AIP
Aliance pro individualizovanou podporu

Pilotáž nového posuzování příspěvku na péči dle lex Ukrajina mezi členy Aliance pro individualizovanou podporu

PhDr. Hana Geissler
Mgr. Monika Churá

2025

Obsah

Klíčová zjištění a implikace pro rozhodování 1

Úvod a vstupní zhodnocení modelu pro stanovení cílů pilotáže 3

Metodika a průběh pilotáže 5

Popis vzorku 6

Porovnání dvou modelů posuzování 8

Proměny ve stupních příspěvku při posuzování dle modelu lex Ukrajina 8

Odlišný způsob posuzování: životní potřeby vs. body 10

Příspěvek na péči a náročnost péče 11

Závěr 14

Poděkování 16

Příloha 17

Klíčová zjištění a implikace pro rozhodování

1) Aliance pro individualizovanou podporu (AIP) provedla v roce 2025 mezi svými členy **pilotáž nového modelu posuzování míry soběstačnosti** občanů z Ukrajiny zakotveném v **lex Ukrajina** (zákon č. 24/2025 Sb.), který je od 1. 7. 2025 využíván pro posuzování nároku na humanitární dávku a u nějž se **zvažuje rozšíření pro posuzování příspěvku na péči všech občanů**.

2) Dle **vstupního zhodnocení modelu z pohledu priorit AIP** je pozitivní posouzení v domácnosti žadatele a zrychlení a zjednodušení procesu. Pochyby budí posuzování s využitím pomůcek v domácím prostředí, což spíše odpovídá potřebám seniorů než lidí se zdravotním postižením usilujících o aktivní nezávislý život. Otazník panuje nad absencí sociálního šetření, které by zhodnotilo celkovou situaci žadatele a rodiny. Výstupem posouzení je stupeň dávky, nikoliv časový objem potřebné péče a podpory. Je škoda, že nebyl převzat individualizovaný prvek německého modelu, kdy jsou žadateli na základě posouzení doporučena konkrétní podpůrná opatření.

3) **Cílem pilotáže bylo zjistit, jak by se změnilo posuzování lidí se zdravotním postižením v České republice, pokud by bylo prováděno podle postupu platného pro občany Ukrajiny.** AIP zvolila **metodický postup**, který využíval dva hlavní nástroje: **dotazník** a **kalkulačku**. Dotazník mapoval současnou situaci respondentů a přiznaný stupeň závislosti příspěvku na péči, kalkulačka sloužila k orientačnímu posouzení nároku na dávku podle principů nového modelu. Do pilotáže se zapojilo **19 členských organizací AIP**, které dohromady shromáždily **53 případů**. Kalkulačku vyplňovali převážně lidé s postižením a pečující osoby. V souboru převažovali lidé se **závažným zdravotním postižením** – 62 % účastníků mělo III. nebo IV. stupeň závislosti.

4) **Podle výsledků pilotáže se rozdíly v posouzení mezi stávajícím a novým modelem projevují následovně:**

- Nový model ve většině případů zachovává stávající stupeň příspěvku (37 % případů) nebo ho zvyšuje (43 %). Tento vývoj adekvátně odpovídá přechodu na pětistupňový model a vysokému zastoupení příjemců dávky ve III. a IV. stupni ve vzorku.
- V případech, kdy dochází ke snížení stupně příspěvku (20 % případů), se jedná vždy pouze o jeden stupeň, takže nový model nevyvolává výrazné propady. U příjemců I. stupně příspěvku nedochází k jeho odebrání.
- Nejvíce se mění situace lidí v I. a II. stupni, kterým nový model často přisuzuje vyšší stupeň příspěvku. U osob ve III. a IV. stupni jsou oba modely konzistentnější, výraznější přesuny zde nejsou.

5) **Pilotáž také přinesla zjištění, jak jednotlivé modely posuzování hodnotí osoby s různou náročností péče, tedy podle počtu hodin péče a podpory, které potřebují:**

- Současný systém často zařazuje do jednoho stupně osoby s velmi odlišnou potřebou péče. (Např. ve III. stupni se ve vzorku nacházeli lidé, kteří potřebují 3 až 19 hodin péče denně.) Nový model posuzování toto rozložení mírně koriguje a lidem s vyšší potřebou péče, kteří jsou v současnosti zařazeni do I. nebo II. stupně, přisuzuje vyšší stupeň.

- Ani jeden z modelů nezohledňuje časovou náročnost péče dostatečně přesně. Například osoba, která potřebuje 8 hodin péče denně, se může v současném i novém modelu ocitnout v jakémkoliv stupni.
- Také žádný model automaticky nezařazuje osoby vyžadující péči v režimu 24/7 do nejvyššího stupně. Nové posuzování sice zlepšuje vztah mezi náročností péče a přiznaným stupněm, přesto se i nadále objevují případy, kdy lidé s potřebou nepřetržitého dohledu dosáhnou pouze na nízký stupeň.

6) Pilotáž ukazuje, že nový systém posuzování nepředstavuje pro lidi s vážným postižením významné riziko snížení stupně, a naopak může mírně korigovat podhodnocená posouzení. **To, zda si lidé díky novému modelu polepší či pohorší, bude záviset především na výši částek přiřazených k jednotlivým stupňům příspěvku na péči.** Současná výše dávky, včetně nejvyššího stupně, často zdaleka nepokrývá potřebný rozsah péče. Finanční posílení stupňů by příjemcům umožnilo za příspěvek zajistit větší objem služeb a potřebné podpory, a tím naplnit potenciál nového modelu.

7) Nejnáročnější péče se týká lidí, kteří vyžadují neustálou pomoc či dohled jiné osoby a od nichž se služba či pečující osoba nemůže vzdálit (např. u chování náročného na péči, při plicní ventilaci či těžké epilepsii). Tito lidé přitom často nedosahují na odpovídající stupeň příspěvku. Doporučujeme proto v posuzovacím systému – jak současném, tak novém – zavést mechanismus, který jim zajistí zařazení do nejvyššího stupně.

8) **Pilotáž ukazuje, že nový model posuzování může být celkově přínosem, nicméně lidem se závažným postižením s nejvyšší mírou potřebné podpory ale zásadní změnu nepřinese.** Základní princip posouzení zůstává stejný: žadatele rozřadí do jednotlivých stupňů spojených s exaktní výší dávky, která určí strop podpory ze strany státu. Lze se obávat, že ačkoliv lidé s nejtěžším postižením budou pobírat nejvyšší stupeň dávky, i nadále pro ně bude rozsah potřebné péče finančně nedostupný a budou se potýkat s péčovou chudobou.

9) Pro skupinu osob s vážným zdravotním postižením, které potřebují zajistit velký objem péče na denní bázi, **apelujeme doplnit reformu o individualizované posuzování potřeb, které by určilo rozsah potřebné podpory v hodinách a stalo se základem pro návazné plánování a zajištění pomoci ze strany služeb a pečujících osob.** Takovéto posouzení by zároveň poskytlo klíčová data pro plánování sociálních služeb i informace o náročnosti péče, která je nezbytná pro rozvoj finančně-sociálního zabezpečení a další podporu pečujících.

10) Doporučujeme, aby při zavádění nového modelu byla věnována **mimořádná pozornost zajištění plné možnosti odvolání a uplatnění opravných prostředků**. Nový model posouzení je pro běžného uživatele výpočtově složitý a napadání jeho výsledků bude výrazně obtížnější. Výpočet může být východiskem posouzení, nesmí ale nahradit srozumitelně odůvodněné rozhodnutí a úplný a přesvědčivý posudek, které by bylo možné v případě potřeby využít opravné prostředky.

Úvod a vstupní zhodnocení modelu pro stanovení cílů pilotáže

Příspěvek na péči je klíčovou dávkou pro lidi s postižením a jejich pečující. Slouží k úhradě potřebné pomoci, kterou její příjemce potřebuje pro naplnění životních potřeb, které sám z důvodu postižení či nemoci nezvládá. Příspěvek může vynaložit na nákup sociálních služeb či jím odměnit pečující, kteří mu pomáhají.

Celkové nastavení dávky ale selhává: nepokrývá dostatečně skutečné náklady na péči, které lidi s postižením potřebují pro důstojný život. Dávka není valorizovaná, ceny služeb rostou rychleji a kupní síla příspěvku tak dlouhodobě klesá. Posuzování nereflektuje, kolik podpory člověk potřebuje a celkovou náročnost péče. Proces přiznávání dávky je složitý, zdlouhavý a uživatelsky nepřívětivý. Žadatelé se setkávají s bagatelizací své situace a přiznáním neadekvátní výše dávky, což ústí v úmorné využívání opravných prostředků. Do každodenního života lidí s postižením a jejich blízkých se tak současné nastavení systému propisuje nedostatkem prostředků na obstarání potřebné pomoci, nejistotou a nedůstojností.

Diskrepance mezi důležitostí dávky a jejími deficity je enormní. Finanční podpora a posuzování potřeb je tak jednou z oblastí, na kterou se Aliance dlouhodobě advokačně zaměřuje. Od roku 2024 působí v AIP pracovní skupina k příspěvku na péči složená z 8 organizací, která spolupracuje na aktivitách v tomto tématu. V roce 2024 zrealizovala AIP dotazníkové šetření mezi členskými organizacemi o jejich zkušenostech s příspěvkem na péči. Podle 4/5 z nich posuzuje současný systém potřebu péče špatně[1].

Aliance také vydala poziční dokument[2], ve kterém překládá své návrhy k reformě dávky: Stát musí spravedlivě posuzovat, jakou podporu lidé s postižením pro důstojný život v přirozeném prostředí potřebují. Stát musí zajistit, aby celkové nastavení hlavního finančního nástroje určeného na nákup potřebné pomoci bylo funkční a lidem s vážným postižením opravdu umožnilo žít doma.

V létě roku 2024 Ministerstvo práce a sociálních věcí zřídilo pracovní skupinu k reformě posuzování příspěvku na péči, do které byla Aliance přizvána. Zahájení práce na revizi samotného posuzování i participaci uživatelské střešní organizace velmi oceňujeme. Pozměňovací návrh zákona lex Ukrajina, který přenášel německý model posuzování na občany z Ukrajiny se zdravotním postižením pro účely výpočtu humanitární dávky s cílem tento model v České republice odpilotovat a pak výhledově rozšířit, byl překvapením. Výzvou na straně uživatelů se naráz stalo systému vůbec porozumět a zaujmout relevantní stanovisko. Posuzování je komplexní a výpočet složitý, estimace dopadů do praxe tak složitá.

Určité parametry nového modelu posuzování jsou v souladu s návrhy AIP: realizace posouzení v domácnosti žadatele, zrychlení a zjednodušení procesu či zahrnutí kritérií, které lidem

---

[1] Churá M. & H. Geissler (2024). *Zkušenosti členských organizací AIP s příspěvkem na péči.* Online. Praha: AIP. Dostupné zde: https://aipp.cz/wp-content/uploads/2025/01/Zkusenosti-clenskych-organizaci-AIP-s-prispevkem-na-peci_2024.pdf

[2] Aliance pro individualizovanou podporu (2024). *Stát musí spravedlivě posuzovat, jakou podporu lidé s postižením potřebují pro důstojný život.* Online. Praha: AIP. Dostupné zde: https://aipp.cz/wp-content/uploads/2024/12/Prispevek-na-peci-one-pager-AIP.pdf

se závažným postižením zaručují lepší zohlednění jejich situace. Např. kritérium neschopnost používat horní i dolní končetiny vede k automatickému přiznání dávky v nejvyšším stupni, kritérium chování a psychické problémy zase obsahuje položky, které korespondují s potřebami lidí s poruchou autistického spektra či duševním onemocněním. Podrobněji je v novém systému hodnocena také situace lidí s komplexními zdravotními potřebami (např. parenterální výživa, péče o stomie, invazivní ventilace).

Nad jinými parametry nového modelu však zůstává otazník. Z hlediska potřeb lidí se zdravotním postižením a možnosti žít aktivní nezávislý život není příznivé, že se posuzování omezuje na hodnocení soběstačnosti pouze v domácím prostředí. Pomoc potřebují obvykle zejména mimo domov. Soběstačnost je hodnocena s využíváním pomůcek, což také skýtá určité nástrahy. Výše přiznané dávky nemusí adekvátně krýt potřebnou pomoc v situacích, kdy se klíčová pomůcka rozbije či ji nelze použít. Navíc mnoho lidí s postižením do kvalitních pomůcek investuje vlastní zdroje nad rámec příspěvků státu. Bylo by nespravedlivé, aby díky vlastnímu přičinění byli následně oceněni nižším příspěvkem na péči.

Nový model přenáší posouzení do rukou zdravotníků, provádět by ho měli tzv. odborní nelékařští zdravotničtí pracovníci. Sociální šetření je vynecháno. Sociální rozměr posouzení ale považujeme za zásadní, protože právě v rámci něj lze lépe zohlednit rozsah potřebné pomoci a podpory druhé osoby, proměnlivost péče, podporu nutnou pro naplňování sociálních rolí, celkovou situaci žadatele a pečující rodiny a přirozené zdroje podpory. Nový model stejně jako ten současný vyčísluje body, na jejichž základě rozřazuje příjemce do různých stupňů, ve kterých je vyplácen příspěvek na péči. Hodiny potřebné péče a podpory pro žadatele nejsou výstupem.

Promarněnou příležitostí je, že součástí ověření nového posuzování dle lex Ukrajina v českém prostředí není také druhá část procesu posuzování realizovaná v Německu, ve které jsou žadateli o dávku doporučena podpůrná opatření. Tento prvek posuzování rozšiřuje o sociální poradenství, které je pro člověka stejně tak důležité jako přiznaná dávka.

Ministerstvo práce a sociálních věcí nám poskytlo mnoho informací o úspěšném fungování systému v Německu, nespokojenost s posouzením a míra odvolávání proti rozhodnutí je údajně velmi nízká. To všechno by byl pro českou praxi skvělý posun. Po podrobnějším seznámení je ale třeba říci, že výpočet v rámci nového posouzení je komplikovaný a pro běžného uživatele sám o sobě bude spíše „black boxem“. Proti výsledku posouzení tak bude významně složitější se odvolat a uplatnit opravné prostředky.

Co by zavedení nového modelu posuzování znamenalo pro všechny lidi se zdravotním postižením v České republice? Jaký stupeň dávky by jim byl přiznán? Jak by se změnilo posouzení lidí v současném a novém modelu? Pohoršili by si, či polepšili? Jaké stanovisko k němu za uživatele vydat? Abychom byli schopni na tyto otázky odpovědět, rozhodli jsme se nový model posuzování v rámci Aliance odpilotovat.

Metodika a průběh pilotáže

Nástrojem pro pilotáž nového modelu posuzování byl dotazník složený z uzavřených a otevřených otázek a tzv. kalkulačka vytvořená v MS Excel. Obě části byly vyplňovány u každého pilotovaného případu.

Dotazník sloužil k shromáždění dat o posuzovaném člověku a aktuálně přiznaném příspěvku na péči. Proměnné zahrnovaly věk, pohlaví, typ postižení nebo diagnóza, jakou pomoc, péči a podporu člověk potřebuje a kdo o osobu pečuje, pomáhá ji a podporuje, jaké služby využívá, jaký má přiznaný příspěvek na péči a uznané životní potřeby.

Zjišťovali jsme také časovou náročnost péče pomocí dvou otázek:

- ***Představte si průměrný den. Kolik hodin pomoci druhé osoby (tedy péče pečující osoby nebo pomoci služby) příjemce příspěvku na péči potřebuje, aby měl důstojně naplněné své životní potřeby, které sám/sama nezvládá?*** *Započítejte prosím nejen přímou péči (např. pomoc při hygieně, oblékání, jídle), ale i podporu při složitějších každodenních činnostech, jako je pomoc v domácnosti, nakupování a příprava jídla, doprovod, vyřizování věcí atp.*
- ***Kolik hodin denně může být příjemce sám bez dohledu či blízkosti druhé osoby?***

U první z otázek bylo pro část respondentů obtížné přesně vyčíslit počet hodin potřebné pomoci druhé osoby (např. u neformální péče je nesnadné určit, kolik hodin ze společně stráveného času pečující a pečované osoby zabere péče). Odpovědi jsou odhadem respondentů, pro stanovení přesnější časové náročnosti péče by bylo nutné využít komplexnější nástroj. Validita druhé otázky je však vysoká a zcela přesně určila skupinu osob, které potřebují péči v režimu 24/7.

Samotná „kalkulačka“ spočívala v naprogramování parametrů nového modelu posuzování, definovaných v zákoně do prostředí MS Excel (viz Příloha č. 1). Nástroj jsme následně rozeslali mezi členské organizace AIP s prosbou o odpilotování nového modelu posuzování na 3 osobách z řad jejich členů a klientů. Volba případů byla na samotných organizacích. Doporučili jsme však, aby zahrnuli spíše ty, kteří v současném systému mají problém s přiznáním příspěvku na péči v adekvátní výši. V organizacích z řad poskytovatelů služeb kalkulačku vyplňovali sociální pracovníci, v rodičovských a pacientských organizacích sami uživatelé a jejich pečující. Pilotáž probíhala na jaře a v létě 2025, kdy nebyla k dispozici metodika posuzování obsahující přesný výklad posuzovaných položek, což může být zdrojem určité nepřesnosti.

V pilotáži se objevuje více osob s III. a IV. stupněm příspěvku na péči, což odráží členskou základnu Aliance a její zaměření na podporu lidí se závažným zdravotním postižením či onemocněním. Pilotáž si neklade nároky na to, aby byla reprezentativní, a to právě kvůli určitému zkreslení skrze charakteristiky naší členské základny a poměrně malý počet případů.

Přínos naší analýzy spočívá v popisu situací a trendů. Skrze četnosti a znázornění vztahů mezi relevantními proměnnými zachycujeme, jaké změny by zavedení nového modelu posuzování

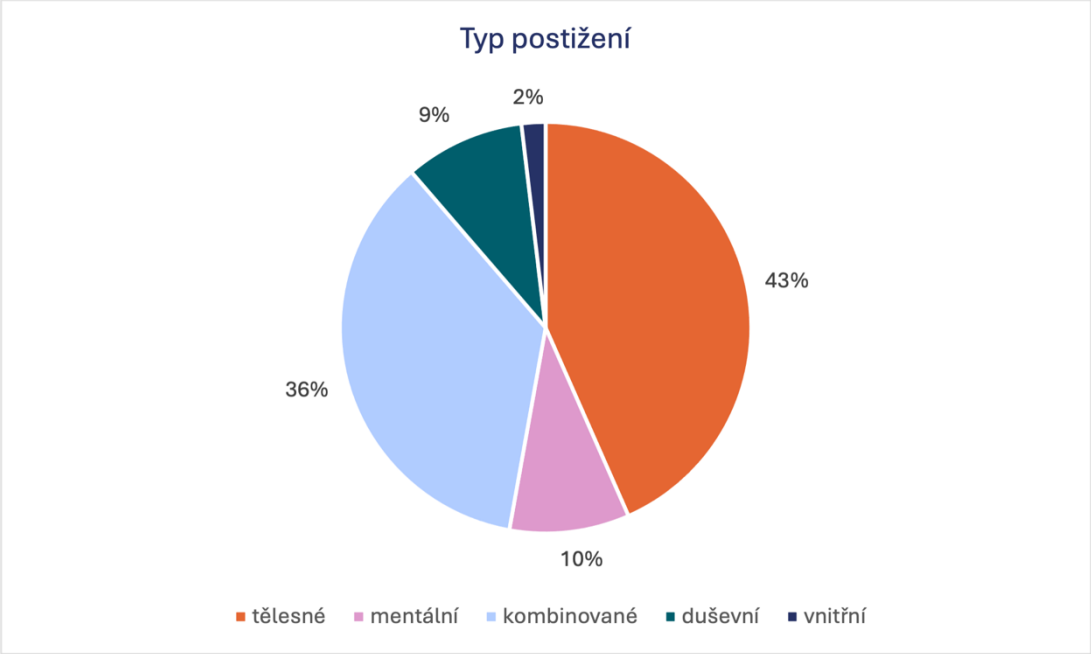
přineslo, a to zejména lidem s vysokou mírou potřebné podpory. Výsledky pilotáže tak popisují trajektorie, kterými se mohou příjemci dávky při změně systému pohybovat.

Popis vzorku

Do pilotáže se zapojilo 19 členů Aliance pro individualizovanou podporu. Celkem se nám podařilo získat 53 řádně vyplněných kalkulaček, naše analýza tedy pracuje s 53 případy lidí s postižením či vážným onemocněním. Mezi zkoumanými případy bylo 64 % mužů a 36 % žen. Věkově se jednalo nejčastěji o dospělé (62 %), poté o mladší 18 let (32 %). Do kategorie nejstarších (65+) patřilo pouze 6 %.

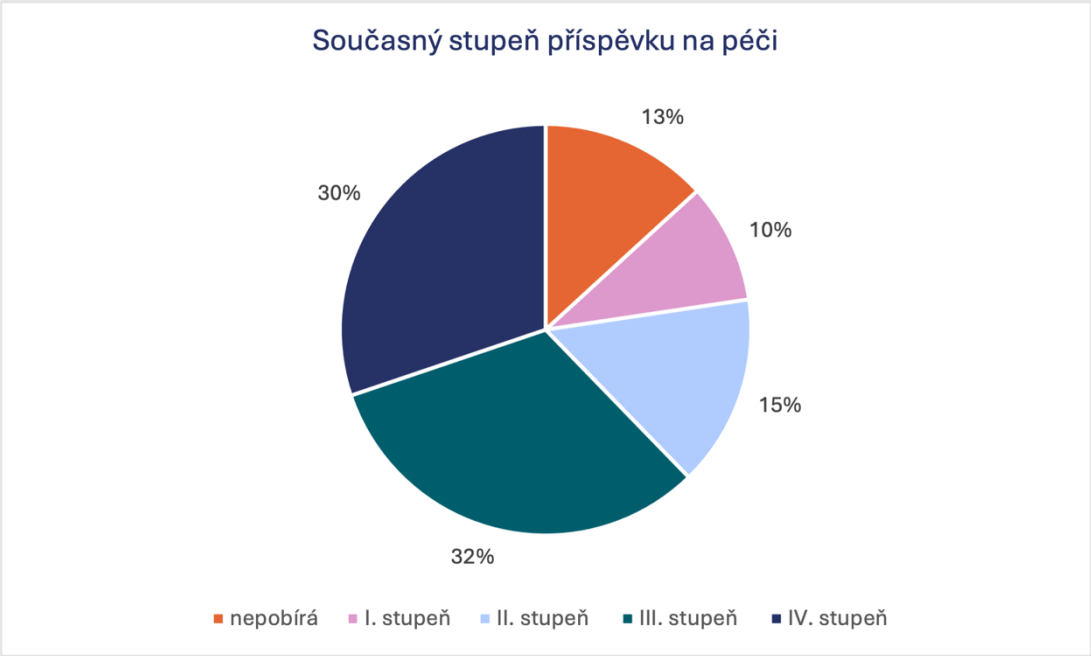
V souboru byla zastoupena poměrně široká škála postižení či onemocnění (viz Graf 1). Největší zastoupení mělo tělesné (43 %) a kombinované postižení (36 %). Méně zastoupeno pak bylo mentální postižení nebo duševní a vnitřní onemocnění. Pro účely analýzy jsme také navíc zjišťovaly přítomnost poruchy autistického spektra (PAS), protože u této skupiny osob dlouhodobě pozorujeme nesoulad mezi přiznanou výší příspěvku na péči a náročnosti péče. Ta se (buď samostatně nebo v kombinaci s nějakým typem postižení) objevovala u necelé čtvrtiny případů (23 %).

Graf 1: Typ postižení



Důležitou informací pro nás dále bylo, zda v současnosti dochází k pobírání příspěvku na péči a v jakém stupni (viz Graf 2). Nejčastěji se naši respondenti nachází ve III. (32 %) nebo IV. (30 %) stupni příspěvku na péči. Těch, kteří příspěvek na péči nemají přiznaný, bylo v našem souboru 13 %.

Graf 2: Současný stupeň příspěvku na péči



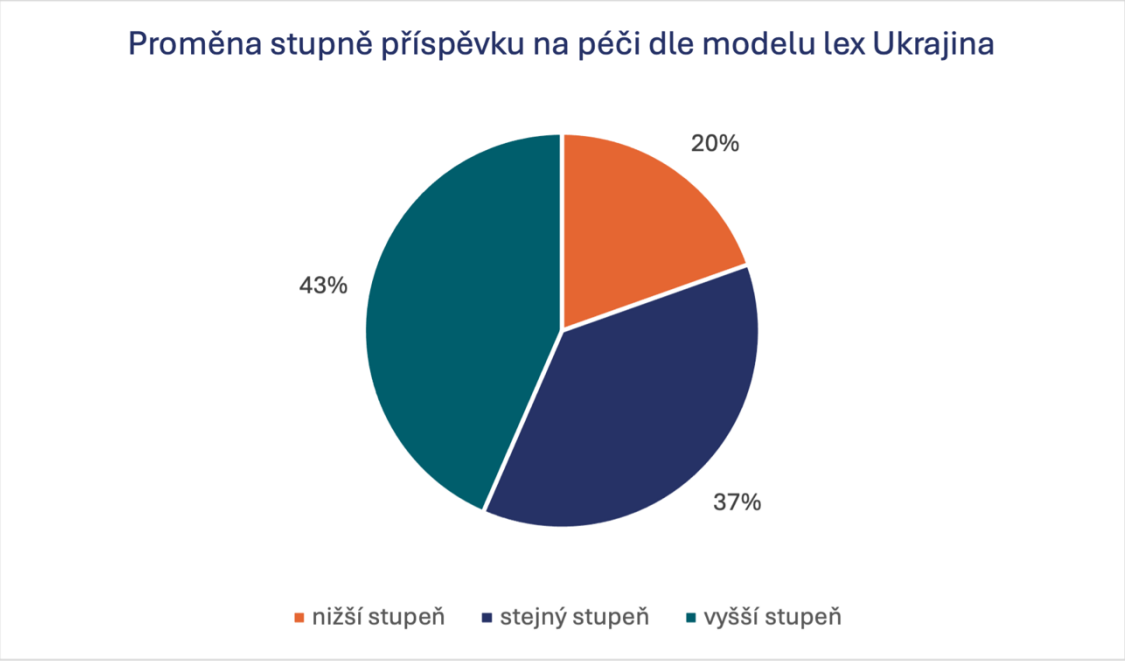
Dalším specifikem našeho vzorku je fakt, že více než v polovině případů (55 %) poskytují péči pouze neformální pečující. Velká část našich respondentů (41 %) pak využívá jak péči neformálních pečujících, tak jedné či více služeb. Pouze ve dvou případech se pomoc odehrává výhradně skrze sociální službu.

Porovnání dvou modelů posuzování

Proměny ve stupních příspěvku při posuzování dle modelu lex Ukrajina

Z analýzy vyplývá, že nový model posuzování u 37 % případů (v rámci těch, kteří v současnosti příspěvek na péči pobírají) zachovává současný stupeň. Ve 20 % případů se současný stupeň snižuje[3] a 43 % respondentům přináší nový model navýšení (viz Graf 3).

Graf 3: Proměna stupně příspěvku na péči dle modelu lex Ukrajina



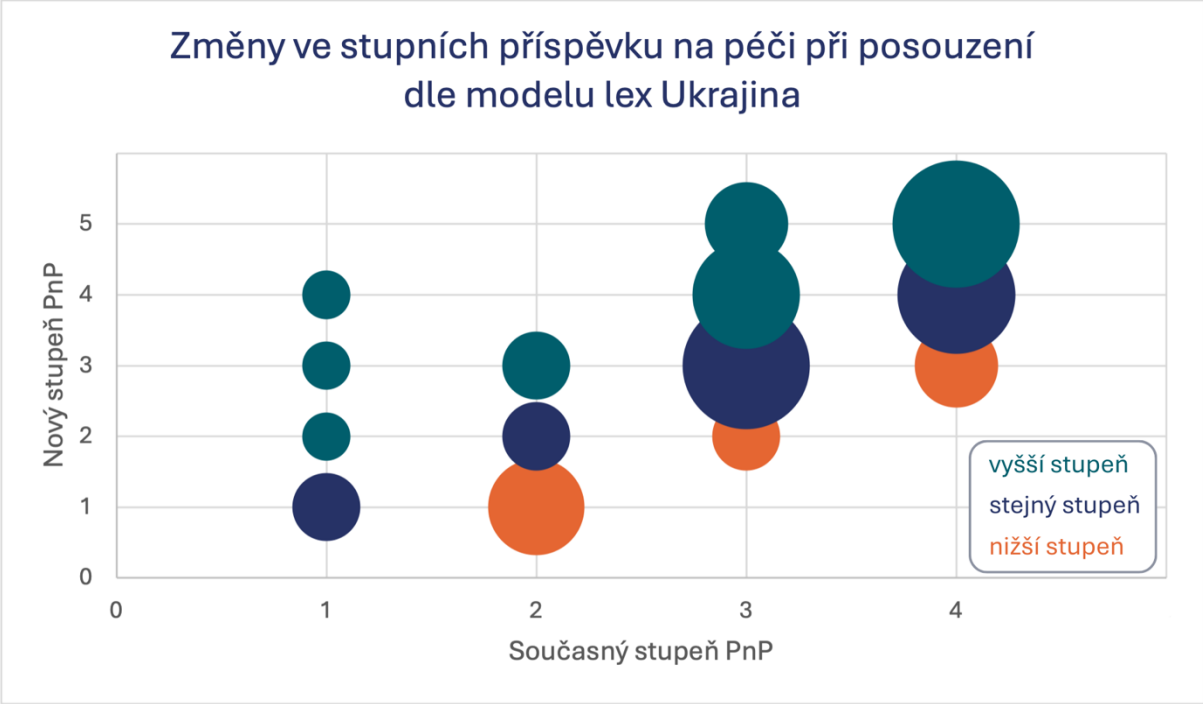
Prvním důležitým poznatkem tak je, že model posuzování dle lex Ukrajina ve většině případů přiznaný stupeň příspěvku zachovává nebo ho dokonce zvyšuje. Toto zvýšení ale nemusí samo o sobě znamenat příznivější posouzení míry soběstačnosti, podíl na něm má i vyšší počet stupňů u nového modelu a vysoké zastoupení příjemců dávky ve III. a IV. stupni ve vzorku.

Naprostá většina námi zachycených změn ve stupni příspěvku znamená navýšení nebo snížení o jeden stupeň (viz Graf 4). Ke snížení navíc dochází vždy pouze o jeden stupeň. Model posuzování dle lex Ukrajina tak nepřináší žádné výrazné propady. U těch, kteří pobírají I. stupeň příspěvku, navíc nedochází k jeho odebrání. Významnější navýšení se objevuje pouze u pěti případů[4].

[3] Ke snížení dochází napříč kategoriemi, a to čtyřikrát u kombinovaného postižení, třikrát u tělesného postižení, jednou u mentálního postižení a jednou také u duševního onemocnění.

[4] Tři z nich se přesouvají ze III. stupně do V. (dospělý s roztroušenou sklerózou, dospělý se SMA a dítě s Prader-Willi syndromem). Z I. stupně do III. se přesouvá dospělý se svalovou dystrofií, z I. do IV. stupně pak dítě s vývojovou dysfázií a atypickým autismem.

Graf 4: Změny ve stupních příspěvku na péči při posouzení dle modelu lex Ukrajina



Pátý stupeň

Model posuzování dle lex Ukrajina je mimo jiné specifický tím, že pracuje s pěti stupni příspěvku na péči, na rozdíl od současných čtyř. Do nového V. stupně se v našem souboru zařadila velká část těch, kteří v současnosti pobírají III. nebo IV. stupeň příspěvku. Celkem na V. stupeň v pilotáži dosáhlo jedenáct lidí. Pět z nich na základě získaných bodů, šest z nich na základě kritéria neschopnosti používat dolní a horní končetiny. V jednom případě bylo do V. stupně zařazeno také tříleté dítě s Duchennovou svalovou dystrofií a PAS, které aktuálně nemá příspěvek na péči přiznaný.

Lidé s postižením, kteří příspěvek na péči aktuálně nepobírají

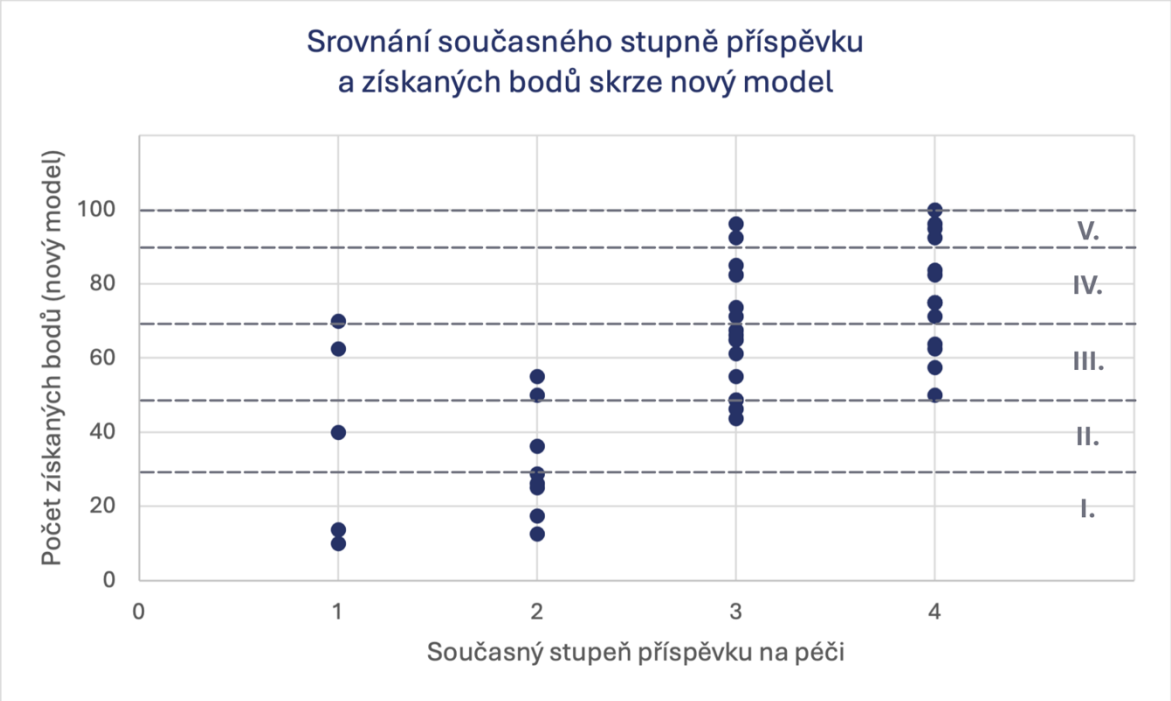
Model posuzování dle lex Ukrajina také přisoudil stupeň příspěvku na péči těm, kteří ho nyní nepobírají. Rozmístěni byli po celé škále – dosáhli na I., II., III., a dokonce i na V. stupeň (již zmíněno výše). Do této skupiny patřili zejména lidé s duševním onemocněním, ale také s tělesným postižením nebo vnitřním onemocněním. Na základě sledovaných případů můžeme jednoznačně říci, že mezi lidmi, kteří nemají v současnosti přiznaný příspěvek na péči, jsou i tací, kteří vyžadují velké množství péče a v novém systému (a dost možná i v současném, pokud by si o dávku zažádali), by jim byl přiznán příspěvek ve vysokém stupni.

Odlišný způsob posuzování: životní potřeby vs. body

V předchozí části jsme se soustředili na to, jaký stupeň příspěvku přisuzuje model posuzování dle lex Ukrajina v porovnání se současným modelem. Kromě toho považujeme také za důležité podívat se na tyto dva modely o něco blíže a porovnat, jak si v rámci posuzování (ne)odpovídají.

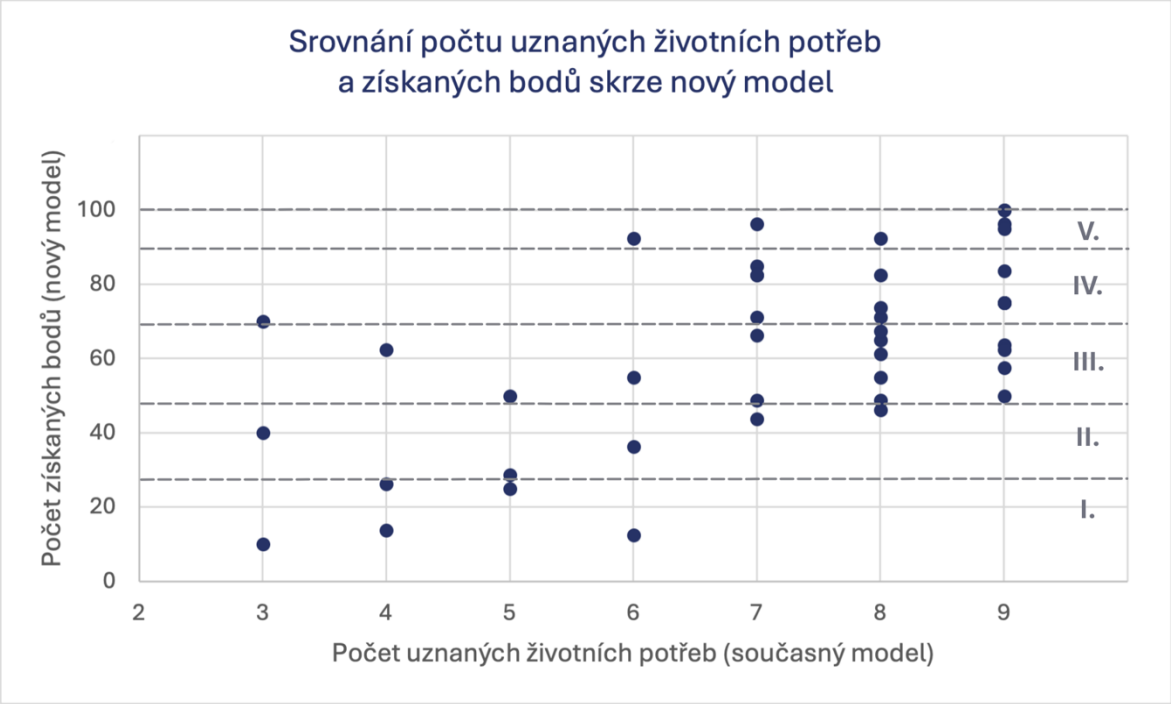
Graf 5 zobrazuje, kolik bodů získali v pilotáži lidé, kteří v současnosti pobírají daný stupeň příspěvku na péči. První informací, kterou lze z grafu vyčíst je, že mezi jednotlivými stupni existují poměrně značné překryvy – tedy že v novém modelu posuzování mohou lidé napříč jednotlivými stupni současného příspěvku získat velmi podobný počet bodů (např. v rozmezí 60-80 bodů se pohybují lidé, kteří v současnosti pobírají jak první, tak třetí nebo čtvrtý stupeň příspěvku na péči).

Graf 5: Srovnání současného stupně příspěvku a získaných bodů skrze nový model



Graf 6 zobrazuje, do jaké míry si odpovídají uznané životní potřeby se získanými body. Opět můžeme vidět poměrně velké překryvy a zároveň mnohem větší roztříštěnost v nižších stupních (tři až šest životních potřeb odpovídá I. a II. stupni příspěvku na péči). Od sedmi životních potřeb výše (což odpovídá III. a IV. stupni příspěvku na péči) vidíme sice výrazné překryvy, ale i větší konzistentnost v rozložení bodů.

Graf 6: Srovnání počtu uznaných životních potřeb a získaných bodů skrze nový model



Tato dvě použitá znázornění ukazují, že model posuzování dle lex Ukrajina významněji proměňuje situaci lidí v současném I. a II. stupni a často jim přisuzuje vyšší stupeň příspěvku. Ve III. a IV. stupni k výraznějším přesunům nedochází – u těchto případů oba modely posuzování pracují konzistentněji.

Příspěvek na péči a náročnost péče

Zajímalo nás také, jak modely posuzování rozřazují lidi s různou náročností péče. Tabulka 1 zachycuje, kolik hodin péče potřebují lidé zařazeni v různých stupních příspěvku.

Tabulka 1: Rozptyl hodin péče v jednotlivých stupních příspěvku a jeho změna při posuzování novým modelem

Rozptyl hodin péče	I. stupeň	II. stupeň	III. stupeň	IV. stupeň	V. stupeň
Současný model	3-18	1-10	3-19	8-18	
Nový model	1-10	6-8	2-15	8-19	8-18
Změna v rozptylu	- -	- -	-	+	

Vidíme, že u současného modelu posuzování je rozptyl hodin péče v jednotlivých stupních poměrně vysoký a opět dochází k podstatným překryvům. Nastávají tak situace, kdy člověk s velkým množstvím potřebné péče pobírá I. stupeň příspěvku na péči, zatímco jiný s menším množstvím potřebné péče dosáhne na III. stupeň. Jinak řečeno, současný systém posuzování reflektuje potřebu péče nedostatečně.

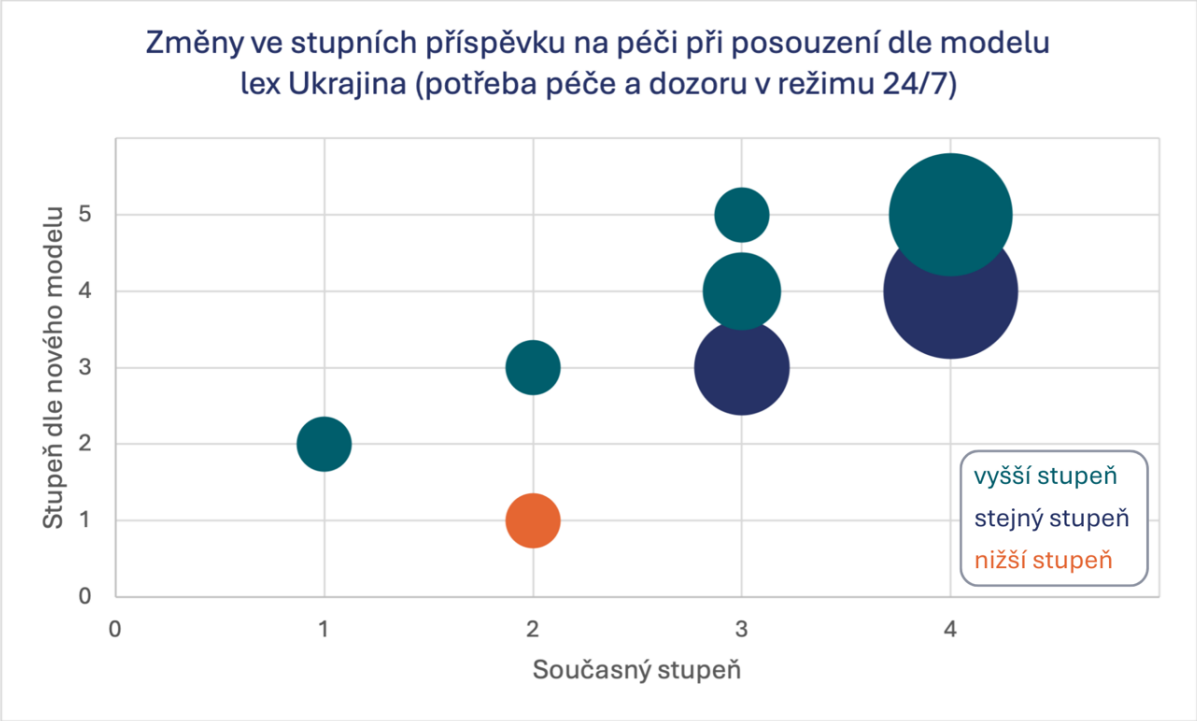
Systém posuzování dle lex Ukrajina toto rozložení mírně koriguje, a to zejména u I. a II. stupně. U III. stupně se rozptyl snižuje pouze minimálně, u IV. stupně dochází dokonce k mírnému navýšení. V případě nového V. stupně je rozptyl hodin péče též poměrně vysoký. Ani tento model tak nedokáže pokrýt potřebnou péči v takovém rozsahu, v jakém by bylo potřeba. Z našich dat vychází, že pokud někdo potřebuje osm hodin péče denně, může se ocitnout v jakémkoliv z pěti stupňů příspěvku na péči. IV. a V. stupeň mají navíc téměř stejné rozptyly, navýšení stupňové škály tak (z hlediska časové náročnosti péče) nemá evidentní přínos.

Změny ve výši stupně příspěvku na péči u skupin s potřebou péče a dozoru 24/7 a PAS

Vzhledem ke specifikům potřeby péče a dozoru v režimu 24/7 a poruchy autistického spektra (PAS) jsme se rozhodli podívat na to, k jakým proměnám stupně příspěvku v rámci těchto dvou skupin dochází. Potřeba péče nebo dozoru v režimu 24/7, tedy situace, kdy příjemce příspěvku na péči nemůže zůstat sám, se týká podstatné části našeho souboru (43 %).

Lidé s potřebou péče a dozoru v režimu 24/7 se v současnosti nachází ve všech stupních závislosti (viz Graf 7). Většina z nich se pohybuje ve vyšších stupních, někteří jednotlivci ale i v novém systému zůstávají velmi nízko[5].

Graf 7: Změny ve stupních příspěvku na péči při posouzení dle modelu lex Ukrajina (potřeba a péče dozoru v režimu 24/7)



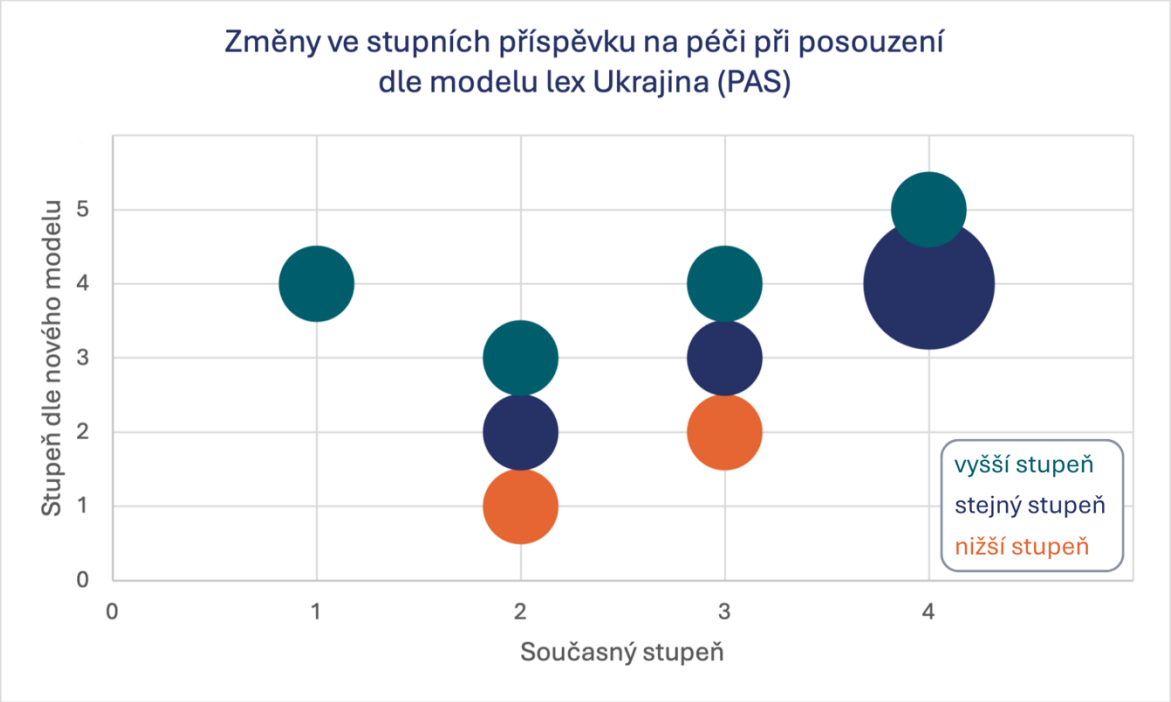
Ani jeden z modelů posuzování nezařazuje lidi vyžadující péči v módu 24/7 automaticky do nejvyššího stupně. Výsledek posouzení a přidělená finanční podpora tak neodpovídá

[5] Mezi tyto dva případy patří dítě s PAS a chováním náročným na péči a dospělá žena se ztrátou krátkodobé paměti po autoimunitním onemocnění mozku.

náročnosti potřebné péče a podpory. Přestože model posuzování dle lex Ukrajina nepracuje s potřebou péče a dozoru v režimu 24/7 explicitně, implicitně ji hodnotí lépe. V novém systému se tak vztah mezi náročností péče a přidělenou podporou zlepšuje. Polovina lidí s touto potřebou by dosáhla na vyšší stupeň příspěvku, zbytek zůstává na stejném. Pouze v jednom případě se stupeň snižuje.

V případě poruchy autistického spektra naše pilotáž nedává jasné závěry. Stupeň příspěvku na péči se pravděpodobně odvíjí od formy autismu a případné kombinaci s jiným postižením, v našem souboru byla navíc PAS poměrně málo zastoupena. I v rámci této skupiny nový model posuzování stupeň ponechává stejný, nebo ho navyšuje (viz Graf 8). Ke snížení dochází pouze ve dvou případech.

Graf 8: Změny ve stupních příspěvku na péči při posouzení dle modelu lex Ukrajina (PAS)



Závěr

Pilotáž nového modelu posuzování dle lex Ukrajina mezi členskými organizacemi Aliance pro individualizovanou zachycuje trajektorie, které by zavedení nového modelu v praxi mohlo přinést pro lidi s vážným zdravotním postižením. Pilotáž měla explorativní charakter a její výsledky je nutné interpretovat s ohledem na použitou metodiku. Do pilotáže se zapojilo 19 organizací, které nový model posuzování ověřily na 53 případech lidí z řad jejich členů či klientů.

Výsledky ukazují, že nový model ve většině případů stupeň příspěvku zachovává nebo navyšuje a lidem s vážným zdravotním postižením nepřináší významné zhoršení situace. Tento trend adekvátně odpovídá přechodu na 5-stupňový model a vysokému zastoupení příjemců dávky ve III. a IV. stupni ve vzorku. Zároveň je patrné, že u příjemců v nižších stupních dokáže nový model lépe rozpoznat míru potřebné podpory a u dříve podhodnocených posouzení častěji vede k navýšení stupně.

Nový model však zároveň nepřináší řešení pro jednu ze systémových slabin, kdy dávka nekoresponduje s potřebnou podporou a náročností péče. Vztah mezi skutečnou časovou náročností péče a přiznaným stupněm zůstává nadále nepřesný, byť se v novém modelu lehce zlepšuje. Lidé s potřebou péče v režimu 24/7 mohou i nadále spadnout do nižších stupňů.

To, zda nový model posuzování skutečně zlepší situaci lidí s postižením, bude záviset především na tom, jaké částky budou k jednotlivým stupňům příspěvku na péči přiřazeny. Současná výše dávky, včetně nejvyššího stupně, přitom zdaleka nepokrývá rozsah potřebné péče. Aby mohl nový model naplnit svůj potenciál, bylo by třeba finančně posílit stupně, což by příjemcům dávky umožnilo za příspěvek nakoupit větší objem služeb a potřebné pomoci.

Pilotáž ukazuje, že nový model posuzování může být přínosem, sám o sobě ale výrazně nezlepší situaci lidí s nejvyšší mírou potřebné podpory. Nadále totiž neprovazuje posouzení s reálným rozsahem potřebné podpory. Reformu posuzování by tak bylo vhodné doplnit o systémové řešení pro lidi se závažným zdravotním postižením – individualizované posuzování potřeb, které by vyčíslilo objem potřebné podpory v čase, které by bylo základem pro návazné plánování a zajištění potřebné podpory člověka s postižením ze strany služeb a pečujících osob. Toto posouzení by také poskytlo potřebné informace pro plánování sociálních služeb a informace o náročnosti péče, které jsou klíčové pro rozvoj finančně-sociálního zabezpečení a další podporu pečujících osob.

Nový model posouzení nabízí rychlost a procesní zjednodušení. To by byl lék na současnou zdlouhavost a složitost procesu přiznávání dávky, které uživatele dlouhodobě velmi trápí. Pokud by skutečně přinesl rychlejší řízení a větší předvídatelnost, šlo by o významné zlepšení pro českou praxi.

Současně je však nutné mít na paměti, že nový model je výpočtově složitý a pro běžného uživatele obtížně srozumitelný. Sestavení odvolání proti přiznanému stupni, se kterým by nesouhlasil, bude podstatně náročnější. Důležité je tak nejen dobré nastavení samotného systému, ale i budování důvěry žadatelů o dávku ve výsledek posouzení. Stejně tak je ale klíčové, aby byla při jeho zavádění věnována mimořádná pozornost zachování plné možnosti

uplatnění opravných prostředků dle správního řádu. Zrychlení posuzování ani výpočty nesmí jít na úkor úplnosti, srozumitelnosti a přesvědčivosti posudků; rozhodnutí musí zůstat jasně a písemně odůvodněná, aby bylo možné v případě potřeby opravné prostředky využít. Ověřování nového modelu na občanech z Ukrajiny v tomto ohledu vodítko o vhodnosti nastavení systému neposkytne, protože přiznávání humanitárních dávek nepodléhá správnímu řádu.

Poděkování

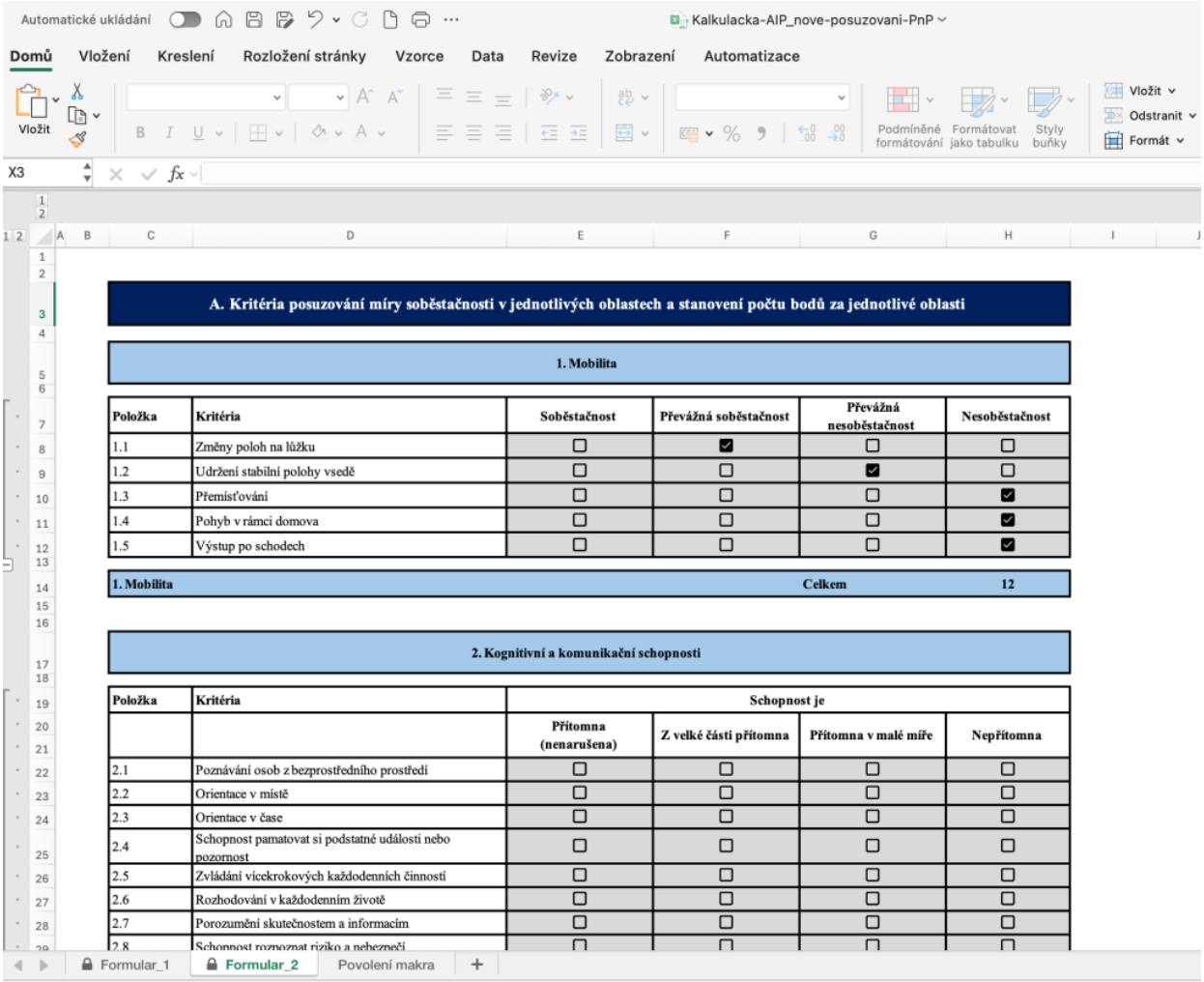
Děkujeme členům Aliance zapojeným do pilotáže.

- Asociace pomáhající lidem s autismem APLA Severní Čechy, z. s.
- CEREBRUM – Asociace osob po získaném poškození mozku, z. s.
- Česká asociace paraplegiků – CZEPA, z. s.
- Česká asociace pro vzácná onemocnění, z. s.
- LÍP A SPOLU, z. s.
- METODĚJ, z. s.
- Naděje pro děti úplňku, z. s.
- Nová Sympathea, z. s.
- Opus Lacrimosa, z. ú.
- PARENT PROJECT, z. s.
- PRADER-WILLI, z. s.
- Rytmus Střední Čechy, o.p.s.
- SDMO – Sdružení pro komplexní péči při dětské mozkové obrně, z. s.
- SMÁci, z. s.
- Spolek pro atypické parkinsonské syndromy, z. s.
- Unie ROSKA – česká MS společnost, z. s.
- Willík – spolek pro Williamsův syndrom, z. s.
- Zet-My, z. s.
- Lucie Ovsenáková

Děkujeme také členům pracovní skupiny AIP k příspěvku na péči za podporu celého průběhu pilotáže a cenné podněty: Česká asociace paraplegiků – CZEPA, METODĚJ, Naděje pro děti úplňku, Nová Sympathea, Rytmus Střední Čechy, SMÁci, Spolek pro atypické parkinsonské syndromy a Lucie Ovsenáková.

Příloha

Příloha č. 1: Kalkulačka AIP k výpočtu stupně příspěvku na péči dle nového modelu posuzování (ukázka)



A. Kritéria posuzování míry soběstačnosti v jednotlivých oblastech a stanovení počtu bodů za jednotlivé oblasti

1. Mobilita

Položka	Kritéria	Soběstačnost	Převážná soběstačnost	Převážná nesoběstačnost	Nesoběstačnost
1.1	Změny poloh na lůžku	☐	☑	☐	☐
1.2	Udržení stabilní polohy vsedě	☐	☐	☑	☐
1.3	Přemísťování	☐	☐	☐	☑
1.4	Pohyb v rámci domova	☐	☐	☐	☑
1.5	Výstup po schodech	☐	☐	☐	☑

1. Mobilita	**Celkem**	**12**

2. Kognitivní a komunikační schopnosti

Položka	Kritéria	Schopnost je			
		Přítomna (nenarušena)	Z velké části přítomna	Přítomna v malé míře	Nepřítomna
2.1	Poznávání osob z bezprostředního prostředí	☐	☐	☐	☐
2.2	Orientace v místě	☐	☐	☐	☐
2.3	Orientace v čase	☐	☐	☐	☐
2.4	Schopnost pamatovat si podstatné události nebo pozornost	☐	☐	☐	☐
2.5	Zvládání vícekrokových každodenních činností	☐	☐	☐	☐
2.6	Rozhodování v každodenním životě	☐	☐	☐	☐
2.7	Porozumění skutečnostem a informacím	☐	☐	☐	☐
2.8	Schopnost rozpoznat riziko a nebezpečí	☐	☐	☐	☐

Ke stažení a využití na: https://aipp.cz/vyzkousejte-si-novy-model-posuzovani-prispevku-na-peci-v-kalkulacce-aip/