

## Pečovatelství pro starší osoby v Evropě: veřejné i soukromé, neziskové i ziskové

Daniel Molinuevo, Robert Anderson (EurLIFE)

**S prodlužující se délkou života se v celé Evropě zvyšuje potřeba cenově dostupné a zároveň vysoce kvalitní péče o starší občany. Během posledních deseti let došlo k rozšíření soukromého sektoru, pokud jde o počet domovů a center, kde takovou péči poskytují. Tento nárůst je reakcí na pokles nebo velmi pomalý růst služeb poskytovaných ve veřejných pečovatelských zařízeních. Ve zprávě jsou zahrnuty služby ve veřejném i soukromém sektoru, jsou uvedeny jejich odlišnosti, a to z hlediska kvality, dostupnosti a účinnosti služeb. Vzhledem k tomu, že počet soukromých poskytovatelů se zvyšuje, finanční náklady budou pravděpodobně pro uživatele překážkou, pokud zároveň nedojde ke zvýšení veřejné finanční podpory těchto služeb. Autoři také zjistili, že existují rozdíly v umístění jednotlivých typů domovů péče, kdy soukromé domovy péče se nacházejí pravděpodobněji v bohatých městských oblastech.**

Z článku vyplývá, že jak veřejné, tak i soukromé (ziskové i neziskové) poskytování péče pro starší občany se v posledních zhruba deseti letech změnilo. Došlo ke značnému rozšíření počtu pečovatelských domů, ke změně ve struktuře vlastnictví, k nárůstu pečovatelů - fyzických osob. Zpráva shrnuje dostupné údaje a také poskytuje informace ze studií, hodnocení a průzkumů o rozdílech mezi dostupností a kvalitou poskytovaných služeb dlouhodobé péče.

Většina diskusí o dlouhodobé péči na úrovni EU se konkrétně nezabývá poskytováním dlouhodobé péče, ať již ve veřejných nebo soukromých domovech či v domácnostech. Ve výroční zprávě z roku 2017 Evropská komise mimo jiné zdůraznila nutnost zvýšení investic do dlouhodobé péče s cílem snížit zátěž neformálních pečovatelů. To znamená zvýšení výdajů na účinnou a dostupnou dlouhodobou péči vzhledem ke stárnutí populace. Výbor pro sociální ochranu uvádí, že musí také posílit výdaje na preventivní zdravotní péči, rehabilitaci a další druhy podpůrných opatření pro starší osoby. Zvláštní doporučení pro jednotlivé země se obvykle zaměřují na zlepšení efektivity nákladů a výdajů na dlouhodobou péči při současném zajištění dostupnosti služeb a zlepšení kvality služeb. Evropský sociální pilíř zahrnuje právo na cenově dostupné služby dlouhodobé péče v dobré kvalitě, a to zejména v domácím prostředí, případně prostřednictvím komunitních služeb.

### Trendy v poskytování péče

Tato kapitola referuje o veřejných i soukromých pečovatelských domech, poskytujících dlouhodobou péči a o změnách, ke kterým došlo v posledních 10 letech. Systém domácí péče byl utvářen v kontextu diverzifikace systému dlouhodobé péče.

Dlouhodobé pobyty v nemocnicích jsou ve všech zemích EU nahrazovány domácí péčí a službami, poskytovanými v domácí péči (Wittenberg, Sandhu a Knapp, 2002). Zejména od poloviny 90. let dochází k posunu v poskytování péče v domácím prostředí a posilování investic do domácí péče (OECD, 2005). Tento trend je odrazem preferencí většiny evropských uživatelů služeb,

kteří upřednostňují péči ve svém vlastním domě. V Eurobarometru více než 80 % respondentů dává přednost péči ve své domácnosti, zatímco méně než 10 % upřednostňuje péči v některém ze zařízení poskytujícím péči (Eurobarometr, 2007). Na základě těchto a dalších údajů se politici musí rozhodnout, jak nejlépe nastavit poskytování služeb dlouhodobé péče. Účastníci různých odborných diskusí uvádějí nutnost zvýšení nabídky služeb domácí péče, což by mělo mít za následek větší konkurenci mezi poskytovateli služeb a zvýšení kvality a efektivity služeb, a naopak snížení ceny služeb poskytovaných ve veřejném sektoru (Hermann a Verhoest, 2012). Reformy ve veřejném sektoru jsou těmito diskusemi inspirovány. Tržní mechanismy by měly být implementovány tak, aby různí poskytovatelé mezi sebou mohli soutěžit. Reformy zahrnují výběrová řízení, zplnomocnění, výběr uživatele, uživatelské poplatky a poukázky (Rodrigues, Leichsenring a Winkelmann, 2014). Ve své zprávě o dlouhodobé péči v Evropě za rok 2010 uvedla Světová banka, že *hlavní otázkou veřejné péče je, zda „vyrobit nebo koupit“, tedy v jakém množství by měly být služby dlouhodobé péče poskytovány veřejným sektorem, a naopak, jakou část služeb by měla poskytovat soukromá zařízení* (Světová banka, 2010, s. 12). Zpráva vydala doporučení „myslet proaktivně“ ve věci reform poskytování dlouhodobé péče v EU a doporučení týkající se povzbuzení soukromého sektoru: „Reformy jsou závislé na financování dlouhodobé péče a regulacích ze strany politiků“ (Světová banka, 2010, s. 9). Dostupné údaje o domácí péči rozčleněné podle vlastnictví pocházejí z odhadů odborníků, národních studií a národních statistik. Například studie Evropské komise o obecných sociálních otázkách (EK, 2011) poskytuje odhady objemu služeb poskytovaných soukromými poskytovateli dlouhodobé péče.

Údaje v tabulce 1 ukazují poskytování domácí péče v Evropě. Domácí péče je téměř výhradně soukromá v Nizozemsku, Německu, Anglii a Skotsku. V Nizozemsku jsou služby poskytované v domácnosti uživatele ze zákona poskytovány neziskovým sektorem. V Německu také převládá neziskové

zajištění těchto služeb, i když v regionech jsou významní i další poskytovatelé. Na druhou stranu ve Velké Británii (Anglie, Skotsko) je domácí péče poskytována soukromými ziskovými organizacemi. V severovýchodní Evropě (v Estonsku, České republice, Rumunsku a Slovinsku) a v Řecku jsou výdaje na domácí péči, poskytované soukromým sektorem na úrovni 20 % a méně a i profesionální (formální) péče je velmi omezená. Dle EK se dle dat ukazuje celoevropský posun směrem k poskytování dlouhodobé péče soukromým sektorem, a to díky vzrůstajícímu počtu dávek na dlouhodobou péči.

### Počty pečovatelských domů v jednotlivých zemích EU

Méně než jedna čtvrtina z celkového počtu dlouhodobé péče poskytované v Řecku, Německu, Velké Británii (Skotsku), Irsku a Itálii je poskytována veřejnými institucemi. Veřejná zařízení představují více než polovinu z celkového počtu zařízení v severovýchodních zemích a ve střední a východní Evropě (s výjimkou Chorvatska, Litvy a Rumunska). Vezmeme-li v úvahu změny v počtech a podílech poskytovatelů za poslední desetiletí, pak se jejich počet zvýšil např. na Slovensku (o 39 % mezi lety 2004 a 2017) a v Rumunsku (o 30 % mezi roky 2008 a 2014). V obou zemích došlo také k výraznému navýšení počtu soukromých poskytovatelů péče. V Rumunsku se počet soukromých poskytovatelů péče zvýšil ze 42 v roce 2008 na 141 v roce 2014, na Slovensku ze 116 soukromých poskytovatelů péče v roce 2004 na 267 v roce 2017. V důsledku toho došlo v obou těchto zemích ke zvýšení podílu soukromých poskytovatelů (např. v Rumunsku přibližně jedna třetina z celkového počtu v roce 2008 oproti více než polovině všech poskytovatelů v roce 2014).

Zvýšení počtu poskytovatelů péče v Rumunsku představovalo nárůst o 236 %. Částečně to lze vysvětlit reformou zdravotnictví v Rumunsku z roku 2009, kdy byla ukončena podpora 66 veřejných nemocnic ze zdravotního pojištění, a to z důvodu vysokých provozních nákladů a malého počtu pacien-

Tabulka 1: Poskytování domácí péče v Evropě

Země	Soukromý ziskový poskytovatel	Soukromý neziskový poskytovatel	Rok	Zařízení
Rakousko	22 %	29 %	-	Lůžka v domácí péči
Belgie (Valonsko)	32 %	29 %	-	Lůžka v domácí péči s ošetřovatelkou
Belgie (Flandry)	12 %	49 %	2007	Lůžka v domácí péči
Česká republika	16 %		-	Společnosti poskytující domácí péči
Estonsko	80 %		-	Společnosti poskytující domácí péči
Francie	17 %	28 %	2008	Lůžka domácí péče
Německo	34 %	59 %	2007	Společnosti poskytující domácí péči
Řecko	Asi 1 %		-	
Maďarsko	37 %		2006	Lůžka v domácí péči
Irsko	65 %	9 %	-	Společnosti poskytující domácí péči
Itálie	22 %	43 %	2005	Lůžka v domácí péči
Nizozemí	100 %		-	
Norsko	4 %	6 %	2008	Institucionální dlouhodobá péče
Rumunsko	17 %		-	Společnosti poskytující domácí péči
Španělsko	27 %	27 %	-	Společnosti poskytující domácí péči
Slovinsko	14 %		2007	Lůžka v domácí péči
Švédsko	17 %		2009	Individuální pobyt ve všech typech pečovatelských domů
Velká Británie (Anglie)	76%	16 %	2009	Pečovatelské domy
Velká Británie (Skotsko)	75%	11 %	2007	Společnosti poskytující domácí péči

Zdroj: Evropská komise, 2011

tů (Eurofound, 2014b). Tyto nemocnice byly uzavřeny v roce 2011, ovšem některé z nich byly později znovu otevřeny jako domy s pečovatelskou službou a domovy pro seniory. V roce 2015 jich bylo v provozu 19, s celkovým počtem 966 pečovatelských lůžek a 896 klienty. V Rumunsku se na rozvoji služeb soukromé péče podílely i Evropské strukturální a investiční fondy. Od roku 2007 využilo tuto možnost několik nevládních neziskových organizací, a to prostřednictvím programu „Rehabilitovat, modernizovat, rozvíjet a vybavit sociální infrastrukturu služeb“. Program byl omezen na severovýchod a regiony Bukurešť-Ilfov (Ministerstvo pro regionální rozvoj a veřejnou správu, 2011).

Ke zvýšení počtu a podílu soukromých poskytovatelů péče došlo i na Slovensku, přestože soukromí poskytovatelé měli zpočátku možnost využít veřejné granty na poskytování dlouhodobé péče pouze v případech, kdy služby nemohly být v daném místě poskytovány veřejnou správou. Toto pravidlo bylo ovšem v roce 2010 označeno jako protiprávní, dle Ústavního soudu Slovenské republiky mělo dojít k porušení práva na svobodu obchodu, a bylo proto zrušeno (Allen a kol., 2011). Počet veřejných a soukromých poskytovatelů vzrostl (i když v menším rozsahu) i v Litvě, ve Španělsku a na Maltě. V Litvě bylo poskytování dlouhodobé péče převedeno počátkem devadesátých let ze státu na místní samosprávy. Do

roku 1994 pak počet státních poskytovatelů dlouhodobé péče klesl na méně než 20 % z celkového počtu. Na Maltě se od roku 2009 mírně snížil počet poskytovatelů dlouhodobé péče vlastněných církvemi, zatímco počet poskytovatelů péče soukromých a státních je na vzestupu. V roce 2016 byl počet církevních, soukromých a vládních poskytovatelů péče shodný. Růst poskytovatelů péče ve Španělsku byl stejný jako na Maltě, také zde dochází ke zvyšování počtu státních veřejných ústavů a menší je nárůst soukromých pečovatelských zařízení. Podíl veřejných poskytovatelů péče ve Španělsku postupně roste už od roku 2007, kdy sféra poskytovatelů dlouhodobé péče rostla o 6 % ročně. V souvislosti s ekonomickou krizí ovšem mezi lety 2010 a 2011 došlo ke škrtům v rozpočtech, kupní síla obyvatel klesla a došlo proto ke stagnaci sektoru poskytovatelů dlouhodobé péče. Krize zasáhla zejména ta soukromá zařízení, kde byla vyhrazená lůžka, tj. lůžka dotovaná veřejným systémem. Veřejná správa totiž snížila počet těchto lůžek i veřejné výdaje na dlouhodobou péči. Tato redukce byla médii i veřejností kritizována, zejména ta skutečnost, že veřejná správa vynakládala za péči méně finančních prostředků, než odpovídalo poskytnuté péči (Aguoras, 2014).

Kypr je jediná země (pro kterou jsou k dispozici údaje), kde došlo vedle nárůstu počtu veřejných poskytovatelů péče k poklesu počtu soukromých zařízení. Zatímco počet

veřejných poskytovatelů vzrostl v posledních deseti letech asi o 10 %, počet soukromých zařízení klesl o jednu třetinu, částečně kvůli snížení financování ze strany státu.

Další skupinou zemí je ta, ve které došlo ke snížení počtu veřejných poskytovatelů a zároveň k růstu počtu soukromých poskytovatelů dlouhodobé péče. Mezi ně patří: Česká republika, Chorvatsko, Německo a Slovinsko. V České republice vstoupil v roce 2007 v platnost zákon o sociálních službách. Na základě tohoto zákona je vyplácen příspěvek na péči, který jeho příjemcům umožňuje hradit např. část nákladů na poskytování pobytové péče. Podmínky, které musí splňovat všichni poskytovatelé sociální péče, aby mohli být registrováni a užívat veřejné prostředky, byly sjednoceny právě tímto zákonem. V lednu 2014 pak došlo ke změně zákonných podmínek o převodu pravomocí ze státu na kraje, a to ve věci přidělování dotací a ve věci registrací poskytovatelů péče.

V Chorvatsku počet veřejných sociálních zařízení (většinou zřízených místními a regionálními orgány) pro starší a nemocné osoby klesl jen symbolicky, ze 46 v roce 2003 na 45 v roce 2014. Ovšem všechny nově vznikající zařízení mezi lety 2003 a 2013 byly soukromé (převážně ziskové) a podíl soukromých poskytovatelů tak výrazně vzrostl z 15 % v roce 2003 na 27 % v roce 2013. Hlavní hnací silou tohoto nárůstu byl nedostatek kapacity ve státních zařízeních.

V Německu je zavedení pojistného na dlouhodobou péči v roce 1994 následováno vládní reformou, dochází k otevření trhu soukromým poskytovatelům, čímž dochází ke zvýšení hospodářské soutěže, uzavírání smluv mezi státem a soukromými poskytovateli péče a přerozdělování finančních prostředků z vybraného pojistného. To vše vedlo k nárůstu počtu poskytovatelů v rámci pečovatelské infrastruktury a k restrukuralizaci organizační struktury poskytovatelů péče, zejména v případě poskytovatelů péče z řad neziskových nevládních organizací (Theobald, 2012). V Německu mezi lety 2003 a 2013 vzrostl počet neziskových poskytovatelů o 29 % a ziskových poskytovatelů o 49%. V důsledku toho vzrostl podíl soukromých poskytovatelů (jak ziskových, tak neziskových) na 95 % z celkového počtu.

Ve Slovinsku začali poskytovat soukromí poskytovatelé dlouhodobou péči v roce 1999 s cílem uspokojit poptávku, kterou veřejný sektor nebyl schopen saturovat, a nabídnout širší škálu služeb. V letech 2007 až 2015 se počet veřejných poskytovatelů péče snížil ze 74 na 59, zatímco počet soukromých poskytovatelů péče vzrostl ze 14 na 39.

Poslední skupinou jsou země, ve kterých došlo k poklesu počtu jak veřejných, tak i soukromých domovů péče, mezi ně patří Francie, Velká Británie (Skotsko) a Norsko (s výjimkou případů neziskových domovů, jejichž počet mezi roky 2009 a 2015 vzrostl z 33 na 40). K největšímu poklesu došlo v neziskovém sektoru a u veřejných poskytovatelů, kdy byla mezi roky 2004 a 2015 zrušena téměř jedna čtvrtina, resp. jedna pětina domovů. V Norsku jsou neziskové domovy péče (většinou napojené na církev) součástí místního systému zdravotní péče a poskytovaná péče se jen nepatrně liší od péče poskytované veřejnými poskytovateli. Do roku 2006 se soukromí neziskoví poskytovatelé potýkali s konkurrencí soukromých ziskových společností, protože na rozdíl od nich museli péči poskytovat za cenu důchodových dávek jako veřejní poskytovatelé, ovšem jejich náklady byly vyšší. S tímto problémem se obrátili na vládu, která přijala nařízení, díky kterému není zadávání veřejných zakázek na zdravotní a sociální péči poskytované neziskovými organizacemi podřízeno směrnici EU o veřejných zakázkách. V důsledku toho mohou obce s neziskovými organizacemi uzavírat smlouvy o poskytování zdravotní a sociální péče bez nutnosti zveřejnit požadavky v databázi veřejných zakázek a nemusí užívat obecné postupy pro veřejné zakázky.

Ve Francii byly v posledních 15 letech poskytnuty finanční pobídky ziskovým ošetrovatelským domům a poskytovatelům domácí péče, které jim umožnily dlouhodobě vstoupit na trh poskytovatelů péče (Allen a kol., 2011). Mezi roky 2007 a 2011 podíl veřejných a soukromých poskytovatelů péče zůstal téměř stejný (48 % a 52 %).

V některých zemích nebylo možné získat údaje o vývoji počtu domovů péče během

posledního desetiletí, ale je možné trend odhadnout.

V Estonsku neexistují žádné statistiky týkající se vlastnictví domovů péče. Do konce roku 2016 existovalo v Estonsku 152 poskytovatelů služeb všeobecné péče pro dospělé.

Přibližně 75 % z nich je spravováno a vlastněno regionálními institucemi, soukromými společnostmi nebo sdruženími, která byla založena místními samosprávami.

V Lotyšsku se počet soukromých domovů péče snížil, někteří soukromí poskytovatelé ukončili svoji činnost nebo byli zrušeni.

V Maďarsku nedošlo k žádné zásadní změně v oblasti poskytování sociální péče soukromými společnostmi. Přestože došlo k pokusu posílit úlohu občanské společnosti (např. sdružení a nadací), nedostatečné financování a regulace outsourcingu tuto snahu zastavily. Od roku 2011 mohou domácí péči poskytovat pouze neziskové organizace, na základě zadání ústřední nebo místní správy.

Ve Švédsku došlo během posledních dvou desetiletí ke zvýšení podílu soukromých domovů (Národní rada zdravotnictví a sociální péče, 2012). Podíl soukromých domovů vzrostl z přibližně 14 % v roce 2007 na přibližně 21 % v roce 2014. V roce 2015 ovšem počet klesl na 19 %. Jsou to především velké mezinárodní společnosti nebo jimi vlastněné společnosti, kdo ve Švédsku provozuje domovy péče. Asi polovina soukromé rezidenční péče je vykonávána jen dvěma společnostmi - Attendo a Vardaga (Szebehely, 2014).

V Nizozemsku byla dlouhodobá péče historicky poskytována církevními poskytovateli. V současnosti dlouhodobou péči poskytují pouze neziskové organizace. Agentura WTZi vydává povolení neziskovým poskytovatelům, kteří jsou financováni regionálními pečovatelskými úřady (zorgkantoren). Existují také soukromě financovaní poskytovatelé ošetrovatelské a rezidenční péče (particuliere verpleeghuizen), kteří z důvodu soukromého financování nepotřebují povolení agentury WTZi. Tito soukromí poskytovatelé poskytují péči mimo formální systém dlouhodobé péče, je proto obtížnější získat o nich oficiální údaje. Inspektorát zdraví (IGZ) uvádí, že v roce 2013 bylo v registru péče (Zorgregister) zapsáno z celkového počtu 141 poskytovatelů péče 72 soukromě financovaných.

### Počty uživatelů péče

Rozdílly ve velikostech podílů jednotlivých druhů péče na trhu jsou ovlivněny celkovým počtem obyvatel v jednotlivých zemích, a tedy i počtem osob využívajících různé druhy poskytované péče. Nejvyšší nárůst počtu a podílu obyvatel v soukromých pečovatelských zařízeních byl zaznamenán v Rumunsku. V Rumunsku se podíl obyvatel v soukromých domovech péče zvýšil z 21 % z celkového počtu v roce 2008 na 44 % v roce 2014. Počet uživatelů se ve veřejných a soukromých domovech péče zvýšil v roce 2009 také ve Finsku, Chorvat-

sku a Polsku. Ve všech těchto zemích došlo ke zvýšení residentů v domovech soukromých více než u domovů veřejných. Mezi roky 2004 a 2014 byl v Chorvatsku zaznamenán nejvyšší nárůst počtu obyvatel pečovatelských domovů ze všech zemí, ze kterých byly údaje k dispozici, a to jak ve veřejných domovech (nárůst o 35 %), tak i v soukromých domovech (nárůst o 119 %). V Německu, Maďarsku, Litvě, Švédsku a Slovinsku počet residentů ve veřejných pečovatelských zařízeních klesal, ovšem nárůstal počet obyvatel domovů v soukromém vlastnictví. Pokud jde o počet obyvatel v pečovatelských domovech v Litvě, pak došlo od roku 1990 do roku 2015 ke zdvojnásobení obyvatel ve všech typech domovů. V roce 2015 bylo ve všech typech přibližně 5 % volných míst pro starší občany.

Snížení počtu residentů v pečovatelských domovech ve Švédsku může být vysvětleno nárůstem počtu lidí, kteří o své příbuzné pečují doma. Nicméně domácí péče jen částečně snižuje počty osob v soukromých pečovatelských domovech (Meagher a Szebehely, 2013). Klesající počty lze také částečně vysvětlit zlepšeným zdravotním stavem starších osob. Obecně ale platí, že pro starší osoby je stále obtížnější získat v případě potřeby místo v rezidenční péči. Zvýšení počtu osob v soukromých pečovatelských zařízeních by mohlo být zapříčiněn zákonem o systému výběru ve veřejném sektoru z roku 2009 (LOV Act), který umožňuje uživatelům dlouhodobé péče vybírat si poskytovatele služeb. Od června 2016 zhruba 158 z 290 švédských obcí zavedlo LOV Act v jedné z možných podob. 15 z nich zřídilo oblast zvláštního bydlení pro starší lidi.

Počet uživatelů služeb pečovatelských domovů klesl na Kypru, v Řecku a ve Velké Británii. I když z Řecka nejsou k dispozici před rokem 2014 žádné údaje, prezident Asociace poskytovatelů domácí péče Řecka uvedl, že systém poznamenala vlna odchodů z pečovatelských domovů v době krize, a to zejména u osob, které nebyly na poskytnuté péči zcela závislé. Před krizí byly tyto pečovatelské domy plně obsazeny a na umístění se čekalo. Pokud v Řecku vzroste míra nezaměstnanosti, očekává se, že trend pečování o potřebné osoby v domácnosti se ještě zintenzivní.

Dřívější průzkum provedený společností Eurofound ukázal, že starší lidé v Lotyšsku, Maďarsku a Portugalsku se v důsledku krize přestěhovali z ošetrovatelských domů do domácností svých potomků, aby je mohli finančně podporovat z důchodu (Eurofound, 2014b). Počet obyvatel v domácí péči financované místními úřady ve Velké Británii (Anglii) byl v roce 2014 přibližně 213 000, což představuje 22% pokles mezi roky 2004 a 2014. Procento domovů financovaných místními samosprávami se stále zvyšuje, z 88 % v roce 2004 na 96 % v roce 2014. Celkově je 50 % péče obyvatel v pečovatelských zařízeních financováno místními samosprávami (LaingBuisson, 2013, citováno v Grant Thornton, 2014). Ve Skotsku se počet dlouhodobě pobývajících obyvatel

v domovech péče, jak veřejných, tak neziskových, mezi lety 2005 a 2015 snížil, stejně tak se snížil i počet dlouhodobě pobývajících rezidentů v domovech se zvýhodněnou péčí (o 3 %) během stejného období.

## Poskytování péče a služeb: přístupnost, kvalita a efektivita

Tato kapitola se zaměřuje na rozdíly mezi službami poskytovanými ve veřejných a soukromých pečovatelských zařízeních podle podkladů shromážděných prostřednictvím výzkumů a ze sítě korespondentů Eurofoundu (Eurofound, 2017).

Belgie, Nizozemsko a Lucembursko mají nejvyšší podíl obyvatel v pečovatelských zařízeních (25 %, resp. 15 %), zatímco Polsko, Portugalsko a Španělsko mají naopak nejnižší podíl (méně než 5 %). Celkově je počet starších osob, které žijí v pečovatelských zařízeních, nižší ve střední a východní Evropě (pod 10 %). S výjimkou Belgie a Portugalska je vyšší počet lidí, kteří upřednostňují domácí péči před pobytem v pečovatelských domovech v celé Eurozóně (v České republice s poměrem více než 4:1, ve Španělsku s poměrem 3:1).

Zda obyvatelé Evropy využijí domovy péče či nikoli, závisí na mnoha faktorech, např. na míře závislosti, dostupnosti domácí a neformální péče a dalších. Evropský průzkum kvality života poskytuje výčet překážek, které ztěžují občanům přístup ke službám dlouhodobé péče, včetně veřejné i soukromé domácí a neformální péče. Shromážděné údaje ukazují, že dostupnost služeb sociální péče je nejvyšší v Belgii, na Kypru, v Dánsku, Lucembursku a Nizozemsku (méně než 50 % uživatelů služeb uvádí horší či špatnou dostupnost služeb). Naopak na Slovensku, v Řecku a Rumunsku je situace nejhorší (80 %, resp. 70 % uživatelů uvádí horší či špatnou dostupnost služeb).

V některých zemích soukromé pečovatelské domovy neposkytují specializované zdravotnické služby tak, jako veřejné pečovatelské domovy. Klienti se s takovým přístupem setkají nejčastěji na Maltě, kde soukromé pečovatelské domovy poskytují pouze základní ošetrovatelské služby, a obyvatelům nezbývá, než uzavírat dvoustranné smlouvy s odbornými lékaři, např. fyzioterapeuty, pracovními terapeuty, logopedy, geriatry a dalšími odborníky. V Irsku poskytují veřejné pečovatelské domovy specializované služby, které mají k dispozici dostatečný počet ošetrojícího personálu. Data, týkající se výzkumu demence v rezidenční péči, ukazují, že hlavními poskytovateli specializovaných služeb péče o osoby s demencí (63 % z celkového počtu) jsou soukromé ziskové domovy, následované veřejnými pečovatelskými domovy (30 %) a neziskovým sektorem (7 %). Veřejné pečovatelské domovy jsou zase nejčastějšími poskytovateli odlehčovací rezidenční péče (Dementia Services Information and Development Center, 2015). Na Slovensku poskytují soukromé pečovatelské domovy spíše rezidenční péče orientovanou na péči hospicového typu (Ev-

ropská komise, 2011). V Řecku se některé ziskové soukromé pečovatelské domovy soustřeďují na péči o demenční pacienty, či na rehabilitační péči, na rozdíl od neziskových pečovatelských domovů, které poskytují základní ošetrovatelskou péči (AGE Platform Europe consultation). V Rumunsku soukromé ziskové pečovatelské domovy poskytují specializované služby a přijímají výhradně uživatele jednoho typu (např. starší osoby s Alzheimerovou chorobou) (AGE Platform Europe consultation).

Tyto rozdíly v poskytovaných službách v jednotlivých zemích mohou být způsobeny rozdíly v legislativě nebo ve financování. Například v Lotyšsku je rozsah služeb poskytovaných veřejnými pečovatelskými domovy dán zákonem o sociálních službách a sociální pomoci, kterým se musí řídit veřejné pečovatelské domovy, zatímco soukromé pečovatelské domovy si mohou vybrat, které služby budou nabízet. V Belgii (Flandrech) mohou být pouze poskytovatelské péče se statutem neziskového pečovatelského domu (veřejného či soukromého) příjemci státních dotací, určených k zajišťování služeb pro své klienty.

## Náklady a cenová dostupnost

Možná největším rozdílem mezi veřejnými a soukromými poskytovateli služeb je jejich cenová dostupnost. Cena za poskytnuté služby je hrazena jednak prostřednictvím soukromého pojištění, tak také hotovostními platbami (např. uživatelské poplatky, doplatky za nadstandardní služby, a další). Cena služeb je pak největší překážkou v dostupnosti dlouhodobé péče (Evropská komise, 2008). Je velmi obtížné provést srovnání cenových nákladů za poskytované služby ve veřejných a soukromých pečovatelských domovech, protože mezi domovy jsou velké rozdíly, stejně tak jsou rozdíly v druhu a kvalitě poskytovaných služeb. Navíc některé služby poskytované soukromými domovy mohou být smluvně poskytovány veřejným sektorem, což také může mít vliv na cenu poskytované služby. Studie 12 regionů ve Velké Británii ukázala, že klienti, kteří si svůj pobyt v domově hradili sami, zaplatili o více než 40 % více než klienti, kterým byly služby hrazeny přímo místními orgány, byť šlo o služby naprosto totožné. Služby hrazené místními orgány jsou totiž dotovány, na rozdíl od služeb hrazených klienty přímo.

Studie ukazuje maximální a minimální poplatky za veřejné pečovatelské domovy, které jsou dotovány, i za soukromé domovy rezidenční péče v několika zemích Evropské unie, v Norsku a na Islandu dle údajů získaných z Evropské komise. I když údaje, týkající se nesubvencovaných soukromých pečovatelských domovů nejsou úplné, ukazuje, že péče v soukromých pečovatelských domovech a péče, poskytovaná nesubvencovanými poskytovateli, je mnohem dražší než péče, poskytovaná subvencovanými poskytovateli. Například v Bulharsku jsou minimální poplatky za pobyt v soukromých pe-

čovatelských domovech téměř čtyřnásobně vyšší než průměrný příjem. Na Kypru, v Estonsku a Litvě jsou měsíční výdaje za pobyt v soukromých pečovatelských domovech sice nejnižší v celé EU, ale i tak jsou vyšší o více než 10 % ve srovnání s průměrným měsíčním příjmem v dané zemi. Získané údaje jsou za období od roku 2003 do roku 2009. Ovšem aktuální údaje ukazují, že po hospodářské krizi došlo k dalšímu nárůstu cen.

V Itálii vedl ke zvyšování cen poplatků za služby začátek hospodářské krize a také postupné zavádění akreditačního systému. Průzkum, týkající se období 2007–2012 (tedy období před i po krizi), ukázal, že průměrné náklady na soukromá pobytová zařízení se zvýšily o více než 18 % za nejnižší poplatky a o 13 % za nejvyšší poplatky (Montemurro, 2012).

V Německu Rothgang (2015) provedl výzkum, jehož výsledkem bylo zjištění, že ceny v soukromých ziskových pečovatelských domovech byly nižší než v neziskových a veřejných pečovatelských domovech. Ceny v soukromých ziskových domovech navíc nerostly tak rychle jako ceny ve dvou zbývajících typech domovů. Soukromé pečovatelské domovy si za poskytované služby účtovaly v průměru o 10 % méně než v neziskových pečovatelských domovech, což vedlo ke snížení kvality (Geraedts et al., 2016).

V Belgii (Flandrech) průměrná cena za ubytování a den v jednolůžkovém pokoji v roce 2012 byla 46,50 Euro ve veřejných pečovatelských domovech, 49,60 Euro v soukromých neziskových domovech a 48,90 Euro v soukromých ziskových pečovatelských domovech (Pacolet a De Coninck, 2015). To dokazuje, že ceny v privátním sektoru rostou. V roce 2016 byla cena v soukromém ziskovém zařízení 61 Euro za den, 55 Euro za den v soukromém neziskovém zařízení a 53 Euro ve veřejném pečovatelském domově. Ve Valonsku v roce 2014 byla průměrná cena za měsíční pobyt ve veřejném zařízení 1237 Euro, v neziskovém soukromém zařízení 1381 Euro a v ziskovém soukromém zařízení 1388 Euro.

Ve Francii je cena za pobyt v soukromém neziskovém pečovatelském domově (EHPAD PNL), který neposkytuje sociální pomoc, průměrně za měsíc v ceně 2460 Euro v regionu Ile-de-France a 1833 Euro za měsíc ve venkovských oblastech. Oproti tomu ve veřejných pečovatelských domovech je průměrná cena za měsíc 2418 Euro, respektive 1804 Euro (KPMG, 2015). V roce 2011 byla denní sazba za lůžko bez regionální finanční podpory 75,10 Euro v ziskových pečovatelských domovech, 59,60 Euro v neziskových pečovatelských domovech a 51,40 Euro ve veřejných pečovatelských domovech (DRESS, 2014).

V Irsku zůstal týdenní poplatek za lůžko ve veřejných pečovatelských domovech na stejné úrovni od roku 2011 (1245 Euro). V soukromých pečovatelských domovech jsou poplatky hrazeny podle programu podpory „Fair Deal Nursing Home Support Scheme“. Podle tohoto programu je financován pobyt 79 % rezidentů, průměrná

cena za osobu v roce 2014 byla 896 Euro, o 5 % více než v roce 2009. Průměrná výše poplatku ve veřejných pečovatelských domovech hrazená podle programu podpory byla ve veřejných pečovatelských domovech v roce 2016 1407 Euro. Porovnáme-li průměrné poplatky ve veřejných a soukromých domovech, pak rozdíl činil v říjnu 2016 923 Euro (průměrně tedy 53 %).

Ve Slovinsku jsou průměrné ceny za služby v pečovatelských domovech závislé na typu vlastnictví domova a úrovni poskytovaných služeb. Denní cena za poskytované služby byla v roce 2014 průměrně asi o 16 % vyšší v soukromých domovech oproti pečovatelským domům veřejným.

V Nizozemí jsou ceny vyšší v ziskových pečovatelských domovech než v neziskových domovech. V ziskových pečovatelských domovech je měsíční cena v rozmezí od 3000 do 6000 Euro. V neziskových pečovatelských domovech je cena mezi 159,90 a 2301,40 Euro za měsíc, přičemž výše se stanoví s ohledem na finanční situaci rezidenta.

Ve Španělsku byla cena za lůžko ve veřejném pečovatelském domově pro klienty, kteří nejsou závislí, 18 645,83 Euro za rok v roce 2011, zatímco cena v soukromém domově byla 17 526,99 Euro ročně. Cena pro osoby závislé nebo pro osoby s psychogeriatrickými potížemi byla vyšší, 19 897,51 Euro, resp. 24 299,84 Euro (IMSERO, 2011).

Různé ceny v zařízeních mají několik důvodů. V Německu mají soukromé domovy nižší ceny, protože dosáhnou lépe na investiční kapitál. Zřídka také uzavírají kolektivní smlouvy, proto jsou mzdy v soukromých domovech nižší než v neziskových a veřejných pečovatelských zařízeních (Auth, 2014). Proto mohou klientům nabídnout nižší ceny a získat tak více klientů oproti ostatním typům domovů. Neziskové domovy jsou tedy nuceny pro svoji existenci dosahovat vysoké úrovně obsazenosti domovů a snižovat náklady. Navíc místní orgány sociální péče jsou povinny finančně se spolupodílet na úhradách služeb za nízkopříjmové klienty (a ti tvoří 40 % všech residentů) (Bode, 2014). V Belgii uživatelé nehradí poskytovanou péči, ale platí si ostatní služby (např. jídlo, údržbu, pobyt apod.). Ceny těchto ostatních služeb jsou v různých částech Belgie odlišné, záleží také, o jaký typ domova se jedná.

Jednotlivé členské státy zavádějí širokou škálu opatření, aby zajistily dostupnost péče, a to jak místně, tak finančně, s cílem co nejvíce snížit individuální přímé náklady na péči (Evropská komise, 2008). Mezi tato opatření patří:

- spoluúčast na financování dle příjmů uživatele služeb, výjimky z finanční spoluúčasti;
- finanční pomoc a výhody pro uživatele služeb;
- úhrady dlouhodobé péče ze strany státu pro nízkopříjmové domácnosti v rámci sociální pomoci;
- celostátní standardizace plateb a státních dotací za soukromé služby sociální péče. Ceny služeb, které jsou poskytovány či dotovány veřejným sektorem, jsou pří-

slušnými orgány stanoveny tak, aby byly cenově dostupné, zatímco soukromé pečovatelské domovy si samy rozhodují o cenách služeb a doplatcích za ně. Tak je to např. v Belgii, Dánsku, Francii, Řecku a na Maltě. V Německu jsou denní sazby za jednotlivé služby, účtované domovy péče, stanoveny na základě dohody mezi poskytovateli zdravotní péče a zdravotními pojišťovnami, přičemž při tvorbě ceny se zohledňuje i typ služby, poskytované pečovatelským domovem. Pokud jiný poskytovatel v místě je schopen poskytnout stejnou službu za nižší cenu, je to podnětem k novému jednání o ceně takové služby (Bode, 2014). Podpora hospodářské soutěže mezi jednotlivými poskytovateli má za cíl snížit ceny pro uživatele. Ovšem Marczak a Wistow (2016) poukazují na to, že neexistují důkazy o tom, že by vzrůstající konkurence mezi poskytovateli služeb měla skutečně za následek snížení cen poskytovaných služeb, navíc hrozí, že zároveň se snížením ceny může dojít i poklesu kvality péče.

## Charakteristika obyvatel pečovatelských domovů

Rozdíly ve způsobech financování poskytované péče se promítají i do typů obyvatel veřejných a soukromých pečovatelských zařízení. Problémy s cenovou dostupností jsou zejména v případě soukromých ziskových pečovatelských domovů. To platí zejména pro ženy, které se statisticky dožívají vyššího věku než muži, je tedy pravděpodobnější, že budou ve stáří žít samy, nemohou tedy v takové míře využít formální péče, jejich příjem je navíc nižší než u mužů a jsou proto více ohroženy případným spolufinancováním péče (Evropská komise, 2009c). Obecně lze říci, že starší lidé, kteří žijí sami, jsou častěji vystaveni přímým platbám a vynakládají ze svých prostředků vyšší částky na dlouhodobou péči, včetně té pobytové. Výdaje na dlouhodobou péči více dopadají na nízkopříjmové domácnosti. Počet lidí, kteří doplácí na péči, se prudce zvyšuje ve věku od 80 let, je 7x vyšší než u lidí ve věku 65–79 let (ILO, 2012). Tato věková kategorie (nad 80 let věku) představuje ve většině evropských zemí dvě třetiny z celového počtu obyvatel pečovatelských domovů (Rodrigues, Huber a Lamura, 2012).

Kromě věkových rozdílů a socioekonomického postavení obyvatel, může způsob úhrad za péči ovlivnit také úroveň závislosti obyvatel pečovatelských domovů. To platí např. v Belgii (Flandrech), kde má ziskový sektor méně obyvatel s vysokou mírou závislosti a soukromé neziskové domovy mají obyvatele s nejvyšší mírou závislosti. Podle Pacoleta a De Conincka (2015) je to částečně způsobeno nedostatečným financováním ze strany obyvatel s nižší úrovní závislosti (kategorie 0 a A Katzova indexu nezávislých činností každodenního života - Katz ADL) ve srovnání s uživateli, kteří mají vyšší úroveň závislosti. To vysvětluje, proč má veřejný sektor vyšší podíl

uživatelů s nižší úrovní závislosti. Tyto domovy mají oproti jiným typům pečovatelských domovů také vyšší podíl (17 %) uživatelů s vyšším stupněm závislosti, ovšem s péčí o ně financovanou tak, jako by šlo o osoby s nižším stupněm závislosti (Pacolet, De Coninck, 2015).

## Kvalita poskytované péče

Výzkum ukazuje, že existuje velmi silný vztah mezi kvalitou a dostupností služeb. Údaje z třetího výzkumu The European Quality of Life Survey (EQLS) ukazují, že čím vyšší je skóre vnímané kvality poskytované služby, tím je služba lépe dostupná. Ti uživatelé, kteří hodnotili ekonomickou situaci ve své zemi pozitivněji, a také starší lidé a obecně spokojenější lidé, mají za to, že kvalita dlouhodobé péče v jejich zemi je na vysoké úrovni. Také lidé, kteří žijí v zemi s nižší úrovní vnímání korupce a jsou relativně spokojeni s finanční situací svých domácností, hodnotí lépe kvalitu dlouhodobé péče. Na druhou stranu deprivace, nenaplnění životních cílů a život v městských oblastech jsou faktory spojené s nižším hodnocením kvality dlouhodobé péče (Eurofound, 2013b). Pro 44 % Evropanů, uživatelů dlouhodobé péče, jsou překážky v dostupnosti péče hlavním důvodem pro špatné hodnocení kvality dlouhodobé péče. Údaje ze čtvrtého EQLS ukazují, že uživatelé dlouhodobé péče hodnotí poskytované služby (kvalitu zařízení, profesionalitu personálu, osobní péči) lépe než zbytek populace. Lidé ve věku 65 let a více měli obecně pozitivnější pohled na kvalitu dlouhodobé péče (známka 7,9 z 10), profesionalitu zaměstnanců (známka 8) a osobní péči (známka 7,9). Kvalita dlouhodobé péče byla nejvyšší v Lucembursku, na Maltě a v Rakousku (známka 7). S průměrným skóre byla hodnocena péče v Bulharsku, Řecku, Portugalsku a v Slovensku a v Rumunsku.

## Závěr

### Trendy v poskytování péče

Pavolini a Ranci dospěli k závěru, že výsledek reformy dlouhodobé péče (včetně ustanovení trhu sociální péče založené na soutěži) směřuje v Evropě ke smíšenému modelu poskytování péče se středně vysokou úrovní veřejné podpory (Pavolini a Ranci, 2008). Data poskytovaná sítí spolupracovníků Eurofoundu ukazují, že v téměř všech zemích, ve kterých jsou údaje k dispozici, v posledních deseti letech vzrostl podíl soukromých pečovatelských domovů, výjimkou je pouze Kypr, Francie a Skotsko, kde se celkový počet pečovatelských domovů snížil. Obzvláště v Rumunsku počet soukromých pečovatelských domovů rostl velmi rychle, na Slovensku a ve Slovinsku byl růst pomalejší. S tím samozřejmě došlo i k nárůstu počtu míst v soukromých pečovatelských domovech. Tento růst ukazuje, že zavedení mechanismy podporují hospodářskou soutěž mezi poskytovateli, čímž došlo ke zvýšení počtu soukromých

**Tabulka č. 2: Opatření ke snížení individuálních nákladů na veřejné a soukromé pečovatelské domovy**

Kypr	Veřejná podpora uživatelů služeb pokrývá v případě potřeby celkovou částku za potřebné služby, a to s ohledem na zdravotní stav uživatele. Mezi tyto uživatele patří jak starší lidé, tak osoby se zdravotním postižením všech věkových kategorií.
Dánsko	Jak u domovů pro seniory, tak u pečovatelských domovů veřejná správa dotuje náklady, přičemž vychází z maximálních nákladů na místo ve veřejném zařízení a z částky, kterou hradí uživatel sám. V soukromých zařízeních (ziskových i neziskových) (Frip-lejeboliger) jsou uživatelé také dotováni veřejnou správou, ale není zde stanovena žádná maximální cena, hrazená za služby uživateli.
Estonsko	Žádná státní finanční podpora pro starší či zdravotně postižené osoby pro pobyt v pečovatelských domovech není stanovena. Odpovědnost za úhradu péče je plně na uživateli či jejich rodinách. Pokud uživatel nemá žádné příbuzné, finanční prostředky poskytne místní samospráva.
Finsko	Poplatky za ústavní péči jsou upraveny zákonem o poplatcích za klienty v sociální a zdravotní péči, poplatky pokrývají veškerou léčbu, péči i životní náklady. Lidé v dlouhodobé ústavní péči hradí měsíční poplatek dle svých finančních možností. Zákon se nevztahuje na soukromé domovy pro starší osoby, které pak mohou mít široké cenové rozpětí. Náklady na soukromé služby jsou ale obecně také dotovány veřejným sektorem, a to za předpokladu, že jednotlivec by měl nárok na veřejné služby. Obce také mohou uživateli poskytnout poukázky na péči nebo uzavřít smlouvu o poskytování služeb externím dodavatelem.
Francie	Náklady na pobyt v pečovatelském domově může uživatel hradit pomocí příspěvku na bydlení (aide personnalisée au logement, APL) a dále s pomocí finanční pomoci ze strany départementu. Pečovatelské domovy ovšem musí uzavřít dohodu o využívání této pomoci, aby bylo možné tuto finanční pomoc využít, přičemž kolem jedné čtvrtiny soukromých ziskových domovů a dvě třetiny veřejných a soukromých neziskových domovů takovou dohodu uzavřenou nemá. Pokud pečovatelský dům nemá uzavřenou dohodu o využívání finanční pomoci, mohou uživatelé požadovat další výhody, jako je sociální bydlení (allocation de logement sociale, ALS) nebo sociální pomoc při ubytování ('aide sociale a l'hébergement, ASH), které pak mohou plně pokrývat náklady související s péčí (DREES, 2014).
Maďarsko	Stát pokrývá část nákladů na bydlení osob v pečovatelských domovech ve státních a veřejných domovech, ovšem nefinancuje pobyt v soukromých domovech.
Irsko	V roce 2009 byl zaveden program podpory ošetřovatelských domovů (The Nursing Home Support Scheme, NHSS). Tento program zahrnuje hodnocení péče a finanční posouzení. Jednou z výhod tohoto programu je, že poskytuje uživatelům přístup k celé řadě pečovatelských domovů za stejnou cenu, což redukuje potřebu na využívání nemocničních lůžek při péči o starší osoby. Cena, účtovaná soukromými pečovatelskými domovy za péči, je předem dohodnuta s Národním fondem pro léčbu, a to až do výše 80 % příjmů uživatele, které byly přímo využity k úhradě za péči, přičemž zdravotnická výkonná služba (The Health Service Executive) uhradí zbytek nákladů. Do aktiv, příjmů uživatele náleží i nemovitosti, a to až do výše 7,5 % celkových aktiv ročně. Maximální hodnota, kterou lze zahrnout do aktiv ve formě nemovitostí, je 22,5 % hodnoty nemovitosti za tři roky péče, bez ohledu na to, jak dlouho péče ve skutečnosti trvala.
Litva	Pojištění dlouhodobé péče lze využít k úhradě za péči ve veřejných i soukromých pečovatelských domovech. Zdravotní pojištění se vztahuje na výdaje spojené s nemocemi, např. lékařská péče, ošetřovatelství, léky. Platby jsou hrazeny přímo pečovatelským domovům a výše je stanovena v hodinách péče za týden vynásobená peněžní hodnotou jedné hodiny péče. Obecně platí, že osoby, které žijí v pečovatelském domově, musí hradit náklady na ubytování samy. Ti, kteří na takovou úhradu nemají finanční prostředky, mohou požádat o veřejnou sociální pomoc.
Norsko	Veřejný sektor dotuje náklady na bydlení v pečovatelských domovech. Uživatelé s potřebou péče (potřeba péče je u každého hodnocena individuálně) si mohou zvolit, v jakém typu domova jim péče bude poskytována. Neexistují žádné rozdíly mezi soukromými a veřejnými pečovatelskými domovy. Některé obce také umožňují, aby si uživatel vybral poskytovatele péče, která mu bude poskytována v jeho domácnosti a bude hrazena za stejných podmínek.
Polsko	Péče poskytovaná veřejnými pečovatelskými domovy nebo domovy pro seniory je hrazena se spoluúčastí uživatelů. Uživatelé ve zdravotnických rezidenčních zařízeních hradí pouze náklady na ubytování a stravu. Lékařská a jiná zdravotnická péče je financována ze zdravotního pojištění. Měsíční platba je stanovena ve výši 250 % nejnižšího důchodu, ovšem nesmí být vyšší než částka rovnající se 70 % měsíčního příjmu uživatele. V pobytovém zařízení systém sociální pomoci jsou náklady na péči financovány několika způsoby: část hradí příjemci péče (70 % individuálních příjmů), část rodina příjemce péče (v závislosti na příjmu rodiny), část místní samosprávy (gmina). Soukromá zařízení financovaná z veřejných prostředků působí ve stejné oblasti jako veřejná: plní stejné úkoly na základě smluv. Soukromá zařízení bez dotací z veřejných zdrojů pak nabízí péči za tržní ceny a uživatel je musí hradit v plné výši.
Portugalsko	Vláda stanovuje a pravidelně reviduje referenční hodnotu rezidenčního ubytování pro starší osoby, a to po dohodě s kolektivními reprezentanty soukromých zařízení. V roce 2015 byla tato cena 970 Euro. Poskytovatelé pak mohou účtovat cenu ve výši maximálně 15 % nad touto referenční hodnotou. Platbu je možné hradit z prostředků uživatele, jeho rodiny či z veřejných prostředků, jdoucích přímo poskytovateli. Veřejné finanční prostředky pokrývají část nákladů, pokud je uzavřena mezi poskytovatelem služeb a orgánem sociálního zabezpečení dohoda. Výše částky jdoucí z veřejných prostředků se stanoví s ohledem na příjem domácnosti uživatele a míře jeho závislosti. Toto se týká pouze rezidenční péče, poskytované v rámci uzavřené dohody. Všechny ostatní služby do tohoto systému nejsou zahrnuté a jsou poskytovány za různých podmínek.
Rumunsko	Je stanoveno, že měsíční příspěvek starších osob na ošetřovatelské a sociální služby ve veřejných pečovatelských domovech by měl být nejvýše do 60 % měsíčního příjmu (důchodu). Příspěvek starších osob nesmí překročit průměrné měsíční náklady schválené pro každý veřejný pečovatelský dům. Pokud uživatelé, ani jeho příbuzní nemají žádný příjem, pak péči a sociální pomoc hradí místní samospráva z místních zdrojů (platí od roku 2016).
Slovinsko	Většinu nákladů za služby (60 %) hradí uživatelé služeb, zbytek jde z pojištění. Od roku 2012 lidé v pobytových zařízeních nedostávají finanční sociální pomoc. Pokud uživatelé nebo jejich rodiny nemožou rezidenční péči hradit ze svých prostředků, obecní či městské úřady mohou náklady za služby doplácat ze svých rozpočtů, a to na základě rozhodnutí Centra sociálního zabezpečení. V roce 2014 obce hradily pouze 16 % z celkových nákladů péče, poskytované veřejnými a soukromými pečovatelskými domovy.

Zdroj: Network of European Correspondents (unless stated otherwise)

pečovatelských domovů, a že snížení veřejné podpory dalo možnost k expanzi soukromého sektoru.

Otázkou je, zda se z poskytování péče stává stále více komerční záležitost. Vezmeme-li v úvahu údaje o soukromých pečovatelských domovech, pak tyto často nejsou zcela přesně rozdělené na ziskové a neziskové, je tedy těžké říci, zda jsou komerční či nikoli. Je ale pravdou, že např. v Německu se v posledních deseti letech počet ziskových pečovatelských domovů zvýšil, naopak počet neziskových pečovatelských domovů klesl. V Norsku je tomu zcela naopak. Ve Francii počty obou typů soukromých pečovatelských domovů rostly shodným tempem. V Rakousku se zvýšil počet lůžek v ziskových pečovatelských domovech, v Belgii v neziskových pečovatelských domovech. Ve Velké Británii, Německu a Irsku je nyní vysoký počet soukromých ziskových pečovatelských domovů, v Nizozemí neziskových pečovatelských domovů. Pečovatelské služby poskytované veřejnými organizacemi převládají v severovýchodních a v zemích východní Evropy. Výsledky dokumentu Ageing Report 2015 (Evropská komise, 2015) předpovídají zvýšení veřejných výdajů na dlouhodobou péči, v roce 2060 by se výdaje mohly pohybovat v rozmezí od 2,7 % do 4,1 % HDP v závislosti na různých scénářích demografického vývoje. Z dokumentu také vyplývá nutnost rozšířit dostupnost formální péče v některých evropských zemích.

Potřeba zvyšovat nabídku formální péče představuje výzvu zejména pro udržitelnost financování dlouhodobé péče, předpokládá se, že se navýší spoluúčast uživatelů péče. V Irsku např. vzrostla finanční spoluúčast uživatelů péče z 5 % v roce 2009 na 7,5 % v roce 2013, a to v souladu se schématem Fair Deal. V Itálii odborníci předpokládají zavedení nových zdrojů financování dlouhodobé péče, např. pojištění dlouhodobé péče (NNA, 2011). Zavedení dlouhodobého pojištění péče se diskutuje také v Belgii (Pacoleet a De Wispelaere, 2016). Ve Velké Británii byly platby za poskytovanou péči ze strany jejích uživatelů jednou z otázek voleb v roce 2017. Poskytovatelé péče se shodují na tom, že škrtky ve veřejných rozpočtech a omezení financování z veřejných zdrojů, může vést k uzavírání pečovatelských domovů (Financial Times, 2017).

Postoje veřejnosti a politiků k soukromému poskytování péče má vliv na jeho další rozvoj. Uvádíme situaci ve vybraných zemích:

- Finsko: zpráva finského ministerstva hospodářství a zaměstnanosti z roku 2015 uvádí, že soukromí poskytovatelé si velmi váží svých klientů, proto přicházejí s inovacemi v poskytování péče, jsou efektivnější a svými postoji ovlivňují i veřejný sektor;
- Rumunsko: čekací listiny na umístění ve veřejných pečovatelských domovech byly příčinou zvýšení zájmu o soukromé služby. V roce 2008 bylo žádostí o umístění v soukromých pečovatelských do-

movech méně než ve veřejných domovech (1096 ku 1630 žádostem). V roce 2014 už převažovaly žádosti o umístění v soukromých pečovatelských domovech (1472 ku 907 žádostem).

- Švédsko: poskytování dlouhodobé péče soukromými poskytovateli je silně ovlivněno ideologií. V sociálně demokratických městech není poskytování péče soukromými zařízeními příliš rozšířené, zcela jinak tomu je v konzervativních a liberálních oblastech. To znamená, že v budoucnu bude role soukromých poskytovatelů péče závislá na vývoji na politické scéně. Současní politici také zahájili veřejnou debatu o tom, zda soukromí poskytovatelé péče mají mít možnost využívat veřejné finanční zdroje. Ovšem velký počet poskytovatelů péče a možnost výběru je veřejností velmi ceněn, je proto nepravděpodobné, že by se vládní představitelé chtěli vrátit k systému jednoho poskytovatele dlouhodobé péče.
- Norsko: 55 % obyvatel preferuje poskytování sociálních služeb obcemi, pokud by si mohli mezi poskytovateli vybrat, pouze 20 % dává přednost komerčním poskytovatelům (Gautun et al., 2013). Zdá se tedy nepravděpodobné, že by změny v Norsku směřovaly k privatizaci stávajících pečovatelských domovů.

Většina evropských zemí zaznamenává v posledních dvou letech nárůst počtu starších osob, využívajících domácí péči na úkor residenční péče. Tento trend bude pravděpodobně pokračovat, protože náklady na domácí péči jsou obecně nižší. Většina lidí tedy upřednostňuje péči ve svém domě či bytě, velký technologický vývoj služeb navíc rozšiřuje typy služeb, které mohou být využity i v domácí péči (Eurofound, 2013c.). Rumunská vláda např. odhaduje, že domácí péče je 11x levnější než péče v domovech. Na druhou stranu je nutné uvést, že v případě velmi závažných zdravotních stavů je naopak levnější a lepší rezidenční péče, proto existují limity hodin domácí péče, které jsou hrazeny sociálním systémem (OECD, 2017b).

Pro kontrolu poskytování služeb je nutné mít dostatek údaje od všech typů poskytovatelů dlouhodobé péče, je nezbytné mít jasné podmínky pro shromažďování údajů o různých typech služeb i o jejich poskytovatelích. Data o veřejných, ziskových i neziskových poskytovatelích jsou důležitá pro stanovení právního statusu, typu vlastnictví i hospodaření poskytovatelů. Data o počtech lůžek v zařízeních dlouhodobé péče jsou shromažďována Eurostatem, OECD a WHO. Přístupná data o počtu lůžek nejsou rozčleněna podle typu vlastnictví poskytovatele a ani v budoucnu se s takovým rozlišením nepočítá. Tento nedostatek pak neumožňuje sledovat vývoj v počtu soukromých poskytovatelů péče. Skutečnost, že mnozí soukromí poskytovatelé využívají veřejné finanční prostředky k poskytování služeb, může ještě dále zkruslovat rozlišení mezi veřejným a soukromým poskytovate-

lem. Pečovatelské domovy mohou být také ve správě a vlastníkem domova může být jiná osoba. V roce 2013 jen asi 88 % pečovatelských domovů bylo řízeno přímo svými majiteli, 12 % domovů bylo řízeno organizací ze zcela odlišné oblasti. Podle Národního statistického institutu přibližně jedna pětina veřejných pečovatelských domovů má manažery z neziskového sektoru a přibližně 4 % ze ziskového sektoru, zbytek je spravován státními zaměstnanci (ISTAT, 2015). Soukromá zařízení mohou být také vlastněna veřejným vlastníkem, tak je tomu např. v Estonsku (Evropská komise, 2011).

Závěrem dodejme, že je důležité najít kompromis mezi efektivností, kvalitou a dostupností služeb. Několik studií ukazuje, že soukromí poskytovatelé řeší dilema, zda snížit náklady, ale tím i kvalitu poskytované služby, nebo zvýšit náklady i kvalitu, ale ztratit konkurenceschopnost na trhu. Tato studie naznačuje důsledky zvýšení role soukromého sektoru ve vztahu k dostupnosti, kvalitě a efektivitě služeb. Zdá se, že soukromé pečovatelské domovy v některých zemích jsou schopné poskytovat specializovanou péči (např. péči o osoby se stařeckou demencí a Alzheimerovou chorobou) v menší míře, i když jejich obyvateli jsou ponejvíce osoby starší 80 let. Rozdíly v cenách veřejných a soukromých poskytovatelů ukazují, že pokud podíl soukromých lůžek nadále poroste, mohou se prohloubit nerovnosti v oblasti zdraví a sociální péče. Na základě získaných údajů je také nutné uvést, že bude třeba finančně podporovat poskytovatele (pokud podporu promítnou do nižších cen služeb pro své klienty) a samotné uživatele služeb.

Na základě dat nejsou jednoznačně prokázány rozdíly v kvalitě poskytovaných služeb v jednotlivých zemích. Zjištěná data jsou ale užitečná, aby bylo možné dál kvalitu služeb zlepšovat. Mezi jednotlivými typy poskytovatelů nicméně existují zásadní rozdíly, např. ve velikosti pokojů, počtu lůžek na pokoj, výživě, kontinuitě péče, preventivních zdravotnických službách apod. Studie také ukazuje, že v různých zemích jsou pečovatelské domovy financovány různými způsoby. Dle autorů by se mělo financování soukromých pečovatelských domovů řešit na národní úrovni a způsob financování by se měl pravidelně přehodnocovat dle aktuální situace. Příklad toho, jak se k danému postavít, přináší například analýza prováděná v Severní Americe Comondorem et al. (2009). Tato práce ukazuje, že neziskové pečovatelské domovy jsou kvalitnější než ziskové, a to ve dvou ohledech: v personálním obsazení a prevalenci proleženin. Naopak nebyly zjištěny žádné rozdíly při používání fyzického omezení uživatelů. Tato studie by mohla být použita jako výchozí pro další výzkum.

Zdroj: Eurofound (2017)

Dostupné z: <https://www.eurofound.europa.eu/publications/report/2017/care-homes-for-older-europeans-public-private-and-not-for-profit-providers>