

3. Návrh věcného řešení dané problematiky.

Věcný záměr zákona o dlouhodobé péči

Závěrečná zpráva hodnocení dopadů regulace RIA

Důvod předložení návrhu

Předložený návrh věcného záměru vychází z Koaliční smlouvy a směřuje k naplnění Programového prohlášení vlády ze dne 4. srpna 2010. Vláda se v tomto prohlášení mimo jiné zavázala přijmout sadu reformních opatření vedoucích k modernizaci a vyšší efektivnosti zdravotnického systému, podpořit rozvoj péče o seniory a osoby se zdravotním postižením v domácím prostředí a společně s odborníky vymezit dlouhodobou zdravotně-sociální péči a navrhnout zavedení uceleného systému zdravotních a sociálních služeb, včetně způsobu financování.

Cílem návrhu je zajistit v rámci objemu dnes vynakládaných veřejných prostředků dostupnou a kvalitní dlouhodobou péči, poskytovanou efektivním způsobem v domácím i institucionálním prostředí. K tomu je třeba navrhnout dlouhodobě udržitelný způsob financování a vytvořit podmínky pro to, aby dlouhodobou péči potřebovalo co nejméně lidí. Do systému zajištění dlouhodobé péče musí být více zainteresováni stávající či potenciální klienti a jejich rodinní příslušníci.

Identifikace problému, cílů, kterých má být dosaženo, rizik spojených s nečinností

Zhodnocení současného stavu

Vymezení dlouhodobé péče

Dlouhodobá péče je spektrem kombinovaných zdravotních a sociálních služeb, které potřebují osoby se sníženou soběstačností závislé na cizí pomoci: potřebují pomoc a péči při každodenních aktivitách i v péči o svou domácnost pro zajištění důstojného života (definice OECD). Specifikem této péče je potřeba pomoci při zajištění soběstačnosti z důvodu zdravotních problémů. Jedná se obvykle o osoby chronicky nemocné, které jsou často hospitalizovány, kde již neprobíhá akutní péče, ale obvykle péče pouze ošetrovatelská a paliativní. Tyto osoby potřebují převážně ošetrovatelskou péči s vysokým podílem preventivně rehabilitační péče.

Pro definici dlouhodobé péče je klíčová právě potřeba zkombinovat významné množství zdravotní a sociální péče. Péče, jež je svým časovým průběhem dlouhodobá, ale zároveň převážně zdravotní s minimální sociální komponentou (např. dlouhodobá intenzivní péče) nebo převážně sociální s minimální zdravotní komponentou (například pečovatelská služba poskytovaná doma), nepatří do dlouhodobé péče tak, jak je definována v tomto materiálu.

Dlouhodobou péči potřebují lidé v důsledku zhoršené schopnosti sebeobsluhy, která může být díky zdravotnímu postižení vrozená nebo získaná v průběhu života obvykle v důsledku zhoršení zdravotního stavu.

Z pohledu zdravotnictví je dlouhodobá péče po fázi akutní a následné péče třetí fází poskytování zdravotních služeb. Je zaměřena na klienty, u kterých se ani zákroky moderní medicíny ani intenzivní rehabilitací nepodařilo plně obnovit jejich funkční schopnosti a kteří potřebují dlouhodobou systematickou zdravotní péči zejména charakteru ošetrovatelské péče.

Potřeby klientů dlouhodobé péče

Potřeby klientů dlouhodobé péče budou zajišťovány v rámci pobytové, ambulantní a terénní formy poskytování. Pokud není možné, aby klienti setrvali v domácím prostředí, bude jim poskytnuta péče pobytovou formou, která bude umět řešit jejich situaci snížené soběstačnosti v důsledku zhoršení zdravotního stavu a bude respektovat jejich bio – psycho – sociální i spirituální potřeby.

Služby dlouhodobé péče potřebují lidé, kteří mají omezenou soběstačnost zejména v základních sebeobslužných aktivitách, a tento stav je setrvalý. Může být způsoben jak chronickými onemocněními, tak může být důsledkem zdravotního postižení, ať již tělesného nebo duševního. Většina těch, kteří potřebují služby dlouhodobé péče, jsou lidé vyššího věku¹. Patří k nim ale i osoby, které v důsledku vrozených postižení nebo úrazů či nemocí získaných v raném věku, potřebují dlouhodobou péči po většinu svého života. Klienti dlouhodobé péče budou tedy potřebovat pomoc v základních sebeobslužných aktivitách, další individualizované služby a kvalifikovaný zdravotnický dohled a ošetrovatelskou péči s ohledem na jejich sice relativně stabilizovaný, ale zhoršený zdravotní stav, který nesoběstačnost způsobuje.

Dnešní a budoucí potřeba financování dlouhodobé péče

Dlouhodobou péči již dnes potřebuje v ČR přibližně 170 000 osob. Jejich počet bude v důsledku stárnutí obyvatelstva narůstat. Finančně dnes dlouhodobá péče stojí veřejné rozpočty zhruba 1,0 % HDP (bez zahrnutí neplacené neformální péče poskytované v rodinách). Tento objem podle modelací naroste o 20% každých 10 let.

Dnešní organizace a financování je nesystémově rozdrobeno mezi resorty MZ a MPSV, kraje, obce a zdravotní pojišťovny, což vede k významným nerovnostem mezi srovnatelnými klienty zdravotnických a sociálních zařízení, nedostatečnému zajištění kvality a dostupnosti, neefektivnímu poskytování a k vysokým transakčním nákladům. Dnešní průběžné financování z daní a ze zdravotního pojištění je z důvodu stárnutí obyvatelstva neudržitelné.

¹ Long-term Care for Older People. OECD, Paris, 2005

Tabulka 1 Odhad počtu potenciálních klientů dlouhodobé péče

Sektor		Počet příjemců /hospitalizovaných	Odhad podílu příjemců dlouhodobé péče	Odhad počtu příjemců dlouhodobé péče
Sociální	Příspěvek na péči, Stupeň závislosti 1	112 000	0%	0
	Příspěvek na péči, Stupeň závislosti 2	87 000	25%	21 750
	Příspěvek na péči, Stupeň závislosti 3	60 000	100%	60 000
	Příspěvek na péči, Stupeň závislosti 4	36 000	100%	36 000
Zdravotní	Ošetrovatelská pracoviště v nemocnicích	15 000	30%	4 500
	Sociální lůžka ve zdravotnických zařízeních	3 000	100%	3 000
	Odborné léčebné ústavy a další lůžková zařízení	65 000	25%	16 250
	Léčebny dlouhodobě nemocných	55 000	30%	16 500
	Jinde v datech nezachycené osoby	12 000	100%	12 000
	Celkem			170 000

Zdroj: VZP ČR, MPSV, vlastní odhady, osoby se mohou vyskytovat ve více skupinách, řádcích, zároveň. Data za rok 2009

Odhad celkových veřejných nákladů, které lze spojovat s dlouhodobou péčí, se pohybuje okolo 30 mld. Kč (1,0% HDP). Do tohoto odhadu nejsou započítány náklady na veškerou péči poskytovanou v rámci rodin nebo komunit osobami blízkými nebo jinými (kvalifikovaný odhad uvádí až 200 000 přepočtených úvazků blízkých osob²).

Hrazení dlouhodobé péče je obsaženo ve výdajích zdravotních pojišťoven, státu, krajů, obcí a dalších zřizovatelů zdravotnických zařízení následné péče. Je ale také ve velké míře hrazena ze soukromých rozpočtů ze sociálních dávek, ať již pojistných nebo nepojistných systémů (ty navíc mohou být mezi sebou kombinovány). Podrobnější odhady nákladů jsou uvedeny v Tabulce č. 2.

Výdaje na dlouhodobou péči se regionálně velmi liší, což vyplývá ze způsobu poskytování péče (někde je poskytována spíše ve zdravotnických zařízeních, někde více neformálně v domácnostech), z rozhodnutí krajů a obcí ohledně investic a dotací do zařízení, které tuto péči poskytují, a ze samotné geografické struktury jejich rozmístění v rámci ČR (např. koncentrace v krajských městech a v Praze).

² Kulatý stůl k budoucnosti financování zdravotnictví v ČR, Zpráva o stavu, vývoji a výhledu zdravotnictví v ČR, Praha, 2008, s. 48

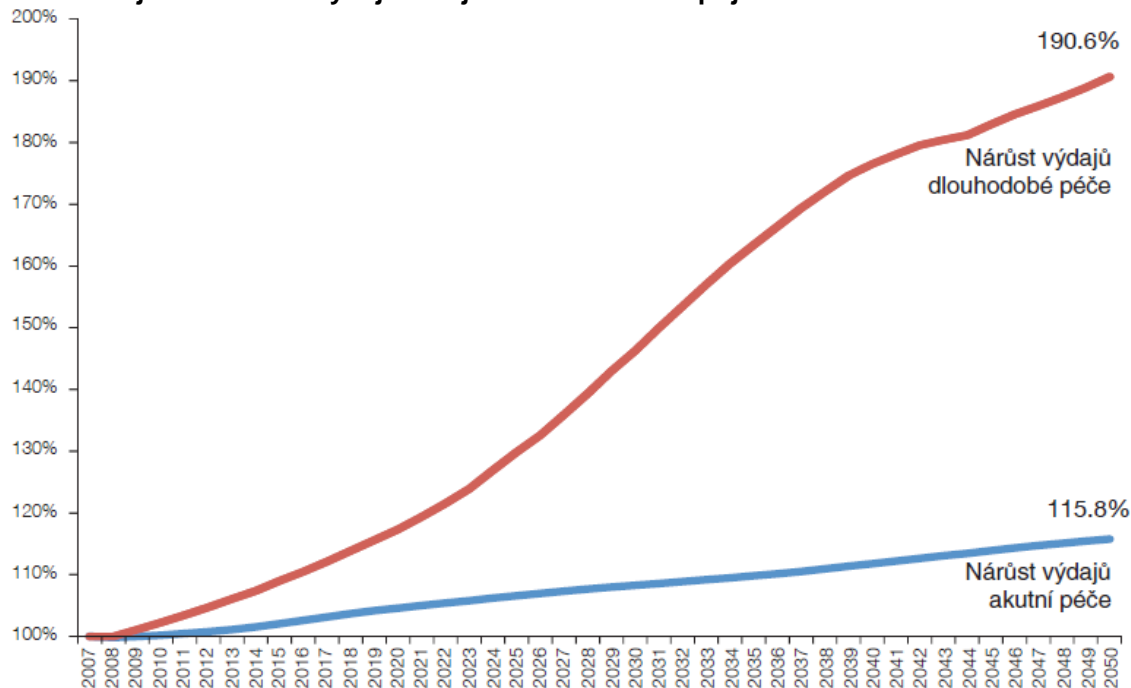
Tabulka 2 Odhad dnešních veřejných výdajů na dlouhodobou péči, 2009

Sektor	Název části veřejných výdajů	Celkový objem v mil. Kč	Odhad podílu dlouhodobé péče	Odhad části dlouhodobé péči v mil. Kč
Sociální	Dávky osobám se zdravotním postižením	2 452	50%	1 226
	Příspěvek na péči	18 897	70%	13 228
	Výdaje územních rozpočtů (krajů a obcí)	6 487	70%	4 541
	Dotační řízení MPSV	6 253	50%	3 127
Zdravotní	Ošetrovatelská pracoviště v nemocnicích	4 713	30%	1 414
	Zdravotní péče ve zdravotnických zařízeních poskytnutá osobám umístěným v nich z jiných než zdravotních důvodů	3 291	100%	3 291
	Na ošetrovatelskou a rehabilitační péči poskytnutou v zařízeních sociálních služeb	982	70%	687
	Odborné léčebné ústavy	6 134	25%	1 534
	Léčebny dlouhodobě nemocných	1 096	30%	329
	Domácí zdravotní péče	1 322	10%	132
Další zdroje (dotace, transfery, fondy EU)		492	100%	492
Celkem				30 000

Zdroj: Státní závěrečný účet MPSV, MZČR, 2009, ČSÚ – Systém zdravotnických účtů

V tabulce jsou uvedeny pouze takové náklady, které jsou vyúčtovány. Z praxe je známo, že existuje mnoho zdravotnických výkonů, které jsou poskytovány v sociálních zařízeních, jež nejsou vykázány, zdravotními pojišťovnami uznány a uhrazeny a naopak v mnoha zdravotnických zařízeních jsou poskytovány sociální služby, které nejsou vykazovány a mnohdy jsou označeny jako výkony zdravotní, hrazené zdravotními pojišťovnami. Odhad celkových nákladů je tedy velmi obtížný. Modelace očekávaného nárůstu objemu veřejných prostředků věnovaných na dlouhodobou péči v důsledku stárnutí obyvatelstva je zobrazena v Grafu č. 1.

Graf 1 Projekce nárůstu výdajů veřejného zdravotního pojištění na akutní a dlouhodobou péči



Zdroj: Kulatý stůl k budoucnosti financování zdravotnictví v ČR, České zdravotnictví v roce 2050
Poznámka: do nákladů dlouhodobé péče jsou zahrnuty pouze výdaje zdravotních pojišťoven

Nedostatky dnešní organizace a financování dlouhodobé péče

Dlouhodobá péče je dnes poskytována osobami blízkými nebo jinými (neformální péče v rámci domácnosti nebo komunity) a profesionálními poskytovateli v resortu práce a sociálních věcí nebo zdravotnictví. Služby poskytované ze strany jednotlivých resortů mezi sebou nejsou koordinované, což vede k významným nerovnostem mezi srovnatelnými klienty zdravotnických a sociálních zařízení, nedostatečnému zajištění kvality a dostupnosti, neefektivnímu poskytování a k vysokým transakčním nákladům. Roli koordinátora v současnosti nedokáže naplnit ani kraj či obec.

Navíc, finanční spoluúčast občana v případě pobytové péče se významně liší podle toho, zda je občan s obdobnými potřebami pacientem zdravotnického zařízení poskytujícího lůžkové zdravotní služby nebo klientem zařízení poskytujícího pobytové sociální služby. V případě pobytu v zařízení poskytujícím pobytové sociální služby se klient do výše dané zákonem podílí na úhradě stravy a ubytování ve výši maximálně 330,-Kč denně za hotelové služby a v průměru cca 150,-Kč denně za sociální péči (z příspěvku na péči), zatímco při hospitalizaci ve zdravotnickém zařízení hradí pouze regulační poplatek ve výši 60 (100) Kč denně.

V důsledku této nerovnosti (a pravděpodobně nedostatečné kapacity zařízení poskytujících pobytové sociální služby) je ve zdravotnických zařízeních hospitalizována řada pacientů, kterým je de facto poskytována dlouhodobá péče (viz Tabulka č. 1). Tento stav vede ke zvýšeným výdajům zdravotních pojišťoven – pacienti hospitalizovaní dlouhodobě ve zdravotnických zařízeních nedostávají příspěvek na péči ani neplatí zdravotnickému zařízení příspěvek na stravu a ubytování. Mimo to jsou většinou hospitalizováni na lůžkách akutní nebo následné péče, jejichž personální zajištění je ve smyslu kvalifikace personálu zbytečně vysoké. Na druhé straně se zdravotní pojišťovny zatěžované těmito výdaji brání plně

proplácet potřebnou zdravotní péči poskytovanou v zařízeních pobytových sociálních služeb.

Existující rozdíly ve financování péče o pacienty/klienty s obdobnými potřebami, kteří se ocitnou ve zdravotnickém zařízení, nebo na lůžkovém oddělení v zařízení poskytujícím pobytové sociální služby lze ukázat na skladbě plateb v obou případech – viz tabulka č. 3.

Tabulka 3 Průměrné měsíční úhrady na lůžko v daném zařízení

	Zdravotní pojišťovna	Pacient/klient	Dotace z veřejných prostředků na lůžko	Celkem
Léčebny dlouhodobě nemocných	35 310 Kč	1 280 Kč	400 Kč	36 990 Kč
Následná péče, ošetrovatelská lůžka	31 972 Kč	1 280 Kč	1 200 Kč	33 172 Kč
Odborný léčebný ústav	38 400 Kč	1 280 Kč	1 000 Kč	39 400 Kč
Pobytová zařízení sociálních služeb (domovy pro seniory), osoba ve stupni závislosti 3	2 079 Kč	8 500 Kč + 8000 Kč	6 000 Kč	24 579 Kč

Zdroj: Státní závěrečný účet MPSV a MZ, výkazy zdravotních pojišťoven, ČSU – Systém zdravotnických účtů, počty lůžek dle ÚZIS a VZP ČR

Poznámka: Dotace jsou uměle rozpočítány na celkový počet lůžek v daných segmentech a mohou se proto regionálně a individuálně lišit. Obsahují transfery na běžné i kapitálové výdaje. V případě plateb za regulační poplatky uvažujeme i podíl osob osvobozených od regulačních poplatků podle zákona 48/1997 Sb.

Mimo problémy spojené s dnešním nerovným a roztržštěným poskytováním a financováním dlouhodobé péče je také třeba řešit otázku dlouhodobě udržitelného zajištění zdrojů. Dlouhodobá péče bude nejrychleji rostoucím druhem zdravotní péče (viz Graf č. 1). Dnešní průběžné financování téměř veškeré sociální a zdravotní péče je v důsledku stárnutí obyvatelstva dlouhodobě neudržitelné. Stejně jako je v oblasti důchodového zabezpečení plánováno doplnění průběžného systému zdroji založenými na úsporách, je k podobnému kroku nutno přistoupit i v oblasti dlouhodobé péče.

Dopady, kterých má být prostřednictvím této právní úpravy dosaženo

- Jasně vymezení oblasti dlouhodobé péče, zdravotních a sociálních služeb poskytovaných v jejím rámci, nároku klientů, požadavků na personální a věcné vybavení poskytovatelů a financování dlouhodobé péče.
- Překlenutí segmentace a překážek mezi službami zdravotní a sociální péče.
- Zajištění optimálního způsobu poskytování dlouhodobé péče podle individuálních potřeb klienta a provázanost jejích různých forem.
- Vytvoření nových profesí v dlouhodobé péči a podpora potřebného počtu kvalifikovaných pracovníků pro tyto služby.
- Zvýšení efektivity a kvality služeb.
- Podpora poskytování dlouhodobé péče v přirozeném prostředí.

Rizika spojená s nečinností

- Vzrůstající tlak na veřejné rozpočty na úhradu potřebné péče.
- Nesplnění závazků Programového prohlášení vlády ze dne 4. srpna 2010.
- Snížení úrovně poskytování zdravotně sociálních služeb z hlediska nedostatku finančních prostředků na úrovni obcí, krajů a státu.
- Nárůst hospitalizací, které povedou k dalšímu přetrvávání klientů ve zdravotnických zařízeních, a tím k neúčelnému vynakládání prostředků z veřejného zdravotního pojištění a k nevhodnému způsobu poskytování dlouhodobé péče.
- Neschopnost zajistit odpovídající služby stále většímu počtu obyvatel, kteří je v důsledku stárnutí obyvatelstva potřebují.

Návrh variant z hlediska komplexního řešení problematiky

2. 1. Nulová varianta

Tato varianta předpokládá, že se nezmění současný stav.

2. 2. Varianta 1

Služby v rámci dlouhodobé péče bude zajišťovat pouze kapacita registrovaných sociálních služeb ve smyslu zákona o sociálních službách.

Silné stránky:

- Minimální potřeba změn právních předpisů upravujících poskytování sociálních služeb nebo zdravotní péče a zásahu do systému.

Slabé stránky a rizika:

- Významná potřeba dotační podpory budování nových kapacit sociálních služeb.
- Významná potřeba zvýšení metodické a kontrolní činnosti.
- Nevyužití příležitosti vedoucí k modernizaci a vyšší efektivnosti zdravotnického systému i systému sociálních služeb.

2.3 Varianta 2

Bude vytvořen systém dlouhodobé péče integrálně navazující na zdravotní a sociální služby podle zvláštních právních předpisů s efektivním využitím stávajících kapacit v systému zdravotnictví a sociálních služeb.

Silné stránky:

- Optimalizace a sjednocení poskytování dlouhodobé péče.
- Včasné poskytnutí podpory potřebným obyvatelům v místě jejich přirozeného prostředí.
- Významné zvýšení dostupnosti dlouhodobé péče.
- Zvýšení efektivnosti využití stávajících zdrojů financování.
- Stimulace růstu efektivity navazujícího zdravotnického a sociálního systému.
- Podpora vzniku nových profesí v komunitní péči, rozvoj terénních a ambulantních služeb a péče.

- Zvýšení zaměstnanosti v konkrétním regionu rozvoj pracovních pozic v terénních a ambulantních službách.
- Podpora vzniku nového typu lůžkové péče, zaměřené na zdravotně sociální potřeby klienta.
- Podpora tzv. „sdílené péče“, kdy stát podporuje stanovenou sociální politikou kombinaci formální a neformální péče ve snaze udržet osoby se sníženou soběstačností závislé na cizí pomoci v jejich přirozeném prostředí.

Slabé stránky a rizika:

- Možné problematické implementování nových postupů do stávajících systémů péče.
- Nutnost zajištění koordinace zdravotní a sociální péče.
- Možné dočasné lokální zhoršení dostupnosti péče.

Návrh variant z hlediska legislativního řešení

Z legislativního hlediska si lze představit, že řešení problematiky podle varianty 0 i varianty 1 nebude vyžadovat zásadní změny právních předpisů. Variantu 2 je možné řešit přijetím samostatného zákona, nebo pouhou úpravou stávajících právních předpisů. Z důvodů jasného vymezení oblasti dlouhodobé péče navrhujeme přijetí samostatného zákona o dlouhodobé péči s tím, že tento zákon bude tzv. složeným zákonem, sestávajícím z novel stávajících zákonů, zejména zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a navrhovaného zákona o zdravotních službách, v případě jeho nepřijetí zákona 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu.

Z hlediska pojetí navrhované právní úpravy dlouhodobé péče bude nezbytné zasáhnout do právních předpisů v gesci Ministerstva zdravotnictví i Ministerstva práce a sociálních věcí.

Dotčené subjekty

Dotčené subjekty jsou především:

- Ministerstvo práce a sociálních věcí,
- Ministerstvo zdravotnictví,
- Úřad práce České republiky,
- ČSSZ,
- kraje,
- obce,
- obecní úřady obcí s rozšířenou působností,
- poskytovatelé sociálních služeb,

- poskytovatelé zdravotních služeb,
- osoby,
- zdravotní pojišťovny.

Vyhodnocení nákladů a přínosů jednotlivých variant

Nulová varianta je dlouhodobě neudržitelná již na základě faktu stárnutí obyvatelstva. Existující poskytování dlouhodobé péče rozdrobené mezi resorty MPSV ČR a MZ ČR je nevhodné z hlediska dostupnosti a kvality služeb pro klienty, z hlediska ekvity a transparentnosti i z hlediska efektivity vynakládaných veřejných prostředků. Tento fakt byl opakovaně zdokumentován a dlouhodobě je usilováno o zásadní změnu současného systému.

System, který je již dnes významně nefunkční, zjevně nemůže obstát v situaci, kdy dlouhodobou péči bude z důvodu stárnutí obyvatelstva potřebovat významně větší počet obyvatel. Stávající systém nedisponuje kapacitami ani finančními zdroji k zajištění potřebné péče.

Varianta 1 – Tato varianta nezohledňuje provázanost zdravotní a sociální komponenty dlouhodobé péče. Není řešitelná bez koordinace poskytování zdravotních a sociálních služeb. Navíc, masivní investice potřebné k vybudování kapacit v rámci systému sociálních služeb nejsou k dispozici ve státním rozpočtu ani v dalších veřejných rozpočtech. Tento finanční problém se netýká jen investičních, ale i provozních prostředků.

I kdyby bylo možno tyto prostředky získat, pokračovalo by nadále neefektivní a nekvalitní, ale vysoce nákladné poskytování dlouhodobé péče ve zdravotnických zařízeních. Tato forma poskytování péče nezohledňuje sociální potřeby klientů a vede k zatěžování systému veřejného zdravotního pojištění, neschopnosti zaplatit potřebnou akutní péči a ke vzrůstajícím požadavkům na státní rozpočet. Navíc, pokračující oddělené poskytování služeb dlouhodobé péče v systému sociálním a zdravotním, za významně jiných finančních podmínek pro klienty se stejnými potřebami, ale pobývajících v různých institucích, je v zásadním rozporu s principem ekvity.

Varianta 2 – Tato varianta jako jediná reflektuje přirozený zdravotně-sociální charakter dlouhodobé péče, vytváří transparentní a provázaný systém jejího poskytování a financování, který je schopen zareagovat na vzrůstající potřebu této péče v důsledku stárnutí obyvatelstva. Varianta 2 vytváří jednotné prostředí pro poskytování dlouhodobé péče, stanoví jasně způsob posuzování potřeby této péče a vytváří podmínky pro poskytnutí služeb ekonomicky nejvýhodnějším způsobem, tedy pokud je to možné v domácím prostředí klienta při zapojení rodinných příslušníků.

Varianta 2 nevede z pohledu veřejné správy a příjemce služeb k vyšší regulatorní zátěži, ale naopak vytváří jednotné transparentní prostředí s jasnými pravidly, ve kterém nedochází k administrativním ani finančním duplicitám mezi poskytováním zdravotních a sociálních služeb.

Na základě porovnání silných a slabých stránek a rizik vychází varianta 2 jako nejvíce vyhovující stanoveným cílům.

Dopady dlouhodobé péče na klienty dlouhodobé péče

Získání statutu klienta dlouhodobé péče umožňuje čerpat ošetrovatelskou péči ze zdravotního pojištění a úkony služeb sociální péče v rámci jednoho systému. Některým dalším skupinám osob umožní žádat o finanční pomoc pro osoby v nepříznivé sociálně zdravotní situaci (např. příspěvek na péči) a naopak čerpat zdravotní péči, kterou jim současná legislativní úprava neumožňuje. Nevytváří nový systém pro posuzování závislosti, ale přiznané sociální dávky budou nadále čerpány jako příspěvek na úhradu potřebné péče.

Dopady navrhovaných změn na současné poskytovatele zdravotních a sociálních služeb a na veřejné rozpočty

Zavedením nového systému dlouhodobé péče podle tohoto věcného záměru dojde k postupným, ale významným změnám ve:

- statutu skupin dnešních pacientů zdravotnických zařízení a uživatelů sociálních služeb,
- ve statutu poskytovatelů patřících dnes do resortu MZ ČR i MPSV ČR, a
- ve finančních tocích.

Část pacientů hospitalizovaných v dnešních zdravotnických zařízeních (zejména v léčebnách dlouhodobě nemocných, odborných léčebných ústavech a na ošetrovatelských i akutních lůžkách v lůžkových zařízeních) se stane klienty dlouhodobé péče. Předpokládá se, že novela zákona č. 48/1997 Sb. o veřejném zdravotním pojištění navazující na zákon o zdravotních službách předkládaný MZ ČR jasně oddělí účel a způsob poskytování následné a dlouhodobé péče. Zároveň se předpokládá, že tato novela stanoví maximální dobu poskytování následné péče (například 3 měsíce), která může být v oprávněných případech prodloužena, ale po jejím skončení pacient přechází automaticky do režimu dlouhodobé péče. Znamená to mimo jiné, že má možnost požádat o přiznání a vyplácení příspěvku na péči a povinnost přispívat na stravu a ubytování ve stejném režimu jako při pobytu v dnešním pobytovém zařízení poskytujícím sociální služby (např. domov pro seniory).

Vzhledem k očekávané změně statutu významného množství dnešních pacientů zdravotnických zařízení na klienty dlouhodobé péče je samozřejmě očekávána i změna statutu řady dnešních zdravotnických zařízení a jejich postupná přeměna na poskytovatele dlouhodobé péče. Na rozdíl od dnešního nejasného stavu, kdy zdravotnická zařízení spadající do určité kategorie (např. léčebny dlouhodobě nemocných a odborné léčebné ústavy) poskytují jak dlouhodobou, tak následnou a někdy i akutní péči, dojde k oddělení poskytování těchto druhů péče, ať už mezi zdravotnickými zařízeními nebo uvnitř jednoho zařízení. Zejména dnešní léčebny

dlouhodobě nemocných a odborné léčebné ústavy (a některé nemocnice) se tak na základě místní poptávky po následné a dlouhodobé péči a schopnosti získat kvalifikovaný zdravotnický personál rozhodnou, kterou část své lůžkové kapacity věnují poskytování následné péče a kterou část poskytování dlouhodobé péče.

V sociálním sektoru část dnešních příjemců příspěvku na péči změní svůj statut na klienty dlouhodobé péče a současně se některé subjekty poskytující služby sociální péče přeorientují na tuto klientelu.

Jedním z hlavních cílů zákona je ale poskytování dlouhodobé péče v přirozeném domácím prostředí. Teprve po narovnání dnešních zásadních rozdílů ve spoluúčasti pacienta, kterému je poskytována de facto dlouhodobá péče ve zdravotnickém zařízení a klienta pobytového zařízení sociálních služeb, bude možno zjistit, jaká je v jednotlivých regionech skutečná poptávka po ústavním poskytování dlouhodobé péče. Předběžné analýzy ukazují, že z osob, které pravděpodobně získají statut klienta dlouhodobé péče, 25-30% potřebuje ústavní služby.

Dopady zavedení dlouhodobé péče na finanční toky a veřejné a soukromé rozpočty

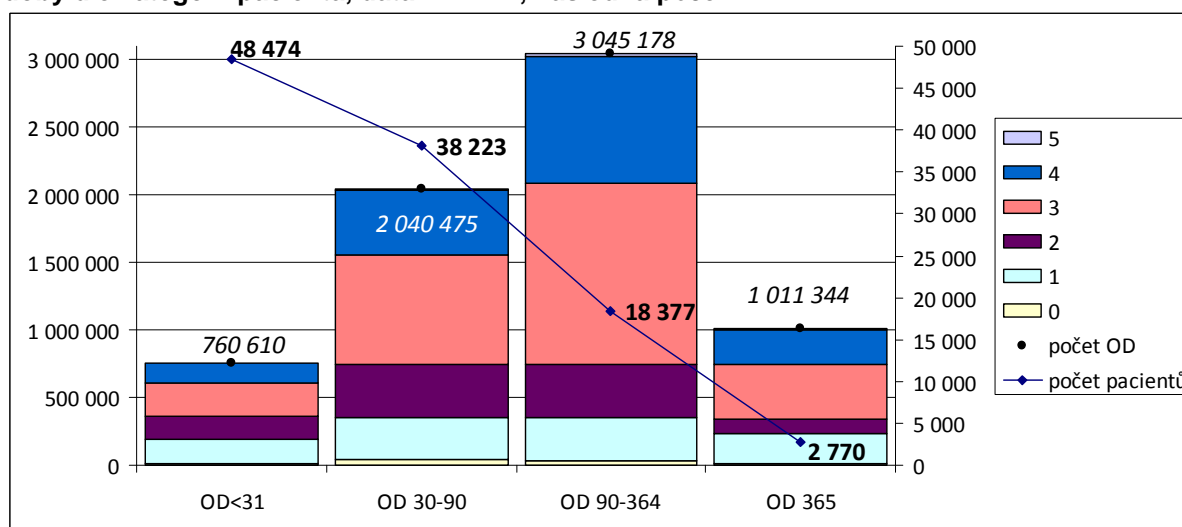
Dopady na finanční toky a výdaje z veřejných i soukromých rozpočtů v důsledku přijetí navrhovaného zákona o dlouhodobé péči (a souvisejícího přijetí zákona o zdravotních službách a doprovodné novely zákona č. 48/1997) jsou způsobeny zejména následujícími mechanismy:

- Změna statutu pacientů hospitalizovaných ve zdravotnických zařízeních následné péče na klienty dlouhodobé péče
- Změna statutu části klientů pobytových sociálních služeb na klienty dlouhodobé péče

Dopady na finanční bilanci systému veřejného zdravotního pojištění

Na základě analýzy dat týkajících se hospitalizací pojištěnců Všeobecné zdravotní pojišťovny ČR v oblasti následné péče (viz graf č. 2) a předpokladu, že její podíl u těchto pojištěnců je 80% jejich počtu v ČR, odhadujeme, že statut klienta dlouhodobé péče by mohlo získat cca 36 000 pojištěnců reprezentujících 4 miliony ošetrovacích dnů (80% pacientů hospitalizovaných v následné péči déle než 90 dní a 25% pacientů hospitalizovaných 30-90 dní). Lze předpokládat, že zhruba 10 000 osob se přesune do domácí péče (zejména osoby v kategoriích pacienta 1 a 2) a 26 000 osob do pobytových institucí dlouhodobé péče.

Graf 2 Struktura počtu ošetřovacích dnů a počet pojištěnců (pravá osa) podle délky ošetřovací doby dle kategorií pacienta, data VZP ČR, následná péče



Zdroj: Všeobecná zdravotní pojišťovna ČR, data hospitalizací v následné péči

Z této změny statutu pacientů vyplyne snížení úhrad zdravotních pojišťoven dnešním lůžkovým zdravotnickým zařízením „následné“ péče ve výšce zhruba 5 miliard Kč (4 miliony ošetřovacích dnů, za ošetřovací den v následné péči dnes platí zdravotní pojišťovna 1200 – 1300 Kč).

Na druhé straně budou zdravotní pojišťovny hradit lůžkovou dlouhodobou péči ve výši 1,8-2,8 mld. Kč navíc k dnešním výdajům na zdravotní péči poskytovanou v zařízeních pobytových sociálních služeb a 1,5 mld. Kč navíc za domácí zdravotní péči.

Tyto údaje vychází z předpokladu, že se do lůžkové části dlouhodobé péče přesune jak část pacientů z dnešních zdravotnických zařízení následné péče (26 000), tak část klientů (cca 30 000), kteří jsou v současnosti na ošetřovatelských lůžkách pobytových zařízení sociálních služeb. Celkem se bude jednat ročně o cca 10 mil. ošetřovacích dnů. Při hodnotě ošetřovacího dne 250–350 Kč se jedná o 2,5-3,5 mld. Kč. Naopak však dojde k poklesu úhrad za ošetřovatelskou péči v pobytových zařízeních sociálních služeb (odhadem o 0,7 mld. Kč). Ve výsledku tedy 1,8-2,8 mld. Kč.

Přesun osob z následné péče do péče domácí (odhadem 10 000 osob) pak při průměrné úhradě zdravotní pojišťovny 1500 Kč ročně za domácí zdravotní péči znamená nárůst nákladů zdravotních pojišťoven o 1,5 mld. Kč.

Tabulka 4 Bilance systému veřejného zdravotního pojištění

	Pokles úhrad	Nárůst úhrad
Z následné zdravotní péče do dlouhodobé péče	5 mld. Kč	
Výdaje na dlouhodobou péči (lůžkovou)		1,8-2,8 mld. Kč
Nárůst domácí zdravotní péče		1,5 mld. Kč
Administrativní a transakční náklady v prvním roce		0,1 mld. Kč
Administrativní náklady (posuzování, hodnocení, MOT) každoročně		0,02 mld. Kč
Celková bilance	5 mld. Kč	3,4-4,4 mld. Kč

Dopady na dnešní pacienty hospitalizované ve zdravotnických zařízeních

Dnešní pacienti lůžkových zdravotnických zařízení, kteří se stanou klienty dlouhodobé péče, vyžadující pobytové poskytování této péče, zaplatí za stravné a ubytování cca 1 mld. Kč ročně. Dnes platí pouze cca 180 milionů Kč na regulačních poplatcích. Po přechodu do režimu dlouhodobé péče bude těchto 26 000 osob přispívat na stravu a ubytování stejným způsobem jako klienti dnešních pobytových zařízení sociálních služeb, tedy ve výši 330 Kč denně.

V rámci Sociální reformy II bude řešena otázka klientů, kteří nemají dostatečné prostředky k zaplacení úhrady za stravu a pobyt v této výši a nedokáží jim je poskytnout ani jejich rodinní příslušníci.

Dopady na státní rozpočet

Pacienti, kteří jsou dnes dlouhodobě hospitalizováni ve zdravotnických zařízeních a stanou se klienty dlouhodobé péče, získají nárok na příspěvek na péči. Jeho výši lze na základě věkové struktury těchto pacientů a typů ošetřovacích dnů, které jsou na ně dnes vykazovány, odhadnout na 2–3,5 mld. Kč.

Rozsah odhadu je způsoben tím, že nelze předem stanovit, jaký stupeň závislosti jim bude v rámci řízení přiznán. Pokud by struktura této skupiny byla stejná, jako je tomu u současných příjemců příspěvku na péči, byly by roční výdaje cca 2 mld. Kč. Jelikož však zřejmě půjde o osoby se sníženou soběstačností, mohou se výdaje na příspěvek na péči vyšplhat až na 3,5 mld. Kč (třetina nových příjemců bude mít přiznán stupeň 2, třetina stupeň 3 a třetina stupeň 4).

Uvedená horní hranice odhadu je maximální a bude snížena po dokončení analýzy určující, jaký podíl dnešních pacientů dlouhodobě hospitalizovaných ve zdravotnických zařízeních, má již dnes přiznán příspěvek na péči (a v jaké výši) a pouze pozastavenou jeho výplatu.

Tabulka 5 Odhad maximálního nárůstu výplaty příspěvku na péči dle stupňů závislosti

	1	2	3	4	celkem
Příspěvek na péči	0 Kč	0,58 mld. Kč	1,15 mld. Kč	1,78 mld. Kč	3,5 mld. Kč

Tyto příspěvky na péči budou vzhledem ke stavu těchto klientů, dnešnímu způsobu péče a v důsledku změn chystaných MPSV v zákoně o sociálních službách, sloužit k platbám za pobytové, ambulantní a terénní služby v rámci dlouhodobé péče.

Je nutné si uvědomit, že k přesunu pacientů dnes dlouhodobě hospitalizovaných ve zdravotnických zařízeních do oblasti zdravotně-sociální péče a následným dopadům na státní rozpočet dojde každopádně. Zdravotní pojišťovny v důsledku svého ztrátového hospodaření vytvářejí větší tlak na vznik zdravotně-sociálních lůžek ve zdravotnických zařízeních. Pacienti na nich hospitalizovaní mají již podle dnešní legislativy nárok na vyplácení příspěvku na péči. Dalším faktorem vedoucím k významnému urychlení tohoto přesunu je plánované přijetí zákona o zdravotních službách. Ten jasně oddělí poskytování následné a dlouhodobé péče. Současní poskytovatelé typu léčeben dlouhodobě nemocných, odborných léčebných ústavů a ošetrovatelských lůžek v nemocnicích se budou muset rozhodnout, zda se stanou poskytovatelem následných (doléčovacích, léčebně rehabilitačních) služeb nebo provozovatelem zdravotně sociálních lůžek, tedy de facto dlouhodobé péče. Podle záměrů Ministerstva zdravotnictví ČR bude délka následné péče omezena zákonem. Po ukončení následné péče budou mít potřební klienti nárok na příspěvek na péči. Samotný zákon o dlouhodobé péči tak tyto změny nevyvolá, pouze zajistí jejich koordinovaný průběh, transparentní prostředí a lepší dostupnost a kvalitu služeb pro klienty dlouhodobé péče.

Nárůst výdajů státního rozpočtu na dlouhodobou péči může být do značné míry kompenzován snížením dotací poskytovatelům pobytových sociálních služeb, kteří se stanou poskytovateli dlouhodobé péče a kterým se tak zvýší dnešní příjmy od zdravotních pojišťoven (viz další odstavec). Tato změna je ale komplikovaná (jde o přesun mezi nárokovou a dotační částí státního rozpočtu) a vyžaduje další diskuse. Další možností kompenzace dopadů na státní rozpočet je změna procesu a kritérií vyplácení příspěvku na péči, částečně obsažená již v Sociální reformě I.

Dopady na dnešní poskytovatele pobytových sociálních služeb

V sociální oblasti dojde také k přesunům, kdy se z cca 60 000 osob v pobytových zařízeních sociálních služeb přesune cca 30 000 osob do pobytových institucí dlouhodobé péče (osoby se stupněm závislosti 3, 4 a část osob ve stupni 2). Jelikož jsou tyto osoby obvykle upoutány na lůžko většinu roku, spotřebovávají přes 7,5 mil. ošetrovacích dnů. Financování se v těchto případech nezmění, s výjimkou vyšších plateb zdravotních pojišťoven za zdravotní péči poskytovanou v rámci dlouhodobé péče o 1,2–2 mld. Kč, na základě faktického zhodnocení potřeby zdravotních služeb u těchto klientů. Tato suma je spočítána následujícím způsobem: 7,5 mil. ošetrovacích dnů při hodnotě úhrady ošetrovacího dne mezi 250–350 Kč znamená 1,9–2,7 mld. Kč. 0,7 mld. Kč je ale poskytovatelům pobytových sociálních služeb vypláceno zdravotními pojišťovnami za tyto klienty již nyní.

NÁVRH ŘEŠENÍ

1. Předmět úpravy – účel zákona, věcný a osobní rozsah zákona

- 1.1. Účelem zákona je upravit podmínky poskytování pomoci a podpory klientům dlouhodobé péče prostřednictvím zdravotních a sociálních služeb.
- 1.2. Účelem je dále také stanovení podmínek pro vydání oprávnění k poskytování dlouhodobé péče a podmínek pro výkon veřejné správy.
- 1.3. Dlouhodobá péče je poskytována odbornými pracovníky nejen v přirozeném prostředí, ale také v ambulantních nebo pobytových službách, na základě oprávnění k poskytování uvedené péče. Poskytování dlouhodobé péče v přirozené komunitě klienta je považováno za nejvhodnější způsob podpory a péče.
- 1.4. Dlouhodobá péče je poskytována klientovi tak, aby pomáhala zmírnit jeho nepříznivou sociální situaci a aby zdravotnické výkony poskytované v rámci dlouhodobé péče zajišťovaly stabilizaci zdravotního stavu a působily proti jeho dalšímu zhoršování.
- 1.5. Zabezpečení zdravotních a sociálních služeb při poskytování dlouhodobé péče je upraveno v platných právních předpisech resortů MPSV ČR a MZ ČR.

Odůvodnění

Dlouhodobá péče kombinuje v jednom logickém rámci poskytování zdravotních a sociálních služeb, čímž se snaží zamezit sociálnímu vyloučení a zhoršování zdravotního stavu, zejména prostřednictvím poskytování potřebné ošetrovatelské péče a relevantních služeb sociální péče.

Při poskytování sociálních služeb se bude postupovat v souladu se zákonem o sociálních službách, při poskytování zdravotní péče v souladu se zdravotnickou legislativou, zejména navrhovaným zákonem o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování.

- 1.6. Osoba, které byl přiznán status klienta dlouhodobé péče, má právo na poskytnutí dlouhodobé péče.
- 1.7. Osoba, které byl přiznán status klienta dlouhodobé péče, se podílí na rozhodování a způsobu řešení zdravotně sociálních potřeb a je jí zaručeno, že její situace bude odborně posouzena a její potřeby budou v odpovídající míře uspokojeny.

Odůvodnění:

Podílení se na rozhodování, respektive jeho míra, je vždy určována individuálními schopnostmi osob. Znamená to například, že: půjde-li

- *o řešení statutu klienta dlouhodobé péče u dítěte, musí se počítat také se zájmy jeho zákonných zástupců,*

- o řešení situace osob zbavených způsobilosti k právním úkonům, je nutno počítat s postoji jejich opatrovníků,
- o osobu s demencí nebo s poruchou verbální komunikace, bude nutno se řídit Konvencí o biomedicíně (institut posledního přání)

1.8. Podmínky pro poskytování dlouhodobé péče vytvářejí orgány veřejné správy, tzn. stát a územní samosprávné celky.

Odůvodnění

Požadavek, aby systém služeb dlouhodobé péče napomáhal vyrovnání příležitostí a umožňoval předcházet sociálnímu vyloučení osob, je základním východiskem tohoto návrhu věcného záměru zákona.

V předloženém věcném řešení jde zejména o ochranu osob, které mají sociální a zdravotní potřeby. Platné právní předpisy tuto oblast neupravují jednotně a praxe je rozdělena mezi resorty MPSV a MZ ČR.

2. Vymezení základních pojmů

2.1. Vymezuje se **klient dlouhodobé péče**, jako osoba, které je poskytována dlouhodobá péče a má přiznán status klienta dlouhodobé péče.

2.2. Vymezuje se **zájemce o poskytování dlouhodobé péče** jako osoba, které byl přiznán status klienta dlouhodobé péče a žádá o poskytování dlouhodobé péče.

Odůvodnění

Je třeba vymezit klienta dlouhodobé péče i a zájemce o poskytování dlouhodobé péče, v souvislosti s jejich rozdílným právním postavením k poskytovateli dlouhodobé péče.

2.3. **Dlouhodobá péče** je spektrem kombinovaných zdravotních a sociálních služeb, které potřebují osoby se sníženou soběstačností, trvale závislé na cizí pomoci. Pro vymezení dlouhodobé péče je klíčový právě významný podíl jak zdravotní tak sociální péče v potřebách klienta.

Odůvodnění

Je navrženo oddělení dlouhodobé péče od ostatní zdravotní a ostatní sociální problematiky. Dlouhodobá péče se stane samostatnou jednotkou ve smyslu definice, nároku, formy, způsobu poskytování, kvalifikace a oprávnění poskytovatelů a financování, která bude upravena v zákoně o dlouhodobé péči. Vymezení dlouhodobé péče bude navazovat na navržený zákon o zdravotních službách, zákon o veřejném zdravotním pojištění a na zákon o sociálních službách. Dlouhodobá péče navazuje na akutní a následné (specializované rehabilitační a doléčovací) zdravotní služby. Akutní služby slouží k odvrácení nebezpečí úmrtí nebo rychlého poškození organismu a ke stabilizaci stavu. Následné (rehabilitační) služby potom mají za cíl vrátit klientovi v co nejvyšší možné míře pracovní a funkční způsobilost. Pokud se nepovede dosáhnout plné

obnovy funkčních schopností a klient potřebuje trvalou pomoc, následují dlouhodobé pobytové, terénní (domácí) a ambulantní služby. Obdobně bude oblast dlouhodobé péče navázána na stávající zákon o sociálních službách.

Pro definici dlouhodobé péče je klíčová právě potřeba zkombinovat významné množství zdravotní a sociální péče. Nepatří do ní péče, která je svým časovým průběhem dlouhodobá, ale zároveň převážně zdravotní s minimální sociální komponentou (např. dlouhodobá intenzivní péče) nebo převážně sociální s minimální zdravotní komponentou. Dlouhodobá péče (v zahraničí long term care) je v jiných dokumentech označována též jako péče zdravotně-sociální, sociálně-zdravotní nebo ošetrovatelská.

2.4. Vymezuje se poskytovatel pobytové dlouhodobé péče jako fyzická nebo právnická osoba, která získá registraci v systému sociálním na služby sociální péče a současně oprávnění poskytovat zdravotní služby.

Odůvodnění

Poskytovatelem lůžkové/pobytové dlouhodobé péče budou fyzické a právnické osoby, které budou registrovány jako poskytovatel sociálních služeb a současně budou mít oprávnění poskytovat zdravotní služby. Osoby blízké nebo osoby jiné než blízké (soused/sousedka, atd.) mohou poskytovat pouze sociální úkony v rámci podmínek stanovených v zákoně o sociálních službách: jako osoby blízké nebo tzv. asistent sociální péče. Ambulantní zdravotní služby a zdravotní služby poskytované v domácnosti budou moci poskytovat pouze registrovaní poskytovatelé zdravotních služeb podle zdravotnických předpisů.

2.5. **Sdílená péče** je kombinace péče poskytované profesionálními poskytovateli a osobami, které tuto péči neposkytují v rámci své profese.

2.6. **Sociální službou** se rozumí služba poskytovaná podle zákona o sociálních službách.

2.7. **Zdravotní službou** se rozumí služba poskytovaná podle zákona o zdravotních službách.

2.8. **Ošetrovatelskou péčí** se rozumí zajišťování základní a specializované ošetrovatelské péče prostřednictvím ošetrovatelského procesu podle zákona o zdravotních službách.

Odůvodnění

Zákon o dlouhodobé péči využívá definic a vymezení zákonů z oblasti sociálních služeb a ze zdravotnické legislativy. V rámci dlouhodobé péče jsou poskytovány ošetrovatelské a rehabilitační zdravotní služby sloužící ke stabilizaci zdravotního stavu klienta a k prevenci jeho dalšího zhoršování.

2.9. **Multioborový tým (MOT)** je pracovní tým pracující na obecním úřadu obce s rozšířenou působností ve složení sociální pracovník a komunitní sestra (variantně zdravotně sociální pracovník) zajišťující podporu,

poradenství a hodnocení zdravotních a sociálních potřeb klientů dlouhodobé péče.

Odůvodnění:

Stanovuje se místní příslušnost pro MOT na území dnešních obcí s rozšířenou působností. Předpokládá se, že zákon stanoví předpoklady pro vykonávání této činnosti, zejména vzhledem k vzdělání a celoživotnímu vzdělávání.

- 2.10. **Hodnocením zdravotních a sociálních potřeb klienta** se rozumí hodnocení prováděné MOT na základě metodiky vydané Ministerstvem práce a sociálních věcí ve spolupráci s Ministerstvem zdravotnictví.
- 2.11. **Nepříznivou sociální situací** se rozumí situace podle definice v zákoně o sociálních službách.
- 2.12. **Komisí pro posuzování potřeby dlouhodobé péče (KPPDP)** se rozumí komise zřízená při Úřadu práce ČR. Komise je pětičlenná a sestává se ze zástupce příslušného Úřadu práce ČR, druhý zástupce sociálního sektoru (může být i Lékařské posudkové služby), zástupce Multioborového týmu, zástupce zdravotní pojišťovny a lékaře-specialisty příslušného oboru nominovaného zdravotní pojišťovnou posuzované osoby.

Odůvodnění:

Stanovuje se komise, která posoudí potřebu každého žadatele o statut klienta dlouhodobé péče. V ní budou zastoupeni jak zástupci státní správy, tak zástupci samosprávy, zdravotních pojišťoven, lékařské posudkové služby a další specialisté. Osobní náklady a provoz těchto komisí bude hrazen vždy z rozpočtu „vysílající“ organizace podle toho, koho bude daný člen zastupovat (Úřad práce, obec, zdravotní pojišťovna, LPS).

- 2.13. Poskytovatel dlouhodobé péče bude povinen plnit standardy kvality vycházející ze systémů sociálních služeb a služeb zdravotních.
- 2.14. **Ošetřujícím lékařem** se pro účely tohoto zákona rozumí registrující praktický lékař nebo v případě pacienta hospitalizovaného ve zdravotnickém zařízení ošetřující lékař lůžkového zdravotnického zařízení.

3. Práva a povinnosti subjektů v dlouhodobé péči

- 3.1. Subjekty v dlouhodobé péči jsou:
 - 3.1.1. Ministerstvo práce a sociálních věcí,
 - 3.1.2. Ministerstvo zdravotnictví,
 - 3.1.3. Úřad práce České republiky,
 - 3.1.4. Česká správa sociálního zabezpečení,

- 3.1.5. kraje,
- 3.1.6. obce,
- 3.1.7. obecní úřad obce s rozšířenou působností (III. typ),
- 3.1.8. poskytovatelé sociálních služeb,
- 3.1.9. poskytovatelé zdravotních služeb,
- 3.1.10. zdravotní pojišťovny.

3.2. Ministerstvo práce a sociálních věcí ve spolupráci s Ministerstvem zdravotnictví

- řídí a kontroluje výkon státní správy v oblasti dlouhodobé péče
- zabezpečuje jednotný (metodický) postup v oblasti posuzování a přiznání statutu klienta dlouhodobé péče na území České republiky
- stanovuje pravidla financování dlouhodobé péče
- zřizuje a vede registr poskytovatelů dlouhodobé péče
- zabezpečuje další vzdělávání pracovníků pracujících v dlouhodobé péči,
- vytváří podmínky pro spolupráci orgánů veřejné správy v oblasti dlouhodobé péče

Odůvodnění:

Vymezují se hlavní působnosti ministerstev v oblasti dlouhodobé péče. Ministerstvo má mít zejména funkci strategického, metodického, legislativního a kontrolního orgánu. Konkrétní rozdělení kompetencí bude upřesněno při tvorbě paragrafového znění.

3.3. Úřad práce České republiky

- Úzce spolupracuje s MOT, poskytuje zázemí pro činnost Komise pro posouzení potřeby dlouhodobé péče a je v této komisi zastoupen. Využívá doporučení Komise při rozhodování o přiznání příspěvku na péči a dalších sociálních dávek.
- provádí metodickou podporu a kontrolu činnosti MOT prostřednictvím svých krajských pracovišť.

3.4. Kraj v samostatné působnosti vytváří podmínky pro poskytování dlouhodobé péče tím, že

- ve spolupráci s obcemi a poskytovateli dlouhodobé péče zpracovává a stanovuje střednědobé krajské strategie v oblasti poskytování dlouhodobé péče a uspokojování zjištěných potřeb prostřednictvím střednědobého plánu rozvoje sociálních služeb,
- ze svého rozpočtu může poskytnout dorovnávací platbu na úhradu nákladů spojených s poskytováním dlouhodobé péče u klientů, kteří nejsou schopni tyto náklady hradit z vlastních zdrojů,

- zajišťuje dostupnost informací o možnostech a způsobech poskytování dlouhodobé péče na území kraje, a to ve spolupráci s obcemi a poskytovateli popřípadě s jinými subjekty.

Odůvodnění:

Kraje jsou součástí systému dlouhodobé péče, neboť jejich role spočívá ve střednědobém plánování sociálních a zdravotnických služeb na regionální úrovni. Kraje by měly do svých strategií zapracovat poskytování dlouhodobé péče (komunitní i institucionální péče).

3.5. Obec vytváří podmínky pro poskytování dlouhodobé péče tím, že:

- spolupracuje s krajem na zpracovávání střednědobé krajské strategie v oblasti poskytování dlouhodobé péče a uspokojování zjištěných potřeb prostřednictvím střednědobého plánu rozvoje sociálních služeb,
- poskytuje pomocí MOT informace o dlouhodobé péči,
- spolupracuje s úřady práce, jinými obcemi, krajem a s poskytovateli dlouhodobé péče, a to zejména při zprostředkování pomoci vedoucí k poskytnutí služeb,
- aktivně zajišťuje pomoc klientovi, který požádá o zprostředkování dlouhodobé péče.

3.6. Obecní úřad obce s rozšířenou působností

- prostřednictvím MOT zajišťuje podporu, poradenství, zprostředkování dlouhodobé péče a hodnocení zdravotních a sociálních potřeb žadatelů o statut klienta dlouhodobé péče.
- Prostřednictvím MOT provádí kontrolu poskytování dlouhodobé péče.
- Zajišťuje osobě, které byl přiznán statut klienta dlouhodobé péče a které není poskytována dlouhodobá péče, a je v takové situaci, kdy neposkytnutí pomoci by ohrozilo její život nebo zdraví, poskytnutí služby nebo jiné formy pomoci, a to v nezbytném rozsahu. Místní příslušnost se řídí místem trvalého nebo hlášeného pobytu.

Odůvodnění:

Práva a povinnosti samospráv jsou koncipovány jako výkon jejich samostatné a přenesené působnosti. Vychází se z předpokladu, že nejvyšším zájmem těchto veřejnoprávních korporací je dbát na to, aby byly uspokojovány potřeby lidí žijících v obci/kraji, ale zároveň není možné klást na obce či kraje takové úkoly (povinnosti), které nejsou schopny zajistit.

Zejména v případě obcí se předpokládá sdružování obcí za účelem plnění svěřených povinností a hledání nejefektivnějších způsobů uspokojování potřeb osob.

Současně je nezbytné řešit způsoby spolupráce mezi krajskou a obecní úrovní samosprávy. Jak vyplývá z konceptu veřejné správy v České republice, není možné tyto vztahy řešit v systému nadřízenosti a podřízenosti. Předkládané

řešení akcentuje společné zájmy obou stupňů samospráv a nabízí vhodné nástroje pro jejich spolupráci.

Obec s rozšířenou působností zajišťuje a koordinuje služby dlouhodobé péče podle zdravotních a sociálních potřeb obyvatel.

3.7. Poskytovatel dlouhodobé péče

- poskytuje dlouhodobou péči na základě oprávnění,
- má právo účastnit se procesu střednědobého plánování v rámci regionu,
- uzavírá s klientem smlouvu o způsobu a rozsahu poskytování služeb sociální péče,
- uzavírá smlouvu se zdravotní pojišťovnou za účelem zajištění poskytování ošetrovatelské péče,
- je povinen poskytovat informace pro účely informačního systému
- je povinen ohlašovat osoby, o kterých ví, že potřebují dlouhodobou péči a doposud nezískaly statut klienta dlouhodobé péče,
- je povinen poskytnout MOT dostatečnou součinnost (předání rozhodných skutečností pro hodnocení zdravotních a sociálních potřeb zájemců a klientů dlouhodobé péče)

Odůvodnění:

Práva a povinnosti poskytovatelů v systému dlouhodobé péče vycházejí z registrace dlouhodobé péče na komunitní a institucionální úrovni. Poskytovatel je povinen spolupracovat s MOT při zajišťování dlouhodobé péče. Pro poskytování sociální služeb musí mít poskytovatel registraci podle platných zákonů, což platí i pro poskytování ošetrovatelské péče, která musí být prováděna osobami s odpovídajícím vzděláním a erudicí podle zdravotnické právní úpravy (zákon 96/2004 Sb.)

3.8. Osoby vyžadující dlouhodobou péči

- poskytují podle svých možností potřebnou součinnost při procesu přiznávání statutu klienta dlouhodobé péče a kontrole poskytování dlouhodobé péče,
- podílejí se podle svých možností na procesech individuálního plánování poskytování dlouhodobé péče,
- jsou povinny uvádět pravdivé údaje a hlásit všechny změny, které souvisejí s jejich zdravotním stavem a sociální situací, jež by mohly mít vliv na podmínky poskytování dlouhodobé péče; nesplnění této povinnosti je možné sankcionovat,
- podílejí se na úhradě nákladů za poskytovanou dlouhodobou péči nad rámec zdrojů zajištěných příspěvkem na péči a nad rámec zdravotních služeb hrazených zdravotní pojišťovnou,
- mají právo na podporu, poradenství a zprostředkování v systému dlouhodobé péče.

Odůvodnění:

V oblasti práv a nároků osob/klientů služeb je nezbytné zajistit, aby měl každý člověk možnost s využitím svých běžných zdrojů a případnou spoluúčastí státu či samosprávy „postarat se sám o sebe“, ale zároveň aby člověku v nepříznivé sociální situaci byla poskytnuta účinná pomoc prostřednictvím poskytnutí služeb dlouhodobé péče sociální či vytvořeny podmínky pro zajištění pomoci jiným vhodným způsobem.

Osobě v nepříznivé sociální situaci musí být garantováno, že její situace bude odborně posouzena a její potřeby (objektivizované systémem posouzení) budou uspokojeny nebo bude znám způsob, jak tyto potřeby lze zajistit.

Sankcí za nesplnění povinností se rozumí zejména ukončení poskytování služeb dlouhodobé péče nebo nepřiznání/odejmutí finanční spoluúčasti na úhradě nákladů za poskytovanou sociální službu ve formě příspěvku na péči. Změnami se rozumí zejména změny ve výši příjmů a majetkových poměrů osob, zdravotním stavu, sociálních a rodinných vztazích, způsobu bydlení apod.

3.9. Zdravotní pojišťovna

- je povinna zajistit dostupnost dlouhodobé péče formou domácí, ambulantní nebo ústavní ošetrovatelské péče prostřednictvím smluvních poskytovatelů,
- účastní se procesu přiznání statutu klienta dlouhodobé péče v rámci KPPDP.

3.10. Povinnosti jiných subjektů

- Poskytovatelé zdravotních služeb a sociálních služeb jsou povinni poskytnout součinnost v procesu přiznání statutu klienta dlouhodobé péče.

4. Proces přiznání statutu klienta dlouhodobé péče

4.1. Informaci o osobě, která by mohla potřebovat dlouhodobou péči, může podat každá fyzická osoba, která se o nepříznivé situaci potenciálního klienta dozví. Povinnost podat tuto informaci mají všichni poskytovatelé sociálních a zdravotních služeb.

4.2. Informace se podává na vstupním místě systému (příslušný ošetřující lékař, příslušné pracoviště obecního úřadu nebo detašované pracoviště ÚP ČR, poskytovatelé sociálních a zdravotních služeb), které neodkladně informuje MOT a ošetřujícího lékaře potenciálního klienta.

4.3. MOT neprodleně kontaktuje označenou osobu (viz bod 4.1) a prověří oprávněnost informace. V případě oprávněnosti a za podmínky souhlasu dané osoby provede hodnocení zdravotních potřeb z hlediska ošetrovatelské péče a sociálních potřeb podle stanovené metodiky „hodnocení potřeb klienta,“ a „hodnocení relativních zdravotně sociálních potřeb“. Ministerstvo práce a sociálních věcí ve spolupráci s Ministerstvem zdravotnictví stanoví způsoby tohoto hodnocení v prováděcím předpisu a návazně proces metodicky povede.

4.4. Posouzení sociálních potřeb bude založeno na zhodnocení schopnosti klienta zvládat aktivity běžného života. Testové metody budou obsahovat

dvě úrovně „osoba potřebující podporu“ (nezíská statut klienta dlouhodobé péče, ale je předpoklad, že v nejbližší době jej získat může) a „klient dlouhodobé péče“. „Osoba potřebující podporu“ bude ze strany MOT intenzivně podporována.

- 4.5. Se zahájením procesu hodnocení musí tato osoba nebo její zákonný zástupce projevít písemný souhlas.
- 4.6. MOT vyžádá od ošetřujícího lékaře lékařskou zprávu na předepsaném formuláři (možnost podání dálkovým elektronickým způsobem). Lékařská zpráva posuzovaného klienta je vypracována podle Mezinárodní klasifikace funkčních schopností a disability.
- 4.7. MOT na základě hodnocení sociálních a zdravotních potřeb a lékařské zprávy ošetřujícího lékaře vytvoří návrh na uznání statutu klienta dlouhodobé péče, který předá spolu s podkladovými materiály KPPDP.
- 4.8. KPPDP posoudí návrh a vydá rozhodnutí, zda posuzovaná osoba splňuje či nespĺňuje podmínky pro přiznání statutu klienta dlouhodobé péče a přiznání příspěvku na péči. Zároveň doporučí Úřadu práce případné přiznání jiné sociální dávky. **(Varianta: KPPDP rozhodne o přiznání statutu klienta dlouhodobé péče a zároveň doporučí Úřadu práce přiznání příspěvku na péči a případné přiznání jiné sociální dávky).** Úřad práce vydá správné rozhodnutí a o výsledku uvědomí žadatele, příslušný MOT, příslušnou zdravotní pojišťovnu a ošetřujícího lékaře.
- 4.9. Do doby, než je vydáno rozhodnutí Úřadu práce ČR, je na základě návrhu MOTu a doporučení ošetřujícího lékaře pohlíženo na potenciálního klienta jako na osobu s dočasným statutem klienta dlouhodobé péče. Zdravotní pojišťovna je povinna pohlížet na takového klienta jako na pacienta s akutní potřebou zdravotní péče.
- 4.10. Členové multidisciplinární komise splňují předepsané stupně vzdělání a praxi v oboru, které je upraveno společnou metodikou MPSV a MZ ČR
- 4.11. KPPDP je zřizována při Úřadu práce ČR na krajské úrovni. Proti rozhodnutí KPPDP je možno se odvolat k orgánu zřízenému společně MPSV ČR a MZ ČR. Celé řízení probíhá podle správního řádu.

Odůvodnění:

Dnes existuje celá řada vstupních míst do systému, na kterých je izolovaně a různým, duplikovaným a nesouvisejícím způsobem posuzován nárok klienta na služby spadající do dlouhodobé péče (příspěvek na péči na obci, podle plánované novely na Úřadu práce, domácí zdravotní péče na základě ordinace registrujícího praktického lékaře, hospitalizace ve zdravotnickém zařízení na základě rozhodnutí lékaře tohoto zařízení,..). V důsledku se proces hodnocení stavu klienta či pacienta opakuje, není integrován a vede tak ke zbytečným nákladům, nejednotnému posuzování a zhoršení dostupnosti služeb pro potřebné občany.

Cílem je vytvořit jednotné vstupní místo do systému poskytování dlouhodobé péče a jednotný proces posouzení sociálních a zdravotních potřeb klienta.

5. Poskytování dlouhodobé péče

5.1 Principy poskytování dlouhodobé péče

- 5.1.1 Poskytování dlouhodobé péče v přirozeném prostředí prostřednictvím poskytovatelů dlouhodobé péče je vhodné doplnit aktivitami zaměřenými na osoby blízké nebo asistenty sociální péče, kteří se podílejí na péči v rámci sdílené péče.
- 5.1.2 Poskytování dlouhodobé péče v přirozeném prostředí má přednost před pobytovou formou dlouhodobé péče, je považováno za nejvhodnější způsob podpory a péče.
- 5.1.3 Poskytovat dlouhodobou péči mohou fyzické a právnické osoby, které mají registraci poskytovatele sociálních na službu sociální péče a oprávnění k poskytování zdravotních služeb v rámci dlouhodobé péče.

5.2 Poskytování dlouhodobé péče je poskytování zdravotních a sociálních služeb individuálně smluvně dohodnutých s poskytovateli dlouhodobé péče v souladu s platnými právními předpisy.

Odůvodnění:

Navrhujeme smluvní poskytování dlouhodobé péče ve všech dostupných formách stávající péče zdravotní i sociální z důvodu zajištění potřeb žadatelů.

5.3 Definice zdravotních výkonů poskytovaných v rámci dlouhodobé péče bude upravena v rámci zdravotnických předpisů.

Odůvodnění:

Navrhujeme definovat výkony v dlouhodobé péči v rámci vyhlášky, kterou se vydává Seznam výkonů s bodovými hodnotami.

5.4 Sociální služby v rámci poskytování dlouhodobé péče jsou služby sociální péče poskytované v souladu se zákonem o sociálních službách a prováděcí vyhláškou. Zdravotní služby poskytované v rámci dlouhodobé péče jsou ošetrovatelské zdravotní služby poskytované v souladu se zákonem o zdravotních službách.

Odůvodnění:

Navrhovaná úprava je postavena na stávajících principech poskytování péče a to jak v sociální oblasti, tak ve zdravotnictví.

5.5 Poskytovatel dlouhodobé péče může osobě, která žádá o poskytování dlouhodobé péče, odmítnout uzavřít smlouvu pouze v zákonem stanovených případech.

Odůvodnění:

Poskytovatel dlouhodobé péče musí mít možnost odmítnout poskytování dlouhodobé péče tak, aby dlouhodobá péče byla poskytována pouze osobám,

kterým byl příslušný status přiznán, aby nebyly přijímány do dlouhodobé péče osoby, které potřebují akutní péči nebo trpí například akutním infekčním onemocněním, atd.

5.6 Dlouhodobá péče je poskytována ve třech formách, a to v terénní (v přirozeném prostředí), ambulantní (klient dochází do služby, ale poskytování služby není spojeno s ubytováním) a pobytové (služby jsou poskytovány včetně ubytování).

Odůvodnění:

Navrhujeme poskytování dlouhodobé péče ve všech dostupných formách stávající péče zdravotní i sociální z důvodu zajištění potřeb žadatelů.

5.7 V případě, že splní zákonem stanovené podmínky, stává se fyzická nebo právnická osoba poskytovatelem dlouhodobé péče

Odůvodnění:

Návrh navazuje na současnou legislativu v sociální a zdravotní oblasti. Zvláštní udělení oprávnění není vyžadováno vzhledem k účelnosti a snížení zvláštní administrativní zátěže.

5.8 Bude veden elektronický registr poskytovatelů dlouhodobé péče, jako společný automatický výstup registru poskytovatelů sociálních služeb a národního registru poskytovatelů zdravotních služeb. Oprávnění se vydává automaticky zařazením do elektronického registru poskytovatelů dlouhodobé péče umožňující dálkový přístup.

Odůvodnění:

Registr poskytovatelů dlouhodobé péče bude automaticky zaznamenávat splnění podmínky obou registrací (jak v sociálních, tak zdravotních službách) a bude veřejně přístupný prostřednictvím dálkového přístupu.

5.9 Poskytování dlouhodobé péče bez splnění zákonem stanovených podmínek, tedy příslušného oprávnění je vymezeno jako skutková podstata správního deliktu s příslušnou sankcí, která by měla dostatečný jak sankční, tak preventivní účinek.

Odůvodnění:

V rámci podmínek a požadavků na poskytovatele dlouhodobé péče by mohly vznikat organizace, které by negarantovaly příslušné podmínky, a poskytovaly by dlouhodobou péči bez příslušného oprávnění. Dále by v těchto organizacích nebyla jejím uživatelům garantována minimální kvalita dlouhodobé péče, spočívající v personálním, technickém a věcném vybavení.

5.10 Zajištění poskytování dlouhodobé péče:

5.10.1 V případě poskytování dlouhodobé péče v rámci sdílené péče je zajištěna prostřednictvím multioborového týmu aktivní podpora tohoto procesu včetně zajištění případné edukace pečujících osob blízkých.

5.10.2 Multioborový tým je průvodce klienta v systému dlouhodobé péče.

5.10.3 Multioborový tým provádí pro účely zabezpečení dlouhodobé péče depistážní činnost.

Odůvodnění:

Dlouhodobá péče je systémem, který přispěje k rozvoji komunitní péče, který umožní setrvání klientů v přirozeném prostředí.

5.11 Principy poskytování dlouhodobé péče

5.11.1 Poskytování sociálních služeb v rámci dlouhodobé péče ve vlastním sociálním prostředí doma prostřednictvím rodiny nebo osoby blízké nebo asistentem sociální péče má přednost před poskytováním služeb podpory poskytovateli dlouhodobé péče.

5.11.2 Poskytnutí služby má přednost před peněžním příspěvkem.

5.11.3 Poskytnutí služby v komunitě má přednost před ústavní/pobytovou službou

6. Financování dlouhodobé péče

6.1. Osobě, které byl přiznán statut klienta dlouhodobé péče, je zdravotní péče v rámci dlouhodobé péče poskytována na základě smlouvy poskytovatele a příslušné zdravotní pojišťovny. Služby sociální péče jsou poskytovány v rámci dlouhodobé péče na základě smlouvy mezi poskytovatelem a klientem a jejich úhrady se řídí zákonem o sociálních službách.

6.2. Pokud byl osobě, které byl přiznán statut klienta dlouhodobé péče, přiznán i příspěvek na péči, je tento příspěvek proplácen Úřadem práce poskytovateli/poskytovatelům dlouhodobé péče jako úhrada za péči stanovená na základě uzavřené smlouvy s klientem.

6.3. Klient dlouhodobé péče pobývajícím v zařízení poskytujícím ústavní dlouhodobou péči, se podílí na úhradě nákladů na stravu a pobyt podle příslušných ustanovení zákona o sociálních službách a navazujících právních předpisů. Klient dlouhodobé péče se dále podílí na úhradě nákladů poskytované dlouhodobé péče nad rámec zdrojů zajištěných příspěvkem na péči a nad rámec zdravotních služeb hrazených z veřejného zdravotního pojištění.

6.4. Poskytovatelé dlouhodobé péče se jako samostatný segment zúčastňují dohodovacího řízení o hodnotě bodu a podmínkách úhrady podle zákona č. 48/1997 Sb.

- 6.5. Definice zdravotních výkonů poskytovaných v rámci dlouhodobé péče bude stanovena v rámci vyhlášky č. 134/1998 Sb., kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami.
- 6.6. Úhrada zdravotních služeb poskytovaných v rámci dlouhodobé péče se řídí zákonem o veřejném zdravotním pojištění a příslušnými prováděcími předpisy.
- 6.7. Klienti dlouhodobé péče s přiznaným příspěvkem na péči v případě hospitalizace ve zdravotnickém zařízení poskytujícím akutní nebo následné lůžkové zdravotní služby předává část příspěvku na péči tomuto zdravotnickému zařízení na pokrytí zvýšené potřeby péče. Poskytování této péče kontroluje MPSV a její neposkytování může být sankcionováno.

7. Správní delikty

- 7.1. Navrhujeme stanovení správních deliktů v případě, kdy dojde k níže uvedeným situacím:
- 7.1.1. poskytování dlouhodobé péče bez oprávnění,
 - 7.1.2. poskytování dlouhodobé péče v rozporu se zákonem o dlouhodobé péči,
 - 7.1.3. smlouva o dlouhodobé péči nenaplnuje obligatorní náležitosti,
 - 7.1.4. neuzavření smlouvy o dlouhodobé péči, pokud nebyly využity důvody pro odmítnutí,

Odůvodnění:

Výše uvedené situace navrhujeme upravit jako správní delikty především z důvodu prevence porušování povinností vyplývajících z normy upravující dlouhodobou péči a možnost sankcí při porušení.

8. Jiná ustanovení

- 8.1. Opatření omezující pohyb osob bude upraveno v souladu se zákonem o zdravotních službách.

Odůvodnění:

Navrhuje se začlenit do zákona o dlouhodobé péči nezbytné podmínky pro zajištění relevantních postupů při zajištění opatření omezující pohyb uživatelů.

9. Přejícná ustanovení

- 9.1. Navrhujeme, aby proces tzv. doplnění registrace byl nastaven pouze u stávajících poskytovatelů sociálních nebo zdravotních služeb.
- 9.2. Osoba, která je příjemcem příspěvku na péči ve stupni 3 a 4 a je současně uživatelem služby sociální péče a zároveň její zdravotní stav vyžaduje

systematické dlouhodobé poskytování zdravotní péče na základě posouzení ošetřujícího lékaře je ode dne účinnosti tohoto zákona považována za klienta dlouhodobé péče.

Odůvodnění:

Tento návrh vychází především z možnosti usnadnění změny systému pro budoucí poskytovatele dlouhodobé péče, kteří poskytují již v současné době sociální nebo zdravotní služby. Dále proces tzv. doplnění registrace sníží jak administrativní, tak finanční prostředky potřebné k zajištění procesu „transformace“ poskytovatelů sociálních nebo zdravotních služeb (celých nebo pouze jejich částí) na poskytovatele dlouhodobé péče. Jednotlivé kompetence a povinnosti registračního orgánu poskytovatelů dlouhodobé péče/sociálních a zdravotních služeb vycházejí z možnosti kontroly a ochrany systému dlouhodobé péče.