

Kvalitní péče doma: výzvy pro sdílenou péči v České republice

V České republice je přibližně 370 tisíc příjemců příspěvku na péči. V přirozeném domácím prostředí žije podle statistik MPSV zhruba 100 tisíc osob s potřebou náročné péče (70 tisíc osob ve III. stupni a 30 tisíc osob ve IV. stupni příspěvku na péči). Jedná se o děti a dospělé s postižením i seniory. V České republice žije téměř 90 tisíc osob s potřebou náročné péče, o které pečují výhradně blízké pečující osoby bez podpory sociálních služeb.

Celkově MPSV eviduje více než 300 tisíc pečujících osob. Z toho více než dvě třetiny tvoří ženy, čtvrtina z nich spadá do seniorské věkové skupiny. Největší zátěž přitom nesou ti, kteří pečují o blízké s nejtěžšími stupni závislosti (III. a IV. stupeň příspěvku na péči), což je přibližně třetina pečujících. Péče v těchto případech bývá fyzicky, psychicky i finančně náročná, často na úkor vlastního života a pracovní kariéry. Kritická je zejména situace osob pečujících v režimu 24/7, kde chybí komplexní systémová podpora.

Pečující představují neviditelný pilíř systému sociální a zdravotní péče, přesto však stále zůstávají bez adekvátního finančního, právního i institucionálního uznání. Navrhovaná opatření mají za cíl vytvořit funkční, spravedlivý a ekonomicky udržitelný systém podpory, který zajistí rovné podmínky pro domácí i institucionální péči.

Návrh systémových opatření pro podporu sdílené péče

1. Zajištění dostupné sociálně-zdravotní podpory v domácím prostředí

Problém: Neformálně pečující, kteří pečují o osobu, jejíž stav vyžaduje souběh sociální a zdravotní péče, nejsou v současné době v péči zastupitelní pracovníky v sociálních službách. V případě péče o osobu vyžadující zdravotní úkony, které není možné předem naplánovat nebo z jiných důvodů pokrýt domácí zdravotní péčí, tak zůstává zajištění těchto úkonů na pečujícím a rodině, což s sebou často nese vyčerpání, chudobu a postupnou destrukci rodiny, nebo je taková osoba nucena odejít do pobytové služby.

Přijatá legislativní úprava úkonů péče o zdraví v zákoně o sociálních službách otevírá možnost, aby pracovníci v sociálních službách mohli v budoucnosti zajišťovat pomoc při zvládání běžných úkonů péče o zdraví v pečovatelských službách a osobních asistencích. Nová legislativa rovněž umožňuje vznik sociálně-zdravotních služeb i v ambulantních službách péče, tj. poskytování zdravotních služeb v denních stacionářích, centrech denních služeb a odlehčovacích službách. Přijatá legislativní úprava je však postavena na dobrovolnosti poskytování pomoci při zvládání běžných úkonů péče o zdraví, negarantuje tak dostupnost těchto úkonů uživatelům napříč ČR. Dále úprava nezohledňuje pozici sociálního pracovníka jako pracovníka zodpovědného za nastavení péče a v neposlední řadě klade vysoké nároky v oblasti dosaženého vzdělání pro výkon běžných úkonů v oblasti zdraví. Chybí také řešení pro ty, kdo potřebují zdravotní úkony, které nebudou zahrnuty mezi úkony péče o zdraví.

Cíle:

- **Základní činnost pomoc při zvládání běžných úkonů péče o zdraví jsou pečovatelské služby a osobní asistence povinny vždy zajistit. Zdravotní úkony jsou dostupné pro všechny osoby využívající ambulantní sociální služby péče či služby poskytované v zařízeních odlehčovací sociální služby.**
- **Neformálně pečující mají možnost se v péči vystřídat s profesionály, tj. nastavený systém umožňuje sociálním či zdravotnickým pracovníkům vykonávat všechny úkony v oblasti zdraví, které běžně vykonává neformálně pečující.**

Opatření:

- **Stanovit základní činnost pomoc při zvládání běžných úkonů péče o zdraví jako povinnou (nikoliv dobrovolnou) součást poskytování sociálních služeb.** Výkon těchto úkonů je předpokladem pro zajištění rovného přístupu k sociálním službám i lidem se sociálně-zdravotními potřebami a zároveň pro zvyšování dostupnosti sdílené péče.
- **Zvyšování kvalifikace v oblasti pomoci při zvládání běžných úkonů péče o zdraví nastavit jako postupné, tzn. vytvořit stupňovitý vzdělávací systém** s ohledem na náročnost a odbornost sociálně-zdravotních úkonů, který bude respektovat schopnosti a dovednosti pracovníků a posílí jejich jistotu tyto úkony provádět.
- **V rámci stupňovitého vzdělávacího systému umožnit poskytování pomoci při zvládání běžných úkonů péče o zdraví i pracovníkům v sociálních službách s nižším než maturitním vzděláním.** Lze očekávat, že maturitní vzdělání bude překážkou úspěšné implementace, protože nejvyšší dosažené vzdělání tohoto segmentu pracovníků je typicky nižší. Poskytování těchto úkonů v návaznosti na stupňovitý vzdělávací systém musí umožňovat pracovníkům v sociálních službách profesní růst a snižovat fluktuaci, která je ohrožující pro zajištění odborné péče pro lidi především s vyšší mírou závislosti na péči.
- **Začlenit do vzdělávacího systému i sociální pracovníky,** kteří jsou garanti kvality poskytovaných sociálních služeb a kteří po odborné stránce vedou pracovníky v sociálních službách. Apelovat na vzdělavatele poskytující vysokoškolské akreditované vzdělávací programy v oblasti sociální práce, aby zahrnuli téma **pomoci při zvládání běžných úkonů péče o zdraví** do svých studijních plánů.
- **Zvyšování kvalifikace a poskytování pomoci při zvládání běžných úkonů péče o zdraví** zohlednit v systému odměňování pracovníků.
- **Poskytování základní činnosti pomoc při zvládání běžných úkonů péče o zdraví zohlednit v kritériích financování nebo vstupu do sítě poskytovatelů sociálních služeb.**
- **Požadovat, aby oprávnění k poskytování zdravotních služeb přibývalo u poskytovatelů ambulantních sociálních služeb péče či odlehčovacích služeb,** anebo bylo poskytnutí zdravotních úkonů zajištěno jiným způsobem, např. tím, že domácí zdravotní péči bude umožněno poskytovat tyto úkony v ambulantních sociálních službách péče.
- **Rozvíjet zdravotní respitní péči** ve všech formách včetně terénní formy.

2. Vhodné nastavení služeb sociální péče pro sdílenou péči

Problém: Sdílení péče mezi rodinami a sociálními službami je nízké. Sociální služby by přitom měly být základní oporou neformálně pečujících. Udržitelnost péče v rodinách je klíčová pro fungování systému dlouhodobé péče. Sociální služby však nejsou vždy přizpůsobeny potřebám klientů a neformálně pečujícím, a to především v těchto oblastech: časová dostupnost, znalosti a dovednosti pro podporu lidí s vyšší mírou závislosti na péči, dostatečná nabídka péče náročným klientům a efektivita využití kapacity služeb.

Cíle:

- **Služby sociální péče jsou nastavované podle potřeb uživatelů a neformálně pečujících (kapacitně, odborně, časově apod).**
- **Péče o člověka s vysokou mírou závislosti na péči je prioritizována.**

Opatření:

- **Primárně zabezpečit kapacity terénních a ambulantních služeb jako základní pilíř zajištění péče.** Při budování kapacit pobytových služeb se řídit principem poskytování služby v co nejméně omezujícím prostředí. Důsledně zvažovat trvalý finanční závazek plynoucí z budovaných kapacit pobytových služeb.
- Zavést důsledné posuzování **vhodné formy sociální služby na základě potřeb** uživatele služeb. Přednost podle zákona o sociálních službách mají takové formy poskytování sociálních služeb, které podporují setrvání osoby v jejím přirozeném sociálním prostředí.
- **Zakotvit povinnost poskytovatelů sociálních služeb péče přijímat přednostně klienty s vyšší mírou závislosti na péči.**
- Zajistit dostupnost a kontrolu **poskytování úkonů ve večerních, resp. nočních hodinách včetně víkendů**, podle potřeb uživatelů a pečujících.
- V návaznosti na poskytování péče lidem s vyšší mírou závislosti na péči a také podporu neformálně pečujících zajistit navýšení **poměru sociálních pracovníků vůči pracovníkům v sociálních službách**, kteří zajišťují péči o klienta, tj. ideálně v poměru 1 sociální pracovník ku 6–8 pracovníkům v sociálních službách.
- **Zavést povinnost pro všechny poskytovatele sociálních služeb péče zasílat oznámení o poskytovateli pomoci.** Informace z oznámení o poskytovateli pomoci příjemci příspěvku na péči využít pro řízení sítě sociálních služeb, pro prevenci kumulace poskytovatelů služeb, ale také zejména k odhalování lidí s nedostatečným zajištěním pomoci, kteří jsou mimo systém.
- **Rozvíjet systém krizových kapacit sociálních služeb** (např. krizová lůžka a personální kapacity terénních služeb) pro nenadálé situace, kdy pečující nemůže pečovat např. z důvodu nemoci.
- **Udržovat kupní sílu příspěvku na péči**, a tím posilovat finanční dostupnost služeb pro klienty. Diskutovat model individualizované finanční podpory pro lidi s nejvyšší mírou závislosti a vysokou potřebou péče.

3. Finanční a sociální zabezpečení pečujících a další klíčová podpora

Problém: Pečující osoby i přes jejich náročnou a společensky hodnotnou práci nemají nárok na sociální zabezpečení a podporu, které tradičně náleží ekonomicky aktivním lidem a které slouží k překlenutí nepříznivé sociální situace. Pečující často nemají informace o dostupné pomoci, chybí jim odpočinek a čelí chronickému přetížení, propadají se do chudoby, pokud kvůli péči nemohou pracovat. Příspěvek na péči nestačí na to, aby byl jejich důstojnou odměnou a aby současně mohli v potřebném objemu sdílet péči se službami.

Cíle:

- **Uznat péči jako společensky hodnotnou práci, která zasluhuje finanční a sociální zabezpečení.** Poskytnout rodinám adekvátní finanční prostředky, aby pokryly živobytí pečující osoby i potřebné sociální služby.
- **Umožnit pečujícím rodinám výchovu nezletilých dětí a odstranit jejich sociální znevýhodnění oproti ostatním dětem.**
- **Zajistit pečujícím přístup k informacím, odpočinku, službám a komunitní podpoře.**

Opatření:

- Zlepšit finanční zabezpečení pečujících osob, např. formou příplatku k příspěvku na péči či zavedení **odměny pro pečující jako nové sociální dávky** určené pečujícím, kteří poskytují náročnou péči a nemají jiný vlastní příjem, s cílem kompenzovat ztrátu příjmu z ekonomické činnosti během poskytování péče.
- Zavést finanční **zabezpečení pečujících v nemoci**, kdy pečující nemůže pečovat a současně je třeba finančně pokrýt náhradní péči o blízkou osobu a pečující nemá jiný vlastní příjem.
- **Výplatu příspěvku na péči zachovat při krátkodobém přerušení péče** (např. během hospitalizace blízké osoby po dobu 90 dní nepřetržitě nebo 120 dní v součtu v průběhu celého roku), po kterém pečující znovu přebírá péči a jehož délka neumožňuje jiný výdělek a současně pečující osoba nemá jiný vlastní příjem.
- Zavést **nárok na odpočinek pro pečující** (např. 14 dní za rok pro pečujícího o člověka s priznaným III. a IV. stupněm příspěvku na péči) a **poskytnutí náhradní péče zajistit státem**, např. formou odlehčovací sociální služby v pobytové či terénní formě nebo zajištění náhradní pečující osoby.
- Zavést **přídavek na potřeby dítěte** pro děti rodičů s priznaným III.–IV. stupněm příspěvku na péči.
- Posílit **sociální práci na obcích s rodinami v situaci dlouhodobé péče**, poskytovat nejen informace, ale standardně i koordinovanou podporu a pomoc a v případě potřeby case management.
- **Podporovat participaci pečujících** v plánování sociálních a návazných služeb, budovat komunitní podporu (např. svépomocné skupiny, psychologické poradenství aj.).

Tento návrh představuje základní rámec pro sdílenou péči, který zároveň reflektuje doporučení na podporu péče v domácím prostředí a naplňuje mezinárodní závazky, konkrétně Úmluvu o právech osob se zdravotním postižením. Kombinace legislativních, finančních a podpůrných opatření může během následujících čtyř let zásadně proměnit kvalitu života nejen pečujících, ale i těch, o které sami pečují, a předejít kolapsu pečujících rodin a následnému přetížení institucionálních služeb. Vyřešení základní systémové podpory pro péči v rodinách je jedním ze zásadních opatření proti důsledkům stárnutí populace.

Kontaktní osoby:

Vladimíra Ludková, senátorka, ludkovav@senat.cz

Jakub Čtvrtník, Institut sociální práce, 603 454 450, ctvrtnik@institutsocialni prace.cz

Kristýna Mlejnková, Aliance pro individualizovanou péči, 603 874 853, kristyna.mlejnkova@aipp.cz

Lucie Ovsenáková, pečující v režimu 24/7, 607 515 333, lusp@seznam.cz

V Praze dne 3. listopadu 2025