



Evropská unie
Evropský sociální fond
Operační program Zaměstnanost



SYSTÉM DLOUHODOBÉ SOCIÁLNĚ ZDRAVOTNÍ PÉČE V RAKOUSKU¹

ÚVOD

Velmi cenné informace při koncipování nových sociálních systémů i při realizaci jejich úprav a reforem je možno získat v rámci mezinárodních komparací. Přitom je však nutno mít na zřeteli, že řešení, která jsou v zahraničních systémech koncipována, není možno pouze "přeložit do češtiny", ale je nutno pokusit se najít filozofii těchto řešení a následně tuto filozofii promítnout do řešení v naší zemi. Přitom je nutno vycházet z toho, jaké je např. územně správní uspořádání jednotlivých zemí, jaké jsou kompetence jednotlivých správních orgánů, jak jsou nastaveny vztahy mezi centrální vládou a regionálními nebo místními autoritami nebo jaký je vztah státní správy a samosprávy. Proto je při charakteristice hlavních principů systémů služeb dlouhodobé péče nutno věnovat pozornost i problematice administrativně-správního členění jednotlivých zemí. Z teritoriálního hlediska je přitom nutno hledat inspiraci především u našich nejbližších sousedů, v zemích, s nimiž nás pojí dlouhodobě historické tradice a sociálně kulturní prostředí. Z tohoto pohledu je proto vhodné podrobně sledovat a vyhodnocovat i situaci v jednotlivých sociálních systémech v Rakousku.

Administrativně správní členění země, struktura obyvatelstva

Rakouská republika je spolkovým státem, který je budován na federativním principu. Rakouská ústava vychází z principu oddělené státní moci zákonodárné, výkonné a soudní. V čele republiky je přímo volený spolkový prezident, jehož volební období trvá 6 let. Prezident jmenuje spolkového kancléře a vládu. V Rakousku funguje dvoukomorový parlamentní systém, který tvoří Národní rada volená podle systému poměrného zastoupení, a Spolková rada, která reprezentuje jednotlivé spolkové země. Zákonodárná a výkonná moc je rozdělena mezi spolkový stát a 9 spolkových zemí, které jsou dále rozděleny do 80 okresů a 15 statutárních měst.

Zákonodárným orgánem každé spolkové země je zemský sněm, který je jednokomorový. Každá země má vlastní ústavu, parlament a vládu odpovídající za uplatňování zemských zákonů. V jejím čele stojí zemský hejtman, kterého volí zemský sněm a schvaluje prezident spolkové republiky. Zákonodárná moc v jednotlivých zemích náleží sněmu, který přijímá zákon, které mohou být v různých zemích různé, nesmí však být v rozporu se Spolkovým zákonem nebo s ústavou.

Jednotlivé spolkové země mají jen relativně málo zákonodárných kompetencí, téměř všechny záležitosti praktického významu (trestní právo, občanské právo, pracovní právo,

¹ Článek vznikl v rámci projektu „Tvorba systému sociálně zdravotního pomezí v Kraji Vysočina“, registrační číslo CZ.03.3.X/0.0/0.0/15_018/0013974“

hospodářské právo, školství, věda, telekomunikace, zdravotní a sociální péče) jsou upraveny spolkovou legislativou. Za těmito relativně malými kompetencemi stojí převážně historické důvody, protože v dobách habsburské monarchie se o mnoha záležitostech rozhodovalo převážně ve Vídni.

K 1. lednu 2021 žilo v Rakousku celkem 8,93 mil. obyvatel, z toho bylo dětí do 19 let 19,3 %, dospělých ve věku 20–64 let 61,8 % a osob starších 65 let 18,9 %. K témuž datu žilo v Rakousku 17,1 % osob cizího původu (celkem cca 1,53 mil. osob), největší podíl zaujímají Němci (209 tis.). V Rakousku je nejvýrazněji rostoucí skupina obyvatel nad 80 let, která vyžaduje zvýšenou péči. Počet osob ve věku 60–79 let se v období 2006–2030 zvýší o 50 %, počet osob nad 60 let o 55 %, počet osob nad 80 let se ve stejném období zvýší o 73 %, naproti tomu počet obyvatel mladších 60 let klesne o 5 %.

Legislativní rámec služeb dlouhodobé péče

V r. 2011 přijala Národní rada reformní zákony o příspěvku na péči a o fondu na péči, které přenesly kompetence z jednotlivých spolkových zemí na stát. V současné době upravuje podmínky pro poskytování sociálních služeb zákon o dávkách pro dlouhodobou péči (Bundespflegegeldgesetz, poslední novela byla přijata v r. 2020), nařízení o stanovení příspěvku na federální péči o dlouhodobou péči (Einstufungsverordnung zum Bundespflegegeldgesetz), nařízení federálního ministra práce, sociálních věcí a ochrany spotřebitelů o hodnocení potřeb péče o děti a mladé lidi v souladu s federálním zákonem o ošetřovatelské péči (Bundespflegegeldgesetz, Kinder-EinstV) a množství platných zákonných základů, např. Dohoda mezi spolkovou vládou a spolkovými zeměmi o společných opatřeních pro osoby vyžadující péči, zákony o sociální pomoci a zákony o zdravotním postižení spolkových zemí.

V Rakousku byla v minulosti realizována řada reformních opatření, které se týkaly převážně přerozdělování odpovědností a prostředků mezi veřejnými orgány. Rakouský systém dlouhodobé péče se vyznačuje vysokým podílem neformálního zajištění péče, vzhledem k probíhajícím socio-ekonomickým změnám se hledají možnosti zvýšení financí v systému.

Financování dlouhodobé péče

Dlouhodobá péče je v Rakousku financována z daní, pojištěnci ani zaměstnavatelé neplatí žádné příspěvky. Rakouský systém je samostatný, a proto není součástí např. zdravotní péče. Ve smyslu nařízení č. 883/2004 a rozsudků vydaných Evropským soudním dvorem ve věcech Jauch a Hosse je nárok na příspěvek na péči kvalifikován jako peněžitá dávka v nemoci, tzn. že pokud je rakouská zdravotní pojišťovna kompetentní a pokud jsou splněny i ostatní zákonné požadavky, je vyplácen příspěvek na péči i do ciziny.

Služby jsou poskytovány prostřednictvím veřejných a soukromých poskytovatelů, primárně jsou organizovány na spolkové úrovni. Poskytování stacionární péče je v kompetenci jednotlivých spolkových zemí a obcí, péči poskytují rovněž náboženské a neziskové organizace. Výše příspěvku klienta se liší podle jednotlivých případů, závisí na ekonomických poměrech příjemce. K jeho úhradě klient využívá příspěvek na péči a další vlastní zdroje, zbývající částku je možno požadovat od rodinných příslušníků.

Ambulantní pečovatelské služby jsou nabízeny neziskovými organizacemi nebo soukromými pečovatelskými službami. Obecně je jednotlivec zodpovědný za financování svého pobytu v rezidenčním domě nebo domě s pečovatelskou službou z osobních příjmů/majetku. Pokud příjem ani majetek příjemce péče nepokrývá náklady, příslušný zřizovatel sociální péče pokrývá rozdíl. V některých spolkových zemích je možno požadovat náhradu od rodinných příslušníků. Náklady na lůžko jsou stanoveny dle stupně péče a zařízení tedy zná výši příjmů podle počtu lůžek zařazených dle jednotlivých stupňů péče, pokud budou všechna obsazena. Poskytovatel není závislý na dotacích, ale poskytuje jasně definovanou službu, za níž dostává plnou úhradu od klienta. To mu umožňuje fungovat v klasickém podnikatelském prostředí. Provozovatelé také více spolupracují s veřejností a poskytují doplňkové služby.

Plánování rozvoje sociálních služeb, jejich síťování

Sociální služby jsou v Rakousku zřizovány s cílem nabídnout osobám, které vyžadují péči možnost, aby o ně bylo pečováno podle jejich přání a potřeb. Pro klienty jsou k dispozici ambulantní služby, částečně stacionární služby, stacionární služby a terénní služby. Veškerá agenda týkající se poskytování sociálních služeb spadá do působnosti jednotlivých spolkových zemí. Poskytovateli sociálních služeb jsou veřejně prospěšné společnosti, orgány zemské a obecní samosprávy a soukromé společnosti.

Rámcové právní podmínky pro sociální služby byly stanoveny dohodou mezi státem a jednotlivými zeměmi o společných opatřeních pro osoby vyžadující péči. Stát tuto dohodu zahrnul do práva na zdravotní a ošetrovatelskou péči a podnikl opatření ke zkvalitnění příslušných oborů. Země se zavázaly k plošnému budování sociálních služeb.

V r. 2010 byla založena společnost Gesundheit Österreich, která by měla provádět systematická šetření v zájmu získání celkového přehledu o sociálních službách pro osoby vyžadující péči. K hlavním úkolům této společnosti patří:

- kvantifikovat hrubý odhad nákladů na péči na základě plánů a potřeb rozvoje jednotlivých zemí,
- podporovat poskytovatele sociálních služeb při vypracování kritérií kvality a financování terénních služeb, denní péče, přechodných pobytů v pobytových zařízeních, case-und care management (koordinovaná péče) a alternativních forem bydlení.

Cílem přitom je zjistit, kolik finančních prostředků by bylo potřeba vynaložit na kvalitní poskytování sociálních služeb vlivem demografického vývoje.

Základní charakteristiky systému dlouhodobé péče

Rakouský systém je charakteristický výraznými pravomocemi jednotlivých spolkových zemí, dlouhodobě zaujímá jedno z předních míst v mezinárodním žebříčku kvality života a zdravotních systémů. Odpovědnost za zřízení sociální služby nesou z velké části spolkové země, obce a města. Pokud samy sociální službu nenabízí, musí zajistit požadovanou kvalitu u jiných poskytujících organizací (neziskových a soukromých). Mezi kvalitou a nabídkou sociálních služeb existují velké teritoriální rozdíly, včetně stanovené výše úhrad za jejich poskytování. Poskytovateli sociálních služeb jsou veřejně prospěšné

společnosti, krajské a obecní organizace a soukromé společnosti. V oblasti terénních sociálních služeb převládá neziskový sektor, u služeb sociální péče pobytového typu mají silnou roli církevní poskytovatelé a soukromé společnosti. Veřejný sektor je aktivní především v oblastech péče o děti, domovech pro seniory a domovech s pečovatelskou službou. Celkově veřejní a neziskoví poskytovatelé dohromady zajišťují cca 80 % služeb.

Jedná se o univerzální systém, který platí pro všechny obyvatele, je financovaný z veřejných rozpočtů. Státním finančním zdrojem pro financování sociálních služeb je "fond na péči" (Pflegefonds), který je financován z daní, od r. 2012 je z tohoto fondu vyplácen příspěvek na péči. Náklady na dlouhodobou péči rovněž kofinancují některé municipality, na úhradách za poskytovanou péči mají možnost participovat blízké osoby. Až 80 % osob vyžadujících péči je v Rakousku poskytována péče v domácím prostředí rodinnými příslušníky, soukromými pečovateli nebo pečovatelskými službami.

Dle OECD byl v Rakousku podíl výdajů na dlouhodobou péči v letech 2010–2017 víceméně konstantní a činil 1,5 % HDP (průměr EU = 1,6 %). Rozpočtové projekce výdajů na dlouhodobou péči předpokládají růst veřejných výdajů až na 1,85 % HDP do roku 2030 a 3,59 % do roku 2060 v závislosti na scénáři. Dávky budou financovány ze státního rozpočtu, rozpočtů domácností a spolkových zemí a v menší míře obecními úřady. Je zřejmé, že poptávka po dlouhodobé péči v budoucnu výrazně naroste.

Dvě složky dlouhodobé péče – zdravotní a sociální, jsou v Rakousku značně propojené. Zatímco dlouhodobé peněžitě dávky pocházejí ze státního rozpočtu, financování věcného plnění plyne z rozpočtů spolkových republik, okresů a obcí prostřednictvím obecného systému fiskálního vyrovnávání, který v zásadě převádí daňové příjmy Spolkové republiky z Fondu na péči na okresy a obce. Stát se na společných odvodech podílí dvěma třetinami, spolkové země jednou třetinou. Rozdělování prostředků probíhá na základně lidnatosti. Rakouský přístup ukazuje, že jasné určení očekávaných příjmů a nákladů na poskytované služby a možnost poskytovat nadstandard nastavuje motivační prostředí pro vstup soukromého kapitálu a růst kvality poskytovaných služeb.

Pracovníci v sociálních službách

Sociální služby poskytují sdružení veřejné péče, země a obce, služby jsou poskytovány odbornými zdravotnickými pracovníky a pracovníky sociální péče. Jde především o diplomované zdravotní sestry, pečovatelky (pečovatele), pomocnice v domácnosti a odborné sociální pečovatelky/pečovatele a diplomované sociální pečovatelky/pečovatele v oblasti práce se seniory a postižené.

V červenci 2005 vešla v účinnost smlouva o profesích v oboru sociální péče mezi spolkovým státem a jednotlivými zeměmi, která obsahuje úpravu podmínek přípravy pro povolání a vzdělávání pro oblast výkonu práce v sociálních službách.

Kvalita sociálních služeb

Kvalita sociálních služeb v Rakousku je hodnocena v rámci evropského rámce kvality služeb, který obsahuje zastřešující principy pro poskytování sociálních služeb, principy úpravy vzájemných vztahů mezi poskytovateli služeb, jejich uživateli a dalšími

zúčastněnými stranami principy a pro využití lidského kapitálu. K těmto zásadám patří i relativně konkrétní kritéria hodnocení a kontrolu kvality ze strany zadavatelů. Vzhledem k různorodosti rozsahu služeb však tato kritéria nesmí klesnout pod určitou úroveň abstrakce, která se obvykle drží.

K obecným zásadám kvality pro poskytování sociálních služeb patří zejména zajištění dostupnosti širokého spektra potřebných služeb, nízkoprahový a bezbariérový přístup ke službám pro všechny uživatele podle jejich potřeby, bezplatný nebo cenově dostupný přístup k sociálním službám, flexibilní poskytování služeb s ohledem na fyzické, intelektuální a sociální prostředí a individuálních schopností uživatele služby a komplexní přístup k poskytování sociálních služeb s cílem zlepšení situace klientů.

K zásadám zajištění kvalitních vztahů mezi poskytovateli služeb a jejich uživateli patří zejména respektování základních práv, svobod a lidské důstojnosti uživatelů, zejména pokud jde o rovné příležitosti, rovné zacházení, svobodu volby a individuální sebeurčení a respektování soukromí a podpora posilování účasti uživatelů služeb na trhu sociálních služeb.

K zásadám zajištění kvality vztahů mezi poskytovateli služeb, sociálními partnery a dalšími zainteresovanými stranami aktivní spolupráce a účast všech zúčastněných stran ve veřejném i soukromém sektoru při vývoji kontinuálních na potřebách klientů založených sociálních služeb. V tomto smyslu se jedná zejména o využití synergií na místní úrovni, zejména s ohledem na tvorbu politiky, hodnocení potřeb, plánování a vývoj společnosti a o otevřené, transparentní, efektivní poskytování služeb.

K hlavním zásadám kvality pro využití lidského potenciálu patří zejména vytvoření dobrých pracovních podmínek, dobrého pracovního prostředí a odpovídající fyzické infrastruktury, zejména dodržování zdravotních, environmentálních a bezpečnostních norem.

Standardy kvality spočívají na dohodách o tzv. "preventivní péči", které uzavřely spolkové orgány s jednotlivými zeměmi v r. 1993. Všechny spolkové země vydaly příslušné zákony, které zohledňují tato kritéria kvality:

- velikost domova – jeho přehlednost a vytvoření prostředí pro utváření "domácích vztahů",
- velikost pokoje (pokoj by měl být vybaven také koupelnou), konkrétní velikost závisí na rozhodnutí konkrétní spolkové země,
- právo na návštěvu – domov vydává vlastní návštěvní řád, aby mohli klienti kdykoli přijmout návštěvu,
- infrastruktura – v domově je nutno pamatovat na prostor pro terapie, nabídku rehabilitačních služeb a širokou diverzifikovanou nabídku externích služeb,
- umístění a prostředí – domov by měl být integrován do příslušné obce tak, aby zůstaly zachovány vztahy s okolním prostředím,
- personál – odborně kvalifikovaný a pomocný personál je třeba zajistit v dostatečné kvantitě (tato definice zapřičiňuje velké rozdíly mezi jednotlivými spolkovými zeměmi),
- lékařské zaopatření – poskytovatel služby má subsidiární povinnost pojistit se pro situace, kdy je třeba poskytnout lékařskou pomoc, přitom musí být zajištěna svobodná volba lékaře,

- úprava dohledu – jednotlivé spolkové země musí vydat předpisy pro kontrolu nad domovy pro seniory a pečovatelskými domovy, které zajistí zároveň právní ochranu klientů domova.

Kvalitu sociálních služeb lze z velké části odvozovat od jejich personálního zajištění. Pro institucionální péči jsou pevně stanoveny počty zaměstnanců v sociálních zařízeních, jejich výši stanovují zákony jednotlivých zemí vzhledem ke skladbě klientů. Zákony také stanovují počty hodin dalšího vzdělávání a požadovanou kvalifikaci pracovníků.

U domácí péče hodnotí certifikovaní ošetřovatelé kvalitu poskytovaných služeb na základě modifikované metodologie ASCOT (Adult Social Care Outcomes Toolkit). Kvalita je hodnocena na základě 6 dimenzí – funkčnost ubytování, osobní hygiena, kvalita lékařské péče, výživa a hydratace, čistota ubytování, aktivity a sociální participace.

V oblasti pobytové péče byl vypracován "Národní certifikát kvality pro domovy pro seniory a domy s pečovatelskou službou" jako jednotný nástroj objektivního hodnocení kvality služeb. Certifikát je dobrovolnou externí certifikací určenou pro pečovatelské domy se zavedeným systémem managementu kvality. Stěžejní body hodnocení představují kvalita života klientů a kvalita práce ošetřovatelů. Cílem je učinit kvalitu pečovatelských domů viditelnou a transparentní a poskytnut pobídky za zvýšenou kvalitu pomocí výměny dobré praxe. Vzhledem k svobodné volbě klientů mezi poskytovateli a typy služeb, na základě této certifikace mohou uživatelé snadno získat informaci, zda dům s pečovatelskou službou splňuje požadovaná kritéria.

V domovech pro seniory je dále využíván systém řízení kvality E-Qalin (European Quality Improvement and Innovative Learning in Residential Care for Older People), jehož základem je proces sebehodnocení kvality uvnitř organizace zapojením všech stakeholderů do hodnocení a zlepšení struktury, procesy a výsledky Součástí systému je poskytnutí speciálního školení relevantním stakeholderům pro zlepšení komunikace, sociálních kompetencí a systémového myšlení. E-Qalin nepředepisuje konkrétní standardy k naplnění. Nicméně v důsledku jeho zavedení řada domovů našla klíčové výkonové indikátory, které používají pro strategické řízení organizace.

Dále mají některé organizace zavedený systém ISO či systém QAP ("Qualität als Prozess", kvalita jako proces). Kontrola kvality probíhá pomocí tzv. domovního dohledu jednotlivých spolkových zemí, který kontroluje splnění zákonně upravených požadavků. Dále byla zřízena tzv. zastupitelství pro péči ("Pflegeanwaltschaft"), která fungují jako nezávislé orgány řešící stížnosti klientů nebo jejich příbuzných.

Příspěvek na péči (Pflegegeld)

Příspěvek na péči je paušální dávkou, jejíž výše se neodvíjí od majetku ani příjmu příjemce dávky. Tyto peněžité dávky by měly krýt především dodatečné náklady péče zajištěné soukromými nebo veřejnými poskytovateli, případně neformálně domácími pečovateli. Dávka samotná není v mnoha případech schopna pokrýt veškerou péči, kterou zdravotně postižená osoba potřebuje, takže je nutné, aby si na tuto péči osoby přispívaly částečně i z vlastních zdrojů. Dávka na dlouhodobou péči je vyplácena přímo příjemci, což vede k širokému využívání neformální péče.

V r. 2020 pobíralo příspěvek na dlouhodobou péči více než 467 tis. osob. Cílem jeho poskytování je podle článku 1 zákona o dávkách pro dlouhodobou péči (Bundespflegegeldgesetz) poskytnout osobám, které potřebují dlouhodobou péči, co nejdokonalejší péči a podporu a zlepšit možnost udržovat si nezávislý na potřeby orientovaný životní styl v případě jejich fyzického, duševního nebo smyslového postižení. Stárnutí populace v Rakousku se promítá v růstu počtu příjemců příspěvku na péči, s jeho dalším nárůstem je nutno počítat i v následujících letech. Vývoj počtu příjemců příspěvku na péči v letech 2012–2019 podle stupně závislosti je uveden v tabulce č. 1.

Tab. 1 Vývoj počtu příjemců příspěvku na péči v letech 2010–2020 podle stupně závislosti

rok	celkem k 31. 12.	z toho ve stupni						
		1	2	3	4	5	6	7
2010	369 172	78 287	123 466	61 450	53 218	33 673	12 607	6 471
2011	367 570	80 415	116 810	62 078	52 985	35 367	13 307	6 608
2012	444 125	99 657	133 075	76 864	62 892	44 102	18 279	9 256
2013	450 699	104 010	131 032	78 307	63 368	45 808	18 716	9 458
2014	457 058	106 621	129 904	79 584	64 347	47 696	19 300	9 606
2015	451 753	112 178	119 628	79 684	64 184	47 799	19 088	9 192
2016	456 828	118 567	111 457	81 779	65 680	49 855	19 956	9 534
2017	458 572	122 929	105 717	83 223	66 272	51 107	19 905	9 419
2018	461 042	127 141	101 585	83 680	67 355	51 918	19 956	9 407
2019	466 360	130 986	99 659	84 785	68 447	52 649	20 308	9 526
2020	462 820	130 213	98 622	85 252	67 723	51 739	20 152	9 119

Pramen: Bundespflegegeldbezieherinnen und-bezieher nach Pflegegeldstufen 2009–2020 [online] [cit. 2021-09-15]. Dostupné z: https://www.statistik.at/web_de/statistiken/menschen_und_gesellschaft/soziales/sozialleistungen_auf_bundesebene/bundespflegegeld/index.html

Příspěvek na péči je paušální dávka, která nemá vazbu na příjem ani majetek příjemce. Jejím účelem je nahradit výdaje spojené s dlouhodobou péčí a zajistit osobám ve stavu závislosti maximální potřebnou péči a podporu. Příspěvek by měl zvýšit šanci těchto osob na zachování samostatného života, může být poskytován v případě fyzického nebo psychického postižení či emočních problémů, případně smyslové nedostatečnosti. Dávka na dlouhodobou péči je vyplácena přímo příjemci, který ji může použít na financování dlouhodobé péče podle svého volného uvážení. V případě nesprávného použití příspěvku na dlouhodobou péči může být nahrazen věcnými dávkami.

Výše příspěvku na péči je diferencována podle hodin potřebné péče, přičemž minimální počet je stanoven na 65 hodin, o konkrétním rozsahu rozhoduje lékař na základě posouzení zdravotního stavu, přitom se předpokládá, že péče bude zapotřebí alespoň po dobu 6 měsíců. Lékařské hodnocení stupně závislosti se provádí v souladu s pravidly stanovenými příslušným spolkovým ministerstvem, přitom se hodnotí schopnost naplnit běžné úkony každodenního života, např. schopnost obléknout se, svléknout se, provést osobní hygienu, připravit jídlo, dojít na toaletu, vzít si léky atd.

Míra závislosti může být přehodnocena na žádost příjemce po uplynutí jednoho roku, pokud ke zhoršení zdravotního stavu došlo v kratším časovém intervalu, je nutno tuto skutečnost doložit přesvědčivými důkazy, např. lékařskými nálezy apod.

Výše příspěvku na péči v jednotlivých stupních závislosti je uvedena v tabulce č. 2.

Tab. 2 Výše příspěvku na péči od 1. ledna 2021

stupeň péče	výše příspěvku na péči	počet hodin potřebné péče měsíčně
1.	162,50 €	více než 65 hodin
2.	299,60 €	více než 95 hodin
3.	466,80 €	více než 120 hodin
4.	700,10 €	více než 160 hodin
5.	951,90 €	více než 180 hodin, pokud je vyžadována mimořádná péče
6.	1 327,90 €	více než 180 hodin, pokud je nezbytná časově nekonzistentní péče, která se poskytuje pravidelně během dne a noci nebo pokud je zapotřebí stálá přítomnost opatrovníka během dne a noci kvůli pravděpodobnosti vlastního nebo cizího ohrožení
7.	1 745,10 €	více než 180 hodin, pokud nejsou možné cíleně orientované pohyby všech končetin a není možná funkční kompenzace

Pramen: Pflegegeld 2021 in Österreich – Anspruch, Höhe, Pflegestufen, Erhöhung, Valorisierung [online] [cit. 2020-08-29]. Dostupné z: <https://www.foerderportal.at/pflegegeld-oesterreich/>

Zajímavost je skutečnost, že jsou stanoveny minimální stupně závislosti pro vybrané skupiny zdravotně handicapovaných osob, např. pro osoby, které jsou odkázány na pohyb na invalidním vozíku, je minimálním stupněm závislosti stupeň 3 až 5, v případě vážného poškození zraku je minimálním stupněm stupeň 3, v případě slepoty stupeň 4 a pro hluchoslepé osoby je to 5. stupeň závislosti.

Příspěvek na dlouhodobou péči je od r. 2020 valorizován každoročně jako důchody ve všech kategoriích.

Hmotné zabezpečení pečujících osob

V souvislosti s očekávanými demografickými trendy lze v následujících letech očekávat, že tradiční formy stacionárních a mobilních služeb nebudou již schopny adekvátně

pokrývat potřeby seniorů, již v současné době se nabídka služeb v jednotlivých spolkových zemích značně liší, z kvalitativního hlediska je zcela nesrovnatelná. Je proto zřejmé, že bude narůstat potřeba alternativních forem péče. Proto je v současné době kladen důraz na zvýšení podpory pečujících osob.

Od 1. ledna 2014 byla zavedena řada nových opatření, jejichž cílem je usnadnit zaměstnancům sladění zaměstnání s péčí o potřebné rodinné příslušníky, jejich ošetřováním, popř. doprovázením umírajících rodinných příslušníků nebo velmi těžce nemocných dětí. Jedná se o pečovatelskou dovolenou, kratší pracovní dobu na péči a volno na rodinnou hospicovou péči. Pečovatelská dovolená je spojená s úplným výpadkem mzdy/platu, kratší pracovní dobu na péči s alikvotním snížením mzdy/platu. Osoby, které těchto opatření využívají, mají nárok na odpovídající příspěvek na pečovatelskou dovolenou.

Cílem pečovatelské dovolené, popř. kratší pracovní doby na péči, je poskytnout zaměstnancům v případě náhle vzniklé potřeby péče o blízkého rodinného příslušníka nebo k odlehčení pečující osoby na určitou dobu možnost péči nově zorganizovat. Možnost sjednat si pečovatelskou dovolenou nebo kratší pracovní dobu na péči mají zaměstnanci v soukromoprávních pracovních vztazích, spolkoví a zemští zaměstnanci a zaměstnanci obcí a poživatelé podpory v nezaměstnanosti nebo pomoci v nouzi, kteří se za účelem čerpání pečovatelské dovolené odhlásili z pojištění v nezaměstnanosti.

Pečovatelskou dovolenou nebo kratší pracovní dobu na péči je možné si sjednat na péči o blízké rodinné příslušníky, kteří mají v dané chvíli přiznaný příspěvek na péči od stupně 3, popř. v případě nezletilých rodinných příslušníků nebo rodinných příslušníků s demencí příspěvek na péči od stupně 1. Podmínkou pro jejich čerpání je písemné sjednání uvolnění z práce nebo zkrácení pracovní doby mezi zaměstnancem a zaměstnavatelem, přičemž zaměstnavatel s tím musí souhlasit, neboť na pečovatelskou dovolenou a kratší pracovní dobu na péči zatím neexistuje právní nárok.

Pečovatelská dovolená a kratší pracovní dobu na péči představují překlenovací opatření, lze je sjednat minimálně na dobu jednoho měsíce a maximálně na dobu tří měsíců. V zásadě lze pečovatelskou dovolenou nebo kratší pracovní dobu na péči sjednat na jednoho blízkého rodinného příslušníka potřebujícího péči jen jednou, avšak v případě podstatného zvýšení potřeby péče dané osoby minimálně o jeden stupeň příspěvku na péči lze pečovatelskou dovolenou nebo kratší pracovní dobu na péči sjednat ještě jednou. Na jednu osobu potřebující péči si může sjednat pečovatelskou dovolenou nebo kratší pracovní dobu na péči i více pracovníků. Tak např. dva sourozenci si mohou na jednoho ze svých rodičů sjednat pečovatelskou dovolenou nebo kratší pracovní dobu na péči pro různá období vždy na dobu až tří měsíců, celkem tedy až na šest měsíců. Při podstatném zvýšení potřeby péče minimálně o jeden stupeň příspěvku na péči je pak možné opětovné sjednání pečovatelské dovolené nebo kratší pracovní doby na péči vždy až na maximálně tři měsíce na jednoho pracovníka. Příspěvek na pečovatelskou dovolenou náleží na jednu osobu potřebující péči maximálně po dobu 12 měsíců.

Již od 1. července 2002 mají zaměstnanci v Rakousku možnost po určitou dobu doprovázet umírající blízké rodinné příslušníky a velmi těžce nemocné děti, a to v rámci tzv. volna na rodinnou hospicovou péči. Zaměstnanci si v rámci volna na rodinnou hospicovou péči mohou zvolit zkrácení pracovní doby (kratší pracovní dobu na rodinnou hospicovou péči), změnu rozložení normální pracovní doby nebo uvolnění z práce spojené se ztrátou výdělku.

Na volno na rodinnou hospicovou péči existuje právní nárok, může ho využívat i více rodinných příslušníků zároveň. O doprovázení při umírání lze žádat zpočátku maximálně na dobu tří měsíců, v případě potřeby je možné v daném případě prodloužení až na celkovou dobu šesti měsíců. O doprovázení velmi těžce nemocných dětí lze žádat zpočátku na maximálně pět měsíců, v případě potřeby je možné v daném případě prodloužení až na celkovou dobu devíti měsíců.

K finanční podpoře pečujících rodinných příslušníků v případě čerpání pečovatelské dovolené, kratší pracovní doby na péči, volna na rodinnou hospicovou péči, popř. kratší pracovní doby na rodinnou hospicovou péči slouží příspěvek na pečovatelskou dovolenou. Na tento příspěvek má nárok každá osoba, která je pojištěna v plném rozsahu (= nemocenské, úrazové a důchodové pojištění) na základě nepřetržitého pracovního poměru bezprostředně před čerpáním pečovatelské dovolené, pokud má písemně sjednanou pečovatelskou dovolenou nebo kratší pracovní dobu na péči se zaměstnavatelem (nebo předloží doklad o čerpání volna na rodinnou hospicovou péči, popř. předloží doklad o odhlášení z pobírání dávek v nezaměstnanosti) a pokud předloží prohlášení, že po dobu pečovatelské dovolené nebo kratší pracovní doby na péči obstarává převažující péči a ošetřování.

Výše příspěvku na pečovatelskou dovolenou a při volnu na rodinnou hospicovou péči je závislá na výši předchozího příjmu a poskytuje se ve stejné výši jako podpora v nezaměstnanosti (tj. 55 % čistého denního příjmu), minimálně však ve výši částky stanovené jako hranice pro zaměstnání malého rozsahu 405,98 € měsíčně.

V případě kratší pracovní doby na péči a kratší pracovní doby na rodinnou hospicovou péči se zkracuje pracovní doba a snižuje se výdělek, proto náleží příspěvek na pečovatelskou dovolenou v alikvotní výši. Příspěvek se vypočítá v zásadě na základě rozdílu mezi průměrným hrubým výdělkem před zkrácením pracovní doby a během ní. Základní částka činí i v těchto případech 55 % rozdílu, minimálně však představuje alikvotní výši částky stanovené jako hranice pro zaměstnání malého rozsahu odpovídající zkrácení pracovní doby.

Nezaměstnaným osobám, které se z důvodu čerpání pečovatelské dovolené nebo volna na rodinnou hospicovou péči odhlásily z pobírání dávek v nezaměstnanosti nebo se odhlásily z nemocenského a důchodového pojištění podle zákona o pojištění v nezaměstnanosti, náleží příspěvek na pečovatelskou dovolenou ve výši naposled jako hranice pro zaměstnání malého rozsahu, tedy 405,98 € měsíčně v r. 2015.

V posledních letech se rozvíjí řada nových forem služeb pro seniory, které jsou zpravidla založeny na poskytování bydlení se zajištěním asistenční pomoci (sociální a zdravotní služba, tísňové volání, služba opatrovníka).

Doporučení pro Českou republiku

Na základě zpracované charakteristiky systémů dlouhodobé sociálně zdravotní péče v Rakousku lze identifikovat několik doporučení a příkladů dobré praxe, které by bylo vhodné implementovat do české legislativy a praxe při poskytování sociálně zdravotních služeb. Rakouský systém organizace, financování a řízení dlouhodobé sociálně zdravotní

péče má totiž s českým systémem řadu společných prvků, a proto při hledání námětů, které by vedly k dalšímu rozvoji našeho systému, lze v něm najít řadu inspirativních prvků a námětů. V tomto smyslu se jedná především o tato řešení:

1. Zvážit možnost významným způsobem prodloužit dobu tzv. dlouhodobého ošetrovného, jehož poskytování vstoupilo v ČR v platnost 1. června 2018 po vzoru rakouského systému pečovatelské dovolené, popř. kratší pracovní doby, tak, aby ve smyslu Národní strategie rozvoje sociálních služeb na léta 2016–2025 došlo k dalšímu rozvoji služeb domácí péče a posílení integrace sociální a zdravotní péče.
2. Doporučuje se rozšířit počet stupňů závislosti tak, aby diferenciací do více stupňů závislosti umožnila lépe nastavit rozsah podpory všem potřebným osobám. Rozsah potřebné péče se doporučuje časově vymezit.
3. Doporučuje se stanovit pravidla valorizace příspěvku na péči.
4. Doporučuje se převést rozhodování o výši státních dotací poskytovatelům sociálních služeb znovu na centrální úroveň tak, aby byla zajištěna srovnatelná úroveň podpory ve všech krajích ČR. V době, kdy v Rakousku došlo k centralizaci financování sociálních služeb, bylo v ČR rozhodnuto o tom, že o výši dotací registrovaným poskytovatelům sociálních služeb budou rozhodovat jednotlivá krajská zastupitelstva, přestože jednotlivé kraje jsou ve svém samosprávné kompetenci zřizovateli řady poskytovatelů sociálních služeb a jsou tak ve střetu zájmu.
5. Doporučuje se výrazně propojit obě složky dlouhodobé péče z hlediska jasných principů jejich financování. Zatímco dlouhodobé peněžité dávky jsou financovány ze státního rozpočtu, financování věcného plnění plyne z rozpočtů spolkových republik, okresů a obcí prostřednictvím obecného systému fiskálního vyrovnávání, který v zásadě převádí daňové příjmy Spolkové republiky z Fondu na péči na okresy a obce. Stát se na společných odvodech podílí dvěma třetinami, spolkové země jednou třetinou, rozdělování těchto prostředků se odvíjí od počtu obyvatel jednotlivých spolkových zemí.

Literatura:

Analýza segmentu sociálních služeb s akcentem na pobytové a ambulantní sociální služby pro seniory. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR, 2021. ISBN 978-80-88361-11-4.

Bundesrecht konsolidiert: Gesamte Rechtsvorschrift für Volksgruppengesetz. Dostupné z: <https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=10000602>

European demographic data sheet 2018 [online]. Dostupné z: <https://www.populationeurope.org/en/index.php?page=datatable>

HON, F. – PRŮŠA, L. a BAREŠ, P. *Mezinárodní komparace rozsahu a struktury příjemců příspěvku na péči a podmínek pro jeho přiznání v ČR, na Slovensku, v Německu a v Rakousku*. Praha: VÚPSV, 2020. ISBN 978-80-4716-396-8.

HORECKÝ, J. *Mezinárodní zkušenosti a srovnání – Rakousko*. Dostupné z: http://podporaprocesu.cz/wp-content/uploads/2013/01/2_Rakousko.pdf

KAHL, A. a WEBER, K. *Vergabe von sozialen Dienstleistungen in Österreich*. Dostupné z: http://www.forschungsnetzwerk.at/downloadpub/Vergabe_von_sozialen_Dienstleistungen-Oesterreich.pdf

PRŮŠA, L. Aktuální trendy v rozvoji sociálních služeb v zemích EU a v ČR ve světle očekávaných změn ve struktuře populace. *FÓRUM sociální politiky*. 2016, roč. 10, č. 6. ISSN 1802-5854.

Rakousko: Základní charakteristika teritoria, ekonomický přehled. Dostupné z: <http://www.businessinfo.cz/cs/clanky/rakousko-zakladni-charakteristika-teritoria-19137.html#sec2>

Republik Österreich: Nationaler Bericht über Strategien für Sozialschutz und soziale Eingliederung. Dostupné z: <https://broschuerenservice.sozialministerium.at/Home/Download?publicationId=166>

Vaše práva v oblasti sociálního zabezpečení v Rakousku. Dostupné z: http://ec.europa.eu/employment_social/empl_portal/SSRinEU/Your%20social%20security%20rights%20in%20Austria_cs.pdf

www.missoc.org/

<https://ec.europa.eu>

<https://www.statistik.at/>

<https://www.noegv.at/noe/Pflege/Pflege.html>

Kontakt

doc. Ing. Ladislav Průša, CSc.
Fakulta veřejných politik v Opavě, Slezská univerzita v Opavě
Ústav veřejné správy a sociální politiky
Bezručovo nám. 885/14, 746 01 Opava, Česká republika
ladislav.prusa@fvp.slu.cz