

N á v r h

Věcný záměr zákona o dlouhodobé zdravotně - sociální péči

Důvodová zpráva - shrnutí

Důvod předložení návrhu

Předložený návrh věcného záměru zákona 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, vymezit dlouhodobou zdravotně-sociální péči (dále jen „dlouhodobá péče“) a zajistit její dostupnost pro všechny potřebné občany.

Cílem návrhu je:

- Zajistit včasnou identifikaci osob s potřebou dlouhodobé péče prostřednictvím doplnění výkonu sociální práce na obcích s rozšířenou působností o odbornost komunitní sestry.
- Zlepšit koordinaci poskytování péče potřebným klientům zejména v případě poskytování této péče kombinací domácích pečujících, terénních a ambulantních sociálních služeb a domácích a ambulantních zdravotních služeb.
- Zabezpečit rovnost podmínek pro všechny občany a poskytovatele dlouhodobé péče.
- Významně zlepšit efektivitu dnes vynakládaných veřejných prostředků ze systému zdravotního pojištění i sociálních dávek.
- Zajistit dostupnou a kvalitní dlouhodobou péči poskytovanou zejména v domácím, a v případě potřeby i v institucionálním prostředí.

Vymezení dlouhodobé péče

Dlouhodobá péče je kombinací širokého spektra koordinovaných zdravotních a sociálních služeb, které potřebují osoby se sníženou soběstačností a zhoršeným zdravotním stavem. Zhoršená soběstačnost může být díky zdravotnímu postižení vrozená nebo získaná v průběhu života v důsledku zhoršení zdravotního stavu, které nastává nejčastěji, ale zdaleka ne výlučně, ve vyšším seniorském věku. Potřeba

poskytování dlouhodobé péče, pokud nastane, je zpravidla trvalá až do konce života klienta.

Nedostatky dnešního stavu

Předložený návrh reaguje na nerovnost v podmínkách čerpání služeb dlouhodobé péče pro obyvatele a nedostatečnou dostupnost odpovídající dlouhodobé péče v domácím i institucionálním prostředí způsobenou nedostatky v její organizaci, které vedou také k její nedostatečné kvalitě a nehospodárnosti a k zásadním nerovnostem mezi klienty zejména pobytových zařízení.

Klienti se zcela stejnými potřebami se na úhradě potřebné péče podílejí zásadně odlišným způsobem. Například v případě pobytu v zařízení poskytujícím pobytové sociální služby se klient podílí na úhradě stravy a ubytování až do výše 360 Kč denně, zatímco při hospitalizaci ve zdravotnickém zařízení hradí pouze regulační poplatky ve výši 100 Kč denně.

Tento stav je způsoben dnešním umělým oddělením financování a organizace zdravotní a sociální péče, a vedle již zmíněné nerovnosti vede k situaci, kdy ve zdravotnických zařízeních je hospitalizováno dle kvalifikovaných odhadů 35 000 občanů, kteří ve skutečnosti potřebují dlouhodobou péči. Tito občané jednak ve zdravotnických zařízeních obvykle nedostávají potřebnou sociální péči, jednak představují významnou finanční zátěž pro zdravotní pojišťovny. Vedle platby regulačního poplatku se nijak nepodílejí na úhradě stravovacích a ubytovacích služeb a také jsou ošetřováni personálem, který je kvalifikován na péči o významně složitější případy.

Zdravotní pojišťovny zatěžované těmito zbytečnými výdaji se na druhé straně brání proplácet v odpovídající výši potřebnou zdravotní péči v pobytových zařízeních poskytujících sociální služby (domovy pro seniory a další domovy) a také domácí zdravotní péči. O nerovnoměrném přístupu občanů k domácí zdravotní péči jasně svědčí například výdaje zdravotních pojišťoven na tuto péči na jednoho klienta, které jsou velmi nízké v mezinárodním srovnání a mezi jednotlivými kraji v ČR se liší až trojnásobně.

Vzniká tak začarovaný kruh, kdy na jedné straně je skupina občanů dlouhodobě zbytečně hospitalizována v zařízeních vybavených na poskytování jiného druhu služeb, na druhé straně nejsou potřebné služby dostupné. Výsledkem je zásadní nerovnost mezi občany, nehospodárnost při vynakládání veřejných prostředků a nízká kvalita a dostupnost poskytovaných služeb.

Popis cílového stavu

Výše popsany zásadně nevyhovující současný stav se v posledních 20 letech opakovaně pokoušely řešit různé iniciativy v rámci rezortů zdravotnictví i sociálních věcí. Společným rysem těchto pokusů ale bylo, že byly většinou založeny na striktním oddělení poskytování zdravotních a sociálních služeb. Takové oddělení je ale principiálně nemožné, neboť dlouhodobá péče je charakterizována především potřebou propojených a koordinovaných zdravotních a sociálních služeb. Právě proto byly podobné iniciativy vždy v praxi neúspěšné.

Navrhovaný věcný záměr zákona vychází z nutnosti propojení zdravotních a sociálních služeb a zavádí proto **dlouhodobou péči** jako novou kategorii, specificky definovanou oblast zdravotních a sociálních služeb s vlastním procesem posouzení a zajištění **potřeb klienta**. Na druhou stranu věcný záměr zákona respektuje existující oddělení obou resortů a v zájmu snížení administrativy tam, kde není nezbytně nutné definovat nové procesy, využívá existující procesy a ustanovení popsané v zákoně č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a v zákoně č. 108/2006 Sb., o sociálních službách a zajišťuje jejich koordinaci a propojení. Příkladem takového přístupu je například kombinované financování dlouhodobé péče z prostředků obou resortů.

Posouzení potřeb klienta

Věcný záměr zákona navrhuje společné posouzení zdravotních a sociálních potřeb klienta se závěrem platným pro oba resorty, včetně kombinovaného financování z prostředků státního rozpočtu a z prostředků veřejného zdravotního pojištění. Zároveň se navrhuje ustanovení institutu komunitní sestry zaměstnávané obcemi, jejíž rolí je identifikace potřebných osob, jejich podpora při získání statusu klienta dlouhodobé péče a zajištění vhodné formy zdravotních a sociálních služeb.

Poskytování a financování dlouhodobé péče

Potřeby klientů dlouhodobé péče budou zajišťovány primárně v rámci domácí nebo ambulantní péče, včetně péče stacionární. Pokud není možné, aby klienti setrvali v domácím prostředí, bude jim poskytnuta péče pobytovou formou kombinující zdravotní a sociální služby. V rámci procesu přiznání statusu klienta dlouhodobé péče bude zhodnocena potřebná intenzita služeb a zajištěno jejich financování, zejména cestou příspěvku na péči a cestou úhrady potřebných zdravotních služeb ze strany zdravotní pojišťovny, včetně zajištění jejich časové a místní dostupnosti. Obě cesty financování budou na rozdíl od dnešní situace významně lépe propojeny a koordinovány, například bude možné podat žádost o přiznání příspěvku na péči již v době hospitalizace klienta.

V případě pobytových služeb bude spoluúčast klienta na úhradě ubytování a stravování probíhat stejným způsobem jako je dnešní režim v domovech pro seniory. Předpokládá se upřesnění nároku klienta ve smyslu dnes nestanoveného standardu poskytovaných ubytovacích a stravovacích služeb. V případě ambulantních a domácích služeb se předpokládají stejné formy financování jako v dnešní situaci, zdravotní pojišťovny ale uvolní na ambulantní a domácí zdravotní služby prostředky, které získají racionalizací pobytových služeb.

Poskytovatelé dlouhodobé péče

Dlouhodobá péče bude v ambulantní a domácí oblasti zajišťována dnešními poskytovateli sociálních služeb a poskytovateli zdravotních služeb, u nich pak zejména formou ambulantní a domácí zdravotní péče. Zákon povede k potřebné koordinaci a integraci těchto služeb, která bude probíhat postupně, s ohledem na konkrétní lokální podmínky, v důsledku požadavků klientů a ekonomické motivace poskytovatelů.

Poskytovatelé dlouhodobé pobytové péče vzniknou z části dnešních domovů pro seniory a z části dnešních zdravotnických zařízení typu léčeben dlouhodobě nemocných. S cílem zajištění komplexních služeb budou tito poskytovatelé v rámci přechodného období muset získat současně oprávnění k poskytování odpovídajících zdravotních služeb a registraci k poskytování odpovídajících sociálních služeb.

Dopady, kterých má být prostřednictvím této právní úpravy dosaženo

- Jasně vymezení oblasti dlouhodobé péče, zdravotních a sociálních služeb poskytovaných v jejím rámci, nároku klientů a procesu jeho zhodnocení, stanovení odpovídajících požadavků na personální a věcné vybavení poskytovatelů a koordinace financování dlouhodobé péče.
- Překlenutí segmentace a překážek mezi službami zdravotní a sociální péče.
- Zajištění dostupnosti a optimálního způsobu poskytování dlouhodobé péče podle individuálních potřeb klienta a provázanost jejích různých forem.
- Zvýšení komplexnosti a kvality zdravotních i sociálních služeb.
- Účelnější vynakládání prostředků ze státního rozpočtu a ze systému veřejného zdravotního pojištění.

Závěrečná zpráva hodnocení dopadů regulace RIA

1. 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.

Důvodem je především snaha odstranit existující nerovnost v dostupnosti zdravotně sociálních služeb a v podílu klientů na jejich financování, který se dnes u klientů se zcela shodnými potřebami významně liší podle toho, zda jsou hospitalizováni ve zdravotnickém zařízení nebo v pobytovém zařízení poskytujícím sociální služby. Stejně tak existuje dnes významná nerovnost poskytovatelů v přístupu k finančním zdrojům podle toho, zda jsou zdravotnickým zařízením nebo poskytovatelem sociálních služeb. Tyto nerovnosti a umělé překážky v koordinaci zdravotních a sociálních služeb vedou také ke zhoršené dostupnosti služeb, jejich často neodpovídajícímu rozsahu a kvalitě a nevhodnému vynakládání veřejných prostředků.

Cílem návrhu (věcného řešení) je zajistit v rámci existujících mechanismů financování dostupnou a kvalitní dlouhodobou zdravotně-sociální péči (dále jen „dlouhodobá péče“), poskytovanou efektivním a rovným způsobem v domácím i institucionálním prostředí. Do systému zajištění dlouhodobé péče je nutno více zainteresovat stávající či potenciální klienty a jejich rodinné příslušníky.

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

2.1. Zhodnocení současného stavu

Vymezení dlouhodobé péče a jejích klientů

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 sebeobslužných aktivitách pro zajištění důstojného života (definice OECD).

Pro definici dlouhodobé péče je klíčová právě potřeba zkombinovat významný podíl 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 podpora fyzicky hendikepovaných, ale jinak zdravých mladých lidí), nepatří do dlouhodobé péče tak, jak je definována v tomto návrhu.

Dlouhodobou péči potřebují lidé v důsledku zhoršené schopnosti sebeobsluhy, která může být díky zdravotnímu postižení vrozená nebo získaná v průběhu života 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. Poskytování dlouhodobé péče v přirozeném prostředí klienta formálními poskytovateli nebo ve formě sdílené péče je považováno za nevhodnější způsob podpory a péče.

Dnešní a budoucí potřeba dlouhodobé péče a jejího financování

Dlouhodobou péči již dnes potřebuje v ČR přibližně 170 000 osob. Jejich počet bude v důsledku stárnutí obyvatelstva významně narůstat.

Tabulka č. 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	Ošetřovatelská pracoviště v nemocnicích	15 000	25%	3 750
	Sociální lůžka ve zdravotnických zařízeních	3 000	100%	3 000
	Odborné léčebné ústavy a další lůžková zařízení	65 000	20%	13 000
	Léčebny dlouhodobě nemocných	55 000	25%	13 750
	Celkem			151 250

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

Odhad celkových veřejných nákladů na dlouhodobou péči v roce 2009 je 30 mld. Kč (1,0% HDP). Do tohoto odhadu nejsou započítány náklady na neformální péči poskytovanou v rámci rodin nebo komunit osobami blízkými nebo jinými (kvalifikovaný odhad uvádí až 200 000 přepočtených úvazků blízkých osob¹).

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

¹ Kulatý stůl k budoucnosti financování zdravotnictví v ČR, Zpráva o stavu, vývoji a výhledu zdravotnictví v ČR, Praha, 2008, s. 48.

Tabulka č. 2: Odhad dnešních veřejných výdajů na dlouhodobou péči

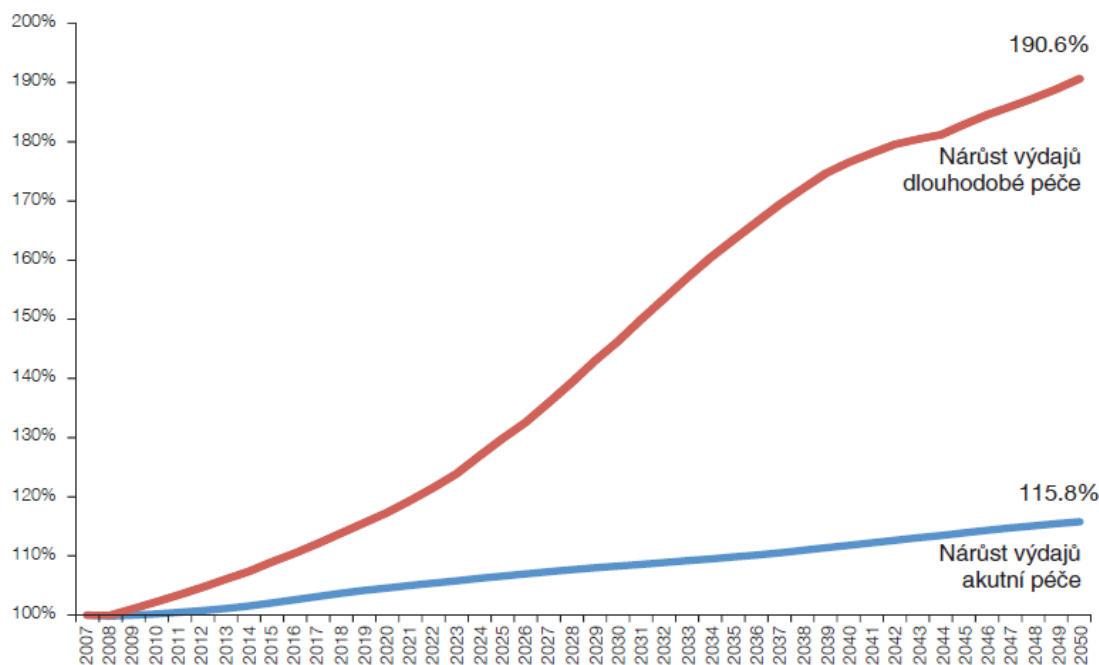
Sektor	Název části veřejných výdajů	Celkový objem v mil. Kč skutečnost 2009	Odhad podílu dlouhodobé péče	Odhad části dlouhodobé péče v mil. Kč
Sociální	Dávky osobám se zdravotním postižením	2 452	50%	1 226
	Příspěvek na péči	18 897	70%	13 228
	Výdaje územních rozpočtů (krajů a obcí)	6 487	70%	4 541
	Dotační řízení MPSV	6 253	50%	3 127
Zdravotní	Ošetřovatelská 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 ošetřovatelskou 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	80%	1000
Celkem				30 377

Zdroj: Státní závěrečný účet MPSV, MZ, 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 pobytových zařízeních sociálních služeb, jež nejsou vykázány, zdravotními pojišťovnami uznány a uhrazeny. 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.

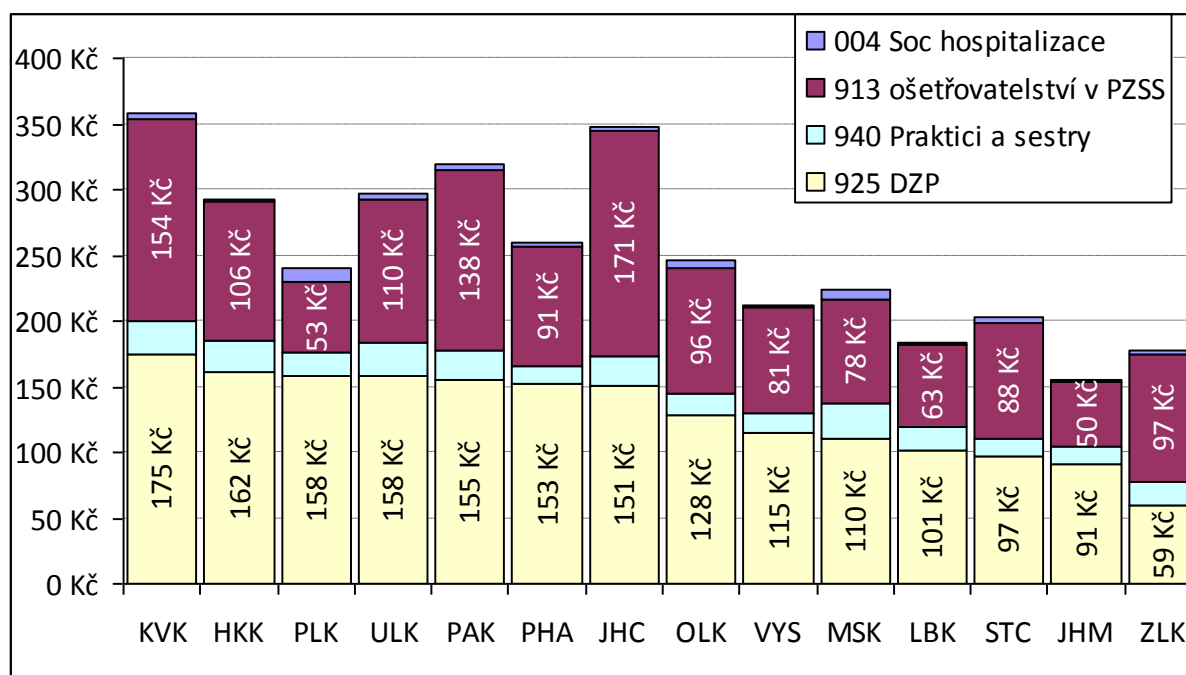
Graf č. 1: Projekce nárůstu výdajů veřejného zdravotního pojištění na akutní a dlouhodobou péči



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

Výdaje na dlouhodobou péči se navíc 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). Tyto nerovnosti mají samozřejmě dopad na dostupnost a kvalitu dlouhodobé péče stejně jako na podíl klientů na jejím financování. Regionální rozdíly v dostupnosti dlouhodobé péče se netýkají jen jejího poskytování pobytovou formou, ale i dostupnosti domácích zdravotních ošetrovatelských služeb, jak je doloženo v Grafu č. 2.

Graf č. 2: Náklady zdravotních pojišťoven na dlouhodobou ošetrovatelskou zdravotní péči v roce 2009 na obyvatele daného kraje v Kč



Zdroj: ČSÚ, Statistika zdravotnických účtů 2009.

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.

Ke klientům v domácí péči často paralelně dojíždějí pracovníci agentur ošetrovatelských (zdravotnických) a pečovatelských (sociálních). Řadu úkonů by přitom bylo možno provést pouze jedním pracovníkem, pokud by existovalo společné vzdělávání ve zdravotnické i sociální problematice.

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 podle zákonných předpisů MPSV ČR podílí na úhradě stravy a ubytování ve výši maximálně 360 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 100 Kč denně.

Jen 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). Pro řešení tohoto problému je v současné legislativě zaveden institut Sociálních služeb poskytovaných ve zdravotnických zařízeních lůžkové péče („sociální lůžka“). Tento institut v praxi příliš neuspěl proto, že není jasně vymezeno rozhraní mezi následnou a dlouhodobou péčí a pacienti nedávají souhlas s převodem svého statusu z pacienta na klienta, protože to pro ně znamená významnou finanční spoluúčasť podle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. Pro poskytovatele zdravotních služeb je „sociální lůžko“ nevýhodné z hlediska úhrad, neboť úhrada péče o tyto pacienty je mnohem nižší a proces přiznání příspěvku na péči či získání dotace jako jiná pobytová zařízení sociálních služeb je časově velmi zdouhavý a nejistý. Je pro ně proto jednodušší vykazovat klienta za pacienta, což znamená udržení si platby z veřejného zdravotního pojištění. Pacienti jsou většinou hospitalizováni na lůžkách akutní nebo následné péče, jejichž personální zajištění je ve smyslu kvalifikace personálu zbytečně vysoké. Zároveň ale tito pacienti často nedostávají potřebné sociální služby a dožívají svůj život v prostředí, které je pro poskytování dlouhodobé péče nevhodné. Na druhé straně se zdravotní pojišťovny zatěžované těmito výdaji brání plně proplácet potřebnou zdravotní péči poskytovanou v pobytových zařízeních 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 č. 3: Průměrné měsíční úhrady na lůžko v daném zařízení

	Zdravotní pojišťovna/ 1 měsíc úhrada	Pacient/klient*/ 1 měsíc úhrada	Dotace z veřejných prostředků na lůžko/ 1 měsíc úhrada	Celkem
Léčebny dlouhodobě nemocných	35 310 Kč	1 280 Kč		36 590 Kč
Následná péče, ošetrovatelská lůžka	31 972 Kč	1 280 Kč		33 252 Kč
Odborný léčebný ústav	38 400 Kč	1 280 Kč		39 680 Kč
Pobytová zařízení sociálních služeb (domovy pro seniory), osoba ve stupni závislosti 3	2 079 Kč	8 500 Kč (úhrada za pobyt a stravu) + 8000 (úhrada za péči) Kč	6 000 Kč	24 579 Kč

Zdroj: Státní závěrečný účet MPSV a MZ, výkazy zdravotních pojišťoven, ČSÚ - 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.

*Pacient je občan hospitalizovaný ve zdravotnickém zařízení, klient je občan pobývajícím v pobytovém zařízení sociálních služeb.

Mimo problémy spojené s dnešním nerovným a roztržitým poskytováním a financováním dlouhodobé péče je také třeba řešit otázku dlouhodobě udržitelného zajištění zdrojů. Dlouhodobá péče bude nejrychleji rostoucí formou zdravotní péče - (viz Graf č. 1) a rostoucí počet osob závislých na cizí pomoci bude také vytvářet velký tlak na sociální výdaje státu. 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.

2.2. Cíle, kterých má být prostřednictvím této právní úpravy dosaženo

Cílem je vymezení oblasti dlouhodobé péče, zdravotních a sociálních služeb poskytovaných v jejím rámci, statusu klienta dlouhodobé péče, požadavků na personální a technické vybavení pobytové dlouhodobé péče a financování dlouhodobé péče. Financování dlouhodobé péče bude zajištěno prostřednictvím zdravotních pojišťoven, spoluúčasti klienta v pobytové dlouhodobé péči (ubytování a strava) a přiznaného příspěvku na péči dle zdravotního stavu klienta bez rozdílu, v jakém prostředí se klient nachází (doma nebo v pobytové službě).

Segment dlouhodobé péče bude zajišťovat péči v rámci personálního vybavení prostřednictvím všeobecných sester a pracovníků sociální péče (pracovníků v přímé péči), dle počtu klientů v pobytových nebo terénních a ambulantních službách. Technické vybavení znamená určení nepodkročitelných podmínek pro poskytování dlouhodobé péče. Zahrnuje podmínky na vybavení jednotlivých pracovišť lékařskou technologií a ošetrovatelskými pomůckami, vybavení pokojů, počty lůžek na jednotlivých pokojích a hygienické zázemí pro klienty a personál. Personální a technické vybavení bude dáno vyhláškou pro poskytování dlouhodobé péče. Pobytová lůžka dlouhodobé péče snižují mzdové nároky na výkon lékařské péče, neboť lékařská péče bude zajišťována ambulantním způsobem v rámci smluvního vztahu lékaře a klienta.

Překlenutí segmentace a překážek mezi službami zdravotní a sociální péče, která bude zajištěna koordinovanou činností multioborovým týmem (sociální pracovník, komunitní sestra, ošetřující lékař) mezi zdravotnickým a sociálním segmentem. V dlouhodobé péči nastane propojení zdravotně sociální péče o klienta, který bude vyžadovat další pokračování péče v režimu dlouhodobé péče (pobytové, terénní a sociální).

Překlenutí současných bariér přechodu mezi zdravotními a sociálními službami, a to zejména v lůžkové péči léčeben pro dlouhodobě nemocné. Zde bylo v roce 2010 hospitalizováno cca 70 tisíc klientů, z toho 11% zůstává ve zdravotní péči déle než 90 dnů. Jsou nuceni setrvat ve zdravotnickém zařízení jednak z důvodů onemocnění, ale také z důvodů nedostatečného zajištění pobytové, terénní a ambulantní péče zdravotních a sociálních služeb. Tito klienti jsou často závislí na pomoci druhé osoby, nemají přiznaný příspěvek na péči, neboť není využíváno institutu tzv. sociálních lůžek v souladu s ustanovením § 52 zákona o sociálních službách. Pokud lékař posoudí a rozhodne, že je zdravotní péče o klienta ukončena, ale bude nutná další zdravotně sociální péče, ohlásí tuto skutečnost komunitní sestře

a tím dá podnět k zahájení řízení o přiznání statusu klienta dlouhodobé péče a současně řízení o příspěvku na péči již na lůžku ve zdravotnickém zařízení.

Zajištění optimálního způsobu poskytování dlouhodobé péče podle individuálních potřeb klienta, pokud možno v domácím prostředí klienta, a provázanost jejích různých forem (domácí/terénní, stacionární/ambulantní, lůžková/pobytová). Za optimální považujeme zajištění dlouhodobé péče (zdravotní a sociální služby) v domácím prostředí klienta, neboť dle provedené analýzy 55 % klientů za minulý rok přešlo z LDN do domácího prostředí, 9 % do pobytových sociálních služeb a 12 % do jiného zdravotnického zařízení. Kombinované zdravotně sociální služby bez ohledu na poskytovaný typ péče (pobytová, terénní a ambulantní) budou poskytovány dle individuálního plánu zajištění zdravotních a sociálních potřeb (plán dlouhodobé péče, který vychází z metodiky poskytování ošetrovatelského procesu).

Vytvoření nových pracovních příležitostí v dlouhodobé péči a podpora potřebného počtu kvalifikovaných pracovníků pro tyto služby, neboť je cílem tohoto zákona podpořit terénní a ambulantní zdravotní (domácí zdravotní péče) a sociální služby (pečovatelská služba, osobní asistence, odlehčovací služba.) V důsledku redukce počtu akutních lůžek může být část finančních prostředků z veřejného zdravotního pojištění přelokována na domácí zdravotní péči (cca. 4.5 mil.), kdy se odhadem může propustit 10 tisíc klientů do domácího ošetřování s podporou domácí zdravotní péče a sociálních služeb. Pokud by zůstal systém nezměněn, bylo by nutné na straně sociálních pobytových služeb navýšit kapacitu o 20%, což by znamenalo navýšení investičních nákladů poskytovatelů o více než 2 miliardy. Předpokládá se, že se rozšíří počet úvazků všeobecných sester v domácí zdravotní péči o jednu třetinu. Počet pracovníků v přímé péči v terénních a pobytových službách by se také navýšil o jednu třetinu za předpokladu, že poskytované sociální služby budou vázané na příspěvek na péči s důslednou kontrolou kvality poskytované péče neformálními pečujícími. Do rozpočtu poskytovatelů terénních a ambulantních služeb se vrací vynaložené náklady na příspěvek na péči pouze v 10 %. Výpadek financování je kryt dotační politikou MPSV, rozpočty krajů, měst a obcí. Tento způsob financování je nevyhovující.

Vytvoření větší flexibility na pracovním trhu uplatněním kategorie zdravotně sociálních pracovníků, případně rozšířením a úpravou vzdělávacích programů ostatních nelékařských pracovníků, nebo doplněním vzdělávacích programů pracovníků v sociálních službách v oblasti hodnocení sociálně zdravotních potřeb klienta a následného plánování zajištění potřeb, tak aby klient mohl setrvat ve svém přirozeném prostředí.

Zabezpečení kvality poskytovaných služeb, nastavení minimálních standardů a rovnoměrné dostupnosti pro všechny, vedoucí k nezávislému a důstojnému životu jedince. Využijeme dosavadních standardů kvality v sociálních službách, které budou doplněny o standardy ošetrovatelské dlouhodobé péče, které jsou již připraveny Ministerstvem zdravotnictví. Tyto standardy budou platné pro pobytové, terénní i ambulantní služby dlouhodobé péče. Rovnoměrná dostupnost sítě dlouhodobé péče bude zajišťována prostřednictvím krajů, měst a obcí, a to zejména obcí s rozšířenou působností, které mají za povinnost plánovat dostupnou síť sociálních služeb ve spolupráci s MPSV. Pro tyto účely budou využity výstupy z IP MPSV Podpora

procesů v sociálních službách, kde dle výsledků analýz byla odhalena bílá místa, kde jsou nedostupné potřebné sociální služby. Za tvorbu sítě poskytovatelů zdravotních služeb odpovídají zdravotní pojišťovny ve spolupráci s MZ. V důsledku zavedení platby za diagnózu (dále jen DRG) v akutní péči bude motivace ze strany poskytovatelů klienty dříve propouštět do domácího léčení s podporou zdravotních služeb domácí zdravotní péče (dále jen DZP) a také vznikne tlak od samotných klientů na dostupnost této ošetrovatelské péče. Dle výzkumných podkladů je zmapována síť poskytovatelů DZP a byla odhalena bílá místa. Ve spolupráci s MZ a zdravotními pojišťovnami bude zahájeno jednání k rozšíření dostupnosti sítě DZP a alokaci finančních prostředků do této péče. Je nutné upozornit na záměr zdravotních pojišťoven snížit objem poskytované akutní lůžkové péče ve zdravotnických zařízeních a přetransformovat tato lůžka na lůžka dlouhodobé péče

Zvýšení efektivity poskytovaných služeb prostřednictvím nastavených kontrolních mechanismů ze strany zdravotních pojišťoven v oblasti DZP (ošetřující lékař, revizní lékař a klient). Komunitní sestra bude provádět kontrolu kvality péče zejména u neformálně pečujících. Výrazné efektivity se dosáhne tím, pokud bude klient ošetřován ve vlastním sociálním prostředí, neboť se bude jednat o úspory z všeobecného zdravotního pojištění (na 1 měsíc v LDN je vynakládáno cca 36 tisíc) a v pobytových sociálních službách (na 1 měsíc cca 25 tisíc hrazeného z 33% z dotací MPSV a z 51 % spoluúčasti klienta). Pro oba systémy bude velmi výhodné setrvání klienta v domácím prostředí s nastavením podpory a sociálně zdravotní péče. Pokud bude zdravotní stav klienta vyžadovat náročnější dlouhodobou péči, může být tato péče poskytována na pobytových lůžkách dlouhodobé péče.

2.3. 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.
- Zhoršení lokální dostupnosti péče a nezajištění odpovídajících služeb stále většímu počtu klientů, kteří je v důsledku stárnutí obyvatelstva potřebují.

3. Návrh variant z hlediska komplexního řešení problematiky

3.1. Nulová varianta

Tato varianta předpokládá, že se nezmění současný stav.

3.2. 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.
- Přetrvávající neprovázanost zdravotní a sociální komponenty dlouhodobé péče.
- Přetrvávající rozdílné finanční a další podmínky pro klienty ve zdravotnických zařízeních a u poskytovatelů pobytových sociálních služeb povedou k přetrvávajícímu neefektivnímu poskytování služeb.
- Dopady na státní rozpočet.

3.3. Varianta 2

Bude vytvořen systém dlouhodobé péče integrující potřebné 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 a rozvoj pracovních pozic v terénních a ambulantních službách.
- Podpora vzniku nového typu pobytové služby, 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.
- Podpora poskytování dlouhodobé péče v domácím prostředí klienta.

Slabé stránky a rizika:

- Možné problematické implementování nových postupů do stávajících systémů péče.
- Nutnost změny chování řady institucí a jejich klientů.
- Nutnost nové právní úpravy, byť úzce navazující na zákon o sociálních službách a zákon o zdravotních službách.

Návrh variant z hlediska legislativního řešení

Z legislativního hlediska by řešení problematiky podle varianty 1 nevyžadovalo zásadní změny právních předpisů. Variantu 2 je možné řešit přijetím samostatného zákona, nebo pouhou úpravou stávajících právních předpisů.

Přijetí samostatného zákona navrhujeme z následujících důvodů:

- Potřeba jasného vymezení dlouhodobé péče jako zvláštní a svébytné oblasti péče kombinující zdravotní a sociální služby, a tedy vyžadující úzkou spolupráci MPSV a MZ.
- Provázání terminologie a postupů vymezených dnes významně odlišným způsobem v zákonech v gesci MPSV a MZ.
- Nutnost zcela nové (dnes neexistující) úpravy definující klienta a posuzování nároku na status klienta.

Vedle oblastí, které vyžadují novou úpravu, bude navrhovaný zákon sestávat z novel stávajících zákonů v gesci MPSV i MZ, zejména zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách. Zdravotní výkony poskytované v rámci dlouhodobé péče budou upraveny v rámci zdravotnických předpisů (seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami).

4. Dotčené subjekty

Dotčené subjekty jsou především:

- Ministerstvo práce a sociálních věcí,
- Ministerstvo zdravotnictví,
- Úřad práce České republiky,
- OSSZ,
- kraje,
- krajské úřady
- obce,
- obecní úřady obcí s rozšířenou působností,
- poskytovatelé sociálních služeb,
- poskytovatelé zdravotních služeb,
- osoby s potřebou dlouhodobé péče,
- zdravotní pojišťovny.

5. Vyhodnocení nákladů a přínosů jednotlivých variant

5.1. Východiska současného stavu a prognóza trendů vývoje mandatorních výdajů v oblasti příspěvku na péči

Předkládaný materiál ve svých návrzích vytváří systém, který reaguje na současné změny v oblasti poskytování sociálních služeb a zdravotních služeb v době ekonomické krize a na jí vynucených sociálních reformách. Predikce vývoje tak, jak ji vidí realizační tým MPSV a MZ v této oblasti, je stručně popsána v příloze č. 1.

5.2. Varianta 0 je nevhodná pro všechny zúčastněné subjekty a dlouhodobě neudržitelná z důvodu stárnutí obyvatelstva. Existující poskytování dlouhodobé péče rozdělené mezi resorty MPSV ČR a MZ ČR je nevyhovující z hlediska dostupnosti a kvality služeb pro klienty, z hlediska ekvity a transparentnosti i z hlediska efektivity vynakládání veřejných prostředků. Tento fakt byl opakovaně zdokumentován a dlouhodobě je usilováno o zásadní změnu současného systému.

Systém, 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.

Z finančního pohledu je nutno zdůraznit, že nulová varianta povede k významně vyšším výdajům ze státního rozpočtu, které ale nezajistí vyšší dostupnost ani kvalitu péče, a nebudou ani částečně kompenzovány zvýšením efektivity poskytování služeb ani interní realokací výdajů zdravotních pojišťoven.

K dodatečným nárokům na státní rozpočet dojde v důsledku zvýšené potřeby dotací poskytovatelům pobytových sociálních služeb, ke kterým patří zdravotnická zařízení poskytující sociální služby podle § 52 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. Zároveň ale nedojde ke zvýšení dostupnosti zdravotních služeb poskytovaných v domácím prostředí. Výsledkem bude zbytečně vysoká poptávka po dlouhodobé péči poskytované v institucionálním prostředí a tedy další tlak na dotační výdaje ze státního rozpočtu.

Zvýšený tlak na nárůst dotací se dá odhadnout na základě dnešního objemu dotací poskytovatelům sociálních služeb ve zdravotnických zařízeních (cca 60 000 Kč na lůžko) v průměru o 0,6 mld. Kč ročně od roku 2012 do roku 2013 (10 000 lůžek ročně) a 1 mld. Kč v roce 2014 (16 000 lůžek).

5.3. Varianta 1 nezohledňuje provázanost zdravotní a sociální komponenty dlouhodobé péče. Potřeba dlouhodobé péče není řešitelná bez koordinace poskytování zdravotních a sociálních služeb. Z hlediska zatížení státního rozpočtu stejně jako ve variantě nula platí, že nedostatečná podpora zdravotních služeb v pobytových zařízeních a v domácím prostředí klienta povede k významnému tlaku na státní rozpočet.

Navíc oproti variantě nula ještě hrozí požadavky na investiční dotace z veřejných rozpočtů. Část navýšení kapacit by se sice mohla realizovat cestou přeměny dnešních provozovatelů zdravotnických zařízení (nově poskytovatelů zdravotních služeb) na poskytovatele pobytových sociálních služeb. Vzhledem k neexistující koordinaci mezi oběma resorty ale nelze předpokládat plné pokrytí nově vzniklých potřeb z tohoto zdroje. Navýšení současné kapacity poskytovatelů pobytových

sociálních služeb o pouhých 20% by představovalo navýšení investičních výdajů o více než 2 mld. ročně v letech 2012 a 2013 a 3 mld. Kč v roce 2014. Současně bude vyvíjen tlak na navýšení dotací pro tyto poskytovatele, srovnatelný jako ve variantě 0, tedy celkový předpokládaný nárůst nákladů státního rozpočtu je celkem 9,2 mld. Kč. Jedinými subjekty, které by měly prospěch z varianty 1, by tak byly zdravotní pojišťovny díky snížení jejich výdajů na zdravotní péči a přenesení těchto výdajů na státní rozpočet.

5.4. Varianta 2 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.

Na rozdíl od ostatních variant varianta 2 vede k účelnějšímu poskytování dlouhodobé péče v domácím prostředí klienta. Vede také k realokaci peněz vydávaných zdravotními pojišťovnami v rámci zdravotnictví a k zabránění zvýšených nároků na ostatní veřejné rozpočty. Na rozdíl od varianty 0 a 1 tedy neexistují dodatečné požadavky na státní, krajské a obecní rozpočty plynoucí ze zvýšených potřeb provozních dotací a výstavby nových zařízení. Ke vzniku těchto nákladů buď vůbec nedochází díky účelnějšímu poskytování péče v domácím prostředí, nebo jsou pokryty realokací výdajů zdravotních pojišťoven mezi jednotlivými segmenty zdravotní péče.

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 je tedy jednoznačně preferována z hlediska zajištění dostupnosti a kvality dlouhodobé péče. Jak je ukázáno v následujícím vyčíslení dopadů, je varianta 2 preferována i z hlediska finančního.

Na rozdíl od ostatních vede varianta 2 k účelnějšímu poskytování dlouhodobé péče v domácím prostředí klienta a také k realokaci peněz vydávaných zdravotními pojišťovnami v rámci zdravotnictví a tedy k zabránění zvýšených nároků na ostatní veřejné rozpočty. Na rozdíl od varianty 0 a 1 tedy neexistují dodatečné požadavky na státní, krajské a obecní rozpočty plynoucí ze zvýšených potřeb provozních dotací a výstavby nových zařízení. Ke vzniku těchto nákladů buď vůbec nedochází díky účelnějšímu poskytování péče v domácím prostředí, nebo jsou pokryty realokací výdajů zdravotních pojišťoven mezi jednotlivými segmenty zdravotní péče.

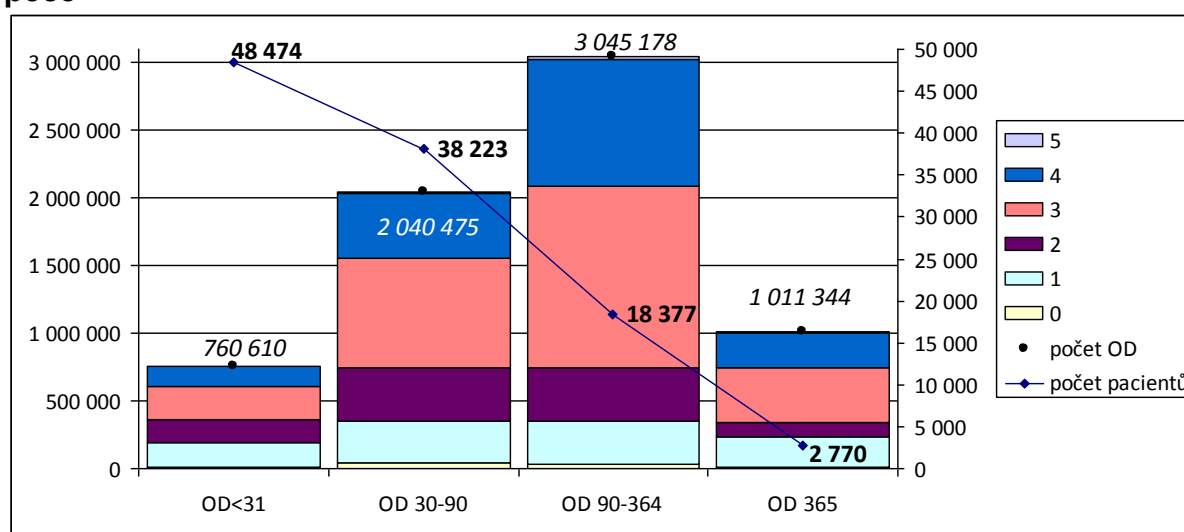
Zdůvodnění dopadů na státní rozpočet a na systém veřejného zdravotního pojištění

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. Zároveň se předpokládá změna statusu řady dnešních zdravotnických zařízení a jejich postupná přeměna na poskytovatele dlouhodobé péče. 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.

Na základě analýzy dat týkajících se hospitalizací pojištěnců Všeobecné zdravotní pojišťovny ČR v oblasti následné péče (viz graf č. 3) a předpokladu, že její podíl u těchto pojištěnců je 80% jejich počtu v ČR, odhadujeme, že status klienta dlouhodobé péče by mohlo získat cca 36 000 pojištěnců reprezentujících 4 miliony ošetřovacích 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 č. 3: 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 statusu 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 1,1 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 ročně jednat o cca 11 mil. ošetřovacích dnů. Při hodnotě zdravotní (zejména ošetřovatelské) péče 300-350 Kč denně se jedná o 3,3-4,5 mld. Kč ročně. Z toho je již dnes 0,7 mld. Kč hrazeno zdravotními pojišťovnami poskytovatelům pobytových sociálních služeb (odbornost 913). Ve výsledku tedy budou dodatečné náklady zdravotních pojišťoven na zdravotní služby u pobytového poskytování dlouhodobé péče činit 2,6-3,8 mld. Kč.

Přesun osob z následné péče do péče domácí (odhadem 10 000 osob) pak při průměrné úhradě zdravotní pojišťovny 2000 Kč měsíčně za domácí zdravotní péči znamená nárůst nákladů zdravotních pojišťoven o 1 mld. Kč. Odhad nákladů osob

čerpajících domácí zdravotní péči vychází z průměrných nákladů pojištěnců VZP ČR, kteří čerpají domácí zdravotní péči déle než 3 měsíce v roce.

Tabulka č. 4: Dopady na bilanci systému veřejného zdravotního pojištění

	Pokles úhrad	Nárůst úhrad
Z následné zdravotní péče do dlouhodobé péče	5 mld. Kč	
Výdaje na dlouhodobou péči (lůžkovou)		2,6-3,8 mld. Kč
Nárůst domácí zdravotní péče		1,1 mld. Kč
Administrativní a transakční náklady v prvním roce		0,1 mld. Kč
Administrativní náklady (posuzování, hodnocení) každoročně		0, 1 mld. Kč
Celková bilance	5 mld. Kč	4 - 5 mld. Kč

Dopady na státní rozpočet

Z hlediska trendů mandatorních výdajů na příspěvek na péči (viz Příloha č. 1) varianta 2 umožňuje toto existující zvýšení výdajů kompenzovat snížením dotací poskytovatelům pobytových sociálních služeb, kteří se stanou poskytovateli dlouhodobé péče a kterým se tak zvýší dnešní příjmy od zdravotních pojišťoven.

Dopady na klienty dlouhodobé péče dnes pobývající ve zdravotnických zařízeních

Občané dnes pobývající v lůžkových zdravotnických zařízeních, kteří potřebují dlouhodobou zdravotně sociální péči poskytovanou v pobytovém zařízení (viz 26 000 osob) si budou přispívat na stravu a ubytování stejným způsobem jako klienti dnešních pobytových zařízení sociálních služeb, tedy na základě zákona o sociálních službách, se všemi ochrannými mechanismy, které tento zákon obsahuje. Při počtu 4 mil. ošetřovacích dnů a úhradě 360 Kč za den pak uhradí 1,32 mld. Kč.

Dopady na dnešní pacienty zdravotnických zařízení, kteří nadále potřebují hospitalizaci ve zdravotnických zařízeních, jsou nulové.

Předkládaný věcný záměr nemá žádný dopad na rovnost mužů a žen, protože zcela stejný nárok na poskytování dlouhodobé péče mají jak muži, tak ženy.

Dopady na dnešní poskytovatele pobytových sociálních služeb

V sociální oblasti dojde také k transformaci pobytových služeb na lůžka dlouhodobé péče (cca 30 000, 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. ošetřovacích dnů.

Financování se v těchto případech nezmění, s výjimkou vyšších plateb zdravotních pojišťoven za zdravotní péči poskytovanou v rámci dlouhodobé péče o 1,5 - 2,2 mld. Kč, na základě faktického zhodnocení potřeby zdravotních služeb u těchto klientů. Tato suma je spočítána následujícím způsobem: 7,5 mil. ošetřovacích dnů při hodnotě úhrady komplexu zdravotních služeb včetně ošetřovací péče mezi 300 - 350 Kč znamená 2,2 - 2,7 mld. Kč. Odhadem 0,7 mld. Kč je ale poskytovatelům pobytových sociálních služeb vypláceno zdravotními pojišťovnami za tyto klienty již nyní.

Dopady na neformálně pečující

Na základě šetření Příjmy a životní podmínky domácností 2010 Českého statistického ústavu (ČSÚ) poskytuje neformální péči svým blízkým přes 200 000 osob (přepočtený počet). Zlepšením koordinace péče na rozhraní zdravotní péče a sociálních služeb může dojít k poklesu zátěže těchto osob, ale přesunem 10 000 osob ze zdravotnických zařízení do vlastního sociálního prostředí dojde na druhou stranu k mírnému nárůstu zátěže těchto, nebo jiných neformálních pečujících. V celkovém součtu však tato nová právní úprava nebude mít negativní vliv na neformálně pečující a naopak by jim měla nabídnout pomoc, možnost konzultace (s komunitní sestrou) a respitní (odlehčovací) péči.

Finanční dopady zavedení působnosti komunitních sester a administrativního zajištění řízení o přiznání statusu klienta dlouhodobé péče

Finanční dopady varianty 2 dále zahrnují náklady na zřízení pracovních míst a financování komunitních sester a administrativní náklady spojené s řízením o získání statusu klienta dlouhodobé péče.

Náklady na komunitní sestry se odvíjí od geografické struktury rozložení těchto týmů. Pokud budeme předpokládat, že pozice komunitní sestry vznikne u obcí s rozšířenou působností (tzv. obcí III. stupně), půjde o cca 400 nových míst. Pro komunitní sestry je předpokládána 13. platová třída podle Nařízení vlády č. 564/2006 Sb., o platových poměrech zaměstnanců ve veřejných službách a správě, jejíž průměrná hrubá mzda činí 25 000 Kč. Náklady zaměstnavatele, tedy obcí za tyto zaměstnance tvoří ročně 200 mil. Kč.

Jednání Komise pro posuzování potřeby dlouhodobé péče (KPPDP) na Úřadu práce a náklady s tím spojené jsou z velké části hrazeny již v rámci existujících agend. Bude totiž obsahovat dva pracovníky zastupující zdravotní potřeby žadatele (placeni budou zdravotními pojišťovnami), dva pracovníky zastupující sociální potřeby žadatele (jako součást práce komunitní sestry či sociálních pracovníků obce) a zástupce Úřadu práce.

Z předpokládaného počtu 151 250 osob se předpokládá, že dvě třetiny osob na základě přechodných opatření automaticky získá status klienta dlouhodobé péče (osoby v současnosti ve stupni III a IV). Cca 40 tisíc osob bude muset být nově posouzeno v rámci KPPDP (předpokládáme, že 10% žadatelů bude neúspěšných). Pokud bude například řízení probíhat na Úřadu práce na 77 pobočkách, ročně pak průměrně projedná jedno pracoviště 520 projednání, což je 10 řízení týdně. Při vhodném uspořádání práce lze těchto 10 řízení zpracovat během jednoho pracovního dne, pro všechny členy KPPDP tedy řízení o přiznání ročně znamená 52 pracovních dnů.

Dopad předkládaného materiálu na rovnost mužů a žen je převážně neutrální. Materiál je slučitelný s právem EU. Na přímo použitelné předpisy EU bude odkázáno v úvodním ustanovení budoucího paragrafového znění zákona (čl. 56 SFEU, nařízení 883/2004, a další).

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

Příloha č. 1 k RIA

Trend vývoje mandatorních výdajů v oblasti příspěvku na péči při zachování současného legislativního stavu

I v případě, že nebude předložený návrh realizován a nebude korigována stávající legislativa, dojde s vysokou mírou pravděpodobnosti v následujícím období k nepříznivému vývoji v oblasti mandatorních výdajů určených k výplatě příspěvku na péči. Stagnující příjmy veřejného zdravotního pojištění, rostoucí poptávka po zdravotních službách a regulační změny, zejména zvýšení dolní sazby DPH vedou k tlaku na vyrovnání rozpočtu zdravotních pojišťoven prostřednictvím všech dostupných mechanismů. Zvýšený tlak na omezení následné a dlouhodobé péče plně hrazené ze zdravotního pojištění vede ke zvýšenému přeměňování dnešních zdravotních lůžek na „sociální lůžka ve zdravotnických zařízeních“, kde jsou poskytovány sociální služby podle § 52 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. Tento vývoj bude v roce 2012 významně urychlen aplikací zákona o zdravotních službách, který na rozdíl od dnešního stavu jasně odděluje a definuje následnou a dlouhodobou zdravotní péči.

V důsledku takové změny se někteří dnešní pacienti ve zdravotnických zařízeních stanou v souladu se stávající legislativou příjemci příspěvku na péči. Lze předpokládat, že se bude jednat zhruba o 10 000 osob v roce 2012 a v roce 2013 a 16 000 osob v roce 2014 (celkem 36 000 osob). Při předpokladu, že z těchto osob bude 10% závislých na pomoci jiné osoby ve stupni I, 10% ve stupni II a 40% ve stupni III a IV dojde k **nárůstu výdajů na příspěvek na péči o 3,6 mld. Kč do roku 2014**. Hned v roce 2012 dojde k nárůstu o 1 mld. Kč a podobná situace nastane v roce 2013. V roce 2014 je nárůst odhadován na 1,6 mld. Kč.

Tento nárůst mandatorních výdajů na základě dnešní legislativy je možno korigovat zvýšením efektivity zdrojů vydávaných na příspěvek na péči (změny v procesu posuzování, jemnější oddělení jednotlivých stupňů závislosti a další změny připravované MPSV, např. změny v regulaci cen) a zvýšením efektivity celého systému dlouhodobé péče, včetně realokace výdajů zdravotních pojišťoven v rámci segmentů zdravotní péče a stanovení ukončení následné zdravotní péče.

NÁVRH ŘEŠENÍ

1. Předmět úpravy

- 1.1. Účelem zákona je stanovit podmínky rozhodné pro poskytování dlouhodobé zdravotně - sociální péče (dále jen „dlouhodobá péče“), stanovení podmínek, za kterých může být osobě přiznán status klienta dlouhodobé péče.
- 1.2. Účelem je dále upravit působnost orgánů veřejné správy obcí, krajů a dalších subjektů v oblasti zajišťování a poskytování dlouhodobé péče.

Odůvodnění

Dlouhodobá péče kombinuje v jednom logickém rámci poskytování zdravotních a sociálních služeb. Při poskytování sociálních služeb se bude postupovat v souladu se zákonem o sociálních službách, při poskytování zdravotní péče v souladu se zdravotnickou legislativou, zejména zákonem č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování.

2. Vymezení základních pojmů

- 2.1. **Dlouhodobá péče** je koordinované poskytování zdravotních a sociálních služeb, které dlouhodobě potřebují osoby závislé na pomoci jiné fyzické osoby a se zhoršeným zdravotním stavem.

Formami dlouhodobé péče jsou péče poskytovaná v domácím prostředí klienta, ambulantní péče a pobytová péče.

Odůvodnění

Je navrženo vymezení dlouhodobé péče vzhledem k ostatní zdravotní a sociální problematice. Dlouhodobá péče se stane samostatnou jednotkou ve smyslu definice, formy, způsobu poskytování a oprávnění poskytovatelů a financování. Vymezení dlouhodobé péče navazuje na zákon o zdravotních službách, zákon o veřejném zdravotním pojištění a zákon o sociálních službách.

- 2.2. **Poskytovatelem dlouhodobé pobytové péče** je fyzická nebo právnická osoba, která získala registraci na poskytování pobytové formy sociálních služeb a současně oprávnění poskytovat dlouhodobou lůžkovou zdravotní péči.

Odůvodnění

Poskytovatel pobytové dlouhodobé péče bude muset klientovi zajistit komplexní spektrum potřebných zdravotních a sociálních služeb poskytovaných v rámci dlouhodobé péče. Taková schopnost bude zajištěna získáním registrace k

poskytování pobytových sociálních služeb a zároveň oprávnění k poskytování dlouhodobé lůžkové zdravotní péče.

2.3. Na poskytování dlouhodobé péče se podílejí poskytovatelé zdravotních a sociálních služeb v rozsahu registrace/oprávnění.

Poskytovatelé ambulantní a domácí dlouhodobé péče mohou poskytovat tuto péči na základě dosavadní registrace k poskytování ambulantních a terénních sociálních služeb nebo na základě oprávnění k poskytování ambulantní nebo domácí zdravotní péče.

Odůvodnění

Při poskytování ambulantní a domácí dlouhodobé péče musí spolupracovat registrovaní poskytovatelé sociálních služeb a oprávnění poskytovatelé zdravotních služeb. Tento model již dnes v některých oblastech funguje a není důvod ho měnit. Přesto předpokládáme, že dojde postupně ke konsolidaci poskytovatelů, z nichž většina bude mít jak registraci k poskytování ambulantních a terénních sociálních služeb, tak oprávnění k poskytování ambulantní (zejména stacionární) anebo domácí zdravotní péče. Koordinaci zajišťuje komunitní sestra.

2.4. **Komunitní sestra** je zaměstnancem obce zařazeným do obecního úřadu obce s rozšířenou působností s kvalifikačním předpokladem všeobecná sestra se specializací v komunitní péči, která vyhledává, posuzuje a vyhodnocuje zdravotní a sociální rizika a potřebu zajištění dlouhodobé péče u osob ve vlastním rodinném a sociálním prostředí, koordinuje postup zajištění této péče s poskytovateli zdravotních služeb. Spolupracuje v týmu se sociálním pracovníkem na obecním úřadu obce s rozšířenou působností a společně zajišťují podporu, poradenství a potřebnou pomoc případným klientům dlouhodobé péče.

Odůvodnění:

V současné době je komunitní sestra všeobecná sestra se specializovanou způsobilostí dle § 59 vyhlášky č. 55/2011 Sb. Předkládaný návrh počítá s požadavkem na odbornou způsobilost ve smyslu současné právní úpravy a předpokládá taktéž povinnost celoživotního vzdělávání. To by u komunitních sester mělo zajistit možnost udržení si odborné způsobilosti.

2.5. **Hodnocením sociálních potřeb klienta** se rozumí sociální šetření s cílem zjistit žadatelovu schopnost samostatného života v přirozeném sociálním prostředí z hlediska péče o vlastní osobu, schopnost soběstačnosti a životních a sociálních podmínek.

2.6. **Hodnocením zdravotního stavu klienta** se rozumí hodnocení potřeb ošetřovatelské péče a odhad vývoje zdravotního stavu klienta.

2.7. Komise pro posuzování potřeby dlouhodobé péče (KPPDP) je poradní orgán krajské pobočky Úřadu práce. Komise je pětičlenná a sestává se ze zástupce příslušné krajské pobočky Úřadu práce, lékaře posudkové služby, komunitní sestry, zástupce zdravotní pojišťovny a lékaře - specialisty příslušného oboru nominovaného zdravotní pojišťovnou posuzované osoby. Komise na základě posouzení potřeby žadatele o status klienta dlouhodobé péče vydá stanovisko, na základě kterého příslušná krajská pobočka Úřadu práce vydá rozhodnutí. Členové komise jsou jmenováni ředitelem krajské pobočky Úřadu práce na základě návrhu vysílajících organizací. Komisi předsedá zástupce příslušné krajské pobočky Úřadu práce, který zajišťuje podmínky pro činnost komise a organizuje její práci. Zajištění činnosti lékaře specialisty je odpovědností zdravotní pojišťovny. Účast na jednání komise je pro její členy výkonem práce.

Odůvodnění:

Ustanovuje se komise, která posoudí potřebu každého žadatele o status klienta dlouhodobé péče. V ní budou zastoupeni jak zástupci státní správy, tak zástupci zdravotních pojišťoven a poskytovatelů zdravotních služeb. Osobní náklady a provoz těchto komisí bude hrazen vždy z rozpočtu „vysílající“ organizace podle toho, koho bude daný člen zastupovat.

3. Výkon veřejné správy

3.1. Veřejnou správu v dlouhodobé péči vykonávají:

- Ministerstvo práce a sociálních věcí,
- Ministerstvo zdravotnictví,
- Úřad práce České republiky,
- Okresní správy sociálního zabezpečení,
- kraje,
- krajské úřady,
- obce,
- obecní úřad obce s rozšířenou působností
- zdravotní pojišťovny.

3.2. Ministerstvo práce a sociálních věcí

- řídí a kontroluje výkon státní správy v oblasti dlouhodobé péče,
- zabezpečuje jednotný metodický postup v oblasti posuzování a přiznání statusu klienta dlouhodobé péče na území České republiky,

- provádí metodickou podporu a kontrolu činnosti komunitní sestry,
- je správcem elektronické podoby registru poskytovatelů sociálních služeb, v rámci kterého je vedena evidence poskytovatelů dlouhodobé pobytové péče,
- je odvolacím orgánem pro rozhodování o přiznání statusu klienta dlouhodobé péče; k tomu zřizuje jako svůj poradní orgán Komisi pro posuzování odvolání v dlouhodobé péči.

3.3. Ministerstvo zdravotnictví

- účastní se na činnosti poradního orgánu MPSV - Komise pro posuzování odvolání v dlouhodobé péči,
- stanoví podmínky financování zdravotní péče poskytované v rámci dlouhodobé péče ze zdravotního pojištění,
- stanoví podmínky pro vzdělávání komunitní sestry a dalších zdravotnických pracovníků pracujících v dlouhodobé péči,
- podílí se na metodické podpoře a kontrole činnosti komunitní sestry.

Odůvodnění:

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

3.4. Úřad práce České republiky

- spolupracuje s obecním úřadem obce s rozšířenou působností při rozhodování o příspěvku na péči a následně při zajišťování poskytování dlouhodobé péče a uspokojování potřeb klienta,
- rozhoduje o přiznání statusu klienta dlouhodobé péče,
- zřizuje jako svůj poradní orgán Komisi pro posuzování dlouhodobé péče,
- vede evidenci klientů dlouhodobé péče v Jednotném informačním systému práce a sociálních věcí,
- nabízí aktivně klientovi sociální a pracovní rehabilitaci dle jeho funkčních schopností.

Odůvodnění:

Úřad práce bude rozhodovat o přiznání statusu. S ohledem na přesun kompetencí v oblasti dávek od 1.1.2012 na Úřad práce jde o účelné zastřešení agend.

3.5. Okresní správy sociálního zabezpečení

- posuzují stupeň závislosti pro účely rozhodnutí o přiznání statusu klienta dlouhodobé péče

3.6. Kraj vytváří podmínky pro poskytování dlouhodobé péče tím, že:

- ve spolupráci s obcemi a poskytovateli dlouhodobé péče zpracovává prostřednictvím zvláštní kapitoly ve střednědobém plánu rozvoje sociálních služeb cíle v oblasti dlouhodobé péče a způsoby jejich dosažení na svém území,
- zajišťuje dostupnost informací o možnostech a způsobech poskytování dlouhodobé péče na území kraje, a to ve spolupráci s obcemi a poskytovateli a popřípadě s jinými subjekty.

3.7. Krajský úřad vede evidenci poskytovatelů dlouhodobé pobytové péče v rámci registru poskytovatelů sociálních služeb.

Odůvodnění:

Kraje a jejich úřady jsou součástí systému dlouhodobé péče, neboť jejich role spočívá ve střednědobém plánování sociálních a zdravotních služeb na regionální úrovni, jejichž součástí bude i zajištění dlouhodobé péče.

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

- spolupracuje s krajem na zpracovávání střednědobého plánu rozvoje sociálních služeb, jehož součástí je i popis způsobu zajištění poskytování dlouhodobé péče a uspokojování zjištěných potřeb,
- 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.

Odůvodnění:

Výše uvedené úkoly obec zajišťuje v rámci péče o své občany bez ohledu na to, o jaký typ obce se jedná. Za aktivní zajištění pomoci klientovi se považuje zprostředkování zajištění služeb dlouhodobé péče.

3.9 Obecní úřad obce s rozšířenou působností

- zpracovává podklady pro kapitolu týkající se dlouhodobé péče ve střednědobém plánu sociálních služeb na území příslušného kraje,
- využívá evidenci klientů dlouhodobé péče (v rámci jednotného informačního systému práce a sociálních věcí) s místem trvalého pobytu na území obce pro účely koordinace zajištění potřebné péče a výkonu sociální práce,
- provádí hodnocení sociálních potřeb a hodnocení zdravotního stavu klienta pro potřeby řízení a poskytování dlouhodobé péče, provádí dohled nad způsobem poskytování dlouhodobé péče u klientů dlouhodobé péče

prostřednictvím osob, které splňují kvalifikační předpoklady (komunitní sestra),

- zajišťuje podmínky pro výkon činnosti komunitní sestry.

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. Tyto činnosti vykonává komunitní sestra a sociální pracovník obce s rozšířenou působností. Komunitní sestra má řadu kompetencí v dlouhodobé péči stanovenou přímo zákonem. Její kompetence proto budou v rámci obecního úřadu nepřenositelné.

3.10. Zdravotní pojišťovna

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

4. Práva a povinnosti subjektů dlouhodobé péče

4.1. Poskytovatel dlouhodobé pobytové péče

- poskytuje dlouhodobou péči na základě příslušných registrací a oprávnění a následného oznámení o zahájení poskytování dlouhodobé péče příslušnému krajskému úřadu, který vede jejich evidenci,
- uzavírá s klientem smlouvu o způsobu a rozsahu poskytování služeb dlouhodobé péče v oblasti sociálních služeb,
- uzavírá smlouvu se zdravotní pojišťovnou za účelem zajištění poskytování ošetrovatelské péče,
- je povinen poskytovat krajskému úřadu informace pro účely evidence poskytovatelů dlouhodobé péče,

- je povinen ohlašovat osoby, o kterých ví, že potřebují dlouhodobou péči a doposud nepožádaly o status klienta dlouhodobé péče obecnímu úřadu obce s rozšířenou působností,
- je povinen poskytnout komunitní sestře dostatečnou součinnost (předání rozhodných skutečností pro hodnocení zdravotních a sociálních potřeb zájemců a klientů dlouhodobé péče).

Odůvodnění

Poskytovatelem pobytové dlouhodobé péče budou fyzické a právnické osoby, které budou registrovány jako poskytovatel sociálních služeb a současně budou mít oprávnění poskytovat zdravotní služby (dlouhodobou lůžkovou péči).

Návrh navazuje na současnou legislativu v sociální a zdravotní oblasti. Konstrukce a udělení zvláštního oprávnění k poskytování dlouhodobé pobytové péče není zdůvodnitelná vzhledem k dostatečnému zajištění kompetencí poskytovatele a vzhledem k požadavku na snižování administrativní zátěže. Zákon bude proto u poskytovatelů pobytových služeb vyžadovat doložení registrace žadatele v režimu zákona o sociálních službách a oprávnění k poskytování zdravotních služeb v režimu zákona o zdravotních službách. Splněním podmínek těchto zákonů pro registraci/oprávnění je prokázána schopnost poskytovat dlouhodobou pobytovou péči.

Tento návrh vychází především z možnosti usnadnění změny systému pro budoucí poskytovatele dlouhodobé péče, kteří poskytují již v současné době sociální nebo zdravotní služby. Zároveň z důvodů ochrany klienta a zajištění komplexní kvalitní péče zavádí na rozdíl od dnešní praxe požadavek získání registrace k poskytování příslušných sociálních služeb a oprávnění k poskytování příslušných zdravotních služeb. Je nutno si uvědomit, že dnes domovy pro seniory poskytují zdravotní péči na základě výjimky v zákoně bez oprávnění k poskytování zdravotních služeb a na druhé straně některá zdravotnická zařízení opět na základě výjimky v zákoně poskytují sociální služby bez příslušné registrace.

4.2. Osoby vyžadující dlouhodobou péči

- poskytují podle svých možností potřebnou součinnost při procesu přiznávání statusu 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; změny hlásí komunitní sestře nebo sociálnímu pracovníkovi,

- podílejí se na úhradě nákladů za poskytovanou dlouhodobou péči, a to úhradou za stravu, ubytování a péči (úhrada za péči je stanovena ve výši přiznaného příspěvku na péči),
- mají právo na podporu, poradenství a zprostředkování sociální a pracovní rehabilitace dle funkčních schopností klienta v systému dlouhodobé péče,
- 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.

4.3. Poskytovatelé zdravotních služeb a poskytovatelé sociálních služeb

- jsou povinni poskytnout příslušné krajské pobočce Úřadu práce, která rozhoduje o přiznání statusu klienta dlouhodobé péče, součinnost v procesu přiznání statusu klienta dlouhodobé péče,
- jsou povinni spolupracovat s komunitní sestrou na koordinaci poskytování dlouhodobé péče.

5. Proces přiznání statusu klienta dlouhodobé péče

Viz. příloha Status klienta dlouhodobé péče

6. Poskytování dlouhodobé péče

6.1. Principy poskytování dlouhodobé péče

6.1.1. Dlouhodobá péče je poskytována odbornými pracovníky primárně v přirozeném prostředí, ale také v ambulantních zařízeních, v nezbytných případech i v zařízeních poskytujících pobytové služby. Poskytování dlouhodobé péče v přirozené komunitě klienta je považováno za nejvhodnější způsob podpory.

6.1.2. Dlouhodobá péče je poskytována klientovi tak, aby pomáhala zmírnit dopady zhoršené soběstačnosti a kompenzovat jeho nepříznivou zdravotní situaci a pomohla mu získat soběstačnost s ohledem na jeho zdravotní stav a prognózu. V rámci dlouhodobé péče je poskytována ošetrovatelská zdravotní péče.

Odůvodnění:

Navrhujeme poskytování dlouhodobé péče ve všech dostupných formách stávající péče zdravotní i sociální z důvodu zajištění potřeb žadatelů. Sociální služby v rámci poskytování dlouhodobé péče jsou služby sociální péče

poskytované v souladu se zákonem o sociálních službách a prováděcí vyhláškou. Zdravotní službou poskytovanou v rámci dlouhodobé péče je ošetrovatelská zdravotní péče poskytovaná v souladu se zákonem o zdravotních službách.

- 6.1.3. Dlouhodobá péče se poskytuje na základě smlouvy, kterou uzavírá osoba s poskytovatelem dlouhodobé péče za podmínek stanovených zákonem o sociálních službách. Poskytovatel dlouhodobé péče může odmítnout uzavřít smlouvu pouze v zákonem stanovených případech, a to jestliže osobě nebyl přiznán status klienta dlouhodobé péče nebo jestliže nemá aktuálně volnou kapacitu pro poskytnutí služby.

Odůvodnění:

Navrhuje se smluvní poskytování dlouhodobé péče. Poskytovatel dlouhodobé péče musí mít možnost odmítnout poskytování dlouhodobé péče tak, aby dlouhodobá péče byla poskytována pouze osobám, kterým byl příslušný status přiznán.

- 6.2. Poskytovatel dlouhodobé péče bude povinen plnit **standardy kvality** vycházející ze systémů sociálních služeb a služeb zdravotních.

7. Financování dlouhodobé péče

- 7.1. Osobě, které byl přiznán status klienta dlouhodobé péče, jsou zdravotní služby v rámci dlouhodobé péče poskytovány 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. Klient dlouhodobé péče pobývajícím v zařízení poskytujícím dlouhodobou pobytovou péči se podílí na úhradě nákladů na stravu a ubytování podle příslušných ustanovení zákona o sociálních službách a navazujících právních předpisů.
- 7.2. Poskytovatelé dlouhodobé péče se zúčastňují dohodovacího řízení o hodnotě bodu a podmínkách úhrady podle zákona č. 48/1997 Sb.
- 7.3. Úhrada zdravotních služeb poskytovaných v rámci dlouhodobé péče se řídí zákonem o veřejném zdravotním pojištění a příslušnými prováděcími předpisy.
- 7.4. Zdravotní pojišťovna v rámci dlouhodobé péče uhradí poskytnutí potřebné ošetrovatelské péče (ošetrovatelské zdravotní výkony za osobu, které byl přiznán status klienta dlouhodobé péče). Tímto není dotčen nárok klienta na další potřebné druhy a formy zdravotní péče.

8. Správní delikty

8.1. Správním orgánem příslušným k rozhodování o správních deliktech bude místně příslušná krajská pobočka Úřadu práce.

8.2. Navrhuje se stanovení správních deliktů v případě, kdy dojde k níže uvedeným situacím:

8.2.1. poskytování dlouhodobé péče v rozporu se zákonem o dlouhodobé péči,

8.2.2. smlouva o dlouhodobé péči nenaplňuje obligatorní náležitosti,

8.2.3. neuzavření smlouvy o dlouhodobé péči, pokud nebyly dány důvody pro odmítnutí.

8. 3. Sankcí za správní delikty budou pokuty, jejichž výše bude odstupňována podle závažnosti správního deliktu.

Odůvodnění:

Výše uvedené situace se navrhuje upravit jako správní delikty především z důvodu prevence porušování povinností vyplývajících ze zákona.

9. Přechodná ustanovení

Osoba, která je podle zákona o sociálních službách ke dni nabytí účinnosti tohoto zákona osobou závislou na pomoci jiné osoby ve stupni III (těžká závislost) nebo stupni IV (úplná závislost), se ode dne nabytí účinnosti tohoto zákona považuje za klienta dlouhodobé péče, a to po dobu pokud není na základě nového posouzení zdravotního stavu stanoven jiný stupeň závislosti.

Odůvodnění:

Toto přechodné ustanovení umožňuje rychlé stanovení statusu klienta dlouhodobé péče u osob, které dlouhodobou péči potřebují a zamezuje tak zbytečným administrativním průtahům hrozícím neposkytováním péče v dostatečné míře nebo v dostatečném čase.

10. Novelizace stávajících právních předpisů

Novelizace zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách), kde zejména:

- bude upravena definice dlouhodobé lůžkové péče tak, aby nedocházelo k záměnám pojmů obsažených v zákoně o dlouhodobé péči,
- bude doplněna stávající obsahová definice následné lůžkové péče též o časovou hranici pro její poskytování tak, aby bylo zřejmé, od kdy lze pacientům v následné lůžkové zdravotní péči nabízet poskytování dlouhodobé lůžkové zdravotní péče,
- budou doplněny povinnosti poskytovatelů dlouhodobé lůžkové péče ve vztahu k zákonu o dlouhodobé péči,
- bude upraveno prolomení povinné mlčenlivosti v návaznosti na povinnosti poskytovatelů zdravotních služeb vyplývající se zákona o dlouhodobé péči,
- bude provedena novelizace prováděcích právních předpisů, zejména pokud jde o věcné, technické a personální požadavky na zařízení poskytující dlouhodobou péči.

Novelizace zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů, kde zejména:

- budou doplněna ustanovení týkající se regulačních poplatků a výjimek z těchto regulačních poplatků ve vztahu ke klientům dlouhodobé péče a poskytovatelům této péče,
- bude upraven stávající § 17 a 17a pokud jde o smlouvy s poskytovateli dlouhodobé péče a bude rozšířen okruh účastníků dohodovacích řízení k rámcovým smlouvám a k hodnotám bodu a výši úhrad hrazených služeb o poskytovatele dlouhodobé péče,
- budou upravena ustanovení § 18, 22 a 22a ve vztahu k poskytování dlouhodobé péče,
- bude doplněna část sedmá, pokud jde o práva a povinnosti zdravotních pojišťoven a jejich kontrolní činnost ve vztahu k poskytovatelům dlouhodobé péče,
- bude upravena část devátá, zejména pokud jde o výběrová řízení na poskytování dlouhodobé péče,
- bude provedena i novelizace prováděcích předpisů, zejména vyhlášky č. 134/1998 Sb., kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami.

Novelizace zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů:

- V návaznosti na změnu zdravotnických předpisů bude upraven § 36 o poskytování zdravotní péče v zařízeních sociálních služeb.
- Budou doplněna ustanovení o registru poskytovatelů sociálních služeb o poskytovatele dlouhodobé péče.

Novelizace zákona č. 73/2011 Sb., o Úřadu práce České republiky a o změně souvisejících zákonů:

- Bude doplněna kompetence Úřadu práce ČR k rozhodování o přiznání statusu klienta dlouhodobé péče.

- Údaje vedené v Jednotném informačním systému práce a sociálních věcí budou doplněny o údaje o klientech dlouhodobé péče.

Novelizace zákona 582/1991 Sb., o organizaci a provádění sociálního zabezpečení:

- Bude doplněna kompetence okresních správ sociálního zabezpečení o posuzování stupně závislosti pro účely rozhodování o statusu klienta dlouhodobé péče.

Členové pracovní skupiny k dlouhodobé zdravotně-sociální péči

Jméno	funkce
Bc. Vladimír Šiška, MBA	I. náměstek ministra (MPSV)
Ing. David Kafka	náměstek ministra 2 (MPSV)
Mgr. Jiří Král	vrchní ředitel sekce 7
MUDr. Bc. Rostislav Čevela PhD.	ředitel odboru 72
Ing. Ludmila Müllerová	vedoucí oddělení 103
Mgr. Monika Válková	poradkyně
MUDr. Pavel Hroboň	poradce
JUDr. Naděžda Břeská	ředitelka odboru 51
JUDr. Eva Rážová	vedoucí oddělení 511
JUDr. Jarmila Králová	
Mgr. Petr Hanuš	ředitel odboru 22
Ing. Daniela Lusková	vedoucí oddělení 222
Mgr. Klára Tomková	odbor 22
Mgr. Ivana Pýchová	odbor 22
MUDr. Vítězslav Vavroušek, MBA	náměstek pro zdravotní péči
PhDr. Ludmila Vostřáková	
MUDr. Helena Sajdlová	ředitelka odboru zdravotních služeb
Mgr. Lucie Krausová	ředitelka legislativního odboru
JUDr. Ludmila Trnková	
Mgr. Alena Šmídová	
Mgr. Zoran Nerandžič	
Dr. Rudolf Zajac	poradce MF