

NEFORMÁLNÍ PÉČE V KONTEXTU DEINSTITUCIONALIZACE SOCIÁLNÍCH SLUŽEB

INFORMAL CARE IN THE CONTEXT OF DEINSTITUTIONALISATION OF SOCIAL SERVICES

Vladimír Barák – Vojtěch Krebs – Šimon Přecechtěl

Abstract

The paper introduces the role of informal carers in the Czech social services system, describes the principle of deinstitutionalization, summarizes the basic forms of state support for informal carers, and concludes by proposing possible national economic solutions in the context of further deepening deinstitutionalization of social services in the Czech Republic. The authors point out that the number of people in need of care is increasing. At the same time, the group of informal carers is also growing, although paradoxically the group of potential family carers in the population is shrinking due to demographic ageing. By 2050, the share of employees in the long-term care sector will more than double from today's 2% of the total workforce. Government and private spending on long-term care will double or triple. From a national economic perspective, therefore, it is necessary to think of future residential social service capacity as the capacity of long-term care facilities for clients with high levels of disability, and of outreach residential service capacity as a fundamental pillar of social care that actively supports informal carers to move beyond states of overload and exhaustion. Supporting informal carers is crucial in the future, in addition to improving and increasing the capacity of outreach social services.

Key words: deinstitutionalization, informal care, social services, care allowance

JEL Code: I15, J11, J14

Úvod

Deinstitutionalizace je procesem, jehož výsledkem je především odchod klienta či pacienta z rezidenčního zařízení (instituce). Ačkoli ústavní péče je dlouhodobě kritizována pro své neosobní prostředí, přemíru byrokracie a určitou frontálnost, v některých případech lze samotné ústavy nahradit jen stěží. V širším pojetí proto do procesu deinstitutionalizace můžeme zařadit

také transformace ústavů – nemusí tak bezpodmínečně dojít k jejich zániku, avšak jejich přeměnou přispějeme k tomu, že pozbydou svůj institucionální charakter.

Takovým ústavem může být například nemocnice či zařízení sociální péče pobytového typu. Platí však, že v ideálním případě je o klienta postaráno spíše v jeho přirozeném prostředí, nejlépe v jeho domově. Využito je pak profesionálně poskytovaných (terénních) sociálních služeb. V řadě případů se však stává, že klient po opuštění rezidenčního zařízení vyžaduje péči, kterou terénní sociální služby nejsou schopny nabídnout – péči nepřetržitou, která přesahuje nabídku a možnosti poskytovatelů sociálních služeb v daném místě a čase. V takovém případě klientovi může pomoci v řešení jeho situace (bezmocnosti, nemohoucnosti) blízký člověk – rodinný příslušník, přítel/přítelkyně, partner/partnerka, soused/sousedka a další. V případě, že taková poskytovaná péče je poskytována nad rámec běžné rodinné reciprocity, označuje se za neformální. Z toho vyplývá, že takovou péči může poskytovat i člověk bez formálního vzdělání v oblasti sociální péče a bez získané odborné způsobilosti tak, jak ji definuje příslušný zákon o sociálních službách. Ačkoli takový člověk nesplňuje kvalifikační požadavky pro výkon sociálního pracovníka či pracovníka v sociálních službách, přesto poskytuje nezbytné služby pro zachování důstojnosti klienta, pomáhá s řešením či zmírňováním dopadů disabilit, pomáhá klientům při zvládnání základních životních potřeb osob.

Neformálně pečující jsou však v České republice ze strany státu dlouhodobě opomíjenou skupinou osob, jejichž přínos pro společnost je přitom neoddiskutovatelný. Přitom platí, že pokud chceme i nadále zkvalitňovat systém sociální péče a nadále následovat evropský trend deinstitucionalizace sociálních služeb a v českém prostředí jej prohlubovat, pak podpora neformálně pečujících je do budoucna vedle zkvalitňování a zvyšování kapacit terénních sociálních služeb klíčová. Následující příspěvek přibližuje roli neformálních pečovatелů v českém systému sociálních služeb, blíže popisuje princip deinstitucionalizace, shrnuje základní formy státní podpory neformálních pečovatелů a v závěru navrhuje možná národohospodářská řešení v kontextu dalšího prohlubování deinstitucionalizace sociálních služeb v České republice.

1 Role neformálních pečovatелů v českém systému sociálních služeb

Sociální služby jsou součástí českého systému sociálního zabezpečení, který slouží k realizaci obecné sociální politiky a plnění jejich cílů (Krebs, 2015). V obecné rovině můžeme o systému sociálního zabezpečení mluvit jako o souboru opatření, která zmírňují, předchází a odstraňují sociální události. Sociální služby jako takové jsou nástrojem systému sociálního zabezpečení

a tento nástroj můžeme definovat jako soubor činností, který pomáhá osobám řešit jejich nepříznivou sociální situaci (Molek, 2011).

Dnes můžeme sociální služby dělit mnoha způsoby – dle funkce (sociální poradenství, služby sociální prevence, služby sociální péče), formy poskytování (pobytové, ambulantní, terénní) a v neposlední řadě dle odbornosti poskytovatele (formální a neformální). Formální péči zajišťují odborní poskytovatelé na institucionální úrovni (domovy pro seniory, pečovatelská služba, odlehčovací služby apod.). Neformální péče je poskytována zpravidla rodinnými příslušníky, kteří pečují o své blízké bez předchozí hlubší odbornosti (Szudi et al, 2016). V péči o jejich blízké je podporuje systém státní podpory, který je blíže popsán v kapitole 3.

Neformální péče je momentálně esenciální součástí dlouhodobé péče, jelikož výzkumy potvrzují, že náklady institucionální (ústavní) péče jsou vyšší než na terénní služby poskytované v přirozeném prostředí jedince (Mihic et al, 2014). Je tedy nasnadě argumentovat pro masivní podporu neformálních pečujících a terénních sociálních služeb, ovšem Vostatek a kol. (2013) ve svém výzkumu dochází k závěrům, které nezatrácují využití pobytových sociálních služeb u klientů s vysokou mírou nesoběstačnosti. Náročnost domácí péče o tyto klienty dokládají data z roku 2019 společnosti INESAN, dle kterých se průměrný týdenní počet „člověkohodin“ strávených péčí o klienty ve IV. stupni závislosti rovná 121 hodinám. Taková dávka péče je pro neformálního pečovatele, který pravděpodobně v počátku své pečovatelské dráhy postrádal odborné zkušenosti, obzvláště psychicky i fyzicky náročná. Pomoc ze strany poskytovatelů sociálně-zdravotních služeb je totiž zpravidla vysoce odborná a v časově krátkých úkonech (Průša, 2021).

Ekonomicky optimální variantou je tedy využívat neformální péči v kombinaci s terénními sociálně-zdravotními službami (pečovatelská služba a domácí zdravotní péče) u klientů s nižší mírou nesoběstačnosti (I. a II. stupeň příspěvku na péči). U klientů s vyšší mírou nesoběstačnosti může být optimální variantou ústavní péče ve chvíli, kdy jejich sociálně-zdravotní stav vyžaduje téměř nepřetržitou péči. Klientem neformální péče může být jakákoliv sociálně znevýhodněná osoba vyžadující asistenci další osoby při různých činnostech. Zpravidla jsou tyto osoby závislé na ošetrovatelské péči, ovšem tato skupina opečovávaných je velmi široká. Nejčastěji jde o osoby s fyzickým handicapem, osoby s mentálním postižením, osoby s psychiatrickou chorobou a osoby seniorního věku.

Neformální péče je v ČR stále ukotvena jako „*rodinná záležitost*“, ale je nutné právě neformální péči začít zevrubně zkoumat, pokud chceme při budoucích reformách systému dlouhodobé péče uchopit správně takové trendy jako např. princip deinstitucionalizace. To, že

jsou neformální pečovatelé tichá (avšak velmi početná) skupina obyvatel ČR, potvrzují data z projektu SHARE. Podíl neformálních pečovatelů na celkové populaci byl ve věkové kategorii nad 50 let 30 % (Rodrigues, 2012). Pečovatelé bývají dle těchto dat častěji osoby s nižším stupněm vzdělání, kteří odchází do předčasného důchodu či opouští zaměstnání. Dle dat novějšího výzkumu společnosti INESAN (Průša, 2021) je hlavním impulsem k zahájení péče o klienta do 65 let nemoc opečovávaného (56 %), kdežto u kategorie klientů od 85 let je hlavním impulsem zhoršení zdravotního stavu. Ze statistického vzorku odpovědělo 54 % respondentů, že jejich blízcí jsou odkázáni na péči z důvodu vysokého věku. Nadpoloviční většina respondentů (taktéž 54 %) uvedla, že pečují o svého blízkého již déle než dva roky. Hlavními pečujícími bývají v převážné většině ženy a velmi často jde taktéž o descendenty opečovávaných (dcery, synové, neteře, synovci, snachy, zeťové, vnučky, vnuci) či vrstevníky.

2 Princip deinstitucionalizace

Soudobým trendem v oblasti sociální péče je takzvaná deinstitucionalizace, jež se stala v českých podmínkách velmi diskutovaným tématem až po roce 2005. Milníkem pak byl rok 2007, kdy tento trend jako svou prioritu přijala i vláda přijetím Koncepce podpory transformace pobytových sociálních služeb v jiné druhy sociálních služeb, poskytovaných v přirozené komunitě uživatele a podporující sociální začlenění uživatele do společnosti. Vláda a Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR v příslušném manuálu definovaly deinstitucionalizaci jako „proces, ve kterém dochází k přechodu od ústavní (institucionální) péče o osoby se zdravotním postižením k péči poskytované v přirozeném prostředí. Cílem je zkvalitnit život lidem se zdravotním postižením a umožnit jim žít běžný život srovnatelný s životem jejich vrstevníků. Během deinstitucionalizace dochází k řízenému rušení ústavů a rozvoji komunitních sociálních služeb. Výsledná struktura a provoz sociálních služeb jsou primárně orientovány na potřeby uživatelů služeb a jejich sociální začleňování, klienti nejsou vystavováni institucionalizaci“ (MPSV, 2013).

Ve výše zmíněném dokumentu se deinstitucionalizace týkala zejména pobytových sociálních služeb určených pro handicapované, podle Matouška (2008) však tento termín můžeme označit za „vlivný trend v soudobé sociální práci, který ve všech případech, kdy je to možné, prosazuje neústavní formy péče, jež jsou klientovi dobře dostupné a nevytrhují ho z jeho přirozeného prostředí, tedy péči poskytovanou v rámci komunity.“ Netýká se tedy pouze jednoho segmentu adresátů poskytované služby (handicapovaných), ale využívá se ve všech sociálních službách, kde je to možné. V minulosti stát proto přistoupil ke změnám v pobytových

sociálních službách, takzvané transformaci. Cílem bylo dosáhnout změny velkých ústavních služeb na důstojné bydlení v běžném prostředí, například v bytech či rodinných domech v běžné zástavbě, či menších, komunitně pojímaných domovů.

V tomto procesu Česká republika ušla dlouhou cestu. Zatímco v minulosti byly domovy ústavního typu poměrně běžné (pod jednou střechou zde žilo i několik stovek lidí, klienti obývali vícelůžkové pokoje bez soukromí, striktně byl dodržován režim řízení stráveného času – pevné časy stravování, pevné časy volnočasových aktivit, povinná participace na volnočasových aktivitách apod.), v současnosti se již staví nové domovy založené na myšlence neústavního typu: i v pobytové sociální službě mohou ústavní prvky absentovat, domovy mohou být určeny pro menší množství klientů, kdy každý bude mít svůj pokoj či byt, klient i přes potřebu sociální péče stále do značné míry zůstává pánem svého času apod. Již dříve postavená velkokapacitní zařízení postupem času přijímají opatření sloužící k deinstitucionalizaci a oslabení ústavních prvků. V centru zájmu transformace existujících zařízení a výstavbě nových zařízení je klient. Cílem je, aby se jeho život vyrovnal co nejvíce běžnému životu v přirozeném prostředí.

3 Základní formy státní podpory neformálních pečovatелů

V českém sociálním systému jsou neformální pečovatелé podporováni několika cestami. Podporu pečujících osob lze v současnosti identifikovat ve čtyřech systémech. V oblasti důchodového pojištění (náhradní doba pojištění), v systému nemocenského pojištění (dávky ošetrovné a dlouhodobé ošetrovné) v zákoníku práce (nárok na neplacené volno) a v oblasti sociálních služeb (dávka příspěvek na péči).

Náhradní doba pojištění

V České republice má občan nárok na přiznání starobního důchodu, pokud dosáhl důchodového věku a získal potřebnou dobu pojištění. Potřebná doba pojištění pro odchod do starobního důchodu se od roku 2010 postupně prodlužuje a její délka se u konkrétního pojištěnce stanoví v závislosti na kalendářním roce dosažení jeho důchodového věku. Systém však může být nespravedlivý pro určité skupiny obyvatel, kteří z objektivních důvodů nemohli získat potřebnou dobu pojištění a ve výsledku by byli poškozeni jeho nepřiznáním či nízkou výší. Proto důchodové pojištění počítá s tzv. náhradní dobou pojištění, které je obdobím, ve kterém se neodvádí žádné pojistné, přesto se tyto doby za určitých podmínek započítávají do potřebných let pojištění pro důchod. Podrobnosti definuje Zákon o důchodovém pojištění č. 155/1995 Sb. ve znění pozdějších předpisů. Náhradní dobu pojištění se vztahuje (mimo jiné)

na osoby pečující osobně o osobu mladší 10 let, která je závislá na péči jiné osoby ve stupni I (lehká závislost) nebo osobu jakéhokoliv věku, která je závislá na péči jiné osoby ve stupni II (středně těžká závislost) nebo stupni III (těžká závislost) anebo stupni IV (úplná závislost), pokud spolu žijí v domácnosti. Podmínka domácnosti se nevyžaduje, jde-li o blízkou osobu.

Ošetrovné

Je jednou z dávek českého systému nemocenského pojištění. Upravuje jej Zákon o nemocenském pojištění č. 187/2006 Sb. ve znění pozdějších předpisů. Na ošetrovné má nárok zaměstnanec, který nemůže pracovat, protože ošetrjuje dítě mladší 10 let nebo jinou fyzickou osobu, jejíž zdravotní stav z důvodu nemoci nebo úrazu vyžaduje nezbytně ošetrování jinou fyzickou osobou. Pokud vznikne potřeba ošetrování, má ošetrující osoba nárok na pracovní volno. Při splnění zákonných podmínek (délka pojištění) mu může být přiznána i dávka ošetrovného. Ošetrovné je však pouze krátkodobou podporou: při péči o dospělé je přiznáno na max. 9 kalendářních dní. Pro déletrvající potřebu péče je určeno dlouhodobé ošetrovné.

Dlouhodobé ošetrovné

Nárok na dlouhodobé ošetrovné má osoba pečující o blízkého, který potřebuje dlouhodobou péči v domácím prostředí. Zákon vyjmenovává široké rozpětí vzájemného vztahu mezi pečovatelem a opečovávaným, a péče tak není omezena pouze na rodinnou příslušnost. U opečovávané osoby může být využito v situacích, kdy došlo k závažné poruše zdraví, jež si vyžádala hospitalizaci, při níž byla poskytována léčebná péče alespoň čtyř kalendářních dnů po sobě jdoucích. Zdravotní stav ošetrované osoby po propuštění z hospitalizace do domácího prostředí musí nezbytně vyžadovat poskytování dlouhodobé péče po dobu alespoň 30 kalendářních dnů. U dávky platí, že podpůrní doba činí nejdéle 90 kalendářních dnů. Dále zaměstnavatel svému zaměstnanci poskytuje souhlas s nepřítomností v práci k poskytování dlouhodobé péče v délce až 90 dní.

Právo na neplacené pracovní volno

Pokud vznikne potřeba ošetrování, ale ošetrující osoba nesplnila podmínky nároku na dávku ošetrovného, má přesto nárok na pracovní volno. Jde totiž o jednu z důležitých osobních překážek na straně zaměstnance na základě § 191 Zákoníku práce 262/2006 Sb. ve znění pozdějších předpisů. Poskytnutí pracovního volna není při těchto překážkách závislé na úvaze zaměstnavatele. Maximální doba trvání volna je odpovídající ošetrovného, tedy 9 dní. Tento institut však řeší pouze výhradně potřebu nepřítomnosti v zaměstnání kvůli poskytování péče. Pečovatel se v tomto případě nemůže opřít o peněžitou dávku.

Příspěvek na péči

Není vyplácen pečujícím osobám, ale přímo opečovávaným osobám. Z principu má dávka sloužit k tomu, aby si opečovávaný mohl za tuto dávku zaplatit nutnou sociální péči. Reálně je však pouze na samotném adresátovi dávky, zda tak učiní. Příspěvek na péči se poskytuje osobám, které jsou z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu, závislé na pomoci jiné fyzické osoby. Tímto příspěvkem se tedy stát podílí na zajištění pomoci, která může být poskytována prostřednictvím sociálních služeb nebo jiných forem pomoci při zvládnutí základních životních potřeb osob. Náklady na příspěvek se hradí ze státního rozpočtu. Výše dávky odpovídá rozsahu potřeb, k tomu jsou určeny takzvané stupně závislosti. Příspěvek na péči je poskytován všem oprávněným osobám bez ohledu na to, zda je jim pomoc zajišťována s využitím přirozených zdrojů, zejména rodiny, nebo poskytovatelem sociálních služeb. Díky tomuto pojetí se dávka stala pravděpodobně nejvýznamnějším státním zásahem sloužícím k podpoře neformálního pečovatelsví. Jejím velkým pozitivem je rovněž to, že oproti předchozím dávkám je vyplácena tak dlouho, dokud trvají důvody, kvůli kterým byla přiznána.

Z výše uvedeného je zřejmé, že pro neformálně pečující jsou klíčové zejména dvě sociálně-politická opatření, a to dávky dlouhodobého ošetřovného (jež má svou roli zejména u střednědobé péče v délce max. několika měsíců) a dále příspěvek na péči, jež však není dávkou určenou neformálně pečujícím, ale opečovávané osobě. I z tohoto důvodu někteří autoři (např. Průša, 2021) doporučují dávku novou, určenou pro neformální pečující, poskytující svou péči dlouhodobě.

4 Národohospodářská řešení v kontextu prohlubování deinstitutionalizace sociálních služeb

Jak dokládá analýza společnosti EY (2021), systém dlouhodobé péče na neformální pečovatele spoléhá, což je do budoucna velmi problematický předpoklad. Demografické trendy hovoří jasně: populace stárne a rodinné vazby mají tendenci se rozvolňovat. Počet potenciálních neformálních pečovatelů bude pravděpodobně také klesat díky vyššímu zapojení žen na trhu práce a omezení podpory institutu tzv. předčasného důchodu. Do roku 2050 se podíl zaměstnanců v sektoru dlouhodobé péče více než zdvojnásobí z dnešních 2 % z celkové pracovní síly. Vládní a soukromé výdaje na dlouhodobou péči budou dvoj až trojnásobné. Zároveň se neustále zvyšují nároky na pečovatele a ošetřovatele v segmentu dlouhodobé péče (porozumění novým trendům a technologiím ve zdravotnických technologiích apod.). Jak tedy

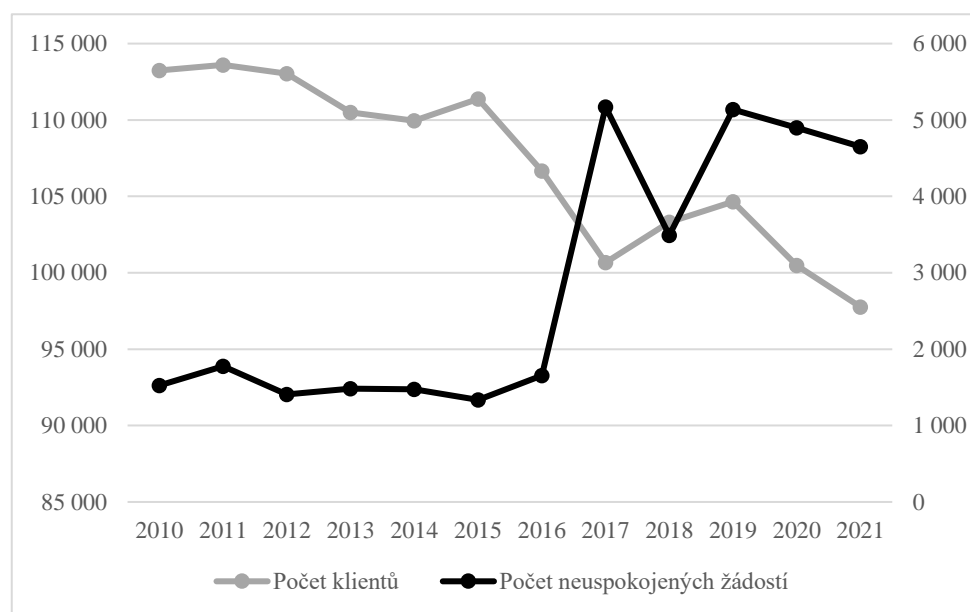
národohospodářsky napomoci udržitelnějšímu systému dlouhodobé péče, který neformální péči nezneužívá, ale odpovědně užívá jejich synergií s terénní formální péčí?

Určité vodítko můžeme hledat ve výzkumu Verbakel (2014), kde se autorka zabývá několika výzkumnými otázkami. První otázkou je, jestli neformální péče negativně ovlivňuje blahobyt pečovatelů oproti lidem, kteří nepečují o žádnou osobu. Data následně prokázala, že neformální pečovatelé opravdu prokazují nižší úroveň blahobytu, která se však mezi zeměmi liší. Co tedy snižuje mezeru blahobytu mezi neformálními pečujícími a nepečujícími? Analýza naznačuje, že vysoká úroveň formálních sociálních služeb tuto mezeru snižuje. Pečující se v tu chvíli mají kam obrátit pro radu či pomoc, když cítí, že na péči o svého blízkého nestačí. Taktéž díky silnému zázemí formálních sociálních služeb tyto pečující zřejmě předchází přetížení či syndromu vyhoření. Této hypotéze nahrává i zjištění, že služby přímo zacílené na podporu neformálních pečujících danou mezeru blahobytu nesnižují. Tyto služby jsou popsány jako odlehčovací služby, finanční pomoc (uleví pečovateli od stresu finanční situace), pružné pracovní úvazky, poradny pro pečovatele apod. Dle autorky je pravděpodobné, že tato cílená pomoc se mívá účinkem, jelikož neformální pečovatelé začnou těchto služeb využívat již ve chvíli, kdy pocítují velké přetížení, úzkosti a stres.

Z daného výzkumu je však nutné vyzdvihnout myšlenku vysoce kvalitní a dostupné formální péče, která působí preventivně ve vztahu k přetížení neformálních pečujících. Otázkou zůstává, zdali je to pro nás momentálně využitelný koncept. Vysoce kvalitní a dostupné formální sociální služby jsou totiž metou, kterou jsme měli možnost dosáhnout dnes. V budoucnosti (alespoň do roku 2050) se budou muset veřejné rozpočty vypořádat s nepříznivou demografickou situací, což pro dostupnost a kvalitu formálních sociálních služeb není dobrá zpráva. Udržení alespoň dnešního stavu vybavenosti by obnášelo velké investice do výstavby nových zařízení a tréninku nových zaměstnanců. Dle analýzy společnosti EY (2021) se jedná o 27,6 tisíce lůžek pouze v pobytových sociálních službách a odhadovaný investiční náklad činí 41,4 mld. Kč (při ceně 1,5 mil. Kč za „výstavbu“ jednoho lůžka a předpokladu ceteris paribus). Odhadovaný provozní náklad těchto kapacit činí 11,7 mld. Kč ročně a počet nových zaměstnanců pro tyto kapacity činí 25 tisíc osob.

Udržitelnost takového systému je přinejmenším diskutabilní. Je proto vhodné uvažovat již dnes o budoucích kapacitách pobytových sociálních služeb jako o kapacitách zařízení dlouhodobé péče pro klienty s vysokou mírou nesoběstačnosti a o kapacitách terénních pobytových služeb jako o základním pilíři sociální péče, který aktivně podporuje neformální pečovatele, aby předcházeli stavům přetížení a vysílení (psychického i fyzického). Pro tento stav je však nutné strategicky podporovat rozvoj terénních služeb.

Graf č. 1 Vybrané ukazatele pečovatelských služeb v letech 2010-2021



Zdroj: Statistické ročenky MPSV (2010-2021)

Z grafu č. 1 je ovšem patrný trend, který nenapovídá strategickému rozvoji terénních služeb sociální péče. Spíše naopak. Od roku 2010 můžeme sledovat pokles počtu klientů těchto služeb až pod hranici 100 000 ročně. Na druhé straně počet neuspokojených žádostí spíše roste a implikuje tak nedostatečný rozvoj těchto služeb, který není pravděpodobně způsoben nedostatečnou poptávkou klientů. Je tedy otázkou, zdali je podpora terénních služeb pouze častou politickou proklamací, která postrádá reálný základ, nebo upřímně zamýšleným cílem. Pokud chceme udržitelné sociální služby do budoucna, musíme zodpovědně pracovat jak s vhodným regulatorním rámcem a incentivy pro terénní tak i pobytové sociální služby. Je velmi nepravděpodobné, že deinstitucionalizace pobytových sociálních služeb proběhne kompletně. V kombinaci se správným využitím neformálních pečovatелů se nám ovšem může podařit zajistit opravdu optimální využití nedostatečných kapacit pobytových zařízení pro vysoce nesoběstačné klienty.

Závěr

Neformální pečovatелé hrají v českém systému sociálních služeb důležitou a nezastupitelnou roli a tento stav se bude díky nastupujícím demografickým trendům dále prohlubovat. Je proto důležité v následujících letech využít synergií neformálních pečovatелů a terénních sociálních služeb. Při dostatečné podpoře rozvoje terénních sociálních služeb a vhodném nastavení regulatorního rámce budeme pravděpodobně schopni využít nepříznivou demografickou situaci k širokému uplatnění principu deinstitucionalizace sociálních služeb. Pobytové služby budou

velmi pravděpodobně využívány jakožto specializovaná zařízení dlouhodobé péče pro klienty s velmi nízkou mírou soběstačnosti. Klienti s větší mírou soběstačnosti (zpravidla I. a II. stupeň příspěvku na péči) a neformální pečovatelé by měli těžit z rozvinutých terénních služeb – sociálních i zdravotních.

Jak je uvedeno výše v textu, státní podpora neformálních pečovatelů je vcelku široká, ovšem terénní služby jako dostatečně rozvinuté rozhodně označit nelze. Přitom právě rozvinuté formální sociální služby pomáhají snižovat mezeru blahobytu mezi pečujícími a nepečujícími osobami. Jinými slovy – dostupnější odborné služby v okolí působí na neformální pečující preventivně v oblasti přetížení a vyhoření. Nastavení vhodného regulatorního rámce má proto do dalších let velký potenciál systém zlepšit či zhoršit. Rozhodne se totiž, jestli bude stárnutí obyvatelstva ČR prezentováno jako krize ohrožující dostupnost a kvalitu sociálních služeb, nebo budeme usilovat o opravdový rozvoj terénních služeb a uplatňování principu deinstitucionalizace. Druhá možnost otvírá prostor pro dlouho očekávané změny na poli dlouhodobé péče, které nesmíme promarnit.

Acknowledgment

Podpořeno z grantu VŠE IG504032 (51/2022): Transformace sociálních služeb: deinstitucionalizace pobytových zařízení sociální péče v hlavním městě Praze v letech 2022-2023.

References

- Barák, V. (2022) Úloha tzv. neformální péče v kontextu systému sociálního zabezpečení v České republice. Disertační práce. Praha: NF VŠE v Praze.
- EY. (2021) Analýza segmentu sociálních služeb s akcentem na pobytové a ambulantní sociální služby pro seniory. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR.
- Krebs, V., et al. (2015) Sociální politika. 6., přepracované a aktualizované vydání. Praha: Wolters Kluwer.
- Mihic, M. M., Todorovic, M. L., & Obradovic, V. L. (2014). Economic analysis of social services for the elderly in Serbia: Two sides of the same coin. *Evaluation and Program Planning*, 45, 9-21.
- Matoušek, O. (2008) Slovník sociální práce. Praha: Portál.
- Molek, J. (2011). Řízení organizací sociálních služeb. *Vybrané problémy*. Praha: VÚPSV.

MPSV. (2013). Manuál transformace ústavů. Deinstitutionalizace sociálních služeb. Praha: MPSV.

Průša, L. (2021). *Dlouhodobá péče nejen v České republice*. Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR.

Rodrigues, R., Huber, M., & Lamura, G. (2012). Facts and figures on healthy ageing and long-term care. *Vienna: European Centre for Social Welfare Policy and Research*.

Szuedi, G., Kováčová, J., & Konečný, S. (2016). Transformation of social care services for the elderly in Slovakia. *Journal of Social Service Research*, 42(2), 199-217.

Verbakel, E. (2014). Informal caregiving and well-being in Europe: What can ease the negative consequences for caregivers?. *Journal of European Social Policy*, 24(5), 424-441.

Contact

Vladimír Barák

NF VŠE v Praze

nám. W. Churchilla 4, 130 67 Praha 3

vladimir.barak@vse.cz

Vojtěch Krebs

NF VŠE v Praze

nám. W. Churchilla 4, 130 67 Praha 3

krebs@vse.cz

Šimon Přecechtěl

NF VŠE v Praze

nám. W. Churchilla 4, 130 67 Praha 3

simonprecechtel@gmail.com