovatelské služby, která je staršími lidmi využívána více než osobní asistence, počet osob poklesl mezi lety 2012 a 2019 o 8 343. Tato data ukazují, že systém klade větší důraz na rozvoj kapacit pobytových zařízení než jejich alternativ.

2.4 Konkrétní příklady největších institucí pro starší osoby v České republice

Na základě oficiálních zdrojů a registru sociálních služeb můžeme identifikovat několik extrémně velkých institucí pro starší lidi.¹³³ Největší institucí v České republice je Domov pro seniory Věstonická s kapacitou 404 klientů.¹³⁴ Toto zařízení se nachází v Jihomoravském kraji.

¹³³ Registr je dostupný z: http://iregistr.mpsv.cz/socreg/vitejte_fw.do?SUBSESSION_ID=1603893260664_1 [citováno 29. října 2020].

¹³⁴ Domov se zvláštním režimem s kapacitou 300 klientů a domov pro seniory s kapacitou 104 klientů; obě služby jsou poskytovány na stejné adrese. Viz informace v registru poskytovatelů sociálních služeb, dostupném z: http://iregistr.mpsv.cz/socreg/vypis_sluzby.do?SUBSESSION_ID=1603969391394_2&706f=8e13c85336f50309 [citováno 29. října 2020].

Viz fotografie zařízení, které jsou dostupné z: <https://www.muju duchod.cz/domov-pro-seniory-vestonicka-114> [citováno 30. září 2020].



Fotografie č. 1: Hlavní budova Domova pro seniory Věstonická¹³⁵



Fotografie č. 2: Zahrada Domova pro seniory Věstonická¹³⁶

¹³⁵ Dostupné z: <http://www.znackakvality.info/certifikovana-zarizeni/domov-pro-seniory-vestonicka/> [citováno 2. listopadu 2020].

¹³⁶ Dostupné z: <https://www.ves.brnodscz/o-nas/domov-se-zvlastnim-rezimem> [citováno 2. listopadu 2020].



Fotografie č. 3: Satelitní pohled na Domov pro seniory Věstonická

Dalšími obzvláště velkými zařízeními je Domov Slunečnice Ostrava s kapacitou 395 osob¹³⁷, které se nachází v Moravskoslezském kraji, a Domov pro seniory Kociánka s kapacitou 381 osob, které se nachází v Jihomoravském kraji.¹³⁸

¹³⁷ Domov pro seniory s kapacitou 272 osob a domov se zvláštním režimem s kapacitou 123 osob; obě služby jsou poskytovány na stejné adrese. Viz informace v registru poskytovatelů sociálních služeb, který je dostupný z: http://iregistr.mpsv.cz/socreg/vypis_sluzby.do?SUBSESSION_ID=1603969584077_4&706f=b2ee-96b454ec854f [citováno 29. října 2020]. Fotografie zařízení jsou dostupné z: <https://domovslunecnice.ostrava.cz/> [citováno 30. září 2020].

Fotografie zařízení jsou dostupné na webových stránkách zařízení: <https://domovslunecnice.ostrava.cz/> [citováno 30. září 2020].

¹³⁸ Domov pro seniory s kapacitou 279 osob a domov se zvláštním režimem s kapacitou 102 osob; obě služby jsou poskytovány na stejné adrese. Viz informace v registru poskytovatelů sociálních služeb, který je dostupný z: http://iregistr.mpsv.cz/socreg/vypis_sluzby.do?SUBSESSION_ID=1603969584077_4&706f=b2ee-96b454ec854f [citováno 29. října 2020]. Fotografie zařízení jsou dostupné z: <https://domovslunecnice.ostrava.cz/> [citováno 29. září 2020].



Fotografie č. 4: Domov Slunečnice Ostrava¹³⁹



Fotografie č. 5: Domov pro seniory Kociánka¹⁴⁰



Fotografie č. 6: Satelitní pohled na Domov pro seniory Kociánka¹⁴¹

¹³⁹ Dostupné z: <https://domovslunecnice.ostrava.cz/> [citováno 2. listopadu 2020].

¹⁴⁰ Dostupné z: <https://www.koc.brnodscz/o-nas> [citováno 2. listopadu 2020].

¹⁴¹ Dostupné z: <https://www.google.com/maps/place/Koci%C3%A1nka+1%2F8,+612+00+Brno-Kr%C3%A1lovo+Pole-Sadov%C3%A1/@49.2276737,16.6059587,641m/data=!3m1!1e3!4m5!3m4!1s0x4712938a9fac8829:0x8f14abb3627dd422!8m2!3d49.2275186!4d16.6085134> [citováno 2. listopadu 2020].



Fotografie č. 7: Domov U Biřičky¹⁴²

Dalšími příklady jsou Domov U Biřičky, který se nachází v Královéhradeckém kraji, či Domov pro seniory POHODA Chválkovice v Olomouckém kraji. Domov U Biřičky ubytovává starší lidi, kteří jsou závislí na podpoře jiných osob. Ve dvou velkých a spojených budovách¹⁴³ poskytuje dva druhy služeb – domov pro seniory a domov se zvláštním režimem.

Kapacita zařízení je 340 lůžek. Na webových stránkách je hrdě prezentováno, že „zařízení se tak řadí mezi největší poskytovatele sociálních služeb v České republice, k dispozici seniorům je od roku 1965.“¹⁴⁴

Domov pro seniory POHODA Chválkovice má kapacitu 334 lůžek¹⁴⁵ a nachází se ve stejném areálu s další formou pobytové služby sociální péče – chráněným bydlením.

Chráněné bydlení má kapacitu 34 osob.¹⁴⁶ V souhrnu se tak jedná o více než 368 osob institucionalizovaných v jednom areálu. Celý areál je navíc situován na předměstí krajského

města Olomouce, se slabými obecními službami a dopravní infrastrukturou. Územní segregace je zřejmá.¹⁴⁷



Fotografie č. 8: Domov pro seniory POHODA Chválkovice¹⁴⁸



Fotografie č. 9: Domov pro seniory POHODA Chválkovice¹⁴⁹

Podobně Domov Kladno-Švermov se nachází na předměstí města Kladno (Středočeský kraj). Zařízení je tvořeno 11 budovami umístěnými

¹⁴⁷ Jak ústavní povaha zařízení, tak i teritoriální segregace jsou jasně patrné při virtuální prohlídce zařízení, která je dostupná na webových stránkách zařízení: https://www.domovonline.cz/www/prohlidky/DS_Pohoda/. [citováno 29. září 2020].

¹⁴⁸ Dostupné z: <https://www.ddol.cz/o-nas/areal-domova> [citováno 2. listopadu 2020].

¹⁴⁹ Dostupné z: <https://olomoucka.drba.cz/z-kraje/olomoucko/20361-ve-chvalkovickem-domove-senioru-se-vyskytla-nakaza-covid-19-mezi-klienty-i-personalem.html> [citováno 3. listopadu 2020].



Fotografie č. 10: Domov pro seniory Kladno-Švermov¹⁵²



Fotografie č. 11: Domov pro seniory Kladno-Švermov¹⁵³

¹⁵⁰ Informace dostupná v registru poskytovatelů sociálních služeb: http://iregistr.mpsv.cz/socreg/vypis_sluzby.do?706f=bda069270d03c019&%20SUBSESION_ID=1603971924073_14&SUBSESION_ID=1634897050489_1 [citováno 29. října 2020].

¹⁵¹ Informace získaná z propagačního videa zařízení, dostupného na webových stránkách zařízení: <http://www.centrumrozmital.cz/domov-pro-seniory/> [citováno 30. září 2020].

¹⁵² Dostupné z: <https://www.domovkladno-svermov.cz/> [citováno 2. listopadu 2020].

¹⁵³ Dostupné z: <https://www.google.com/maps/place/Vojt%C4%9Bcha+Dundra+1032,+%C5%A0vermov,+273+09+Kladno/@50.164591,14.1123073,414m/data=!3m1!1e3!4m5!3m4!1s0x470bc-83c8ee0c39f0xb9790cc6f1dc0d51!8m2!3d50.1637898!4d14.1120285> [citováno 2. listopadu 2020].

¹⁴² Dostupné z: <https://hradecka.drba.cz/zpravy/6970-v-domove-ducodcu-u-biricky-ma-jedna-z-pracovnic-koronavir.html> [citováno 2. listopadu 2020].

¹⁴³ Fotografie zařízení je dostupná na webových stránkách zařízení: <http://www.ddhk.cz/index.asp> [citováno 2. listopadu 2020].

¹⁴⁴ Text je dostupný z: <http://www.ddhk.cz/o-nas/ms-1012/p1=1012> [citováno 29. září 2020].

¹⁴⁵ Informace o kapacitě je dostupná na webových stránkách zařízení: <https://www.ddol.cz/sluzby/domov-pro-seniory> [citováno 29. září 2020].

¹⁴⁶ Chráněné bydlení je velmi často vnímáno jako alternativa k ústavní péči; případ Domova pro seniory POHODA Chválkovice však dobře ukazuje, že ani tato služba často neodpovídá požadavku nesoustředit se kolem institucí (CRPD/C/GC/5, odst. 49).



Fotografie č. 12: Centrum Rožmitál pod Třemšínem¹⁵⁴



Fotografie č. 13: Satelitní pohled na Centrum Rožmitál pod Třemšínem¹⁵⁵

¹⁵⁴ Dostupné z: <http://www.centrumrozmital.cz/domov-pro-seniory/> [citováno 2. listopadu 2020].

¹⁵⁵ Dostupné z: <https://www.google.com/maps/@49.5959724,13.8676273,456m/data=!3m1!1e3?hl=cs> [citováno 2. listopadu 2020].

III. ROZSAH INSTITUCIONALIZACE – ZDRAVOTNICKÁ ZAŘÍZENÍ DLOUHODOBÉ PÉČE

Následující kapitola obsahuje data o dlouhodobé zdravotní péči v České republice a jejím vývoji v čase (3.1). Představuje rovněž konkrétní příklady některých zařízení dlouhodobé péče, které ubytovávají více než sto klientů a patří k největším zdravotnickým institucím tohoto typu v České republice (3.2).

3.1 Situace v systému dlouhodobé zdravotní péče

Jak bylo uvedeno v kapitole 1.2, starší lidé, kteří jsou závislí na podpoře jiných osob, včetně starších lidí s postižením, se mohou stát uživateli služeb zdravotní péče stejně jako služeb sociální péče. Zvláště u pobytových forem těchto služeb není hranice vůbec ostrá a je spíše otázkou náhody, v kterém typu služby bude člověk umístěn. Starší lidé, kteří jsou závislí na podpoře jiných osob skutečně mohou skončit v pobytových zařízeních sociálních služeb nikoli pouze z toho důvodu nedostupnosti, nepřístupnosti nebo finanční nepřístupnosti terénních či ambulantních služeb sociální péče, nýbrž rovněž terénních zdravotních služeb.

Pobytové zdravotní služby poskytující dlouhodobou péči starším lidem, kteří jsou závislí na podpoře jiných osob, nejsou tak početné jako pobytová zařízení sociální péče. Nicméně se výrazným způsobem od těchto zařízení neliší, ať již jde o jejich kapacitu či organizaci, a proto tvoří neodmyslitelnou součást problému institucionalizace starších osob z důvodu jejich závislosti na jiných.

Tabulka č. 11: Léčebny dlouhodobě nemocných a hospici v České republice v roce 2017

	Zařízení	Lůžka	Průměrná kapacita
Léčebny dlouhodobě nemocných	35	3 472	99,2
Hospice	18	484	26,9

Zdroj: Ústav zdravotnických informací a statistik¹⁵⁶

Tabulka č. 12: Zdravotnická zařízení poskytující dlouhodobou péči a hospice v České republice v roce 2020

	Oddělení dlouhodobé péče (včetně léčeben dlouhodobě nemocných) ¹⁵⁷	Hospice ¹⁵⁸
Hlavní město Praha	15	4
Středočeský kraj	14	2
Jihočeský kraj	10	2
Plzeňský kraj	8	1
Karlovarský kraj	6	2
Ústecký kraj	14	1
Liberecký kraj	7	1
Královéhradecký kraj	5	1
Pardubický kraj	10	1
Vysočina kraj	8	1
Jihomoravský kraj	11	2
Olomoucký kraj	5	1
Moravskoslezský kraj	16	2
Zlínský kraj	8	2
Celkem	137	24

Zdroj: Všeobecná zdravotní pojišťovna

¹⁵⁶ Ústav zdravotnických informací a statistik: Zdravotnictví ČR: Lůžkový fond 2017, s. 7. Dostupné z: https://www.uzis.cz/sites/default/files/knihovna/nzis_rep_2018_E03_luzkovy_fond_2017.pdf [citováno 23. září 2021].

¹⁵⁷ Informace dostupné na webových stránkách veřejné zdravotní pojišťovny – Všeobecné zdravotní pojišťovny z: <https://www.vzp.cz/poskytovatele/informace-pro-praxi/seznamy-center-a-szz/lecebny-dlouhodobem-nemocnych> [citováno 4. listopadu 2020].

¹⁵⁸ Informace dostupné na webových stránkách veřejné zdravotní pojišťovny – Všeobecné zdravotní pojišťovny z: <https://www.vzp.cz/poskytovatele/informace-pro-praxi/seznamy-center-a-szz/hospice> [citováno 4. listopadu 2020].

Podle dat Ústavu zdravotnických informací a statistik, který je veřejnou institucí v gesci Ministerstva zdravotnictví, bylo v České republice v roce 2017 5 184 lůžek dlouhodobé péče v různých typech zařízení.¹⁵⁹ Tabulka č. 11 podává informaci o dvou základních typech zdravotnických zařízení dlouhodobé péče – léčeben dlouhodobě nemocných (zkratka „LDN“) a hospicích. Ústav zdravotnických informací a statistik poukazuje na nápadný pokles počtu lůžek v léčebnách dlouhodobě nemocných, avšak tento pokles mohl být zapříčiněn i změnou v administrativním vykazování, která byla přijata v roce 2016 a která spočívala v tom, že léčebny dlouhodobě nemocných byly jako začleněná zařízení poskytovatele zrušeny a byly převedeny na poskytovatele jako oddělení. Tabulka č. 12 obsahuje data o všech zdravotnických zařízeních poskytujících dlouhodobou péči – oddělení dlouhodobé péče (včetně léčeben dlouhodobé péče), jejichž celkový počet překračuje počet hospiců o více než sto.

Analýza Institutu pro sociální politiku a výzkum a Ústavu zdravotnických informací a statistik z roku 2019 ukazuje, že pokud jde o alternativy k lůžkové péči, vzrostl počet poskytovatelů za pět let o jednu čtvrtinu, v absolutních hodnotách o 130 poskytovatelů. V roce 2017 se jednalo o 558 poskytovatelů.¹⁶⁰ Zpráva nicméně poukazuje též na to, že ve stejném období došlo k poklesu klientů domácí péče, a to navzdory nárůstu počtu osob s potřebou péči – i po propuštění z akutní hospitalizace – zvýšil (viz výše). Dokument konkrétně zdůrazňuje, že „celkový počet pacientů domácí zdravotní péče v přepočtu na tisíc obyvatel se od roku 2009 snížil na 13 osob z téměř 14. Ve srovnání s tím využívá domácí zdravotní

péči téměř 58 seniorů ve věku 65+ z tisíce, tj. o 19 % méně než v roce 2009, kdy jich bylo více než 73. Přesto lze vlivem demografického stárnutí očekávat zvyšující se potřebu tohoto druhu péče, pokud nebude nadále masivně kompenzována lůžkovou zdravotnickou péčí.¹⁶¹ Jak ukazují statistiky, domácí péče je „masivně“ nahrazována institucemi.

3.2 Příklady nemocnic s odděleními následné péče, která poskytují dlouhodobou péči

Stejně jako v případě sociálních služeb výše je možné uvést konkrétní příklady velkých léčeben dlouhodobě nemocných či nemocničních oddělení, kde jsou institucionalizováni starší lidé, včetně starších lidí s postižením. Velikost těchto zařízení je velmi podobná.

Prvním příkladem je Centrum následné péče Fakultní nemocnice v Motole v Praze.¹⁶² Oddělení následné péče, dříve fungující jako léčebna dlouhodobě nemocných, si zachovalo svou cílovou skupinu. Hospitalizuje převážně starší osoby, které nepotřebují akutní zdravotní péči, ale stále potřebují určitou formu podpory. Kapacita je 381 lůžek a oddělení je umístěno ve dvou budovách v rámci velkého nemocničního areálu.

¹⁶¹ WIJA, P., BAREŠ, P., ŽOFKA, J. Analýza sociálních a zdravotních služeb dlouhodobé péče v ČR, 2019, s. 64-65. Analýza je dostupná z: <https://socialnipolitika.eu/wp-content/uploads/2019/09/Analýza-socialnich-a-zdravotnich-sluzeb-dlouhodobem-pece-v-CR.pdf> [citováno 1. října 2020].

¹⁶² Krátká videoprezentace oddělení, která dokládá, že oddělení se zaměřuje převážně na starší osoby, je dostupná z: <https://www.fnmotol.cz/kliniky-a-oddeleni/cast-pro-dospele/lecebna-dlouhodobem-nemocnych-ldn-i/> [citováno 4. listopadu 2020].

¹⁵⁹ Ústav zdravotnických informací a statistik: Zdravotnictví ČR: Lůžkový fond 2017, s. 8. Dostupné z: https://www.uzis.cz/sites/default/files/knihovna/nzis_rep_2018_E03_luzkovy_fond_2017.pdf [citováno 4. listopadu 2020].

¹⁶⁰ WIJA, P., BAREŠ, P., ŽOFKA, J. Atlas dlouhodobé péče ČR, 2019, s. 21. Atlas je dostupný z: <https://socialnipolitika.eu/wp-content/uploads/2019/09/Atlas-dlouhodobem-pece-CR.pdf> [citováno 5. října 2020].



Fotografie č. 12: Areál Fakultní nemocnice v Motole¹⁶³



Fotografie č. 13: Centrum následné péče Fakultní nemocnice v Motole¹⁶⁴

¹⁶³ Dostupné z: <https://www.arc.cz/energie-krajiny-area-lu-fn-motol-v-praze-5/> [citováno 4. listopadu 2020].

¹⁶⁴ Dostupné z: <https://www.fnmotol.cz/kliniky-a-oddeleni/cast-pro-dospela/lecebna-dlouhodobě-nemocnych-ldn-i/> [citováno 4. listopadu 2020].

Dalším příkladem je Odborný léčebný ústav Paseka, který je izolovaný a situovaný v areálu bývalého léčebného centra pro pacienty s tuberkulózou v přírodě Nížkého Jeseníku (střední Morava). Nejbližší vesnice je vzdálena 2,3 kilometrů a nejbližší okresní město Olomouc téměř 30 kilometrů (viz fotografii č. 14). V areálu je poskytována široká škála zdravotních služeb, včetně dlouhodobé péče o starší osoby. Celková kapacita areálu činí 328 osob.¹⁶⁵



Fotografie č. 14: Umístění Odborného léčebného ústavu Paseka¹⁶⁶

¹⁶⁵ Výroční zpráva Odborného léčebného ústavu Paseka 2020, s. 10. Dostupné z: <https://www.olupaseka.cz/dokumenty/vyrocní-zpravy> [citováno 23. září 2021].

¹⁶⁶ Dostupné na google maps: <https://www.google.com/maps/dir//Paseka+145,+783+97+Paseka/@49.809395,17.2225018,1385m/data=!3m1!1e3!4m8!4m7!1m0!1m5!1m1!1s0x47123bd6a-dfc967b:0x7fb04f3de6f6904d!2m2!1d17.228039!2d49.8095695> [citováno 4. listopadu 2020].



Fotografie č. 15: Areál Odborného léčebného ústavu Paseka¹⁶⁷

Jako poslední příklad lze uvést Léčebnu dlouhodobě nemocných Rybitví, která poskytuje jak zdravotní, tak i sociální služby. Celková kapacita činí 122 lůžek, z nichž je 105 zdravotních a 17 sociálních.¹⁶⁸ V zařízení jsou umístěny převážně starší osoby.¹⁶⁹



Fotografie č. 16: Léčebna dlouhodobě nemocných Rybitví¹⁷⁰

¹⁶⁷ Dostupné z: <https://www.olupaseka.cz/seniori/olu-paseka/fotogalerie/rok-2016/olu-paseka-2016-96cs.html#&gid=1&pid=10> [citováno 4. listopadu 2020].

¹⁶⁸ Informace dostupná z: <https://www.novinykraje.cz/pardubicky/2019/10/16/ldn-v-rybitvi-ziskala-ocenikvalitni-a-bezpecna-nemocnice/> [citováno 4. listopadu 2020].

¹⁶⁹ Pro více informací viz webové stránky zařízení: <https://www.ldn-rybitvi.cz/> [citováno 4. listopadu 2020].

¹⁷⁰ Dostupné z: <https://www.pardubicezive.eu/bezpecnost-predevsim-investice-kraje-usnadni-evakuaci-v-ldn-rybitvi/> [citováno 7. července 2021].



Fotografie č. 17: Pokoj v Léčebně dlouhodobě nemocných Rybitví¹⁷¹

¹⁷¹ Dostupné z: <https://www.ldn-rybitvi.cz/o-lecebne-fotogalerie/> [citováno 7. července 2021].

IV. NÁRODNÍ POLITIKY

Následující kapitola pojednává o české legislativě a politikách z perspektivy závazku deinstitucionalizovat sociální ochranu těch, kteří jsou závislí na podpoře jiných osob. Předně se věnuje samotnému závazku k neústavní podpoře a procesu deinstitucionalizace (4.1); následně se zaměřuje jak na relevantní právní úpravu (4.2), tak na národní strategie (4.3).

4.1 Závazek k neústavní podpoře a procesu deinstitucionalizace

Informace a data představená v první části této zprávy ukazují, že institucionalizace se stala běžným řešením pro starší lidi, kteří potřebují podporu jiných osob. Není garantováno, že pro ně budou dostupná nebo finančně přístupná neústavní podpůrná opatření. Česká republika si tak namísto udržení podpůrného prostředí anebo zajištění inkluze vybrala cestu segregace v institucích jakožto primární řešení.

Tento přístup odporuje závazkům vyplývajícím z CRPD (článek 19) a Evropské sociální charty (článek 14), společně s jejím Dodatkovým protokolem z roku 1988 (článek 4). Máme za to, že mezinárodní právo lidských práv zavazuje Českou republiku k tomu, aby přijala všechna vhodná opatření, která starším lidem, a zvláště starším lidem s postižením zajistí právo volby, jakož i to, že tyto lidé nebudou nuceni žít ve specifickém prostředí z důvodu jejich závislosti na podpoře jiných osob zapříčiněné věkem, postižením či věkem a postižením. Tato opatření by se neměla zaměřovat pouze na předcházení institucionalizaci, ať již v zařízeních sociální či zdravotní péče, ale měla by rovněž usnadnit návrat těchto lidí do jejich přirozeného prostředí.

Podpůrný systém České republiky se historicky spoléhá na instituce spíše než na neústavní podpůrná opatření. V takovém případě má stát povinnost „vstoupit do strategického plánování, s odpovídajícími časovými rámci a zdroji, v úzké a respektující konzultaci

s organizacemi zastupující lidi s postižením, a to s cílem nahradit všechna ústavní zařízení službami podporujícími nezávislý život.“¹⁷² Jinými slovy, stát by měl transformovat a deinstitucionalizovat systém podpory. Tento závazek zahrnuje, mimo jiné, povinnost nerozšiřovat stávající ústavní systém nebo nebudovat „satelitní“ životní uspořádání, která vycházejí z institucí, tj. taková, která budí zdání nezávislého života (byty či samostatné domy), ale která se soustředí kolem ústavů,¹⁷³ stejně jako závazek „zajistit, že veřejné nebo soukromé fondy nebudou vynakládány na údržbu, renovaci, zřizování, budování nebo vytváření jakékoli formy ústavů či institucionalizace.“¹⁷⁴

4.2 České právo z perspektivy neústavních opatření a deinstitucionalizace

České právo neobsahuje žádný právní mechanismus, který by výslovně usnadňoval nebo reguloval postupnou deinstitucionalizaci anebo předcházel rozšiřování stávajících institucí či zřizování nových.

Co se týče sociálních služeb, zákon o sociálních službách sice upravuje proces plánování sítě služeb, včetně jejího rozvoje a vytváření nových služeb, avšak žádným způsobem neklade důraz na ty služby, které respektují právo na nezávislý život, ani nepředpokládá deinstitucionalizaci. Je tedy v souladu se zákonem, pokud se krajský střednědobý plán rozvoje sociálních služeb spoléhá převážně na rozvoj ústavní péče namísto komunitních služeb. To je častá praxe v případě starších lidí, kteří jsou závislí na podpoře jiných osob a kteří nejsou součástí deinstitucionalizačního diskurzu.

Poslední návrh novely zákona o sociálních službách, který byl předložen MPSV do

¹⁷² CRPD/C/GC/5, odst. 42.

¹⁷³ *Ibid.*, odst. 49.

¹⁷⁴ *Ibid.*, odst. 51.

připomínkového řízení na konci roku 2019,¹⁷⁵ tuto situaci nenapravuje. Ačkoliv navrhuje ukotvit významné změny v oblasti financování, které se nevyhnutelně dotknou sítě služeb a jejího rozvoje, zůstává stále neutrální ve smyslu práva na nezávislý život. Negarantuje, že financování podpoří postupnou deinstitucionalizaci a rozvoj sociálních služeb, které budou dostupné a přístupné každému v jeho přirozeném prostředí.

Zákon upravující systém zdravotních služeb je ještě stručnější. Prakticky se omezuje na uzákonění odpovědnosti zdravotních pojišťoven za zajištění dostupnosti zdravotních služeb (viz výše kapitola 1.2.2). Na rozdíl od sociálních služeb (§ 38 zákona o sociálních službách) zákon o zdravotních službách neobsahuje žádné ustanovení, které by vyjadřovalo upřednostnění terénních a ambulantních služeb. To identifikujeme jako zjevnou mezeru, berouc v úvahu, že zdravotnická zařízení v mnoha případech pro straší lidi, kteří potřebují podporu jiných osob, nahrazují služby sociální péče.

4.3 Národní politiky a deinstitucionalizace

Závazek deinstitucionalizace není součástí platného práva, nýbrž politik. Tyto politiky lze kritizovat z několika důvodů. Předně, platné nebo plánované politiky neuznávají deinstitucionalizaci ústavní péče o starší osoby. Dále, i pokud tyto politiky již existují, nejsou řádně implementovány.

Pokud jde o první problém, institucionalizace starších lidí, kteří jsou závislí na podpoře jiných osob, obvykle není národními politikami pokryta. Deinstitucionalizační diskurz a úsilí, pokud je vůbec vynakládáno, se v systému sociální péče zaměřuje na mladší osoby s mentálním nebo psychosociálním

¹⁷⁵ Návrh je dostupný z: https://apps.odok.cz/veklep-detail?p_p_id=material_WAR_odokkpl&p_p_lifecycle=0&p_p_state=normal&p_p_mode=view&p_p_col_id=column-1&p_p_col_count=3&material_WAR_odokkpl_pid=KORN-BJZK6G9V&tab=detail [citováno 5. listopadu 2020].

postižením, které jsou institucionalizované v domovech pro osoby se zdravotním postižením. Důvodem jejich institucionalizace je nedostatek podpory mimo instituce a tento problém je komplexní. Obzvláště znepokojující je však to, že celá skupina starších lidí závislá na podpoře jiných osob, obvykle z důvodu Alzheimerovy choroby, dalších neurologických onemocnění spojených s vyšším věkem, potíží s hybností, či jakýchkoli jiných znevýhodnění, nebo jejich kombinace, je z deinstitucionalizačního diskurzu a úsilí zcela vynechána.

Tuto situaci výstižně dokumentuje nedávné společné stanovisko největší asociace poskytovatelů sociálních služeb v České republice – Asociace poskytovatelů sociálních služeb, a dvou zastřešujících nevládních organizací, Rady seniorů a Národní rady osob se zdravotním postižením ČR.¹⁷⁶ V tomto stanovisku jsou starší lidé (senioři) považováni za skupinu, která nemůže těžit z deinstitucionalizace, jelikož deinstitucionalizace není v jejím případě plně proveditelná, a jsou tak vítány nové instituce (včetně zařízení s kapacitou do 120 lůžek).¹⁷⁷ Ačkoliv jiné nevládní organizace – organizace poskytující komunitní podporu lidem s psychosociálním postižením¹⁷⁸ a koalice nevládních organizací podporujících deinstitucionalizaci¹⁷⁹ se proti tomuto stanovisku vymezily, nemění to nic na tom, že toto stanovisko zachycuje převládající diskurz.¹⁸⁰

¹⁷⁶ Společné stanovisko je dostupné z: https://www.apssc.cz/files/files/Spole%C4%8Dn%C3%A9%20stanovisko_deinstitucionalizace1_FINAL.pdf [citováno 5. listopadu 2020].

¹⁷⁷ *Ibid.*, s. 2-3.

¹⁷⁸ Prohlášení Asociace komunitních služeb v oblasti péče o duševní zdraví a FOKUS ČR, z. s. Prohlášení je dostupné z: https://www.fokus-cr.cz/images/Stanovisko_AKS_a_FOKUS_8.10.2020.pdf [citováno 5. listopadu 2020].

¹⁷⁹ Prohlášení Jednoty pro deinstitucionalizaci je dostupné z: <http://jdicz.eu/vyjadreni-jdi-ke-spolecnemu-stanovisku-apss-cr-nrzs-a-rs-cr-k-deinstitucionalizaci-socialnich-sluzeb/> [citováno 5. listopadu 2020].

¹⁸⁰ Tento diskurz nerespektuje názor, který převažuje mezi samotnými staršími lidmi. Organizace brání práva starších lidí a poskytující terénní a ambulantní

V systému zdravotní péče je deinstitucionalizace diskutována v kontextu psychiatrie. Může zahrnovat i některé starší osoby, které jsou v současnosti institucionalizovány anebo brzy budou institucionalizovány v psychiatrických nemocnicích,¹⁸¹ ale určitě ne všechny starší osoby. Komunitní péče o starší lidi není cílem této politiky.

Měli-li bychom situaci v České republice shrnout, mohli bychom uvést, že v současnosti zde není žádná politika, která by tematizovala deinstitucionalizaci pobytové péče o starší lidi. Všechny existující politiky, které ukotvují deinstitucionalizační cíle,¹⁸² se v případě, že zmiňují starší lidi, soustředí na

služby starším lidem poukazují na to, že většina starších lidí si přeje zůstat a zemřít doma a nebyť institucionalizována. Institut důstojného stárnutí zřízený Diakonií Českobratrské církve evangelické se zaměřuje na rozvoj komunitních služeb pro starší lidi: <https://www.dustojnestarnuti.cz/en/> [citováno 17. května 2021]. V roce 2018 Institut vydal publikaci Stárnout doma, v obci, v místě, s cílem podpořit místní orgány v rozvoji systému koordinovaných terénních a ambulantních služeb:

<https://www.dustojnestarnuti.cz/res/archive/003/000560.pdf?seek=1543303680> [citováno 17. května 2021]. Rovněž nejznámější nevládní organizace podporující starší osoby v České republice – Život 90 se zasazuje o dostupnost komunitních služeb a deinstitucionalizaci péče o starší osoby. V roce 2011 založila Gerontologický institut k realizaci analytických, vzdělávacích, koncepčních, metodologických a poradenských činností v oblasti stáří a stárnutí. Gerontologický institut pravidelně organizuje vzdělávání a konference na podporu deinstitucionalizace a komunitní podpory, jak vyplývá z jeho výročních zpráv. Viz např. výroční zprávy za roky 2015-2019. Dostupné z: <https://www.zivot90.cz/cs/institut/dokumenty-ke-staze-ni> [citováno 17. května 2021].

¹⁸¹ Vláda přijala v lednu 2020 Národní akční plán duševního zdraví 2020-2030, který zahrnuje cíl zaměřující se na rozvoj komunitních služeb pro osoby s Alzheimerovou nemocí a dalšími typy neurologických onemocnění spojených s vyšším věkem, ale bylo by chybou tento krok interpretovat jako závazek deinstitucionalizovat stávající pobytová zařízení sociální péče nebo léčebny dlouhodobě nemocných. Cílem je deinstitucionalizovat psychiatrickou péči. Národní akční plán duševního zdraví, s. 56-57. Plán je dostupný z: <https://www.mzcr.cz/narodni-akcni-plan-pro-du-sevni-zdravi-2020-2030/> [citováno 22. října 2020].

¹⁸² Především Národní strategie rozvoje sociálních služeb 2016-2025 a Strategie reformy psychiatrické péče a Národní akční plán duševního zdraví 2020-2030.

podporu rozvoje komunitních alternativ a na podporu neformální péče. Přesto opomíjejí cíl v podobě postupného uzavírání stávajících institucí a předcházení jejich rozšíření či vzniku nových. Národní strategie rozvoje sociálních služeb 2016-2025 je toho příkladem. Výslovně uvádí, že cíl přechodu od ústavní péče ke komunitní „není vhodné vnímat tak, že dochází k rušení potřebných a nových kapacit např. v oblasti sociálních služeb pro seniory. Nicméně jako vhodný způsob řešení této situace je plánování nových kapacit služeb komunitního charakteru.“¹⁸³

Specifický strategický dokument, který se zaměřuje na starší osoby, dosud nebyl přijat a je stále v procesu příprav – Strategický rámec přípravy na stárnutí společnosti 2019 (2020) – 2025.¹⁸⁴ Návrh rovněž podporuje komunitní a neformální péči. Nicméně mlčí, pokud jde o deinstitucionalizaci.¹⁸⁵

Česká vláda čelí dále vážným problémům při implementaci svých vlastních strategií. Jakákoli politika přijatá ve formě „strategie“ či „akčního plánu“ by neměla být přeceňovaná, pokud není doprovázena právními závazky. Národní strategie rozvoje sociálních služeb 2016-2025 je toho dobrým příkladem. K dosažení jejích strategických cílů, konkrétně cíle zajistit přechod od ústavní ke komunitní péči pro osoby s postižením, měl být přijat plán přechodu. Strategie předpokládala, že plán bude přijat v letech 2016-2017 a poté

¹⁸³ Národní strategie rozvoje sociálních služeb 2016-2025, schválená vládou dne 21. března 2016, s. 16. Strategie je dostupná z: <https://www.mpsv.cz/documents/20142/577769/NSRSS.pdf/af89ab84-31ac-e08a7233-c6662272bca0> [citováno 1. října 2020].

¹⁸⁴ Dokument má dlouhou historii schvalování a stále nebyl vládou přijat, navzdory tomu, že byl poprvé diskutován v září 2019. Diskuse byla nicméně přerušena a nově otevřena v únoru 2020, kdy došlo k novému přerušování. Od té doby nebyl Strategický rámec zařazen na program vlády, a proto nebyl dosud přijat.

¹⁸⁵ Návrh Strategického rámce přípravy na stárnutí společnosti 2019-2025 (verze ze srpna/září 2019). Dostupná z: <https://amsp.cz/wp-content/uploads/2019/08/Strategie-pr%C3%ADpravy-na-starnut%C3%AD-spolecnosti-2019-2025-ma-ALBSBADJYUA2.pdf> [citováno 22. října 2020].

implementován po celou dobu účinnosti strategie, tedy až do roku 2025.¹⁸⁶ Plán přechodu však stále ještě nebyl přijat. To z deinstitucionalizace činí neuskutečnitelný cíl.

Vedle akčního plánu přechodu měl být cíl přechodu od ústavní péče ke komunitní dosažen i vytvořením podmínek pro zajištění potřebných kapacit sociálních služeb komunitního typu terénní, ambulantní i pobytové formy. Národní strategie spojila tento specifický cíl mj. s novelou zákona o sociálních službách.¹⁸⁷ Tato novela měla nabýt účinnosti v roce 2018. Tzv. „velká novela“ zákona o sociálních službách však dosud nebyla přijata. Navíc, novela předložená MPSV na konci roku 2019 do připomínkového řízení se naopak vážným způsobem odklání od Národní strategie a jejích původních cílů.

Absence účinnosti strategie rovněž zjevně vyplývá ze skutečnosti, že akční plán k její implementaci byl přijat pouze na období let 2017-2018. Od roku 2019 nebyla Národní strategie doplněna žádným navazujícím plánem, přičemž vláda nenaplnila ani první akční plán. Kroky, které byly naplánovány na období let 2017-2018, nebyly dosud naplněny.

¹⁸⁶ Národní strategie rozvoje sociálních služeb 2016-2025, schválená vládou dne 21. března 2016, s. 57 a 63. Strategie je dostupná z: <https://www.mpsv.cz/documents/20142/577769/NSRSS.pdf/af89ab84-31ac-e08a7233-c6662272bca0> [citováno 1. října 2020].

¹⁸⁷ *Ibid.*, s. 64.

Je vhodné uvést, že český Nejvyšší kontrolní úřad kritizoval selhání vlády dostát svým hlavním politickým dokumentům v oblasti sociálních služeb. Ve své výroční zprávě za rok 2019 Nejvyšší kontrolní úřad uvedl, že „[v] kontrolovaném období se MPSV ne-dařilo plnit dlouhodobé vize, cíle a opatření stanovené v NSRSS [pozn. Národní strategii rozvoje sociálních služeb]. Nejpozději v roce 2017 mělo být splněno 17 opatření, MPSV se ale nepodařilo 14 z nich dosáhnout. Jedním z hlavních důvodů bylo to, že nebyla přijata novela zákona o sociálních službách, která měla nabýt účinnosti již v roce 2017 a jež měla mj. stabilizovat financování sociálních služeb.“¹⁸⁸

¹⁸⁸ Výroční zpráva Nejvyššího kontrolního úřadu ČR 2019, zveřejněná v březnu 2020, s. 42. Výroční zpráva je dostupná z: <https://www.nku.cz/assets/publikace-a-dokumenty/vyrocní-zprava/vyrocní-zprava-nku-2019.pdf> [citováno 21. října 2020].

V. ZÁVĚRY A DOPORUČENÍ

Data představená v kapitolách I. a II., společně s konkrétními příklady několika institucí pro starší lidi, dokládají, že starší lidé, včetně starších lidí s postižením, jsou nejvíce institucionalizovaná skupina v České republice. Rozsah institucionalizace je enormní a absence alternativ kritická. Vezmeme-li v úvahu výlučně zařízení sociální péče, data ukazují, že je zde více než dvakrát více domovů pro seniory než domovů pro osoby se zdravotním postižením, přičemž i tyto institucionalizují mj. starší lidi s mentálním nebo psychosociálním postižením. Data navíc ukazují, že počet institucí převážně ubytovávajících starší osoby s postižením (domovů se zvláštním režimem) je téměř dvojnásobný ve srovnání s počtem institucí určených převážně pro dospělé s mentálním nebo psychosociálním postižením (domovy pro osoby se zdravotním postižením). Podíváme-li se na kapacitu, je rozdíl ještě výraznější. Domovy pro seniory ubytovávají třikrát více osob než domovy pro osoby se zdravotním postižením a počet osob umístěných v domovech se zvláštním režimem dosahuje téměř dvojnásobku počtu dospělých institucionalizovaných v domovech pro osoby se zdravotním postižením.

Proto, berouc v úvahu domovy pro seniory společně s domovy se zvláštním režimem, které převážně fungují jako zařízení pro starší osoby – typicky s Alzheimerovou chorobou nebo jinými neurologickými onemocněními spojenými s věkem a náročnými projevy v chování – je nepoměr ještě větší. Počet těchto zařízení je 4,3krát větší a jejich kapacita 4,9 vyšší než domovů pro osoby se zdravotním postižením (viz tabulku č. 9 v kapitole 2.2).

Navzdory masivní institucionalizaci, starší lidé, včetně starších lidí s postižením, byli vyloučeni z národního deinstitucionalizačního diskurzu (viz kapitolu 4.3), stejně jako z transformační praxe. To může být doloženo dostupnými statistikami. Jak bylo uvedeno výše (kapitola 1.1), existují různé druhy po- bytových zařízení sociální péče. Přesto došlo

mezi lety 2012¹⁸⁹ a 2019 k poklesu pouze u domovů pro osoby se zdravotním postižením, přičemž i tento pokles byl pomalý a nedostatečný. Počet zařízení a počet domovů se zvláštním režimem nicméně narůstá, stejně jako jejich kapacita (viz kapitolu 2.2).

Doporučení: Zajistit, že národní, krajské a místní deinstitucionalizační politiky budou cílit na všechny instituce, bez ohledu na to, zda zařízení institucionalizují děti, dospělé, nebo osoby pokročilého věku, a že všichni lidé, bez ohledu na svůj věk a postižení, mohou mít z těchto politik prospěch.

Doporučení: Přijmout takové změny právních norem, které jednoznačně zajistí pokračující deinstitucionalizaci, která bude cílit na všechny instituce, bez ohledu na skutečnost, zda tyto institucionalizují děti, dospělé nebo starší lidi.

Doporučení: Zakotvit zákonný zákaz vytváření nových institucí a podpořit rozvoj alternativních komunitních služeb.

Starší lidé, včetně starších lidí s postižením, navíc, jak ukazují data, čelí vyššímu riziku dlouhodobé institucionalizace, jelikož mohou být institucionalizováni nejen v systému sociálních služeb, nýbrž rovněž v systému zdravotních služeb. Zjevný je nedostatek koordinace mezi systémem sociálních služeb (spadajícím především pod MPSV) a systémem zdravotních služeb (spadajícím především pod Ministerstvo zdravotnictví). Oba systémy jsou spravovány na základě odlišných pravidel, včetně pravidel ovládajících financování, požadavky na zaměstnance, a organizaci péče, a to, ačkoliv se mohou zaměřovat na zcela shodnou cílovou skupinu. Situaci lze

¹⁸⁹ Volíme tento rok, protože se jedná o rok, kdy vstoupila v účinnost novela zákona o sociálních službách, vyžadující, aby služby sociální péče byly poskytovány v nejméně omezujícím prostředí (novelizace § 38).

popsat jako roztržičnost a tato roztržičnost může zakládat vážnou překážku jakékoli strukturální změně.¹⁹⁰

Doporučení: Rozvinout právní a institucionální architekturu sjednocené dlouhodobé péče, mj. určením autority odpovídající za zajištění dlouhodobé péče, jakož i přijetím nové právní úpravy dlouhodobé péče, odpovídající požadavkům CRPD upřednostňovat komunitní služby.

Stávající situace, jak zřejmě ukazují data, vytváří riziko vzniku „šedých zón“ – prostorů, v nichž zásadní otázky, které jsou relevantní pro podporu starších lidí, mohou uváznout neřešeny. To má jeden zjevný důsledek. Nejen že starší lidé, kteří jsou závislí na podpoře jiných osob, jsou stále masivně institucionalizováni, ale paradoxně též stále narůstá poptávka po ústavních službách, což má evidentně svou logiku v absenci alternativ (viz tabulku č. 9 v kapitole 2.2). Současný systém proto konstantně posiluje institucionalizaci bez jakékoli konkrétní a dosažitelné vyhlídky na změnu. Situace se stává zakonzervovanou a je třeba výrazných změn, aby tento trend mohl být zastaven a obrácen. Kromě výše navržených legislativních změn je nezbytné přistoupit k drastické rekonstrukci obou systémů a masivní realokaci odpovídajících prostředků směrem ke komunitním službám, konkrétně osobní asistenci a pečovatelské službě, stejně jako centřům denních služeb a denním stacionářům. Důvodem je, že zřejmě dochází (viz kapitolu 2.3) k nárůstu prostředků, vynaložených nikoli pouze obecně na sociální péči, nýbrž rovněž na ústavní formu této péče. Jinými slovy, současné ústavy a pokračující rozvoj institucionalizaci pohlcují čím dál tím více veřejných zdrojů.

¹⁹⁰ Problém tzv. „zdravotně-sociálního pomezí“ je dlouhodobým tématem diskutovaným mezi Ministerstvem zdravotnictví a MPSV bez jakýchkoli významných výsledků nebo posunů.

