

4 Dlouhodobá péče

V rámci systémů sociální ochrany obyvatelstva existuje systém, kterému Evropská unie věnuje velkou pozornost, a to **systém dlouhodobé péče**. Není divu, vždyť díky zlepšení životních a pracovních podmínek obyvatelstva, pokroku v medicíně a rozvoji v oblasti sociální péče a služeb se stále více lidí dožívá, jak v naší republice, tak i v ostatních rozvinutých státech, vysokého věku nad 80 let. Do 20 let by se měl počet 80letých zvýšit v zemích Evropské unie o 50 % a ztrojnásobit do roku 2050. V daném roce bude v České republice činit podíl seniorů nad 80 let na celkové populaci více než 13 %. Vysoký věk tedy s sebou přináší vyšší výskyt invalidity. Stále více se budou objevovat nemoci charakteristické pro tento věk, jako jsou neurodegenerativní onemocnění, zejména Alzheimerova demence. To vše vyúsťuje v závislost těchto seniorů na druhých osobách. **Hranice mezi zdravotní a sociální péčí se s přibývajícím věkem klientů ztenčuje, často není zřejmé, kdy se již nejedná o zdravotní péči, ale o péči sociální.**

Evropské země pohlížejí na potřeby seniorů komplexně a jsou připraveny zajistit k ní všeobecný přístup. Principiálně se jedná o **zrušení demarkační linie v odlišování mezi zdravotnickými a sociálními službami čili poskytování služeb na rozhraní sociální a zdravotnické péče**. Z pohledu financování to znamená použití kombinace veřejných a soukromých zdrojů a umožnění tvorby různých typů smíšeného financování, a to ze zdrojů sektoru zdravotnictví a MPSV.

Na rozdíl od ostatních evropských zemí Česká republika nemá legislativně ukotveno poskytování dlouhodobé péče, avšak služby tohoto charakteru jsou prakticky poskytovány a realizovány. Zákon o poskytování dlouhodobé péče v České republice je připraven a měl vejít v platnost již v roce 2013, avšak ministerstva zdravotnictví a práce a sociálních věcí se zatím nedokázala domluvit (Šperkerová, 2013). Jeho přijetí by přitom mělo přinést efektivnější vynakládání prostředků ze státního rozpočtu a z fondu zdravotního pojištění.

Aktuálně se Česká republika řídí strategickým dokumentem pod názvem *Národní akční plán podporující pozitivní stárnutí pro období let 2013 až 2017* (2013). Poslední kapitola nazvaná *Péče o nejkřehčí seniory⁷ s omezenou soběstačností* konstatuje,

⁷ Iva Holmerová rozlišuje seniory na skupinu 1. Elitní senioři (aktivní a úspěšní vědci, manažeři, sportovci), 2. Autonomní senioři (senioři žijící podle svých představ, pracují nebo angažují se ve veřejném nebo rodinném životě), 3. Soběstační senioři (přestali pracovat a angažovat

že senioři ve vyšším věku stále více potřebují sociálně-zdravotní péči, která je však nedostatečně provázána. Vizi tohoto dokumentu v oblasti dlouhodobé péče je dospět k vytvoření „široké nabídky provázaných sociálně-zdravotních služeb včetně zapojení pečovateli, která bude reagovat na specifické potřeby nejkřehčích seniorů s omezenou soběstačností“ (2013). S ohledem na omezený objem veřejných financí tento dokument ukládá podporovat kvalitní dlouhodobou sociálně-zdravotní péči v domácím přirozeném prostředí a pomáhat rodinným příslušníkům ke zvládnutí této péče.

4.1 Definice dlouhodobé péče

OECD definuje dlouhodobou péči jako „*spektrum kombinovaných zdravotních a sociálních služeb, které potřebují osoby se sníženou soběstačností závislé na cizí pomoci: potřebují pomoc a péči při každodenních sebeobslužných aktivitách pro zajištění důstojného života*“ (Návrh zákona, 2011).

Igor Tomeš uvádí, že tato péče je vymezena určitým komplexem služeb pro osoby s omezenou soběstačností, které jsou dlouhodobě závislé na pomoci při určitých **základních** každodenních samoobslužných činnostech: oblékání, koupání a základní hygiena, používání toalety, stravování, uléhání do lůžka a vstávání, mobilita po bytě aj. Dále se jedná o činnosti **instrumentální**, díky nimž může člověk i nadále žít ve svém prostředí a komunitě soběstačně: lehčí i náročnější domácí práce, příprava pokrmů, hospodaření s penězi, obstarávání nákupů, obsluha telefonu apod. (Tomeš, 2010a, s. 7).

Spektrum **služeb dlouhodobé péče** zahrnuje část **zdravotnických služeb** (diagnostika, léčba, předepisování léků a pomůcek, rehabilitace), jejichž cílem je zlepšení zdravotního stavu, a taktéž **pomocné služby** (pomoc v domácnosti, doprava a doprovod k lékaři, na úřady, příprava a podávání jídla, různé **sociální aktivity** apod.), které slouží ke kompenzaci déletrvající nesoběstačnosti. OECD však stanovuje, že v případě, kdy klientovi postačí čerpání pouze pomocných služeb, většinou se o uživatele dlouhodobé péče nejedná (OECD, 2005 in Tomeš, 2010a, s. 7).

Jestliže již lidé nemohou přebývat ve svém přirozeném domácím prostředí, je nezbytné pro ně zajistit umístění v zařízení, které jim poskytne trvalý nebo dlouhodobý pobyt a pomůže řešit jejich sníženou soběstačnost v návaznosti na věk a zhoršený zdravotní stav. Přitom se skloubí dopomoc při provádění bazálních i instrumentálních úkonů, poskytne kvalifikovaný lékařský dohled, různé individualizované služby

se ve společenském životě, ale žijí samostatným životem), 4. Křehcí senioři (ohrožení ztrátou soběstačnosti při jakékoli zátěži, třeba i banální nemoci), 5. Nesoběstační senioři (Holmerová, 2013).

a přihlédne k bio-psycho-sociálním i spirituálním požadavkům (Válková, Korejsová, Holmerová, 2010).

V zemích Evropské unie je v následujících desetiletích očekáván nárůst počtu nesoběstačných seniorů. V České republice za zhruba 50 let stoupne jejich celkový počet o 429 tis., což činí více než 2,5krát větší nárůst.

Tabulka č. 9 Scénář vývoje počtu lidí potřebujících dlouhodobou péči ve vybraných zemích EU (2007–2060)

Scénář vývoje počtu lidí potřebujících dlouhodobou péči ve vybraných zemích EU (2007–2060)								
Počet lidí potřebujících péči								
Počet nesoběstačných seniorů (v tis.):			z toho klienti profesionálních služeb				Neformální či 0 péče	
			v instituci		péče doma			
Rok	2007	2060	2007	2060	2007	2060	2007	2060
Belgie	455	978	118	349	130	308	207	321
Bulharsko	841	1207	35	68	62	116	744	1023
Česká republika	258	687	51	155	73	199	133	333
Dánsko	184	362	60	158	111	255		
Německo	3201	6036	541	1433	1028	2244	1612	2359
Estonsko	81	137	4	8	6	13	71	117
Irsko	93	383	22	113	40	187	30	83
Řecko	338	820	76	247	163	413	100	160
Španělsko	1728	4721	160	1148	181	1357	1366	2215
Francie	2283	4833	552	1302	953	2204	758	1327
Itálie	2515	5092	185	374	359	720	1992	3998

(Zdroj: The 2009 Ageing Report, 2009)

Ve zprávě Švédského předsednictví Evropské unie se uvádí, že vzhledem k současným i očekávaným demografickým změnám představuje pro mezinárodní srovnání dlouhodobá péče problém v celé EU, poněvadž stále ještě nejsou sjednoceny parametry a indikátory definující dlouhodobou péči a je zřejmý nedostatek podkladů a dat. „Evropská unie i jednotlivé členské země ještě mají mnoho co činit, aby se tyto služby staly službami standardními a samozřejmými tak, jak je tomu například u péče zdravotní“ (Tomeš, 2005).

Igor Tomeš provedl zhodnocení závěrů konference odborníků, zástupců vlád členských zemí, mezinárodních organizací a členů Komise sociální ochrany EU.

Konference, která se konala 12.–13. 5. 2005, se zabývala problematikou dlouhodobé péče o starší osoby. Závěrečná zpráva doporučila:

- „sjednotit úsilí zdravotníků a sociálních pracovníků v jeden systém,
- znovu definovat rozdělení odpovědnosti za dlouhodobou péči o bezmocné seniory mezi rodinu a veřejnou správu, aby stát přednostně podporoval péči o rodiny, které se starají o nemohoucího seniora“ (Tomeš, 2005).

V Evropě je otevřena cesta k nastolování koncepce dlouhodobé péče. Nyní je na jednotlivých vládách, aby dlouhodobou péči legislativně uvedly v realitu. Kupř. v Německu byla na počátku roku 2013 zavedena významná reforma dlouhodobé péče. Naproti tomu v České republice se v roce 2013 ani na druhý pokus nepodařilo přesvědčit legislativní radu vlády o vytvoření ucelené koncepce zdravotní a sociální péče formou jednoho zákona (Vostatek, 2013, s. 63).

4.2 Přípravovaný legislativní rámec systému dlouhodobé sociálně-zdravotní péče

V České republice proběhly několikaleté přípravné práce, které v roce 2011 vyústily v tzv. *Návrh věcného záměru zákona upravující řešení dlouhodobé zdravotně-sociální péče, jenž vychází z doporučení Evropské unie* (2011). Analýze nejdůležitějších bodů tohoto *Návrhu zákona* je věnována tato kapitola.

Návrh věcného záměru zákona upravující řešení dlouhodobé zdravotně-sociální péče

Cílem zpracování tohoto návrhu zákona je „zlepšit dostupnost a kvalitu této péče, stejně jako přispět k lepšímu využití existujících prostředků a sjednotit podmínky pro poskytování této péče bez ohledu na místo a způsob jejího čerpání. **Důraz** je kladen na maximální možné poskytování služeb v rámci dlouhodobé péče v přirozeném prostředí klienta.

Hlavními **principy** navrhovaného řešení jsou:

- zajištění kvalitních a dostupných služeb pro klienty,
- možnost participace klientů a jejich rodinných příslušníků na vytváření vhodné sítě poskytovatelů dlouhodobé péče,
- podporování rozvoje dlouhodobé péče především na domácí a komunitní úrovni,
- podpora otevřeného a transparentního konkurenčního prostředí při poskytování dlouhodobé péče,
- srovnání podmínek dostupnosti a kvality potřebných služeb, stejně jako finanční participace pro klienty se stejnými potřebami dlouhodobé péče, stanovení nepodmíněných standardů dlouhodobé péče,

- *vytváření podmínek pro realizaci účinné sociální a zdravotní politiky na všech úrovních veřejné správy,*
- *omezení preventabilní dysability, a tedy potřeby dlouhodobé péče,*
- *zajištění dlouhodobě udržitelného financování“ (2011).*

Jak se dále uvádí v předkládací zprávě této připravované právní úpravy, nově připravovaný systém dlouhodobé péče preferuje setrvání klientů (tudíž seniorů) v jejich přirozeném domácím prostředí. Zároveň také předpokládá další rozvoj systému **neformálních a profesionálních** pečovatелů s tím, že **za nejvhodnější způsob je považováno poskytování dlouhodobé péče v přirozeném prostředí klienta formálními poskytovateli, nebo ve formě sdílené péče** (Průša, 2011a, s. 22–23).

Návrh zákona o dlouhodobé zdravotně-sociální péči vychází ze dvou základních zdrojů, a to:

- *z návrhu zákona o zdravotní péči,*
- *z novely zákona o sociální péči.*

Poskytovatel pobytové dlouhodobé péče bude mít tedy povinnost získat registraci jak na poskytování sociální pobytové služby, tak také oprávnění poskytovat lůžkovou zdravotní péči.

Osobě, které byl přiznán status klienta dlouhodobé péče, budou **zdravotní služby** poskytovány z prostředků příslušné zdravotní pojišťovny na základě uzavřeného smluvního vztahu, **sociální služby** podle *zákona o sociálních službách* (zdrojem bude příspěvek na péči) a na něho navazující prováděcí „úhradové“ vyhlášky.

Klient dlouhodobé pobytové péče se bude podílet na úhradě nákladů na stravu a pobyt, a to podle *zákona o sociálních službách*.

Návrh zákona zavádí pojem **komunitní sestra**. Jde o styčnou osobu, která pracuje v týmu se sociálním pracovníkem na obecním úřadu obce s rozšířenou působností a zajišťuje podporu, poradenství a hodnocení zdravotních a sociálních potřeb potenciálních klientů dlouhodobé péče.

Oproti současnosti by mělo dojít ke změně v tom, že v proceduře poskytování zdravotnické a sociální péče je výrazně posílena **priorita: pacient – klient a jeho potřeby**. Tým zdravotních a sociálních pracovníků by vyhodnocoval potřebu pacienta – klienta a koordinovaně zpracovával plán sociální zdravotní péče podle potřeb. Tím by odpadla bariéra mezi poskytováním zdravotnické a sociální péče. Z pohledu *klienta* by to znamenalo, že by byl zajištěn plán dlouhodobé péče s důrazem na domácí prostředí. V oblasti financování by se pacient – klient nesetkal s tím, že podle typu zařízení by se lišil typ a výše úhrady (zdroje zdravotní pojišťovny, příspěvek na péči, vlastní úhrada). Z pohledu *jednotlivých zařízení* by odpadlo buď „zbavování se“ klienta – pacienta (typu „již nepatří na akutní lůžko“), nebo naopak boj o klienta

(soukromé léčebny dlouhodobě nemocných versus odlehčovací sociální služby), opět ve prospěch klienta. Z hlediska *státu* by došlo k celkovému zefektivnění poskytování služeb. Iva Holmerová to vystihla následujícími slovy: „*Každý si myslí, že je třeba stavět domovy a ústavy. Ale těch už je dost, zvláště pokud k nim připočteme nevyužitě kapacity ve zdravotnictví. Naopak chybějí terénní služby, aby i ne zcela soběstačný člověk mohl žít doma*“ (Šperkerová, 2013). Kvantifikací úspor zavedení koncepce dlouhodobé péče je věnován další text.

Odhad dnešních a budoucích potřeb dlouhodobé péče a jejího financování

Nově navrhovaný systém má za úkol dosažení **dlouhodobé udržitelnosti financování předmětných služeb**. Jak se dále uvádí v *Návru věcného záměru zákona upravujícího řešení dlouhodobé zdravotně-sociální péče*, z pohledu zdravotnictví je dlouhodobá péče po fázi akutní a následné péče třetí fází poskytování zdravotních služeb.

Podle odhadu Ministerstva práce a sociálních věcí dlouhodobou péči potřebovalo v roce 2009 cca 170 tis. osob. Odhad celkových veřejných nákladů na dlouhodobou péči činil v tomtéž roce zhruba 30 mld. Kč.

Z dosavadní praxe je obecně známo:

- existuje velký počet zdravotnických úkonů, které jsou poskytovány v pobytových zařízeních sociálních služeb, a přitom nejsou vykazovány; nejsou totiž uznávány zdravotními pojišťovnami, a tím pádem ani uhrazovány,
- existují sociální služby, které jsou hojně poskytovány ve zdravotnických zařízeních, nejsou však vykazovány, ba co více, jsou označovány jako výkony zdravotní, a tím pádem hrazené zdravotními pojišťovnami.

Tato zjevná **nekoordinovanost poskytování zdravotně-sociálních služeb** logicky vyúsťuje jednak v ne hospodárnost vynakládaných finančních prostředků, jednak v nízkou kvalitu poskytovaných služeb v závislosti na jejich potřebách (např. senior dožívající ve zdravotnickém zařízení nedostává příspěvek na péči podle *zákona o sociálních službách*, ale odčerpává zdroje zdravotních pojišťoven za úkony na daleko dražších lůžkách akutní nebo následné péče. Přitom nedostává potřebné sociální služby, čímž je jeho dožívání nedůstojné. Naopak zdravotní pojišťovny velice striktně hlídají finanční prostředky za zdravotní péči vynakládanou v pobytových zařízeních sociálních služeb).

Následující tabulka ukazuje, jaký je rozdíl ve vynakládaných finančních prostředcích podle typu zařízení, ve kterém se klient ocitne individuální souhrou okolností či často zcela náhodně:

Tabulka č. 10 Průměrné měsíční úhrady na lůžko v daném zařízení

	Zdravotní pojišťovna	Pacient/klient	Dotace z veřejných prostředků na lůžko	Celkem
Léčebny dlouhodobě nemocných	35 310 Kč	1 280 Kč	400 Kč	36 990 Kč
Následná péče, ošetrovatelská lůžka	31 972 Kč	1 280 Kč	1 200 Kč	33 172 Kč
Odborný léčebný ústav	38 400 Kč	1 280 Kč	1 000 Kč	39 400 Kč
Pobytové zařízení sociálních služeb (domovy pro seniory), osoba ve stupni závislosti 3	2 079 Kč	8 500 Kč + 8000 Kč	6 000 Kč	24 579 Kč

(Zdroj: Návrh zákona, 2011, s. 10)⁸

Prvořadým úkolem je tedy vyřešit problémy spojené s nerovným a roztržštěným poskytováním a financováním dlouhodobé péče. Neméně důležitým úkolem je řešit otázku **dlouhodobé udržitelnosti financování sociálních a zdravotních systémů**. Stejně jako je v oblasti důchodového zabezpečení plánováno doplnění průběžného systému zdroji založenými na úsporách, je k podobnému kroku nutno přistoupit i v oblasti dlouhodobé péče (Návrh zákona, 2011).

Budoucími dopady změn dlouhodobé péče do efektivity systému zdravotních a sociálních služeb se detailně zabývá Ladislav Průša. Jeho vlastní výpočty jsou zahrnuty do tabulky, která kvantifikuje dopady změn systému dlouhodobé sociálně-zdravotní péče v prvním roce zavedení systému.

⁸ Poznámka: Dotace jsou uměle rozpočítány na celkový počet lůžek v daných segmentech a mohou se proto regionálně a individuálně lišit. Obsahují transfery na běžné i kapitálové výdaje. V případě plateb za regulační poplatky uvažujeme i podíl osob osvobozených od regulačních poplatků podle zákona č. 48/1997 Sb.

Tabulka č. 11 Dopady změn systému financování dlouhodobé sociálně-zdravotní péče v prvním roce zavedení systému

v mil. Kč	Fondy zdravotního pojištění			Státní rozpočet			Klienti		
	nárůst	úspora	celková bilance	nárůst	úspora	celková bilance	nárůst	úspora	celková bilance
Zvýšení nákladů na financování ošetrovatelské péče v pobytových zařízeních sociálních služeb	4 344								
Poskytování služeb dlouhodobé péče bez dotací ze státního rozpočtu					4 229				
Úspora výdajů zdravotního pojištění v důsledku sjednocení systému financování		8 439							
Nárůst výdajů na příspěvek na péči v OLÚ				1 348					
Nárůst výdajů za pobyt a stravu v OLÚ							257		
Souhrnná bilance			- 4 095	1 348		- 2 881			257

(Zdroj: Průša, 2011a, s. 28)

Podle těchto propočtů by v prvním roce po zavedení nově navrhovaného systému dlouhodobé péče měly zdravotní pojišťovny jednorázově ušetřit 4,1 mld. Kč, státní rozpočet pak dalších 2,9 mld. Kč. Na druhé straně se zvětší dopad do soukromých peněženek klientů v souhrnné částce 257 mil. Kč, což je jednorázové průměrné zvýšení výdajů o 1 512 Kč na 1 klienta dlouhodobé péče v prvním roce fungování nového systému v České republice. Celková úspora nákladů v prvním roce fungování systému je spočítána na 6,7 mld. Kč.

Cenné je vyhodnocení této autorovy kvantifikace, které je na závěr kapitoly o dlouhodobé péči v plném znění citováno: „Z uvedených údajů je zřejmé, že vytvořením potřebného ‚zrcadla‘ při financování sociální a ošetrovatelské péče v pobytových zařízeních sociálních služeb by došlo k úspoře výdajů jak státního rozpočtu ve výši cca 2,9 mld. Kč, tak i fondů zdravotního pojištění ve výši cca 4,1 mld. Kč. Tato úspora výdajů na straně systému veřejného zdravotního pojištění by mohla být dále navýšena v případě výrazného zvýšení počtu lůžek, která by do tohoto systému mohla být transformována z lůžek následné péče. Tento předpoklad se jeví jako vysoce reálný, neboť zatímco v r. 2010 bylo v odborných léčebných ústavech celkem 21 648 lůžek, VZP

opakovaně tvrdí, že ve zdravotnických zařízeních je dlouhodobě umístěno na různých odděleních cca 15 tis. osob ze sociálních důvodů a tuto situaci toleruje. Pokud by všechna tato lůžka byla převedena na lůžka dlouhodobé sociálně-zdravotní péče, lze celkovou úsporu výdajů ze systému veřejného zdravotního pojištění odhadovat cca na úrovni 9,9 mld. Kč,⁹ tj. o dalších cca 5,8 mld. Kč více“ (Průša, 2011a, s. 28–29).

Dobrá praxe v České republice

I když přijetí zákona o dlouhodobé péči narazilo na bariéru „rezortismu“ (Šperkerová, 2013), dosavadní zkušenosti iniciují českou odbornou veřejnost zasazovat se o zavedení dlouhodobé péče do praxe.

Existují už také první vlaštovky fungujících zařízení dlouhodobé péče. Je jím Gerontologické centrum v Praze 8 (Šperkerová, 2013). Jedná se o městské zařízení založené v devadesátých letech. Rozvíjí se podle toho, jaké služby jsou potřebné čili prvotní je potřeba klienta. Je zde provozováno lůžkové oddělení po rehabilitaci a doléčení po překladu z nemocnice. Dvanáct lůžek je učeno pro pacienty s demencí, jímž slouží také denní stacionář. Na hospitalizaci navazuje domácí ošetrovatelská péče (home care) a domácí asistence, která navštěvuje pacienty – klienty v domácím prostředí. V Gerontologickém centru je umístěna ordinace geriatra a praktického lékaře. Doplnkovou službou je denní centrum pro seniory. Na půdě centra vznikla Česká Alzheimerovská společnost, která doplňuje služby pro pacienty s touto demencí včetně odlehčovací služby pro rodinné příslušníky, kteří se o seniora starají. Jak vysvětluje ředitelka Gerontologického centra Iva Holmerová, hospitalizace v tomto zařízení trvá zhruba jeden měsíc. Poté tým lékařů geriatra, zdravotní sestry, sociální pracovníce a fyzioterapeuta ve spolupráci s rodinou navrhne komplexní plán dlouhodobé péče. Vždy je hledáno takové řešení, aby byl pacient co nejdříve propuštěn domů. Důležité je financování služeb zařízení: jedním zdrojem jsou prostředky ze zdravotních pojišťoven, část je hrazena z příspěvku na péči a provoz centra je dotován příspěvkem městské části Praha 8. „*A vlastně šetříme systému peníze, když vracíme domů soběstačné lidi,*“ uzavírá Iva Holmerová.

Zkušenosti ze zahraničí, výše uvedené propočty, jakož i příklad dobré praxe potvrzují dříve jednoznačně dokázané hluboké podfinancování ošetrovatelské a rehabilitační péče v pobytových zařízeních sociálních služeb (Průša, 2009, s. 28–29) a zcela jednoznačně ukazují na možnosti efektivního vytvoření systému dlouhodobé sociálně-zdravotní péče. Tento systém je podporován Evropskou unií, která v něm spatřuje budoucí perspektivu, a má již četné praktické výstupy v zahraničí. V České republice se zatím nepodařilo schválit jeho legislativní rámec, a přitom je možné

⁹ Výdaje na 1 lůžko měsíčně na jednotlivých odděleních nemocnic jsou přitom několikanásobně vyšší než výdaje na 1 lůžko v odborných léčebných ústavech, z nichž se při výpočtu vycházelo.

opřít se o dobrou praxi sousedních zemí, které jsou nám historicky a kulturně nejbližší. Kromě toho, že koncepce dlouhodobé péče by přinesla úspory veřejných financí, zkvalitnila by péči o jednotlivého klienta, a navíc by posílila terénní služby poskytované v domácím prostředí, což by znamenalo další úspory systému sociální a zdravotní péče.

Navržený systém financování by přitom umožnil další potřebný rozvoj tohoto segmentu péče, neboť poskytovatelé těchto služeb by již nebyli závislí na přiznání dotací ze státního rozpočtu.

Kritickým místem tohoto řešení je „rezortismus“ čili ztížená vzájemná propustnost rezortu zdravotnictví a sociálních věcí, což ve svém důsledku způsobuje vyšší agregátní výdaje ze státního rozpočtu a přitom znesnadňuje orientaci konečným uživatelům obou systémů. Vzhledem k předpokládaným demografickým trendům je toto řešení hodnoceno jako pozitivní krok k nastartování kvalitativních změn v systému financování sociálních služeb. Systematické propojování sociálních a zdravotních služeb je nezbytnou podmínkou jejich efektivity.