

IS THE DEINSTITUTIONALISATION OF SOCIAL SERVICES FOR THE ELDERLY A FEASIBLE CONCEPT?

Vladimír Barák¹, Vojtěch Krebs², Šimon Přecechtěl³

Abstract

The paper deals with the principle of deinstitutionalization and its application to retirement homes in the Czech Republic. The aim is to find out whether the principle of deinstitutionalization is a feasible concept for the whole country in the current socioeconomic situation and whether it is possible to exclude large-scale residential services from the future of social care. It can be concluded that all the indicators monitored (numbers of workers in social services, capacities of organisations, construction) go fundamentally against the vision of a community type of institution, which is not economically efficient but is humane. The Czech Republic does not have the capacity of services (outreach, support, etc.) and sufficient number of workers to provide home care. There are also not enough small community-type facilities, which are preferred by professionals and clients. Their possible construction can be considered a very expensive plan, given the current prices of construction works and the expected development. The principles of deinstitutionalisation that bind community-type residential institutions together are not currently achievable on a national scale. For these reasons, it is not possible in the current situation to completely exclude large-scale residential social services from the social care system and to end their financial and other support.

Keywords

Deinstitutionalization, Retirement Home, Transformation

I. Úvod

Deinstitutionalizace je proces, ve kterém dochází k celkové proměně instituce provozující sociální služby tak, aby výsledná struktura a provozování služby byly primárně orientovány na potřeby uživatelů služby, a nejen na potřeby formalizované organizace (ESF, 2011). Tento proces tak můžeme chápat jako přirozený vývoj našeho snažení o humanizaci sociální péče, kdy středobodem veškerého našeho snažení je opečovávaná osoba, v širším pojetí také její rodinní příslušníci a blízcí. Naším cílem je, aby klient sám si mohl určovat svůj denní program, nebyl tolik závislý na autoritě (vedení domova, sociálním pracovníkovi, jiném „dominantnějším“ klientovi ad.), jeho autonomie byla i po přechodu do pobytové sociální péče co nejméně omezena.

Otázku míry deinstitutionalizace znovu oživila pandemie covidu-19. Koronavirus se velmi rychle šířil v domovech sociální péče a na životech ohrožoval ty nejvíce ohrožené skupiny obyvatel: handicapované, seniory, lidi s komorbiditami. Ačkoli vláda reagovala velmi rychle a ústavní zařízení po určitou dobu takřka hermeticky uzavřela, podle některých mediálních výstupů byl v některých zařízeních virus natolik aktivní, že předčasně ukončil životy i desítek procent klientů. Stranou v tomto případě ponecháváme mediální diskurs, v němž se spolu přely dva tábory: jeden kritizoval tvrdá opatření vlády (zákazy návštěv, omezení chodu služby, volnočasových aktivit apod.) s tím, že lidé v domovech umírali „na samotu.“ Druhý tábor pak tvrdil, že opatření jsou ještě velmi mírná. Během této pře bez jasného výsledku poněkud zapadly hlasy, které tvrdily, že velké ztráty na životech u klientů sociálních služeb způsobila i výrazná institucionalizace tuzemských sociálních služeb, velké

¹ Faculty of Economics, UE Prague, W. Churchill Sq. 4, 130 67 Prague 3, Czech Republic. E-mail: vladimir.barak@vse.cz.

² Faculty of Economics, UE Prague, W. Churchill Sq. 4, 130 67 Prague 3, Czech Republic. E-mail: krebs@vse.cz.

³ Faculty of Economics, UE Prague, W. Churchill Sq. 4, 130 67 Prague 3, Czech Republic. E-mail: simonprecechtel@gmail.com.

zastoupení ústavní péče. Podle některých odborníků by se v menších sociálních zařízeních či ideálně v domácnostech virus tak rychle nešířil a v konečném důsledku by zemřelo méně lidí.

Na celé situaci lze spatřit jen velmi málo pozitivního. Jedním z mála světlých bodů však je alespoň oživení diskuse, nakolik se státu daří (či nedaří) aplikovat proces deinstitucionalizace v praxi. A zda se při jeho aplikaci na jeden segment sociálních služeb (péče o handicapované), neopomnělo na jiný (péče o seniory). V následujícím textu se snažíme nalézt odpověď na otázku, zda je deinstitucionalizace sociálních služeb pro seniory za současné situace proveditelným konceptem. Na jedné straně chápeme, že trend malých sociálních služeb komunitního typu a důraz na poskytování péče v domácím prostředí je preferovaný a v oblasti sociální práce odborně všeobecně přijatý cíl. Na druhou stranu je však nutné počítat s omezeními, která vyplývají z ekonomických i personálních možností České republiky.

II. Metodologie

V rámci výzkumu pracujeme s hlavní otázkou, kterou je proveditelnost deinstitucionalizace sociálních služeb pro seniory na národní úrovni v dnešní socioekonomické situaci. Vzhledem k faktu, že téma je poměrně politicky exponované a pohybuje se na úrovni segmentu s potenciálem ovlivňovat hospodářskou politiku ČR, je těžké ověřovat hypotézy dle pozorování (tj. požadované reformy systému sociálních služeb), kterých je z logiky věci velmi málo i v mezinárodním měřítku. Není to však nemožné. Jak dokládá Blondel (2016), je žádoucí v oblasti politologie a hospodářské politiky užívat metod komparativní analýzy. V případě tématu proveditelnosti deinstitucionalizace sociálních služeb pro seniory je situace ovšem ztížena také jedinečností českého systému sociálních služeb. Právě z těchto důvodů byl výzkum pojat jako komplexní analýza dostupných datových zdrojů, které byly zvoleny na základě zevrubné rešerše nejnovějších analýz segmentu sociálních služeb. Kapitoly 3 a 4 jsou věnovány rešerši a vymezení teoretického rámce konceptu deinstitucionalizace sociálních služeb pro seniory. V kapitole 5 je analyzován demografický vývoj v ČR, který je naprosto klíčovým východiskem pro další vývoj tohoto segmentu. Kapitoly 6 a 7 se dále zabývají rešerši, následnou syntézou a analýzou datových zdrojů týkajících se dílčích ukazatelů (vývoj kapacit služeb, vývoj zaměstnanců, investiční náklady výstavby) důležitých pro další vývoj segmentu sociálních služeb pro seniory. Na základě těchto dat ověřujeme hypotézu, zda deinstitucionalizace sociálních služeb pro seniory je proveditelný koncept na národní úrovni. Následně nabízíme dvě možná východiska pro částečnou optimalizaci situace v segmentu z pohledu nedostatečných kapacit.

III. Deinstitucionalizace v sociálních službách

Proces deinstitucionalizace je realizován prostřednictvím změny struktury, pravidel, řádu, celkové filozofie, sídla dané instituce. Deinstitucionalizace je dosahováno proměnou institucionální (ústavní) péče v péči v komunitě. Hlavním principem této přeměny je humanizace poskytované péče. Humanizací se myslí takový proces, který vede k proměně systému péče a prostředí tak, aby naplňoval práva a potřeby uživatelů. Pojem deinstitucionalizace označuje jeden z komponentů humanizace (ESF, 2011).

Ústavní péče, která dosáhla největšího rozšíření v minulém století, odpovídala tehdejší společenské situaci a plnila ve své době důležité úkoly: zabezpečení základních životních potřeb a hmotných podmínek pro ty, kteří si je nebyli schopni zabezpečit sami. Jako takové byly ústavy výrazem solidarity. Lidé, kteří v nich žili, byli vnímáni jako objekt péče a neměli možnost ovlivnit chod instituce a tím ani svůj vlastní život (MPSV, 2013).

Česká republika spolu s dalšími postkomunistickými státy přistoupila k transformaci sociálních služeb na rozdíl od západní Evropy, kde proces deinstitucionalizace probíhal již od 60. let minulého století, se zpožděním několika desetiletí. Ačkoli odborná veřejnost o nutnosti transformace sociálních služeb věděla již dříve, první možnosti o změny rigidního systému mohly být provedeny až po roce 1989. Prvními představiteli této změny byly neziskové organizace, jejíž členy často tvořili rodiče

postižených dětí, kteří chtěli svým potomkům zajistit důstojný život s kvalitními sociálními službami, jež byly velmi vzdáleny tomu, jak vnímali tehdejší ústavní péči.

V celosvětovém pohledu bylo v otázce ústavní sociální péče zásadní přijetí Všeobecné deklarace lidských práv v roce 1948, která přinesla změnu v pohledu na vztahy a uspořádání společnosti a kladla důraz na lidská práva a jejich všeobecnou platnost bez ohledu na postavení jednotlivce ve společnosti. Tato deklarace garantuje dodržování základních lidských práv všem jednotlivcům, nebere v úvahu diagnostické pojetí člověka a přiznává lidem základní lidská práva napříč věkovým, genderovým, zdravotním, náboženským či jiným složením populace.

Úmluva OSN o právech osob se zdravotním postižením (2006) na Všeobecnou deklaraci lidských práv navazuje, zdůrazňuje však potřebu větší ochrany lidí s handicapem a v souladu s vědním i společenským vývojem stanovuje státům jednoznačné cíle, pokud jde o péči o osoby se zdravotním postižením. Po státech sdružených v OSN stanovuje, že mají povinnost zajistit, aby osoby se zdravotním postižením měly možnost si zvolit, na rovnoprávném základě s ostatními, místo pobytu, kde a s kým budou žít, a nebyly nuceny žít ve specifickém prostředí. Osoby se zdravotním postižením mají mít přístup ke službám poskytovaným v domácím prostředí, k rezidenčním službám a dalším podpůrným komunitním službám, včetně osobní asistence, která je nezbytná pro nezávislý způsob života a začlenění do společnosti a zabraňuje izolaci nebo segregaci. Komunitní služby a zařízení určené široké veřejnosti musí být přístupné, na rovnoprávném základě s ostatními, i osobám se zdravotním postižením a brát v úvahu jejich potřeby (OSN, 2005).

K úmluvě se v roce 2010 připojila taktéž ČR, která však již na transformaci sociálních služeb pracovala v minulých letech ať už legislativně (přijetí zákona o sociálních službách v roce 2006) a také koncepčně (schválení Koncepce podpory transformace pobytových sociálních služeb v jiné typy sociálních služeb poskytovaných v přirozené komunitě uživatele a podporující sociální začlenění uživatele do společnosti v roce 2007). Dokument si kladl za cíl podpořit již probíhající transformační změny a usnadnit poskytovatelům, kteří se rozhodnou poskytovat sociální služby odpovídající individuálním potřebám uživatelů v jejich přirozeném prostředí, tyto změny provést. Následovaly další dokumenty, jež měly modernizovat síť sociálních služeb v ČR, systematicky vytvářet kapacity domácí i pobytové sociální péče tak, aby klient měl možnost výběru.

V České republice se podpora transformace sociálních služeb zaměřuje především na služby pro osoby se zdravotním postižením, mentálním či duševním nebo kombinovaným (byť například Koncepce podpory transformace pobytových sociálních služeb z let 2007-2015 operovala i s domovy pro seniory, v plnění konkrétních projektů, například Transformace sociálních služeb financovaného z ESF a státního rozpočtu, jednoznačně převládaly domovy pro lidi s handicapem). Stále častěji se však můžeme také setkat s transformací pobytových služeb pro seniory a dětských domovů pro ohrožené děti. Výsledkem transformačního procesu by v konečném důsledku měly být změny pro klienty, poskytovatele, zadavatele sociálních služeb i společnost coby celku. Česká republika se tak chce odchýlit od stavu pobytových služeb ústavního typu, které Erwing Goffman (in Keller, 2007) označil jako „*totální instituce*.“ Keller (2007) tento koncept popisuje jako „*organizace, které vytvářejí pro své členy prostředí, jež se v zásadním ohledu liší od životního světa, tak jak je znám běžným občanům moderní společnosti*.“ Cílem deinstitucionalizace je destrukce tohoto prostředí, a naopak prosazování takových změn, které v konečném důsledku umožní i klientům v pobytových službách žít svobodný život, chovat se autonomně a určovat si náplň svých dnů.

IV. Princip deinstitucionalizace v sociálních službách pro seniory

Podle Matouška (2008) je deinstitucionalizací myšlen „*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*.“ Ačkoli lze tento princip vnímat jako všeobecně žádoucí, stát jej dosud prosazoval zejména v oblasti sociálních služeb určených pro mentálně či fyzicky handicapované. Podle Jiřího Horeckého et al. (2020) by však „*možnost žít ve svém domácím a přirozeném prostředí, v komunitním bydlení,*

měl mít každý. “ Výjimkou jsou pouze osoby s těžkým kombinovaným postižením či těžkou nemocí, o něž není možné z objektivních důvodů pečovat doma.

Přesto Česká republika disponuje poměrně robustní sítí sociálních pobytových služeb, kdy dominantní skupinou zařízení jsou domovy pro seniory. Proč tomu tak je? Horecký et al. (2020) uvádí, že zásadním důvodem, proč není využití domácí péče dostupné pro naprosto všechny osoby s potřebou sociální péče, je nedostatek především lidských, ale také finančních zdrojů. *„Jde o nedostatek finančních zdrojů jakékoliv země, její vlády a také drtivě většiny rodin finančně zabezpečit (včetně dopadů výpadku pečujících osob z trhu práce) a zajistit personálně kvalitní a bezpečnou péči všem lidem v jejich přirozeném prostředí, a to ve všech životních situacích,*“ uvádí Horecký et. al. (2020) a dodává, že přesto, *„není možné z důvodu limitů k dosažení úplného cíle rezignovat na zásadní usilování, tedy co nejvíce se k tomuto cíli přibližovat a podpořit lidi v setrvání v jejich přirozeném sociálním prostředí, popř. umožnit jim institucionální péči opouštět, pokud je to možné a pokud si to v daný moment přejí.*“ Podpora života v takové podobě, jakou preferují sami občané, by proto měla být prioritou sociální politiky každého státu.

V polovině roku 2020 se skupina odborníků vedená Terezou Hradilkovou z iniciativy Jednota pro deinstitucionalizaci obrátila otevřeným dopisem na tehdejší ministryni Janu Maláčovou s tím, že je nutné *„restartovat deinstitucionalizaci.*“ Pandemie covid-19 podle signatářů dopisu opět naplno odhalila, nakolik je český systém sociální péče závislý na institucionalizovaném prostředí. *„Zastaralý systém sociálních služeb stojící na převážně velkokapacitních pobytových službách je pro lidi (klienty i personál) nevýhodný, ohrožující a nerespektující jejich potřeby a práva zaručené zákony. (...) Současná pandemie jen zvýraznila nebezpečí, kterým jsou lidé v ústavách vystaveni: segregace, izolace, zvýšené riziko nákazy mezi množstvím lidí a nedostatečná zdravotní péče... Přesto jsou ústavní, rezidenční služby v České republice dále rozvíjeny a podporovány,*“ uvádí se v dopisu (Hradilková et al. 2020). Odborníci v dokumentu kritizovali, že *„ústavní, rezidenční služby v České republice jsou dále rozvíjeny a podporovány investováním a provozováním velkokapacitních pobytových zařízení ústavního typu, nedostatečnou podporou komunitních služeb a pečujících osob, nedostatečnou prevencí institucionalizace ohrožených dětí, dospělých i seniorů.*“ Hradilková a další ministryni žádali, aby se investovalo do komunitních služeb a podpory pečujících osob, zastavily se investice do výstavby ústavů a zastavilo přijímání lidí do ústavů.

V určitém protikladu jsou k těmto doporučením již zmínění Horecký et al. (2020). *„U domovů pro seniory je nutné počítat s tím, že značné procento seniorů nechce zatěžovat svoje rodiny péčí o ně nebo nemá vhodné vlastní sociální prostředí. Proto je nutné za současného stavu nedostatku kapacit pobytových služeb odmítnout zastavení jejich výstavby, naopak je třeba počítat s určitým růstem počtu pobytových zařízení pro seniory. Je však nezbytné do úhrad za poskytovanou péči zahrnout určitou mírou spoluúčasti (ale pouze tam, kde to finanční situace daných rodin umožní) i rodinu. Lze podpořit snižování kapacit ve prospěch jednolůžkových pokojů, společných prostor komunitního charakteru (malých jednotek), budování respitní péče či denních stacionářů apod.*“ píše Horecký et al. (2020). Společným bodem, na kterém se výše zmínění odborníci shodnou je, že když už stavět nové domovy, pak zejména ty nízkokapacitní. Do těchto zařízení by se následně měly dostávat zejména ty osoby, jejichž zdravotní stav to skutečně vyžaduje. Zmínit si pak zasluží i fakt, že kvalitně vedené pobytové služby pro seniory (ale i další skupiny vyžadující sociální péči) princip deinstitucionalizace razí i v rámci svých aktivit. V tomto případě platí, že pobytová služba nemusí být nutně *„ústavní péčí.*“ I ve velkokapacitních pobytových službách pro seniory tedy vidíme aktivity směřující k individualizované péči, například formou dělení klientů do malých komunitních celků či menším vměšováním sociálních služeb do každodenních životů svých klientů. I zde však samozřejmě narážíme na personální i finanční možnosti v sociálních službách.

V. Demografický vývoj

Podle Průši (2021) je rostoucí potřeba dlouhodobé sociálně zdravotní péče odrazem aktuálních demografických trendů. Populace stárne ve všech evropských zemích, výrazně se zvyšuje zejména

počet osob v nejstarších věkových skupinách, které jsou v největším rozsahu závislé na poskytování sociálních služeb a zdravotní péče. Tento trend je navíc doprovázen rozpadem vícegeneračního soužití rodin, rostoucím zapojením žen na trhu práce a zvyšující se věkovou hranicí pro vznik nároku na starobní důchod. Ve svém důsledku se tak snižuje dostupnost péče poskytované rodinnými příslušníky nebo příbuznými, ale i péče poskytované profesionálními poskytovateli služeb. Vzhledem k růstu reálných příjmů obyvatel se ale zvyšují jejich nároky na kvalitu poskytovaných služeb, což se projevuje i růstem reálných příjmů pracovníků v tomto sektoru, a tedy i růstem výdajů na poskytování dlouhodobé sociálně zdravotní péče.

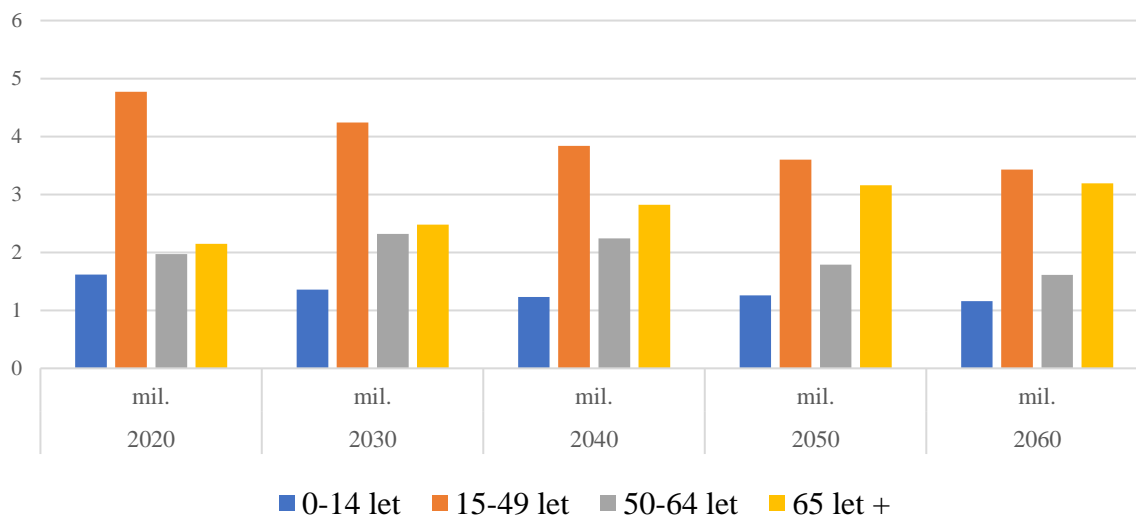
Tabulka 1 Predikce vývoje věkové struktury populace ČR od roku 2060

Věková kategorie	2020		2030		2040		2050		2060		Změna 2060*/2020	
	mil.	%	mil.	%	mil.	%	mil.	%	mil.	%	mil.	%
0-14 let	1,72	16,1	1,36	13,1	1,23	12,2	1,26	12,8	1,16	12,4	-0,56	-32,5
15-49 let	4,83	45,1	4,24	40,8	3,84	37,9	3,60	36,7	3,43	36,5	-1,40	-32,6
50-64 let	1,99	18,6	2,32	22,3	2,24	22,1	1,79	18,3	1,61	17,1	-0,38	-19,1
65 let +	2,16	20,2	2,48	23,8	2,82	27,8	3,16	32,2	3,19	34,0	+1,03	+47,7
Celkem	10,70	100	10,40	100	10,13	100	9,81	100	9,39	100	-1,31	-12,2

*projekce obyvatelstva ČR dle ČSÚ – střední variant (zaokrouhlováno na desetiny procent)

Zdroj: ČSÚ (2013)

Graf 1 Predikce vývoje věkové struktury populace ČR od roku 2060 (grafické zobrazení)



Zdroj: ČSÚ (2013)

Z predikcí vyplývá, že v následujícím období projde věková struktura velmi zásadním vývojem – zejména v neprospěch kategorie produktivního věku. Právě ta je však pro udržení zdravé ekonomiky a trhu práce zásadní. Byl nastartován trend vymírání české i světové populace, který se projeví v následujících desetiletích a který nevyřeší ani pracovní imigrace, neboť projekce ústavů počítají i s migračním saldem (Kaczor, 2018).

Jde přitom o přirozený proces. Dochází v něm k odklonu od dominantního modelu reprodukce. Ten se konstituoval v období minulého politického režimu, kdy aktuálně dochází ke značné

pluralizaci životních a reprodukčních drah. Je běžné mít pouze jedno dítě, případně vůbec žádné. Šprocha a Ďurček (2018) varují – je nutné očekávat, že bezdětnost s tím spojená absence mateřství a rodičovství se stanou důležitou součástí životních drah nezanedbatelné části žen. Rozhodnutí žen a párů musíme respektovat. Na tuto skutečnost ovlivňující demografickou strukturu se však musí sociální politika připravit, například podporou neformální péče. Profesionální sociální služby nepokryjí poptávku ze strany klientů. To nutně povede k určitému přeskupení významu jednotlivých principů sociální politiky v celém systému (Krebs et al., 2015).

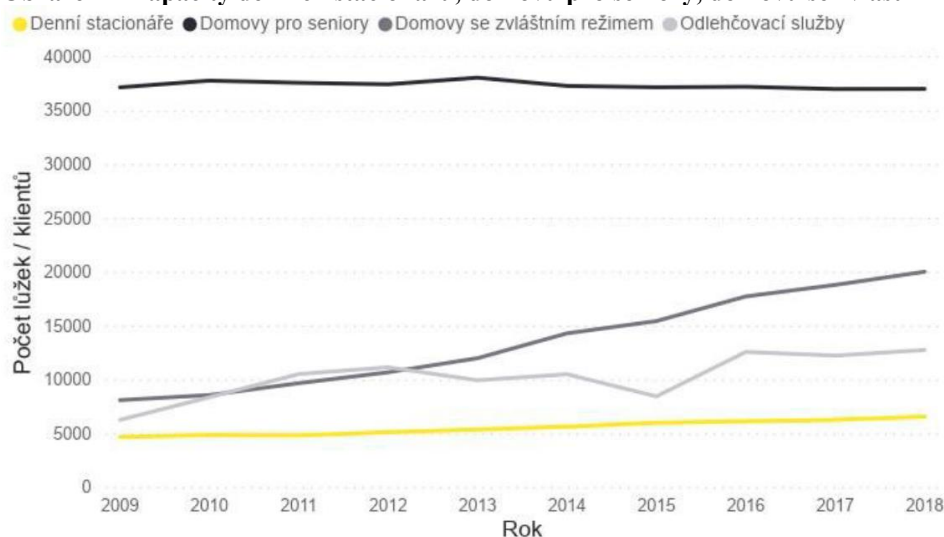
VI. Vývoj kapacit služeb a vývoj zaměstnanců pobytových zařízení

Při pohledu na předchozí kapitoly je více než jasné, že sektor sociálních služeb pro seniory v ČR čelí velké výzvě, která se rozhodně nevyřeší sama. Pro aplikování principů deinstitucionalizace na národní úrovni je důležité, aby sektor prosperoval v základních ukazatelích, kterými jsou dostatečné kapacity služeb, dostatečný počet zaměstnanců a nízkonákladová výstavba. Samozřejmě můžeme uvažovat o zavedení těchto principů i při nedokonalých podmínkách, ovšem poté musíme počítat se zvýšenými náklady na škálování tohoto projektu, a také možnými dílčími neúspěchy zavedené politiky. V následujícím textu rozebíráme všechny aspekty sektoru sociálních služeb pro seniory v ČR a jejich výhled do budoucnosti.

Vývoj kapacit služeb

Dle posledních údajů ze statistické ročenky MPSV (2021) můžeme u domovů pro seniory (DS) mluvit o kapacitě 36 465 lůžek a z toho 7 303 lůžek je zřízeno nestátními poskytovateli. U domovů se zvláštním režimem (DZR) evidujeme kapacitu 22 192 lůžek a z toho 9 854 lůžek je zřízeno nestátními poskytovateli. Z dat je evidentní, že v oblasti DZR začínají hrát velkou roli nestátní poskytovatelé sociálních služeb. Jak můžeme vidět na obrázku 1, kapacity DZR za sledované období dynamicky rostou. Tento růst je z velké míry hnán právě soukromým sektorem, který dle dat Ernst & Young (EY, 2021) zaznamenal nárůst v objemu kapacit 232,7 %.

Obrázek 1 Kapacity denních stacionářů, domovů pro seniory, domovů se zvláštním režimem v letech 2009-2018



Zdroj: Ernst & Young (2021)

Když uvažujeme budoucí vývoj kapacit těchto služeb, můžeme hledat inspiraci v práci Průši (2019), který komplexně popsal čtyři modelové situace. V rámci modelu č. 2 počítá se zachováním vybavenosti sociálních služeb daného typu na úrovni z roku 2016. Tento model předpokládá, že by do roku 2035 bylo potřeba vybudovat průměrně 237 míst v DS a DZR pro každou obec s rozšířenou působností. Z propočtů tohoto typu je jasné, že budoucí demografická situace nás buďto přivede ke snížení vybavenosti sociálních služeb, nebo k masivní investiční výstavbě v rámci segmentu pobytových sociálních služeb. Tak jako tak, je málo pravděpodobné, že by nová výstavba byla zaměřena na služby komunitního typu v momentální ekonomické situaci.

Tabulka 2 Potřebný vývoj kapacit vybraných služeb sociální péče do r. 2035 při zachování míry vybavenosti

	2016	2020	2025	2030	2035
Domov pro seniory (DS)	35 596	36 814	45 169	58 876	69 564
Domov se zvláštním režimem (DZR)	15 387	15 914	19 525	25 451	30 071

Zdroj: Průša (2019)

K podobným závěrům dochází také analýza EY (2021), kde autoři uvádějí, že pro udržení stávajícího pokrytí sociálních služeb bude zapotřebí vybudovat do roku 27 642 nových lůžek v pobytových zařízeních. Taková výstavba je při ceně 1,5 mil. Kč za lůžko vyčíslena na 41,4 mld. Kč. Závěry týkající se navýšení kapacit ze studií Průši a EY se sice liší v absolutním vyjádření, ovšem každá ze studií předpokládá zachování vybavenosti z jiného roku.

Obrázek 2 Současná vs. potřebná kapacita v pobytových zařízeních sociálních služeb pro udržení vybavenosti



Zdroj: EY (2021)

Z dat lze vyvodit závěr, že masivní investiční výstavba je nevyhnutelnou realitou, pokud nedosáhneme výrazného posunu v poskytování terénní dlouhodobé péče. Vzhledem k neprovázanosti služeb domácí péče (zdravotnictví) a pečovatelských služeb (sociální služby) je však tato představa poněkud nepravděpodobná. To dokazuje také analýza MPSV (2019), kde můžeme vidět stagnaci pečovatelských služeb za léta 2015-2018. Otázkou tedy zůstává, kdo onu masivní investiční výstavbu uskuteční, a zdali to bude v souladu s principy deinstitutionalizace.

Vývoj zaměstnanců

Při analýze možného vývoje zaměstnanců v pobytových zařízeních můžeme vycházet z práce Asociace poskytovatelů sociálních služeb (2019), kde jsou očekávané počty zaměstnanců v segmentu sociálních služeb zobrazeny v tabulce 3. Tato data odpovídají ve své podstatě výzkumu Průši (2019) a dokreslují další velmi ožehavou oblast. Kde vzít do roku 2050 dvojnásobný počet zaměstnanců pro segment sociálních služeb (v případě DZR skoro až trojnásobný)? Momentálně se trh práce v ČR potýká s extrémními podmínkami (enormně nízká nezaměstnanost) a zaměstnání v sociálních službách se často potýká s určitou dávkou stigmatizace. Tyto faktory jdou tedy přímo proti trendu zvyšování počtu zaměstnanců v segmentu sociálních služeb.

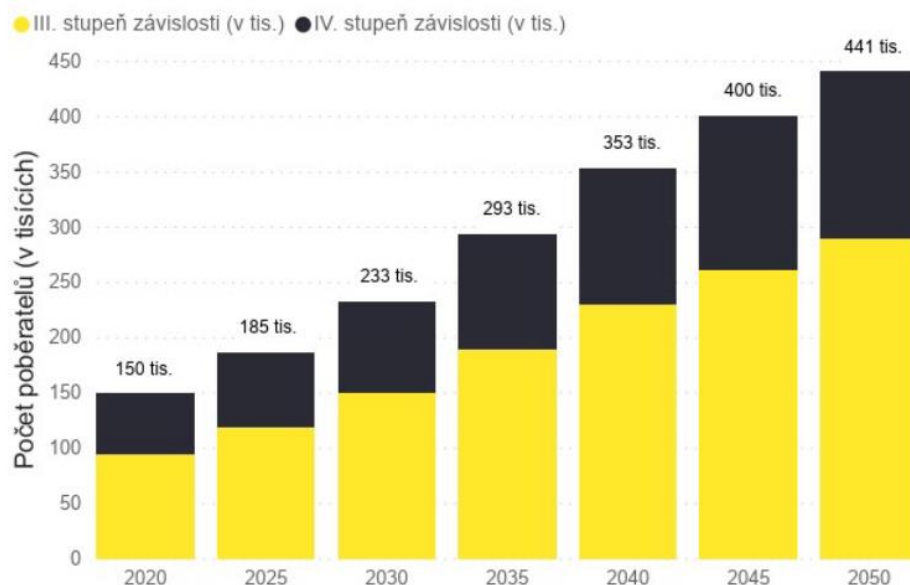
Tabulka 3 Očekávané počty zaměstnanců v segmentu sociálních služeb

	2025	2030	2035	2040	2045	2050
Domov pro seniory (DS)	33 964	45 369	54 906	58 909	60 766	63 298
Domov se zvláštním režimem (DZR)	18 344	26 732	35 047	40 495	44 755	49 728

Zdroj: Asociace poskytovatelů sociálních služeb (2019)

Situaci nezlepšuje ani fakt, že struktura klientů pobytových služeb se bude čím dál tím více přibližovat zdravotnickým zařízením typu LDN, což dokládá predikce EY (2021), ve které můžeme pozorovat zvýšení příjemců PNP ve 3. a 4. stupni v roce 2050 na 441 tisíc z dnešních 150 tisíc. Opět jde skoro o trojnásobné zvýšení této kategorie klientů, kteří potřebují intenzivní sociální i zdravotní péči. To ve výsledku taktéž komplikuje zavádění principů deinstitucionalizace tak, jak jsou definovány v předchozím textu.

Obrázek 3 Prognóza vývoje počtu jedinců s příspěvkem na péči ve III. a IV. stupni závislosti



Zdroj: EY (2021)

VII. Investiční náklady výstavby nových kapacit

Problémy sektoru sociálních služeb však nekončí u nedostatečných kapacit s pohledem na budoucí tlak silných ročníků (viz kapitoly 3 a 4). Pokud mluvíme o hypotetickém zažehnání krize, která se na nás rítí, musíme počítat s dostatečnou investiční výstavbou nových kapacit pobytových zařízení. Samozřejmě extrahujeme od faktorů jako jsou – dostatečný počet zaměstnanců, dostatečné kapacity terénních služeb dlouhodobé péče, a (v ideálním případě) také investiční výstavba pobytových zařízení komunitního typu s využitím principů deinstitucionalizace. I v tomto naprosto ideálním případě však čelíme velkému problému, a tím jsou ceny stavebních prací v kombinaci se zavírajícím se oknem příležitosti.

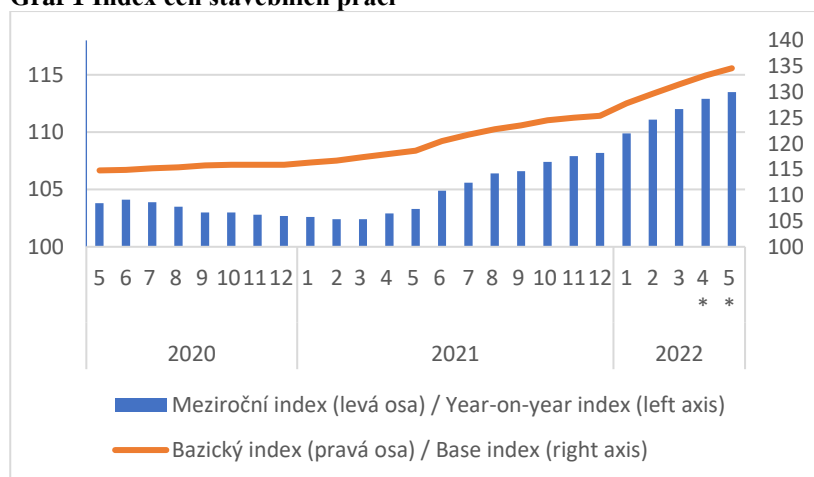
Okno příležitosti nám jasně časově vymezují dvě křivky – demografická a poptávková po službách LTC. Investiční výstavba nových kapacit však zabere určitý čas v jednotkách let, a proto je důležité proaktivní přístup a strategické plánování. Identifikovali jsme dvě cesty, jak se k problému nových kapacit postavit. První cestou je zachování statusu quo a přenechání výstavby v rukou soukromých investorů a developerů. Druhou variantou je zvýšená podpora investičních projektů na zvýšení kapacit LTC z veřejných prostředků. Obě varianty jsou naprosto validní a pravděpodobně nás čeká určitý mix zmíněných možností. Výsledek je však ohrožen raketově rostoucími cenami stavebního materiálu a stavebních prací. Toto rapidní zvyšování nákladů ovšem ohrožuje především veřejné zakázky, u kterých není možné reagovat tak pružně, jako u soukromých.

Tvrzení dokládá i kontrolní závěr Nejvyššího kontrolního úřadu 20/22 („Peněžní prostředky státu na investice v oblasti sociálních služeb“), kde je specificky řečeno, že nastavení cíle 1, tj. zvyšování kapacit pobytových sociálních služeb, neodpovídá skutečné poptávce ani předpokládanému demografickému vývoji (NKÚ 2022). Toto tvrzení dokládá i samotné MPSV (2019) ve své analýze financování sociálních služeb, kde však jako viníka označuje Ministerstvo financí. Argumentuje zde tím, že na investiční dotace dostalo MPSV žádosti v roce 2017 ve výši 4 mld. Kč a uvolněno bylo pouze 427 440 000 Kč, což naprosto jasně nereflektuje reálné potřeby v území.

MPSV (2016) dále ve své dokumentaci k programu 013 310 uvádí: „Nastavení hodnoty ukazatele cíle se opírá o parametr předpokládané výše finančních prostředků na vznik nového lůžka 1 580 000 Kč (+15% DPH) s mírou spolufinancování účastníka programu ve výši min. 25 % a ekonomickou životností 20 let.“ To pro nás znamená, že MPSV odhadovalo v roce 2016 náklad na vznik nového lůžka v hodnotě cca 1,5 mil. Kč. Tuto domněnku potvrzují také informace z webových stránek firem, zabývajících se developmentem v oblasti pobytových sociálních služeb. Společnost Ambeat Development a.s. proklamuje, že „staví do 1,5 mil. Kč za lůžko“, a společnost PFFL SICAV a.s. ve svém projektu Senevia tvrdí, že jsou schopni realizovat výstavbu v rozmezí 1-1,5 mil. Kč za lůžko. Ke stejnému odhadu nákladu na vybudování 1 lůžka se přiklání také analýza EY (2021). Je tedy možné považovat náklad 1,5 mil. Kč za lůžko za legitimní.

Vyvstává však otázka, jak se tento náklad bude pohybovat ve chvíli, kdy oproti roku 2015 (bereme jako bázi = 100) mluvíme o navýšení indexu cen stavebních prací o 34,6 procentních bodů (ČSÚ 2022). V meziročním odhadu dle ČSÚ mluvíme již o zvýšení cen stavebních prací o 13,5 % a materiálů o 26,5 %. Při pokračování tohoto trendu můžeme mluvit o nákladových šocích, které budou jistě znamenat snížení výstavby kapacit i v soukromém sektoru.

Graf 1 Index cen stavebních prací



* meziroční změny, změny proti bazickému roku 2015

Zdroj: ČSÚ (2022)

VIII. Škálovatelnost a rozhodování stakeholderů

V návaznosti na minulé kapitoly vyvstává jedna důležitá otázka – co jsme schopni dělat pro zavedení principů deinstitucionalizace? Odpověď nebude jednoznačná, ovšem je nutné se jí zabývat. V první řadě musíme konstatovat, že principy deinstitucionalizace, které k sobě pojí pobytová zařízení komunitního typu, nejsou momentálně dosažitelné v národním měřítku. Naopak, díky rostoucí inflaci, která tlačí zaměstnavatele ke zvyšujícím se mzdovým nákladům, nákladům ve stavebnictví a napjaté situaci na trhu práce, můžeme očekávat zvyšující se produktivitu a efektivitu sektoru sociálních služeb. To však znamená vytížení personálu na maximum, využití dosavadních kapacit zařízení na maximum (např. málo společenských prostorů apod.) a tlak na zvýšení či zrušení cenové regulace poplatků za stravu a ubytování (popř. tlak na sanaci nákladů státem).

Všechny tyto aspekty jdou zásadně proti vidině komunitního typu zařízení, které není ekonomicky efektivní, ale je humánní. Škálovatelnost takového typu zařízení na národní úrovni by byla problematická i za normálních podmínek, jelikož velká pobytová zařízení jednoduše získávají ekonomickou rentu ze svých výnosů z rozsahu, a proto by tato zařízení komunitního typu musela být spravována a zřizována státem, či placena movitou klientelou.

Pro dokreslení situace citujeme práci Hovorky (2022) z konference Sociální politika na NF VŠE: „V ČR existuje přibližně 100 zařízení zaměřených na seniory, které mají kapacitu pod 35 lůžek.“

Naopak 100 největších zařízení je s kapacitou nad 140 lůžek. Medián kapacity je 75 lůžek. “ Z tohoto tvrzení jasně vyplývá, že velkokapacitní pobytové služby jsou v ČR neustále aktuální a tvoří velkou část kapacit.

Pokud tedy vezmeme v potaz rozhodování stakeholderů na trhu sociálních služeb, vyvstávají v podstatě dvě možnosti, které bychom mohli kombinovat:

1. investiční dotační tituly na stavbu nových pobytových kapacit a podporu zřízení nových terénních služeb LTC,
2. zrušení regulace cenových stropů u soukromých poskytovatelů pobytových sociálních služeb a navazující příliv investičního kapitálu ze soukromého sektoru.

1. Investiční dotační tituly na stavbu nových pobytových kapacit a podporu zřízení nových terénních služeb LTC

U tohoto bodu se můžeme opět nechat inspirovat kontrolním závěrem NKÚ (2020), kde je uvedeno, že na splnění cíle 1 (zvýšení kapacit pobytových zařízení) bylo vynaloženo pouze 1,36 mld. Kč. V kontrastu s propočtem EY (2021), kde je uvedená částka stanovena minimálně na 41,4 mld. Kč, a to extrahujeme od navyšování cen stavebních prací. Určitou vzpruhou by měl být Národní plán obnovy, v jehož rámci bychom mohli počítat s masivnějším navýšením kapacity pobytových zařízení o velikosti nižších tisíců lůžek. Exaktní data však nelze odhadovat právě z důvodu ztížení situace výstavby v rámci veřejných zakázek (diskutováno v kapitole 5). I přes tento pozitivní jev je nutné mít na paměti, že dotační titul by se měl zaměřovat také na podporu nových terénních služeb LTC.

2. Zrušení regulace úhradových stropů u soukromých poskytovatelů pobytových sociálních služeb a navazující příliv investičního kapitálu ze soukromého sektoru

V návaznosti na předchozí kapitoly je také vhodné upozornit na možnost vstupu soukromého kapitálu do této těžké situace. I přes první odvážné projekty je však jasné, že většímu vstupu soukromých společností do segmentu sociálních služeb brání dvojí cenová regulace úhradových stropů. Obzvláště v dnešní době je na místě diskutovat se zástupci soukromého sektoru nad podmínkami, za kterých by byli ochotni investovat do výstavby nových zařízení. Zrušení úhradových stropů by mohlo segmentu sociálních služeb prospět jak kvantitativně, tak kvalitativně. Je však nutné mít na pozoru důležitou podmínku. Při masivním vstupu soukromého kapitálu by se musel nastavit transparentní systém dodržování standardů kvality sociálních služeb. Je nasnadě říci, že představa nízkokapacitních komunitních zařízení, které pokryjí poptávku na národní úrovni, je minulostí. Snad půjde o výborný komplement při zvládnutí těžké demografické situace. Ve světle uvedených dat však alespoň diskutujme o možnosti přechodu z cenové regulace na systém cílení kvality pobytových sociálních služeb pro seniory. Garanci minimálních standardů sociálních služeb, jak je definována v publikaci Dlouhodobá péče nejen v ČR (Průša 2021), se však jistě nevyhne.

IX. Závěr

V centru změn souvisejících s deinstitucionalizací je vždy člověk, který potřebuje nějakou podporu či pomoc. Je podporována jeho samostatnost a využití jeho potenciálu, stejně tak je podporována i jeho nezávislost na sociální službě, zapojení do běžného dění ve společnosti, tedy využívání běžných veřejných služeb, navazování formálních i neformálních vztahů, zapojování do veřejných aktivit (MPSV, 2022). V České republice se realizovalo v minulosti hned několik projektů, jejichž cílem bylo i s využitím prostředků EU nastartovat proces deinstitucionalizace, oslabit ústavní prvky, podpořit komunitní sociální služby rodinného charakteru či domácí péči. Tyto projekty se však zabývaly především zařízeními zabezpečujícími péči pro handicapované. Dominantními typy zařízení, poskytujícími péči pro seniory, se tyto projekty zabývaly pouze okrajově. Význam sociální péče poskytované spíše v menších organizacích však ukázala pandemie covid-19, kdy se velkokapacitní domovy ukázaly tváří v tvář masovému šíření viru jako obzvláště rizikové prostředí. Česká republika však nedisponuje kapacitami služeb (terénních, podpůrných apod.) a dostatečným počtem pracovníků, kteří by mohli poskytovat terénní péči. K dispozici není

ani dostatek zařízení malého komunitního typu, která jsou odbornou veřejností i klienty preferována. Jejich případná výstavba se při vědomí současných cen stavebních prací a předpokládaného vývoje dá považovat za velice nákladný plán. Lze konstatovat, že všechny sledované ukazatele jdou zásadně proti vidině komunitního typu zařízení, které není ekonomicky efektivní, ale je humánní. Principy deinstitutionalizace, které k sobě pojí pobytová zařízení komunitního typu, nejsou momentálně dosažitelné v národním měřítku. Souhlasíme v tomto ohledu s Průšou (2021), podle něhož se dlouhodobě ukazuje, že zajištění rovnováhy mezi péčí poskytovanou v pobytových zařízeních a péčí v domácím prostředí bude pro český systém dlouhodobé péče jednou z největších výzev budoucnosti. Dle analyzovaných dat můžeme téměř s jistotou říci, že principy deinstitutionalizace se v sociálních službách pro seniory budou v budoucnu prosazovat zřejmě velmi těžce, pravděpodobně jen částečně, neboť vznik nových zařízení komunitního typu můžeme téměř jistě označit za komplement, ovšem ne stavební kámen, v budoucnu vzniklých kapacit sociálních služeb pro seniory na území ČR. Na národní úrovni je tento koncept v momentální socioekonomické situaci pouze přáním. Z těchto (i dalších v předcházejícím textu popsanych) důvodů bychom měli zvážit, zda nenastal čas opustit koncept cenové regulace a přijmout koncept cílení kvality sociálních služeb pro seniory.

Financování

Príspevek financován z grantu IGA Vysoké školy ekonomické IG504032 (51/2022).

Literatura

Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR (2019). *Současná struktura služeb dlouhodobé péče a prognóza potřebnosti sociálních služeb 2019–2050*. Dostupné z [https://www.apsscr.cz/files/files/A4_STRUKTURA%20DLOUHODOBE%20PECE\(1\).pdf](https://www.apsscr.cz/files/files/A4_STRUKTURA%20DLOUHODOBE%20PECE(1).pdf) (5. 6. 2022).

Barák, V. (2022). *Úloha tzv. neformální péče v kontextu systému sociálního zabezpečení v České republice* [Disertační práce]. VŠE v Praze.

Blondel, J. (2016). *Comparative Government Introduction*. Routledge.

Český statistický úřad (2022). *Indexy cen výrobců – květen 2022*. Dostupné z <https://www.czso.cz/csu/czso/cri/indexy-cen-vyrobcu-kveten-2022> (18. 6. 2022).

Český statistický úřad (2021). *Výsledky zdravotnických účtů ČR - 2010–2019*. Dostupné z <https://www.czso.cz/csu/czso/vysledky-zdravotnickych-uctu-cr-m6hwrlzbbw> (10. 4. 2022).

Český statistický úřad (2013). *Projekce obyvatelstva České republiky do roku 2100*. Dostupné z <https://www.czso.cz/csu/czso/projekce-obyvatelstva-ceske-republiky-do-roku-2100-n-fu4s64b8h4> (10. 4. 2022).

Ernst & Young (2021). *Analýza segmentu sociálních služeb*. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR.

Evropský sociální fond (2011). *Kritéria transformace, humanizace a deinstitutionalizace vybraných služeb sociální péče*. Dostupné z <https://www.esfcr.cz/documents/21802/781974/P2+Krit%C3%A9ria+transformace%2C+humanizace+a+deinstitutionalizace/8b019a1f-ad46-4e0b-adfa-965ed817c670> (10. 6. 2022).

Hovorka, L. (2022). Zamyšlení nad stavem a směřováním péče o seniory. In Barák, V., Krebs, V. (Eds.) *Sociální politika 2021* (s. 7–18). KHSP NV VŠE v Praze a Oeconomica.

Horecký J. et al. (2020). *Asociace poskytovatelů sociálních služeb: K deinstitutionalizaci sociálních služeb*. Dostupné z https://www.apsscr.cz/files/files/A5_PRILOHA_SPOLECNE%20STANOVISKO_FINAL.pdf (18. 6. 2022).

- Hradilková, T. et al. (2020). *Jednota pro deinstitucionalizaci: Otevřený dopis ministryni práce a sociálních věcí ve věci deinstitucionalizace ze 6. 5. 2020*. Dostupné z <http://jdicz.eu/ustavy-jsou-neudrzitelne-akademici-se-pridali-k-vyzve-ministryni-malacove/> (14. 6. 2022).
- Kaczor, P. (2018). Stárnutí obyvatelstva versus ekonomická aktivita seniorů. In: *Sociální práce/Sociálna práca* 18, č.2, s. 7-21.
- Keller, J. (2007). *Sociologie organizace a byrokracie*. Praha: SLON.
- Krebs, V. et al. (2015). *Sociální politika*. Praha: Wolters Kluwer.
- Matoušek, O. (2008). *Slovník sociální práce*. Praha: Portál.
- Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR, Národní centrum podpory transformace sociálních služeb (2022). *Transformace*. Dostupné z <http://www.trass.cz/index.php/transformace/> (18. 7. 2022).
- Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR (2021). Statistická ročenka z oblasti práce a sociálních věcí 2020. Dostupné z https://www.mpsv.cz/documents/20142/975025/Statisticka_rocenka_z_oblasti_prace_a_socialnich_veci_2020+%282%29.pdf/e3f61e52-d276-80c4-2f5b-c6ab8beb16a4 (27. 7. 2022).
- Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR (2019). *Analýza financování sociálních služeb*. Dostupné z https://www.mpsv.cz/documents/20142/225517/Anal%C3%BDza+financov%C3%A1n%C3%AD+soci%C3%A1ln%C3%ADch+slu%C5%BEeb_2019.pdf/3c8c3bf8-c747-09b0-9308-3838a646c465 (17. 7. 2022).
- Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR (2016). *Dokumentace programu 013 310: Rozvoj a obnova materiálně technické základny sociálních služeb 2016-2022*. Dostupné z <https://www.mpsv.cz/documents/20142/225517/Dokumentace+programu+013+310.pdf/58a627fb-a3c5-edf3-baa0-fc7d58f6331f> (27. 7. 2022).
- Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR (2013). *Manuál transformace ústavů*. Dostupné z <http://www.trass.cz/wp-content/uploads/2016/02/text.pdf> (27. 7. 2022).
- Nejvyšší kontrolní úřad (2022). *Kontrolní závěr z kontrolní akce 20/22: Peněžní prostředky státu na investice v oblasti sociálních služeb*. Dostupné z <https://www.nku.cz/assets/konzavery/k20022.pdf> (27. 7. 2022).
- Průša, L. (2021). *Dlouhodobá péče nejen v České republice*. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR.
- Průša, L. (2019). *Kdo zabezpečí péči o naše seniory*. Demografie, 61(1), 5–18.
- Šprocha, B., Ďurček, P. (2018). *Starnutie populácie Slovenska v čase a priestore*. Bratislava: Prognostický ústav, Centrum spoločenských a psychologických vied SAV.
- Výbor OSN pro hospodářská, sociální a kulturní práva (UNFPA), State of the World Population (2005). *Chapter 3, The Promise of Human Rights*. Dostupné z https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/swp05_eng.pdf (14. 6. 2022).