#ProPodporu šitou na míru

Návrh změn sociální péče a podpory lidí se zdravotním postižením

červen 2022

www.ProPodporu.cz

www.aipp.cz

AIP
Aliance pro individualizovanou podporu

AIP
Aliance pro
individualizovanou
podporu

Aliance pro individualizovanou podporu (AIP) sdružuje převáženě rodičovské, pacientské a zastřešující organizace a spolky, které hájí zájmy osob se zdravotním postižením či chronickým onemocněním a vyššími nároky na podporu a péči a jejich pečujících.

Vznikla jako reakce na nedostatky v systematickém sledování potřeb těchto lidí a nedostatečnou dostupnost podpory a péče.

Usiluje o zlepšení podmínek lidí s vyššími nároky na podporu a péči bez ohledu na diagnózu či typ zdravotního postižení i o lepší podmínky pro pečující osoby.

Vize individualizované podpory

Individualizovaná podpora je takový systém podpory, ve kterém člověk se zdravotním postižením nebo chronickým onemocněním obdrží cenově dostupnou podporu a pomoc v míře, kvalitě a intenzitě, která odpovídá jeho individuálním potřebám. Zároveň má možnost zvolit si formu, místo, čas i četnost poskytování této podpory. Individualizovaná podpora rovněž znamená, že dosažitelnost všech existujících služeb a forem podpory nesmí záviset na tom, kde daný člověk žije.

Co chceme?

Prosazujeme spravedlivý, funkční, cenově, místně i časově dostupný systém, v němž každý člověk se zdravotním postižením nebo chronickým onemocněním dostane tolik podpory a péče, aby mohl žít nezávisle a dle svých potřeb a přání stejně jako ostatní, rozvíjet svoje schopnosti a dovednosti a být součástí komunity.

Co nechceme?

Nechceme model, který lidi se zdravotním postižením nebo chronickým onemocněním vnímá skrze jejich „omezení“, který je považuje za pasivní příjemce podpory podřízené autoritě institucí a který jim v praxi není schopen zajistit podmínky podporující možnosti vést „běžný“ život.

Kdo je v centru naší pozornosti?

- Lidé se zdravotním postižením nebo chronickým onemocněním.
- Neformální pečující.

Z čeho vycházíme?

- Ze životních zkušeností lidí se zdravotním postižením nebo chronickým onemocněním a neformálních pečujících.
- Z výzkumů a šetření, z konzultací s experty a odborníky z praxe.
- Z platné judikatury, především z nálezů Ústavního soudu, a stanovisek Veřejného ochránce práv.

Čím se inspirujeme?

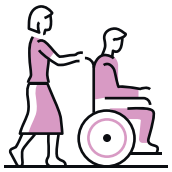
- Principy zákona o sociálních službách, které se dosud nepodařilo uspokojivě zavést do praxe a podle kterých má být poskytovaná pomoc:
  - dostupná z hlediska formy, místa, informovanosti a ceny;
  - uzpůsobena tak, aby vyhovovala potřebě člověka, a nikoliv „potřebám“ systému;
  - zabezpečována způsobem a v rozsahu, který odpovídá současnému poznání a možnostem společnosti.
- Principy Úmluvy OSN o právech osob se zdravotním postižením, zejm. jejím článkem 19 (Nezávislý způsob života a zapojení do společnosti).
- Příklady dobré domácí praxe (nastavení a postupy v agendově blízkých oblastech, opatření na regionální a místní úrovni, pilotní systémové projekty a projekty sociálních inovací).
- Příklady dobré zahraniční praxe (nastavení, postupy a opatření).

Na co se zaměřujeme?

- Jádro našeho záběru tvoří systém sociálních služeb.
- V této fázi se zaměřujeme zejména na:
  - Koordinaci sociální péče a podpory (Pilíř 1).
  - Posuzování potřeb lidí se zdravotním postižením nebo chronickým onemocněním (Pilíř 2)
  - Dostupnost sociální péče a podpory (Pilíř 3).
- K dalším oblastem změny budou patřit kontrolní mechanismy, dávky a průkazy pro osoby se zdravotním postižením, zdravotní a rehabilitační péče, kompenzační pomůcky a podpůrné technologie a konečně sjednocení pojmů vztahujících se k lidem se zdravotním postižením.

Co navrhujeme změnit?

1. Pro KOORDINOVANOU PODPORU chceme:



1.1 Zvýšit přehlednost systému sociálních služeb a informovanost o něm.

1.2 Začlenit koordinaci podpory a péče do systému sociálních služeb.

1.3 Zavést do koordinace podpory a péče principy case managementu.

1.4 Zavést systémovou podporu neformálních pečujících.

2. Pro SPRAVEDLIVÉ POSOUZENÍ POTŘEB chceme:

2.1 U příspěvku na péči posílit význam sociálních kritérií.

2.2 Do posuzování zahrnout hledisko časové a jiné náročnosti péče.

2.3 Omezit opakované posuzování zdravotního stavu na opodstatněné případy.

2.4 Přizpůsobit příspěvek na péči předpokládanému objemu péče a udržovat jeho kupní sílu.

3. Pro DOSTUPNOST SLUŽEB chceme:

3.1 Pravidelně systémově sledovat a vyhodnocovat potřeby lidí se zdravotním postižením a neformálních pečujících ve vztahu k sociálním službám a využívat tyto informace k rozvoji sítě služeb.

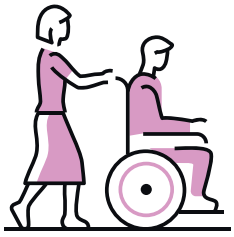
3.2 Garantovat dostupnost sociálních služeb.

3.3 Upravit systém přerozdělování financí krajům / poskytovatelům sociálních služeb.

Pilíř 1

Koordinovaná podpora

„Musela jsem si sama všechno zjistit, vybojovat, vykřičet, od lékařů, od posudkářů, od sociálních pracovnic.“



PILÍŘ 1

Koordinovaná podpora

Popis problému

Mezi obyvateli Česka je podle nejnovějších údajů ČSÚ z roku 2018 zhruba 13 % osob se zdravotním postižením, tj. více než 1,4 milionu lidí. Někteří se se svým postižením již narodili (14 %), u většiny z nich ke zhoršení zdravotního stavu došlo v průběhu života, a to buď v souvislosti s nějakým onemocněním (85 %), či úrazem (zhruba 12 %).

Životní situace každého z nás se může změnit velmi rychle. Může se stát, že v důsledku zdravotních komplikací budeme my nebo naši blízcí potřebovat ze dne na den podporu a pomoc. Čím dříve začne být taková podpora poskytována, tím je účinnější. Včasný zásah zároveň umožňuje předcházet závažnějším problémům, které jsou náročnější na řešení i vynaložené prostředky.

Systém sociálních služeb je však v České republice pro jejich klienty nebo zájemce o službu nepřehledný, roztříštěný a složitý. Není schopen včas podchytit ty, kteří potřebují pomoc, není nastaven na poskytování podpory v krizových situacích, ani nepracuje se skutečností, že potřeba péče se v průběhu života vyvíjí a proměňuje. Chybí podpora spolupráce více poskytovatelů služeb na místní úrovni a návaznost jednotlivých služeb na sebe v území.

Koordinace podpory a péče totiž není jeho svébytnou součástí a jako taková není samostatně financována. Lidé se zdravotním postižením tak jsou při zjišťování možné péče odkázáni převážně sami na sebe a podstatné informace o dostupných službách a jejich alternativách se k nim nedostávají vcelku a včas.

Case management

Case management lze překládat jako případové vedení nebo jako koordinaci podpory atd. „Koordinaci“ lze považovat za hlavní definiční charakteristiku case managementu.

Case management nabízí lidem s mnohonásobnými potřebami – kteří potřebují využívat různé sociální služby současně a zároveň i zdravotnické či školské služby nebo služby zaměstnanosti apod. – komplexní mapování potřeb, plánování podpory z různých zdrojů, zprostředkování a koordinaci této podpory, monitorování a pravidelné vyhodnocování toho, jak podpora z různých zdrojů funguje.

Zdroj: J. Paleček, J. Kostečka, Case management na obcích, 2020.

CLEVERLANCE
Create it
FINELY Crafted CODE
HANDMADE

„Ač vysokoškolsky vzdělán, tápu do dneška, protože všechno je tak složité a tak nepraktické, zabere to tolik času, který člověk potřebuje, když se věnuje plně pečovatelské práci.“

Samostatnou kapitolu pak tvoří postavení neformálních pečujících. I přestože podle údajů OECD z roku 2011 zajišťují 70-90 % veškeré dlouhodobé zdravotní
a sociální péče u nás, jsou pro systém sociálních služeb neviditelní. Chybí nejen služby, které by jejich péči nahradily v případě nemoci či potřeby oddechu. Chybí rovněž vzdělávací kurzy, kde by se naučili péči správně vykonávat. Kromě pečovatelského „volna“ v maximální délce 90 dnů (dlouhodobé ošetřovné) jim není poskytována žádná dlouhodobá a systémová aktivní pomoc.

Přitom 20 % pečujících ve výzkumu Fondu dalšího vzdělávání v roce 2015 uvedlo, že kvůli péči o blízkou osobu přišlo o práci, a 80 % z nich se s přijetím této role výrazně snížily rodinné příjmy.

Prvním pilířem pro systémovou změnu je zavedení koordinované podpory a provázení v systému sociálních služeb. Kontaktní síť poskytne lidem se zdravotním postižením nebo chronickým onemocněním a neformálním pečujícím informace včas, bude schopna podporu na různých úrovních kvalifikovaně koordinovat a najít nejvhodnější způsob pomoci.

Lepší provázanost systému sociálních služeb budou moci při výkonu svých agend využívat i institucionální aktéři, tj. především MPSV, ÚP ČR a ČSSZ, kraje a obce i jednotliví poskytovatelé sociálních služeb. Upgradovaný model podpory zároveň významně usnadní tak potřebnou integraci s péčí ve zdravotní a vzdělávací oblasti.

Souhrn požadovaných cílových změn pro Pilíř 1

1.1. Zvýšit přehlednost systému sociálních služeb a informovanost o něm.

1.2. Začlenit koordinaci podpory a péče do systému sociálních služeb.

1.3. Zavést do koordinace podpory a péče principy case managementu.

1.4. Zavést systémovou podporu neformálních pečujících.

„Na začátku prostě nemáte tu pomoc. Že až tak po dvou, třech letech se z toho dna… vyhrabete. Ale na tom dně jste úplně sami. Tam není nic.“

ZMĚNA 1.1

Zvýšit přehlednost systému sociálních služeb a informovanost o něm

Návrhy opatření AIP 1.1

A. Upravit Registr poskytovatelů sociálních služeb, aby byl přístupnější (např. pro osoby se zrakovým postižením nebo omezenými kognitivními schopnostmi) a aby nabízel srozumitelnou nabídku sociálních služeb pro veřejnost (případné doplnění zveřejňovaných údajů upravit v zákoně č. 108/2006, o sociálních službách).

B. Provázat Registr poskytovatelů sociálních služeb s nově vytvořeným národním portálem dostupnosti sociálních služeb / s nově vytvořenou přehledovou mapou dostupných služeb a vyznačením kontaktních/koordinačních míst podpory.

C. Státní správa a samospráva by měla zveřejňovat a aktualizovat maximální množství tzv. otevřených dat týkajících se oblasti sociálních služeb.

Inspirace

Německo – komplexní informační portály a brožury vydávané příslušnými ministerstvy.

Ideální cílový stav

Systém sociálních služeb je dostatečně přehledný a poskytuje potřebné informace srozumitelně, přívětivě a efektivně. Lidé se zdravotním postižením nebo chronickým onemocněním a neformální pečující mají včas dostatek aktuálních údajů o možných podobách podpory i dostupných sociálních službách. Veřejnost má k dispozici maximum dat o systému sociálních služeb, jeho nastavení i fungování.

ZMĚNA 1.2

Začlenit koordinaci podpory a péče do systému sociálních služeb

Návrhy opatření AIP 1.2

A. Koordinaci podpory a péče úpravou zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách zavést do systému sociálních služeb, např. na úrovni obcí II. a III. typu a krajů.

B. V zákoně definovat odpovědnost kontaktních/koordinačních míst a jejich působnost.

C. Po právní stránce upravit sdílení informací mezi kontaktními/koordinačními místy a relevantními orgány a institucemi veřejné správy (zejména ÚP ČR, ČSSZ, při rozšíření modelu i zdravotní pojišťovny).

Inspirace

- Projekt kontaktních/koordinačních míst AIP.
- Plán integrace zdravotní a sociální péče (Strategický rámec Zdraví 2030).
- Projekty Podpora neformálních pečujících I a II (FDV 2015 a 2019).
- Anglie – integrovaný systém podpory na úrovni obcí.

Ideální cílový stav

Kontaktní/koordinační místa podpory jsou integrální součástí systému sociálních služeb. Lidé se zdravotním postižením a neformální pečující vědí, kam se obrátit o radu a pomoc. Ostatní části systému sociálních služeb se mohou soustředit na vlastní kvalitní poskytování služeb a péče a na vzájemnou spolupráci. V rámci systému sociálních služeb jsou vytvořeny interní podmínky pro koordinaci péče na sociálně-zdravotním pomezí a dále i v oblasti vzdělávání a zaměstnávání.

ZMĚNA 1.3

Zavést do koordinace podpory a péče principy case managementu

Návrhy opatření AIP 1.3

A. Principy case managementu úpravou zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách zavést do systému sociálních služeb v souvislosti s kontaktními/koordinačními místy.

B. Sdílenou péči systémově ukotvit a vymezit v zákoně č. 108/2006 Sb., o sociálních službách.

Inspirace

- Projekt kontaktních/koordinačních míst AIP.
- Case management Magistrátu hl. m. Prahy pro osoby s PAS.
- Kontaktní centrum pro osoby náročné na péči Středočeského kraje.
- Anglie – integrovaný systém podpory na úrovni obcí.

Ideální cílový stav

Díky koordinaci sociálních služeb je podpora cílená, přiměřená a provázaná. Lidé se zdravotním postižením a neformální pečující se mohou více soustředit na situaci, v níž se ocitli, a vyrovnávat se s ní. Pozornost je věnována poskytování služeb v přirozeném, domácím prostředí a v místní komunitě a podpoře sdílené péče. Jednotlivá opatření jsou odstupňována podle naléhavosti a vážnosti potřeby – od poradenství až po individuální plánování a zprostředkování podpory a case management.

ZMĚNA 1.4

Zavést systémovou podporu neformálních pečujících

Návrhy opatření AIP 1.3

A. Definovat neformální pečující jako skupinu v zákoně č. 108/2006 Sb., o sociálních službách.

B. Legislativními úpravami doplnit chybějící systémové prvky na jejich podporu, zejména vzdělávací kurzy, rekondiční pobyty a tzv. náhradní péče.

C. Zavést speciální finanční dávku, resp. odměnu za poskytování péče pro neformální pečující.

Inspirace

- Projekty Podpora neformálních pečujících I a II (Fond dalšího vzdělávání 2015 a 2019).
- Německo – definice neformálních pečujících v zákoně, dva typy pečovatelské dovolené, náhradní péče aj.
- Rakousko – definice neformálních pečujících a poskytované služby v zákoně.

Ideální cílový stav

Neformálním pečujícím je poskytováno systematické poradenství i speciální vzdělávací kurzy a rekondiční pobyty. V systému existují vhodné sociální služby (např. náhradní péče jako zástup v případě nemoci nebo odlehčovací služby), zároveň je podporována i sdílená péče s formálními poskytovateli sociálních služeb. Pečující mají nárok na finanční podporu, která představuje kompenzaci ušlého příjmu.

Pilíř 2

Spravedlivé posouzení potřeb

„Každá sociální pracovnice posuzuje jednotlivé úkony jinak. Dokonce v každé kanceláři vám řeknou jiné informace. Na co máte nárok, o co si můžete požádat, to vám nikdo neřekne.“

PILÍŘ 2

Spravedlivé posouzení potřeb

Popis problému

Z více než 1,4 milionu lidí, které ve svém posledním šetření v roce 2018 identifikoval ČSÚ jako osoby se zdravotním postižením, pobíralo tzv. příspěvek na péči celkem 357 tisíc osob.

Více než čtyři pětiny z nich žily v soukromých domácnostech, ostatní pak ve výhradně pobytových službách (domovech pro seniory, domovech pro osoby se zdravotním postižením, domovech se zvláštním režimem, chráněném bydlení, azylových domech, týdenních stacionářích, domech na půl cesty a v sociálních službách poskytovaných ve zdravotnických zařízeních lůžkové péče).

Mezi příjemci příspěvku bylo 30 % lidí s lehkou závislostí (první stupeň), 32 % se středně těžkou závislostí (druhý stupeň), 24 % s těžkou závislostí (třetí stupeň) a 14 % s úplnou závislostí (čtvrtý stupeň).

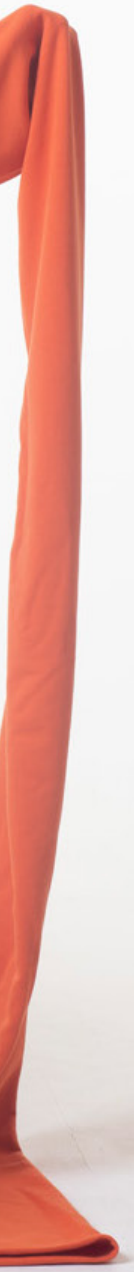
Úplná závislost byla nejčastější u lidí ve věku 20-24 let.

Příspěvek na péči a jeho absolutní a relativní kupní síla vůči potřebné době přímé péče a dohledu

Stupeň závislosti	Výše příspěvku na péči pro osoby starší 18 let měsíčně	Potřebná doba přímé péče a dohledu denně*	Časová dotace denní péče uhrazená z příspěvku na péči denně**	
			ABSOLUTNÍ POČET	V PROCENTECH
1.	880 Kč	6 hod 31 min	13 min	3 %
2.	4 400 Kč	10 hod 10 min	1 hod 5 min	11 %
3.	12 800 Kč	15 hod 54 min	3 hod 10 min	20 %
4.	19 200 Kč	18 hod 24 min	4 hod 44 min	26 %

** Michalík, J. a kol. Zdravotní postižení a pomáhající profese, 2011*

***Cena služby 135 Kč/hod, kalendářní měsíc = 30 dní. Výpočet AIP.*



„Moje dcera se orientuje doma a ve škole, ale pokud by se ocitla kdekoliv jinde, bude úplně ztracená… a orientaci máme napsanou, jako že ji zvládá.“

Vstup do systému sociální podpory a péče v podobě řízení o příspěvku na péči je v ČR nastaven nespravedlivě a nelogicky. Není totiž schopen obsáhnout specifika jednotlivých skupin lidí se zdravotním postižením nebo chronickým onemocněním, takže systémem někteří systematicky propadají. Není schopen dostatečně zohlednit jejich potřeby, zejm. v oblasti jejich zapojení do běžného sociálního a společenského života, do systému vzdělávání a na trh práce. Státem garantovaný proces posuzování je přitom složitý, nejednotný, klientsky nepřívětivý a pomalý – délka řízení by ze zákona neměla přesáhnout 105 dní, vyřízení odvolání pak může trvat dalších až 150 dní. V praxi jsme však svědky toho, že se ani ty tak dlouhé lhůty často nedodržují.

Na jeho konci pak stojí rozhodnutí o přiznání příspěvku, které pouze konstatuje, co daný člověk nezvládá, a nikoliv, jaký objem péče potřebuje, takže neobsahuje základ řešení problému. Lidé se zdravotním postižením či chronickým onemocněním jsou opakovaně posuzováni, i když se jejich stav prokazatelně nemůže změnit (např. u demence, tělesného postižení pohybového aparátu, zraku atd.).

Stávající čtyři stupně příspěvku přitom nevytvářejí dostatečně citlivou škálu, která by byla schopna pokrýt rozdíly v intenzitě potřeb lidí se zdravotním postižením nebo chronickým onemocněním. Podle důvodové zprávy k první verzi zákona o sociálních službách z roku 2006 se předpokládalo, že příspěvek pokryje 70 % nákladů na péči. Realita je ovšem taková, že lidem s nejtěžším stupněm postižení současná výše této dávky nestačí ani na třetinu potřebné péče. Ve třetím stupni lze z příspěvku podle nastavených maximálních úhrad v roce 2022 zaplatit pouze 20 % potřebné podpory a péče v rozsahu identifikovaném v roce 2011. U čtvrtého stupně příspěvku na péči, tedy osob s „úplnou závislostí“ činí tento podíl 26 %. U příspěvku není nastaven mechanismus jeho pravidelného zvyšování, takže s ohledem na inflaci a obecný růst výdajů rodin jeho kupní síla ještě dále klesá.

Druhý pilíř pro systémovou změnu představuje spravedlivé posouzení potřeb. Takové, v jehož centru stojí skutečné potřeby lidí se zdravotním postižením nebo chronickým onemocněním a situace, ve které se nacházejí. Posouzení, v rámci kterého se zjišťuje, kolik podpory a jak náročnou péči kdo potřebuje.

Informace získané během posuzování se využijí při následném plánování služeb a jejich koordinaci. Potřebnost péče bude zároveň více provázaná s výší podpory. K lidem se zdravotním postižením nebo chronickým onemocněním se tak pomoc dostane rychleji a v odpovídajícím objemu a intenzitě.

Souhrn požadovaných cílových změn pro Pilíř 2

2.1 U příspěvku na péči posílit význam sociálních kritérií.

2.2 Do posuzování zahrnout hledisko časové a jiné náročnosti péče.

2.3 Omezit opakované posuzování zdravotního stavu na opodstatněné případy.

2.4 Přizpůsobit příspěvek na péči předpokládanému objemu péče a udržovat jeho kupní sílu.

„U genetických a vrozených diagnóz by neměly být vůbec požadovány dokola nové posudky o stavu postižení – vždyť Downův syndrom nevymizí!“

ZMĚNA 2.1

U příspěvku na péči posílit význam sociálních kritérií

Návrhy opatření AIP 2.1

A. Do zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách zavést plnohodnotný sociální posudek, který nahradí dosavadní „sociální šetření“.

B. Na základě žádosti Ministerstva zdravotnictví vydat Sdělení Českého statistického úřadu o povinnosti používat Mezinárodní klasifikaci funkčních schopností disability a zdraví (MKF).

Inspirace

- Slovensko – Vedle lékařského posudku existuje i sociální posudek, ne jen sociální šetření.
- Německo – Zdravotní kritéria tvoří jen část posudku.
- Rakousko – Model tří různých plnohodnotných posudků (lékař, sociální pracovník a posuzovaný člověk nebo pečující).

Ideální cílový stav

Při posuzování pro účely příspěvku na péči má situace, v níž se člověk se zdravotním postižením nebo chronickým onemocněním nachází, stejný význam jako medicínská a funkční hlediska. Primárně se vychází z Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví, zejména z faktoru prostředí. Kritéria přitom odpovídají každodenním situacím, které lidé se zdravotním postižením a chronickým onemocněním musejí řešit, a zohledňují potenciál k dalšímu osobnímu rozvoji, k soběstačnosti a aktivnímu zapojení do společnosti, do vzdělávání a na trh práce.

Mezinárodní klasifikace funkčních schopností disability a zdraví (MKF)

Schválena Světovou zdravotnickou organizací WHO a doporučena k užívání v roce 2001. V ČR bylo její používání jako povinné zavedeno Sdělením ČSÚ od 1. července 2010. V praxi, na rozdíl od řady evropských zemí a USA, byla využívána jen okrajově a na žádost Ministerstva zdravotnictví bylo její používání ukončeno k 30. dubnu 2013.

Opětovně byla zavedena od 1. října 2020, avšak v nepovinném režimu. Tato klasifikace je založena na bio-psycho-sociálním modelu postižení, ve kterém hrají významnou roli osobnostní charakteristiky a především faktory prostředí. Stejná diagnóza totiž může mít pro různé lidi zcela odlišné následky, např. s ohledem na jejich momentální sociální situaci. pora z různých zdrojů funguje.

Zdroj: J. Paleček, J. Kostečka, Case management na obcích, 2020.

ZMĚNA 2.2

Do posuzování potřeb zahrnout hledisko časové a jiné náročnosti péče

Návrhy opatření AIP 2.2

A. Do vyhlášky č. 505/2006 Sb. zavést nový způsob posuzování „potřebnosti péče“, založený na určování časové dotace na jednotlivé úkony nebo jejich bodovém hodnocení, případně na jejich kombinaci.

B. Detaily a postupy nového posuzování dále specifikovat ve vyhlášce č. 505/2006 Sb. a v Instrukci MPSV Posuzování stupně závislosti pro účely příspěvku na péči.

Inspirace

- Rakousko – detailní příručka pro posudkové lékaře, posuzování potřebnosti péče.
- Německo – propracovaný systém bodového hodnocení, posuzování potřebnosti péče.
- Slovensko – kombinace bodového hodnocení a časového hlediska.

Ideální cílový stav

Pro účely příspěvku na péči se také vyhodnocuje předpokládaný objem péče, např. formou určování časové dotace nebo bodového hodnocení nebo jejich kombinace. Neposuzuje se „závislost“ na druhých, ale „potřebnost“ péče. Lidé se zdravotním postižením nebo chronickým onemocněním na konci posouzení vědí, kolik péče potřebují. Následná podpora více odpovídá jejich potřebám.

ZMĚNA 2.3

Omezit opakované posuzování pro účely příspěvku na opodstatněné případy

Návrhy opatření AIP 2.3

A. V zákoně č. 108/2006, příp. v instrukci MPSV „Posuzování stupně závislosti pro účely příspěvku na péči“ definovat onemocnění a jiné příčiny zdravotního postižení (nevratné zdravotní postižení tělesné, mentální, smyslové či jiné), kdy prokazatelně nemůže dojít ke zlepšení stavu. U nich stanovit, že platnost posudku bude dlouhodobá nebo trvalá.

Inspirace

Slovensko – ze zákona se nestanovuje termín opakovaného posouzení, pokud se jedná o chronický zdravotní stav s trvalým poškozením a od další léčby není možné očekávat jeho zlepšení.

Ideální cílový stav

V rámci určování doby platnosti posudku pro účely příspěvku na péči jsou definována onemocnění, u kterých prokazatelně nemůže dojít ke zlepšení stavu, a dále situace, jako je nevratné zdravotní postižení, u nichž je stanoveno, že platnost posouzení je dlouhodobá nebo trvalá. Lidé se zdravotním postižením nebo chronickým onemocněním pak v těchto případech nebudou nuceni podstupovat opakovaná vyšetření.

ZMĚNA 2.4

Přizpůsobit příspěvek na péči předpokládanému objemu péče a udržovat jeho kupní sílu

Návrhy opatření AIP 2.4

A. U každého jednotlivého stupně příspěvku na péči v zákoně č. 108/2006 Sb., o sociálních službách a ve vyhlášce č. 505/2006 Sb. přesně definovat omezení a rozsah péče (hodinová dotace / bodové hodnocení), které je nezbytné zajistit.

B. V zákoně č. 108/2006 Sb., o sociálních službách stanovit výši příspěvku na péči v jednotlivých stupních na základě reálných potřeb posuzovaných osob a časové dotace předpokládané péče.

C. Do zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách zavést valorizační mechanismus příspěvku na péči nebo jiný postup pro úpravy jeho výše.

Inspirace

- Německo – 5 stupňů, pravidelné úpravy a zvyšování příspěvku.
- Rakousko – 7 stupňů, je zavedeno kritérium časové náročnosti péče, které lze snadněji propojit s finančními nároky na podporu a péči, valorizační mechanismus.
- Slovensko – 6 stupňů, je zavedeno kritérium časové náročnosti péče, které lze snadněji propojit s finančními nároky na podporu a péči.
- Iniciativa Pátý stupeň v ČR.

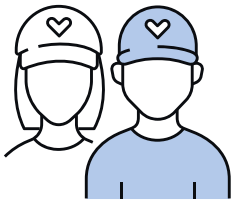
Ideální cílový stav

Příspěvek na péči jasně a transparentně zohledňuje předpokládaný objem poskytované péče. Prostřednictvím většího počtu stupňů lépe a citlivěji zohledňuje různou míru potřeby podpory a péče, kterou lidé se zdravotním postižením nebo chronickým onemocněním potřebují. Jeho „kupní síla“ se udržuje valorizačním mechanismem, nebo nepravidelnými úpravami jeho výše, a to při výskytu předem definovaných situací (např. při zvýšení maximální hodinové sazby za poskytování sociálních služeb).

Pilíř 3

Dostupné služby

„Odlehčovací
či asistenční služby
musíme domlouvat
i půl roku dopředu,
a nikdy nevíme,
jestli bude volná
kapacita.“



PILÍŘ 3

Dostupné služby

Popis problému

Z více než 1,4 milionu lidí, které ve svém posledním šetření v roce 2018 identifikoval ČSÚ jako osoby se zdravotním postižením, se celkem 337 tisícům nedostává vhodné pomoci, a to z důvodu chybějící dostupné péče. Zákon o sociálních službách, s ohledem na Úmluvu o právech osob se zdravotním postižením, přitom již 10 let formálně deklaruje právo na poskytování služeb sociální péče v nejméně omezujícím prostředí.

Podle zprávy Evropské komise z roku 2020 přibližně 20 % osob, které potřebují dlouhodobou péči, pobývá v České republice ve zdravotnických zařízeních nebo v zařízeních sociální péče. V ČR je tak institucionalizováno až o polovinu více lidí, než je tomu v jiných členských státech.

Síť sociálních služeb je totiž na území ČR rozložena velmi nerovnoměrně. Jejich dostupnost se liší v krajích, ve větších městech, menších obcích a v odlehlejších oblastech. Pro některé skupiny lidí se zdravotním postižením nebo chronickým onemocněním – např. pro osoby s chováním náročným na péči – chybí vhodné služby celkově. Nedostává se podpůrných služeb pro neformální pečující – především terénních a odlehčovacích služeb.

Na národní úrovni výrazně chybí sledování údajů o potřebách lidí se zdravotním postižením a s chronickým onemocněním a jejich pečujících. Plánování služeb tak vychází především z potřeb jejich poskytovatelů a z pohledu stávajících služeb. Financování služeb pracuje s výpočtovými vzorci, které nezohledňují rozdíly v náročnosti péče a podpory. Chybí krizová podpůrná péče pro naléhavé případy.

Terénní a ambulantní služby jsou stále poměrně méně financovány než služby pobytové. Nejsou tak dostupné nejen místně, ale v mnohých případech také časově a finančně a lidé se zdravotním postižením nebo chronickým onemocněním často nemohou svobodně zůstat ve svém domácím prostředí.

Kritická situace je například u lidí v raném dospělém věku (19 a více let), kdy se přibližně desetinásobně zvyšuje počet lidí žijících v institucích, a nikoli doma. Ústavní soud v roce 2021 přitom rozhodl, že stát má pozitivní povinnost „vytvořit co možná nejlepší podmínky pro to, aby dotčená osoba mohla žít v prostředí, které pro ni bude co nejlepší, a to nejen z hlediska čistě lékařského, nýbrž i s ohledem na její sociální potřeby a vazby.“

Rozložení vybraných sociálních služeb v ČR podle Registru poskytovatelů sociálních služeb (2022)

Odlehčovací služby

Odlehčovací služby zcela chybí v okrese Blansko. V dalších 49 okresech působí 1 až 4 odlehčovací služby a pouze ve 26 okresech je evidováno více než 5 registrovaných odlehčovacích služeb.

Raná péče

Raná péče chyběla v roce 2022 ve 47 okresech. Například na celý Ústecký kraj byla registrována pouze jedna služba rané péče.

V roce 2022 chyběla služba rané péče v Kroměříži, Pelhřimově, Jihlavě, Teplicích, Mostě, Lounech, Litoměřicích, Chomutově, Rakovníku, Příbrami, Praze-západ, Praze-východ, Nymburku, Mladé Boleslavi, Mělníku, Kolíně, Berouně, Tachově, Rokycanech, Plzni-sever, Plzni-jih, Domažlicích, Svitavách, Chrudimi, Přerově, Prostějově, Jeseníku, Opavě, Novém Jičíně, Semilech, Jablonci nad Nisou, České Lípě, Rychnově nad Kněžnou, Náchodě, Jičíně, Znojmě, Vyškově, Hodoníně, Břeclavi, Brně-venkov, Blansku, Strakonicích, Prachaticích, Písku, Jindřichově Hradci, Českém Krumlově.

V dalších 17 okresech je registrována jedna služba rané péče. V dalších okresech, jako jsou České Budějovice, Tábor nebo Praha, působí tři nebo čtyři registrované služby rané péče

Osobní asistence

Osobní asistence chybí ve čtyřech okresech: Brně-venkov, Blansku, Rakovníku, Litoměřicích.

V 33 okresech existuje jedna až dvě registrované služby osobní asistence. V dalších 33 okresech je registrováno 3 a více poskytovatelů služeb osobní asistence.

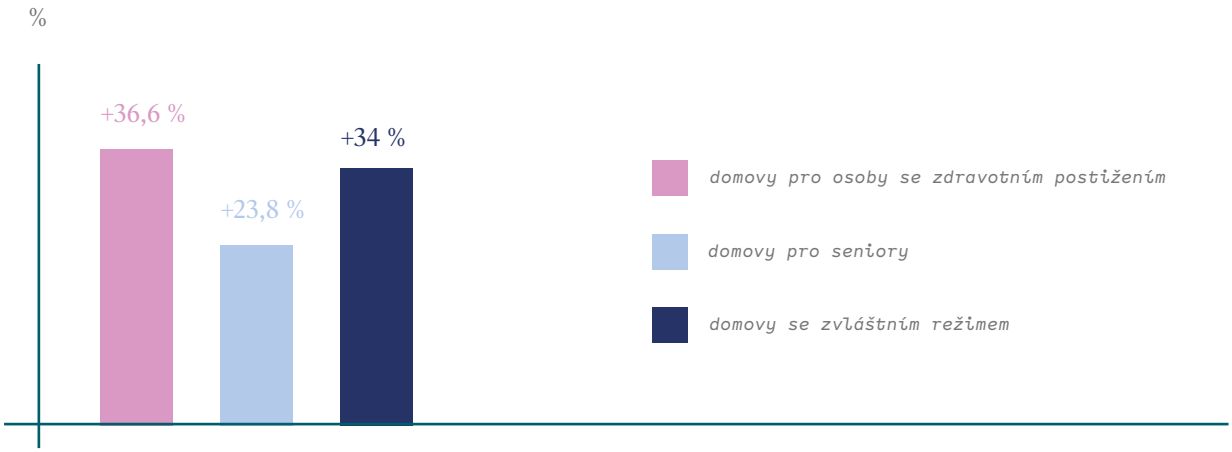
Zdroj: J. Paleček, J. Kostečka, Case management na obcích, 2020.

„Bohužel v našem regionu není odlehčovací služba, která by byla pro syna vhodná, a pokud je, je jen pro uživatele daného zařízení. Nedá se tedy využívat.“

„Bydlíme na vsi, kde autobusy nejezdí často, a osobní asistenti nejsou ochotni k nám dojíždět.“

Finanční podpora z veřejných zdrojů na osobní asistenci v porovnání s pobytovými službami.

Nárůst finančních prostředků alokovaných na osobní asistenci v letech 2012–2019 představuje pouze 36,6 % nárůstu zdrojů z veřejných rozpočtů určených pro domovy pro osoby se zdravotním postižením, 23,8 % nárůstu zdrojů z veřejných rozpočtů určených pro domovy pro seniory a 34 % nárůstu zdrojů z veřejných rozpočtů určených pro domovy se zvláštním režimem (*zdroj: A. Hofschneiderová, M. Matiasko, Institucionalizace, postižení a stárnutí. Ústavní péče o starší osoby v České republice, 2021*)



Nárůst finančních prostředků alokovaných na osobní asistenci v letech 2012–2019

Třetí pilíř pro systémovou změnu představují místně, časově, kapacitně a finančně dostupné sociální služby komunitního typu, které poskytnou potřebnou podporu každému, kdo ji potřebuje. Bez ohledu na místo jeho bydliště. To dokáže zajistit jen vyvážená síť terénních, pobytových a ambulantních sociálních služeb, která adekvátně reaguje na potřeby lidí se zdravotním postižením nebo chronickým onemocněním a neformálních pečujících.

Bude existovat „záchranná síť“ pro nenadálé případy. Pobytové, terénní a ambulantní služby budou proporčně lépe zastoupeny a sníží se umělý tlak na pobytové služby. Síť služeb bude dostatečně pružná a bude lépe pracovat s rozdílnými nároky na péči a podporu i jejich změnami v čase. Systém poskytování služeb bude více odpovídat potřebám lidí, a bude tak efektivnější a udržitelnější.

Souhrn požadovaných cílových změn pro Pilíř 3

3.1 Systémově sledovat a vyhodnocovat potřeby lidí se zdravotním postižením a neformálních pečujících ve vztahu k sociálním službám a využívat tyto informace k rozvoji sítě služeb.

3.2 Garantovat dostupnost sociálních služeb.

3.3 Upravit systém přerozdělování financí krajům / poskytovatelům sociálních služeb.

ZMĚNA 3.1

Pravidelně systémově sledovat a vyhodnocovat potřeby lidí se zdravotním postižením a neformálních pečujících ve vztahu k sociálním službám

Návrhy opatření AIP 3.1

A. Na úrovni MPSV definovat typy a struktura dat, která je třeba systematicky sledovat s vyznačením těch, která již jednotlivé instituce shromažďují.

B. Na úrovni MPSV stanovit metodický postup periodického předávání dat ze strany ÚP, ČSSZ, poskytovatelů sociálních služeb a krajů směrem k ministerstvu.

C. Stanovit periodicitu sběru dat a metody mapování a ověřování potřeb mezi osobami se zdravotním postižením, chronickým onemocněním a neformálními pečujícími.

D. Systematicky sledovat, z jakých důvodů a proč jsou konkrétní druhy služeb nedostupné, kolik zájemců o službu je odmítnuto z kapacitních důvodů.

Inspirace

- Anglie – integrovaný systém péče a statistické analýzy dostupnosti péče a služeb.
- Slovensko – novela zákona o sociálních službách, analýza dostupnosti péče v územních obvodech je základem pro další rozvoj služeb.

Ideální cílový stav

Stát pravidelně sbírá a vyhodnocuje data, na základě kterých sleduje vyváženost nabídky forem poskytování služeb (terénní, ambulantní, pobytové) a plánuje rozšíření potřebných stávajících typů sociálních služeb nebo zavedení nových (s přihlédnutím k demografickému vývoji a dalším socio-geografickým údajům). Sběr dat probíhá jednotně na území všech krajů ČR, jsou sbírána data od zadavatelů, poskytovatelů a lidí se zdravotním postižením, chronickým onemocněním a pečujících. Sleduje se především místní, časová a kapacitní dostupnost jednotlivých druhů sociálních služeb a podíl zapojení terénních, ambulantních a pobytových sociálních služeb a neformálních pečujících.

ZMĚNA 3.2

Garantovat dostupnost sociálních služeb, preferovat služby komunitního typu

Návrhy opatření AIP 3.2

A. Garanci dostupnosti sociálních služeb přesněji a jasněji definovat v zákoně č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. Současně preferovat poskytování služeb komunitního typu.

B. Legislativní úpravou zákona zavést mechanismus rozdělování prostředků státního rozpočtu mezi kraji podle identifikované potřebnosti a garantovaného nároku na dostupnost služeb.

C. Sjednotit plánovací cyklus jednotlivých krajů tak, aby střednědobé plány rozvoje sociálních služeb byly zpracovávány ve všech krajích současně, a to na základě sjednoceného monitoringu dostupnosti a potřebnosti. MPSV by mělo mít kompetenci připomínkovat, resp. upravovat plánovaný rozvoj sítí služeb, měla by být vhodně vyvážena odpovědnost mezi kraji a MPSV za dostupnost a rozvoj služeb v ČR.

Inspirace

- Pozměňovací návrh zákona, který během projednávání novely zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách přijal v srpnu 2021 Výbor pro sociální politiku Senátu ČR.
- Slovensko – poskytování terénní nebo ambulantní sociální služby má přednost před pobytovou sociální službou, při pobytové sociální službě má přednost týdenní pobytová služba před „celoroční“ pobytovou službou; přednost mají dále zařízení pobytových služeb s kapacitou nižší než 40 míst.

Ideální cílový stav

Stát definuje a garantuje dostupnost potřebných sociálních služeb a činí veškeré kroky k tomu, aby tento cíl naplnil. Do zákona o sociálních službách je ukotven mechanismus mandatorního financování dostupnosti služeb podle identifikovaných potřeb, tedy podle systematického sběru potřeb a jejich vyhodnocování.

ZMĚNA 3.3

Upravit systém přerozdělování financí krajům / poskytovatelům sociálních služeb

Návrhy opatření AIP 3.3

A. V systému financování sociálních služeb oddělit mechanismy financování terénních a ambulantních sociálních služeb od pobytových služeb. Garantovat minimální podíl prostředků dotace MPSV na financování a rozvoj terénních a ambulantních sociálních služeb, zvyšovat podíl prostředků na rozvoj těchto služeb.

B. Zvyšovat podíl prostředků na rozvoj odlehčovacích služeb.

C. V rámci programu podpory rozvoje materiální a technické základny sociálních služeb MPSV cíleně podporovat nedostupné pobytové služby (především pro osoby náročné na péči).

D. V každém kraji definovat a vytvořit kapacitu sociálních služeb pro krizové situace a akutní potřeby uživatelů související s prudkým zhoršením zdravotního stavu nebo sociální situace.

E. Do hodnocení v rámci dotačního řízení zavést bonifikace za poskytování služeb v odlehlých či hůře dostupných oblastech.

F. Při financování služeb zohledňovat nejen kapacity služeb (kontakty, lůžka), ale také časovou a jinou náročnost péče.

Inspirace

Slovensko – novela zákona o sociálních službách, analýza dostupnosti péče v územních obvodech je základem pro další rozvoj služeb.

Ideální cílový stav

Lidé se zdravotním postižením mají k dispozici dostatečnou nabídku sociálních služeb poskytujících péči v nejméně omezujícím prostředí. Terénní a ambulantní služby jsou cíleně rozvíjeny napříč regiony. Rozdělení financí krajům odpovídá skutečným potřebám rozvoje sociálních služeb k naplnění cíle.

Návrh změn Aliance pro individualizovanou podporu v systému péče a podpory lidí se zdravotním postižením a jejich pečujících

Pilíř 1: KOORDINOVANÁ PODPORA

Chybí podpora spolupráce více poskytovatelů. Jednotlivé služby na sebe nenavazují. Chybí podpora sdílené péče. Systém není schopen podchytit ty, kteří potřebují pomoc.

Proto chceme:

- Zvýšit přehlednost systému sociálních služeb a informovanost o něm.
- Začlenit koordinaci podpory a péče do systému sociálních služeb.
- Zavést do koordinace podpory a péče principy case managementu.
- Zavést systémovou podporu neformálních pečujících.

Pilíř 2: SPRAVEDLIVÉ POSUZOVÁNÍ

Proces posuzování příspěvku na péči je složitý, pomalý a nejednotný. Stále se upřednostňuje medicínské a funkční hledisko, kritéria nezohledňují skutečné potřeby lidí. Lidé propadávají systémem, ocitají se v existenčních potížích.

Proto chceme:

- U příspěvku na péči posílit význam sociálních kritérií.
- Do posuzování zahrnout hledisko časové a jiné náročnosti péče.
- Omezit opakované posuzování zdravotního stavu na opodstatněné případy.
- Přizpůsobit příspěvek na péči předpokládanému objemu péče a udržovat jeho kupní sílu.

Pilíř 3: DOSTUPNÉ SLUŽBY

Dostupnost služeb se liší v krajích, ve větších městech, menších obcích a odlehlejších oblastech. Financování služeb pracuje s výpočtovými vzorci, které nezohledňují rozdíly v náročnosti péče. Chybí krizová podpůrná péče pro naléhavé případy. Chybí podpůrné služby pro neformální pečující.

Proto chceme:

- Pravidelně systémově sledovat a vyhodnocovat potřeby lidí se zdravotním postižením a neformálních pečujících ve vztahu k sociálním službám a využívat tyto informace k rozvoji sítě služeb.
- Garantovat dostupnost sociálních služeb, preferovat služby komunitního typu.
- Upravit systém přerozdělování financí krajům /poskytovatelům sociálních služeb.
- Přizpůsobit příspěvek na péči předpokládanému objemu péče a udržovat jeho kupní sílu.

AIP
Aliance pro individualizovanou podporu

Měníme systém.
S odvahou.

Alianci pro individualizovanou podporu podporuje Nadace OSF v rámci programu Active Citizens Fund, jehož cílem je podpora občanské společnosti a posílení kapacit neziskových organizací. Program je financován z Fondů EHP a Norska.

Citace uvedené v textu:
TOMÁŠKOVÁ a kol. Studie o možnostech a významu zavedení koordinátora podpory pro pečující osoby a osoby odkázané na péči. Praha: Fond dalšího vzdělávání, 2015.

Rešerše potřeb osob se zdravotním postižením. Praha: Aliance pro individualizovanou podporu, 2020.

Creative Commons Uveďte původ-Zachovejte licenci 4.0 (CC BY-SA 4.0)

Návrh změn sociální péče a podpory lidí se zdravotním postižením
Autoři textu: Tereza Dvořáková, Jana Havlíková, Vladimíra Tomášková
Odborná revize a připomínky: Kristýna Mlejnková, Martin Šimáček, Petr Třešňák, Zbyněk Vočka
Aliance pro individualizovanou podporu
Praha, červen 2022

Údaje pro citování:
DVOŘÁKOVÁ, Tereza, HAVLÍKOVÁ, Jana, TOMÁŠKOVÁ, Vladimíra. *Návrh změn sociální péče a podpory lidí se zdravotním postižením.* Praha: Aliance pro individualizovanou podporu, 2022.

Produkce publikace: Jenda Žáček Grafický design: Gustavo Bonanno

www.aipp.cz

Aliance pro individualizovanou podporu, z.s.
Bubenská 1542/6
170 00 Praha 7 – Holešovice
info@aipp.cz
+420 722 957 109

AIP
Aliance pro
individualizovanou
podporu

www.aipp.cz

Aliance pro individualizovanou podporu, z.s.
Bubenská 1542/6
170 00 Praha 7 – Holešovice
info@aipp.cz
+420 722 957 109