

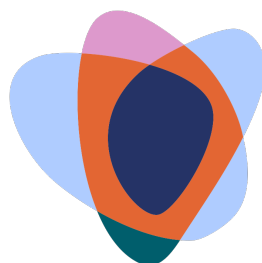
MODEL INDIVIDUALIZOVANÉ PODPORY

Analýza situace, klíčové problémy a možnosti řešení sociální péče a podpory lidí se zdravotním postižením, chronickým onemocněním a neformálních pečujících

Únor 2023

Vladimíra Tomášková
Tereza Dvořáková
Hana Geissler

www.aipp.cz
www.ProPodporu.cz



AIP
Aliance pro
individualizovanou
podporu

Obsah

Úvod	3
MANAŽERSKÉ SHRNU TÍ	5
METODOLOGIE	8
PILÍŘ 1: DOSTUPNÉ INFORMACE A KOORDINOVANÁ PODPORA	9
1.1 KLÍČOVÉ PROBLÉMY SPOJENÉ S KOORDINOVANOU PODPOROU, DOSTUPNOSTÍ INFORMACÍ A PODPOROU NEFORMÁLNÍCH PEČUJÍCÍCH	10
1.1.1 <i>Nepřehlednost systému sociální podpory a služeb a nedostupnost informací</i>	11
1.1.2 <i>Koordinace podpory a péče není systematická a jednotlivé složky spolu nekomunikují</i>	17
1.1.3 <i>Chybí systémový nástroj pro koordinaci podpory</i>	18
1.1.4 <i>Chybí systémová podpora neformálních pečujících</i>	21
1.2 MOŽNOSTI ŘEŠENÍ DEFINOVANÝCH PROBLÉMOVÝCH OBLASTÍ	24
1.2.1 <i>Zvýšení přehlednosti systému sociální podpory a služeb a zlepšení informovanosti</i>	24
1.2.2 <i>Posílení a rozvoj koordinační činnosti sociálních pracovníků ORP</i>	25
1.2.3 <i>Zavedení case managementu v sociální práci</i>	28
1.2.4 <i>Rozvoj systémové podpory neformálních pečujících</i>	30
1.3 SHRNU TÍ K 1. PILÍŘI	35
PILÍŘ 2: POSUZOVÁNÍ POTŘEB A PŘÍSPĚVEK NA PÉČI	36
2.1 KLÍČOVÉ PROBLÉMY SPOJENÉ S POSUZOVÁNÍM POTŘEB A PŘÍSPĚVKEM NA PÉČI	36
2.1.1 <i>Neefektivita posuzovacího procesu a nevyváženost role sociálního a zdravotního posouzení</i>	39
2.1.2 <i>Posuzování závislosti namísto potřebnosti péče</i>	41
2.1.3 <i>Neprovázanost výše příspěvku na péči s předpokládaným objemem, náročností a cenami péče</i>	42
2.2 PŘÍKLADY DOBRÉ PRAXE	47
2.2.1 <i>Posuzování potřeb a příspěvek na péči v Rakousku</i>	47
2.2.2 <i>Posuzování potřeb a příspěvek na péči v Německu</i>	51
2.2.3 <i>Posuzování potřeb a příspěvek na péči na Slovensku</i>	56
2.3 MOŽNOSTI ŘEŠENÍ DEFINOVANÝCH PROBLÉMOVÝCH OBLASTÍ	60
2.3.1 <i>Zefektivnění posuzovacího procesu a vyvážení role sociálního a zdravotního posudku</i>	60
2.3.2 <i>Posuzování potřebnosti péče a podpory namísto závislosti</i>	63
2.3.3 <i>Přizpůsobení výše příspěvku na péči předpokládanému objemu péče a udržování jeho kupní síly</i>	65
2.4 SHRNU TÍ K 2. PILÍŘI	68
PILÍŘ 3: ROZVINUTÁ A VYVÁŽENÁ SÍŤ SOCIÁLNÍCH SLUŽEB	69
3.1 KLÍČOVÉ PROBLÉMY SPOJENÉ S FUNGOVÁNÍM SÍŤE SOCIÁLNÍCH SLUŽEB	72
3.1.1 <i>Nedostatečné zjišťování a vyhodnocování potřeb</i>	72
3.1.2 <i>Neodpovídající financování a nedostatečný rozvoj potřebných sociálních služeb jako důsledek nedostatečného zjišťování a vyhodnocování potřeb</i>	73
3.1.3 <i>Nedostatečná garance, evidence a odpovědnost za dostupnost sociálních služeb</i>	76
3.2 MOŽNOSTI ŘEŠENÍ DEFINOVANÝCH PROBLÉMOVÝCH OBLASTÍ	79
3.2.1 <i>Nastavení periodického a systematického vyhodnocování potřeb osob se zdravotním postižením, chronickým onemocněním a pečujících</i>	79
3.2.2 <i>Garance dostupnosti sociálních služeb a úprava jejich financování a struktury</i>	82
3.3 SHRNU TÍ KE 3. PILÍŘI	87
ZÁVĚR	88
POUŽITÉ ZDROJE	92

Seznam zkratk

ADL – základní životní potřeby

CM – Case management / case manager

ČSSZ – Česká správa sociálního zabezpečení

ČSÚ – Český statistický úřad

LPS – lékařská posudková služba

MFK – Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví

MKN – Mezinárodní klasifikace nemocí

MPSV – Ministerstvo práce a sociálních věcí České republiky

MZČR – Ministerstvo zdravotnictví České republiky

NPO – Národní program obnovy

OSN – Organizace spojených národů

OZP – osoba/osoby se zdravotním postižením

PnP – příspěvek na péči

RÚIAN – registr územní identifikace, adres a nemovitostí

SPRSS – střednědobý plán rozvoje sociálních služeb

ÚP – Úřad práce České republiky

ÚS – Ústavní soud České republiky

VÚPSV – Výzkumný ústav práce a sociálních věcí

WHO – Světová zdravotnická organizace

Úvod

Mezi obyvateli ČR je podle aktuálních údajů ČSÚ z roku 2018 celkem 13 % osob se zdravotním postižením, což představuje více než 1,4 milionu lidí. Někteří se se svým postižením již narodí (14 %), u většiny z nich ke zhoršení zdravotního stavu dochází v průběhu života, a to buď v souvislosti s nějakým onemocněním (85 %), či úrazem (přibližně 12 %). Těm, kteří žijí s trvalým postižením, jej většinou způsobila nemoc (uvádí se 72 %), u osob ve věku mezi 30 a 49 lety relativně často i úraz (11 %) (ČSÚ, 2019). Je-li častou příčinou úraz nebo onemocnění, je jasné, že velká část lidí bude potřebovat nejprve akutní zdravotní péči a následně i podporu sociální péče – úpravu domácnosti, zajištění sociálních služeb, finanční pomoc, podporu při vzdělávání a pracovním uplatnění. Změna zdravotní situace je často nevratná, poskytovaná podpora proto musí být komplexní a dlouhodobá.

Uvedené údaje mimo jiné ukazují, že **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 a že se velice rychle můžeme ocitnout buď v roli osoby závislé na pomoci druhých, nebo v roli tzv. neformálního pečujícího, který potřebuje zajistit pomoc pro svého blízkého. Tuto nepříznivou sociální situaci současně téměř nelze vlastními silami odvrátit či bez pomoci veřejného sektoru a služeb zvládnout. Právě proto je potřeba, aby systém sociální podpory fungoval efektivně, rychle a pružně – tedy aby byl připraven jak na poměrně vysoký počet osob, které jeho pomoc potřebují, tak na proměnlivost situace a skutečnost, že se může kdykoliv radikálně změnit. A právě to je v současnosti jeden z jeho největších nedostatků.

Smyslem tohoto textu bylo provést analýzu současné situace v sociální podpoře osob se zdravotním postižením (dále je používáno také souhrnné označení OZP), chronickým onemocněním a pečujícími, popsat nejzávažnější problémy a navrhnout možnosti jejich řešení. Návrhy řešení by měly vést k **potřebným systémovým změnám** v sociální podpoře uvedených skupin osob, neboť se dlouhodobě ukazuje, že jejich situace je stále velice neuspokojivá a její řešení se bez významných systémových změn neobejde.

Hlavním a nejdůležitějším cílem, kterého chceme změnami v systémové podpoře dosáhnout, je umožnit osobám se zdravotním postižením, chronickým onemocněním a pečujícím vést kvalitní a důstojný život. To obnáší i to, aby lidé s postižením mohli žít v přirozeném prostředí a aby pečující nebyli nadměru přetížení poskytováním péče, mohli vést uspokojivě i svůj vlastní osobní život, a aby péče v přirozeném prostředí byla celkově udržitelná. Dalším významným cílem je dosažení skutečně individualizované podpory – tedy takové, která nebude každému jedinci nabízet podobné či shodné možnosti (jež mu nemusí vyhovovat), ale bude umět reagovat na jeho skutečné potřeby a preference. **Chceme-li totiž nastolit skutečně efektivní systém podpory osob se zdravotním postižením a chronickým onemocněním, musí podporu dostat každý, kdo ji potřebuje, v míře, která odpovídá jeho potřebám.** Tento princip ostatně vyplývá ze samotného zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, v němž stojí, že *„pomoc musí vycházet z individuálně určených potřeb osob, musí působit na osoby aktivně, podporovat rozvoj jejich samostatnosti, motivovat je k takovým činnostem, které nevedou k dlouhodobému setrvávání nebo prohlubování nepříznivé sociální situace, a posilovat jejich sociální začleňování...“* (zákon č. 108/2006 Sb.).

Jedna věc však je, co zákon deklaruje, a druhá, zda je tento princip v praxi skutečně naplňován. **Mnohé zdroje dokazují a naše analýza potvrzuje, že zákonem deklarovaný princip stále není naplňován dostatečně. Přináší to s sebou značné množství negativních důsledků nejen pro jednotlivce, kteří potřebují sociální podporu**

a pomoc, ale i pro systém samotný. Navíc na různé problémy je upozorňováno dlouhodobě a opakovaně. Proč se tedy stále nedaří najít a zavést vhodné řešení?

Vysvětlení spočívá v tom, že je velmi mnoho příčin, které tento stav způsobují. Ačkoliv se o nich ví, nemusí být vždy nahlíženy společně a komplexně, tj. se všemi vzájemnými vazbami a v kontextu různých sociálních jevů. S tímto vědomím jsme přistoupili k tvorbě tohoto textu a **snažili jsme se na sledované problémy nahlížet komplexně, tedy včetně jejich vzájemných vazeb a společných důsledků, které jejich (ne)řešení představuje pro život osob se zdravotním postižením, chronickým onemocněním¹ i jejich rodin a okolí.** Na ty se totiž mnohdy neklade potřebný důraz, ačkoliv mohou mít na určitý problém nebo i celkovou situaci významný vliv.

Přetrvávající nedostatky v systému sociální podpory, které vrhají osoby se zdravotním postižením a jejich pečující do existenčně prekérních situací nebo situací, v nichž není zaručena jejich důstojnost, či takových, které garantují nízkou kvalitu života. Komplexní řešení identifikovaných problémů není snadné, často však chybí dostatek vůle tvůrců politik a rozhodovatelů se situací ohrožených skupin zabývat, správně porozumět jejich potřebám a v jejich prospěch vynakládat veřejné prostředky. **Cílem navrženého modelu je tak poskytnout Alianci pro individualizovanou podporu odborné východisko pro advokační činnost a hájení zájmů a práv osob se zdravotním postižením a pečujících do dalších let.**

¹ Lidé s chronickým onemocněním bývají často řazeni do skupiny osob se zdravotním postižením. Pokud tedy nebudou v dalším textu explicitně zmiňováni, znamená to, že vycházíme z tohoto zvyku a že uvedené skutečnosti se vztahují i na ně.

Manažerské shrnutí

Text analyzuje různé problémy, které jsme identifikovali jako klíčové v oblasti sociální podpory osob se zdravotním postižením, chronickým onemocněním a pečujícími. Identifikovaných problémů nebylo málo a v mnohém zahrnují témata, na které je dlouhodobě opakovaně upozorňováno odbornou komunitou. Tematicky jsme je rozdělili do tří skupin a nazvali je „**pilíře individualizované podpory.**“

V prvním pilíři nazvaném „**Dostupné informace a koordinovaná podpora**“ sledujeme nepřehlednost systému podpory a s ní související nedostupnost informací pro OZP a neformální pečující. Způsob, jímž jsou důležité informace zpracovány a prezentovány na webových portálech významných institucí státní správy, neposkytuje cílové skupině srozumitelné a snadno vyhledatelné informace. Navrhujeme proto opatření, která povedou ke zvýšení uživatelské vstřícnosti informačních portálů, a tak i ke zvýšení informovanosti OZP a pečujících o existující podpoře.

Druhým problémem sledovaným v prvním pilíři je **nekoordinovanost podpory, která vzniká roztržitostí, neprovázaností a nedostatečnou spoluprací mezi jednotlivými aktéry, organizacemi a službami.** Zvažovaným řešením posílení koordinační činnosti pracovníků obcí s rozšířenou působností (ORP), posílení kapacity a role sociální práce a případné zavedení pozice koordinátora podpory. Vhodné řešení problémů nabízí i metoda „**case management,**“ která úspěšně funguje buď jako metoda práce s klientem nebo právě jako metoda pro zajištění koordinované podpory. Dosud však není v České republice příliš známý a rozšířený, analyzujeme proto potenciál a možnosti jeho širšího uplatnění.

Posledním klíčovým problémem prvního pilíře je nedostatečná systémová podpora neformálních pečujících. Pečující často poskytují intenzivní a nezbytnou péči, celkově pokryjí 80 % poskytované péče. Jejich činnost je pro život mnoha osob s postižením nenahraditelná. Tím, že zajišťují péči v domácím prostředí, mnohdy bez pomoci (nedostupných) profesionálních služeb, zajišťují systému významné úspory. Současně však pečovatelský závazek negativně dopadá na jejich vlastní život a sami se ocitají v sociálně nepříznivé situaci. Přesto přímo jim není nabízena téměř žádná podpora a pomoc. Navrhujeme proto ukotvení pečujících jako samostatné cílové skupiny v zákoně o sociálních službách, na jejímž základě by bylo možné rozvíjet jejich podporu pomocí služeb. Zabýváme se také otázkou dostupnosti sociálních služeb pro OZP a zejména pak odlehčovacích služeb, protože sdílená péče a umožnění odpočinku je základním předpokladem pro udržitelnost péče a umožnění pečujícím žít důstojně také vlastní život.

„**Posuzování potřeb a příspěvek na péči**“ je název druhého pilíře. Dostupnost sociální podpory a služeb je propojená s posouzením zdravotního stavu a přidělením příspěvku na péči, který je základní sociální dávkou financování sociální péče a služeb. V souvislosti s ním je však dlouhodobě poukazováno na různé nedostatky a nedostatečné plnění funkce.

Inspiraci pro řešení nedostatků českého systému posuzování potřeb a příspěvku na péči jsme hledali v zahraniční praxi, a to hned tří sousedních států – Rakouska, Německa a Slovenska, které reprezentují podobný typ sociálního státu, a tak mají největší potenciál pro přenositelnost dobré praxe. **Ukázalo se, že pokud se podrobněji seznámíme se systémem posuzování potřeb a fungováním příspěvku na péči v každém z těchto států, nalezneme inspiraci pro řešení mnoha problémů, s nimiž se v české praxi potýkáme.** Rakousko i Německo nabízejí velmi inspirativní systémy posuzování potřeb a zdravotního stavu. Oba jsou přehlednější a jednodušší, oba nabízejí způsoby, jak se vyvarovat a zbavit problematických univerzálních nastavení, která se objevují v českém systému a způsobují jeho nepřehlednost, neefektivitu, komplikovanost i

nespravedlnost vůči některým skupinám obyvatel. Slovenský systém jako celek takových kvalit nedosahuje, avšak nabízí zajímavé příklady dílčích opatření, která mohou některé problémy alespoň zmírnit. Všechny tři státy mají také mnohem více propracovaný příspěvek na péči, který na systém posuzování navazuje. **Podrobná představa o fungování systému posuzování potřeb v jiných státech nám pomohla nalézt možná řešení klíčových problémů.**

Prvním problémem popisovaným v rámci druhého pilíře je **neefektivita posuzovacího procesu** a nevyváženost role sociálního a zdravotního posouzení. Navrhujeme proto **posílení významu sociálních kritérií při posuzování zdravotního stavu**. Inspirujeme se přitom v německém a rakouském modelu posuzování. Oba jsou přehlednější, pružnější a vyváženější, pokud jde o sociální a zdravotní stránku posuzování. Druhá sledovaná oblast se týká faktu, že **v českém systému není posuzována potřeba péče, ale závislost**, což mimo jiné vede k tomu, že přiznávaná podpora mnohdy neodpovídá potřebám. K tomu přispívá i to, že **není sledováno hledisko časové a jiné náročnosti péče, což by měla být základní kritéria pro stanovení výše příspěvku na péči**.

Analýza prokázala, že jedním z nejvážnějších nedostatků systému posuzování potřeb je právě **absence kritérií, která by umožnila ohodnotit rozdílnost v nárocích na zajištění péče mezi jednotlivými osobami**. Právě ta by se měla stát základem pro stanovení stupně závislosti a výše příspěvku na péči. Tato kritéria jsou využívána ve všech sledovaných státech, v některých případech jsou velmi precizně vypracována.

Poslední problémovou oblastí, kterou se v rámci druhého pilíře zabýváme, je **přizpůsobení příspěvku na péči předpokládanému objemu péče a udržování jeho kupní síly**. Současné nastavení totiž postrádá jakoukoliv návaznost na potřebu péče a vyrovnanost mezi jednotlivými stupni. Na základě navržených řešení by mělo dojít k revizi a přenastavení jednotlivých stupňů příspěvku na péči podle toho, jak velký objem péče bude u každého z nich očekáván. Tomu by zároveň měla odpovídat i výše příspěvku. Zároveň je důležité, aby příspěvek umožňoval nákup určitého objemu sociálních služeb a neztrácel hodnotu vlivem inflace nebo navyšování cen. Také v tomto ohledu jsou systémy sousedních států pokročilejší.

Tématem třetího pilíře je „Rozvinutá a vyvážená síť sociálních služeb“, které primárně reaguje na skutečnost, že lidé se zdravotním postižením, chronickým onemocněním i pečující se dlouhodobě potýkají s nedostatkem vhodných sociálních služeb. Cílem třetího pilíře bylo proto identifikovat příčiny tohoto stavu a stanovit nutné kroky, které podpoří vznik vyvážené a dostupné sítě sociálních služeb.

Z naší analýzy vyplynulo, že jednou z hlavních příčin nedostatku potřebných sociálních služeb je **nedostatečné zjišťování a vyhodnocování potřeb** cílových skupin osob. To je v současnosti prováděno jen namátkově a nepravidelně. K zajištění odpovídající sítě služeb a pro její odpovědné plánování je ale nezbytné potřeby osob, kterým má síť služeb sloužit, znát. Proto se první skupina návrhů týká nastavení periodického a systematického vyhodnocování potřeb osob se zdravotním postižením, chronickým onemocněním a pečujících.

V důsledku nedostatečného zjišťování a vyhodnocování potřeb není odpovídajícím způsobem nastaveno ani **financování sociálních služeb**, respektive není podporován rozvoj a dostupnost těch druhů služeb, o které mají cílové skupiny často největší zájem. Jsou potom nuceni volit služby, o které tolik nestojí (např. pobytové), či sociální služby vůbec nevyužívat, což vede k dlouhodobému přetěžování neformálních pečujících. Uvedené skutečnosti však do značné míry přináší zkreslené představy o situaci a preferencích. Tento stav podporuje bohužel i to, že není dostatečně vymezena garance a odpovědnost za dostupnost sociálních služeb. Druhá skupina návrhů v rámci třetího pilíře se tedy váže k těmto nedostatkům, neboť sleduje **možnosti posílení garance za dostupnost sociálních služeb** a legislativně deklarovaného principu subsidiarity. Návrhy se

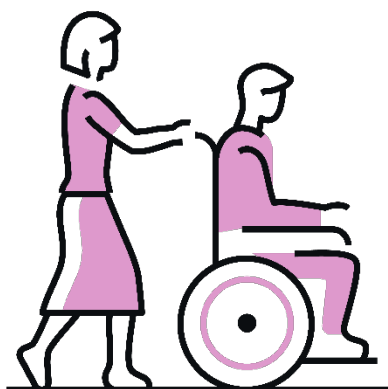
samozřejmě zabývají i úpravou financování sociálních služeb, které by mělo podporovat ty druhy služeb, které se v rámci vyhodnocování potřeb cílových skupin ukáží být jako potřebné a žádané. Jen tak je možné zajistit postupnou proměnu struktury sociálních služeb, které budou více odpovídat potřebám jejich uživatelů.

Zpracované návrhy řešení ke každému pilíři jsme diskutovali s experty na danou problematiku v rámci kulatých stolů. V textu dalších kapitol se proto odrážejí i jejich zkušenosti a doporučení. U všech návrhů řešení jsou rovněž vždy uvedeny i **přínosy navržených řešení a také jejich rizika, se kterými je potřeba při realizaci počítat**. Jen tak je možné zabránit možným selháním navržených opatření v praxi a koncipovat je tak, aby byla co nejvíce prospěšná a vedla ke skutečnému zlepšení systémové podpory osob se zdravotním postižením, chronickým onemocněním a neformálních pečujících.

Metodologie

Metodologicky vycházíme u všech pilířů ze základních analytických metod. Využíváme zejména **rešerši odborných textů a analyticky zpracováváme shromážděná sekundární data a informace** získané z dostupných výzkumných a analytických zpráv, dokumentů, článků, závěrečných zpráv, absolventských prací a samozřejmě odborné literatury. **Pracujeme s daty** Českého statistického úřadu (ČSÚ), Národního kontrolního úřadu, Ministerstva práce a sociálních věcí i Registru poskytovatelů sociálních služeb. Využíváme i nálezy Ústavního soudu a zprávy Evropské komise. Dále používáme **analýzu legislativního rámce**, v níž se zaměřujeme zejména na zákony a vyhlášky upravující sledovaná témata a problémy, **a komparativní analýzu** zahraniční praxe, která může být vhodnou inspirací pro řešení sledovaných problémů. Komparativní analýza je významnou součástí zejména druhého pilíře zaměřeného na posuzování zdravotního stavu a příspěvek na péči.

Při identifikování klíčových problémů, kterým se v rámci pilířů věnujeme, a stanovení možností jejich řešení využíváme rovněž **metody analýzy a tvorby politik** (dle Veselý – Nekola 2007). Tyto metody nám pomáhají syntetizovat shromážděná data a poznatky, analyzovat existující problémy a definovat nástroje, které lze využít při řešení popsanych problémů, a s ohledem na potřebné změny stanovit návrhy vhodných opatření.



PILÍŘ 1: Dostupné informace a koordinovaná podpora

První pilíř mapuje kontext celkové pomoci poskytované osobám se zdravotním postižením, chronickým onemocněním a jejich pečujícím. Zároveň představuje počáteční fázi této pomoci, tedy situaci, ve které se uvedené cílové skupiny ocitnou ve chvíli, kdy u nich samotných nebo u jejich blízkého vznikne problém (zdravotní nebo sociální), který nejsou schopni řešit vlastními silami. V tento okamžik je velmi důležité, aby co nejdříve získali informace o tom, jaké existují možnosti podpory a pomoci a kam se mají obrátit, aby potřebnou pomoc a podporu začali čerpat. Zároveň by měli vědět, že v případě změny situace nebo nových skutečností se může přizpůsobit i poskytovaná podpora.

Nečekaná či náhlá potřeba pomoci a podpory, různorodost potřeb osob se zdravotním postižením a proměnlivost situace jsou klíčové aspekty, které poskytování péče osobám se zdravotním postižením a chronickým onemocněním permanentně provázejí. Právě proto je důležité, aby systém sociální podpory odpovídajícím způsobem na tyto faktory reagoval. Pokud se tak neděje, nemůže podpora dostatečně reagovat na problémy, které má řešit, a nemůže dosáhnout potřebné efektivity. **Vážným nedostatkem českého systému je však to, že neumí reagovat ani na stabilní a očekávanou situaci, natož na náhle vzniklou potřebu pomoci a podpory nebo na proměnlivost situace. Bohužel není zajišťován ani systémový monitoring potřeb OZP, který by reflektoval právě jejich různorodost a proměnlivost.** Lidé se zdravotním postižením, chronickým onemocněním a pečující 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.

Na základě rešerše dostupných dokumentů i na základě našich dlouhodobých zkušeností jsme definovali základní překážky a problémy, které brání tomu, aby podpora poskytovaná osobám se zdravotním postižením, chronickým onemocněním a pečujícím byla skutečně komplexní a koordinovaná a aby se k nim včas dostávaly potřebné informace. Následně jsme vymezili **čtyři problémové oblasti**, na které se v 1. pilíři zaměřujeme a u nichž navrhujeme opatření, která by nedostatky mohla napravit. Představujeme je v následující kapitole.

1.1 Klíčové problémy spojené s koordinovanou podporou, dostupností informací a podporou neformálních pečujících

Jedno z největších úskalí pro zajištění koordinované informační podpory představuje fakt, že systém sociální podpory a služeb v České republice je relativně složitý a roztříštěný a příliš dobře nefunguje provázanost mezi jednotlivými oblastmi, zejména mezi oblastí sociální podpory a zdravotní péče. Na agendě spojené s tvorbou politiky ovlivňující osoby se zdravotním postižením se podílejí tři resorty – Ministerstvo práce a sociálních věcí, Ministerstvo zdravotnictví a Ministerstvo školství. Politika se odráží ve více než 60 zákonech a vyhláškách. Rozličné situace OZP řeší nejméně dvacet dalších aktérů na různých úrovních (např. obce, kraje, sociální odbory a sociální pracovníci, úřady práce, Česká správa sociálního zabezpečení, poskytovatelé sociálních služeb, zdravotnická pracoviště, lékaři a zdravotničtí pracovníci, lékařská posudková služba, zdravotní pojišťovny, revizní lékaři, dodavatelé zdravotních pomůcek a distributoři léků, školy, školské odbory, speciální pedagogové a školská poradenská pracoviště, ombudsman, soudy atd.). Pro skupinu OZP existuje 50 různých formulářů, dokladů a potvrzení, které je třeba v rozličných situacích vyplnit a uplatnit.

Možná i proto jsou informace o možných formách pomoci pro klienty (aktuální i potenciální) nepřehledné. **Protože se k lidem potřebné informace nedostávají, a protože není prováděn pravidelný monitoring jejich potřeb (více viz 3. pilíř), není systém schopen včas podchytit ty, kteří potřebují pomoc. Systém není nastaven na poskytování podpory v krizových situacích ani nepracuje se skutečností, že potřeba péče se v průběhu života vyvíjí a proměňuje.** Chybí rovněž podpora spolupráce více poskytovatelů služeb na místní úrovni a vzájemná návaznost jednotlivých služeb ve vymezeném území: „*Jednotlivé služby, ať už sociální či zdravotní, se u konkrétního člověka (...) vždy starají jen o část jeho potřeb, jeho situací a potřebami jako celkem se často nezabývá nikdo...*“ (Paleček-Kostečka, 2020, s. 3). **Koordinace podpory a péče totiž není svébytnou součástí systému a jako taková není samostatně financována. Z toho důvodu je toto téma jedním z hlavních, kterému se náš text věnuje.** Jako klíčové byly v rámci prvního pilíře definovány následující problémy:

- **Systém poskytování informací je roztříštěný:** Neexistuje jedno místo, kam se mohou lidé, kteří se ocitnou v nepříznivé sociální situaci, obrátit, kde by získali informace ze všech potřebných oblastí, tj. o možnostech finanční podpory, sociálních a dalších služeb, úpravách domácnosti, zdravotní péči a pomůckách, uplatnění na trhu práce, vzdělávání apod. Každý kraj navíc tvoří svůj vlastní systém informování o možnostech pomoci a mezi těmito systémy jsou obrovské rozdíly. Obvykle nejsou lidé, kteří pomoc potřebují (anebo brzy potřebovat budou) aktivně vyhledávání, ale očekává se, že si informace naleznou sami a aktivně se o pomoc přihlásí. Informovanost o dostupných možnostech podpory a péče je u uživatelů služeb, zájemců o služby i neformálních pečujících dlouhodobě velmi nízká. Často se k nim dostávají informace i několik let, protože díky roztříštěnosti systému podpory se v něm ztrácejí a neorientují. To vše má za následek, že se k nim pomoc mnohdy nedostane včas (např. Hubíková, 2018; Geissler a kol., 2015 a 2019²).
- **Nefunguje koordinace péče a spolupráce mezi jednotlivými poskytovateli podpory, tzn. zejména mezi obcemi, úřadem práce a poskytovateli zdravotních, sociálních a dalších služeb:** Koordinace péče není rozpoznána jako důležitá svébytná činnost, která by měla být nedílnou součástí procesu. Roli „koordinátora“ tak na sebe nuceně přebírají sami lidé se zdravotním postižením nebo pečující. Bez koordinace péče nemůže dobře fungovat ani spolupráce mezi několika poskytovateli podpory,

² V textu citované výstupy projektů Fondu dalšího vzdělávání „Podpora neformálních pečovatелů I.“ a „Podpora neformálních pečujících II.“ jsou ke stažení na webu www.nepe.cz

zejména pokud jsou z různých oblastí (např. zdravotní a sociální) nebo sdílená péče (např. Geissler a kol., 2015a; Tomášková a kol., 2015).

- **Neexistuje širší a ucelená podpora neformálních pečujících:** Přestože pečující zajišťují podstatnou část péče o osoby se zdravotním postižením a chronickým onemocněním a jsou tedy nedílným a důležitým aktérem systému poskytování pomoci a podpory, nejsou považováni za skupinu, na níž by měla být rovněž zacílena veřejná podpora, zajištěny dobré podmínky pro poskytování péče a současně důstojná kvalita vlastního života (např. Geissler a kol., 2015a).

Jmenovaným problémovým oblastem se dále budeme podrobněji věnovat.

1.1.1 Nepřehlednost systému sociální podpory a služeb a nedostupnost informací

Přístupnost a přehlednost informací o existujících formách podpory je základním předpokladem pro to, aby se k lidem, kteří pomoc potřebují, dostaly všechny informace včas a aby co nejdříve mohli využívat vše, co přispěje ke zlepšení nebo vyřešení jejich situace.

Na to, že **systém sociální podpory a služeb je roztržštěný a informace o něm jsou velmi těžko dostupné**, je upozorňováno dlouhodobě: uživateli sociálních služeb, neformálními pečujícími, sociálními pracovníky i dalšími experty (např. Geissler a kol., 2015a; Tomášková a kol., 2015; Hubíková, 2018; Paleček-Kostečka, 2020 aj.). Informace jsou poskytovány na několika úrovních: informace týkající se národních politik (zejm. pak o finanční podpoře a rámcem pro poskytování sociálních služeb a sociální práce) nalezneme na webu Ministerstva práce a sociálních věcí, Úřadu práce a České správy sociálního zabezpečení. Web MPSV obsahuje i specifický Registr poskytovatelů sociálních služeb (více viz dále). Kromě toho informace o konkrétní podpoře více či méně excesivně poskytují kraje (a obce) na svých webech, variabilita v informování cílových skupin dle místa bydliště je tak napříč Českou republikou enormní.

Zajímavé je podívat se na informační weby dvou klíčových institucí – Ministerstva práce a sociálních věcí a Úřadu práce ČR – a zhodnotit informace, které nabízejí. **Pro vyhledání informací musí návštěvník stránek přesně vědět, co hledá.** Východiskem totiž není jeho situace, ve které mu mohou dávky pomoci, ani informace o tom, v čem mu dávky mohou pomoci. **Problematická je také srozumitelnost uvedených informací pro laika: v obou případech jsou totiž informace psány spíše „právníckou řečí“, ačkoliv jde o informace, které by měly být srozumitelné úplně každému bez ohledu na jeho vzdělání a intelektuální schopnosti.**

Informace o sociálních službách nabízí na národní úrovni Registr poskytovatelů sociálních služeb, který shromažďuje kompletní informace o všech poskytovatelích sociálních služeb v ČR. **Avšak ani v tomto případě není dostatečně využit potenciál, který v sobě má:** Základním parametrem pro vyhledávání je druh sociální služby, nikoliv situace či potřeba klienta. Systém je tak stavěný spíše pro poskytovatele služeb než pro uživatele – laika. Chce-li ho laik využít, musí přesně vědět, jaký druh služby ho zajímá, tj. znát druhy sociálních služeb a rozdíly mezi nimi. Teprve možnost rozšířeného vyhledávání umožňuje vyhledání podle věku, resp. věkových skupin. Registr klade zvýšené nároky na schopnost vyhledávat informace už jen složitým a pro laika nesrozumitelným názvem a také tím, že o jeho existenci se běžně lidé z většiny informačních zdrojů vůbec nedozví. Existují dokonce **dvě různé verze registru**, i přes jiný design, mají oba stejné hlavní nedostatky. **Všem třem uvedeným informačním zdrojům navíc chybí prvky, které by je zpřístupnily lidem se zrakovým, mentálním nebo dokonce sluchovým postižením.**

Obr. 1: Registr poskytovatelů sociálních služeb <http://iregistr.mpsv.cz/> – úvodní stránka a vyhledávání

Portál MPSV | MPSV | Formuláře

REGISTR POSKYTOVATELŮ SOCIÁLNÍCH SLUŽEB

Hlavní stránka | Vyhledání služby

Kritéria vyhledání (podle adresy zařízení) roziřené vyhledávání

Sociální služba

Kraj: Okres:

Včetně okolních okresů

azylové domy	(212)	centra denních služeb	(73)
denní stacionáře	(270)	domovy pro osoby se zdravotním postižením	(208)
domovy pro seniory	(533)	domovy se zvláštním režimem	(395)
domy na půl cesty	(23)	chráněné bydlení	(223)
intervenční centra	(17)	kontaktní centra	(61)
krizová pomoc	(46)	nizkoprahová denní centra	(73)
nizkoprahová zařízení pro děti a mládež	(248)	noclehárny	(80)
odborné sociální poradenství	(533)	odlehčovací služby	(345)
osobní asistence	(206)	pečovatelská služba	(682)
podpora samostatného bydlení	(57)	průvodcovské a předčitatelské služby	(13)
raná péče	(49)	služby následné péče	(50)
sociálně aktivizační služby pro rodiny s dětmi	(253)	sociálně aktivizační služby pro seniory a osoby	(118)
sociálně terapeutické dílny	(151)	sociální rehabilitace	(329)
telefonická krizová pomoc	(32)	terapeutické komunity	(15)
terénní programy	(214)	tisňová péče	(19)
tlumočnické služby	(27)	tydenní stacionáře	(47)

Technické zabezpečení

Portál MPSV | MPSV | Formuláře

REGISTR POSKYTOVATELŮ SOCIÁLNÍCH SLUŽEB

Hlavní stránka | Vyhledání služby

Upozornění: Z důvodu výměny informačních systémů dočasně chybí u některých sociálních služeb tzv. doplňkové údaje zadávané při registraci sociální služby: např. plán finančního zajištění, popis personálního zajištění, popis realizace poskytování sociální služby, dále informace o výsledku kontroly plnění podmínek stanovených pro registraci a informace o výsledku provedené inspekce. Tyto údaje jsou postupně doplňovány a současně probíhá kontrola zveřejněných registračních údajů. V případě nesrovnalosti kontaktujte pracovníky příslušného registračního orgánu. Za vzniklé komplikace se omlouváme a děkujeme za pochopení.

Na základě zákona č.108/2006 Sb., o sociálních službách, s účinností od 1.1.2007 je zřízen Registr poskytovatelů sociálních služeb. Smyslem tohoto zákona je chránit práva a oprávněné zájmy lidí, kteří jsou oslabeni v jejich prosazování, a to z různých důvodů jako je věk, zdravotní postižení, nedostatečné podmíněné sociální prostředí, krizová životní situace a mnoho dalších příčin. Zákon vymezuje vedle práv a povinností jednotlivců také práva a povinnosti krajských poboček úřadu práce, obcí, krajů, státu a samozřejmě také poskytovatelů sociálních služeb. V zákoně je také upravena oblast týkající se podmínek výkonu sociální práce, a to ve všech společenských systémech, kde sociální pracovníci působí.

Sociální služby

Sociální službou je činnost, kterou zabezpečují poskytovatelé sociálních služeb na základě oprávnění dle zákona č.108/2006 Sb., o sociálních službách, s účinností od 1.1.2007. Sociální služby jsou poskytovány jednotlivcům, rodinám i skupinám obyvatel. Zaměřují se na zachování co nejvyšší kvality a důstojnosti života lidí. Mezi nejpočetnější skupiny příjemců sociálních služeb patří zejména senioři, lidé se zdravotním postižením, rodiny s dětmi, ale také lidé, kteří z různých důvodů žijí "na okraji" společnosti.

Prostřednictvím sociálních služeb je zajišťována pomoc při péči o vlastní osobu, zajištění stravování, ubytování, pomoc při zajištění chodu domácnosti, ošacení, pomoc s výchovou, poskytnutí informace, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, psycho- a socioterapie, pomoc při prosazování práv a zájmů.

Základními činnostmi při poskytování sociálních služeb jsou pomoc při zvládnutí základních životních potřeb, pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu, poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy, poskytnutí ubytování nebo pomoc při zajištění bydlení, pomoc při zajištění chodu domácnosti, výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti, poradenství, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, terapeutické činnosti a pomoc při prosazování práv a zájmů. Všechny základní činnosti u jednotlivých druhů sociálních služeb je stanoven zákonem č.108/2006 Sb., o sociálních službách, s účinností od 1.1.2007, obsah je uveden ve vyhlášce č.505/2006 Sb., částí druhé.

Poskytovatelé sociálních služeb

Poskytovatelem sociální služby je právnická nebo fyzická osoba, která má k této činnosti oprávnění dle zákona č.108/2006 Sb., o sociálních službách, s účinností od 1.1.2007. Poskytovatelem sociální služby nejsou rodinní příslušníci či asistenti sociální péče, kteří pečují o své blízké či jiné osoby v domácím prostředí. Stejně tak není poskytovatelem sociální služby subjekt, který není registrován jako poskytovatel sociálních služeb ve smyslu tohoto zákona (např. soukromá úklidová firma nebo ubytovna).

Technické zabezpečení

Zdroj: MPSV, 2022a

Obr. 2: Registr poskytovatelů sociálních služeb <https://www.mpsv.cz/registr-poskytovatelu-sluzeb>

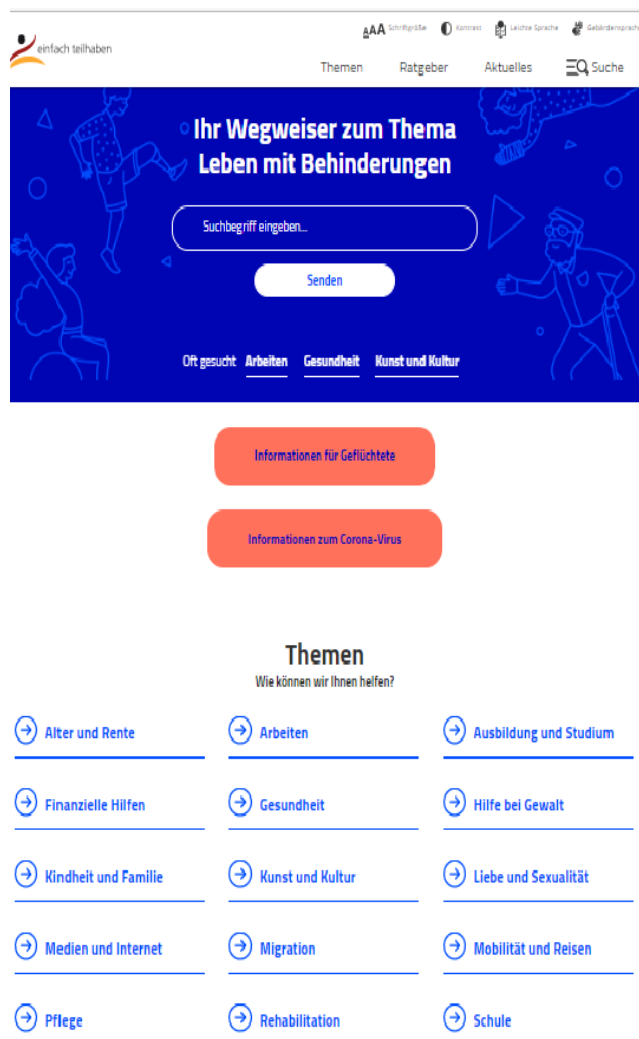
Zdroj: MPSV, 2023

V České republice chybí jakýkoliv jiný informační zdroj, který by nabízel komplexní informace na národní úrovni, které by byly pravidelně aktualizované a hlavně srozumitelné komukoliv bez ohledu na jeho obor vzdělání či schopnosti. Přitom jde o jeden z nejdostupnějších vhodných způsobů, jak informace k veřejnosti dostat. Velice názorným příkladem je **německý informační web s názvem „Einfach teilhaben“³** (volně lze přeložit jako „Prostě se zapojit“), **kteřý provozuje přímo Spolkové ministerstvo práce a sociálních věcí.**

Už úvodní stránka portálu nabízí spoustu zajímavých prvků. **Uživatel může informace vyhledávat několika způsoby: použít vyhledávač, využít sekci „Poradce“ anebo procházet klíčová témata, která se mu přehledně nabízejí a pokrývají přitom poměrně široké oblasti podpory,** např. práce, vzdělání a studium, finanční pomoc, zdraví, děti a rodina, péče, rehabilitace, bydlení, stáří a důchod, ale také umění a kultura, mobilita a cestování nebo láska a sexualita (viz obr. 3). K mnoha z těchto témat se v České republice hledají informace jen velmi obtížně, zde je vše na jednom místě:

³ Web se nachází na adrese: [einfach teilhaben - Startseite \(einfach-teilhaben.de\)](https://einfach-teilhaben.de)

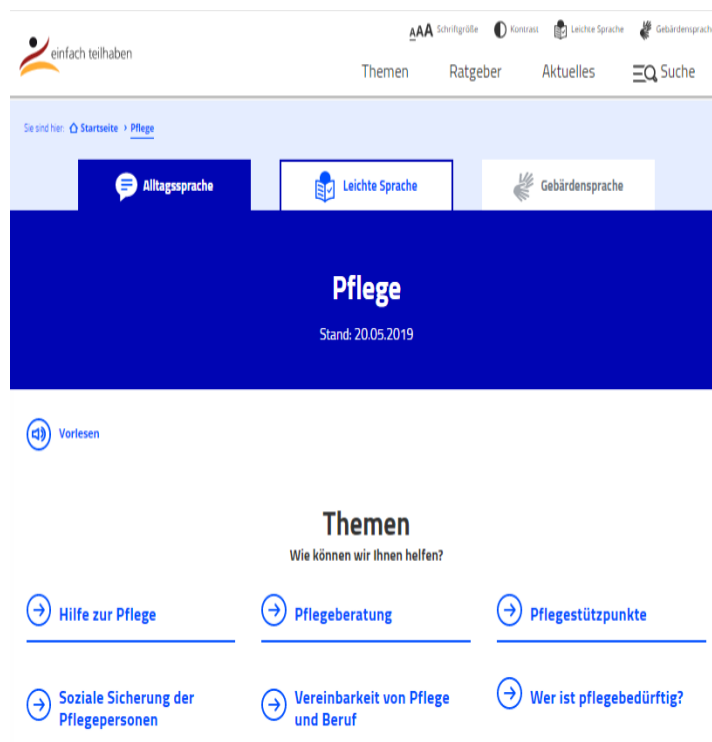
Obr. 3: Informační portál Einfach teilhaben – úvodní strana



Zdroj: Bundesministerium für Arbeit und Soziales, 2022

Zajímavé poznatky také získáme, pokud pokročíme o úroveň dál a otevřeme některou z nabízených sekcí. **Čtenáři se – kromě informativního textu – přehledně zobrazí související témata, která pro něj mohou být užitečná.** V sekci Péče (Pflege) jsou to např. informace, jak využívat/poskytovat péči, poradenství s péčí, sociální pojištění pečujících osob, sloučení péče a práce nebo definice osoby, která může péči využívat (viz obr. 4). **Důležité jsou však tři hlavní záložky, které se po otevření tematické sekce objeví v záhlaví stránky:** první (Alltagssprache) nabízí informace zpracované běžným, avšak srozumitelným jazykem. Prostřední (Leichte Sprache) nabízí informace zpracované jednodušší formou pro toho, komu by standardní text připadal stále obtížný. Poslední záložka (Gebärdensprache) obsahuje video, ve kterém jsou informace sdělovány ve znakovém jazyce. **Současně je na webu neustále viditelně vlevo nahoře umístěná ikonka Předčítání (Vorlesen), která umožňuje zvukové přehrání obsahu stránky.**

Obr. 4: Einfach teilhaben – sekce Péče



Zdroj: Bundesministerium für Arbeit und Soziales, 2022

Dobré příklady informování veřejnosti o dostupných formách podpory a pomoci můžeme nalézt i v České republice. Existují **krajské portály sociálních služeb**, které umožňují vyhledávání např. podle životní situace. Vstřícný a zajímavý způsob vyhledávání pomoci nabízí např. Královéhradecký kraj⁴ nebo Kraj Vysočina.⁵

⁴ [Vyhledávání poskytovaných služeb \(socialnisluzbykhk.cz\)](https://socialnisluzbykhk.cz)

⁵ [Podrobné vyhledávání – Vysočina pečuje \(vysocinapecuje.cz\)](https://vysocinapecuje.cz)

Obr. 5: Informační a vyhledávací portál Královéhradeckého kraje



Katalog sociálních služeb
v Královéhradeckém kraji



Úvod | [Poskytované služby](#) | Informace

[Zpět](#) Úvodní strana > Seznam poskytovaných služeb

Vyhledávání poskytovaných služeb

Kde chci využívat službu

Jak chci využívat službu

Životní situace

Potřebuji pomoci s

Volby

Specifikace potřeby

Zrušit filtr

Vyhledat

Počet nalezených výsledků: 148

Tisk E-mail PDF

Přehled vyhledaných služeb

Označit vše

[KŘESADLO HK - Centrum pomoci lidem s PAS, z.ú.](#)

Detail služby

Zdroj: Královéhradecký kraj, 2022

Obr. 6: Informační a vyhledávací portál Kraje Vysočina

DOMŮ AKTUALITY **PODROBNÉ VYHLEDÁVÁNÍ** KATALOG SLUŽEB ŽIVOTNÍ SITUACE PŘÍBĚHY ZE ŽIVOTA DÁVKOVÝ SYSTÉM **KOMPENZAČNÍ POMŮCKY** NEFORMÁLNÍ PEČUJÍCÍ UŽITEČNÉ ODKAZY

ZÁSADY PRVNÍ POMOCI DŮLEŽITÉ KONTAKTY PŘIHLÁŠENÍ

Podrobné vyhledávání

Nacházíte se v obtížné životní situaci? Pomůžeme Vám zorientovat se, jaké možnosti řešení se Vám nabízí. Proč bych měl vyplnit formulář? Die Vaší životní i rodinné situace Vám bude nabídnuto specifické řešení – proto je potřeba do systému zadat co nejpřesnější údaje.

Cilová skupina

Životní situace

Okres

Obec

- Zobrazit rozšířené hledání -

VYHLEDAT

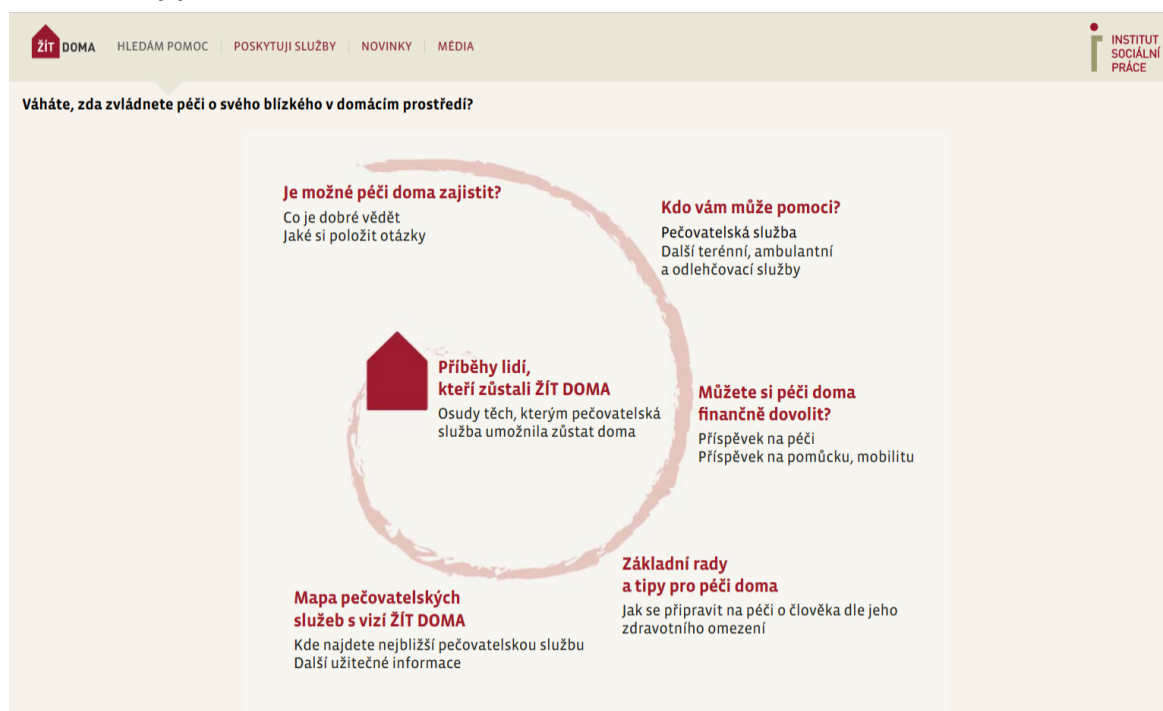
Počet nalezených služeb: 598

Zdroj: Kraj Vysočina, 2022

Ucelené a přehledné informace týkající se služeb v domácím prostředí v různých krajích pak nabízí i weby neziskových organizací, např. internetový portál Žít doma,⁶ spravovaný Institutem sociální práce.

⁶ [Žít doma \(zitdoma.cz\)](http://zitdoma.cz)

Obr. 7: Internetový portál Žít doma – úvodní rozcestník



Zdroj: Institut sociální práce, 2022

Je zřejmé, že v některých krajích věnují kvalitě informování osob v nepříznivé sociální situaci více pozornosti a investovali do jejich řešení nemalé úsilí i finance. Problémem je však variabilita v kvalitě a úplnosti informování veřejnosti napříč kraji. Krajské příklady dobré praxe jsou tak nástrojem, který se vztahuje jen k užšímu okruhu uživatelů (např. obyvatelům daného kraje). Uvedené příklady nicméně dokazují, že informace lze zpracovat zajímavě a přehledně tak, aby pro čtenáře byly opravdu užitečné a nabídly mu širší přehled. Lze také předpokládat, že kraje disponují aktuálními informacemi o dostupnosti služeb na svém území, proto je pravidelná aktualizace těchto vyhledávacích portálů snadnější, než by tomu bylo v případě celorepublikového vyhledávacího služeb.

1.1.2 Koordinace podpory a péče není systematická a jednotlivé složky spolu nekomunikují

Je obecně známo, že trvalé zhoršení zdravotního stavu působí na omezení funkčních schopností jedince a vytváří tak potřebu dlouhodobé zdravotní či sociální péče a jejich kombinaci odpovídající tomuto stavu (Wija a kol., 2019, s. 22). Problém ale je, že složky péče spadající do obou zmíněných i dalších oblastí (např. vzdělávání nebo trh práce) na sebe nenavazují a lidé tak potřebný mix služeb získávají obtížně anebo vůbec. **Zvyšuje se tak tlak na to, aby si potřebnou pomoc vyhledávali a zajišťovali sami**, bez ohledu na to, zda k tomu mají potřebné schopnosti, informace, kapacitu či možnosti. Jsou nuceni komunikovat s několika institucemi či aktéry (např. s obecním úřadem, úřadem práce, lékaři, poskytovateli služeb atd.), přitom by měli vědět, jakou část svého problému či jakou agendu mají s danou institucí či aktérem řešit. Právě to ale může být kamenem úrazu, neboť se to nemají od koho dozvědět, a prohlubuje to nepřehlednost systému podpory pro uživatele.

K problémům přispívá i to, že zmíněné **instituce a aktéři spolu navzájem nekomunikují buď vůbec, nedostatečně, nebo jen na dobrovolné úrovni** zakládající se na dobré vůli a iniciativě jejich pracovníků. **Dostatečně není vymezena ani jejich spolupráce, včetně předávání potřebných dat**, která se navíc

meziresortně liší: „Zmapování mobility mezi zdravotními službami a sociálními službami je obtížné pro nedostatek a nejednotnost resortních dat. Z hlediska potřeby dlouhodobé péče ve zdravotních a sociálních službách jsou důležité údaje o způsobu ukončení hospitalizace a navazující péči (...). Je důležitá včasná intervence a spolupráce různých sociálních a zdravotních služeb a flexibilní prostupnost různých forem péče a mezi různými specializovanými zařízeními, a to jak v případě zhoršení zdravotního stavu, tak jeho zlepšení...“ (Wija a kol., 2019, s. 50 a 150). Předávání dat, která by mohla zvýšit efektivitu podpory, je navíc nezřídkou limitováno právními akty upravujícími ochranu osobních dat (lékařské tajemství pro sociální a zdravotní segment, GDPR pro ÚP a obce).

I když zákon 108/2006 Sb., o sociálních službách, krajům i obcím ukládá povinnost koordinovat poskytované sociální služby, služby povinnost vzájemné spolupráce nemají. Není nastaven ani nástroj pro sdílení potřebných informací a už vůbec není upravena spolupráce zdravotních a sociálních služeb (Paleček-Kostečka, 2020). Poskytovaná péče tedy není nijak koordinovaná ani v rámci sociální sféry, natož mezioborově. To vede k tomu, že se jednotlivé složky nedozvídají o lidech, kteří potřebují jejich pomoc, a nemají tak reálný přehled o reálných potřebách osob v nepříznivé sociální situaci a celkové situaci ve spádovém území. Je nutné podotknout, že tento nedostatek je mezi odbornou veřejností znám a diskutován už poměrně dlouho. Dlouhodobě se proto hledají vhodná řešení.⁷

Uvedené skutečnosti ovlivňují i výkon sociální práce na obcích: „Efektivita sociální práce na obcích všeobecně (...) velmi závisí na ochotě různých subjektů kooperovat se sociálním pracovníkem v pomoci konkrétnímu klientovi...“ (Hubíková, 2018, s. 48). Výkon činnosti sociálních pracovníků zejména na úrovni obcí s rozšířenou působností (dále také ORP) komplikuje kromě zmíněného i dlouhodobá personální poddimenzovanost a celkově nedostatečná finanční podpora sociální práce (Havlíková a kol., 2018). Proto by výraznou pomoc představovalo posílení role a kapacit sociální práce na ORP a zároveň zvýšení kapacit sociálních pracovníků k tomu, aby mohli zajišťovat koordinovanou podporu. S tím souvisí i nastavení způsobu předávání dat mezi zapojenými institucemi a aktéry a zároveň vymezení kompetencí k tomu, aby je mohli mezi sebou navzájem vyžadovat a sdílet.

1.1.3 Chybí systémový nástroj pro koordinaci podpory

Z dlouhodobě vedených odborných diskusí vyplývá, že v systému sociální podpory výrazně chybí článek, který by se o koordinaci podpory staral, působil meziresortně a zajišťoval trvalou podporu osob s postižením, chronickým onemocněním a pečujícím po celou dobu trvání potřeby péče. Na potřebě prvku, který by v systému zajišťoval informovanost a koordinaci podpory a péče zejména u osob v multiproblémových situacích, existuje dokonce dlouhodobě shoda všech významných aktérů (uživatelů služeb, pracovníků úřadů a institucí, expertů i příslušných ministerstev, v popředí s Ministerstvem práce a sociálních věcí a Ministerstvem zdravotnictví). Zatím se však nepodařilo vymezit vhodný způsob, jímž by měla být informovanost a koordinovaná podpora zajištěna (Tomášková a kol., 2015; Geissler a kol., 2015a aj.).

Jedním z nástrojů, který by koordinaci podpory a péče zajistil a usnadnil, je case management. Ten „vznikl v Severní Americe jako součást posunu od institucionální péče k poskytování péče zakotveném v komunitě a jeho vývoj je spojen s hledáním nákladově efektivních alternativ pro lidi s komplexními potřebami, kteří potřebují dlouhodobou péči...“ (Hubíková, 2018, s. 35). Rovněž v české sociální politice se o něm hovoří

⁷ Dokládá to např. projekt komunitní sestry Diakonie ČCE, projekt ucelené rehabilitace a projekt tzv. koordinátora podpory (Tomášková a kol., 2015), který je jedním z návrhů vzešlých z rozsáhlého projektu Podpora neformálních pečujících I., realizovaného Fondem dalšího vzdělávání v letech 2014-2015.

v souvislosti s rozpoznáním a uznáním potřeby podporovat dlouhodobou péči a neformální pečovatele a poskytovat jim koordinovanou podporu. Podrobně se mu věnuje například výše citovaná studie Výzkumného ústavu práce a sociálních věcí (VÚPSV). Podle autorky Olgy Hubíkové se jedná o jednu z profesionálních metod sociální práce, jejíž význam spočívá v nastavení jednotného postupu různých odborníků a služeb, které směřují ke stabilizaci situace osob a k jejich zplnomocňování, aby využívaly své přirozené zdroje. Metoda podle ní zároveň představuje „komplexní metodu sociální práce, jejíž zavedení a uplatňování v praxi předpokládá určité organizační podmínky, podporu managementu a také připravenost na straně sociálních pracovníků. Klade vysoké nároky nejen na odbornost, ale i na psychiku pomáhajícího profesionála“ (Hubíková, 2018, s. 7).

Trochu odlišnou definici pak nabízejí autoři Paleček a Kostečka, podle kterých je case management⁸ „více než metoda individualizované sociální práce či snaha o obecné ‚zasíťování služeb‘...“, protože jde o „...způsob organizace celého systému komunitní podpory v indikovaných případech lidí s mnohonásobnými potřebami⁹ a jejich rodin (...), kterým je poskytována adekvátní individualizovaná, integrovaná, multidisciplinární, koordinovaná podpora z více zdrojů v komunitě (komunitní sociální služby, zdravotní služby, veřejné služby, neformální pečující a další zdroje podpory, jako jsou třeba občanské spolky nebo církve)“ (Paleček-Kostečka, 2020, s. 1-2). Právě **koordinaci pak lze považovat za hlavní charakteristiku case managementu, což dokládají mimo jiné následující charakteristiky**, které mu autoři připisují, když uvádějí, že člověku s mnohonásobnými potřebami nabízí zejména: komplexní mapování potřeb, plánování podpory z různých zdrojů, zprostředkování a koordinaci této podpory, monitorování a pravidelné vyhodnocování toho, jak podpora z různých zdrojů funguje (Paleček-Kostečka, 2020, s. 2). **Autoři upozorňují také na nutnost počítat s proměnlivostí situace potřeb klientů**, protože zdůrazňují, že i když se jednotlivé zdroje podpory mohou podle potřeby člověka měnit, case management má člověka provázet dlouhodobě a zajišťovat tak kontinuitu a spolehlivost systému podpory. Vhodnost case managementu pro integraci a koordinaci služeb je podle autorů doložena zahraničními zkušenostmi (ibid.).

Zmíněné definice case managementu mimo jiné upozorňují na **dvě možná pojetí case managementu**, který lze chápat buď jako určitou metodu práce a přístup ke koordinaci podpory anebo jako určitou službu, která může být poskytována pracovníky obce stejně jako jinou organizací. Obě tato pojetí se nevyklučují, naopak se mohou doplňovat.

V ČR se objevují **projekty, jejichž cílem je pilotování a rozšiřování case managementu v praxi** (realizovaly je např. městská část Praha 7, Hlavní město Praha, z neziskových organizací pak Sue Ryder a Člověk v tísni). Tyto projekty představují case management právě z pohledu služby, která je klientům nabízena, avšak ukazují jeho výhody právě v možnosti propojit různé oblasti podpory. Např. cílem projektu, který realizovala **městská část Praha 7**, bylo navázání efektivní spolupráce mezi poskytovateli sociálních a zdravotních služeb nejen na území této městské části. Tato spolupráce probíhala formou workshopů a tzv. případových setkání. Zároveň byl v rámci projektu otestován softwarový nástroj pro efektivní vedení klientů s komplexními zdravotně-sociálními potřebami, tedy pro case management (Městská část Praha 7, 2023). O průběhu projektu informuje metodika, kterou pracovníci městské části vypracovali a zveřejnili.¹⁰

⁸ Autoři uvádějí, že pojem lze překládat buď jako „případové vedení“ nebo „koordinaci podpory“ (Paleček-Kostečka, 2020, s. 1).

⁹ Pojem lze chápat jako označení osob s vyššími nároky na péči.

¹⁰ Informace o projektu i odkaz na zveřejněnou metodiku lze nalézt na webové stránce [Case management | Praha 7](#). Název metodiky je Rozvoj platformy pro sdílení dat a case-management ve zdravotně-sociální oblasti: Studie proveditelnosti projektu „Integrační platforma pro case management v sociálně-zdravotní oblasti na Praze 7.“

Také organizace **Člověk v tísní** vydala vlastní přehlednou a užitečnou metodiku, ve které jsou popsány základní principy a charakteristiky case managementu. Ty citujeme i v dalších částech tohoto textu, neboť uvedené informace se vztahují jak k fungování case managementu coby služby poskytované touto organizací, tak k požadavkům na case management jako metodu koordinované podpory. Metodika popisuje např. základní pravidla spolupráce case managerského týmu, přípravu a průběh tzv. případové konference i různé praktické tipy, např. jak sdílet sociální kontakty nebo se zapojovat do komunitního plánování (Člověk v tísní, 2020). Metodika proto může být užitečná jak jiným organizacím uvažujícím o využívání case managementu, tak pracovníkům veřejných institucí, kteří budou vykonávat koordinovanou podporu.¹¹

Podívejme se ještě blíže na pojetí case managementu jako metody koordinace podpory. Autoři, kteří se case managementem zabývají, se shodují **ve vymezení znalostí a dovedností pracovníka, který by měl case management (čili koordinovanou podporu) vykonávat**. Podle Palečka a Kostečky (2020) by měl mít přehled o tématech, jako jsou sociální a zdravotní politika, opatrovnictví, dávkové systémy nebo o sociálních, zdravotních a dalších veřejných službách v oblasti působnosti (druhy služeb, místní dostupnost). Vedle toho by měl umět:

- provádět depistáž,
- aktivně nabízet koordinaci podpory v případě lidí s tzv. komplexními potřebami,
- zjišťovat potřeby klienta, plánovat jeho podporu a vyhodnocovat ji,
- srozumitelně formulovat cíle,
- usnadňovat předávání informací mezi zdravotnickými, sociálními a dalšími službami a pracovníky, klientem a jeho pečujícími osobami,
- facilitovat setkávání a spolupráci všech aktérů,
- pracovat s daty tak, aby informace o potřebách klientů v obci mohly sloužit jako podklad pro obecní a krajské komunitní plánování

(Paleček-Kostečka, 2020, s. 3-4, upraveno).

Paleček a Kostečka reagují i na další otázky spojené s výkonem činnosti case managera, když navrhují, aby case manager byl zaměstnancem sociálního nebo sociálně zdravotního oboru obce s rozšířenou působností nebo případně zaměstnancem obce s pověřeným obecním úřadem. To je podle nich důležité proto, aby pracovník mohl působit z pozice „nad“ jednotlivými poskytovateli služeb a zdroji podpory (Paleček-Kostečka, 2020, s. 3). **Počet těchto pracovníků by pak měl vycházet z počtu lidí s tzv. komplexními potřebami v okrsku obce, který by se zjistil při depistáži**. Podle autorů by na jednoho pracovníka mělo připadat maximálně 12 náročných a komplikovaných (aktivních případů) (ibid.).

Tím se dostáváme ještě k jedné zajímavé skutečnosti. Case management je sice metoda vhodná pro zajištění koordinované podpory, je **ale účinný a potřebný hlavně pro podporu osob ve vyšších stupních závislosti**. Koordinovaná podpora by proto měla být určitě odstupňovaná: case management by měl být využíván u osob (a pečujících) s vyšší potřebou pomoci a podpory (kterou autoři citovaní výše označují jako komplexní), **zatímco u jednodušších případů může mnohdy stačit poskytování poradenství a nasměrování ke vhodným formám pomoci**. I ty je však potřeba sledovat, protože situace osob se zdravotním postižením či chronickým onemocněním může být velmi proměnlivá. Case management by tak měl být důležitou, ale ne jedinou součástí koordinované podpory.

¹¹ Metodika je v dalších kapitolách textu citována, proto je zařazena i v seznamu použitých zdrojů.

Všichni autoři, kteří se věnují case managementu, se nicméně shodují, že **case management je vhodným nástrojem koordinace pomoci a předcházení jejímu zbytečnému zdvojení**: „...Pro klienta, organizace, instituce či stát je efektivnější poskytovanou pomoc řídit, neboť vede k časové a finanční úspoře. A to při zachování důstojnosti klienta, který je v procesu partnerem a nikoliv objektem...“ (Člověk v tísní, 2020, s. 4). Case management šetří finanční zdroje tím, že stejné činnosti nebude klientovi zajišťovat více různých organizací. Rozdělením činností mezi jednotlivé poskytovatele služeb se zamezí jejich duplikování a dojde i k časové úspoře. Týmová spolupráce by pak měla umožnit aktivní zapojení klienta do situace a snížit pravděpodobnost chybných rozhodnutí (ibid.). Je zřejmé, že case management je dobrým nástrojem integrace podpory a může pomoci odstranit v české praxi panující roztříštěnost, což zmiňují Paleček s Kostečkou (2020) i Hubíková (2018).

I když se v tomto textu zabýváme case managementem řešícím primárně cílové skupiny OZP a pečující, je třeba doplnit, že CM je považován za vhodný nástroj podpory i dalších cílových skupin, jež se s tou naší nezdáka i překrývají (např. CM pro osoby s duševním onemocněním rozvíjí organizace Fokus,¹² rolí case manažera v dětské paliativní péči organizace Pallium¹³, pro osoby s drogovou závislostí organizace Sananim¹⁴ atp.). Byť je rozvoj CM jako nástroje koordinované podpory v počátcích, je třeba mít na paměti poptávku po standardizaci a zavedení tohoto nástroje ze všech možných stran. A předcházet situaci, kdy problémy vyplývající z chybějící koordinace podpory by byly případně nahrazeny situacemi, kdy jednoho klienta koordinuje více institucí.

1.1.4 Chybí systémová podpora neformálních pečujících

Neformální pečující tvoří významný pilíř systému dlouhodobé péče. Podle dlouhodobých kvalifikovaných údajů zajišťují 70-90 % veškeré dlouhodobé zdravotní a sociální péče (Revue pro sociální politiku a výzkum, 2017). Podobné údaje se objevují i ve statistikách MPSV, podle kterých je přibližně 70 % příjemcům příspěvku na péči dlouhodobá péče poskytována pouze neformálním pečujícím, což je ve většině případů rodinný příslušník či jiná blízká osoba (Hubíková, 2018, s. 7). Počet pečujících osob, které eviduje MPSV v rámci agendy příspěvku na péči, se neustále zvyšuje, v roce 2017 přesáhlo toto číslo 300 tis. osob (Geissler a kol., 2019:8). Výzkumy ale ukazují, že počet osob zapojených do neformální péče je významně vyšší, protože část péče o blízkou osobu se odehrává mimo systém příspěvku na péči a současně je do péče o jednu osobu zapojeno více osob z rodiny či domácnosti, nejen hlavní pečující evidovaný úřadem práce.

Dle reprezentativního výzkumu FDV z roku 2018 (Geissler a kol., 2019, s. 11-14; Geissler, 2021, s. 56-64), který mapoval rozšíření neformální péče v ČR, se na péči o osobu blízkou alespoň v minimálním rozsahu podílí 22 % dospělých Čechů (cca 1,9 mil osob), zkušenost s péčí v minulosti má 32 % osob, s pečovatelským závazkem se tak v minulosti či současnosti setkalo 45 % Čechů. Neformální péče není výjimečný jev, ale naopak fenomén, který prostupuje celou společností.

Podle výzkumu FDV je do péče zapojeno významně více žen (62 %) než mužů (38 %) a osoby vyššího věku – průměrnému pečujícímu je 52 let, zatímco v běžné populaci je to 48 let. Péče o blízké je rovnoměrně rozložena napříč kraji, obcemi všech velikostí, významný vliv na zapojení do pečování nemá ani dosažené vzdělání či příjmy. Většina neformální péče (83 %) míří k osobám starším 60 let, nejčastěji lidé pečují o své rodiče (37 %),

¹² Organizace Fokus Praha nabízí dokonce vzdělávací kurz case managementu: [Case management \(fokus-vzdelavani.cz\)](https://fokus-vzdelavani.cz).

¹³ Institut Pallium vydal k tématu publikaci „Role case manažera v dětské paliativní péči,“ kterou uvádíme v seznamu zdrojů: NOVÁ PUBLIKACE: Role case manažera – Pallium.cz

¹⁴ Bližší informace o projektu organizace Sananim lze najít zde: [Case management \(sananim.cz\)](https://sananim.cz)

prarodiče (16 %), partnery (14 %) a rodiče partnerů (11 %). Péče o dítě s postižením se podílí na celku 5 %. Nejčastějším důvodem péče je pomoc seniorovi z důvodu věku (64 %), u 36 % osob je primárním důvodem zdravotní postižení či nemoc. V průměru pečující stráví pomocí 19 hodin týdně, průměrná délka péče je pak 5 let a 3 měsíce.

Pečující osoby tvoří velmi heterogenní skupinu, významně se liší podoby a míra zapojení do péče. Výzkum FDV se věnoval kategorizaci pečujících a identifikoval dvě skupiny, u kterých **poskytovaná péče převyšuje běžnou rodinnou reciprocitu a negativně dopadá na život pečujících osob. Právě tyto skupiny pečujících, které dohromady tvoří cca 1 milion osob, je třeba podporovat veřejnou politikou.**

400 tisíc osob poskytuje tzv. kompletní péči, která je charakterizována nejvyšší intenzitou, náročností a komplexitou, a skupinu tvoří výhradně hlavní pečující osoby. Významně zde převažují ženy (75 %), péči stráví v průměru 37 hodin týdně a pečují průměrně 6,5 roku. Péče obsahuje většinu typických úkonů spojených s péčí, tj. přímou péči, pomoc s domácností, organizaci péče a služeb, doprovázení a dopravu, spravování financí atp. Obtíže se sladění vlastního života a péče má 51 % pečujících z této skupiny, negativní dopad péče zažívá 67 % z nich. **Dalších 600 tis. osob**, jejichž zapojení do péče je náročné a zaslouží si pozornost, představují osoby, které se péči nevěnují výhradně, ale snaží se **pečovatelský závazek s většími či menšími obtížemi sladovat s dalšími – profesními, rodinnými či osobními – povinnostmi a rolmi**. Tedy pečují o závislou osobu, pracují, příp. se ještě starají o děti (tzv. sendvičová péče). Negativní dopady péče pociťuje 38 % z těchto pečujících, třetina (31 %) má potíže sladit vlastní život s péčí.

Péče o blízkou osobu je náročná po mnoha stránkách, významně ovlivňuje zejména finanční, sociální a emocionální aspekty života pečujícího. Mezi nejčastější negativní dopady péče patří zhoršení psychického i fyzického zdravotního stavu pečujících osob, omezení ekonomické aktivity a zhoršení finanční situace, omezení času pro vlastní zájmy, snížení kontaktu s rodinou a přáteli, samota a izolace. Podle výzkumu FDV z roku 2015 byla nejčastějším negativním dopadem péče ztráta volného času, kterou pociťuje 57 % pečujících, omezení společenského života (50 %) a psychické vyčerpání (49 %). 20 % pečujících uvedlo, že kvůli péči o blízkou osobu přišlo o práci, a 80 % z nich se s přijetím této role výrazně snížily rodinné příjmy (Geissler a kol., 2015a). Na zmírňování negativních důsledků péče by se měla veřejná politika zaměřit.

Nepoměr mezi mírou zapojení neformálních pečujících do systému péče a jejich systémovou podporou

I přes velikost skupiny pečujících osob a jejich význam pro zajištění dlouhodobé péče, zůstávala tato skupina dlouho pro tvůrce politik a veřejné autority neviditelná. Pečovatelský závazek byl vnímán jako ryze soukromá záležitost a rozhodnutí, jehož následky každý nese sám. Tento pohled prošel v poslední dekádě proměnou. Neformální pečující nejen že svou prací významně odlehčují systému dlouhodobé péče, který by byl jinak neudržitelný, do popředí zájmů se dostává ale i ohrožení a potřeby pečujících, které péče generuje. Mnoho studií upozorňuje **na nízkou kvalitu života pečujících osob, stejně jako nedůstojné podmínky a naprostý deficit podpory a pomoci ze strany státu pečujícím** (Geissler a kol., 2015; Geissler a kol., 2019; Wija a kol., 2019; Kostečka a Paleček, 2020; Matiaško, 2021, s. 22 aj.).

Studie Fondu dalšího vzdělávání analyzuje podrobně situaci neformálních pečujících, stejně jako podmínky pro poskytování neformální péče v České republice (Geissler a kol., 2015c). Popisuje paletu problémů spojených s pečováním o blízkou osobu v domácím prostředí: Sociálně-ekonomické zabezpečení pečujících není příliš dobré, v různých oblastech pečující systémem propadají. Např. nedostatek podpory na trhu práce vede k omezení ekonomické činnosti, výpadku vlastního příjmu a závislosti na dávkách, důchodové zabezpečení

nezohledňuje péči jako práci a péče v produktivním věku tak pramení v chudobu ve stáří, při návratu na trh práce je péče o blízkou osobu bonifikována velmi nízko při výpočtu podpory v nezaměstnanosti, existují další skuliny systému sociální ochrany, např. při výplatě příspěvku na péči či platbě zdravotního pojištění za pečující osobu, které jsou odrazem nedostatečné znalosti situací, ve kterých se pečující rodina nalézá a které mohou znamenat ohrožení.

Optimální není ani podpora ze strany služeb, ať už sociálních, zdravotních či vzdělávacích. Chybí zejména terénní zdravotní a sociální služby pro závislou osobu, s místní, kapacitní a finanční nedostupností je spojen i segment odlehčovacích služeb, který by měl sloužit k jejich odpočinku a celkové udržitelnosti neformální péče. Chybí rovněž služby krizové povahy, které by pečující zastoupily v případě nemoci pečujícího či jiné nenadále události znemožňující poskytování péče. Díky tomu, že pečující nejsou cílovou skupinou sociálních služeb, je i nabídka podpory určené přímo jim (např. psychopodpora, vzdělávání) omezená, resp. vzniká náhodně dle momentálního zacílení dotačních titulů. Problémem je i nedostatečná podpora pečujících ze strany sociálních a zdravotních pracovníků, kteří je opomíjejí a nevnímají jako partnery. Výše zmíněné problémy s nedostatečnou informovaností osob se zdravotním postižením o existující podpoře jsou platné i pro skupinu pečujících. I pečujícím práci komplikuje nedostatečná provázanost zdravotních a sociálních služeb, která se zrcadlí zejména v nedostupnosti potřebných zdravotních pomůcek, relevantních zdravotnických oborů (rehabilitace, logopedie, psychiatrie, geriatric, ergoterapie, paliativní lékařství atp.) a návštěvních služeb či nedostatku podpory ze strany sociálních služeb v případě, že osoba v péči potřebuje i péči zdravotní.

Celkovým problémem je pak nedostatek koncepčního přístupu k tvorbě politiky na podporu pečujících na všech úrovních veřejné správy, který vede k tomu, že podpora je nekoordinovaná a nahodilá. Cílová skupina se sice objevuje v mnoha strategických dokumentech zaměřených na podporu OZP, seniorů a stárnutí populace či rodinu, chybí ale koordinace a systematický přístup. Nejinak je tomu na regionální a lokální úrovni, kde jsou pečující osoby v komunitním plánování a následně v plánech rozvoje služeb zastoupeny sporadicky. Podpora se tak skládá z jednotlivostí, je odvislá od iniciativy a zájmu aktérů v dané oblasti či lokalitě a nastavení dotačních titulů (Geissler a kol., 2015a; Geissler a kol., 2015c; Geissler a kol., 2019).

Jedno z mála opatření, které bylo v roce 2018 na podporu pečujících zavedeno, je tzv. dlouhodobé ošetřovné. Pečující mohou odejít ze zaměstnání na dobu 3 měsíců, aby se starali o svého rodinného příslušníka. Dávka umožňuje pečujícím zůstat doma v situaci, *„kdy budou pečovat o člena rodiny, u kterého ošetřující lékař zdravotnického zařízení poskytujícího lůžkovou péči (zpravidla nemocnice) rozhodl, že jeho zdravotní stav potřebuje po propuštění z hospitalizace domácí celodenní péči. Dlouhodobé ošetřovné (...) poskytne prostor pro následné rozhodnutí rodiny, jak se o svého blízkého postarat v případě, že bude nadále vyžadovat péči...“* (ČSSZ, 2022). Ošetřovné může trvat 90 dní a na dávku je nárok pouze v případě, že osoba, které je péče poskytována, byla hospitalizována alespoň 4 dny v nemocnici a lékaři předpokládají dobu rekonvalescence delší než 1 měsíc. Ošetřovné je dávka nemocenského pojištění, čerpat ji tak může jen jeho plátce, tj. zaměstnanec či OSVČ. Nárok na dlouhodobé ošetřovné nemají z povahy definice studenti, osoby nezaměstnané nebo starobní důchodci.

Kromě dlouhodobého ošetřovného není implementován žádný jiný nástroj podporující přímo pečující. Podíváme-li se na opatření, která byla přijata v jiných evropských státech, zjistíme, že pro pečující je možné úspěšně udělat mnohem více (Geissler a kol., 2015b). Možná opatření na podporu pečujících osob v českém prostředí představíme dále.

1.2 Možnosti řešení definovaných problémových oblastí

Na základě analýzy situace a vymezení uvedených problémových oblastí jsme stanovili následující **čtyři cíle**, kterých by mělo být dosaženo, aby se úroveň informovanosti a celkové podpory zlepšila:

- 1) Zvýšení přehlednosti systému sociální podpory a služeb a zlepšení informovanosti o něm.
- 2) Posílení a rozvoj koordinační činnosti sociálních pracovníků ORP.
- 3) Zavedení case managementu v sociální práci.
- 4) Rozvoj systémové podpory neformálních pečujících.

Každý z uvedených cílů představuje řešení několika definovaných problémů, zároveň lze vysledovat vzájemné vazby i mezi nimi. V následujícím textu představíme některé návrhy, které k naplnění těchto cílů povedou.

1.2.1 Zvýšení přehlednosti systému sociální podpory a služeb a zlepšení informovanosti

Jako první možnost řešení problémů souvisejících s roztříštěností systému podpory a nedostupností informací o něm se nabízí **úprava stávajících informačních webů, zejména obou webů Registru poskytovatelů sociálních služeb**, tak, aby byly informace v jeho veřejné části srozumitelné pro laiky, zejména pro uživatele sociálních služeb a zájemce o tyto služby. Žádoucí by bylo přidat vyhledávání dle životních situací. Doplnit by bylo vhodné zejména charakteristiku jednotlivých druhů služeb a vysvětlení, pro koho je daný typ služby určen a v jaké životní situaci ji člověk může/má vyhledat. Registr by bylo vhodné upravit tak, aby jej mohli využívat také lidé se zrakovým a sluchovým postižením nebo omezenými kognitivními schopnostmi, tzn. je potřeba přidat také jeho tzv. jednoduchou verzi.

Weby veřejných institucí (MPSV, Úřad práce, kraje, obce atp.) by měly významně více obsahovat odkazy na sebe navzájem, příp. další instituce, na nichž uživatelé naleznou další související a potřebné informace. Informace o Registru sociálních služeb by měly být zmíněny rovněž v informačních materiálech, které různé instituce poskytují v rámci sociálního poradenství.

Žádoucí je rovněž **rozvoj a větší využití informačních a vyhledávacích portálů spravovaných jednotlivými kraji**. Víme již, že některé kraje už tento nástroj podpory úspěšně využívají a je proto možné se jejich přístupem inspirovat. Pro zajištění lepší dostupnosti informací pro všechny obyvatele ČR je nicméně potřeba, aby vytvoření informačních a vyhledávacích portálů bylo pro kraje povinné, aby tyto portály byly uživatelsky vstřícné (tzn. aby byly srozumitelné pro laiky a přizpůsobené pro osoby s různými druhy postižení) a aby **vyhledávání podle životních situací, nikoliv podle druhu sociálních služeb, bylo standardem všech webů**, jež jsou určeny cílovým skupinám sociálních služeb.

Současně by měly být učiněny kroky k tomu, aby se zlepšilo obecné veřejné povědomí o existujících formách podpory, sociálních službách, a tedy i o vyhledávacích portálech a Registru poskytovatelů sociálních služeb. Tak by se mohly potřebné informace dostat k uživatelům včas nebo alespoň dříve. Jednou z možností je **vytvoření komplexního informačního portálu** o dostupných formách podpory a pomoci v různých oblastech sociální podpory a péče, obsahující vysvětlení k existujícím dávkám, příspěvkům i službám. Po vzoru Německa by bylo zároveň přínosné zahrnout do portálu i informace z oblasti zdravotní péče, vzdělávání, zaměstnanosti, kultury aj. Tím by se dosáhlo potřebného komplexního pojetí. Je však potřeba vyřešit otázku instituce, která by portál spravovala. Po vzoru Německa se nabízí jedno z příslušných ministerstev, jako nejvhodnější se vzhledem k obsahu portálu jeví MPSV. Portál by měl sloužit pouze jako rozcestník, který by obsahoval základní informace a nasměroval uživatele třeba právě na Registr poskytovatelů sociálních služeb nebo na krajské vyhledávací portály, které by naopak měly zahrnovat podrobnější informace o sociálních službách dostupných

na území jednotlivých krajů. V případě vytvoření komplexního portálu je však potřeba počítat s potřebou vyšší počáteční finanční investice a zároveň s nutností pravidelné aktualizace, která může být vzhledem k požadovanému rozsahu informací poměrně náročná. Nicméně je potřebné a žádoucí, aby informace na centrální úrovni, ať už nabízené MPSV nebo ÚP, byly zpracované podobně srozumitelným způsobem, jaký nabízí zmíněný německý portál.

Pro zvýšení přehlednosti systému sociální podpory a zlepšení dostupnosti informací je potřeba:

- 1) Upravit Registr poskytovatelů sociálních služeb a dalších informačních webů (např. MPSV, ÚP) tak, aby informace byly srozumitelné pro laiky.
- 2) Zlepšit uživatelskou vstřícnost těchto portálů zařazením prvků umožňující užívání osobám se zrakovým a sluchovým postižením a vytvořením tzv. jednoduché verze (pro osoby s omezenými kognitivními schopnostmi).
- 3) Podpořit rozvoj informačních a vyhledávacích portálů v jednotlivých krajích, vyhledávání dle životních situací stanovit jako standardní výchozí parametr vyhledávačů.
- 4) Zvýšit vzájemné odkazování webů jednotlivých veřejných institucí, informovat o existenci všech vyhledávacích a informačních portálů v informačních materiálech.
- 5) Zvážit možnost vytvoření komplexního informačního portálu (rozcestníku informací) platného pro celé území ČR.

Přínosy a rizika provázející realizaci navržených opatření

Přínosy:

- Výrazné zlepšení dostupnosti informací, zvýšení informovanosti OZP a pečujících o existující podpoře.
- Lepší orientace uživatelů služeb a dávek v systému sociální podpory a péče.
- Větší spokojenost OZP a pečujících osob s přístupem státních institucí a s úrovní podpory, která je jim poskytována.

Rizika:

- Nastavení pravidel pro vytvoření a správu krajských portálů neodstraní odlišnosti v přístupu krajů.
- Informace na portálech se nepodaří zpracovat srozumitelnou formou.
- Nutnost vyšších počátečních investic a personálního zajištění správy portálů.
- Pravidelné aktualizace informací, které zejména v případě celostátního komplexního portálu může být obtížné zajišťovat v potřebném rozsahu a odpovídající rychlosti.

1.2.2 Posílení a rozvoj koordinační činnosti sociálních pracovníků ORP

Zákon 108/2006 Sb., o sociálních službách, v § 109 už nyní ukládá krajům a obcím s rozšířenou působností úkol koordinovat poskytování sociálních služeb a realizovat sociální práci za účelem řešení nepříznivé sociální situace různých osob, s cílem tyto osoby sociálně začleňovat (Paleček-Kostečka, 2020, s. 2). K tomu však v praxi nedochází a často ani docházet nemůže, zejména z důvodu kapacitní poddimenzovanosti sociální práce na obcích (viz vymezení problému), ale také proto, že zajištění koordinační činnosti předpokládá nové či širší schopnosti a znalosti pracovníků, kteří ji budou vykonávat. Nicméně klíčovou normou je zde stále zákon 108/2006 Sb., o sociálních službách, který by měl **koordinaci podpory a péče v sociálních službách posílit a rozšířit** povinnost zapojení a spolupráce na koordinované podpoře kromě obcí a krajů i na další subjekty (např. Úřad práce, ČSSZ nebo poskytovatele sociálních služeb). Rovněž je potřeba zajištění koordinované podpory v praxi kontrolovat.

Pro zajištění koordinované podpory je **nezbytné zajistit a legislativně upravit povinnost sdílení informací mezi relevantními aktéry a institucemi veřejné správy** – zejména ÚP ČR, ČSSZ, obcemi a kraji, lékaři a zdravotnickými zařízeními, zdravotními pojišťovnami, poskytovateli sociálních služeb, vzdělávacími institucemi a příslušnými ministerstvy. V tomto textu se zaměřujeme na změny v sociální oblasti. Je však potřeba mít na vědomí, že koordinovaná podpora by měla zahrnovat rovněž zdravotní péči, vzdělávání, podporu v bydlení nebo i v zaměstnanosti. Proto je potřeba postupně upravit činnost všech relevantních aktérů a v pozdější fázi provést změny i v legislativních normách a postupech platných v uvedených oblastech. Nastavení je např. možné rozdělit do několika fází, začít by se však mělo institucemi spadajícími pod agendu MPSV.

Další důležitou otázkou, které je potřeba věnovat pozornost, je **kapacita a kompetence sociálních pracovníků obcí s rozšířenou působností**, kteří mají nejlepší předpoklady pro výkon koordinační činnosti. Z výše uvedeného vyplývá, že mít možnost shromažďovat údaje o potřebách klientů a o nabídce služeb v místě působnosti je klíčové nejen při podpoře konkrétních klientů, ale rovněž pro plánování kapacit sociálních služeb v rámci komunitního plánování a přípravy Střednědobého plánu rozvoje sociálních služeb (SPRSS). Avšak vzhledem k tomu, že již nyní jsou sociální pracovníci stávající agendou přetížení, je potřeba současně **posílit kapacity sociální práce na obcích** tak, aby měli pracovníci nejen dostatek kapacit na vykonávání stávajících povinností, ale zároveň se mohli věnovat dalšímu rozvoji sociální práce na obecní úrovni a zajišťování koordinované podpory.

Tyto problémy je možné vyřešit zmíněným posílením kapacit sociální práce a rozšířením znalostní základny sociálních pracovníků. Pro řešení situace OZP a pečujících by bylo přínosné zavedení **koordinátora podpory osob se zdravotním postižením a pečujících jako typové pozice sociálního pracovníka na každé ORP**: „*Koordinátor podpory, respektive koordinátor podpory komplexních integrovaných služeb, je přesně ta osoba, která lidem se sníženou soběstačností a jejich blízkým zprostředkuje správné a spolehlivé informace, sociální či zdravotní služby, zdravotní pomůcku nebo finanční pomoc (...). Má nejen informace, ale i kontakty na potřebné služby a úřady a umí komunikovat s lidmi, kteří potřebují pomoc, prožívají stres a nejistotu nebo mají zdravotní handicap*“ (Hubíková, 2018, s. 48 podle Kalvach et al., 2015).

Typová pozice sociálního pracovníka – koordinátora podpory osob se zdravotním postižením a pečujících – by vytvořila základ pro to, aby se rozvíjela expertiza v sociální práci při podpoře OZP a pečujících, aby podpoře těchto cílových skupin na obecní úrovni byla dlouhodobě věnována pozornost a personální kapacity a jejich podpora se tak stala standardní položkou, na kterou jsou alokovány prostředky z veřejných rozpočtů. Určité modely typizovaných pozic sociálních pracovníků zaměřující se na podporu konkrétní cílové skupiny a garantující, že určitá forma podpory a úkony budou skutečně realizovány (a nebudou opomenuty proto, že zákon jejich zajištění nevyžaduje, toleruje opomenutí či neukládá vymáhání), již české právo zná, např. sociální pracovník úseku sociálně-právní ochrany dětí či sociální kurátor.

Návrh na ustanovení koordinátora podpory byl podrobně zpracován v jedné ze studií Fondu dalšího vzdělávání, kterou je možné v případě volby této možnosti využít.^{15,16} V této studii byly mimo jiné vymezeny **předpoklady pro výkon role koordinátora**, které by bylo dobré u typové pozice sociálního pracovníka pro OZP a pečující osoby rozvíjet:

- Orientovat se v nabídce sociálních, zdravotních a vzdělávacích služeb v daném regionu a v systému dávek státní sociální podpory, odkazovat své klienty na vhodné služby a formy podpory.

¹⁵ Jedná se o studii TOMÁŠKOVÁ a kol. (2015), uvedenou v seznamu zdrojů.

¹⁶ V případě, že by se zavedení pozice koordinačního pracovníka na ORP ukázalo jako nerealizovatelné (např. z kapacitních důvodů), je možné zvážit také variantu zavedení nové instituce – tzv. kontaktních míst, která by koordinovanou podporu zajišťovala. Také tato varianta řešení byla ve studii zvažována a popsána.

- Mít základní znalosti diagnóz a onemocnění způsobujících dlouhodobé potíže nebo zdravotní postižení, znát nároky na péči plynoucí z jednotlivých typických nemocí a diagnóz.
- Mít přehled o existujících zdravotních a kompenzačních pomůckách a o formách jejich dostupnosti (včetně možnosti úhrady od pojišťovny, příspěvku od státu či některé z existujících nadací), orientovat se v agendě potřebné pro získání požadovaných služeb, dávek a pomůcek (vyplňování formulářů apod.).
- Mít informace o nabídce služeb, vzdělávání a další podpory (např. o svépomocných skupinách, psychosociální podpoře) pro neformální pečující.
- Znat typické problémy a situaci osob a rodin, s nimiž spolupracuje, umět předvídat komplikace a krize (např. vyhoření pečujícího), předcházet jim, příp. být připraven na jejich řešení (např. náhlý výpadek pečujícího).
- Být empatický, orientovaný na klienta, proaktivní, a případně ovládat postupy case managementu (viz další text)

(Tomášková a kol., 2015, s. 36, upraveno).

Z uvedených požadavků vyplývá, že pracovníci, kteří mají vykonávat koordinační funkci, potřebují znalosti přesahující běžný záběr sociální práce. Je potřeba, aby se orientovali v některých tématech ze zdravotní péče (např. potíže omezení plynoucí z typických onemocnění a diagnóz), v systému vzdělávání a rozuměli správně potřebám OZP a pečujících. Současně je žádoucí, aby měli určité další schopnosti (např. manažerské) a charakteristiky (např. proaktivita), které jsou nutné pro zajištění účinné koordinované podpory.

Pro posílení a rozvoj koordinační činnosti pracovníků ORP je potřeba:

- 1) Vymezit a posílit koordinační roli sociálních pracovníků ORP a současně povinnost na koordinaci spolupracovat pro jednotlivé subjekty sociální podpory (ÚP, ČSSZ, zdravotnická zařízení atp.).
- 2) Legislativně ustanovit typovou pozici sociálního pracovníka – koordinátora podpory osob se zdravotním postižením a pečujících – na každé ORP, na výkon této pozice alokovat prostředky.
- 3) Legislativně upravit a následně technicky zajistit sdílení informací, které jsou klíčové pro efektivní podporu ohrožených skupin, mezi relevantními aktéry a institucemi veřejné správy – v první fázi zejména ÚP ČR, ČSSZ, poskytovateli sociálních služeb, obcemi a kraji, v dalších fázích i mezi lékaři a zdravotnickými zařízeními, zdravotními pojišťovnami, vzdělávacími institucemi atd.
- 4) Posílit kapacity a kompetence sociálních pracovníků obcí, podpořit jejich vzdělávání v oblasti koordinované podpory OZP a pečujících osob.

Přínosy a rizika provázející realizaci navržených opatření

Přínosy:

- Rozvíjený prvek koordinace péče může zásadně přispět k lepší orientaci a tím i včasnější a efektivnější podpoře osob se zdravotním postižením, chronickým onemocněním a pečujících v systému sociální péče, ale později i péče zdravotní, ve vzdělávání a v podpoře pracovního uplatnění.
- Lidé, kteří se ocitnou v nepříznivé sociální situaci i uživatelé služeb budou vědět, kam se obrátit o radu a pomoc, a dostanou ji v co nejkratší možné době.
- Koordinátoři budou mít k dispozici veškeré informace o existujících formách podpory, budou proto schopni najít nejvhodnější způsob pomoci a tu následně kvalifikovaně koordinovat.
- (Pozdější) nastavení spolupráce se zdravotnickými zařízeními zajistí, že pracovníci budou včas informováni ošetřujícími lékaři o nových osobách, které potřebují pomoc. Podobného efektu bude dosaženo spoluprací se vzdělávacími zařízeními a dalšími subjekty.

Rizika:

- Nedostatečné posílení personálních kapacit sociálních pracovníků ORP, které by umožnilo realizovat a rozvíjet koordinovat podporu, z důvodů jako např. nedostatek alokovaných prostředků na výkon sociální práce, nízké finanční ohodnocení, málo osob na trhu práce s potřebným vzděláním, zahlcení sociálních pracovníků administrativou atp.
- Nesprávné uchopení role pracovníka vykonávající koordinaci, nejasná definice pracovní náplně a kompetencí, nedostatečné vzdělávání pro danou činnost.
- Nedostatečně silná pozice a autorita sociálního pracovníka pro koordinaci dalších subjektů, nízká součinnost dalších aktérů při realizaci koordinované podpory, nechuť spolupracovat a pokračující preference pro poskytování fragmentované podpory.
- Nenalezení způsobu či jeho nezavedení, jak předávat a sdílet klíčové informace mezi relevantními institucemi a aktéry, nenastavení a nevymáhání této povinnosti v praxi.
- Na národní úrovni nedostatečné zadání na žádoucí podobu koordinované podpory, které povede k vytvoření různých úrovní koordinované podpory v krajích a na úrovni ORP a bude ovlivněno preferencemi regionálních a lokálních tvůrců politik a rozhodovatelů.

1.2.3 Zavedení case managementu v sociální práci

Case management představuje jednu z vhodných metod zajištění koordinované podpory a péče. Z výzkumu Hubíkové, který se jeho uplatněním v české praxi zabýval, vyplynulo, že pro **sociální pracovníky na obcích je case management stále novým a nezavedeným tématem** a jeho postupy nejsou v běžné praxi zatím etablované. V České republice ke case managementu navíc není dostatek literatury a empirických výzkumů (Hubíková, 2018, s. 9).

V našich návrzích se zabýváme pojetím case managementu jako způsobu koordinace poskytované podpory a péče, respektive vytvořením podmínek pro jeho úspěšné uplatnění na této úrovni využití. Aby se metoda mohla v praxi rozšířit, je potřeba odstraňovat určité nedostatky, které jsou dané současnou situací ve fungování sociální podpory a péče v České republice. Mnohé z nich byly v tomto textu již zmíněny. První vychází ze skutečnosti, že pomoc je v současnosti roztržštěná a nekoordinovaná. Jedním z předpokladů case managementu je totiž to, že mezi jednotlivými aktéry vznikne soubor vzájemných povinností, práv a vazeb a jednou z povinností je i to, že se různí aktéři musejí někým **nechat vzájemně koordinovat**. Jinak by nebylo možné vytvořit **spolupracující celek** (Paleček-Kostečka, 2020, s. 4). Na podobné problémy upozorňuje i organizace Člověk v tísni (2020, s. 4), která uvádí, že case management charakterizuje náročnost na ochotu jednotlivých aktérů se aktivně zapojovat, proto se v praxi objevují různé druhy spolupráce. **Nezbytným předpokladem zavedení pro širší uplatnění case managementu je tedy vytvořit integrovaný systém péče, ve kterém bude jasně definovaná povinnost pro jednotlivé aktéry a instituce sdílet potřebné informace a uznat navzájem právo vyžadovat součinnost při zajišťování pomoci** pro osoby, na něž je case management zaměřen. **Současná infrastruktura a fungování pomoci požadované podmínky však zatím nesplňuje.**

Další komplikací v širším zavedení case managementu do praxe představuje podle Hubíkové to, že **formy pomoci, které v současnosti v sociální práci převažují, s ním nejsou úplně kompatibilní**, protože jsou zaměřeny převážně na jednorázovou pomoc, sociální poradenství a materiální pomoc, případně její zprostředkování. Obvykle také nereagují na všechny aspekty životní situace klienta, které se v případě poskytování dlouhodobé péče mohou průběžně objevovat. Postupy podle ní rezignují na komplexnost, která je předpokladem case managementu (Hubíková, 2018, s. 28). Tomu se však nelze divit, neboť absence komplexního přístupu je jeden z vážných nedostatků systému poskytování podpory jako celku.

Case management není také vhodný v situacích, kdy je nutná rychlá intervence, pokud by časová prodleva spojená s domlouváním s dalšími aktéry měla za následek zhoršení situace klienta nebo pokud není možné nastavit pravidla spolupráce tak, aby klienta nepoškozovala (Člověk v tísni, 2020, s. 4). Je potřeba si také uvědomit, že case management není všemocný a že jeho uplatnění je náročné na čas a organizaci v tom smyslu, že vyžaduje týmovou spolupráci (Neubauerová, 2014, s. 34).

Jistou výhodou a zároveň omezení představuje také fakt, že case management najde uplatnění zejména v řešení situace osob s vyššími nároky na poskytovanou péči. Paleček a Kostečka (2020, s. 1-2) jej spojují s tzv. mnohonásobnými potřebami, Člověk v tísni (2020, s. 4) doplňuje, že jej provádí u klientů, jejichž situace vyžaduje zapojení více organizací či institucí. Proto by case management měl být uplatňován zejména ve vztahu k osobám s vyššími nároky na péči, vyžadujícím širší podporu. Méně se uplatní u osob, které nepotřebují multidisciplinární přístup. Avšak i těm je potřeba poskytovat podporu a pomoc a monitorovat jejich situaci, zejména s ohledem na skutečnost, že se může kdykoliv změnit.

Nicméně **přes zmíněná omezení představuje zavedení case managementu dobrý způsob, jak dosáhnout efektivnější podpory osob v nepříznivé sociální situaci**, protože jak se uvádí v metodice Člověka v tísni, „*pro klienta, organizace, instituce či stát je efektivnější poskytovanou pomoc řídit, neboť to vede k časové a finanční úspoře. A to při zachování důstojnosti klienta, který je v procesu partnerem, a nikoliv objektem. Finanční zdroje šetříme tím, že stejné činnosti, které klientovi poskytneme my, nebude poskytovat jiná organizace. Časovou úsporu získáme rozdělením činností mezi aktéry tak, aby se neduplikovaly. Koordinovanost pomoci s sebou přináší i vhodnější volbu jednotlivých postupů, ty pak na sebe lépe navazují nebo se doplňují. Týmová práce snižuje možnost chybných rozhodnutí...*“ (Člověk v tísni, 2020, s. 4).

S ohledem na výše uvedené **doporučujeme využít principy case managementu v sociální práci v souvislosti se zajištěním koordinované podpory u osob ve vyšších stupních závislosti nebo s vyšší potřebou péče**, zvláště v případech vyžadujících multidisciplinární přístup. V tomto ohledu může mít case management velmi dobré uplatnění a může značně podpořit efektivitu sociální práce a koordinované podpory. Je však potřeba podpořit vzdělávání pracovníků (sociálních či zdravotně-sociálních) v tom, aby metodu byli schopni využívat. Také je potřeba vyjasnit – mimo jiné legislativně – úlohu case managera i jeho kvalifikaci. Dále je vhodné zajistit podporu pro instituce či organizátory vzdělávacích kurzů, kteří budou case managery vzdělávat, např. zajištěním akreditace.

V souvislosti s podporou case managementu musí být legislativně stanovena rovněž povinnost různých subjektů a institucí pracovat v součinnosti s case managerem a poskytovat mu potřebné informace. Výhodou je, že **stávající právní úprava nevyklučuje komplexní metody sociální práce, není ani v rozporu s uplatňováním case managementu**. Tuto metodu pouze dostatečně nepodporuje či explicitněji nevyžaduje. To může způsobovat problémy zejména v obcích, jejichž vedení není výkonu sociální práce nakloněno (Hubíková, 2018, s. 46). Vymezení role case managera a posílení povinnosti vykonávat koordinovanou podporu spolu s celkovým posílením kapacit a prestiže sociálních pracovníků by však mělo podpořit odstranění nebo alespoň zmírnění podobných nedostatků. Pro rozšíření case managementu v praxi je také vhodné vytvořit a podpořit informační kampaň, která zlepší povědomí veřejnosti i odborných pracovníků o jeho existenci a přínosech jako metody moderní sociální práce.

Pro úspěšné zavedení case managementu v sociální práci je potřeba:

- 1) Vytvořit fungující integrovaný systém péče, ve kterém bude jasně definovaná povinnost pro jednotlivé aktéry a instituce zajišťovat koordinovanou péči.

- 2) Legislativně stanovit povinnost různých subjektů a institucí pracovat v součinnosti s case managerem a poskytovat mu potřebná data a informace.
- 3) Vyjasnit (legislativně i jinak) úlohu case managera a jeho kvalifikaci.
- 4) Podpořit vzdělávání sociálních a zdravotně-sociálních pracovníků ve využívání case managementu.
- 5) Nastavit podpůrné prostředí pro výkon case managementu (supervize, další vzdělávání, materiálně-technické zázemí v místě atp.).
- 6) Zajistit podporu pro instituce či organizátory vzdělávacích kurzů, kteří budou case managery vzdělávat, např. udělením akreditace.

Přínosy a rizika provázející realizaci navržených opatření

Přínosy:

- Posílení koordinované podpory a multidisciplinárního přístupu v podpoře osob se zdravotním postižením, chronickým onemocněním a pečujících.
- Zajištění komplexní podpory a návaznosti poskytované péče pro osoby s vícenásobnými potřebami, které zároveň povede ke snížení nákladů na její zajištění a vyšší efektivitě.
- Provázení a udržitelné nastavení fungování dlouhodobé péče v domácím prostředí.
- Podpůrný nástroj pro mapování potřeb a pravidelné vyhodnocování efektivity poskytované podpory.

Rizika:

- Širšímu zavedení case managementu do praxe musí předcházet vytvoření potřebné infrastruktury a podmínek (posílení sociální práce, finanční zabezpečení CM, meziresortní přístup, koordinovaná podpora, předávání informací mezi institucemi apod.).
- V případě ukotvení case managementu v rámci sociální práce na obcích nechota – zejména ze strany zdravotnických pracovníků a zařízení – se nechat v sociálním segmentu koordinovat.
- Nepřipravenost a nedostatečné odborné znalosti pracovníků, kteří by case management měli vykonávat.
- Nepřipravenost sociálních odborů a nastavených postupů a procesů (jednorázová pomoc, izolované poradenství atd.) na case management.

1.2.4 Rozvoj systémové podpory neformálních pečujících

Návrhem systémové podpory pečujících osob se zabýval i Fond dalšího vzdělávání. Komplexní a systematickou podporu neformálních rozvádí první návrhový dokument (Geissler a kol., 2015a). Předkládá na padesátku návrhů opatření, které sledují naplnění pěti cílů: Zvýšení podpory neformálních pečovatelských skupin ze strany veřejné správy, zlepšení finančně-sociálního zabezpečení, zvýšení podpory prostřednictvím sociálních a zdravotních služeb, podpora ekonomické aktivity pečujících v průběhu a po ukončení péče a zlepšení informovanosti a vzdělávání pečujících osob, osob závislých na péči a veřejnosti.

Návrh strategického dokumentu na podporu pečujících osob (Geissler a kol., 2019), který vytvořil FDV ve spolupráci s expertním meziresortním týmem a poradním týmem pečujících osob, stanovil vizi pro neformální péči, kterou by měla veřejná politika sledovat: „*Pečující osoby i osoby, o které je pečováno, mají jisté a důstojné postavení ve společnosti. Při péči jsou pečující podporováni, aby mohli žít také vlastní život. Pečující jsou uznáni a respektováni jako součást systému a rovnocenný partner péče*“ (ibid.: 2). Za klíčové aspekty tvorby politiky považuje dokument zajištění pečujícím „jistoty, podpory a uznání.“ Naplnění vize strukturuje do pěti strategických podcílů: Ukotvit status pečujících a jejich práva a povinnosti, zvýšit participaci pečujících na tvorbě politiky a posílit partnerské zapojení do rozhodování o podobě péče, vytvořit a rozvíjet podpůrné

prostředí pro poskytování neformální péče, posílit pečující osoby v uspokojování vlastních potřeb a zvýšit jejich zapojení do společenského a ekonomického života a zvýšit společenské uznání pečujících osob.

Oba výše zmíněné dokumenty nabízejí komplexní přístup k podpoře pečujících osob ve všech relevantních oblastech. Z obou dokumentů vycházíme a vybíráme oblasti a opatření, která jsou klíčová pro naplňování vize Aliance pro individualizovanou podporu o individualizovaném přístupu.

Za první stěžejní konkrétní opatření považujeme **ukotvení neformální péče či pečující osoby v zákoně 108/2006 Sb., o sociálních službách**. V současnosti mají pečující v legislativě status odvozený od statusu přiznaného závislé osobě. Definice tak je nepřímá, ve vazbě na osobu, o kterou pečují, respektive přesněji na osobu, která je příjemcem určité dávky (zejména příspěvku na péči). Podpora pečujícím může být také poskytována jako ranku osob v nepříznivé sociální situaci. Explicitní legislativní ukotvení je nicméně předpokladem pro to, aby se pečující osoby staly **samostatnou cílovou skupinou**, pro kterou bude vytvářena přímá podpora v podobě služeb a na kterou se zaměří pozornost sociálních pracovníků. Definice by ideálně měla být co nejširší, aby umožnila podpořit všechny osoby, které poskytují dlouhodobou péči blízké osobě s nepříznivým zdravotním stavem v přirozeném prostředí a díky pečovatelskému závazku se ocitly v nepříznivé sociální situaci. Navázání statusu pečujících na přiznanou dávku (příspěvek na péči či dlouhodobé ošetřovné) určitou podskupinu vyloučí (např. pečující v počátcích péče či poskytující pomoc bez přiznané dávky, vedlejší pečující, bývalé pečující) (Geissler a kol., 2019, s. 15).

Stejně jako pro osoby se zdravotním postižením je i pro pečující důležité zajištění potřebné **informační a koordinované, individuální, komplexní a dlouhodobé podpory** ze strany sociálních pracovníků, case managerů či jiných koordinátorů, kteří by jim pomohli se v existující podpoře zorientovat a vybrat z ní to, co odpovídá individuálním potřebám pečující rodiny, příp. rodinu dlouhodobě provázet a potřebnou podporu individuálně aktualizovat (viz 1.2.2 a 1.2.3).

Rozvoj služeb je dalším klíčovým bodem pro podporu pečujících. Důležitá je zejména dostupná nabídka terénních a ambulantních sociálních služeb pro závislou osobu, které alespoň část péče převezmou a umožní tzv. sdílenou péči (více v příloze 3). Právě sdílená péče je zásadním předpokladem pro to, aby pečující osoby nebyly starostmi přehlčeny a zůstal jim určitý čas na vlastní život, uspokojování vlastních potřeb nebo např. na ekonomickou aktivitu. Vedle toho je však třeba **rozvíjet služby, které jsou určeny přímo pečujícím osobám a vedou k jejich podpoře při péči**:

- Jde zejména o **vzdělávání a edukaci** pro péči. Do neformální péče často vstupují laikové a určitý zácvik a rozvoj potřebných kompetencí je pro ně důležitý, aby péči poskytovali bezpečně pro blízkou osobu i sebe (Geissler a kol., 2019, s. 24-25; Geissler a kol., 2015a, s. 72-73).
- Neformální péče je nezřídka spojena s psychickou náročností, vyčerpáním, vyhořením z monotónních, opakovaných či stresujících situací, nebo napjatými vztahy v domácnosti. Pro udržitelnost péče a pohodu pečujícího je klíčová i dostupná **psychosociální podpora** (Geissler a kol., 2019, s. 29).
- Důležitý je také odpočinek a psychohygienu, které by měly umožňovat **odlehčovací služby**. Těch je ale kritický nedostatek a pro mnoho rodin jsou finančně, místně či kapacitně nedostupné. Pravidelné odlehčení je však základním předpokladem pro udržitelnost péče v přirozeném prostředí, je tak klíčové nadále segment respitních služeb rozvíjet (Geissler a kol., 2019, s. 23; Geissler a kol., 2015a, s. 54).
- V průběhu péče vznikají situace, kdy pečující osoba nemůže díky **nenadále situaci** (např. nemoc) péči poskytovat a je třeba, aby ji pružně zastoupila sociální služba. Je proto důležité, aby **služby – terénní, ambulantní i pobytové – měly vyčleněné dostatečné kapacity** (např. „krizová“ lůžka) pro tyto situace a nebylo řešením, v současnosti využívaným, osobu odkázanou na péči hospitalizovat ve zdravotnickém zařízení (Geissler a kol., 2019, s. 23-24; Geissler a kol., 2015a, s. 52).

Pro odpovědné a efektivní plánování výše zmíněných služeb, které by měly sloužit primárně pečujícím osobám a podporovat dlouhodobě udržitelnou a důstojnou neformální péči, je potřeba mapovat nejen potřeby osob se zdravotním postižením a chronickým onemocněním, ale i pečujících osob, a při plánování rozvoje terénních a ambulantních služeb zvážit i jejich potřeby. (Mapování potřeb cílových skupin a plánování služeb je věnována dále kap. 3.)

Neformální péče se odehrává mimo rámec placené práce, pečující i přes enormní zatížení tak nemají nárok na dovolenou. Jak už bylo výše zmíněno, odlehčovací služby mají pečujícím poskytnout odpočinek, nicméně dostupnost těchto služeb je malá. Sdílení péče mezi rodinou a službami a odpočinek pečujících je klíčem pro udržitelnost domácí péče a možnost lidí se zdravotním postižením žít v přirozeném prostředí. Řešením může být **zavedení nároku na odpočinek s dostupnou náhradní péčí**, který by současně byl katalyzátorem rozvoje odlehčovacích služeb.

Zahraniční inspirací může být **institut tzv. náhradní péče** (Ersatzpflege) fungující v Německu. Pokud pečující osoba nemůže z předem určených důvodů péči vykonávat, zaplatí pojišťovna za předem určených podmínek péči náhradnímu pečovateli. Těmito důvody jsou onemocnění pečujícího nebo jeho dovolená. Náhradní péče může být čerpána maximálně 4 týdny v roce, a uhradit ji lze ve chvíli, kdy stálý pečující poskytoval péči alespoň po dobu 6 měsíců. Výše úhrady je stanovena limitem. Příspěvek na péči je po dobu využívání náhradní péče vyplácen v poloviční výši (Geissler a kol., 2015b, s. 24 dle Bundesministerium für Arbeit und Soziales).

Nový **institut pečovatelské dovolené by uznal nárok neformálních pečujících na odpočinek a skládal by se z nároku na bezplatnou náhradní péči pro opečovávanou osobu na určitou dobu**. Na základě provedených expertíz (Geissler a kol., 2015a, s. 54-56 a 2019, s. 27-28) by pečovatelská dovolená mohla být ukotvena v zákoně o sociálních službách. V souvislosti s opatřením lze uvažovat o mnoha parametrech, které by ovlivnily její nákladnost a realizovatelnost (např. délka nároku; podmínky pro uplatnění nároku - délka a náročnost péče dle stupňů závislosti; způsoby zajištění náhradní péče - sociální, zdravotní či další služba, jiný neformální pečující, terénní/pobytová forma). Optimální podobou by byla dovolená v délce 2-4 týdnů ročně pro pečující o osoby v 2. a vyšším stupni závislosti, při níž by péči během volna bezplatně zajistily odlehčovací či jiné služby. Pro pečující by dovolená byla možností, nikoliv povinností ji uplatnit. Kraje jako zřizovatelé služeb by byly nuceny zohlednit potřeby a nároky pečujících v plánování sociálních služeb a nastavit kapacity služeb tak, aby zvládly zákonné odlehčení poskytovat.

Za důležité považujeme také **rozvoj socioekonomického zabezpečení pečujících osob**, protože finanční situace pečujících domácností je v porovnání s průměrem populace nepříznivá a neformální péče tak s sebou nese materiální deprivaci. Zhoršení finanční situace patří k jednomu z nejčastějších negativních dopadů péče. Dávce nemocenského pojištění, dlouhodobému ošetřovnému, stejně jako příspěvku na péči je zevrubná pozornost věnována na jiných místech této studie (kap. 1.1.4, resp. kap. 2). Zde bychom rádi upozornili na deficity v systému sociálního zabezpečení, které přispívají k nejisté sociální ochraně pečujících osob:

- Pro účely starobního důchodu je péče považovaná za náhradní dobu pojištění. Výpočtový vzorec, při kterém se následně doba péče vyloučí či se jako výdělek započítá příspěvek na péči, vede k velmi nízkým penzím pečujících. Hodnota péče jako záslužné plnohodnotné práce zde není zohledněna. Řešením by mohlo být např. navázání výpočtu starobního důchodu na průměrný plat v sociálních službách (Geissler a kol., 2015, s. 48).
- Obdobná situace se váže k návratu pečujících na trh práce. Při výpočtu podpory v nezaměstnanosti je péče považovaná za náhradní dobu zaměstnání, nastavené koeficienty však vůbec nereflktují reálnou

práci pečujících a garantují dávku ve velmi nízké výši. I zde se nabízí navázání výpočtu této dávky na průměrný plat pracovníků v sociálních službách (Geissler a kol., 2015, s. 69).

- Za nedostatečné lze považovat také ochranné doby, které by pečující osobě garantovaly příjem v situacích, které vedou k přerušení péče, ať už z důvodu nemoci a hospitalizace pečující osoby, nebo hospitalizace či pobytu v láních osoby závislé na péči. Pokud pečující nepečuje více než měsíc, ztrácí nárok na příspěvek na péči či platbu zdravotního pojištění. Nejvíce deficit této ochrany ohrožuje pečující v produktivním věku, kteří nemají jiný příjem. I zde je žádoucí náprava (Geissler a kol., 2015, s. 44-45, 49).

Samostatnou otázkou, u které nepanuje odborný konsensus, je **odměňování pečujících**. V České republice dávka určená přímo pečujícím neexistuje a k ohodnocení vykonávané práce, kompenzaci ušlého výdělku a pokrytí životních nákladů je určen příspěvek na péči. Finanční situace dlouhodobě pečujících osob, zejména těch v produktivním věku, které nepobírají starobní důchod, je však neuspokojivá. Navíc příspěvek na péči, který byl zamýšlen jako dávka na úhradu sociálních služeb, je v případě pečujících rodin využíván neúčelově jako příspěvek do rodinného rozpočtu (Geissler a kol. 2015a, s. 45-46), což je legální způsob, který nicméně budí určité kontroverze při diskusi legitimity nakládání s dávkou či při kontrole jejího využívání. Dávka určená přímo pečujícím by tento nesoulad mohla vyřešit. Rizikem je však zakonzervování pečovatelského břemene na blízkých osobách, jistá profesionalizace neformálních pečujících, omezený impuls pro sdílení péče se službami a celkově obtížnější možnosti pro vymanění se z péče a realizaci vlastního života. V zahraničí lze nalézt oba modely, dávky přímo pro pečující existují např. v Anglii, Německu či Rakousku, skandinávské země naopak podporují využívání sociálních služeb a nepřipouští, aby kompletní péči zajišťovaly blízké osoby (Geissler a kol., 2015b). Vhodnosti zavedení dávky pro pečující v českém kontextu je tak třeba se nadále věnovat.

V kontextu socioekonomického zabezpečení pečujících osob je relevantní i otázka jejich ekonomické aktivity, sladování péče a práce a možné podpory na trhu práce. Více se ale touto problematikou v textu zabývat nebudeme a odkážeme na existující publikace k dané problematice (Geissler a kol., 2019, s. 26-27; Geissler a kol., 2015a, s. 63-71).

Pro zajištění systémové podpory neformálních pečujících je potřeba:

- 1) Definice pečující osoby či neformální péče v legislativě.
- 2) Zajištění potřebné informační a koordinované, individuální, komplexní a dlouhodobé podpory (viz 1.2.2 a 1.2.3).
- 3) Rozvoj segmentu služeb určených pečujícím osobám (zejm. odlehčovací služby, psychosociální podpora při péči, edukace a vzdělávání pro poskytování péče, náhradní péče pro případ nenadálé krizové situace).
- 4) Rozvoj terénních a ambulantních služeb pro závislou osobu, podpora sdílené péče (viz kap 3).
- 5) Zlepšení socioekonomického zabezpečení pečujících osob.

Přínosy a rizika provázející realizaci navržených opatření

Přínosy:

- Uznání přínosu neformálních pečujících.
- Vytvoření důstojných podmínek pro poskytování neformální péče, zajištění potřebné podpory pečujících prostřednictvím sociálních a dalších služeb.

- Zmírnění negativních dopadů péče pro pečující, snížení rizika přetížení, vyčerpání a zhoršování zdravotního stavu pečujících.
- Zlepšení statusu pečujících a jejich sociálně-ekonomického zabezpečení.
- Umožnění osobám závislým na péči žít v přirozeném prostředí, snížení tlaku na využívání pobytových služeb a vznik nových zařízení.

Rizika:

- Výrazné rozšíření skupiny osob, kterým je potřeba poskytovat podporu a pomoc v sociální oblasti.
- Financování některých opatření (např. náhradní péče, dostupné služby) nová zátěž pro státní rozpočet.
- Personální nedostatek pracovníků, kteří jsou klíčoví pro podporu pečujících rodin, zejm. sociálních pracovníků a pracovníků v sociálních službách.
- Konzervatismus některých aktérů, popírání úlohy a významu neformálních pečujících, odmítání neformální péče jako věci veřejné.

1.3 Shrnutí k 1. pilíři

Témata, na která jsme se zaměřili v rámci 1. pilíře, tvoří rámeček poskytování sociální podpory a pomoci osobám se zdravotním postižením, chronickým onemocněním a pečujícím. Pokud se jakýkoliv člověk ocitne v tzv. nepříznivé sociální situaci, může mu velmi pomoci, když se co nejdříve dozví o všech možnostech podpory, které může využít. Právě proto je jedna skupina návrhů zaměřena na zlepšení efektivity stávajících informačních nástrojů (např. Registru poskytovatelů sociálních služeb či různých informačních webů a vyhledávačů).

Důležitými vlastnostmi systému sociální podpory by měly být komplexnost a provázanost jednotlivých forem pomoci. Většina osob v nepříznivé sociální situaci obvykle potřebuje pomoc a péči různých aktérů a institucí (obce, úřadu práce, poskytovatelů služeb, zdravotnického zařízení aj.). Musí se o nich však dozvědět a vyhledávat je samostatně, ačkoliv efektivnější, jednodušší a méně nákladné (pro osoby, které se v obtížné situaci nacházejí i pro systém) by bylo, kdyby na jednom místě dostaly všechny potřebné informace a poskytovaná pomoc by probíhala koordinovaně a provázaně. Proto jsme v textu vymezili návrhy, které by měli vést k posílení koordinované podpory. Klíč k ní spatřujeme v rozvoji a kultivaci sociální práce na úrovni obcí s rozšířenou působností. Jedním z těchto návrhů je i zavedení case managementu v sociální práci. Tato metoda může být za splnění určitých předpokladů dobrým nástrojem koordinace podpory, zejména v případě osob s tzv. komplexními potřebami. Tyto předpoklady jsou v textu samozřejmě vymezeny.

V rámci 1. pilíře se věnujeme i specifické podpoře neformálních pečujících. Ti tvoří důležitou součást systému zajišťování pomoci lidem se zdravotním postižením a chronickým onemocněním, jim samotným se však potřebné podpory nedostává. Jejich situací a návrhem komplexní a systémové podpory se v minulosti zabývaly rozsáhlé projekty Fondu dalšího vzdělávání. V tomto textu na ně navazujeme alespoň výběrem několika základních návrhů, jak jejich stále neuspokojivou situaci zlepšit a které jsou pro Alianci pro individualizovanou podporu při hájení jejich zájmů klíčové. Konkrétně jde o definici pečujících osob a jejich ustanovení jako cílové skupiny sociálních služeb a rozvoj sociálních a dalších služeb pro pečující osoby a OZP, které umožňují sdílení péče a odlehčení. Diskusi otevíráme k tématu pečovatelské dovolené. Rozvoj koordinované sociální práce na obcích popsaný výše patří rovněž mezi klíčové nástroje pro podporu pečujících osob.



PILÍŘ 2: Posuzování potřeb a příspěvek na péči

U každého člověka, který vstupuje do systému sociální podpory, se obvykle posuzuje, zda se skutečně nachází v situaci, která vyžaduje zásah a pomoc ze strany státu a jeho institucí. Druhý pilíř se proto zaměřuje na oblast posuzování potřeb, na to, jak jsou nastavena posuzovací kritéria, a také na příspěvek na péči, který je nejdůležitější sociální dávkou pro osoby se zdravotním postižením, chronickým onemocněním a nepřímo i pečující.

2.1 Klíčové problémy spojené s posuzováním potřeb a příspěvkem na péči

Klíčové problémy jsme u 2. pilíře definovali na základě mnoha dostupných analýz, výzkumů i našich vlastních zkušeností. Čerpali jsme z dokumentů, které se věnují nejen příspěvku na péči a posuzování zdravotního stavu, ale i podpoře osob se zdravotním postižením, pečujícím, sociálním dávkám a dalším příbuzným tématům.

Z více než 1,4 milionu lidí, které ve svém posledním šetření v roce 2018 identifikoval ČSÚ jako osoby se zdravotním postižením, pobíralo příspěvek na péči celkem 357 200 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 (ČSÚ, 2019).

Tyto počty a poměry však s vysokou pravděpodobností neodpovídají skutečným omezením a potřebám osob s postižením. V praxi se totiž stále výrazněji projevuje, že systém je nespravedlivý a proces přiznání podpory zdlouhavý, nepřehledný a pro uživatele komplikovaný. Vstup do systému je spojen s mnoha

překážkami, a je proto dokonce **odrazující**. Protože systém není schopen obsáhnout specifika jednotlivých skupin lidí se zdravotním postižením nebo chronickým onemocněním, někteří jím **systematicky propadají**. Systém neumí 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, není však neobvyklé (zejména v případě odvolání), že se na vyřízení čeká i déle než rok (Ombudsman, 2018a). Při posuzování není nijak zohledněno, v jakém rozsahu musí být konkrétnímu jedinci zajištěna nezbytná péče a zda je její vykonání náročné. Na konci procesu stojí rozhodnutí o přiznání příspěvku, které pouze konstatuje, co daný člověk nezvládá, a nikoliv, jaký objem péče potřebuje, takže neobsahuje základ řešení problému a způsoby zajištění potřebné pomoci. Osoby se zdravotním postižením či chronickým onemocněním jsou opakovaně posuzovány, i když se jejich stav prokazatelně nemůže změnit (např. u demence, tělesného postižení pohybového aparátu, zraku).

Posuzování zdravotního stavu je základem pro přiznání příspěvku na péči (dále také PnP), který je jednou z klíčových dávek podpory osob se zdravotním postižením, ale – díky absenci finanční podpory specificky určené pečujícím – i pečujících osob. Některé problémy, na které je v souvislosti s ním upozorňováno, úzce souvisejí právě se způsobem posuzování potřeb a zdravotního stavu OZP, proto je příspěvek druhým stěžejním tématem tohoto textu. Např. **pokud není při posuzování dostatečně brán v potaz dopad zdravotního postižení na sociální stránky života, je jasné, že tyto dopady nemohou být dostatečně zohledněny v kritériích pro přidělení příspěvku na péči a určení jeho stupně a výše. Tato kritéria rovněž nemohou dostatečně zohledňovat potřeby všech skupin osob se zdravotním postižením** (nejsou vůči nim dostatečně citlivá).

Ukazuje se také (a potvrzuje to předchozí sdělení), že stávající čtyři stupně příspěvku nevytvářejí dostatečně citlivou škálu, která by byla schopná pokrýt rozdíly v intenzitě potřeb lidí se zdravotním postižením nebo chronickým onemocněním. U osob s přiznaným prvním stupněm příspěvku však aktuálně vystačí na 11 minut péče denně, u těch s nejvyšším, čtvrtým stupněm a „úplnou závislostí“, na 4 hodiny a 8 minut péče denně.¹⁷ U příspěvku zatím není nastaven mechanismus jeho pravidelného růstu, takže s ohledem na inflaci a obecný růst výdajů jeho kupní síla ještě dále klesá.

V souvislosti s příspěvkem na péči je často kriticky nahlíženo i na skutečnost, že mnozí příjemci si za dávku nekupují sociální služby a nevracejí ji tak do systému, a péči čerpají od svých blízkých osob. Z dostupných údajů vyplývá, že v roce 2019 neměla žádného konkrétního poskytovatele sociální služby více než polovina příjemců příspěvku na péči: U 1. stupně se jednalo o 81 % příjemců, u 2. stupně 77 % příjemců, u 3. stupně 67 % a u 4. stupně 50 % (Hon a kol., 2020, s. 15). Potvrzuje se tak, že sociální služby využívají častěji lidé ve vyšších stupních závislosti. Zároveň ale platí, že systém neurčuje, *„jak velkou část nákupu sociálních služeb by měl příspěvek na péči pokrývat (zda jde pouze o pokrytí základních nákladů či pokrytí většiny výdajů na služby) a u jak velké části je legitimní, aby byl využit na další náklady spojené s péčí, běžné životní náklady závislé osoby a osob žijících ve společné domácnosti či ohodnocení pečovatele, a tím zanechává prostor pro nespokojenost s výší dávky ze strany pečovatelů i pro kritiky způsobů jeho využívání, resp. (ne)nákupu sociálních služeb...“* (Geissler a kol., 2015a, s. 40). **V tomto kritickém bodě je navíc někdy opomíjena skutečnost, že pokud potřebnou péči poskytují blízké osoby, které z toho důvodu třeba musely výrazně omezit svoje vlastní aktivity**, mnohdy včetně výkonu zaměstnání, nemají žádný jiný příjem pro úhradu vlastních životních nákladů. To se týká až 80 % pečujících osob (ibid.). V takovém případě pro ně příspěvek na péči představuje kompenzaci ztraceného vlastního příjmu. Tento jeho účel je zároveň plně v souladu s původním záměrem zákona 108/2006

¹⁷ Tomuto tématu se v textu později podrobně věnujeme, konkrétně v kapitole 2.1.3.

Sb., o sociálních službách. Připomeňme tedy, že podle tohoto zákona musí potřebnou pomoc poskytovat příjemcům osoba blízká, asistent sociální péče nebo poskytovatel sociálních služeb. Příjemce sám rozhoduje o tom, jaký druh pomoci bude využívat a komu příspěvek vyplatí. Možná je i kombinace jednotlivých možností (zákon 108/2006, Sb.).

Jak dále dokazují studie Geissler a kol. (2015), nevykládání příspěvku na péči na nákup služeb často také není záměrným jednáním, ale důsledkem místní nedostupnosti a nedostatečných kapacit určitých druhů sociálních služeb, zejména ambulantních a terénních. Jde o jeden z výrazných nedostatků současného systému sociálních služeb, kterému věnujeme pozornost v rámci 3. pilíře individualizované podpory. Nicméně v tomto textu nás v souvislosti s kritikou chování příjemců příspěvku na péči bude zajímat, zda nemůže být rovněž důsledkem skutečnosti, že z příspěvku lze pokrýt pouze 11 minut péče denně u 1. stupně a pouze 4 hodiny péče u 4. stupně, který zahrnuje osoby úplně závislé na pomoci jiných (v režimu 24 hodin denně, 7 dní v týdnu). **Je tedy otázka, zda i v tomto případě není příčinou neodpovídající nastavení kritérií a výše příspěvku na péči.**

Na základě studia všech relevantních zdrojů byly definovány problémy představené v následující tabulce:

Tab. 1: Přehled klíčových problémů v oblasti posuzování potřeb a příspěvku na péči

Posuzování zdravotního stavu osob se zdravotním postižením	Nastavení příspěvku na péči
Nepružnost českého systému v posuzování potřeb a zdravotního stavu OZP	Nezohlednění rozsahu a náročnosti potřebné péče
Zdůrazňování medicínského hlediska v posuzování zdravotního stavu OZP	Nízká citlivost současného počtu stupňů závislosti zohledňující omezení plynoucí z postižení
Nedostatečné zohlednění časové náročnosti a rozsahu péče v posuzovacím procesu	Nesoulad výše příspěvku a cen služeb a nákladů na péči
Neopodstatněné opakované posuzování zdravotního stavu	Absence valorizačního mechanismu, který by udržoval jeho kupní sílu
Zdlouhavost, netransparentnost a uživatelská nepřívětivost systému posuzování	Variabilita výše přiznaných příspěvků v jednotlivých krajích

Zdroj: Vlastní zpracování

Definované problémy jsme dále sdružili do tří klíčových tematických oblastí, jimž se v rámci tohoto pilíře budeme dále věnovat:

- 1) Posuzovací proces je neefektivní a role sociálního a zdravotního posouzení je nevyvážená.** První oblast deficitů je tzv. procesní, charakterizují ji problémy jako je složitost, nejednotnost, netransparentnost a zdlouhavost posuzovacího procesu. V něm jsou někteří lidé posuzování opakovaně, i když se jejich stav prokazatelně nemůže změnit. Lékařská posudková služba (dále také LPS), která je hlavní odpovědnou institucí při posuzování, je přetížená, posuzování však komplikuje i absence přímého kontaktu LPS s klientem. Problematická je rovněž skutečnost, že se při posuzování přihlíží více ke zdravotním kritériím a méně k sociálním podmínkám života. Na konci samotného procesu pak stojí rozhodnutí o příspěvku na péči, které pouze konstatuje, co posuzovaný člověk

nezvládá, nikoliv to, jaký objem péče potřebuje. Neobsahuje proto základ řešení problému a způsoby zajištění nezbytné pomoci.

- 2) **Neposuzuje se potřebnost péče, ale závislost** – tato oblast se týká převážně posuzovacích kritérií. Skutečnost, že se posuzuje závislost na péči namísto její potřebnosti, je jednou z hlavních příčin, proč užívaná posuzovací kritéria neodpovídají každodenním situacím OZP. Chybí zejména hodnocení časové náročnosti a předpokládaného objemu péče. Vážným nedostatkem je i to, že se nezohledňují úkony a diagnózy, které jsou náročnější na podporu a péči (např. chování náročné na péči, agresivita, hyperaktivita, nespavost nebo druhy postižení či onemocnění). V důsledku toho některé skupiny lidí hodnocením potřebnosti péče systematicky propadávají či výše příspěvku na péči zcela nekoreluje s její náročností.
- 3) **Výše příspěvku na péči neodpovídá předpokládanému objemu, náročnosti a cenám péče** – poslední oblast se zaměřuje na strukturu příspěvku na péči. Hodnotí se v ní skutečnost, že příspěvek na péči není navázán na předpokládaný objem péče, (který rovněž není hodnocen). S tím do jisté míry souvisí i to, že není vymezeno, jak velký objem péče by z něj mělo být možné uhradit v jednotlivých stupních. Kupní síla příspěvku navíc stále klesá, protože zatím není zaveden způsob jeho pravidelného zvyšování. V praxi se navíc stále častěji ukazuje, že stávající čtyři stupně příspěvku nemohou dostatečně pokrýt rozdíly v intenzitě potřeb jeho příjemců.

Je potřeba zdůraznit, že **tyto tři problémové oblasti jsou navzájem propojené a navzájem se velmi ovlivňují**. Postupně budou podrobně popsány v následujících kapitolách. Poté budou v textu představeny tři vybrané zahraniční systémy posuzování potřeb a příspěvku na péči, které nám posloužily jako inspirace pro nalezení možných řešení popsaných problémů. Kapitulu věnovanou 2. pilíři uzavřeme představením možností řešení, které na základě provedené analýzy i diskusí se zástupci odborné veřejnosti považujeme za vhodné pro odstranění nebo alespoň zmírnění uvedených problémů v České republice.

2.1.1 Neefektivita posuzovacího procesu a nevyváženost role sociálního a zdravotního posouzení

Systém posuzování zdravotního stavu pro účely přiznání příspěvku na péči vychází z pojetí Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN), který používala Světová zdravotnická organizace (WHO) do roku 1994. Při posuzování se proto stále upřednostňuje medicínské a funkční hledisko. V tomto pojetí je mimo jiné příspěvek na péči vnímán jako dávka kompenzující funkční poruchu (Lejsal, 2013, s. 19). Rozhodnutí o přiznání příspěvku nezahrnuje řešení situace příjemce, pouze konstatuje, co nezvládá vykonat sám. Nesleduje se např. to, zda a do jaké míry je posuzovaný na základě nemoci či postižení omezen ve schopnosti vést běžný život (chodit do školy či do práce, vést společenský život atd.).

Od roku 2001 je však v evropských státech používán revidovaný koncept Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví (MFK), který více zdůrazňuje potřebnost podpory k tomu, aby člověk s funkční poruchou mohl žít život normálním způsobem srovnatelným se životem vrstevníků (Lejsal, 2013:19-20). Tato klasifikace byla schválena a doporučena k užívání Světovou zdravotnickou organizací (WHO). Je určena pro měření zdravotního postižení na individuální i populační úrovni. Tato klasifikace je založená na tzv. bio-psycho-sociálním modelu postižení, ve kterém hrají významnou roli osobnostní charakteristiky posuzovaného, a především faktory prostředí. Stejná diagnóza totiž může mít pro různé lidi zcela odlišné následky, např. s ohledem na jejich momentální sociální situaci. V ČR bylo posuzování podle ní zavedeno Sdělením Českého statistického úřadu č. 431/2009 Sb., ze dne 18. listopadu 2009, a platilo do roku 2013. Tehdy byla na žádost Ministerstva zdravotnictví povinnost využívat MKF ukončena (Sdělení č. 431/2009 Sb. a Sdělení č. 97/2013 Sb.). Opětovně byla zavedena od 1. října 2020, avšak v nepovinném režimu (Sdělení č. 377/2020 Sb. a MZČR

2020a.). Kritéria posuzování pro účely přiznání příspěvku na péči z ní tedy nevycházejí, protože MFK se dlouhodobě nestala součástí posuzovacího procesu.

V českém systému tedy stále převládá medicínské hledisko posuzování zdravotního stavu, konečné posouzení navíc provádí lékař, který nemusí žadatele o příspěvek vůbec vidět (Lejsal, 2013, s. 17). Přílišný akcent medicínského hlediska potvrzují rovněž studie Fondu dalšího vzdělávání (Geissler a kol., 2015a, s. 41), v nichž je uvedeno, že posudkoví lékaři příliš akcentují podklady od ošetřujících lékařů a nedostatečně přihlížejí k podkladům sociálních pracovníků. Z diskusí se sociálními pracovníky vyplynulo, že v některých případech konečný přiznaný stupeň dokonce vůbec nekoresponduje s jejich posudkem (např. v případě těžkých demencí).

Problematickou spoluprací posudkových lékařů a sociálních pracovníků potvrzují ve svém výzkumu také Havlíková a Hubíková (2017), které se na spolupraci sociálních pracovníků a posudkových lékařů při vytváření posudků zaměřily. Autorky ve výzkumu poukazují na neochotu posudkových lékařů „*překračovat mantinely čistě medicínské pohledu, ač je k tomu legislativa implicitně, tj. přes zavedení povinného podkladu ve formě sociálního šetření a perspektivy posouzení z hlediska funkčních schopností a nikoliv diagnózy žadatele, vybízí...*“ (Havlíková-Hubíková, 2017, s. 22). Dále autorky uvádějí, že **posudkoví lékaři ve výzkumu měli pouze vágní představu o roli sociálního pracovníka a nepřipisovali až na výjimky oboru sociální práce při posuzování stupně závislosti žádný přínos**. Domnívali se dokonce, že pracovník, který sociální šetření provádí, by měl být spíše zdravotníkem (ibid.:23).

Sociální hledisko, pracující mimo jiné s faktorem prostředí, hraje tedy druhotnou roli. Jak už bylo zmíněno, posuzování se omezuje na konstatování míry závislosti (vyplývající z omezení funkčních schopností organismu), **nehodnotí se náročnost potřebné pomoci vzhledem k sociální situaci posuzovaného, tedy zda musí chodit do práce, starat se o rodinu atd. Nehodnotí se dokonce ani proměnlivost kondice v závislosti na vývoji onemocnění, počasí apod. To všechno ale jsou důležité aspekty určující, zda dotyčný může vést skutečně soběstačný život v maximální možné míře. Opomíjení sociálních kritérií lze proto považovat za jeden z nejvýznamnějších nedostatků současného systému posuzování:** „*Hodnocení zdravotního stavu pouze na základě nálezů bez osobní přítomnosti žadatele je v kombinaci se (...) zjednodušenou hodnotící škálou a v praxi většinou minimální spoluprací posudkového lékaře se sociálním pracovníkem logicky zdrojem další neefektivnosti a nespravedlnosti systému příspěvku na péči v České republice oproti Německu a Rakousku...*“ (Hon a kol., 2020, s. 31).

Z praktických výzkumů dále vyplývá, že **mnozí příjemci sociálních dávek včetně příspěvku na péči musí pravidelně podstupovat posuzování zdravotního stavu, i když mají onemocnění, u kterého nelze předpokládat zlepšení**. Problémy vyvolává i doba, na kterou je příspěvek na péči přiznán (Geissler a kol., 2015a: 41). Je jisté, že nadbytečné opakované posuzování generuje zbytečně vynaložené náklady a už tak přetížený systém posuzování ještě více zatěžuje.

V konečném důsledku se všechny popsané nedostatky neprojevují jen v nespravedlivém a neodpovídajícím posuzování potřeb, ale také v celkové době posuzování nároku na příspěvek na péči. Ten je nepřiměřeně dlouhý zejména z důvodu nedodržování lhůt, pozastavování řízení, neúplnosti podkladů nebo jejich pozdního dodání ze strany ošetřujících lékařů. Protahují ho samozřejmě i odvolání, která jsou žadatelé při neodpovídajícím posouzení nuceni podávat. Doba od podání žádosti o příspěvek na péči po zahájení vyplácení se počítá na měsíce, v některých případech i roky (např. Ombudsman, 2018a; Geissler a kol., 2015a).

2.1.2 Posuzování závislosti namísto potřeby péče

Základem posuzování zdravotního stavu pro účely přiznání příspěvku na péči je posuzování tzv. životních potřeb. Podle vyhlášky 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách, platí, že pokud osoba z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu není schopna zvládat jednu z aktivit definovaných v jednotlivých kategoriích tzv. deseti životních potřeb (též ADL), není schopna zvládat základní životní potřebu jako takovou. Jedná se o tyto potřeby: mobilita, orientace, komunikace, stravování, oblékání a obouvání, tělesná hygiena, výkon fyziologické potřeby, péče o zdraví, osobní aktivity a péče o domácnost (zákon 108/2006 Sb.). **Zároveň při posuzování hraje roli celkový počet životních potřeb, které jsou postižením ovlivněny, což představuje následující tabulka:**

Tab. 2: Kritéria pro stanovení stupně a výše PnP v České republice (k 31. 12. 2022)

Stupeň závislosti	Počet životních potřeb, které nelze vykonat		Výše příspěvku na péči	
	Děti	Dospělí	Děti	Dospělí
1.	3	3 nebo 4	3 300 Kč	880 Kč
2.	4 nebo 5	5 nebo 6	6 600 Kč	4 400 Kč
3.	6 nebo 7	7 nebo 8	13 900 Kč	12 800 Kč
4.	8 nebo 9	9 nebo 10	19 200 Kč	19 200 Kč

Zdroj: Vlastní zpracování podle Úřadu práce, 2022

Kromě počtu životních potřeb, jejichž vykonávání je postižením omezeno, nejsou pro stanovení stupně závislosti rozhodující žádné další skutečnosti a okolnosti. **Český systém nemá určené žádné kritérium, které by pomohlo stanovit předpokládanou náročnost péče v jednotlivých stupních závislosti. Jednotlivé oblasti a životní potřeby nejsou mezi sebou nijak prioritizovány a při hodnocení jejich zvládnutí není zohledňováno, jakou pomoc dalších osob vlastně generují. Posuzovaná osoba může být velmi silně omezena třeba jen ve dvou nebo třech životních potřebách, což má výrazný vliv na různé její schopnosti a oblasti života, při současném nastavení získá však nárok jen na nízký stupeň podpory.** Navíc, jak už víme, výstupem posuzování míry závislosti sociálním pracovníkem a posudkovým lékařem je pouze závěr, že posuzovaný nezvládá samostatně určité základní životní potřeby. Nejasné jsou i důvody, proč se liší výše příspěvku na péči přidělovaného dětem a dospělým.

Znázorněme si uvedené skutečnosti na konkrétním příkladu: při posuzování není např. sledováno, jak dlouho trvá posuzovanému oblékání nebo vykonání hygieny, jak dlouho potřebuje přítomnost druhé osoby nebo zda určitý úkon zvládne samostatně vykonat jen občas (v závislosti na aktuálním stavu) nebo jen za určitých podmínek (např. když je venku sucho a nefouká silný vítr, když je jeho stav stabilizovaný a nezhoršuje se) či jak časově a fyzicky náročné je pro imobilní osobu a pečujícího dostat se z domu (např. nutnost překonat bariéry, otázka hmotnosti při dopomoci). **Jedná se přitom o podstatná kritéria a okolnosti, které určují, jak velký objem pomoci bude dotyčný potřebovat během jednoho dne, týdne či měsíce. Navíc pokud není definován rozsah potřebné pomoci, není možné stanovit ani průměrné měsíční náklady na její zajištění.**

Na uvedené nedostatky upozorňují také Hon a kol., kteří „*velmi zjednodušující škálu, na které je hodnocena závislost*“, považují za jeden ze zásadních nedostatků. Absence přesného a podrobně definovaného bodování jednotlivých úkonů má navíc za následek, že „*hodnotitelům (...) není poskytnut adekvátní hodnotící systém k vyčerpávajícímu a celostátně jednotnému ohodnocení celkové závislosti v každém kritériu...*“ (Hon a kol., 2020, s. 34). Podrobné nastavení kritérií je podle nich podstatně spravedlivější, protože „*nenechávají prostor pro zásadní rozdíly na základě lidského faktoru...*“ (ibid.: 30). Nemůže tedy tak snadno dojít k odlišnému posuzování v jednotlivých oblastech a krajích. Autoři uvádějí, že např. na Slovensku a v Německu je možné díky bodovému hodnocení vyvodit u každého posuzovacího kritéria více závěrů, než pouze zda ho posuzovaná osoba zvládá nebo nezvládá samostatně. To dává hodnotitelům možnost zohlednit i to, že danou činnost zvládá posuzovaný třeba jen částečně (ibid.). Slovenský a německý systém bodového hodnocení bude podrobněji představen v následující kapitole.

Dalším vážným nedostatkem je podle autorů (ve shodě s našimi zjištěními) absence výjimek pro speciální případy či typy závislosti, jako je nevidomost nebo mentální postižení. Užívaná kritéria totiž nedovedou objektivně zhodnotit jejich závislost a systém je pak k těmto lidem nespravedlivý. Zvýhodnění má u těchto osob zmírňovat diskriminaci (ibid.: 30). Možnosti, jak takové výjimky uchopit, nalezneme například v rakouském a německém systému posuzování a představíme je opět v následující kapitole.

Je také potřeba si uvědomit, že vliv na užívaná posuzovací kritéria a jejich nastavení má právě samotný fakt, že se primárně hodnotí závislost posuzované osoby na pomoci druhých osob, a nikoliv potřeba péče a její předpokládaný rozsah. Právě absence tohoto hodnocení je příčinou problémů spojených se samotnou strukturou a fungováním příspěvku na péči.

2.1.3 Neprovozánost výše příspěvku na péči s předpokládaným objemem, náročností a cenami péče

Protože při posuzování závislosti není sledována náročnost a časový objem poskytované péče, neodráží se ani jedno z toho ve výši příspěvku na péči. Tuto skutečnost lze považovat za jeden z jeho nejvýraznějších nedostatků. A dále: pokud vyplácené částky PnP neodrážejí ceny sociálních služeb, tzn. nesleduje se, kolik hodin péče si za danou částku příjemce může reálně uhradit, sociální služby mohou zůstat pro příjemce finančně nedostupné. (Nedostupné mohou ovšem být i proto, že nejsou v jeho okolí vůbec nabízené – viz pilíř 3.) I přes přání sociální služby využívat, může být tedy výše příspěvku na péči důvodem, proč se příjemce rozhodne využívat pouze pomoc rodiny a blízkého okolí.

Původní způsob přiznávání příspěvku měl zohlednit reálný rozsah potřebné pomoci a podpory a posilovat tzv. princip personalizace s ohledem na širší kontext situace posuzovaného člověka. Model posuzování, který byl zavedený v roce 2011, však na tuto personalizaci rezignoval (Lejsal, 2013, s. 17). Kromě toho, že příspěvek nezohledňuje rozsah potřebné pomoci či podpory, nemá rozhodující subjekt (v současnosti Úřad práce) žádnou odpovědnost za zajištění reálné (místní, časové i věcné) dostupnosti pomoci a služeb. Funkce příspěvku se tak zúžila na druh kompenzační dávky za zdravotní postižení (ibid.). Svoji původní úlohu nástroje, který má umožňovat vést maximálně nezávislý život, při současném nastavení nemůže naplňovat, a to v žádném stupni závislosti, což dokládá následující tabulka číslo 3.

Tab. 3: Rozsah péče uhraditelné z příspěvku na péči v jednotlivých stupních závislosti (k 31. 12. 2022)

Stupeň závislosti	Výše příspěvku na péči (dospělí)	Podíl uhrazené péče při ceně služby 155 Kč za hodinu	
		Měsíčně	Průměrný denní podíl (30 dní v měsíci)
1.	880 Kč	6 hodin	11 minut
2.	4 400 Kč	28 hodin	58 minut
3.	12 800 Kč	83 hodin	2 hodiny 45 minut
4.	19 200 Kč	124 hodin	4 hodiny 8 minut

Zdroj: Úřad práce, 2022, výpočet AIP

Z tabulky je zřejmé nejen, kolik hodin či minut péče je možné z příspěvku uhradit v jednotlivých stupních, ale i to, že jeho kupní síla je u jednotlivých stupňů závislosti velmi malá a zároveň nepoměrně odlišná: Závislost v 1. stupni podle zákona 108/2006 Sb., o sociálních službách, znamená, že dospělá osoba nezvládá 3 či 4 základní potřeby a **vyžaduje každodenní pomoc, dohled nebo péči jiné fyzické osoby** (Lejsal, 2013, s. 11). Z příspěvku v 1. stupni však příjemci nepokryjí ani půl hodiny péče denně. Pokud jsou mezi příjemci lidé, kteří potřebují pomoc se zajištěním péče o vlastní osobu nebo přípravou stravy (třeba jen proto, že si nepřenesou talíř s jídlem), nemohou z příspěvku pokrýt ani minimum pomoci, protože se jedná o úkony, které každý člověk provádí několikrát denně.

Výrazně lepší je kupní síla u stupně 3. a 4., u kterých došlo v nedávné době k výraznému zvýšení přidělované částky, avšak **ani u vyšších stupňů nelze koupěschopnost příspěvku považovat za uspokojivou, protože jde o příjemce, u nichž je předpoklad vysokého objemu poskytované péče, často včetně zapojení pečujících osob**. U 4. stupně může potřeba péče dosahovat více než 10 hodin, např. pokud člověk potřebuje pomoc s různými činnostmi v průběhu dne. Nemalá část osob ale potřebuje pomoc i 24 hodin denně. Měsíční náklady za péči činí klidně i několik desítek tisíc korun, proto je podíl uhraditelné péče dosahující 4 hodiny denně stále velmi nízký a situaci neodpovídající.

Geissler a kol. potvrzují, že **výše příspěvku na péči je problematická ve všech jeho stupních. V 1. stupni proto, že jeho výše neodpovídá ceně sociálních služeb a nemotivuje k jejich nákupu. Vyšší stupně (3.,4.) bývají naopak přiznávány osobám s vyšší potřebou podpory a péče (často celodenní), u nich však výše příspěvku nedostatečně odráží nákladovost služeb, životních nákladů i samotné neformální péče**. V těchto případech totiž pečující kvůli zajištění nezbytné pomoci významně častěji opouštějí trh práce a příspěvek na péči se stává jejich hlavním příjmem (Geissler a kol., 2015a:40).

Další, kdo na nepoměr výše příspěvku na péči a cen za sociální služby upozorňuje, je iniciativa Pátý stupeň, která uvádí, že systém tak lidem s těžším postižením nabízí vlastně jen jediné řešení – odchod do velkokapacitních pobytových zařízení (Pátý stupeň). Iniciativa proto navrhuje zavedení pátého, individualizovaného stupně příspěvku na péči. Jeho výše by se měla odvíjet od reálných potřeb každého člověka se zdravotním postižením¹⁸. Vznik iniciativy je dalším z řady důkazů o nutnosti kompletní revize nastavení příspěvku na péči. Celá tato situace je tak jen dalším důkazem, že příspěvek potřebuje nejen přidání

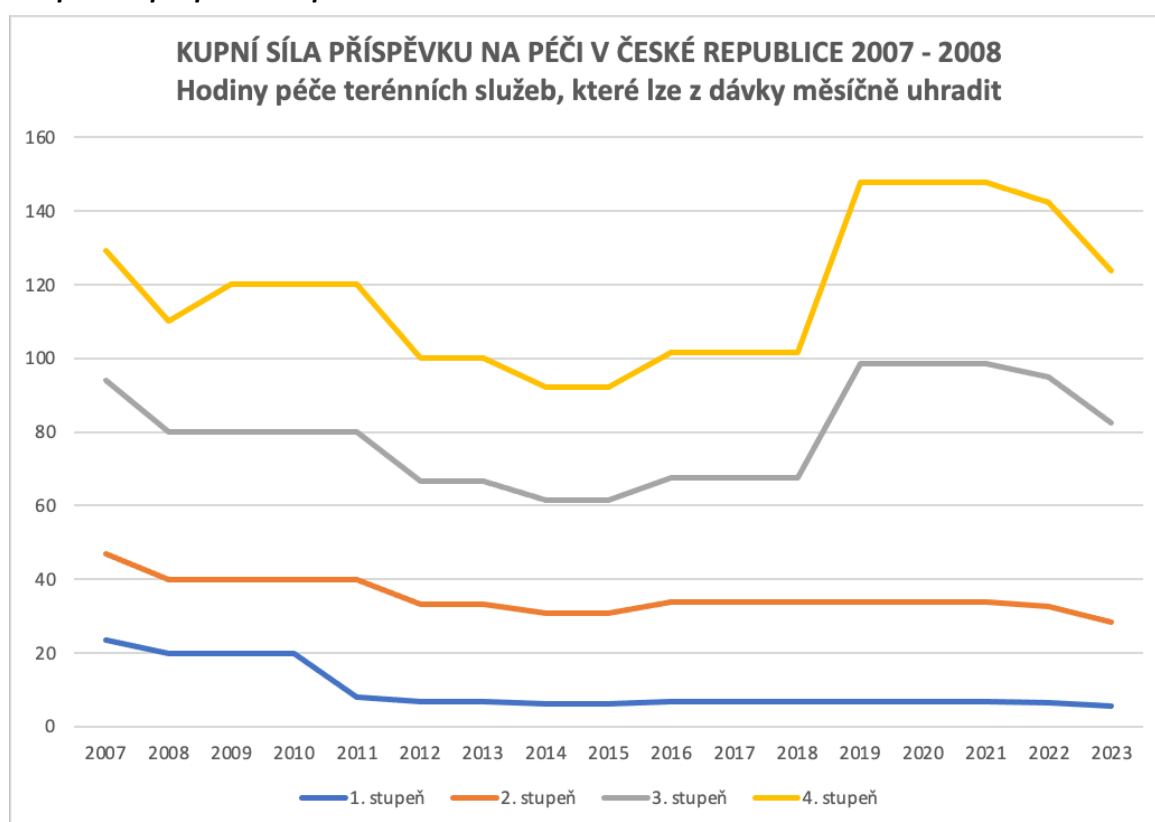
¹⁸ <https://patystupen.cz/>

dalšího stupně, ale kompletní revizi kritérií, aby zařazení do jednotlivých stupňů odpovídalo skutečným nárokům na péči.

Bez ohledu na skutečnost, že smyslem příspěvku není pokrýt veškeré náklady na péči, na základě absence kritérií, jako je časová náročnost a objem poskytované péče, se velmi snižuje jeho efektivita. Z příspěvku lze totiž pokrýt tak malou část pomoci, že se příjemcům mnohdy nevyplatí najímat poskytovatele sociálních služeb (typicky 1. i 2. stupeň) nebo sociální služby využívají, ale v daleko menší míře, než chtějí a potřebují (typicky 3. a 4. stupeň).

Spolu s počtem stupňů příspěvku a jeho výší v jednotlivých stupních je však nutné věnovat pozornost také jeho kupní síle. Tabulka č. 9 ukazuje, že kupní síla je u všech stupňů závislosti jednak velmi nízká a zároveň nevyrovnaná. Za prvé tento poměr není spravedlivý, za druhé se kdykoliv může ještě snížit, protože kupní sílu příspěvku dlouhodobě oslabuje i vývoj cen nákladů na péči a inflace.¹⁹

Graf 1: Kupní síla příspěvku na péči 2007–2023



Zdroj: Zákon 108/2006 Sb., §11, a vyhláška 505/2006 Sb., §5 a 6, Zákony pro lidi, 2023, vlastní zpracování

Příspěvek na péči je v České republice vyplácen 16 let. Za tu dobu nepochybně narostly ceny sociálních služeb i náklady na poskytování péče. Od zavedení v roce 2006 byla však výše příspěvku na péči upravena pouze třikrát. V prvním případě byla jeho výše dokonce snížena: v 1. stupni došlo v roce 2011 v rámci úsporných opatření ke snížení vyplácené částky z 2 000 na 800 Kč. Poprvé byl příspěvek zvýšen teprve v roce 2016, a to ve všech stupních o 10 %. Naposledy byl upraven v roce 2019 ve stupních 3. a 4. tak, aby příjemce v případě, že nevyužívá pobytové sociální služby, získal vyšší částku (Finance.cz). Toto opatření mělo podpořit

¹⁹ Maximální výše úhrady za sociální služby je sice stanovena zákonem a nemění se v závislosti na vývoji tržních cen, inflace se však v kupní síle příspěvku projeví ve chvíli, kdy je využíván jako zdroj příjmů pečujících osob. Kupní síla klesne také v případě, že se zvýší částka maximální úhrady za služby a nevyšší se příspěvek na péči.

princip deinstitucionalizace a podpořit péči v domácím prostředí. Od ledna 2022 však jsou částky ve 3. a 4. stupni opět dorovnány, to znamená, že příjemci je vyplácena stejná částka bez ohledu na to, jestli žije ve vlastní domácnosti nebo v pobytovém zařízení (Úřad práce, 2021). **Deinstitucionalizační efekt příspěvku na péči tak po necelých třech letech opět mizí.** Zároveň došlo v březnu roku 2022 ke zvýšení maximální výše úhrady za sociální služby ze 130 na 135 Kč za hodinu (MPSV, 2022b), od roku 2023 pak na 155 Kč za hodinu. **Tím se kupní síla příspěvku během jednoho roku snížila o 19 %.** Stanovena byla výjimka pro lidi, kteří čerpají více než 80 hodin služeb měsíčně, nadále se na ně vztahuje sazba 135 Kč/hod. Uplatnění je nicméně spojeno s podmínkou využívání jednoho typu služby, lze usuzovat, že mnoho lidí na ni nedosáhne.

Tab. 4: Vývoj výše příspěvku na péči a jeho kupní síly 2007–2023

Rok		2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	
Výše příspěvku na péči (18+)	1. stupeň	2 000	2 000	2 000	2 000	800	800	800	800	800	880	880	880	880	880	880	880	880	
	2. stupeň	4 000	4 000	4 000	4 000	4 000	4 000	4 000	4 000	4 000	4 400	4 400	4 400	4 400	4 400	4 400	4 400	4 400	
	3. stupeň	8 000	8 000	8 000	8 000	8 000	8 000	8 000	8 000	8 000	8 800	8 800	8 800	12 800/ 8 800*	12 800/ 8 800*	12 800/ 8 800*	12 800	12 800	
	4. stupeň	11 000	11 000	12 000	12 000	12 000	12 000	12 000	12 000	12 000	12 000	13 200	13 200	13 200	19 200/ 13 200*	19 200/ 13 200*	19 200/ 13 200*	19 200	19 200
Maximální úhrada péče za hodinu služby osobní asistence / pečovatelské služby v Kč		85	100	100	100	100	120	120	130	130	130	130	130	130	130	130	130	135	155/ 135**
Kupní síla příspěvku na péči – hodiny terénních služeb za měsíc**	1. stupeň	24	20	20	20	8	7	7	6	6	7	7	7	7	7	7	7	7	6
	2. stupeň	47	40	40	40	40	33	33	31	31	34	34	34	34	34	34	34	33	28
	3. stupeň	94	80	80	80	80	67	67	62	62	68	68	68	98	98	98	98	95	83
	4. stupeň	129	110	120	120	120	100	100	92	92	102	102	102	148	148	148	148	142	124
Kupní síla příspěvku na péči – hodiny terénních služeb za den**	1. stupeň	47 min	40 min	40 min	40 min	16 min	13 min	13 min	12 min	12 min	14 min	14 min	14 min	14 min	14 min	14 min	14 min	13 min	11 min
	2. stupeň	1 hod 34 min	1 hod 20 min	1 hod 20 min	1 hod 20 min	1 hod 20 min	1 hod 7 min	1 hod 7 min	1 hod 2 min	1 hod 2 min	1 hod 8 min	1 hod 8 min	1 hod 8 min	1 hod 8 min	1 hod 8 min	1 hod 8 min	1 hod 8 min	1 hod 5 min	58 min
	3. stupeň	3 hod 8 min	2 hod 40 min	2 hod 40 min	2 hod 40 min	2 hod 40 min	2 hod 13 min	2 hod 13 min	2 hod 3 min	2 hod 3 min	2 hod 15 min	2 hod 15 min	2 hod 15 min	3 hod 17 min	3 hod 17 min	3 hod 17 min	3 hod 17 min	3 hod 10 min	2 hod 45 min
	4. stupeň	4 hod 19 min	3 hod 40 min	4 hod	4 hod	4 hod	3 hod 20 min	3 hod 20 min	3 hod 5 min	3 hod 5 min	3 hod 23 min	3 hod 23 min	3 hod 23 min	4 hod 55 min	4 hod 55 min	4 hod 55 min	4 hod 55 min	4 hod 44 min	4 hod 8 min

* Částka za lomítkem se vyplácela při využívání pobytových sociálních služeb.

** Pro výpočet kupní síly příspěvku na péči v roce 2023 byla použita sazba 155 Kč/hod., uplatnění snížené sazby vázané na nákup min. 80 hod. služeb měsíčně je spojeno s omezujícími podmínkami (čerpat jen jeden druh služby) a není zřejmé, kolik lidí na sníženou sazbu v praxi reálně dosáhne.

Zdroj: zákon č. 108/2006 Sb., § 11, a vyhláška 505/2006 Sb., § 5 a 6, Zákony pro lidi, 2023, vlastní zpracování

2.2 Příklady dobré praxe

Inspiraci pro to, jakými způsoby je možné řešit problémy spojené s posuzováním potřeb a příspěvkem na péči, jsme hledali v zahraniční praxi. **Vycházíme z předpokladu, že znalost zahraniční praxe umožní pochopit příčiny některých problémů a najít vhodné způsoby jejich řešení. Pro srovnání jsme vybrali tři sousední státy – Rakousko, Německo a Slovensko.** Tyto státy byly vybrány, protože stejně jako Česká republika patří mezi konzervativní typy sociálního státu²⁰ (Potůček, 1995). **Jejich systémy sociálního zabezpečení vycházejí z podobných principů a jsou do české praxe snáze přenositelné. Znalost podoby sociálního zabezpečení těchto států nám může pomoci pochopit, proč se některé problémy v českém systému objevují a jakým způsobem je možné je řešit.**²¹ Zvolené příklady nám totiž zároveň nastíní různé možnosti, které by do českého systému mohly vnést principy spravedlivějšího a objektivnějšího posuzování potřeb OZP a přiblížit ho tak k požadovanému cíli, jímž je – kromě spravedlivého systému, který odpovídajícím způsobem reaguje na potřeby příjemců péče – podpora jejich soběstačného a nezávislého života. Kromě vysvětlení příčin některých nedostatků tak mohou zahraniční příklady představovat i vhodnou inspiraci pro jejich odstranění.

2.2.1 Posuzování potřeb a příspěvek na péči v Rakousku

Příspěvek na péči (Pflegegeld) byl v Rakousku zaveden v roce 1993 spolkovým zákonem č. 110/1993, o příspěvku na péči (Bundespflegegeldgesetz-BPGG). Podle tohoto zákona je účelem dávky „*formou příspěvku paušálně pokrýt zvýšené výdaje na péči, aby osobám, které péči potřebují, bylo v co nejvyšší míře zajištěno nutné zaopatření a péče, a zlepšovat možnost vést sebeurčující, na potřeby orientovaný život*“ (BPGG, § 1). Příspěvek má podobně jako v ČR sloužit k částečnému pokrytí výdajů na zajištění základní péče, počítá se tak s tím, že náklady na péči budou ve většině případů vyšší než vyplácená dávka. Proto je příspěvek vyplácen paušálně, avšak **měl by osobám vyžadujícím péči umožnit určitou nezávislost a možnost (delšího) setrvání v přirozeném prostředí jejich domova** (Österreichs digitales Amt, 2021).

Podle zákona mají nárok na příspěvek na péči osoby, které bez ohledu na příčinu vyvolávající potřebu péče splní mimo jiné následující předpoklady:

- potřebují stálou péči a pomoc z důvodu tělesného, duševního, psychického nebo smyslového postižení, které bude trvat pravděpodobně déle než 6 měsíců;
- mají stálou potřebu péče vyžadující více než 65 hodin měsíčně (Österreichs digitales Amt 2021).

Časové hledisko je tedy zahrnuto už do samotného nároku na příspěvek a hraje klíčovou roli i při posuzování a stanovení stupně příspěvku. Zároveň se posuzuje tzv. potřeba péče (Pflegebedarf), a to ve dvou oblastech: **první oblast tvoří činnosti, které se týkají péče o vlastní osobu (Betreuungsmaßnahmen), např. vaření, stravování, užívání léků, svlékání a oblékání, péče o tělo, vykonání osobní potřeby nebo pohyb po domácnosti. Do druhé oblasti patří činnosti, které souvisejí s výkonem běžných každodenních aktivit (Hilfsverrichtungen), např.: zajištění prostředků obživy, léků a běžného spotřebního zboží, péče o domácnost a předměty osobní potřeby (osobní prostor), péče o osobní a ložní prádlo, vytápění obytných prostor, včetně**

²⁰ Vycházíme z nejčastěji užívané typologie členění sociálního státu, dle Esping-Andersena (Potůček, 1995:13).

²¹ Shodou okolností stejně tři státy pro srovnání vybrali i autoři jedné ze studií Výzkumného ústavu práce a sociálních věcí (Hon a kol., 2020), ve které se převážně zabývají srovnáním struktury příjemců příspěvku na péči v těchto státech a ČR. My se však zaměříme na jiné aspekty jejich systémů, zejména na ty, které nám pomohou definovat návrhy na změny.

zajištění topného materiálu, pomoc s mobilitou v širším smyslu (např. doprovázení k lékařům a na úřady). **Při hodnocení potřeby péče se pak zohlední časová náročnost pro výkon jednotlivých posuzovaných činností** (Österreichs digitales Amt, 2021). Ta je základem pro přidělení konkrétního stupně příspěvku na péči, který má celkem sedm stupňů (viz tabulka číslo 5).

Tab. 5: Příspěvek na péči v Rakousku

Potřeba péče v hodinách za měsíc	Stupeň péče	Výše příspěvku ²²	
		v Eur	v Kč
Více než 65 hodin	1	165,40	4 300
Více než 95 hodin	2	305,00	7 930
Více než 120 hodin	3	475,20	12 355
Více než 160 hodin	4	712,70	18 515
Více než 180 hodin, pokud je nutný mimořádný objem péče	5	968,10	25 171
Více než 180 hodin, pokud: a. je pomoc časově neohraničitelná a je potřeba ji zajišťovat ve dne i v noci; b. je nutná trvalá přítomnost pečující osoby z důvodu rizika osobního poškození nebo úrazu příjemce podpory.	6	1 351,80	35 147
Více než 180 hodin, pokud: a. příjemce podpory není schopen žádných cílených pohybů všemi čtyřmi končetinami z důvodu funkčního poškození; b. příjemce podpory dosahuje srovnatelného stavu z jiných příčin a tento stav je třeba pozorovat.	7	1 776,50	46 189

Zdroj: Österreichs digitales Amt, 2022, upraveno.

Časová náročnost péče se počítá v minutách potřebných k vykonání stanovených úkonů a následně se vypočítá průměrná doba trvání za jeden měsíc. Je přesně stanoveno, jakou dobu péče musí jednotlivé úkony vyžadovat, aby podpora mohla být přiznána. Uvedme příklady:

- denní péče o tělo minimálně 25 hodin měsíčně,
- koupání nebo sprchování 4 hodiny měsíčně,
- mytí a fénování vlasů 2,5 hodiny měsíčně,
- příprava jídla 30 hodin měsíčně,
- pomoc se svlékáním a oblékáním minimálně 10 hodin měsíčně (Wehringer 2019).

U některých typů úkonů není stanovena jen minimální, ale i maximální doba, kterou lze započítat – např. na úklid domácnosti nebo její vytápění lze započítat maximálně 10 hodin měsíčně (ibid.: 102 a 106). **U jednotlivých úkonů je také přesně vymezeno, co jejich výkon zahrnuje a jak je potřeba je posuzovat. Dále**

²² Částky v korunách byly přepočteny kurzem 26 Kč za euro. Tento kurz bude využíván ve všech dalších přepočtech v textu.

platí, že ve stupních 1–4 hrají větší roli spíše kvantitativní kritéria, ve stupních 5–7 kritéria kvalitativní, viz tab. 2 (ibid.).

Přirazení konkrétního stupně příspěvku na péči osobám, které péči potřebují, je v Rakousku prováděno dvěma způsoby (zpracováno dle Österreichs digitales Amt, 2021 a Wehringer, 2019, s. 9):

1. **Funkční posouzení** – při něm je rozhodující časová náročnost péče a posuzuje se schopnost vykonávat běžné denní činnosti uvedené výše.
2. **Posouzení podle diagnózy** – stanovené diagnózy jsou přímo zařazeny do jednotlivých stupňů. Týká se to např. osob s vysokým stupněm zrakového postižení, zcela nevidomých osob, osob hluchoslepých nebo osob, které jsou odkázány na vozík na základě následujících diagnóz: paraplegie, amputace obou dolních končetin, svalové dystrofie, roztroušené sklerózy nebo dětské mozkové obrny.

V zákoně jsou přesně vyjmenovány diagnózy, onemocnění a z nich plynoucí omezení, u kterých je možné provést posouzení podle diagnózy. Používá se však jen v menším počtu případů. Nicméně pro nás je zajímavá skutečnost, že mezi těmito diagnózami jsou i ty, které systémem posuzování v České republice často propadávají.

Základní myšlenkou posouzení podle diagnózy je, že určité skupiny osob s postižením (např. nevidomé osoby nebo aktivní vozíčkáři) **mají** na základě svého typického postižení také **typickou potřebu péče. Tímto způsobem hodnocení by se pak mělo předejít jejich zařazení do nižšího stupně péče** (Wehringer, 2019, s. 5 a 9). Pokud posuzovaná osoba spadá do kategorie osob, které lze posuzovat podle diagnózy, je vždy současně provedeno i funkční posouzení. Pokud na základě něho vychází vyšší stupeň potřebnosti péče, přidělí se tento (ibid.).

Funkční zařazení vychází z předpokladu, že ve stupních 1–4 existuje typická kombinace opatření, která odpovídá přítomným omezením ve vykonávání každodenních činností. Ve stupních 5–6 se hodnocení orientuje na přidané náklady, přičemž rozhodující je zde časový interval mezi vznikem potřeby péče a poskytnutím patřičné pomoci. Stupeň 7 se týká nejtěžších případů s potřebou intenzivní péče poskytované v domácím prostředí (ibid.).

U některých skupin osob se při posuzování dále přihlíží k faktorům, které potřebu péče ještě navyšují. Týká se to např. osob, které mají narušenu schopnost orientace, plánování a realizace činností, emoční chování, myšlení či sociální chování – tedy osob s těžkým mentálním postižením, psychickým onemocněním a s demencí. **V těchto případech se objem péče navyšuje o 25 hodin měsíčně.** Navyšení se týká také péče o děti s těžkým funkčním poškozením a postižením, kdy se objem hodin navyšuje o 50 hodin u dětí do 7 let a o 75 hodin u dětí do 15 let (Österreichs digitales Amt, 2021). **V případě posuzování dětí do 15 let v Rakousku také platí, že pro funkční posouzení jsou stanovena jiná pravidla než pro posouzení osob starších 15 let** (Wehringer, 2019).

Zajímavé je také seznámit se se samotným procesem posuzování potřebnosti péče a přidělení příspěvku na péči v Rakousku. Podobně jako v ČR zde **dochází k posouzení zdravotního stavu několika osobami, proces je však jednodušší a transparentnější. Žadatele o příspěvek totiž posuzují pouze dvě osoby, které s ním vstupují do přímého kontaktu: lékař a pracovník pracující v přímé péči.**²³

²³ Označení „sociální pracovník“ by zde nebylo přesné, protože tento pracovník má odlišné vzdělání, typicky z oboru věd o péčování (Pflegewissenschaft).

Posuzující lékař musí podle předpisů mít nejen potřebné zdravotnické vzdělání, ale musí mít také dostatečné znalosti ohledně pravidel přidělování příspěvku na péči a posuzovacích kritérií (Wehringer, 2019, s. 20). Lékař je povinen vykonat návštěvu²⁴ v domácnosti posuzované osoby, aby se seznámil s životními podmínkami a situací posuzované osoby. Zpráva, kterou lékař vyplňuje, musí obsahovat anamnézu zpracovanou ze tří úhlů pohledu: z pohledu posuzované osoby, anamnézu z pohledu příbuzného/pečující osoby a anamnézu z pohledu posuzujícího lékaře. Tyto tři úhly pohledu musí být v posudku jasně rozeznatelné. Cílem tohoto trojího posouzení je získat představu o situaci z pohledu všech dotčených osob. Stanovena jsou také témata, která při probírání anamnézy nesmějí být opomenuta, např. dřívější onemocnění, úrazy a operace nebo to, kdo dotyčnému zajišťuje potřebnou péči a jak často (ibid.: 20–22). **Mimo to je lékař povinen popsat i životní situaci, zařízení jeho domácnosti a situaci v okolí, tj. v jaké vzdálenosti se nacházejí osoby či zařízení schopná poskytnout potřebnou pomoc** (ibid.: 24–25).

Proces posouzení žadatele o příspěvek pracovníkem přímé péče se v podstatě neliší od procesu posouzení lékařem. Také tento pracovník je povinen provést posouzení v domácím prostředí žadatele, vyhotovit anamnézu ze tří úhlů pohledu, držet se stanovených témat a popsat sociální okolí žadatele. Činí to však z hlediska svého oboru a vzdělání. Pokud tento pracovník při své návštěvě zjistí, že se zdravotní stav posuzované osoby od poslední návštěvy lékaře zlepšil, nebo zhoršil, může doporučit nové posouzení lékařem (ibid.: 37–52).

V rakouském modelu posuzování je tedy zajištěná vysoká diferenciací potřeby péče. Stanovení časového objemu poskytované péče zároveň umožní nejen posoudit její náročnost, ale i získat představu o kupní síle příspěvku. **Příspěvek je pravidelně jednou ročně ve všech stupních navyšován (valorizován) podle pravidel daných zákonem.**

Shrnutí aneb čím je systém inspirativní

Rakousko přináší inspiraci celkovým přístupem k posuzování i mnoha dílčími opatřeními:

- **Posuzování potřebnosti péče** (nikoliv závislosti na péči),
- **funkční posuzování** – propracovaný způsob stanovení časového rozsahu posuzovaných úkonů;
- **posuzování podle diagnózy** – kontrola, zda nedošlo k nesprávnému zařazení do stupně potřebnosti při funkčním posouzení a zároveň definování diagnóz, které vyžadují speciální podporu a pozornost;
- **navýšení časového objemu předpokládané péče u některých v zákoně definovaných onemocnění** (např. mentální postižení nebo demence) pro zamezení nedostatečného zohlednění omezení a potřeb;
- **transparentní a jednodušší proces posuzování, které probíhá zásadně v domácnosti žadatele a příjemce příspěvku;**
- **vyhotovení tzv. trojposudku oběma posuzujícími osobami** (lékař a pracovník přímé péče) – posudek je tvořen z pohledu posuzujícího, posuzovaného a blízkého člena rodiny;
- **využití časového hlediska při stanovení stupně péče** u příspěvku na péči;
- **počet stupňů příspěvku na péči**, který umožňuje lepší diferenciaci potřeb jednotlivých příjemců;
- **nastavení pravidelné valorizace příspěvku na péči.**

Celý systém je navíc přehledně a podrobně popsán v knize, která je pravidelně vydávána v aktualizovaném znění.²⁵

²⁴ Je doporučeno oznámit termín návštěvy alespoň týden předem (ibid.).

²⁵ Zde citovaná verze je zatím poslední: Wehringer, Christine. Das Gutachten zum Pflegegeld. Ein Leitfaden zum Verfassen des perfekten Gutachtens. 3. Auflage. MANZ'sche Verlags- und Universitätsbuchhandlung, Wien, 2019.

2.2.2 Posuzování potřeb a příspěvek na péči v Německu

V Německu většinu opatření týkajících se sociální podpory a podpory osob se zdravotním postižením upravuje základní legislativní norma zvaná Sociální zákon (Sozialgesetzbuch, dále také SGB). **Výhodou širokého záběru SGB je, že umožňuje úzké propojení zdravotní i sociální podpory.** Sledované problematiky se nejvíce týká Kniha IX – Rehabilitace a integrace osob s postižením a Kniha XI – Sociální pojištění péče (Geissler a kol., 2015b, s. 17). Příspěvek na péči i další dávky spojené s péčí jsou v Německu hrazeny ze samostatného pojištění péče (Pflegeversicherung). Klíčovou institucí je zde příslušná pojišťovna (Pflegekasse), která ho spravuje (ibid.).

Podmínky pro přidělení příspěvku na péči jsou podle Palmowského (2021, s. 9) v Německu přesně definované, a to následovně:

- Omezení soběstačnosti nebo schopností posuzovaného člověka, které je podmíněné zdravotním stavem a které vyvolává potřebu pomoci druhé osoby.
- Tělesné nebo kognitivní schopnosti musí být omezené tak, že se s těmito omezeními nedokáže vypořádat poškozený sám.
- Potřeba péče musí trvat nejméně šest měsíců.
- Míra potřeby péče musí překročit určitý stupeň.

Podobně jako v České republice vzniká nárok na příspěvek (v případě jeho přiznání) ve chvíli podání žádosti, proto je doporučováno podat ji co nejdříve (Palmowski, 2021, s. 12). Bezprostředně po vzniku události má však pojištěný člověk nárok na bezplatné poradenství, včetně poskytnutí informací o dostupných poskytovatelích pomoci a služeb (Greif, 2019, s. 16). Posuzování probíhá v domácnosti žadatele o příspěvek na péči, zároveň je stanovena maximální délka tzv. přípustné čekací doby na posouzení (Palmowski, 2021, s. 4). To pomáhá předejít zbytečným prodlevám v posouzení. Časové limity procesu posouzení představuje následující tabulka:

Tab. 6: Časové limity a harmonogram procesu posouzení zdravotního stavu v Německu

Časové rozmezí	Osoba závislá na péči bude čerpat péči v domácím prostředí	Osoba závislá na péči je v rehabilitačním zařízení, v nemocnici, v hospicovém zařízení nebo využívá ambulantní paliativní péči
Neprodleně	1. Odpovědná instituce (pojišťovna) předá posuzovanému informace o bezplatném poradenství, o způsobech zajištění péče a seznamy poskytovatelů služeb včetně cenových a smluvních nabídek mezi pojišťovnou a jednotlivými poskytovateli pobytových i domácích služeb.	
	2. Odpovědná instituce nabídne posuzovanému konkrétní termín setkání za účelem poskytnutí poradenských služeb (v rozmezí dvou týdnů) nebo mu vydá poukaz na využití poradenských služeb (platný rovněž dva týdny), na kterém budou uvedena místa, kde lze tyto služby využít.	
Do týdne		Proběhne posouzení, zda je nutné zajištění další péče v zařízení nebo péči zajistí pečující osoba, v případě potřeby pečující požádá

		zaměstnavatele o pečovatelskou dovolenou nebo rodinnou pečovatelskou dovolenou ²⁶ .
Do dvou týdnů	Proběhne posouzení, zda má pečující sjednanou pečovatelskou dovolenou nebo rodinnou pečovatelskou dovolenou.	Využití poukazu na poradenské služby nebo stanovení termínu posouzení pojišťovnou.
Do čtyř týdnů	Proběhne posouzení zdravotního stavu v ostatních obvyklých případech.	

Zdroj: Palmowski, 2021, s. 14 (upraveno)

Z tabulky je zřejmé, že k posouzení musí dojít do jednoho měsíce od podání žádosti. Dále platí, že rozhodnutí musí pojišťovna vydat do 5 týdnů (25 pracovních dnů) od podání žádosti. Stanovené lhůty se také mohou zkrátit. **Pokud by se je posuzovateli** – v Německu je to pojišťovna (Pflegekasse) – nepodařilo dodržet, **musí žadateli vyplatit 70 eur za každý týden zpoždění. Příčina zpoždění však musí být na straně instituce,** nevztahuje se to např. na případy, kdy žadatel není k zastížení nebo domluvený termín návštěvy bez udání důvodů zruší (Palmowski, 2021, s. 15).

Za zmínku stojí, že pracovník, který posuzování zdravotního stavu provádí, musí splňovat určité kvalifikační požadavky, zejména při posuzování určitých onemocnění (např. psychických) nebo dětí. Svou kvalifikaci by měl žadatel o podporu při návštěvě sdělit (Greif, 2019, s. 23–24). **Zdůrazňováno je, že při posuzování není rozhodující vážnost onemocnění nebo diagnóza, ale míra omezení soběstačnosti.** Ta se dle Palmowského (2021, s. 10) posuzuje v šesti základních oblastech, tzv. modulech:

1. Mobilita,
2. Kognitivní (duševní) a komunikační schopnosti,
3. Způsoby chování a psychické potíže,
4. Sebeobsluha,
5. Zvládání a schopnost samostatně se vypořádat s omezeními vyplývajícími z onemocnění nebo s požadavky na terapii,
6. Udržování každodenního života a sociálních kontaktů.

Pro každou oblast jsou definovány aktivity, které se posuzují. Např. v rámci sebeobsluhy (modul 4) jsou definována následující kritéria:

Tab. 7: Kritéria a bodové hodnocení sebeobsluhy v Německu

Číslo kritéria	Název kritéria	Soběstačný(á)	Převážně soběstačný (á)	Převážně nesoběstačný(á)	Nesoběstačný(á)
4.1	Mytí horní a přední části těla	0	1	2	3
4.2	Péče v oblasti hlavy (česání, holení, čištění zubů a péče o protézu)	0	1	2	3

²⁶ Pečovatelská dovolená (Pflegezeit) je formou zákonné podpory pečujících. Je neplacená, může trvat maximálně 6 měsíců. Pečující si může ponechat pracovní úvazek, nesmí však pracovat více než 30 hodin týdně. Rodinná pečovatelská dovolená (Familienpflegezeit) dává pečujícímu možnost na dobu max. dvou let snížit pracovní úvazek na 15 hodin týdně. Není však nároková ze zákona – jedná se o dohodu mezi pečujícím a jeho zaměstnavatelem (Geissler a kol., 2015b: 15).

4.3	Mytí intimních oblastí	0	1	2	3
4.4	Sprchování a koupání, včetně mytí vlasů	0	1	2	3
4.5	Oblékání a svlékání horní části těla	0	1	2	3
4.6	Oblékání a svlékání dolní části těla	0	1	2	3
4.7	Nakrájení jídla a nalití nápojů	0	1	2	3
4.8	Jídlo	0	3	6	9
4.9	Pití	0	2	4	6
4.10	Použití toalety nebo toaletní židle	0	2	4	6
4.11	Zvládnutí inkontinence moči a zacházení s permanentním katetrem a stomií (vývodem)	0	1	2	3
4.12	Zvládnutí inkontinence stolice a zacházení se stomií (vývodem)	0	1	2	3

Zdroj: Greif, 2019, s. 60

Tabulka představuje, jakým způsobem je s kritérii pracováno. U každého jednotlivého kritéria je hodnocena soběstačnost posuzovaného. Ta se hodnotí na čtyřstupňové jasně definované škále:

1. **Soběstačný / soběstačná:** Posuzovaná osoba aktivitu vykoná samostatně. Provedení může být obtížnější nebo pomalejší, může k tomu využívat určité pomůcky. Podstatné je, že k tomu nesmí potřebovat pomoc druhé osoby.
2. **Převážně soběstačný / soběstačná:** Posuzovaná osoba aktivitu vykoná z velké části samostatně a pomoc druhé osoby potřebuje jen v malé míře.
3. **Převážně nesoběstačný / nesoběstačná:** Posuzovaná osoba se může na vykonání aktivity podílet, ale zvládne ji sama vykonat jen částečně. Z podstatné části potřebuje při vykonání pomoc druhé osoby.
4. **Nesoběstačný / nesoběstačná:** Posuzovaná osoba aktivitu samostatně vykonat nezvládne, ani se na vykonání nemůže podílet. Potřebuje přitom stálou pomoc druhé osoby.

(Zpracováno podle Greif, 2019, s. 31-32)

Každému jednotlivému kritériu je dále přidělena určitá váha, kterou vyjadřují přidělené body. Jak dále v tabulce vidíme, každému kritériu může být přidělena jiná důležitost. Např. pokud je člověk částečně nesamostatný při oblékání horní části těla, získá 2 body. Pokud je ale částečně nesamostatný při jídle, získá rovnou 6 bodů. Tím je mimo jiné vyjádřeno, že pokud se posuzovaný bez pomoci nenají, způsobí mu to větší potíže, než když se hůře nebo pomaleji oblékne. Při hodnocení je možné přidělovat i polovinu bodu.

Podobným způsobem jsou bodována a hodnocena kritéria ve všech šesti definovaných modulech. Pro každý modul jsou hodnotící kategorie i jejich bodování přizpůsobené, např. v rámci modulu 3 – Způsoby chování a psychické potíže – se hodnotí četnost výskytu definovaných projevů, např. verbální agrese nebo sebepoškození (Greif 2019). Celkově je v rámci šesti definovaných modulů sledováno 65 kritérií.

Kromě toho, že je přihlíženo k významu jednotlivých kritérií, je také každému modulu přiřazena určitá váha při posuzování: modulu 1 (Mobilita) 10 %; modulům 2, 3 a 6 (Kognitivní a komunikační schopnosti; Způsoby chování a psychické potíže; Udržování každodenního života a sociálních kontaktů) 15 %; modulu 5 (Zvládnutí a schopnost se samostatně vypořádat s omezeními vyplývajícími z onemocnění nebo s požadavky na terapii) 20 % a modulu 4 (Sebeobsluha) 40 % (ibid.: 56). Významu jednotlivých modulů odpovídá počet bodů, který je možné v rámci jednotlivého modulu získat.

Získané bodové hodnocení je klíčem pro stanovení stupně příspěvku na péči (Pflegegrad). Zajímavou skutečností je, že v Německu (stejně jako v Rakousku) jsou definovány faktory, které je třeba při posuzování zohlednit, protože velmi omezují samostatnost posuzované osoby. Mezi ně se řadí:

- tělesná hmotnost nad 80 kg,
- ztuhlost velkých kloubů,
- deformity končetin,
- vysoký stupeň spasticity,
- prudké nekontrolovatelné pohyby,
- poruchy dýchání,
- poruchy polykání a pohybu úst,
- snížená schopnost zátěže v důsledku těžké poruchy srdce a plic (kardiopulmonální dekompenzace s ortopnoe, výrazná centrální a periferní zyanóza, periferní edém),
- nutnost mechanického vývodu moči nebo digitálně řízené vyprazdňování stolice (stomie),
- obranné chování, nedostatečná kooperace (např. při mentálním postižení nebo psychickém onemocnění),
- silné poškození smyslů (zraku a sluchu),
- silné bolesti rezistentní k terapii,
- postižením omezené podmínky péče o prostor,
- vyšší časové nároky související s využitím určitých prostředků (např. zvedací plošiny).

Tyto faktory mj. kladou vyšší nároky na péči o osobu s postižením (Greif, 2019, s. 11-12). Posuzovaným osobám je navíc výslovně doporučováno, aby je nezapomněly pracovníkovi, který posouzení provádí, nahlásit, a samy následně zkontrolovaly, zda byly při posouzení dostatečně zohledněny, protože podle pravidel jsou důvodem k přidělení vyššího stupně péče²⁷ a tedy i vyššího příspěvku na péči (ibid.). Stanovení stupně péče a strukturu příspěvku na péči představuje následující tabulka:

Tab. 8: Struktura příspěvku na péči v Německu v roce 2022

Získaný počet bodů	Míra postižení	Stupeň péče (PG)	Výše příspěvku na péči při využívání neformální péče v domácnosti		Věcné plnění při využívání ambulantních sociálních služeb		Věcné plnění při částečném využívání pobytových sociálních služeb	
			v Eur	v Kč	v Eur	v Kč	v Eur	v Kč
12,5–27	nepatrné postižení	1.	0	0	125	3 520	0	0
27–47,5	výrazné postižení	2.	316	8 216	724	18 824	689	17 924
47,5–70	těžší postižení	3.	545	14 196	1 363	35 438	1 298	33 748

²⁷ Označení odpovídá našemu stupni závislosti.

70–90	velmi těžké postižení	4.	728	18 928	1 693	44 018	1 612	41 912
90–100	velmi těžké postižení se zvláštními požadavky na zajištění péče	5.	901	23 426	2 095	54 470	1 995	51 870

Zdroj: Greif, 2019, s. 57 a Smart-Rechner.de (upraveno)

Z údajů vyplývá, že pokud posuzovaná osoba při hodnocení zdravotního stavu získá méně než 12,5 bodu, není považována za osobu vyžadující podporu státu. Pro 1. stupeň pak platí, že posuzovaný za osobu odkázanou na pomoc považován je, avšak pro tzv. nepatrné postižení získá nárok na finanční podporu pouze při využívání ambulantních služeb.

Výše příspěvku na péči se v Německu liší tedy nejen podle stupně péče, ale také podle toho, zda je využíván na úhradu nákladů na neformální péči nebo zda je z něj hrazeno využívání ambulantních nebo částečně pobytových sociálních služeb (např. stacionářů). V tom případě se jedná o tzv. věcné plnění, u něhož je výrazně zvýhodněno užívání ambulantních sociálních služeb před pobytovými. Tím je jasně deklarována podpora tohoto typu služeb. Příjemce příspěvku v případě věcného plnění péči nehradí samostatně, uzavře smlouvu s poskytovatelem služby a doložené náklady pak hradí pojišťovna až do výše přiděleného finančního limitu. Je také možné rozhodnout se pro kombinaci věcného plnění a neformální péče, výše přiděleného limitu pro věcné plnění a příspěvku na péči je podle toho upravena. Příspěvek na péči je v Německu pravidelně valorizován (Geissler a kol., 2015b, s.23).

Shrnutí aneb čím je systém inspirativní

Také Německo nabízí poměrně dost prvků, které by mohly pomoci vyřešit problémy s posuzováním potřeb v České republice:

- **Posuzování potřeby péče** (nikoliv závislosti na péči),
- **lhůty a sankční mechanismus pro (ne)vyřízení žádosti** o příspěvek na péči ve stanoveném období,
- **vzdělání pracovníků provádějících posouzení** žadatele, posuzování v domácím prostředí,
- **vymezení modulů** a v rámci nich posuzovaných jednotlivých kritérií,
- **nastavení bodového hodnocení jednotlivých kritérií a modulů** a zejména **stanovení významu jednotlivých modulů a kritérií pomocí bodového hodnocení**,
- **návaznost bodového hodnocení a stanovení/přidělení stupně příspěvku na péči**,
- **vymezení diagnóz a potíží, které zakládají nárok na přidělení vyššího počtu bodů** a vyššího stupně příspěvku na péči,
- **podpora využívání ambulantních a terénních sociálních služeb prostřednictvím výše příspěvku na péči**,
- **kombinace finančního a věcného plnění** u příspěvku na péči,
- **nastavení valorizace příspěvku na péči.**

2.2.3 Posuzování potřeb a příspěvek na péči na Slovensku

Systém sociální podpory na Slovensku vychází z podobných principů jako český. Lze v něm nalézt určité shodné principy (členění sociálních služeb, jejich druhy), **avšak způsob financování péče pro osoby odkázané na pomoc druhých je poměrně odlišný.** Právě proto je v tomto textu věnována pozornost také Slovensku. **Zajímavou inspirací je už samotné používání pojmu „osoba odkázaná na pomoc druhých,“ který působí vstřícněji a pozitivněji než u nás užívané označení „osoba závislá na péči.“**

Na Slovensku je příslušný příspěvek (nazývaný príspevok na opatrovanie) **postavený na trochu odlišném principu. Je totiž vyplácen pečující osobě, a to za splnění určitých podmínek. Ty jsou na Slovensku poměrně přísné.** Příspěvek totiž může dostat pouze pečující osoba, která je buď ve vzdáleném, ale stále příbuzenském vztahu s opečovávanou osobou, nebo osoba, která s příjemcem péče bydlí. Vyplácen může být pečujícím, kteří pečují o osobu starší 6 let (Ministerstvo práce, sociálních věcí a rodiny; 2022). Příspěvek slouží na zajištění pomoci osobě s těžkým zdravotním postižením při:

- úkonech sebeobsluhy,
- péči o domácnost a
- realizování sociálních a vzdělávacích aktivit (ibid.).

Základní výše příspěvku je 508,44 eur (tj. cca 13 219 Kč), pokud se pečující stará o jednu osobu s těžkým zdravotním postižením. Pokud se stará o dvě nebo více osob, pak je vyplácen příspěvek ve výši 676,22 eur (tj. cca 17 582 Kč).²⁸ **Příspěvek je možné zvýšit o 100 eur měsíčně, pokud se jedná o nezaopatřené dítě/děti a pečující osoba nemá příjem ze zaměstnání ani nepobírá dávky důchodového pojištění, výsluhového zabezpečení nebo starobní důchod** (Ministerstvo práce, sociálních věcí a rodiny; 2022).

V jiných případech se základní příspěvek naopak snižuje, a to pokud je příjem opečovávané osoby vyšší než dvojnásobek životního minima v případě dospělého a trojnásobek v případě nezaopatřeného dítěte nebo pokud opečovávaná osoba pobírá důchod zvýšený pro tzv. bezvládnost. O tuto částku se pak snižuje příspěvek na péči pro pečujícího (ibid.).

Jsou také definované podmínky, kdy příspěvek být vyplácen nemůže. Jedná se o případy, kdy osoba odkázaná na péči využívá:

- **osobní asistenci** – v tom případě pobírá jiný příspěvek (viz další text),
- **pečovatelskou službu více než 8 hodin měsíčně,**
- **týdenní pobytovou sociální službu** nebo
- **celoroční pobytovou službu** (nevztahuje se na tzv. sociální služby v útulku, domově na půli cesty nebo v zařízení nouzového bydlení) (ibid.).

Na osobní asistenci je vyplácen samostatný příspěvek. Osobní asistence je pak definována jako „*pomoc fyzické osobě s těžkým zdravotním postižením při stanovených činnostech*“ (Ministerstvo práce, sociálních věcí a rodiny; 2022). Jejím účelem je aktivizace, podpora sociálního začlenění osoby s těžkým postižením, podpora její nezávislosti a možnosti rozhodovat se a ovlivňovat plnění rodinných rolí, vykonávání pracovních, vzdělávacích a volnočasových aktivit. Rozsah osobní asistence se určuje podle stanoveného seznamu činností, které nemůže příjemce služby vykonávat sám, a počtu hodin, které jsou potřebné na vykonání těchto činností. **Počet hodin se stanovuje na období jednoho kalendářního roku (ibid.). Maximální počet hodin je 7 300 za rok, aktuální sazba za jednu hodinu je 4,82 eur (tj. cca 125 Kč). Znamená to, že příjemce může čerpat maximálně 608 hodin placené osobní asistence měsíčně, což vychází na 152 hodin týdně a 22 hodin denně. Příspěvkem lze tedy téměř plně pokrýt potřebu 24hodinové péče.** Příjemce příspěvku odevzdává každý měsíc příslušnému úřadu výkaz o čerpané osobní asistenci (ibid.).

Příspěvek ovšem nelze poskytnout soudem stanovenému opatrovníkovi ani rodičům dětí do 18 let. Nemůže ho čerpat ani osoba, která užívá pečovatelskou (opatrovatelskou) službu. **Výše příspěvku odpovídá ročnímu stanovenému rozsahu osobní asistence u konkrétní osoby, pokud však má příjemce zvýšený důchod pro nemohoucnost, o tuto částku se příspěvek snižuje.** Jiný příjem na jeho výši vliv nemá (ibid.).

²⁸ Částky byly podobně jako u předchozích výpočtů v textu přepočítány kurzem 26 Kč za euro.

Při využívání ambulantních a pobytových sociálních služeb je osobám odkázaným na péči vyplácen jiný speciální příspěvek, jeho výši a podmínky představuje následující tabulka.²⁹

Tab. 9: Finanční příspěvek při využívání pobytových a ambulantních sociálních služeb v roce 2023

Stupeň odkázanosti fyzické osoby na pomoc jiné fyzické osoby	Výše finančního příspěvku při poskytování pobytové formy sociální služby v zařízení sociálních služeb (měsíc/místo)		Výše finančního příspěvku při poskytování ambulantní formy sociální služby v zařízení sociálních služeb (měsíc/místo) v rozsahu nejméně 8 hodin v průběhu pracovního dne	
	v Eur	v Kč	v Eur	v Kč
II.	129	3 354	86	2 236
III.	291	7 566	194	5 044
IV.	388	10 088	259	6 734
V.	549	14 274	366	9 516
VI.	678	17 628	452	11 752

Zdroj: Nařízení vlády 234/2022 (upraveno)

Tabulka nabízí několik zajímavých poznatků: **výše příspěvku se liší podle toho, zda osoba odkázaná na péči využívá pobytové nebo ambulantní služby, přičemž pobytové jsou podporovány přidělením vyšší částky. Srovnáme-li orientačně výši příspěvku v jednotlivých stupních, vidíme, že finanční částky jsou v porovnání s českým příspěvkem na péči celkově trochu nižší. V těchto aspektech se tedy zdá být český příspěvek na péči vůči příjemcům vstřícnější.** Výše příspěvku je však každoročně nařízením vlády upravována a roste.

Je zřejmé, že na Slovensku je oproti ČR i ostatním sledovaným státům komplikovanější využívání různých forem podpory a sociálních služeb, protože systémy financování neformální péče, osobní asistence a pobytových a ambulantních sociálních služeb jsou navzájem oddělené a dokonce neslučitelné. Na rozdíl od jiných států je také výše příspěvku ovlivněna životním minimem opečovávané osoby a účastí pečujícího na trhu práce, protože pečující nesmí mít jiný vlastní příjem ani pobírat dávky důchodového pojištění. Za povšimnutí však stojí, že slovenský systém rozlišuje šest stupňů závislosti a podobně jako rakouský tak umožňuje vyšší diferenciaci mezi potřebami příjemců podpory. O nich se více zmíníme v další části.

Hodnocení potřebnosti péče provádí na Slovensku kvalifikovaný zdravotní pracovník na základě smlouvy s obcí nebo vyšším správním celkem. **Při posouzení zdravotního stavu se vychází z lékařského nálezu a většinou je zdravotní posudek vypracován bez přítomnosti posuzované osoby. Zdravotní pracovník spolupracuje se sociálním pracovníkem, který provádí sociální posudkovou činnost v domácnosti posuzovaného a hodnotí např. jeho schopnost sebeobsluhy, schopnost postarat se o domácnost nebo rodinné prostředí.** Z obou posudků se pak vytvoří jeden souhrnný (Hon a kol., 2020, s. 13). V tom všem se tedy slovenský postup neliší od české praxe.

²⁹ Částky v eurech byly opět přepočítány kurzem 26 Kč za euro.

Posuzování zdravotního stavu se na Slovensku v některých ohledech shoduje a v jiných liší. Osoba s těžkým zdravotním postižením musí být podle posudku tzv. odkázaná na péči druhé osoby v rozsahu minimálně 8 hodin denně. Způsob posuzování odkázanosti na pomoc jiné fyzické osoby upravuje příloha č. 3 k zákonu o sociálních službách (Zákon č. 448/2008 Z.z., o sociálních službách). **Posuzuje se celkem 12 oblastí denních aktivit:** stravování a pitný režim; vyprazdňování močového měchýře; vyprazdňování tlustého střeva; osobní hygiena; celková koupel; oblékání a svlékání; změna polohy, sezení a stání; pohyb po schodech; pohyb po rovině; orientace v prostředí; dodržování léčebného režimu; potřeba dohledu (ibid.). **U každé z oblastí je uveden seznam činností, které se posuzují.** Např. v rámci kategorie stravování a pitný režim se posuzuje:

- umístění jídla na talíř,
- nalití tekutiny do skleničky nebo hrnku a schopnost jejich přenesení,
- bezpečné přenesení jídla a tekutin z jednoho místa na druhé,
- úprava jídla a tekutin před konzumací (například odstranění a otevření obalu, oloupaní ovoce a zeleniny, otevření lahve),
- rozdělení (nakrájení) potravy na menší kousky,
- přenesení jídla a nápoje k ústům,
- konzumace jídla a nápojů obvyklým způsobem,
- rozpoznání teploty jídla a nápojů,
- zjištění obsahu obalu s potravinami a nápoji,
- dávkování a užívání enzymů na trávení podle množství a složení přijímané potravy,
- dodržování pitného režimu (ibid.).

Pro každou z dvanácti sledovaných kategorií je pak stanoveno bodové hodnocení, které zohledňuje, kolik z uvedených činností je, či není schopna posuzovaná osoba vykonat bez pomoci druhé osoby. Pro kategorii stravování a pitný režim platí toto bodové hodnocení:

- 0 bodů – posuzovaná osoba je při většině úkonů stravování odkázaná na pomoc jiné fyzické osoby,
- 5 bodů – posuzovaná osoba je minimálně při dvou úkonech stravování odkázaná na pomoc jiné fyzické osoby,
- 10 bodů – posuzovaná osoba je schopná vykonávat všechny úkony stravování samostatně.

Obdobným způsobem jsou vymezeny činnosti a bodové hodnocení pro každou z dalších 11 kategorií. Stupeň odkázanosti se následně určí podle celkového bodového zisku, který představuje následující tabulka:

Tab. 10: Zařazení do stupně odkázanosti na pomoci jiné fyzické osoby na Slovensku

Stupeň	Počet bodů	Průměrný rozsah odkázanosti (hodiny/dny)	Průměrný rozsah odkázanosti (hodiny/měsíc)
I.	105–120	0	0
II.	85–104	2–4	60–120
II.	65–84	4–6	120–180
IV.	45–64	6–8	180–240
V.	25–44	8–12	240–360
VI.	0–24	více než 12	více než 360

Zdroj: Příloha č. 3 k zákonu 448/2008, o sociálních službách

Slovenský systém používá podobný způsob stanovení stupně potřebné podpory: stejně jako v českém jsou definovány určité oblasti potřeb a v rámci nich jsou hodnoceny vymezené skupiny činností. Definované činnosti jsou na Slovensku odlišné, zdají se ale být konkrétnější a mohly by proto být vhodnou inspirací na doplnění. **Navíc je ale ve slovenském systému zavedeno bodové hodnocení jednotlivých oblastí, což umožňuje zohlednit větší či menší potřebu podpory v rámci jednotlivých kategorií a principiálně dosáhnout spravedlivějšího posouzení potřeb jednotlivců.** To jsou principy, které českému systému v současnosti chybí. **Podobně jako v rakouském modelu je navíc pro každý stupeň závislosti (odkázanosti) stanoven předpokládaný rozsah časové potřeby péče.** Toto kritérium deklaruje, že lidé, kteří potřebují vyšší míru podpory, by principiálně měli být zařazeni do vyššího stupně.

Další následovníhodnou skutečností je pravidlo, které je zaneseno do zákona o peněžních příspěvcích na kompenzaci těžkého zdravotního postižení (Zákon č. 447/2008 Z. z., o peňažných príspevkoch na kompenzáciu ťažkého zdravotného postihnutia). V § 18 je totiž uvedeno, že posudkový lékař nebude zvát posuzovanou osobu k opětovnému posouzení, pokud je její zdravotní stav chronický s trvalým poškozením nebo je definitivní míra funkční poruchy nebo není možné od další léčby očekávat zlepšení anebo pokud lze předpokládat, že nedojde ke změně odkázanosti na kompenzaci (zákon č. 447/2008 Z.z.). Tímto jednoduchým opatřením se na Slovensku předchází zbytečnému opakovanému posuzování zdravotního stavu.

Shrnutí aneb čím je systém inspirativní

Přestože slovenský systém není ve všech směrech vstřícnější než český a je celkově poměrně složitý, lze se jím v některých dílčích oblastech inspirovat, konkrétně v těchto:

- **Pojem užívaný pro příjemce příspěvku** – osoba odkázaná na pomoc druhých,
- **příspěvek na osobní asistenci**, který může téměř pokrýt potřebu 24hodinové péče,
- **počet stupňů odkázanosti (závislosti)** u příspěvku na péči,
- **kritéria hodnocená v rámci posouzení míry odkázanosti** na pomoc druhých,
- **bodové hodnocení** užívané při hodnocení jednotlivých sledovaných kritérií,
- **omezení opakovaného posuzování** zdravotního stavu.

2.3 Možnosti řešení definovaných problémových oblastí

V této kapitole se vrátíme ke třem sledovaným problémovým oblastem představeným v úvodu textu a představíme vhodné možnosti řešení popsanych klíčových problémů. Do značné míry vycházejí ze sledované zahraniční praxe. Zvažované návrhy jsme zároveň diskutovali se zástupci odborné veřejnosti, kteří pracují s některou z našich cílových skupin nebo mají zkušenosti s některým z témat, která jsou obsahem 2. pilíře. Předložené návrhy proto vycházejí rovněž z jejich doporučení a zkušeností.

Ke každé ze sledovaných oblastí jsme analogicky formulovali cíl, jehož by mělo být dosaženo. **Pro oblast 2. pilíře jsou proto stěžejní tři následující cíle:**

- 1) Zefektivnění posuzovacího procesu a vyvážení role sociálního a zdravotního posudku,
- 2) posuzování potřebnosti péče a podpory namísto závislosti,
- 3) přizpůsobení výše příspěvku na péči předpokládanému objemu péče a udržování jeho kupní síly.

V rámci každého cíle bylo definováno několik dílčích návrhů změn, které by měly vést k dosažení uvedeného cíle. Všechny budou postupně představeny v následujícím textu.

2.3.1 Zefektivnění posuzovacího procesu a vyvážení role sociálního a zdravotního posudku

Mnohé z problémů souvisejících s efektivitou posuzovacího procesu by odstranilo, kdyby posudkoví lékaři navštěvovali posuzované osoby v jejich domácím prostředí, případně na jiném místě, kde by se posuzovaný zrovna nacházel, pokud by k posouzení mělo dojít ještě před propuštěním z institucionální péče. Předšlo by se tím problémům vyplývajícím z neúplnosti dodaných podkladů a nejasné představě o celkové situaci. **Tomuto řešení však dlouhodobě brání nedostatek posudkových lékařů, jejich vysoký věkový průměr i jejich odborná specializace, která je může při posuzování stavu žadatelů v některých ohledech naopak omezit** (Geissler a kol., 2015a, s. 41). Pouhým posílením role posudkových lékařů by se navíc neodstranil problém nedostatečné spolupráce a (ne)uznání mezi nimi a sociálními pracovníky, ani by se neposílila role sociálních kritérií při posuzování.

Připomeňme také, že sociální posudek má mnohem vyšší význam ve všech třech sledovaných státech: rakouský model stojí na dvou plnohodnotných posudcích vyhotovených ze tří úhlů pohledu (zpracovaných z pohledu posuzujícího, posuzovaného a jeho blízkého příbuzného). První posouzení provede speciálně vyškolený lékař, druhé pracovník přímé péče (blízký sociálnímu pracovníkovi), oba v domácnosti posuzovaného. V Německu tvoří zdravotní kritéria pouze část posudku, posuzování opět provádí speciálně vzdělaný pracovník během návštěvy posuzované osoby. Se sociálním posudkem se pracuje i na Slovensku.

V Rakousku i Německu je navíc posuzování jednodušší a celý proces kratší. Po vzoru těchto států je možné v procesu posouzení posílit roli sociálních pracovníků, kteří v něm ostatně již figurují: „...*Důvody pro takovýto způsob posouzení vychází i ze záměru PnP, který je dávkou sociálního, a ne zdravotního charakteru, což by mělo vést k větší úloze sociálního pracovníka v procesu posuzování. Přitom sociální pracovník při vyšetření žadatele v jeho domácím prostředí má své kompetence omezené nemožností nahlédnout do lékařské dokumentace žadatele. Je tak nucen provádět hodnocení stavu soběstačnosti, aniž by mohl znát diagnózu žadatele...*“ (Geissler a kol., 2015a, s. 42).

Možnou inspiraci nabízí rakouský model také v tom, že posuzování probíhá výhradně v domácím prostředí. O přiznání příspěvku na péči by tak mohl rozhodovat sociální pracovník se zdravotním vzděláním (zdravotně-sociální pracovník), který by posoudil funkčnost stavu žadatele v jeho domácím prostředí. Podobný přístup je ostatně uplatňován i v Německu, kde posuzování provádí speciálně vyškolený pracovník (viz kapitola 2.2.2). V podobném duchu je možné (a vzhledem k věkové struktuře posudkových lékařů i více než žádoucí) podpořit zavedení profese pracovníků, kteří by se na posuzování zdravotního stavu a potřeb zaměřovali. Nahradili by tak činnost sociálních pracovníků i posudkových lékařů. Pokud se totiž příspěvek na péči opírá o funkční hodnocení samostatnosti žadatele, pro správné posouzení nemůže být rozhodující absolvování lékařského oboru: soběstačnost lze ohodnotit i z pozice zdravotně-sociální profese na základě podkladů ošetřujících lékařů. **LPS by v tomto pojetí plnila roli druhé instance při podání odvolání proti rozhodnutí přiznaného stupně závislosti** (Geissler a kol., 2015a, s. 42). Došlo by tak k výrazné úlevě pro přetíženou LPS, a tím pádem i k zefektivnění a zrychlení celého posuzovacího procesu, neboť posudek by vystavovala stejná osoba, která by posuzovaného navštívila a viděla v jeho přirozeném prostředí. Realizaci navrženého řešení dokonce podporuje to, že už nyní v České republice existuje vysokoškolský studijní obor, který pracovníky s potřebnou kvalifikací vzdělává.³⁰ Uvažovat lze také o variantě, kdy by kvalifikaci pro posuzování mohli získat sociální pracovníci v rámci dalšího vzdělávání.

Rovněž posílení významu sociálních kritérií při posuzování závislosti, případně „potřebnosti péče“ (viz další text) se ukazuje jako nezbytné. Doprovázet by ho mělo opětovné zavedení Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví (MKF), která využívání sociálních kritérií podporuje. Z ní by mělo posuzování primárně vycházet.³¹ **Sociální kritéria posuzování stavu člověka a situace, v níž se nachází, by měla mít stejný význam jako medicínská a funkční hlediska** a měla by odpovídat každodenním situacím, které lidé se zdravotním postižením a chronickým onemocněním musí řešit (k tomu více další kapitoly). Je třeba rovněž zmínit, že samotná změna metodiky a techniky posuzování míry závislosti nemůže zajistit jednotné posuzování. Avšak využití jiného modelu – v tomto případě MKF – povede při správném nastavení kritérií k lepšímu pochopení skutečných potřeb osob se zdravotním postižením a chronickým onemocněním a výrazně tak pomůže zvýšit efektivitu posuzování zdravotního stavu a potřeb. Zvýší se také veřejná kontrola celého procesu, a to i ze strany posuzovaných osob a jejich blízkých (Lejsal, 2013: 20).

Poslední věc, která může pomoci urychlit a zefektivnit proces posuzování, je omezení opakovaného posuzování zdravotního stavu. **Opakované posuzování se jeví jako zbytečné v případech, kdy se stav osoby už prokazatelně nemůže změnit. V těchto případech je zbytečné vystavovat posuzovaného celému procesu a investovat do procesu posuzování zdroje.** Při opakovaném posuzování se totiž do procesu zapojí jak pracovníci Úřadu práce (je provedeno tzv. přešetření sociálním pracovníkem), tak ošetřující lékaři a lékař LPS, který musí zhodnotit dodané podklady a vystavit nový posudek. Opakované posuzování sice již bylo omezeno Instrukcí náměstkyně pro řízení sekce sociálně pojistných systémů č. 15/2016³², **změnu je však vhodné zanést**

³⁰ Jedná se o obor zdravotně-sociální péče vyučovaný např. na Jihočeské univerzitě.

³¹ Pro zajímavost uvedme, že aktuálně platný systém posuzování základních životních potřeb byl zaveden právě proto, aby MKF mohla být více využívána. Měla tak být zaručena větší spravedlnost systému (Finance.cz, 2011).

³² Platnost posudku u osob starších 18 let věku se má stanovit s ohledem na předpokládaný vývoj zdravotního stavu. U trvalých stavů a u starších žadatelů se platnost má stanovit trvale. U osob do 18 let se má stanovit do doby, kdy lze očekávat zlepšení zdravotního stavu, dosažení pokroku v biopsychosociálním vývoji nebo nabytí přiměřených schopností a dovedností. Např. u posuzovaného šestiletého dítěte s Downovým syndromem, poruchou mobility a těžkým opožděním psychomotorického vývoje, které je na úrovni dvouletého dítěte, lze stanovit dobu platnosti posudku až do 15 let věku, protože po tuto dobu se nepředpokládá posudkově významná změna zdravotního stavu, schopností a stupně jeho závislosti (Instrukce č. 15/2016).

rovněž do příslušných legislativních dokumentů, aby nedocházelo k odlišnostem ve vyhodnocení situace a aby dodržování opatření bylo závazné a v praxi vymahatelné.

Zároveň je vhodné definovat různá onemocnění a situace, u kterých prokazatelně nemůže dojít ke zlepšení stavu, a u těch stanovit, že platnost posouzení bude dlouhodobá nebo trvalá. Vhodný příklad nabízí Rakousko ve způsobu posuzování podle diagnózy, který danému jedinci s konkrétní diagnózou nebo v určité situaci (např. nutnost využívat trvale vozík) zaručí minimální rozsah péče. Inspirací může být rovněž sousední Slovensko, které přímo do příslušného zákona zaneslo pravidlo, že při předpokladu neměnnosti zdravotního stavu nebude posudkový lékař posuzovanému stanovovat další termín posouzení.

Pro zefektivnění posuzovacího procesu jsou nezbytná následující opatření:

- 1) Posuzování v I. instanci bude provádět speciálně vyškolený pracovník se sociálním i zdravotním vzděláním, který bude rozhodovat o přidělení podpory a vystavovat posudek. Posuzování provede v přirozeném prostředí žadatele.
- 2) Úprava činnosti Lékařské posudkové služby, která bude rozhodovat pouze jako II. instance v případě odvolání.
- 3) Na základě předchozích opatření zkrátit maximální dobu posuzování a omezit možnost přerušování řízení, které vede k odkládání vystavení rozhodnutí.
- 4) Omezení opakovaného posuzování zdravotního stavu a potřeb: stanovit trvalou nebo dlouhodobou platnost posudků u onemocnění a jiných příčin zdravotního postižení, kdy prokazatelně nemůže dojít ke zlepšení stavu. Tato onemocnění a skutečnosti zanést do příslušných legislativních dokumentů (vyhláška či zákon).
- 5) Znovu vydat prohlášení o povinnosti používat při posuzování Mezinárodní klasifikaci funkčních schopností, disability a zdraví. Vydá jej Český statistický úřad na žádost Ministerstva zdravotnictví ve spolupráci s Ministerstvem práce a sociálních věcí.

Přínosy a rizika navržených opatření

Přínosy:

- Posuzování zdravotního stavu bude spravedlivější, protože bude zahrnovat sociální kritéria.
- Proces posuzování bude jednodušší a rychlejší, protože se uleví přetíženým posudkovým lékařům, kterých je nedostatek.
- Z dlouhodobého hlediska dojde ke snížení nákladů na zajištění potřebných podkladů pro vystavení posudků zdravotního stavu.
- Sníží se počet odvolání z důvodu neobjektivního posouzení zdravotního stavu, protože posuzující bude v přímém kontaktu s posuzovaným.
- Zvýší se vstřícnost systému vůči příjemcům podpory a příspěvků na péči.

Rizika:

- Nepružnost a obtížné přizpůsobení institucí, které posuzování provádějí (ČSSZ a LPS).
- V počáteční fázi nedostatek kvalifikovaných pracovníků schopných provést odpovídající posudek.
- Opatření pro omezení opakovaného posuzování nebude zahrnovat všechna relevantní onemocnění a situace.

2.3.2 Posuzování potřebnosti péče a podpory namísto závislosti

Dosažení tohoto cíle je spojeno s provedením významných změn, pokud jde o posuzování tzv. základních životních potřeb a celkovou úpravu posuzovacích kritérií. Porovnání se zahraniční zkušeností dokládá to, co se dlouhodobě projevuje v praxi: současné pojetí není dostačující pro dostatečnou diferenciaci mezi potřebami posuzovaných osob a nijak nereflektuje náročnost a potřebný objem poskytované péče. Celý systém proto nereflektuje skutečné potřeby posuzovaných osob a není vůči nim spravedlivý.

Zajímavá je také skutečnost, že v žádném ze sledovaných států se v souvislosti s posuzováním neuvádí pojem „závislost“. V Rakousku a Německu se posuzuje „**potřeba péče**“ (Pflegebedürftigkeit), na Slovensku se používá pojem „**osoba odkázaná na pomoc druhých**.“ Samotná volba pojmu tak koresponduje se skutečností, že akcentovány nemají být negativní konotace spojené se závislostí, ale v popředí musí stát cíl poskytnout lidem s postižením podporu v takové míře, kterou potřebují a která je podpoří v soběstačnosti, nezávislosti a začlenění do společnosti. Tato podpora musí samozřejmě vycházet z individuálních potřeb.

Potřeba pomoci a rozsah potřebné podpory by měly být hlavním kritériem pro stanovení stupně příspěvku na péči. To znamená, že **je nutné začít sledovat a měřit plánovaný rozsah a četnost potřebné pomoci např. formou určování časové dotace nebo bodového hodnocení. Nezbytnost dokazují systémy posuzování zdravotního stavu ve všech třech sledovaných státech, které využívají buď propracovaný systém bodového hodnocení (Německo) nebo časové dotace (Rakousko) nebo obojí (Slovensko).** Všechny státy tedy nabízejí možnosti, jak uvedené nedostatky řešit a zároveň jsou jejich systémy důkazem, že bez kritérií určujících rozsah a náročnost péče je systém hodnocení nedotažený a neefektivní.

Zastavme se trochu u obou nabízených možností, tj. bodového hodnocení jednotlivých úkonů a/nebo stanovení časové dotace. **V propracovanosti bodového hodnocení dílčích kritérií vyniká zejména Německo,** kde je pomocí bodové škály stanoven dokonce význam jednotlivých posuzovaných úkonů a jejich skupin (tzv. modulů): větší počet bodů získá člověk za to, že se nezvládne sám najíst než za to, že se nezvládne sám umýt, protože jíst je potřeba častěji a pravidelněji. Německý systém tak umožňuje stanovit váhu jednotlivých posuzovaných kritérií i oblastí základních životních potřeb. **Propracovaný systém bodového hodnocení zaručuje vyšší objektivitu, přesnost i spravedlnost** při posuzování úkonů a pravděpodobně tak zamezuje rozdílnému posuzování osob v podobné či srovnatelné situaci.

Druhou možností, která se s tou první může i doplňovat (viz příklad Slovenska), **je stanovení časového rozsahu sledovaných kritérií. Tento způsob hodnocení rozsahu a náročnosti péče je využíván v Rakousku a pracuje se stanovením předpokládaného rozsahu péče v jednotlivých stupních závislosti/potřebnosti.** Zástupci odborné veřejnosti, kteří se účastnili našich kulatých stolů, tento způsob považují dokonce za vhodnější, a to zejména s přihlédnutím k situaci osob s mentálním postižením. U nich totiž není důležité to, zda posuzovaný úkon vykonají, či nikoliv, ale to, že k tomu, aby ho vykonaly správně a bezpečně, potřebují dohled druhé osoby. A tato skutečnost se lépe hodnotí pomocí časové dotace.

Navázat posuzovací kritéria na hodinovou dotaci vyžadované péče doporučují také studie Fondu dalšího vzdělávání. Podle autorů by to umožnilo lepší reflexi reálných a individuálních potřeb osob v péči, která by vycházela z přesně definovaných úkonů, jejich standardizované náročnosti a času, který každý úkon vyžaduje. Časová náročnost by se samozřejmě měla vztahovat ke každému přiznanému stupni závislosti. **Autoři přímo doporučují standardizaci funkčnosti úkonů a výpočty jejich časové náročnosti opřít o rakouský model, jehož metoda posouzení je dostupná v detailní metodice pro posudkové lékaře (Geissler a kol., 2015a, s. 39).**³³

³³ Jedná se o knihu Christiny Wehringer, kterou citujeme i v tomto textu jako (Wehringer, 2019) a která je uvedena v seznamu použitých zdrojů.

Podle Lejsal (2013, s. 27) navíc v současné době řada poskytovatelů služeb rozsah péče v časových jednotkách již eviduje – mj. pro účely řízení provozu služby – což zavedení tohoto kritéria usnadňuje.

Doporučujeme také zvážit vymezení určité skupiny onemocnění a diagnóz, kterým bude při posuzování věnována zvýšená pozornost, popřípadě s nimi bude spojen nárok na bonifikaci (přidělení vyššího počtu bodů nebo časové dotace), podobně jako je tomu v Rakousku a Německu. Tím by se zohlednila skutečnost, že některé diagnózy a situace jsou komplikované a při základním posouzení u nich hrozí, že nebudou některé aspekty dostatečně zohledněny. Mezi takové situace patří například: ztuhlost velkých kloubů, vysoký stupeň spasticity, prudké nekontrolovatelné pohyby, silné poškození smyslů (zraku a sluchu), nedostatečná kooperace (např. při mentálním postižení, demenci nebo psychickém onemocnění) či chování náročné na péči (obránné chování, agresivita atp.). Systém by měl pracovat také s dalšími aspekty, které činí péči náročnou, např. vysoká hmotnost závislé osoby, nespavost, hyperaktivita či nutnost vykonávat úkony péči v pravidelných intervalech i v noci (odsávat, polohovat atp.) zabraňující dostatečnému spánku pečující osobě. **Zvláštní pozornost by pak měla být věnována diagnózám, jako je roztroušená skleróza, svalová dystrofie nebo dětská mozková obrna,** u nichž může být zdravotní kondice velice proměnlivá a ovlivnitelná mnoha různými okolnostmi.

Úprava posuzovacích kritérií se zdá být nezbytným krokem směrem k zajištění spravedlivého způsobu posuzování potřeb. Kritéria by měla odpovídat každodenním situacím, které musí osoby se zdravotním postižením a jejich pečující řešit. Pomoci by v tom měla i již zmíněna Mezinárodní klasifikace funkčních schopností a disability, která definuje situace, na které je potřeba se při posuzování zaměřit. **Změna posuzovacích kritérií však musí být pečlivě promyšlená, aby bylo posuzování skutečně spravedlivější a odpovídalo závažnosti i charakteru různých omezení spojených se zdravotním postižením nebo chronickým onemocněním. Pokud by však k úpravě systému posuzování nedošlo, budou pravděpodobně narůstat komplikace spojené s neodpovídajícím posuzováním osob závislých na péči.**

Pro zajištění posuzování potřebnosti péče jsou nezbytná následující opatření:

- 1) Zavést nový způsob posuzování „potřebnosti péče“, založený na určování časové dotace pro jednotlivé úkony, případně na bodovém hodnocení nebo kombinaci obou způsobů.
- 2) Upravit posuzovací kritéria s ohledem na každodenní situace a charakter různých onemocnění a vycházet přitom z Mezinárodní klasifikace funkčních schopností a disability.
- 3) Bonifikovat určitá omezení a úkony náročné na péči a/nebo zavést minimální podporu podle diagnóz.

Přínosy a rizika navržených opatření

Přínosy:

- Jednodušší, spravedlivější a transparentnější systém posuzování potřeb osob, které potřebují péči.
- Možnost lepší a spravedlivější diferenciací mezi potřebami příjemců podpory v jednotlivých stupních závislosti/potřebnosti podle objemu potřebné péče.
- Posuzování podle vhodnějších a situací lépe vystihujících kritérií.
- Prostor pro zahrnutí sociálních kritérií a využití Mezinárodní klasifikace funkčních schopností a disability (viz cíl 1).
- Možnost lépe určit výši příspěvku na péči s ohledem na předpokládaný objem poskytované péče a jeho kupní sílu (viz cíl 3).

Rizika:

- Systém posuzování nebude upraven odpovídajícím způsobem nebo bude upraven jen částečně a nebude proto schopen reagovat na všechny problémy.
- Nutnost komplexního přístupu, který nebude uplatněn.

2.3.3 Přizpůsobení výše příspěvku na péči předpokládanému objemu péče a udržování jeho kupní síly

Jak už bylo zmíněno v souvislosti s definicí problémů souvisejících s příspěvkem na péči, nedostatky v jeho nastavení jsou do značné míry důsledkem toho, že není hodnocena náročnost péče a ani stanoven její předpokládaný objem. Významnou příčinou jeho neefektivit může být rovněž fakt, že mu bylo přisouzeno větší množství úkolů: **příspěvek na péči má sloužit jako dávka na podporu dvou odlišných cílových skupin – osob se zdravotním postižením a seniorů, zároveň jako kompenzace příjmu pečujících osob a zároveň má být nástrojem financování sociálních služeb. Tyto tři role však vzhledem k jejich charakteru, obsáhlosti i nárokům není možné plnit současně.** Právě očekávání, že to je možné, vede k jeho selhávání. Jednou z možností řešení definování problémů je tedy oddělení těchto tří rolí a nastavení příspěvku tak, aby roli, která mu zůstane přidělena, mohl skutečně naplňovat. V dalším textu se proto zaměříme pouze na problémy související s jeho úlohou jako dávky pro osoby s postižením.

Je jasné, že aby přidělená finanční podpora byla účinná, musí příspěvek pokrýt potřeby příjemce v dostatečné míře, tzn. musí být adekvátní v poměru ke skutečným výdajům spojených se zajištěním odpovídající pomoci a služeb. V tomto ohledu je však u příspěvku patrný výrazný nepoměr. Jednou z iniciativ, která na tento nepoměr upozorňuje, je již zmíněná iniciativa Pátý stupeň, která navrhuje zavedení pátého, individualizovaného stupně příspěvku na péči. Jeho výše by se měla odvíjet od reálných potřeb každého člověka se zdravotním postižením. **Podle návrhu iniciativy by do 5. stupně měly patřit osoby, které potřebují podporu 6 a více hodin denně.** Pro srovnání uveďme, že v Rakousku činí předpokládaný objem péče u 1. stupně více než 2 hodiny denně, u 2. stupně více než 3 hodiny denně, u 3. stupně 4 hodiny a u 4-6. stupně více než 6 hodin. Návrh iniciativy tedy odpovídá rakouskému systému a zároveň potvrzuje důležitost sledování rozsahu péče i skutečnost, že ve vyšších stupních je nezbytně nutné uhradit větší podíl péče, než příspěvek v současnosti umožňuje. Ostatně samotný vznik iniciativy je jedním z důkazů o nutnosti kompletní revize nastavení příspěvku na péči, počtu jeho stupňů i kritérií, která jsou klíčová pro zařazení do určitého stupně závislosti.

Všechny sledované státy pracují s vyšším počtem stupňů příspěvku na péči (Německo jich má 5, Slovensko 6 a Rakousko dokonce 7) a využívají časovou dotaci nebo bodové hodnocení, pokud jde o hodnocení náročnosti a rozsahu potřebné péče (viz předchozí text). Ve všech případech je s nejvyšším stupněm závislosti spojen předpoklad, že do něj budou zařazovány osoby, které potřebují velmi vysokou míru podpory blížící se 24hodinovému rozsahu denně. **Nelze pochybovat o tom, že vyšší počet stupňů závislosti umožní lepší diferenciaci, pokud jde o omezení spojená s postižením či onemocněním.** Uvažovat lze o 5–6 stupních v závislosti na finální podobě ostatních navržených změn v posuzování potřeb. **Systém rozřazování do jednotlivých stupňů však musí být doplněn dalšími vhodnými kritérii, jako je časová náročnost péče nebo bodové hodnocení jednotlivých úkonů (viz předchozí cíl).**

Jakmile bude stanoven předpokládaný objem péče v jednotlivých stupních, bude možné stanovit i poměr nákladů na péči, který by mělo být možné z příspěvku uhradit. Vzor k tomu nabízí Rakousko a Slovensko. Současná situace ukazuje, že pokud je příspěvek příliš nízký, nemůže příspěvek dostatečně podporovat

příjemce ve využívání profesionálních sociálních služeb. **Nezbytné je rovněž zvážit a stanovit, jak velký poměr předpokládané péče by bylo žádoucí u jednotlivých stupňů závislosti z příspěvku pokrýt a zda by tento poměr měl být pro všechny stupně jednotný, či nikoliv.** V souladu s doporučeními jiných autorů se domníváme, že cílem změn by mělo být zabezpečení osob na takové úrovni, která bude garantovat důstojnou životní úroveň osob odkázaných na péči, neformálních pečovatelů a jejich rodin (Geissler a kol., 2015a, s. 40). Zahrnuje to však i garanci dostupnosti sociálních služeb a pomoci ze strany profesionálních pečovatelů (více viz 3. pilíř).

Požadovanou úroveň finančního zabezpečení je zároveň třeba udržovat. Kupní síla příspěvku na péči dlouhodobě klesá, k úpravám jeho výše dochází zatím nepravidelně a velmi zřídka. Vítáme proto diskuse o **zavedení principu pravidelného systémového upravování výše příspěvku formou valorizace,** které v současnosti probíhají. Valorizační mechanismus u příspěvku na péči využívají z představených států Rakousko a Německo. Připomínáme však, že rozhodující by mělo být nejen zvýšení maximálního limitu pro úhradu sociálních služeb, ale i určitá míra inflace (např. 5–10 %). Je totiž potřeba mít na paměti skutečnost, že za příspěvek na péči si mohou příjemci pořídit např. úklid domácnosti nebo dovoz jídla u komerčních subjektů, které nemají ceny regulované maximálními sazbami stanovenými vyhláškou. Pro příjemce příspěvku mohou být komerční služby navíc někdy jedinou dostupnou možností, třeba proto, že nemají k dispozici jiného poskytovatele služby. Napojení valorizačního mechanismu na inflaci by zároveň umožnilo vyrovnat kupní sílu příspěvku v případě, že slouží jako příjem pečujících osob.

Při nastavování výše příspěvku je také třeba brát v potaz, že jde o dávku pro osoby se zdravotním postižením a seniory, jejichž potřeby a finanční situace se liší. Finanční zabezpečení seniorské skupiny prostřednictvím starobních důchodů je lepší; výše invalidních důchodů zejména u OZP, které kvůli svému postižení nikdy nepracovaly, je významně nižší. Současně i potřeby osob se zdravotním postižením mohou být širší, pokud cílíme na to, aby mohly vést život co nejpodobněji svým vrstevníkům. Péči o pomoc potřebují při vzdělávání, zaměstnávání, osamostatňování, plnění rodičovských rolí, aktivnímu trávení volného času či dalším zapojení do společnosti. Byť osoby nad 60 let tvoří většinu příjemců příspěvku na péči (cca dvě třetiny), lakmusovým papírkem pro vyhodnocování funkčnosti dávky pro zajištění dostatečného objemu péče pro důstojný a nezávislý život by měla být skupina osob se zdravotním postižením.

Další možnou úpravou, o které je možné v souvislosti s výší příspěvku na péči uvažovat, je sjednocení výše příspěvku pro děti a dospělé. Povšimněme si, že v žádném ze sledovaných států se jeho výše přidělovaná dětem a dospělým neliší, pouze v Rakousku je možné u dětí o zvýšení požádat, ale pouze v odůvodněných případech. Tento návrh vychází ze skutečnosti, že v případě dětí péči částečně pokryjí vzdělávací instituce, zatímco dospělí potřebují pomoc služby či neformálního pečovatele mnohdy v průběhu celého dne, a to i v případě, že docházejí do zaměstnání.

Na tuto skutečnost mimo jiné upozorňují Geissler a kol., když pokles výše příspěvku po 18. roce života označují jako problematický: „...*Ve stejném období dochází k ukončení vzdělávacího procesu a rodinám, které pečují o dospívající osoby, u nichž z důvodu vysoké závažnosti postižení není možné jinak žádoucí osamostatnění, rostou náklady na sociální služby...*“ (Geissler a kol., 2015a, s. 40). Právě z důvodu rostoucích výdajů na sociální služby a nákladů na péči po 18. roce života by podle autorů mělo dojít ke sjednocení výše příspěvku určeného pro děti a dospělé. Tím by se podpořila možnost využívání sociálních služeb (ibid.). Toto opatření by se však mohlo setkat s odmítnutím části veřejnosti, proto je potřeba jej velmi dobře promyslet a nastavit. Měla by mu předcházet rozsáhlejší odborná diskuse.

Posuzování potřeb a příspěvek na péči zcela určitě potřebují kompletní systémovou revizi. Dlouhodobě však není efektivní a nejspíš ani udržitelné dělat úpravy pouze v některých stupních, popřípadě přidat nové stupně bez úpravy všech ostatních. **Příspěvek v tuto chvíli nefunguje dobře v žádném stupni závislosti,** což vyplynulo (nejen) z naší předchozí analýzy. Dílčí úpravy by proto možná prospěly části příjemců příspěvku, prohloubily a zvýraznily by však potíže těch dalších. **Je proto nutná systémová změna, která povede k odpovídajícímu zohledňování potřeb příjemců podpory ve všech stupních závislosti a která zároveň zajistí odpovídající výši příspěvku vzhledem k předpokládaným nákladům na péči, cenám služeb i vývoji tržních cen.**

Pro zajištění provázanosti příspěvku na péči s objemem předpokládané péče a udržení jeho kupní síly jsou nezbytná následující opatření:

- 1) Zlepšit diferenciaci příjemců dávky zvýšením počtu stupňů příspěvku na péči.
- 2) U každého stupně příspěvku definovat rozsah předpokládané péče, kterou je nezbytné zajistit.
- 3) Stanovit minimální objem péče, na který bude příspěvek v jednotlivých stupních dostačovat.
- 4) Zavést smysluplný valorizační mechanismus příspěvku nebo jiný postup úpravy jeho výše.

Přínosy a rizika navržených opatření

Přínosy:

- Z částky příspěvku na péči v jednotlivých stupních bude možné uhradit odpovídající procentuální podíl zajišťované péče.
- Příspěvek na péči bude lépe reagovat na potřeby jeho příjemců. Rozlišení mezi jednotlivými stupni bude spravedlivější.
- Nastavením odpovídající výše příspěvku budou příjemci více podporováni v užívání sociálních služeb, které pro ně mohou být nedostupné z důvodu nedostatku financí.
- Bude moci být sledována kupní síla příspěvku a bude možné ji udržovat na požadované úrovni.

Rizika:

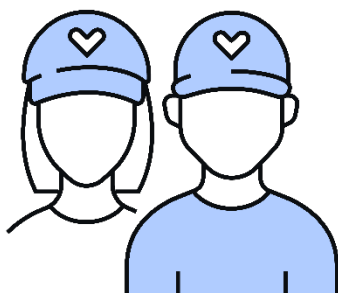
- Nebudou provedeny veškeré potřebné změny a reformy příspěvku.
- Nepodaří se dobře stanovit hranici mezi jednotlivými stupni příspěvku.
- Procentuální podíl péče, který příjemce z příspěvku bude schopen uhradit, bude stále velmi nízký.
- Nezlepší se místní a kapacitní dostupnost sociálních služeb, zejména terénních a ambulantních, a požadované sociální služby tak pro příjemce příspěvku zůstanou nedostupné i v situaci, kdy na ně budou mít dostatek peněz (viz pilíř 3).

2.4 Shrnutí k 2. pilíři

Ve druhém pilíři jsme se zaměřili na analýzu systému posuzování potřeb a zdravotního stavu osob se zdravotním postižením a chronickým onemocněním a na fungování příspěvku na péči, který je na systém posuzování přímo napojen. Představili jsme problémy a sestavili tři cíle, jejichž dosažení považujeme za klíčové, mají-li být definované problémy odstraněny nebo zmírněny. Zaměřovali jsme se přitom jak na problémy, na které dlouhodobě upozorňují různí experti a iniciativy, tak na problémy, které jsou relativně skryté v pozadí a nezískaly si zatím potřebnou pozornost. Všechny však mají významný vliv na nedostatečnou efektivitu systému sociální podpory osob se zdravotním postižením, je tedy třeba, aby se začala hledat potřebná řešení.

Specifikem naší analýzy je, že se snaží odhalovat různé, někdy trochu opomíjené souvislosti. V tom nám velmi pomohlo porovnání se zahraniční praxí. Pro srovnání jsme vybrali Rakousko, Německo a Slovensko – státy, jejichž systémy sociální podpory stojí na podobných principech. Provedená analýza ukázala, že v posuzování potřeb osob, které vyžadují péči, a v nastavení příspěvku na péči, jsou všechny tři uvedené státy velký kus před námi. A to zejména v propracovanosti příslušných opatření, a právě v přístupu k posuzování potřeb a života osob se zdravotním postižením a chronickým onemocněním. Je proto možné a vhodné se jejich příklady inspirovat.

V tomto bodě má však naše analýza i určitá omezení, které je potřeba mít na paměti: není možné proniknout do praktického života v jiných státech natolik hluboko, abychom byli schopni popsat veškerá rizika a dopady, která s sebou aplikovaná opatření nesou, a je proto potřeba jejich využití v našich podmínkách vždy důkladně promyslet. Přesto nám však komparativní analýza nabídla mnoho zajímavých poznatků i vysvětlení, proč se v naší praxi stále nedaří řešit některé problémy a co je potřeba udělat pro jejich odstranění.



PILÍŘ 3: Rozvinutá a vyvážená síť sociálních služeb

Úmluva OSN o právech osob se zdravotním postižením definuje základní okruhy rovnosti života lidí se zdravotním postižením a ukládá státům, které ji podepsaly, společné cíle. Jedním z nich je „*umožnit osobám žít nezávisle a plně se zapojit do všech oblastí života společnosti*“ (Úmluva OSN). Úmluva byla přijata oběma komorami Parlamentu České republiky a je pro ČR platná od 28. října 2009. Její dodržování však nebylo dlouho právně vymahatelné na mezinárodní úrovni. Teprve 23. září 2021 vstoupil v platnost Opční protokol, který umožňuje osobám (po vyčerpání veškerých právních a opravných prostředků v ČR) zaslat svou stížnost na Výbor OSN pro práva osob se zdravotním postižením, Výbor OSN se může těmito stížnostmi zabývat. Naplňování Úmluvy je v gesci MPSV.

Články č. 9 (právo na přístupnost) a č. 19 (právo na nezávislý způsob života) Úmluvy předpokládají vyváženou a rozvinutou síť sociálních služeb podporujících život v přirozeném domácím prostředí jednotlivců. Tento předpoklad však síť sociálních služeb v České republice plně nesplňuje.

V České republice jsou základní principy naplňování práv osob se zdravotním postižením definovány v zákoně 108/2006 Sb., o sociálních službách. Podle důvodové zprávy k tomuto zákonu z roku 2005 má být poskytována pomoc:

- dostupná – z hlediska typu pomoci, územní dostupnosti, informační dostupnosti a v neposlední řadě také z hlediska ekonomického;
- efektivní – bude uzpůsobena tak, aby vyhovovala potřebě člověka a nikoliv „potřebám“ systému;
- kvalitní – bude zabezpečována způsobem a v rozsahu, který odpovídá současnému poznání a možnostem společnosti;
- bezpečná – bude zabezpečována tak, aby neomezovala oprávněná práva a zájmy osob;
- hospodárná – bude zabezpečována tak, aby veřejné i osobní výdaje používané na poskytnutí pomoci v maximálně možné míře pokrývaly objektivizovaný rozsah potřeb

(Důvodová zpráva, 2005).

Strategickým dokumentem, který má body zákona implementovat, je **Národní strategie rozvoje sociálních služeb, aktuálně platná pro období 2016–2025**. Hlavní strategický cíl je v ní definován takto: „*zajistit přechod od institucionálního modelu péče o osoby se zdravotním postižením k podpoře osob v přirozeném prostředí*“, a to skrze specifické cíle „*pomocí terénních, ambulantních a pobytových sociálních služeb komunitního typu*“ (MPSV, 2015, s. 11).

Současná situace lidí se zdravotním postižením a chronickým onemocněním v ČR však neodpovídá původním principům zákona ani cílům stanoveným v Národní strategii rozvoje sociálních služeb. Ačkoliv zákon 108/2006 Sb., o sociálních službách, s ohledem na Úmluvu o právech osob se zdravotním postižením 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 (Evropská komise, 2020).

Sít 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 vůbec. Nedostává se také podpůrných služeb pro neformální pečující – především terénních a odlehčovacích služeb. **Přitom až dva miliony dospělých lidí už nyní v ČR pečují o své blízké, a zajišťují tak 70-90 % veškeré sociální a zdravotní dlouhodobé péče, často proto, že nejsou k dispozici potřebné sociální služby** (MPSV, 2015 podle OECD, 2011). **Doplňují tedy systém sociálních služeb o zásadní pomoc, bez které by nejspíše zcela zkolaboval.** Na podporu pečujících se ale přesto dlouhodobě zapomíná (Šimoník, 2015).

Terénní a ambulantní služby jsou stále méně financovány než služby pobytové (Hofschneiderová-Matiaško, 2021: 9). Nejsou dostupné nejen místně, ale v mnohých případech také časově a finančně. **Lidé se zdravotním postižením nebo chronickým onemocněním se často nemohou svobodně rozhodnout a zůstat v domácím prostředí.** Ústavní soud v Nálezu III. ÚS 1765/21 v roce 2021 přitom konstatoval, 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...*“ (Ústavní soud, 2021).

Na národní úrovni výrazně chybí sledování údajů o potřebách lidí se zdravotním postižením, 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.

Jak už bylo zmíněno v úvodu, v České republice žije více než 1,4 milionu lidí se zdravotním postižením, nebo dlouhodobě nemocných, kteří potřebují něčí pomoc či podporu. 117 000 osob uvádí, že se jim v potřebné míře nedostává péče druhé osoby, 220 000 osob pak nemá k dispozici vhodné pomůcky (ČSÚ, 2019). **Už v roce 2030 má být podle prognóz o 40 % více lidí se zdravotním postižením než dnes a pro sociální služby bude problém poskytovat služby i jiným lidem než seniorům** (Průša, 2018). To všechno jsou důvody, proč je potřeba vytvořit stabilní a fungující systém sociálních služeb, který bude reagovat na skutečné potřeby osob, kterým má pomáhat.

Třetí pilíř se proto zaměřuje na výše vymezené problémy a při tvorbě vhodných návrhů řešení (viz další text) vychází přitom z původních principů zákona 108/2006 Sb., o sociálních službách. **Systémové problémy, se kterými se lidé se zdravotním postižením, chronickým onemocněním a pečující střetávají, jsou tedy následující:**

- Nedostatečné zjišťování a vyhodnocování potřeb,

- neodpovídající financování a nedostatečný rozvoj potřebných sociálních služeb jako důsledek nedostatečného zjišťování a vyhodnocování potřeb,
- nedostatečná garance, evidence a odpovědnost za dostupnost sociálních služeb.

Další část textu bude věnována hlubší analýze těchto problémů. Na ní následně naváže kapitola představující možnosti jejich řešení.

3.1 Klíčové problémy spojené s fungováním sítě sociálních služeb

Definovali jsme tři hlavní oblasti, kterým se budeme věnovat a které spolu úzce souvisejí a prolínají se, neboť mohou mít shodné příčiny. Viditelné je to u všech skupin problémů: pokud kraj (či MPSV) nemá dostatečně zmapované potřeby uživatelů sociálních služeb, těžko může zajistit dostatečnou nabídku a dostupnost odpovídajících druhů sociálních služeb, tedy těch, které jsou schopné nejvhodnějším způsobem reagovat na zjištěné potřeby cílových skupin. A zároveň je potřeba mít jasně definovanou odpovědnost a postupy, kdo a jak zajistí dostupnost potřebných služeb. Problémové skutečnosti zmíněné u jednotlivých témat se proto mohou opakovat.

3.1.1 Nedostatečné zjišťování a vyhodnocování potřeb

Systémové sledování potřeb lidí s postižením a chronickým onemocněním zatím v ČR chybí. Stávající systém z důvodu nefungujícího systémového vyhodnocování potřeb a jejich promítnutí do plánování sociálních služeb prakticky nepodporuje a nepodněcuje rozvoj určitých druhů sociálních služeb, zejména terénních a ambulantních, u kterých je dlouhodobě popisován nedostatek (např. Geissler a kol., 2015 nebo Hubíková, 2018). **Chybí prognózy vývoje potřeb** osob se zdravotním postižením, chronickým onemocněním a pečujících ve střednědobém plánování. Proto **chybí také následné uzpůsobení druhu a počtu poskytovatelů služeb s ohledem na zjištěné potřeby obyvatel daného území** (města, kraje apod.). Nevytváří se ani statistické či mapové zobrazení, ve kterém by bylo dohledatelné, v jaké oblasti jsou jaké sociální služby dostupné a přístupné a v jaké oblasti nikoliv. Povinné zajištění dostupnosti a přístupnosti služeb však vyplývá z Úmluvy OSN (Matiaško, 2011, s. 34).

Sledování údajů o potřebách osob se zdravotním postižením, chronickým onemocněním a jejich pečujících výrazně chybí nejen na národní úrovni, ale často i na krajské. Chybí jednotící data, na základě kterých by mohly kraje a stát, respektive MPSV, plánovat rozšíření nabídky potřebných druhů sociálních služeb. Nejsou stanoveny způsoby, jakým informace shromažďovat, třídit a zpracovávat. Je proto obtížné stanovit priority, pokud jde o investice do sociálních služeb, a to nejen těch, které mají celostátní či nadregionální charakter. MPSV by však mělo být schopno na základě současného legislativního nastavení priority v sociálních službách stanovit a finančně podpořit.

Stávající výzkumy sledují vždy pouze segment péče či výsek příjemců příspěvku na péči. Výzkumy provádí hlavně Výzkumný ústav práce a sociálních věcí (VÚPSV), zaměřují se ale na popis stavu a predikci počtu příjemců příspěvku na péči, stárnutí populace a zvýšení výdajů ze státního rozpočtu na péči o seniory, bez ambice zjistit potřeby jednotlivých cílových skupin a jejich prostorového rozložení (např. Průša, 2018; Hon a kol., 2020). **Na omezených datech také staví své modely** – např. nově vzniklý model softwaru na plánování sociálních služeb z pera VÚPSV (2019)³⁴ stojí na počtech příjemců příspěvku na péči. Nezahrnuje ale potřeby tzv. neúspěšných žadatelů o příspěvek na péči, (kterým lékaři doporučili žádat o PnP,) nebo lidí, kterým byl přiznán příspěvek na péči nižší, než kolik podpory by skutečně (subjektivně či dle ošetřujícího lékaře) potřebovali. Model založený na takto omezených vstupních datech proto pouze generuje statistický model

³⁴ Jedná se o projekt č. TL01000426 „Nové přístupy k zajištění dostupnosti sociálních služeb na regionální úrovni“ financovaný Technologickou agenturou ČR. Více informací na [Nové přístupy k zajištění... - CEP - TA ČR Starfos \(tacr.cz\)](https://www.tacr.cz/)

srovnání přítomnosti příjemců PnP v různě velikých sídlech ČR (Technologická agentura ČR), což pro plánování sociálních služeb nemusí být dostatečné.

Nejpropracovanější identifikaci potřeb OZP nabídlo celostátní šetření ČSÚ z roku 2019, které bylo zmíněno již v úvodu kapitoly, ze kterého mj. vyplynulo, že několika stovkám tisíců osob s postižením se nedostává vhodné pomoci, ať už jde o péči druhé osoby (117 tisíc osob), nebo o to, že nemají k dispozici vhodné pomůcky (220 tisíc osob) (ČSÚ, 2019). Protože nejsou vyhodnocovány potřeby uživatelů sociálních služeb, obecný **rámeček financování služeb nezohledňuje dostatečně náročnost podpory a péče**. Znamená to mimo jiné **nespravedlivé rozdělení financí ze státního rozpočtu mezi kraje bez ohledu na potřeby obyvatel jednotlivých krajů**. Lepší pravidelné systémové sledování a hodnocení potřeb by proto přineslo chybějící klíčové informace a zároveň by objasnilo některé otázky související s financováním a rozvojem sociálních služeb.

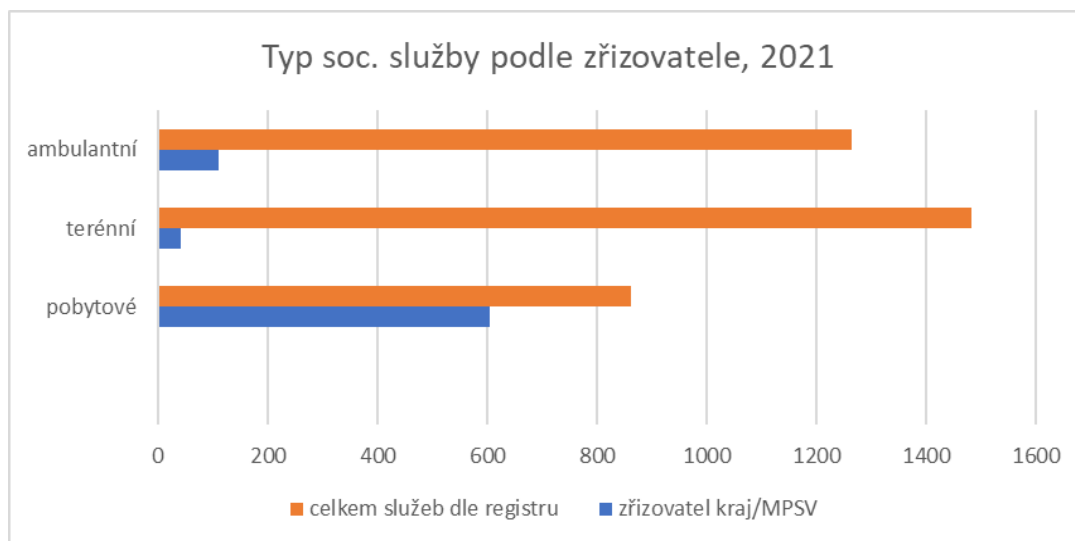
3.1.2 Neodpovídající financování a nedostatečný rozvoj potřebných sociálních služeb jako důsledek nedostatečného zjišťování a vyhodnocování potřeb

Přerozdělování financí ze státního rozpočtu mezi kraje se v současnosti děje pomocí tzv. směrného čísla, které „...*neodpovídá potřebám občanů v daném kraji. Směrné číslo bylo stanoveno jako přechodné v období při přesunu kompetencí z úrovně MPSV na kraje. Toto období již skončilo*“ (Revue pro sociální politiku a výzkum, 2019). **Mělo jít o dočasný nástroj** na překlenutí transformace financování sociálních služeb, kdy MPSV přeneslo odpovědnost plánování sociálních služeb od roku 2015 na kraje. Směrné číslo se ale využívá nadále i se všemi nedostatky, které jsou s ním spojeny. Stanovilo se tak, že se zprůměrovaly finance investované jednotlivými kraji do sociálních služeb v letech 2012–2014 a na základě toho kraje dostaly podobnou částku každý další rok. Financování sociálních služeb tak neodpovídá reálným potřebám uživatelů sociálních služeb napříč cílovými skupinami (ibid.).

Problém financování sociálních služeb nepředstavuje jen směrné číslo, pomocí kterého dochází k rozdělování financí krajům, ale také dlouhodobá podpora pobytových sociálních služeb ústavního typu a malá podpora rozvoje ambulantních a terénních služeb podporujících život v komunitě. Síť sociálních služeb se podle statistik MPSV nerozšiřuje: „*Meziroční výkyvy jsou dány zejména vstupem služeb do individuálních projektů (což se projevuje meziročním poklesem kapacit, na které kraje žádají dotaci)*. *Obecně krajské sítě sociálních služeb hrazené z dotace nevykazují v letech 2015 až 2018 nárůst kapacit*“ (Revue pro sociální politiku a výzkum, 2019). V oblasti sociálních služeb tedy dlouhodobě dochází ke stagnaci dříve nastavených parametrů.

Tento problém je způsoben různými faktory, kterým se v textu budeme postupně věnovat. Jedním z nich jsou preference zřizovatelů služeb. V grafu 2 jsme zpracovali jako příklad údaje o tom, jaké druhy služeb zřizovaly kraje a MPSV v roce 2021. **Z údajů Registru vyplývá, že kraje a MPSV jsou zřizovateli pouze 4 služeb osobní asistence na celém území ČR a celkem 604 pobytových služeb, které v roce 2021 tvořily 70 % všech pobytových služeb na území ČR**. Z toho MPSV bylo v roce 2021 zřizovatelem 602 pobytových služeb, z nichž bylo 136 domovů pro osoby se zdravotním postižením, 173 domovů pro seniory a 124 domovů se zvláštním režimem. Pokud jde o terénní sociální služby, je MPSV podle registru zřizovatelem 7 ambulantních nebo terénních sociálních služeb, mezi nimi je jedna jediná služba rané péče (Registr poskytovatelů sociálních služeb, MPSV, 2022a). Zájem MPSV a krajů na financování pobytových sociálních služeb je nicméně do jisté míry pochopitelný, neboť systémově i z historických důvodů více rozumí potřebám pobytových služeb než službám terénním a ambulantním, přesto jde o velkou disproporci.

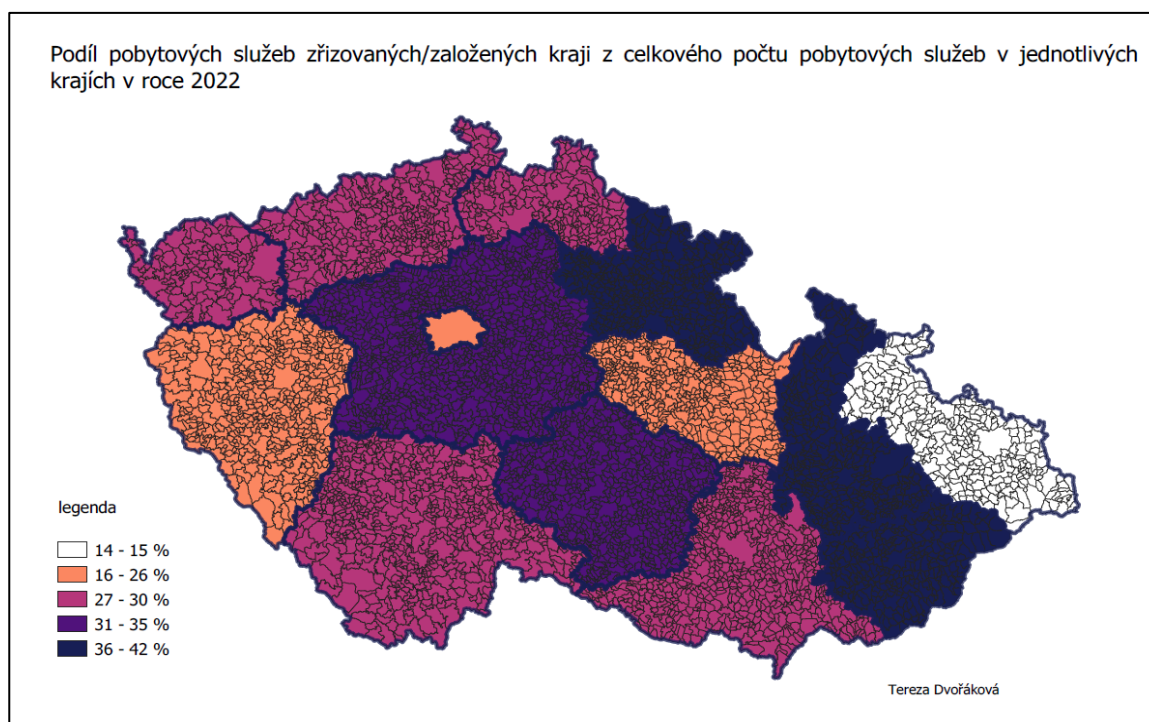
Graf 2: Poměr sociálních služeb, jejichž zřizovatelem jsou kraje nebo MPSV



Zdroj: MPSV – Registr poskytovatelů sociálních služeb, 2022a, vlastní zpracování AIP³⁵

V případě krajů je situace o něco lepší, ale není uspokojivá, což dokládá následující graf, který představuje podíl pobytových sociálních služeb zřizovaných kraji. Jak je patrné, pouze ve třech krajích (z nichž jeden je Hl. m. Praha) byl tento podíl v roce 2022 nižší než jedna čtvrtina (26 %) v kraji fungujících pobytových služeb. V ostatních krajích je vyšší, ve dvou se pohybuje dokonce kolem 40 %.

Graf 3: Podíl pobytových sociálních služeb, jejichž zřizovatelem jsou kraje.



Zdroj: MPSV – Registr poskytovatelů sociálních služeb, 2022a, vlastní analýza v QGIS

³⁵ Analýza sociálních služeb podle typu zřizovatele z Registru poskytovatelů sociálních služeb. Nepublikovaný podklad AIPP.

V této souvislosti je zajímavé zmínit, že „...celkový podíl neuspokojených žadatelů (klientů) za všechny regiony ČR je 20 %, přičemž např. ve Středočeském kraji je to 32 %; nejvyšší podíl je ve Zlínském kraji, a to 39 %...“ (MZČR, 2020b, s. 38) Podle strategie MZČR z dostupných přehledů o počtech poskytovatelů sociálních služeb rovněž vyplývá, že distribuce kapacit je mezi jednotlivými regiony ČR značně rozdílná. Mezi nejčastější a rovnoměrně zastoupené typy sociálních služeb patří sociální poradny, domovy pro seniory, domovy pro osoby se zdravotním postižením, domovy se zvláštním režimem a částečně též centra sociálně rehabilitačních služeb. Následující typy služeb jsou významně méně čítné a nejsou dostupné v řadě regionů ČR: centra denních služeb, týdenní stacionáře, nízkoprahová denní centra, intervenční centra, zařízení následné péče atd. (ibid.).

Přitom v Národním plánu obnovy (2021) MPSV klade důraz na další rozvoj pobytových služeb a na navýšení počtu lůžek v domovech pro seniory. Přehlíží tedy cíle, které musí od roku 2016 naplňovat – tedy útlum pobytových služeb a rozvoj ambulantních a terénních služeb tak, aby mohli lidé zůstat v „přirozeném prostředí“.

Dalším důvodem pro přetrvávající a převažující podporu institucionální péče a pobytových služeb je způsob financování těchto služeb, kdy se platba provádí tzv. za lůžko. Lůžková péče je ale podle hodnocení NKÚ (2019) drahá (viz následující tabulka). Navíc výše plateb se liší v různých krajích a různých institucích (viz následující tabulka). Jsou upřednostňovány pobytové instituce s vyšším počtem lůžek, které lépe hradí a vyvažují náklady, oproti komunitnímu bydlení, které má nižší kapacity, např. do 20 lůžek. V zahraničí je dokonce počítáno s maximálně šesti lůžky (Naděje pro děti úplňku, 2018). Podle zprávy ombudsmana navíc kraje pouze obecně uvádějí snahu o zvyšování kapacit ambulantních a pobytových služeb pro osoby s PAS+ (Ombudsman, 2018b).

Tab. 11: Výše dotace na lůžkovou péči v jednotlivých krajích za rok 2017

Typ sociální služby	Minimální dotace na lůžko za kalendářní rok	Maximální dotace na lůžko za kalendářní rok
Domovy pro seniory	57 000 Kč	106 000 Kč
Domovy pro osoby se zdravotním postižením	89 000 Kč	256 000 Kč
Domovy se zvláštním režimem	75 000 Kč	134 000 Kč
Chráněné bydlení	66 000 Kč	205 000 Kč

Zdroj: NKÚ, 2019, s. 14

Doposud tedy dochází k nerovnému rozdělování financí – dokonce v rámci nejvíce dotovaných pobytových služeb. Pobytová zařízení se také rozvíjejí rychleji než jejich terénní a ambulantní alternativy. V číslech to znamená, že „nárůst finančních prostředků alokovaných na osobní asistenci 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“ (Hofschneiderová-Matiaško, 2021, s. 32). Ve vztahu k pečovatelské službě vychází procentuální srovnání podle autorů následovně: 90,8 % nárůstu zdrojů z veřejných rozpočtů určených pro domovy pro osoby se zdravotním postižením, 59,1 % nárůstu zdrojů z veřejných rozpočtů určených pro domovy pro seniory a 84,3 % nárůstu zdrojů z veřejných rozpočtů určených pro domovy se zvláštním režimem (ibid.).

Lůžková péče je nákladná jednak z důvodu vysokých dotací na lůžkovou péči (viz tabulka), jednak z důvodu vysokého počtu osob využívajících dlouhodobých pobytových služeb. Česká republika tak vlivem různých okolností stále podporuje institucionalizaci péče v zařízeních ústavního typu. Vedle uvedených skutečností to potvrzují již zmíněné zdroje, např. zpráva Evropské komise, podle které přibližně 20 % osob, které potřebují dlouhodobou péči, pobývá v České republice ve zdravotnických zařízeních nebo v zařízeních sociální péče. Počet obyvatel v lůžkových zařízeních tak výrazně převyšuje evropský průměr, který činí 13 % (Evropská komise, 2020). **V České republice je tak institucionalizováno o polovinu více lidí, než je tomu v jiných členských státech** (ibid.). Podle MPSV žilo v roce 2020 v pobytových službách celkem 77 tisíc klientů (MPSV, 2021). Přitom z výzkumu Institutu sociální práce vyplynulo, že **celkem 8 z 10 osob upřednostňuje bydlení v domácím prostředí**. Pro život v komunitě ale nejsou vytvořené vhodné podmínky (Institut sociální práce, 2020).

Za fungování pobytových sociálních služeb je ČR dlouhodobě kritizována jak domácími aktéry (např. NKÚ, 2019 nebo Hofscheiderová-Matiaško, 2021), tak mezinárodními institucemi (Evropská komise, 2020; MDAC, 2014). Kritika je vedena zejména směrem k nákladnosti péče (lůžka jsou drahá) a k nesystémovému nastavení plateb za lůžka: rozdíly mezi nejnižší a nejvyšší průměrnou výší poskytované dotace na lůžko se pohybují od 78 % do 208 % (NKÚ, 2019, s. 14). Dle zprávy stojí lůžko v domově pro osoby se zdravotním postižením v rozmezí od 89 tisíc korun do 256 tisíc korun na rok (ibid.). Kritizováno je také navyšování plateb za lůžkovou péči, nedostatečná podpora komunitních služeb a nedostatečná deinstitucionalizace sociálních služeb (MDAC, 2014).

Podporou ambulantních a terénních služeb pro osoby se zdravotním postižením a chronickým onemocněním by stát umožnil kvalitní život v komunitě lidem se zdravotním postižením, kteří nevyužívají lůžkovou péči, a zároveň by tím podpořil deinstitucionalizaci služeb, které by mohly lépe reagovat na potřeby osob se zdravotním postižením, chronickým onemocněním a potřeby pečujících.

3.1.3 Nedostatečná garance, evidence a odpovědnost za dostupnost sociálních služeb

Podle strategie Ministerstva zdravotnictví z roku 2020, z dostupných přehledů Ministerstva práce a sociálních věcí o počtech poskytovatelů sociálních služeb vyplývá, že **distribuce kapacit služeb je mezi jednotlivými regiony ČR značně rozdílná**. Mezi nejčastější a rovnoměrně zastoupené typy sociálních služeb patří sociální poradny, domovy pro seniory, domovy pro osoby se zdravotním postižením, domovy se zvláštním režimem, a částečně též centra sociálně rehabilitačních služeb. Naopak významně méně četné a nedostupné v řadě regionů jsou centra denních služeb, týdenní stacionáře, nízkoprahová denní centra, intervenční centra, zařízení následné péče a další. Z předchozího textu již také víme, že celkový podíl neuspokojených žadatelů či klientů za všechny regiony ČR je podle dokumentu 20 %, přičemž např. ve Středočeském kraji je to 32 % a ve Zlínském kraji dokonce 39 % (MZČR, 2020b).

Další zajímavé informace nabízí Národní plán obnovy, ve kterém stojí: „*Dle posledních dat MPSV nebyla sociální služba poskytnuta z důvodu nedostatečných kapacit 85.900 potenciálním klientům (data za rok 2019). Konkrétně u domova pro seniory to činilo 34.372 odmítnutých žadatelů, u domova se zvláštním režimem 17.863 žadatelů, u pečovatelské služby 3.082 osob a u odlehčovacích služeb 3.692 osob. Celkově takto odmítnutých žadatelů u těchto vybraných služeb bylo 59.009. Nicméně lze předpokládat, že osoby podaly žádost do více sociálních služeb najednou a reálně je toto číslo min. o polovinu nižší tedy cca 30.000*“ (Národní plán obnovy, 2021, bod 3.3).

Problém s validitou takových odhadů a dat je pravděpodobně širší – jeden člověk se může zapsat do více pořadníků (v případě domovů pro seniory) a stejně tak se lidé nehlásí do služeb, které nejsou v místě k dispozici (například osobní asistence či jiné terénní služby). Ve svém nálezu III. ÚS 1765/21 Ústavní soud uvedl, že dcera stěžovatele doložila e-mailovou komunikaci s více jak dvaceti sociálními zařízeními, že se svého otce snažila umístit do sociálního zařízení a nikde jí nebylo vyhověno z různých důvodů (Ústavní soud, 2021, s. 6). **Žádosti o umístění jednoho člověka tak mohou být evidované různě – jako odmítnuté, jako čekající anebo také nemusí být evidovány vůbec, protože si stěžovatel oficiální žádost po e-mailové komunikaci se zařízením žádost vůbec nepodal. S daty tohoto typu proto nelze pracovat jako s pádnými argumenty do doby, než bude nastaven systém sběru potřeb: lidé totiž nežadají o služby, které v místě nebo blízkém okolí neexistují, ale které odpovídají více jejich potřebám. S problémem nárůstu potřeb a s tím souvisejících výdajů na sociální služby se potýká zejména MPSV, které si je vědomo skutečnosti, že výdaje budou vlivem stárnutí populace dále narůstat – u služeb prevence o 33 % do roku 2025, u služeb péče o 36 % do roku 2025 (Revue pro sociální politiku a výzkum, 2019). Více se problémům souvisejícím se sběrem potřeb věnujeme v další části textu.**

V české legislativě je **garance a odpovědnost za dostupnost sociálních služeb** definována v zákoně 108/2006 Sb., o sociálních službách, vágně tak, že fakticky neexistuje vymahatelnost poskytnutí potřebných služeb.³⁶ Není popsán proces, jak má být dostupnost zajištěna a co vše obnáší. Dostupnost služeb může být totiž místní, časová, finanční, kapacitní i kvalitativní – tedy podle platných metodických standardů. Není ani stanoveno (legislativně, soudně či metodicky), jak se má při zajištění chybějících služeb postupovat. Je celkem logické, že mnohdy je službu potřeba zajistit „bezodkladně“, protože to vyžaduje situace člověka, který pomoc potřebuje. Avšak protože to v současné praxi není možné, lidé často nemohou svobodně zůstat doma či v chráněném bydlení, i když tuto možnost preferují (chybí rovněž základní služby, které by samostatné bydlení podporovaly) a musí zvolit některou z pobytových služeb, které jsou nejdostupnější. **Není tedy nastaven časový harmonogram nápravy, ani kontrola procesu nápravy, když se náhodou zjistí, že některá z důležitých služeb není dostupná.** Bez toho (a bez případných sankcí) však nemůže být dostupnost a zejména potřeba „bezodkladně“ řešit nastalou situaci vymahatelná, anebo je řešení dlouhodobé, komplikované, a hlavně bez záruky. Garanci sociálních služeb je tedy třeba zajistit nejen z hlediska jejího ukotvení v legislativě, ale hlavně z hlediska jejího praktického zajištění.

V legislativě není rovněž ukotven princip subsidiarity, který je považován za základní prvek sociálních služeb. Ten znamená, že nejdříve budou poskytovány služby v terénní a ambulantní formě, pokud nejsou vhodné, tak pobytové služby komunitního typu, a teprve v krajním případě mají přijít na řadu služby v pobytovém zařízení ústavního typu. Uplatňování principu subsidiarity tak v praxi není dodržováno.

Dalším problémem jsou střednědobé plány rozvoje sociálních služeb (SPRSS), které jsou kraje podle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, povinné sestavovat. Kraje mají podle zákona SPRSS nejen zpracovat, ale také jejich naplňování vyhodnocovat. SPRSS se připravují na tři roky, během kterých mohou být upraveny prostřednictvím tzv. akčních plánů. MPSV pak krajům na základě každoročně předložených požadavků poskytuje dotaci na sociální služby ze státního rozpočtu. **Nicméně kraje při sestavování SPRSS nemusí dodržovat zásady subsidiarity sociálních služeb a nemusí stanovovat ani dodržovat žádné časové limity, do kdy mají zajistit místní, časovou, finanční či kapacitní dostupnost potřebných sociálních služeb.** Přestože se kraje snaží od sebe inspirovat a vzájemně přebírají ověřenou praxi, je situace v jednotlivých krajích často výrazně odlišná, a stejně tak informace zpracovávají v jednotlivých SPRSS (Čtvrtník a kol., 2019).

³⁶ Viz ustanovení v §2, §38 a §95.

Bývalá ombudsmanka Anna Šabatová ve zprávě z roku 2018 uvedla k situaci toto: „*Stěžejním nástrojem pro zajištění dostupnosti sociálních služeb je jejich plánování, které je v kompetenci kraje. Na plánování by se měly podílet jak obce a poskytovatelé služeb, tak i klienti těchto služeb (zájemci o službu) a jejich zástupci (zákonní zástupci, neziskové organizace hájící jejich zájmy)...*“ (Ombudsman, 2018b, s. 7). I v tom se praxe v krajích často značně liší.

Posouzení ombudsmanky vychází ze současného legislativního nastavení systému sociálních služeb. Ze zákona 108/2006 Sb., o sociálních službách, plyne odpovědnost krajů jako samosprávných celků zajistit dostupnost sociálních služeb. Také **již zmíněné rozhodnutí Ústavního soudu z roku 2021 zdůrazňuje zodpovědnost krajů za dostupnost služeb, tím ale nesnímá odpovědnost z Ministerstva práce a sociálních věcí za účast v celém procesu a zejména za naplňování Národní strategie rozvoje sociálních služeb na období 2016–2025.**

Z předchozího textu již víme, že v současné situaci nejsou služby pro lidi s postižením a chronickým onemocněním místně, časově, finančně a jinak dostupné a lidé často nemohou svobodně zůstat doma či v chráněném a komunitním bydlení, protože chybí služby, které by je v tom podporovaly. Potvrzuje to mimo jiné i zmíněná zpráva veřejného ochránce práv (Ombudsman, 2018b) a předchozí nálezy Ústavního soudu I. ÚS 2637/17 z roku 2018 (Ústavní soud, 2018). Ani ten však nezměnil přístupnost a dostupnost sociálních služeb podporujících život v komunitě.

Stěžejním ustanovením je podle tohoto nálezu § 38 zákona 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve kterém je definováno základní právo při poskytování sociálních služeb: „*Služby sociální péče napomáhají osobám zajistit jejich fyzickou a psychickou soběstačnost, s cílem podpořit život v jejich přirozeném sociálním prostředí a umožnit jim v nejvyšší možné míře zapojení do běžného života společnosti, a v případech, kdy toto vylučuje jejich stav, zajistit jim důstojné prostředí a zacházení. Každý má právo na poskytování služeb sociální péče v nejméně omezujícím prostředí*“ (Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách). Právě poslední věta paragrafu, která vymezuje právo uživatelů služeb na poskytování péče v nejméně omezujícím prostředí, tak definuje i **záměr zákona nepodporovat další institucionalizaci péče.** I podle Národní strategie rozvoje sítě sociálních služeb by proto MPSV a kraje měly naopak **zvýhodňovat a podporovat rozvoj takových forem služeb, které povedou k deinstitutionalizaci,** a tedy ke zrušení a transformaci většiny jimi zřízených pobytových služeb.

3.2 Možnosti řešení definovaných problémových oblastí

Řešení identifikovaných problémů nabízejí opatření na různé úrovni státní správy. V této kapitole představíme následující dva návrhy řešení, jejichž cílem je změna nastavení systému jako celku, nikoliv pouze jeho dílčích částí:

1. **Nastavení periodického a systematického vyhodnocování potřeb osob se zdravotním postižením, chronickým onemocněním a pečujících.**
2. **Garance dostupnosti sociálních služeb a úprava jejich financování a struktury.**

Jde zároveň o opatření či predispozice pro to, aby mohl systém sociálních služeb fungovat více otevřeně a spravedlivě směrem k lidem se zdravotním postižením a chronickým onemocněním a pomáhal také neformálním pečujícím.

3.2.1 Nastavení periodického a systematického vyhodnocování potřeb osob se zdravotním postižením, chronickým onemocněním a pečujících

Za účelem periodického mapování potřeb sledovaných skupin osob lze **využívat již existující data, která různí aktéři státní správy schraňují pro výkon své funkce. Tato data ale nezpracovávají a neprezentují tak, aby byla dále využitelná.** Nejsou také sledována data v odpovídající struktuře, např. aby vypovídala o dostupnosti různých typů sociálních služeb v různých částech ČR. Koordinátorem sběru dat by v tomto případě mělo být MPSV jakožto hlavní garant dostupnosti a fungování sociálních služeb a instituce odpovědná za jejich financování.

A jaké typy dat již státní instituce shromažďují? **Například Úřad práce získává v procesu vyřizování žádosti o příspěvek na péči data** o bydlišti žadatele (obec, kraj), věku, zástupci žadatele (např. rodinný příslušník, úřad či ústav) a v případě fyzické osoby zastupující žadatele o příspěvek také pohlaví a věk této pečující osoby a adresu jejího bydliště v případě, že bydlí jinde. **Česká správa sociálního zabezpečení pro účely posuzování stupňů invalidity zase získává informace** o věku, pohlaví, trvalém bydlišti žadatele (kraj, obec, městská část), dosažené úrovni vzdělání, počtu a věku dětí žadatele, o rodinném stavu, o délce pracovní neschopnosti a pracovní praxe, získává také lékařské zprávy pro posudkového lékaře (v ní je např. uvedena diagnóza či konkrétní zdravotní omezení). Úřady tak mají rovněž údaje o přiznání či nepřiznání invalidního důchodu či o jeho výši.³⁷

U krajů není jednoduché vyhodnotit, jaké informace sbírají a na základě jakých dat zjišťují potřebnost sociálních služeb a jejich dostupnost pro cílové skupiny na jimi spravovaném území. Přístup je totiž v každém kraji odlišný. Lze se o tom přesvědčit ve Střednědobých plánech sociálních služeb (SPRSS), jejichž strukturu definuje Vyhláška č. 387/2017 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách. V ní je opakovaně uvedeno, že části textů mají vznikat shrnutím analýz, zjištění a strategických dokumentů, a to minimálně na úrovni obce s rozšířenou působností. Součástí SPRSS má být i „*kvalifikovaný odhad počtu osob, kterým jsou sociální služby poskytovány...*“ (Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách). **Důležitý ale je jak způsob tvorby analýz, zjištění a strategických dokumentů, tak způsob tvorby kvalifikovaného odhadu. Právě v těchto aspektech se jednotlivé krajské SPRSS významně odlišují.** Poskytovatelé služeb, kteří s obcí jednají na úrovni komunitních plánů totiž nejsou ti, kteří by měli být konečnými dotazovanými na potřeby služeb ve

³⁷ Zdrojem informací jsou v tomto případě formuláře a informace uvedené na stránkách MPSV, Úřadu práce a ČSSZ.

sledovaném území. Tím by měli být uživatelé těchto služeb anebo lidé, kteří o ně mají zájem, ale z různých důvodů je nevyužívají. Pokud MPSV nemá přehled o metodikách sběru dat, o validitě lokálních analýz či strategických dokumentů, nemůže mít ani přehled o reálném počtu osob se ZP, chronickým onemocněním a pečujících.

Výše popsaná a jim podobná data lze kategorizovat například podle základního registru veřejné správy RÚIAN³⁸. Takto kategorizovaná data lze analyzovat třeba skrze geografická mapová zobrazení. Stejně tak lze kategorizovat data, která MPSV shromažďuje o poskytovatelích sociálních služeb, jejich kapacitě, územním působení, časové dostupnosti apod. **MPSV by tak mohlo vytvářet a každoročně aktualizovat mapy potřeb osob se zdravotním postižením a chronickým onemocněním a mapy rozšířenosti sociálních služeb různého typu. Hledat tzv. slepá místa zajišťované péče a realizovat potřebná opatření, kterými by se zajistila dostupnost a přístupnost služeb v místech, kde momentálně nejsou k dispozici.** K části zpracovávaných dat by měly mít přístup kraje, aby mohly reagovat na detekované potřeby na svém území a zohledňovat je v akčních plánech, které lze na rozdíl od SPRSS aktualizovat každý rok. MPSV by také mohlo zajištění služeb v takto identifikovaných slepých místech považovat za nadregionální prioritu (dle § 104, odst. 4 zákona 108/2006 Sb., o sociálních službách) a dle toho upravit financování.

Výhodou pro nalezení řešení problémů s vyhodnocováním potřeb je, že MPSV již s centrálním sběrem dat počítá: „Jednotná datová základna vznikne na MPSV. Do zákona se určí povinnost předávání potřebných dat od jednotlivých resortů či dalších složek veřejné správy. Dále bude nutné zavést nové a systematické sledování např. sociálně-vyloučených lokalit ve spolupráci s obcemi“ (MPSV, 2019, s. 4). Princip předávání dat od samosprávných krajů směrem k MPSV je zároveň již legislativně ukotven v zákoně 108/2006 Sb., o sociálních službách, konkrétně v §101a, odstavci č. 5 zákona.

Základ pro sledování a hodnocení potřeb osob se zdravotním postižením, chronickým onemocněním a pečujících byl již položen. Je však potřeba stanovit nejen obecnou povinnost využívat při plánování analýzy, ale stanovit i typy a strukturu dat, které je nezbytné evidovat pro sledování a vyhodnocování potřeb definovaných skupin osob. Tuto povinnost je potřeba definovat legislativně (např. v zákoně 108/2006 Sb., o sociálních službách, nebo v souvisejících vyhláškách). Inspiraci lze nalézt například na Slovensku, které v roce 2021 přijalo novelu zákona č. 448/2008 Z. z., o sociálních službách. Novela reaguje na nedostatek informací o poskytovaných službách a potřebách občanů Slovenské republiky. Upravuje například podmínky vedení registru sociálních služeb a evidence shromažďovaných údajů.

Klíčové pro systémové mapování a hodnocení potřeb je nejdříve zjistit, jaké tyto potřeby jsou a mohou být – jaký typ pomoci lidé se zdravotním postižením, chronickým onemocněním a jejich pečující potřebují k tomu, aby mohli zůstat v komunitě a dělat to, co dělat chtějí. Tedy aby mohli žít, pokud možno, takový život, jako jejich vrstevníci. Při definování potřeb však nelze vycházet ze současné struktury sociálních služeb, které jsou v České republice k dispozici. Jejich nabídka nemusí vůbec odpovídat a často dostatečně neodpovídá skutečným potřebám občanů, což mimo jiné vyplývá i ze zde citovaných zdrojů (např. Geissler a kol., 2015; Hubíková, 2018 aj.). Mapování potřeb by proto mělo být postaveno na jejich zjišťování přímo od osob se zdravotním postižením, chronickým onemocněním a jejich pečujících a mělo by zohledňovat životní etapy, ve kterých se tito lidé nacházejí, protože potřeby se zákonitě proměňují jednak s věkem, ale i na základě aktuální životní situace, která se může změnit i ze dne na den. Vhodné metody zjišťování potřeb jsou: cílené rozhovory,

³⁸ Jedná se o Registr územní identifikace, adres a nemovitostí: [ČÚZK - RÚIAN \(cuzk.cz\)](http://cuzk.cz)

fokusní skupiny, dotazníková šetření, šetření v domácnostech cílových skupin apod. Možné je samozřejmě využít i kombinaci těchto metod.

Při mapování potřeb lze vyjít také z procesu posouzení nároku na příspěvek na péči. Samotné nástroje posuzování tohoto nároku ale nelze považovat za informačně dostačující, protože tyto nástroje velkou část potřeb zcela přehlížejí, na což jsme upozornili ve 2. pilíři. Je proto důležité inspirovat se v zahraniční praxi a využít například rakouský nebo německý model posuzování potřeb, které zohledňují zdravotní a také sociální kritéria potřeb jednotlivce (blíže viz 2. pilíř). V českém prostředí některé kraje pracují s tzv. kartami potřeb, které mohou být také jedním z nástrojů pro spoludefinování potřeb a míry pomoci.³⁹

Dále je potřeba stanovit periodicitu sběru dat a jejich vyhodnocování. To by mělo vycházet z již nastavených mechanismů komunikace samosprávných institucí a státních institucí s MPSV. Údaje o potřebách osob se zdravotním postižením, chronickým onemocněním a pečujícími by měly být součástí SPRSS. **Proto je vhodné, aby sběr dat a jejich vyhodnocení tvorbě SPRSS předcházely a aby periodičita zpracování byla stanovena v délce platnosti SPRSS, tj. v současnosti 3 roky.** Toto období by zároveň umožnilo vyhodnotit informace o rozložení sociálních služeb v průběhu času, stejně jako proměny struktury žadatelů pomoci a uživatelů sociálních služeb v kraji či jiném sledovaném území.

Je však potřeba stanovit jednotnou a odpovídající strukturu sledovaných dat, tj. nesledovat v každém kraji jinou skupinu osob se ZP nebo jen některé jejich charakteristiky, ale všude hodnotit stejné skupiny a ukazatele. V případě systematického šetření potřeb osob se ZP, chronickým onemocněním a pečujícími by bylo např. možné vytvořit sérii ukazatelů, které by umožnily periodické ověření potřeb a jejich naplňování v čase a umožnily statistický náhled na potřeby ve vztahu k územním oblastem, zejména pokud jde o četnost, dostupnost i přístupnost různých druhů sociálních služeb. Jako příklad lze využít mapové zobrazení indexu chudoby (Indices of deprivation) ve **Velké Británii**, které využívá jedno z britských ministerstev „*Ministry of Housing, Communities and Local Government*“ (český ekvivalent Ministerstva pro místní rozvoj).⁴⁰ Zde lze sledovat zobrazení různých typů dat v různých časových obdobích na mapách rozdělených na jednotlivé části obcí. **Takové mapové zobrazení lze aplikovat na různé typy dat, které budou systematicky a celostátně sledovány – v případě 3. pilíře by to měly být informace o potřebách sledovaných skupin a jejich naplňování skrze sociální služby.** Dalším zajímavým zdrojem inspirace může být **Švédsko** a legislativní ukotvení zodpovědnosti sociálních komisí na obcích (takzvaný systém integrovaných podpůrných služeb SIPS) za poskytnutou péči občanům se zdravotním postižením v domácím prostředí (plánují dostupnost sociálních i zdravotních služeb). Ve Švédsku totiž ze zákona vyplývá povinnost sociálních komisí mapovat potřeby a poskytnout služby a potřebnou pomoc, pokud možno v domácím prostředí jednotlivců (Švédsko: Zákon o sociálních službách, 2001, s. 453).

MPSV a kraje by skrze sdílení a metodické zpracování dat měly získat potřebný přehled o potřebách osob se zdravotním postižením, chronickým onemocněním a pečujícími. Potřeby je nutné správně definovat, dlouhodobě a opakovaně sledovat a výsledky ve vhodné formě pravidelně zveřejňovat. **Zjištění o dostupnosti a (ne)odpovídajícímu nastavení sociálních služeb by pak měla být podkladem pro poskytnutí finanční podpory ze strany státu a krajů.** Odpovídající mapování a vyhodnocování potřeb by v důsledku mělo napomoci naplňování dostupnosti, přístupnosti, přijatelnosti a kvality komunitních služeb dle mezinárodních závazků – tedy umožnit lidem s postižením vést samostatný život v domácnosti či v bydlení komunitního typu.

³⁹ Karty potřeb jakožto pomocné nástroje využívají například v Karlovarském kraji (Čtvrtník a kol., 2019).

⁴⁰ Mapy lze nalézt zde: http://dclgapps.communities.gov.uk/imd/iod_index.html.

Pro zajištění efektivního systémového plánování potřeb sledovaných skupin je potřeba:

- 1) Definovat typy a strukturu dat, které je třeba systematicky sledovat a které již jednotlivé instituce shromažďují.
- 2) Zmapovat potřeby osob se zdravotním postižením, chronickým onemocněním a pečujících ve vztahu k využívání sociálních služeb na základě jejich vlastního hodnocení.
- 3) Nastavit periodicitu sběru dat (nejlépe v propojení s přípravou SPRSS) a metody mapování a ověřování potřeb osob se zdravotním postižením, chronickým onemocněním a jejich pečujících.
- 4) Stanovit postup systematického předávání dat ze strany ÚP, ČSSZ a krajů směrem k MPSV, případně naopak.

Přínosy a rizika navržených opatření

Přínosy:

- Nastavení centralizovaného, dlouhodobého a systematického sledování a vyhodnocování potřeb osob se zdravotním postižením, chronickým onemocněním a pečujících.
- Doplnění chybějícího prvku (systematické mapování a vyhodnocování potřeb) do způsobu plánování sociálních služeb.
- Vyšší efektivita předávání a využití dat mezi kraji, MPSV a dalšími veřejnými institucemi.
- Vyšší efektivita tvorby SPRSS a plánování rozvoje sociálních služeb.
- Naplnění mezinárodních požadavků pro fungování a rozvoj sociálních služeb.
- Vytvoření základu pro spravedlivější financování sociálních služeb.

Rizika:

- Nevhodná nebo nedostatečně vymezená kritéria pro hodnocení potřeb sledovaných skupin osob.
- Nedostatečné zapojení sledovaných skupin do způsobu hodnocení potřeb.
- Neúspěšné nastavení efektivního způsobu předávání informací mezi jednotlivými aktéry.

3.2.2 Garance dostupnosti sociálních služeb a úprava jejich financování a struktury

Nutnost úpravy systému financování sociálních služeb je přímo návazná na nezbytnost mapování a hodnocení potřeb jejich uživatelů a zájemců o služby. Je pravděpodobné, že úprava systému financování povede k proměně struktury sítě sociálních služeb, která by se měla přiblížit požadavkům a potřebám uživatelů. Úprava financování a struktury sítě služeb však úzce souvisí i s garancí dostupnosti potřebných sociálních služeb: **financovat je potřeba ty služby, které nejlépe reagují na potřeby uživatelů, avšak zároveň je potřeba zajistit, aby právě tyto služby byly dostupné kapacitně, místně i finančně.**

Česká republika se podobně jako jiné evropské státy zavázala k podpoře deinstitucionalizace sociálních služeb a deklaruje ji v různých strategických dokumentech, např. v aktuálně platné Národní strategii rozvoje sociálních služeb na období 2016–2025 (MPSV, 2015). Podle Matiaška je z mezinárodního hlediska i legislativně zřejmé, že je to stát, který nese odpovědnost za deinstitucionalizaci sociálních služeb (včetně služeb pro osoby s duševním onemocněním, zdravotním postižením, seniory a děti) a zároveň má povinnost zajistit dostupnost, přístupnost, přijatelnost a kvalitu komunitních služeb (Matiaško, 2011, s. 57). Povinnost učinit kroky (tedy přijmout opatření), které povedou k naplnění práva na život v komunitě, je dána

mezinárodními závazky (ibid.). Konkrétní opatření, jaká budou pro naplnění těchto závazků přijata, však už závisí na rozhodnutí příslušných orgánů a institucí (politiků, zástupců ministerstev atp.).

Diskuse o způsobech přerozdělování financí krajům na sociální služby se v ČR vede dlouhodobě, a to zejména směrem k pobytovým službám registrovaných v krajských sítích sociálních služeb. Naposledy proběhly změny v roce 2021, kdy se vyrovnala výše příspěvku na péči ve 3. a 4. stupních u uživatelů pobytových služeb s ostatními formami služeb a zvýšily se ceny za stravu a ubytování v sociálních službách (Návrh 1143/0, 2021). Změny se tak dotkly přibližně 77 000 osob, což je počet uživatelů pobytových sociálních služeb vykázaných ve Statistické ročence z oblasti práce a sociálních věcí v roce 2020 (MPSV, 2021).

Novela tedy vůbec neupravila podmínky fungování a nabídku ostatních sociálních služeb. **Návrhy na změny financování nesměřují k rozvoji sociálních služeb umožňujících život v komunitě, ani nezpochybňují postup plánování sociálních služeb na základě již zaběhlých postupů a vůbec nezohledňují skutečnost, že MPSV nezná skutečné potřeby osob se zdravotním postižením a chronickým onemocněním a jejich pečujících. Nereflektují ani potřeby lidí, kteří se k požadované pomoci vůbec nedostanou.** Dle šetření ČSÚ (2019) jde o sta tisíce osob (viz předchozí text). Návrhy jsou proto většinou odtržené od reálných potřeb lidí se zdravotním postižením, chronickým onemocněním a jejich pečujících. Obvykle se pracuje s abstraktními modely založenými na počtu příjemců příspěvku na péči ovšem bez porozumění reálným souvislostem, včetně toho, jak a na základě jakých informací je příspěvek na péči přiznáván (blíže viz pilíř 2).

Podle Hofschneiderové a Matiaška (2021) **je přitom povinností státu „vstoupit do strategického plánování s odpovídajícími časovými rámci a zdroji, v úzké a respektující konzultaci s organizacemi zastupujícími lidi s postižením, a to s cílem nahradit všechna ústavní zařízení službami podporujícími nezávislý život...“** (Hofschneiderová-Matiaško, 2021, s. 47). **Dále stát nesmí rozšiřovat ústavní systém podporou bydlení v samostatných domech či bytech soustředěných kolem ústavů a nesmí finančně podporovat údržbu, renovaci ani budování ústavů či institucionalizaci péče** (ibid.).

Rozvoj jakéhokoli segmentu sociálních služeb však není možný v situaci, kdy jsou krajské sítě sociálních služeb uzavřené a neumožňují dalším poskytovatelům služeb dostat se do tzv. základní sítě. Kraje mají v plánování sociálních služeb nezastupitelnou úlohu – plánují rozvoj sítě sociálních služeb na spravovaném území. V § 3 zákona 108/2006 Sb., o sociálních službách, je síť sociálních služeb definována jako nástroj „...napomáhající řešit nepříznivou sociální situaci osob na území kraje... (Zákon 108/2006 Sb.). Síť je tedy pomocným nástrojem plánování sociálních služeb. **V případě nedostatku ambulantních a terénních služeb na sledovaném území by tedy měl kraj podporovat zvýšení jejich zastoupení v krajské síti sociálních služeb,** tedy např. podporovat zvýšení počtu jejich poskytovatelů i počet potřebných úvazků potřebných k jejich zajištění, a tento záměr reflektovat ve Střednědobém plánu rozvoje sociálních služeb a v příslušných akčních plánech.

Nedostatek ambulantních a terénních služeb v určitých oblastech může být dán nedostatkem poskytovatelů těchto služeb. **Kraje proto mohou (a měly by) využívat různé možnosti, jak posílení kapacit těchto druhů služeb podpořit,** například:

- Nastavit pravidla tak, aby se krajská síť sociálních služeb otevřela pro nové ambulantní a terénní sociální služby podporující život v komunitě.
- Zavést zvýhodnění pro terénní a ambulantní sociální služby (např. bodové či procentuální), a tím deklarovat záměr deinstitucionalizace.
- Bonifikovat služby v místech, kde je jejich výrazný nedostatek (například v odlehlých částech území, v horských oblastech nebo v místech se špatnou dopravní obslužností).

- Více podporovat celkovou transformaci velkých pobytových služeb ústavního typu.

Zároveň je potřeba zdůraznit, že pokud nebude alternativní služby vůči institucionální péči podporovat stát, nebudou mít lidé se zdravotním postižením a chronickým onemocněním možnost volby života v komunitě. Proto, **aby byla transformace sociálních služeb v ČR úspěšná a finančně reálná, nemůže být tíha odpovědnosti přenesena pouze na samosprávné kraje. Odpovědnost a iniciativu by měl převzít stát (v čele s MPSV a MMR), který musí dostupnost potřebných služeb zároveň garantovat.**

Stát v současnosti do procesu plánování služeb na území jednotlivých krajů vstupuje pouze tím, že prostřednictvím zákona hlídá povinnost tvořit a vyhodnocovat Střednědobý plán rozvoje sociálních služeb. MPSV komunikuje s kraji zejména v období, kdy požádají o dotaci. Každý kraj ale žádá o dotaci na základě svých vlastních kritérií a priorit. MPSV nijak nereflktuje fakt, že na mnoha místech jsou potřebné služby zcela nedostupné. Za současné situace totiž nedokáže z dostupných dat kvalitně vyhodnocovat informace o dostupnosti služeb v různých oblastech. **MPSV by proto v celém procesu mělo zastávat výraznější a aktivnější roli** – může např. požadovat po krajích, aby upravovaly krajské sítě sociálních služeb dle cílů Národní strategie rozvoje sociálních služeb⁴¹, dokládaly sběr a monitoring potřeb a třeba i místní, kapacitní a časovou dostupnost potřebných sociálních služeb na svém území. Je také potřeba **sjednotit plánovací cyklus krajů tak, aby SPRSS byly zpracovávány současně**, protože začátek a konec tříletého období se v jednotlivých krajích liší. **Plánování by mělo zároveň probíhat na základě sjednoceného monitoringu potřeb osob se zdravotním postižením, chronickým onemocněním a pečujících** (viz předchozí text) **a souvisejícího monitoringu dostupnosti a potřebnosti sociálních služeb**. Na základě toho by bylo možné stanovit výši mandatorních výdajů s ohledem na potřeby obyvatel daného území.

Potřebnému rozvoji terénních a ambulantních sociálních služeb by pomohlo také stanovení maximální výše roční platby na lůžko v pobytových zařízeních s více jak 6 lůžky, schválení zákona o sociálním bydlení a vytvoření legislativních podmínek pro nákup, výstavbu a úpravu bytového fondu ve vlastnictví obcí a neziskových organizací, které skrze něj podporují život v komunitě.

MPSV by také mělo mít kompetenci připomínkovat, resp. upravovat plánovaný rozvoj sítě služeb v krajích, s ohledem na nadregionální zájmy. Pro zajištění dostupnosti některých druhů sociálních služeb je nezbytné vytvořit **definici sociálních služeb s nadregionální působností, které by mělo ve své gesci přímo MPSV jakožto nadregionální a koordinující orgán plánování sítě sociálních služeb**. Mezi službami s nadregionální působností by měly být vysoce specializované sociální služby anebo služby, které jsou nedostupné ve více nebo většině krajů. Mezi nimi např. raná péče, služby pro osoby s chováním náročným na péči (např. osoby s PAS, osoby s kombinovanými závislostmi) a další nedostatečně zastoupené, avšak pro určité skupiny zásadní sociální služby. Definování základní sítě sociálních služeb s nadregionální působností by nejen zajistilo lepší dostupnost těchto služeb, ale zároveň by podpořilo kraje v situaci, kdy nemají kapacitu službu provozovat nebo na jejich území žije nízký počet osob, kterým mají tyto služby sloužit.

Dalším chybějícím článkem je **jasné legislativní vymezení odpovědnosti MPSV a krajů za dodržování principů subsidiarity sociálních služeb a precizní vymezení garance dostupnosti sociálních služeb**, které umožní život v přirozeném nebo alespoň co nejméně omezujícím prostředí. Lepší vymezení garance dostupnosti sociálních služeb v legislativě by mělo sledovat zejména praktické zajištění jejich dostupnosti. Tzn. je potřeba vytvořit zejména **metodický postup**, jak se má při zajištění chybějících služeb postupovat a také **vytvořit podmínky pro**

⁴¹ Připomeňme, že hlavním cílem strategie je „Zajistit přechod od institucionálního modelu péče o osoby se zdravotním postižením k podpoře osob v přirozeném prostředí...“ (MPSV, 2015, s. 11).

bezodkladné poskytnutí některých vhodných druhů služeb, např. odlehčovacích služeb nebo pečovatelských služeb, které nejlépe mohou reagovat na nenadálou změnu situace osoby v nepříznivé sociální situaci, včetně onemocnění pečující osoby a její nenadálé neschopnosti péči zajišťovat. Měl by také být **stanoven časový harmonogram nápravy** situace, pokud se zjistí, že je některá ze sociálních služeb nedostupná, a definována **kontrola procesu nápravy**, tj. zda je situace (vy)řešena odpovídajícím způsobem.

Inspirativní je v tomto případě znění slovenského zákona o sociálních službách, který již v rámci úvodních ustanovení § 6 definuje, na jaký typ pomoci má fyzická osoba právo. „...Fyzická osoba má právo a) na poskytování sociální služby, která svým rozsahem, formou a způsobem poskytování umožňuje realizovat její základní lidská práva a svobody, zachovává její lidskou důstojnost, aktivizuje ji k posílení soběstačnosti, zabraňuje jejímu sociálnímu vyloučení a podporuje její začlenění do společnosti...“ (Zákon č. 448/2008 Z. z., o sociálních službách). V roce 2021 pak byla na Slovensku schválena Strategie dlouhodobé péče SR, ve které jsou upřednostněny terénní a ambulantní služby před pobytovými. Naplnění tohoto cíle plánují realizovat pomocí tzv. transformačních týmů sestavených z řad poskytovatelů sociálních služeb. Týmy budou plánovat rozvoj služeb komunitního typu na základě výsledků výzkumů potřeb v regionech (Revue pro sociální politiku a výzkum, 2021).

Pro zajištění garance dostupnosti sociálních služeb a odpovídajícího financování terénních a sociálních služeb je tedy potřeba:

A: Na úrovni státní správy a MPSV

- 1) Posílit roli MPSV v procesu plánování sociálních služeb vymezením kompetence připomínkovat a upravovat plánovaný rozvoj sítí sociálních služeb v krajích.
- 2) Stanovit krajům následující požadavky: povinnost upravovat krajské sítě dle cílů aktuálně platné Národní strategie rozvoje sociálních služeb, povinnost dokládat sběr a monitoring potřeb všech cílových skupin a monitoring dostupnosti jednotlivých druhů sociálních služeb.
- 3) Sjednotit plánovací cyklus tvorby Střednědobých plánů rozvoje sociálních služeb v krajích a stanovit povinnost jeho tvorby na základě sjednoceného monitoringu potřeb cílových skupin.
- 4) Definovat a zavést nadregionální síť sociálních služeb.
- 5) Posílit legislativně a zejména v praxi princip subsidiarity sociálních služeb.
- 6) Posílit a vymezit praktickou odpovědnost za zajištění dostupnosti (garanci) sociálních služeb – stanovit metodické podmínky pro nápravu situace a bezodkladné poskytnutí požadované služby, kontrolovat dostupnost služeb v praxi.
- 7) Určovat výši dotací pro kraje podle doložených potřeb obyvatel v kraji (možnost nahrazení směrného čísla).
- 8) Stanovit maximální výši roční platby na lůžko v pobytových zařízeních s více jak 6 lůžky.
- 9) Vytvořit legislativní podmínky pro nákup, výstavbu a úpravu bytového fondu určeného na podporu života osob v nepříznivé sociální situaci v komunitě.
- 10) Přijmout zákon o sociálním bydlení.

B: Na úrovni krajů, resp. prostřednictvím řízení krajské sítě sociálních služeb

- 1) Nastavit pravidla vstupu do krajských sítí sociálních služeb tak, aby se otevřely pro nové ambulantní a terénní sociální služby podporující život v komunitě.
- 2) Zavést zvýhodnění pro terénní a ambulantní sociální služby (např. bodové či procentuální).
- 3) Bonifikovat služby v místech, kde je jich výrazný nedostatek (například v odlehlých částech území, v horských oblastech nebo v místech se špatnou dopravní obsluhností).

- 4) Pravidelně provádět monitoring potřeb všech skupin osob se zdravotním postižením, chronickým onemocněním a pečujících.
- 5) Pravidelně provádět monitoring dostupnosti jednotlivých druhů sociálních služeb (zejména terénních a ambulantních) z hlediska místní, časové, finanční, kapacitní i kvalitativní dostupnosti.

Přínosy a rizika navržených opatření

Přínosy:

- Podpora a rozvoj sítě sociálních služeb bude odpovídat definovaným potřebám obyvatelstva.
- Vytvoření podmínek pro mezinárodně deklarovaný rozvoj sítě ambulantních a terénních sociálních služeb.
- Jednotné a transparentní postupy při tvorbě SPRSS a plánování sítě sociálních služeb a vyšší efektivita celého procesu.
- Možnost porovnání situace v jednotlivých krajích a možnost efektivněji regulovat celorepublikovou síť sociálních služeb.
- Zlepšení dostupnosti (místní, časové, finanční i kapacitní) chybějících druhů sociálních služeb.
- Vyšší a efektivnější podpora procesu deinstitutionalizace.
- Cílené intervence vedoucí k naplnění původního cíle a záměru zákona 108/2006 Sb., o sociálních službách.
- Efektivnější financování sociálních služeb.

Rizika:

- Vzájemná souvislost jednotlivých navržených opatření – přijetí jen některých z nich nemusí mít požadovaný efekt.
- Nedostatečné vymezení potřebných opatření, tj. včetně metodických postupů a kontrolních mechanismů
- Setrvání v současném trendu, kdy některá opatření jsou sice deklarována legislativně, avšak v praxi se to neprojevuje dostatečně (např. garance dostupnosti sociálních služeb).

3.3 Shrnutí ke 3. pilíři

Ve 3. pilíři jsme představili návrhy opatření, která pomohou nastavit nezbytné mapování a hodnocení potřeb osob se zdravotním postižením, chronickým onemocněním i pečujících. To je nezbytným předpokladem rozvoje terénních a ambulantních sociálních služeb a deinstitucionalizace pobytových služeb. S ohledem na naplnění tohoto strategicky, legislativně i mezinárodně deklarovaného cíle je potřeba upravit také financování sociálních služeb a garantovat dostupnost těch druhů služeb, kterých se nedostává a je o ně zájem. K tomu se váže druhá skupina navržených opatření.

Přijetí navržených změn pomůže navrátit se odpovědným institucím a aktérům k naplňování původního záměru zákona o sociálních službách. Zároveň pomůže k nápravě dlouhodobě nepříznivé a na mezinárodním poli kritizované politiky vůči osobám se zdravotním postižením, chronickým onemocněním a jejich pečujícím. Navržená opatření by měla pomoci také skutečnému rozvoji terénních a ambulantních služeb. Tím se sníží tlak na rozšiřování pobytových služeb, který se nyní projevuje např. ve zcela nadhodnocených počtech zájemců v pořadnících na pobytové služby. Mělo by dojít rovněž k rozvoji nadregionální sítě sociálních služeb, které jsou dlouhodobě potřebné a doposud na ně nebyly uvolněné dostatečné finanční zdroje.

Nastavením maximální výše plateb na lůžko v pobytových službách pro více než 6 uživatelů by stát vyřešil hned více problémů najednou. Nejen že by došlo k postupné proměně institucionální péče a vznikalo by více služeb komunitního typu, ale také by stát ušetřil nemalé finanční prostředky, které nyní nekoordinovaně a nesystémově vynakládá za lůžkovou péči a služby. Ušetřené finance by mohly být jedním z finančních zdrojů potřebných pro rozšíření terénních a ambulantních služeb. Zároveň je důležité, aby MPSV pamatovalo na potřebu výstavby a úpravy alternativního bydlení pro osoby se zdravotním postižením, tedy aby se mohli např. mladí lidé se zdravotním postižením osamostatnit a nebyli tolik odkázáni na pomoc rodiny a neformálních pečujících.

Z přijatých opatření nebudou profitovat jen lidé se zdravotním postižením, chronickým onemocněním nebo pečující. Značný přínos budou mít i pro stát, kraje a všechny klíčové instituce, které získají přehled o skutečných potřebách obyvatel na svém území, o slepých místech poskytované péče a budou schopny odpovídajícími způsoby reagovat na měnící se potřeby v průběhu času. Získané údaje institucím také umožní informovaně vyjednávat o potřebných financích do segmentu sociálních služeb a umožní alespoň částečnou evaluaci úspěšnosti sociálních politik na jejich území. Mapováním a vyhodnocováním potřeb by se také naplnil další záměr zákona o sociálních službách, kde klíčovým tématem v důvodové zprávě byla hospodárnost a zabezpečení objektivizovaného rozsahu potřeb.

Závěr

V předchozích kapitolách jsme představili analýzu situace a klíčových problémů v sociální podpoře osob se zdravotním postižením, chronickým onemocněním a neformálních pečujících. **Představujeme tak model individualizované podpory, jehož témata jsme rozdělili do tří tematických oblastí, tzv. pilířů individualizované podpory**, aby bylo možné nahlížet na problémy uceleně a aby byla analýza přehlednější. Zároveň jsme ale kladli důraz na to, abychom popsali všechny důležité souvislosti, zjevné či skryté, které mohou mít někdy i významný vliv na celkovou situaci. Proto je potřeba s nimi počítat a nepřehlížet je.

Důležité vazby panují samozřejmě i mezi našimi třemi pilíři. První pilíř nazvaný „**Dostupné informace a koordinovaná podpora**“ se zaměřuje na situace, které jsou spojené se vznikem nepříznivé sociální situace a zahájením péče. Klíčovým nedostatkem je zde roztržitost poskytované podpory, a tím pádem i nepřehlednost a nedostupnost informací o tom, co všechno mohou využít lidé, kteří se ocitnou v situaci zakládající nárok na sociální podporu. Navrhujeme proto několik možných řešení, které by situaci zlepšily. Některá přitom nevyžadují ani výraznější vstupní investice. Mezi taková patří např. **zlepšení dostupnosti informací úpravou existujících informačních a vyhledávacích portálů**, které by měly obsahovat prvky, které je zpřístupní například lidem se zrakovým nebo sluchovým postižením. Obsažené informace by měly být srozumitelné pro laiky a měla by existovat vždy tzv. jednoduchá verze portálu. Je samozřejmě žádoucí, aby informační a vyhledávací portál fungoval v každém kraji. Zajímavou možností řešení je i vytvoření komplexního informačního portálu na celorepublikové úrovni. Představujeme i vzory, jak takové portály mohou vypadat.

Druhým klíčovým tématem prvního pilíře je fungování a **možnosti zajištění koordinované podpory**, která by odstranila současnou roztržitost, zlepšila dostupnost informací i celkovou efektivitu systému. K tomu je však nezbytné posílit kapacity sociálních pracovníků (zejména na úrovni obcí s rozšířenou působností) a také nastavit způsoby sdílení potřebných informací mezi všemi zapojenými aktéry. To totiž v současnosti probíhá zcela nahodile a nesystematicky, ačkoliv jde o základní předpoklad zajištění fungující mezioborové či multidisciplinární podpory. V textu se věnujeme i představení case managementu jako metody sociální práce, která je za splnění určitých podmínek vhodným nástrojem koordinace pomoci, zejména v případě osob s tzv. komplexními potřebami. Zásadní podmínkou, která musí být splněna, je vytvoření fungujícího integrovaného systému péče s jasně vymezenými kompetencemi jednotlivých aktérů, kteří budou s case managerem sdílet potřebné informace. Tuto podmínku však zatím český systém podpory nesplňuje.

Koordinovaná podpora by se měla vztahovat nejen na osoby se zdravotním postižením a chronickým onemocněním, ale také na **neformální pečující**, kteří zajišťují významný podíl potřebné dlouhodobé péče. Cílem veřejné politiky by mělo být vytvoření příznivých podmínek pro poskytování neformální péče, které by garantovaly důstojný a kvalitní život nejen závislé osoby, ale celé pečující rodiny. Pečujícím se v současném systému mnoho pozornosti nedostává, absentují ambice redukovat negativní dopady, které má pečovatelský závazek pro pečující. Chybí legislativní ukotvení jejich statusu, které by dalo základ pro tvorbu služeb pro pečující, stejně tak jejich sociálně-ekonomické zabezpečení nedává mnoho jistoty a práci pečujících vysoko neoceňuje. Mj. upozorňujeme na naprosto nedostatečně rozvinutý segment odlehčovacích služeb, které by měly pečujícím osobám umožnit odpočinek. Sdílení péče se službami je důležitý prvek pro to, aby pečující osoby mohly realizovat svůj vlastní život.

Druhý pilíř představuje fázi, která následuje po vzniku nepříznivé sociální situace. Ve chvíli, kdy nastane, by mělo následovat zhodnocení situace dané osoby a obvykle i zajištění potřebné podpory a pomoci. Tématem druhého pilíře je proto „**Posuzování potřeb a příspěvek na péči,**“ který je základní sociální dávkou pro financování potřebné pomoci a služeb. I tato oblast však vykazuje mnohé nedostatky, na které je dlouhodobě upozorňováno. V textu se nejdříve věnujeme otázce, jak neúměrně dlouhý a komplikovaný proces zjednodušit a zefektivnit. Pracujeme zejména s možností posuzování v domácím prostředí žadatele, které by odstranilo potíže plynoucí z toho, že v současnosti je klíčové rozhodnutí vydáno bez osobního kontaktu a přímého posouzení jeho situace. Pokud by posuzování prováděl speciálně vyškolený sociálně zdravotní pracovník (jako se to děje v sousedním Rakousku a Německu), uvolnily by se kapacity lékařské posudkové služby, jíž by bylo vhodné ustanovit jako rozhodující prvek tzv. druhé instance.

Výrazným nedostatkem v posuzování zdravotního stavu je nicméně i nízká role sociálních kritérií (která významně ovlivňují životní situaci posuzovaného) a zároveň fakt, že **není posuzována potřeba péče**, ale závislost. V tom Česká republika zaostává hned za třemi sousedními státy, jejichž systémy byly pro účely zpracování analýzy problémů 2. pilíře hodnoceny. V textu proto diskutujeme několik možností přenastavení systému hodnocení. Jde o zavedení bodového hodnocení vykonávaných úkonů na základě jejich četnosti a rozsahu, hodnocení předpokládaného časového rozsahu péče a definování úkonů či diagnóz, kterým je potřeba při posuzování věnovat zvláštní pozornost, případně je bonifikovat.

To, že není posuzována náročnost ani časový objem potřebné péče, se projevuje i v nastavení příspěvku na péči. Je proto potřeba ho na předpokládaný objem péče navázat a u každého stupně stanovit minimální objem péče, na který bude dostačovat. Tuto definovanou „kupní sílu“ je poté potřeba udržovat. Tak bude příspěvek lépe odpovídat potřebám příjemců a zajistí se jeho spravedlivost a vyšší efektivita.

Příspěvek na péči je finanční dávkou, která má sloužit k financování sociálních služeb. A právě těm se věnujeme ve třetím pilíři nazvaném „**Rozvinutá a vyvážená síť sociálních služeb.**“ I zde jsou klíčovým tématem potřeby. Tentokrát v tom smyslu, že nejsou systematicky mapovány a hodnoceny. Respektive jsou vyhodnocovány jen namátkově, nepravidelně, u některých skupin osob a pouze v některých krajích. Systém – a zejména tvůrci potřebných opatření – pak nemají reálné informace o tom, o jakou podporu mají lidé zájem, jaké služby nejvíce chybí atd. Je proto nezbytné definovat cílové skupiny i typ a strukturu dat, která by měla být pravidelně a všude sledována a hodnocena. Mapování by pak mělo probíhat v souladu s harmonogramem přípravy Střednědobých plánů sociálních služeb v jednotlivých krajích. I zde bude rovněž nezbytné vymezit postupy předávání a sdílení dat mezi jednotlivými aktéry.

Důležitým tématem třetího pilíře je i **garance dostupnosti sociálních služeb**. Ta je sice legislativně deklarována, v praxi jsou však některé druhy sociálních služeb výrazně nedostupné. Zabýváme se proto možnostmi jejího posílení a vymáhání v praxi. K tomu by mělo přispět posílení role a dohledu MPSV v procesu plánování krajských sítí sociálních služeb, sjednocení procesu přípravy SPRSS, kontrola dostupnosti sociálních služeb v praxi nebo zavedení nadregionální sítě sociálních služeb. Na úrovni jednotlivých krajů je potřeba nastavit pravidla vstupu do sítě sociálních služeb tak, aby byl podporován vznik chybějících druhů služeb nebo upraveno jejich nastavení (např. provozní doba, cílové skupiny). Pro podporu vzniku chybějících služeb v určitých oblastech (horské, hůře dostupné, příhraniční apod.) je možné využít i bonifikaci. Přehled o tom, které služby jsou či nejsou nedostatkové a případně v čem, však lze získat pouze mapováním potřeb – nejen uživatelů současných, ale i potenciálních.

Návrhy opatření vymezené v rámci jednotlivých pilířů byly prodiskutovány s experty na danou problematiku v rámci realizovaných kulatých stolů. Lze tedy říci, že na jejich přínosu se shoduje určitá část odborné veřejnosti. Využití těchto návrhů by však určitě měla předcházet analýza proveditelnosti a finanční náročnosti, případně ověření formou pilotáže. Předkládáme proto základní popis možností a návrhů řešení s přáním, aby se náš text stal podkladem a motivem pro zahájení kroků vedoucích k požadovaným změnám v oblasti sociální podpory osob se zdravotním postižením, chronickým onemocněním a pečujících.

Seznam tabulek, obrázků a grafů

OBR. 1: REGISTR POSKYTOVATELŮ SOCIÁLNÍCH SLUŽEB HTTP://IREGISTR.MPSV.CZ/ – ÚVODNÍ STRÁNKA A VYHLEDÁVÁNÍ	12
OBR. 2: REGISTR POSKYTOVATELŮ SOCIÁLNÍCH SLUŽEB HTTPS://WWW.MPSV.CZ/REGISTR-POSKYTOVATELU-SLUZEB	14
OBR. 3: INFORMAČNÍ PORTÁL EINFACH TEILHABEN – ÚVODNÍ STRANA	14
OBR. 4: EINFACH TEILHABEN – SEKCE PÉČE	15
OBR. 5: INFORMAČNÍ A VYHLEDÁVACÍ PORTÁL KRÁLOVÉHRADECKÉHO KRAJE	16
OBR. 6: INFORMAČNÍ A VYHLEDÁVACÍ PORTÁL KRAJE VYSOČINA	16
OBR. 7: INTERNETOVÝ PORTÁL ŽÍT DOMA – ÚVODNÍ ROZCESTNÍK	17
TAB. 1: PŘEHLED KLÍČOVÝCH PROBLÉMŮ V OBLASTI POSUZOVÁNÍ POTŘEB A PŘÍSPĚVKU NA PÉČI	38
TAB. 2: KRITÉRIA PRO STANOVENÍ STUPNĚ A VÝŠE PNP V ČESKÉ REPUBLICE (K 31. 12. 2022)	41
TAB. 3: ROZSAH PÉČE UHRADITELNÉ Z PŘÍSPĚVKU NA PÉČI V JEDNOTLIVÝCH STUPNÍCH ZÁVISLOSTI (K 31. 12. 2022)	43
GRAF 1: KUPNÍ SÍLA PŘÍSPĚVKU NA PÉČI 2007–2023	44
TAB. 4: VÝVOJ VÝŠE PŘÍSPĚVKU NA PÉČI A JEHO KUPNÍ SÍLY 2007–2023	46
TAB. 5: PŘÍSPĚVEK NA PÉČI V RAKOUSKU	48
TAB. 6: ČASOVÉ LIMITY A HARMONOGRAM PROCESU POSOUZENÍ ZDRAVOTNÍHO STAVU V NĚMECKU	51
TAB. 7: KRITÉRIA A BODOVÉ HODNOCENÍ SEBEOSLUHY V NĚMECKU	52
TAB. 8: STRUKTURA PŘÍSPĚVKU NA PÉČI V NĚMECKU V ROCE 2022	54
TAB. 9: FINANČNÍ PŘÍSPĚVEK PŘI VYUŽÍVÁNÍ POBYTOVÝCH A AMBULANTNÍCH SOCIÁLNÍCH SLUŽEB V ROCE 2023	57
TAB. 10: ZAŘAZENÍ DO STUPNĚ ODKÁZANOSTI NA POMOCI JINÉ FYZICKÉ OSOBY NA SLOVENSKU	58
GRAF 2: POMĚR SOCIÁLNÍCH SLUŽEB, JEJICHŽ ZŘIZOVATELEM JSOU KRAJE NEBO MPSV	74
GRAF 3: PODÍL POBYTOVÝCH SOCIÁLNÍCH SLUŽEB, JEJICHŽ ZŘIZOVATELEM JSOU KRAJE.	74
TAB. 11: VÝŠE DOTACE NA LŮŽKOVOU PÉČI V JEDNOTLIVÝCH KRAJÍCH ZA ROK 2017	75

Použité zdroje

Odborná literatura a studie

ČLOVĚK V TÍSNI, O. P. S. *Metodika case managementu*. 2020. ISBN 978-80-7591-041-7. Dostupné také z: https://www.clovekvtsni.cz/media/publications/1462/file/metodika-case_ok_opr2.pdf

ČSÚ. *Výběrové šetření osob se zdravotním postižením v roce 2018*. Praha, 2019. Český statistický úřad. Dostupné také z: <https://www.czso.cz/documents/10180/90600407/26000619.pdf/b1d5a2b3-a309-4412-a962-03d847d3d1a0?version=1.5>

ČTVRTNÍK, Jakub, Vladimíra TOMÁŠKOVÁ, Ilona ČTVRTNÍKOVÁ, Taťjana KAŠLÍKOVÁ a Zdeněk HUŠEK. *Hlavní hlediska řízení krajských sítí sociálních služeb s důrazem na pečovatelskou službu a domovy pro seniory*. Praha: Institut sociální práce, 2019, 80 s. ISBN 978-80-270-6118-1.

GEISLER, Hana, Anežka HOLEŇOVÁ, Terezie HOROVÁ, Daniel JIRÁT, Dagmar SOLNÁŘOVÁ a Vladimíra TOMÁŠKOVÁ. *Návrh politiky na podporu neformálních pečovatелů*. Praha: Fond dalšího vzdělávání, 2015a.

GEISLER, Hana, Anežka HOLEŇOVÁ, Terezie HOROVÁ, Daniel JIRÁT, Dagmar SOLNÁŘOVÁ, Kamila SVOBODOVÁ a Vladimíra TOMÁŠKOVÁ. *Neformální péče ve vybraných státech Evropské unie: Komparativní rešerše a identifikace příkladů dobré praxe*. Praha: Fond dalšího vzdělávání, 2015b.

GEISLER, Hana, Andrea DVOŘÁKOVÁ, Alice FISCHEROVÁ, Anežka HOLEŇOVÁ, Terezie HOROVÁ, Daniel JIRÁT, Dagmar SOLNÁŘOVÁ, Nicol STAŇKOVÁ. *Návrh strategického dokumentu na podporu pečujících osob*. Praha: Fond dalšího vzdělávání, 2019.

GEISLER, Hana. *Neformální péče v datech*. In: *Neformální péče v teorii a praxi*. FRYČ, Vladimír, Martina CHMELOVÁ, Petra ADÁMKOVÁ (Eds.). Praha: Alfa Human Service, 2021.

GREIF, Birgit. *Das aktuelle Handbuch der Pflegegrade*. 5., aktualisierte Auflage. Regensburg: Walhalla Fachverlag, 2019. ISBN 973-3-8029-7572-1.

HON, Filip a kol. *Mezinárodní komparace rozsahu a struktury příjemců příspěvku na péči a podmínek pro jeho přiznání v ČR, na Slovensku, v Německu a v Rakousku*. Praha: VUPSV, 2020.

HAVLÍKOVÁ, Jana – HUBÍKOVÁ, Olga. *Spolupráce mezi sociálními pracovníky a lékaři: příklad řízení o příspěvku na péči*. Praha: VUPSV, 2017.

HAVLÍKOVÁ, Jana, Anna KRCHŇAVÁ, Jana RŮŽIČKOVÁ a Stanislava ŠEVČÍKOVÁ. *Odborný výkon sociální práce ve veřejné správě a v sociálních službách: role vstupního vzdělávání a dalšího vzdělávání*. Brno: Výzkumný ústav práce a sociálních věcí, 2018, 104 s. Dostupné také z: https://www.mpsv.cz/documents/20142/756919/Projekt_VUPSV-S2-6_Hlavni_vystup.pdf/f9d3c5fe-2934-62bb-e042-e71ef97c2cb1

HOFSCHNEIDEROVÁ, Anna a Maroš MATIAŠKO. *Institucionalizace, postižení a stárnutí: Ústavní péče o starší osoby v České republice*. 2021, 53 s. Dostupné také z: <https://validity.ngo/wp-content/uploads/2021/11/CZ-Older-persons-with-disabilities-and-DI-Report.pdf>

HUBÍKOVÁ, Olga. *Case management zaměřený na životní situace dlouhodobé péče v sociální práci na obecních úřadech*. Praha: VUPSV, 2018, 101 s. Dostupné také z: https://katalog.vupsv.cz/fulltext/vz_445.pdf

LEJSAL, Matěj. *Peníze za klientem: Studie možností směřování veřejných prostředků v úzké vazbě na potřeby osob závislých na pomoci druhé osoby*. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí České republiky, 2013.

MATIAŠKO, Maroš. *Úmluva OSN o právech osob se zdravotním postižením a transformace sociálních služeb v České republice: Právo na nezávislý způsob života a život v komunitě podle článku 19 CRPD a závazky České republiky*. Utrecht, 2011, 77 s. Dostupné také z: https://www.mpsv.cz/documents/20142/225517/Analýza_CRPD.pdf/33bf4999-80dd-83c7-98a9-74f9d6244356

MICHALÍK, Jan. *Zdravotní postižení a pomáhající profese*. Praha: Portál, 2011. Studijní texty (Sociologické nakladatelství). ISBN 978-80-7367-859-3.

NADĚJE PRO DĚTI ÚPLŇKU, Z. S. *Dostupnost služeb pro lidi s poruchou autistického spektra v ČR a Evropě – analýza a inspirace*. Praha, 2018, 158 s. Dostupné také z: https://www.detiuplnku.cz/wp-content/uploads/2018/11/Deti-uplnku-analyza-dostupnosti-sluzeb_e.pdf

NEUBAUEROVÁ, Michaela. *Case management v sociálních službách*. Olomouc, 2014, 48 s. Dostupné také z: https://theses.cz/id/g45I5h/Bakalsk_prce_Michaela_Neubauerov.pdf. Bakalářská práce. Univerzita Palackého v Olomouci, Pedagogická fakulta. Vedoucí práce Mgr. Lucia Pastieriková Ph.D.

NOVOSAD, Libor. *Základy speciálního poradenství: struktura a formy poradenské pomoci lidem se zdravotním nebo sociálním znevýhodněním*. Praha: Portál, 2000. ISBN 80-717-8197-5.

PALEČEK, Jan a Jan KOSTEČKA. *Case management na obcích: Informace o systémovém case managementu pro lidi s komplexními potřebami a o roli obcí s rozšířenou působností/obcí s pověřením*. Praha: TUDYTAM, 2020. Dostupné také z: https://tudytam-vzdelavani.cz/wp-content/uploads/2020/05/Case-management-na-obci%CC%81ch_Informace-o-syste%CC%81move%CC%81m-CM-pro-obce.pdf

PALMOWSKI, Stefan. *Das Pflege-gutachten: Antragsstellung, Begutachtung, Bewilligung*. 4. Auflage 2021. Düsseldorf: Verbraucherzentrale NRW, 2021. ISBN 978-3-86336-147-1.

POTŮČEK, Martin. *Sociální politika*. Praha: Sociologické nakl., 1995, 142 p. Studijní texty (Sociologické nakladatelství), sv. 7. ISBN 80-858-5001-X.

POTŮČEK, Martin a kol. *Veřejná politika*. Upr., dopl. a aktualiz. vyd. v českém jazyce. Praha: Sociologické nakladatelství (SLON), 2005, 400 s. Studijní texty (Sociologické nakladatelství). ISBN 80-864-2950-4.

ŠIMONÍK, Pavel. *Podpora neformálních pečovatelů – závěrečná zpráva z výzkumu*. Praha: Fond dalšího vzdělávání, 2015, 126 s. Dostupné také z: <https://drive.google.com/file/d/1lxFXwgDCJEdX5JzXFzJ4NfwWYYQU91M7/view>

TOMÁŠKOVÁ, Vladimíra, Dagmar SOLNÁŘOVÁ, Anežka HOLEŇOVÁ a Terezie HOROVÁ. *Studie o možnostech a významu zavedení koordinátora podpory pro pečující osoby a osoby odkázané na pomoc druhých*. Fond dalšího vzdělávání, 2015. Dostupné také z: https://drive.google.com/file/d/1YXHtmzo2Fb81_XjdBboDXH_AGMQVF0IA/view

VESELÝ, Arnošt a Martin NEKOLA, ed. *Analýza a tvorba veřejných politik: přístupy, metody a praxe*. 40.. Praha: Sociologické nakladatelství (SLON), 2007, 408 s. Studijní texty (Sociologické nakladatelství). ISBN 978-80-86429-75-5.

WEHRINGER, Christina. *Das Gutachten zum Pflegegeld: Ein Leitfaden zum Verfassen des perfekten Gutachtens*. 3. Auflage. Wien: MANZV'sche Verlags- und Universitätsbuchhandlung, 2019. ISBN 978-3-214-09707-3.

WIJA, Petr, Pavel BAREŠ a Jan ŽOFKA. *Analýza sociálních a zdravotních služeb dlouhodobé péče v ČR*. Praha: Institut pro sociální politiku a výzkum, 2019, 244 s. ISBN 978-80-907662-2-8. Dostupné také z:

<https://socialnipolitika.eu/wp-content/uploads/2019/09/Analyza-socialnich-a-zdravotnich-sluzeb-dlouhodobpece-v-CR.pdf>

Webové stránky, články a nálezy

BUNDESMINISTERIUM FÜR ARBEIT UND SOZIALES. *Einfach teilhaben: Ihr Wegweiser zum Thema Leben mit Behinderungen* [online]. Bundesministerium für Arbeit und Soziales, c2020 [cit. 2022-08-10]. Dostupné z: https://www.einfach-teilhaben.de/DE/AS/Home/alltagssprache_node.html

ČLOVĚK V TÍSNI, O. P. S. *Metodika case managementu*. 2020, 25 s. ISBN 978-80-7591-041-7. Dostupné také z: <https://www.clovekvtisni.cz/metodika-case-managementu-1462pub>

ČSSZ. *O jaké dávky nemocenského pojištění se zajímáte?: Dlouhodobé ošetřovné*. Česká správa sociálního zabezpečení [online]. 15.9.2022 [cit. 2022-09-15]. Dostupné z: <https://www.cssz.cz/dlouhodobpece-oseetrovne>

EVROPSKÁ KOMISE. *Zpráva o České republice 2020*. Brusel, 2020, 83 s. Dostupné také z: <https://www.vlada.cz/aFsssets/evropske-zalezitosti/aktualne/Zprava-o-CR-2020.pdf>

FINANCE.cz. *Jaká je výše příspěvku na péči?* [online]. [cit. 2022-02-03]. Dostupné z: <https://www.finance.cz/duchody-a-davky/socialni-davky/socialni-pece/prispevek-na-peci/jaka-je-vyse-prispevku-na-peci/>

FOKUS Praha. Centrum vzdělávání: case management. Fokus Praha [online]. [cit. 2023-01-21]. Dostupné z: <https://fokus-vzdelavani.cz/index.php/kurzy-2019/12-kurzy/2019/80-case-management>

INDICES OF DEPRIVATION: 2019 and 2015. *Indices of Deprivation: 2019 and 2015* [online]. [cit. 2023-01-13]. Dostupné z: http://dclgapps.communities.gov.uk/imd/iod_index.html

INSTITUT PALLIUM, Z. Ú. *Role case managera v dětské paliativní péči*. Praha, 14 s. Dostupné také z: https://pallium.cz/wp-content/uploads/2023/01/Pallium_Case-managemant_online.pdf

INSTITUT SOCIÁLNÍ PRÁCE, Z. S. *Interpretace výsledků výzkumného šetření Institutu sociální práce*. 2019, 9 s. Dostupné také z: https://socialnipolitika.eu/wp-content/uploads/2020/02/Interpretace_vysledku_vyzkum_ISP.pdf

INSTITUT SOCIÁLNÍ PRÁCE. *Žít doma* [online]. Institut sociální práce, c2020 - 2022 [cit. 2022-09-10].

KRAJ VYSOČINA. *Kraj Vysočina pečuje: podrobné vyhledávání*. Kraj Vysočina [online]. c2021 [cit. 2022-09-10]. Dostupné z: https://www.vysocinapecuje.cz/podrobne-vyhledavani/?cilova_skupina=&forma_sluzby=&zivotni_situace=&okres=&klicove_slovo=&obec=&vyhledat

KRÁLOVÉHRADECKÝ KRAJ. *Katalog sociálních služeb v Královéhradeckém kraji*. Královéhradecký kraj [online]. c2020 [cit. 2022-08-10]. Dostupné z: <https://socialnisluzbykhk.cz/sluzby/?situation=122>

MDAC. *Můj domov, má volba v České republice: Právo na bydlení v komunitě lidí s duševním postižením v roce 2014*. MDAC 2014. Making a World of Difference: With your help, we will make equality reality [online]. c2011, 6. October 2014 [cit. 2023-01-13]. Dostupné z: <http://www.mdac.org/cs/books/muj-domov-ma-volba-v-ceske-republice-pravo-na-bydleni-v-komunitelidi-s-dusevnim-postizenim-v>

MĚSTSKÁ ČÁST PRAHA 7. *Case management: Projekt Smart Cities Integrovaná platforma pro case management v sociálně-zdravotní oblasti v Praze 7*. [online]. c2023 [cit. 2023-01-10]. Dostupné z: <https://www.praha7.cz/potrebuji-zaridit/socialni-oblast/case-management/>

MINISTERSTVO PRÁCE, SOCIÁLNÍCH VECÍ A RODINY SLOVENSKEJ REPUBLIKY. *Peňažný príspevok na osobnú asistenciu* [online]. Bratislava [cit. 2022-01-27]. Dostupné z: <https://www.employment.gov.sk/sk/rodina-socialna-pomoc/tazke-zdravotne-postihnutie/penazne-prispevky/pp-osobnu-asistenciu/>

MPSV. *Posuzování příspěvku na péči bude jednodušší a objektivnější*. Tisková zpráva. Finance.cz [online]. 2011, 11.3.2011 [cit. 2022-09-03]. Dostupné z: <https://www.finance.cz/zpravy/finance/301565-posuzovani-prispevku-na-peci-bude-jednodussi-a-objektivnejsi/>

MPSV. *Národní strategie rozvoje sociálních služeb na období 2016–2025*. Praha, 2015, 232 s. ISBN 978-80-7421-126-3. Dostupné také z: <https://www.mpsv.cz/documents/20142/577769/NSRSS.pdf>

MPSV. *Instrukce náměstkyně pro řízení sekce sociálně pojistných systémů č. 15/2016*. Ministerstvo práce a sociálních věcí [online]. [cit. 2022-09-03]. Dostupné z:

https://www.mpsv.cz/documents/20142/637489/c.j._MPSV_2016-208532_Instrukce_NM_7___15-2016_Posuzovani_zdravotniho_stavu_pro_ucely_zakona_c._.pdf/62fc3f4e-54d8-fde1-a917-142d9ef82e51

MPSV. *Statistická ročenka z oblasti práce a sociálních věcí 2020*. Praha, 2021, 122 s. MPSV. Dostupné také z: https://www.mpsv.cz/documents/20142/975025/Statisticka_rocenka_z_oblasti_prace_a_socialnich_veci_2020+%28%29.pdf/e3f61e52-d276-80c4-2f5b-c6ab8beb16a4

MPSV. Registr poskytovatelů sociálních služeb [online]. 2022a [cit. 2022-08-10]. Dostupné z:

http://iregistr.mpsv.cz/socreg/vitejte.fw.do;jsessionid=E67DC42D9D5B6FC62687423B216AB58B.node1?SUBSESSION_ID=1662845822477_1

MPSV. *Od března se zvýší maximální úhrady za poskytování sociálních služeb*. Tisková zpráva. Ministerstvo práce a sociálních věcí [online]. 2022b [cit. 2022-09-03]. Dostupné z:

https://www.mpsv.cz/documents/20142/2786931/TZ_09_02_2022_%C3%BAhrady+za+soci%C3%A1ln%C3%AD+slu%C5%BEby+fin+%28%29.pdf/c27e3521-c416-a75d-a497-b9a95aecbe13

MPSV. Jakou službu hledáte?. Ministerstvo práce a sociálních věcí: Registr poskytovatelů sociálních služeb [online]. c2023. Dostupné z: <https://www.mpsv.cz/registr-poskytovatelu-sluzeb>

MZČR. *Oznámení o vydání Sdělení Českého statistického úřadu o zavedení Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví*. Ministerstvo zdravotnictví České republiky [online]. 2020a [cit. 2022-09-03]. Dostupné z: <https://www.mzcr.cz/oznameni-o-vydani-sdeleni-ceskeho-statistickeho-uradu-o-zavedeni-mezinarodni-klasifikace-funkcnich-schopnosti-disability-a-zdravi/>

MZČR. *Zdraví 2030: Strategický rámec rozvoje péče o zdraví v České republice do roku 2030*. 2020b, 101 s. Dostupné také z: <https://zdravi2030.mzcr.cz/zdravi-2030-strategicky-ramec.pdf>

NÁRODNÍ PLÁN OBNOVY: *Plán reforem a investic České republiky, které hodlá realizovat v rámci využití prostředků Nástroje pro oživení a odolnost EU*. [online] 2021. Dostupné z: <https://www.planobnovy.cz/>

NÁVRH 1143/0: *Návrh poslanců Jany Pastuchové, Jana Bauera, Hany Aulické Jírovcové, Víta Kaňkovského, Lucie Šafránkové, Markéty Pekarové Adamové a Lenky Dražilové na vydání zákona, kterým se mění zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů, a některé související zákon*. 2021.

Dostupné také z: <https://www.psp.cz/sqw/text/orig2.sqw?idd=183653>

NKÚ. *Peněžní prostředky určené na podporu sociálních služeb: Kontrolní závěr z kontrolní akce 18/09*. 2019, 32 s. Dostupné také z: <https://www.nku.cz/assets/kon-zavery/K18009.pdf>

OMBUDSMAN: veřejný ochránce práv. *Neúnosná délka vyřizování příspěvku na péči*. [online]. 14. září 2018a [cit. 2022-09-03]. Dostupné z: <https://www.ochrance.cz/aktualne/neunosna-delka-vyrizovani-prispevku-na-peci/>

OMBUDSMAN: veřejný ochránce práv. *Dostupnost služeb pro lidi s poruchou autistického spektra: výzkum veřejné ochránkyne práv*. 2018b. Dostupné také z: <https://www.ochrance.cz/uploads-import/CRPD/autismus/Vyzkum-autisti.pdf>

OSN. *Úmluva o právech osob se zdravotním postižením*. 2006, 67 s. Dostupné také z: https://www.mpsv.cz/documents/20142/225526/Umluva_o_pravech_osob_se_ZP.pdf/1e95a34b-cbdf-0829-3da2-148865b8a4a8

ÖSTERREICHS DIGITALES AMT. *Pflegegeld* [online]. [cit. 2022-02-01]. Dostupné z: <https://www.oesterreich.gv.at/themen/soziales/pflege/4.html>

PÁTÝ STUPEŇ. *Co je pátý stupeň?* [online]. 2022 [cit. 2022-02-03]. Dostupné z: <https://patystupen.cz/>

PRŮŠA, Ladislav. *Nová projekce vývoje počtu příjemců příspěvku na péči v ČR do roku 2030*. Demografie. 2018, (1), 49-60. Dostupné také z: <https://www.czso.cz/documents/10180/61449042/prusa.pdf/71e31cff-a2e4-4267-a72f-96afede9d40f?version=1.0>

REVUE PRO SOCIÁLNÍ POLITIKU A VÝZKUM. *Pečující osoby a neformální péče* (Národní strategie rozvoje sociálních služeb 2016–2025). Revue pro sociální politiku a výzkum. [online] 2017. ISSN 2570-8481. Dostupné také z: <https://socialnipolitika.eu/2017/04/pecujici-osoby-a-neformalni-pecce-narodni-strategie-rozvoje-socialnich-sluzeb-2016-2025/>

REVUE PRO SOCIÁLNÍ POLITIKU A VÝZKUM. *Východiska pro systémovou změnu financování a další úpravy sociálních služeb*. [online] 2019. ISSN 2570-8481. Dostupné z: <https://socialnipolitika.eu/2019/06/vychodiska-pro-systemovou-upravu-financovani-a-dalsi-navrhy-na-upravu-socialnich-sluzeb/>

REVUE PRO SOCIÁLNÍ POLITIKU A VÝZKUM. *Slovensko novelizovalo zákon o sociálních službách a přijalo strategii integrované dlouhodobé péče* [online]. 2021. ISSN 2570-8481. Dostupné z: <https://socialnipolitika.eu/2021/11/slovensko-novela-zakona-o-socialnich-sluzbach-a-strategie-dlouhodobepce/>

SANANIM Z. Ú. Case management. Sananim [online]. c2023. Dostupné z: <https://www.sananim.cz/projekty/ukoncene-projekty/case-management/>

SMART-RECHNER.de. *Pflegegeld - 10 Fragen, die Sie kennen sollten* [online]. 8. 11. 2021 [cit. 2022-02-01]. Dostupné z: <https://www.smart-rechner.de/pflegegeld/>

TECHNOLOGICKÁ AGENTURA ČR. *Nové přístupy k zajištění dostupnosti sociálních služeb na regionální úrovni*. TA ČR Starfos [online]. [cit. 2023-01-12]. Dostupné z: <https://starfos.tacr.cz/cs/project/TL01000426>

ÚŘAD PRÁCE ČR. *Nový rok přináší změny u příspěvku na péči, dávek a průkazů pro OZP* [online]. [cit. 2022-02-03]. Dostupné z: <https://www.uradprace.cz/web/cz/-/novy-rok-prinese-zmeny-u-prispevku-na-peci-davek-a-prukazu-pro-ozp>

ÚSTAVNÍ SOUD. *Nález Ústavního soudu I. ÚS 2637/17*. 2017, 24 s. Dostupné také z: https://www.usoud.cz/fileadmin/user_upload/Tiskova_mluvci/Publikovane_nalezky/2018/I._US_2637_17_an.pdf

ÚSTAVNÍ SOUD. *Nález Ústavního soudu III. ÚS 1765/21*. 2021, 12 s. Dostupné také z: https://www.usoud.cz/fileadmin/user_upload/Tiskova_mluvci/Publikovane_nalezky/2021/III._US_1765_21_an.pdf

Zákony, vyhlášky a související dokumenty

ČESKÁ REPUBLIKA. *Důvodová zpráva k zákonu 108/2006 Sb., o sociálních službách*. 2005, 27 s. Dostupné také z: https://www.vlada.cz/assets/ppov/lrv/ria/databaze/Zaverecna-zprava-RIA-k-novele-zakona-o-socialnich-sluzbach_1.pdf

ČESKÁ REPUBLIKA. *Vyhláška č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách ze dne 15. 11. 2006*. In: Sběrka zákonů ČR. 164/2006. Dostupné také z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-505>

ČESKÁ REPUBLIKA. *Vyhláška č. 387/2017 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů ze dne 15. 11. 2007*. In: Sběrka zákonů ČR. 2017, 136/2017. Dostupné také z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2017-387/zneni-20180101>

ČESKÁ REPUBLIKA. *Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách ze dne 14. 3. 2006*. In: Sběrka zákonů ČR. 2006, 37/2006. Dostupné také z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-108>

ČESKÁ REPUBLIKA. *Sdělení č. 97/2013 Sb. Sdělení Českého statistického úřadu o ukončení povinného používání Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví (MKF)*. In: Sběrka zákonů ČR. 2013, 45/2013. Dostupné také z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2013-97>

ČESKÁ REPUBLIKA. *Sdělení č. 377/2020 Sb. Sdělení Českého statistického úřadu o zavedení Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví (MKF)*. In: Sběrka zákonů ČR. 2020, 152/2020. Dostupné také z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2020-377>

ČESKÁ REPUBLIKA. *Sdělení č. 431/2009 Sb. Sdělení Českého statistického úřadu o zavedení Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví (MKF)*. In: Sběrka zákonů ČR. 2009, 137/2009. Dostupné také z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2009-431>

NĚMECKO. Sociální zákon: *Sozialgesetzbuch (SGB)* [online]. [cit. 2021-11-07]. Dostupné z: <http://www.sozialgesetzbuch-sgb.de/>

RAKOUSKO. *Zákon č. 110/1993 ze dne 12. 2. 1993, Spolkový zákon o příspěvku na péči: Bundespflegegeldgesetz*. In: BUNDESGESETZBLATT. částka 47. Dostupné také z: <https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=10008859>

SLOVENSKO. *Zákon č. 448/2008 Z. z., o sociálních službách*. In: Zbierka zákonov SR. ročník 2022, 165/2008, 448/2008. Dostupné také z: <https://www.zakonypreludi.sk/zz/2008-448>

SLOVENSKO. *Zákon 447/2008 Z. z. ze dne 29. 10. 2008, o peňažných príspevkoch na kompenzáciu ťažkého zdravotného postihnutia*. In: Zbirka zákonov SR. Ročník 202, 447/2008. Dostupné také z: <https://www.slovlex.sk/pravne-predpisy/SK/ZZ/2008/447/>

SLOVENSKO. *Nariadenie vlády č. 234/2022 Z. z. Nariadenie vlády Slovenskej republiky, ktorým sa ustanovuje výška finančného príspevku na poskytovanie sociálnej služby v zariadeniach sociálnych služieb na rok 2023*. Dostupné také z: <https://www.zakonypreludi.sk/zz/2022-234>

ŠVÉDSKO. *Zákon o sociálních službách vydaný dne 7. června 2001*. SFS 2001:453. In: Švédská sbírka zákonů. 2001. Dostupné také z: https://socialnipolitika.eu/wp-content/uploads/2018/09/%C5%A0v%C3%A9dsk%C3%BD-z%C3%A1kon-o-soci%C3%A1ln%C3%ADch-slu%C5%BEb%C3%A1ch_2001.pdf

Měníme systém. S odvahou.



| Nadace OSF



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.

MODEL INDIVIDUALIZOVANÉ PODPORY: Analýza situace, klíčové problémy a možnosti řešení sociální péče a podpory lidí se zdravotním postižením, chronickým onemocněním a neformálních pečujících
Aliance pro individualizovanou podporu, z.s.
Únor 2023

Creativ Commons Uveďte původ -Zachovej licenci 4.0 (CC BY -SA 4.0)

Údaje pro citování:

TOMÁŠKOVÁ, V., DVOŘÁKOVÁ, T., GEISLER, H. *MODEL INDIVIDUALIZOVANÉ PODPORY: Analýza situace, klíčové problémy a možnosti řešení sociální péče a podpory lidí se zdravotním postižením, chronickým onemocněním a neformálních pečujících*. Praha: Aliance pro individualizovanou podporu, 2023.

Aliance pro individualizovanou podporu, z.s.

H40 - Holešovická tržnice

Bubenské nábřeží 306/13

170 00 Praha 7

info@aipp.cz

+420 722 957 109