

JAKÉ ZMĚNY JSOU NUTNÉ PRO SPRÁVNÉ FUNGOVÁNÍ TERÉNNÍCH SOCIÁLNÍCH SLUŽEB V ČESKÉ REPUBLICĚ

Kolektiv autorů
2023

Kolektiv autorů

Ing. Jiří Horecký, Ph.D., MSc., MBA, prezident, Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR, z. s.

Mgr. Marcela Hauke, ředitelka, Pečovatelská služba Města Dvůr Králové nad Labem, p. o.,
předsedkyně Sekce terénních služeb, Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR, z. s.

Bc. Elvíra Patáková, MBA, ředitelka, Generace Care, z. ú.

Jana Vávrová, ředitelka, Péče srdcem, z. ú.

Ing. Jan Schneider, ředitel, Jihoměstská sociální, a. s.,
předseda Sekce služeb pro rodinu, Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR, z. s.

Mgr. Marie Jarošová, ředitelka, Sociální služby Města Milevska, p. o.,
místopředsedkyně pro Jihočeský kraj, Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR, z. s.

Ing. Lukáš Knapp, statutární ředitel, Global Partner Péče, z. ú.

Mgr. Karolína Wankovská, DiS., ředitelka, Charita Litoměřice,
předsedkyně Sekce sociálních služeb pro osoby bez domova, Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR, z. s.

Ing. Renata Kainráthová, vedoucí, Pečovatelská služba a denní stacionář, G-centrum Tábor, p. o.,
viceprezidentka pro terénní služby, Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR, z. s.

Mgr. Bc. Blanka Laboňová, ředitelka, Centrum sociálních služeb Kojetín, p. o.,
předsedkyně pro Olomoucký kraj, Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR, z. s.

Mgr. Petr Hanuš, ředitel sekce, Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR, z. s.

Jiří Boháček, předseda spolku a ředitel, HEWER, z. s.,
místopředseda Sekce terénních služeb, Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR, z. s.

Jaké změny jsou nutné pro správné fungování terénních sociálních služeb v České republice



Vydala Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR
Vančurova 2904, 390 01 Tábor
Odpovědná redaktorka: Ing. Petra Cibulková
Vydání 1., 2023
Grafická úprava, sazba a tisk: RUDI, a. s., Tábor
Titulní fotografie: iStock
ISBN 978-80-88361-36-7

Obsah

Úvod	5
1 Jaká je role měst a obcí při poskytování terénních sociálních služeb?	7
2 Proč jsou terénní sociální služby v České republice nedostupné?	8
3 Máme potřebná data?	11
4 Proč je nutné mít jeden, a ne 14 systémů financování terénních sociálních služeb?	14
5 Je nákladnější pobytová, nebo terénní sociální služba?	17
6 Jak výše úhrady ovlivňuje dotace?	19
7 Nový a jednotný systém financování terénních sociálních služeb	22
8 Sloučení terénních služeb sociální péče	27
9 Revoluce v příspěvku na péči – osobní rozpočty	29

10 Co s časem stráveným na cestě ke klientovi?	35
11 Časová dostupnost terénních sociálních služeb	39
12 Zohlednění dojezdu pečovatelské služby	40
13 Poskytování úkonů pečovatelské služby bez úhrady	43
14 Bonifikace za specifické cílové skupiny a diagnózy	45
15 Spolupráce terénních služeb s tísňovou péčí	48
16 Pečovatelská služba jako zaměstnanecký benefit	52
17 Obědy a pečovatelská služba – individuální poskytování péče	54
18 Klient jako zákazník – tržně orientovaný systém financování	56
19 Zvýšení efektivity sociálních služeb a návrh úspor ve financování sociálních služeb	59
Seznam literatury	63
Přílohy	64

Úvod

Dostupnost terénních sociálních služeb je nezbytným a klíčovým předpokladem toho, aby senior či osoba se zdravotním postižením mohli žít co nejdéle doma, ve svém přirozeném prostředí a pomoc a podpora jim byla poskytována právě v tomto místě. Jde o sociální službu, která v jisté míře a intenzitě představuje ekonomicky efektivnější řešení a zcela jistě je lepší variantou z pohledu kvality života příjemců těchto sociálních služeb. Přestože jsou tato fakta všeobecně známá, jde o sociální službu, která se v České republice nerozvíjí, je často místně, ale i časově nedostupná. V posledních letech dokonce dochází ke snižování kapacit terénní (pečovatelské) služby navzdory tomu, že se počet seniorů, tj. poptávka po této službě dlouhodobě zvyšuje.

Terénní sociální služby v České republice potřebují zásadní změnu. Změnu, kterou bychom mohli označit jako reformní nebo systémovou. Z tohoto důvodu jsme oslovili skupinu odborníků, kteří terénním sociálním službám rozumí, sami je provozují nebo jejich provozování řídí. Tato publikace je výsledkem více než roční práce a přináší nejen dosavadní poznatky, ať už ekonomické, kvalitativní či systémové, popisuje největší nedostatky, problémy a výzvy pro terénní služby v současnosti, ale přináší také možná řešení, návrhy, opatření pro nutné budoucí změny i odbornou diskuzi nad nimi.

Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR tak i nadále posiluje svoji roli odborné profesní organizace, která nejen pasivně připomínkuje, komentuje či kritizuje současný stav nebo návrhy, ale sama již několik let přináší a vytváří návrhy, doporučené postupy, řešení, které vycházejí z dialogu předních českých odborníků. V příloze pak najdete statistické údaje za vybrané terénní sociální služby.

Ing. Jiří Horecký, Ph.D., MSc., MBA
prezident Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR



1 Jaká je role měst a obcí při poskytování terénních sociálních služeb?

Jiří Horecký

V České republice je stále ještě mnoho oblastí, kde není terénní služba (zejména pečovatelská služba pro seniory) dostupná. Stát, resp. MPSV tuto skutečnost nijak neřeší (přitom by stačilo vytvořit akční plán k pokrytí a zajištění místní dostupnosti terénních sociálních služeb na celém území České republiky, který by byl navázán na změny priorit financování k dosažení definovaných cílů). Jako příklad dobré praxe můžeme uvést např. Kraj Vysočina, který plánuje úplné pokrytí dostupnou pečovatelskou službou na svém území. Je však nutné dodat, že podobných příkladů dobré praxe není mnoho.

Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR (APSS ČR) v minulosti navrhovala (jako podnět do odborné diskuze) možnost zavést povinnost městům a obcím, aby na svém území zajistili pro své občany pečovatelskou službu, pokud by to jejich sociální situace vyžadovala.

Města a obce mají obecnou povinnost vytvářet podmínky pro rozvoj sociální péče dle § 32 odst. 2 zákona č. 128/2000 Sb., o obcích: „Do samostatné působnosti obce patří zejména záležitosti uvedené v § 84, 85 a 102, s výjimkou vydávání nařízení obce. Obec v samostatné působnosti ve svém územním obvodu dále pečuje v souladu s místními předpoklady a s místními zvyklostmi o vytváření podmínek pro rozvoj sociální péče a pro uspokojování potřeb svých občanů. Jde především o uspokojování potřeby bydlení, ochrany a rozvoje zdraví, dopravy a spojů, potřeby informací, výchovy a vzdělávání, celkového kulturního rozvoje a ochrany veřejného pořádku.“ Tato povinnost

však není přesně definována a není přímo vymahatelná.

Řešením by mohlo být upravit a zpřesnit tuto deklaraci o povinnost zajistit terénní služby pro obyvatele na území obce, jejichž nepříznivá sociální situace vyžaduje zajištění podpory, pomoci nebo péče.

V praxi pak mohou municipality zajistit tuto dostupnost svými vlastními zaměstnanci, svou vlastní příspěvkovou organizací, ve spolupráci v rámci mikroregionů a s dalšími obcemi nebo zaslavněnou spoluprací s nejbližším poskytovatelem terénních služeb.

Se zavedením této nové povinnosti (která je v některých evropských zemích obvyklá) se pak může otevřít i parametrická otázka nastavení rozpočtového určení daní, které by tuto povinnost mohlo reflektovat.

2 Proč jsou terénní sociální služby v České republice nedostupné?

Marcela Hauke, Elvíra Patáková

Hlavními terénními službami jsou pečovatelská služba (PS) a osobní asistence (OA). Obě patří mezi služby první linie a umožňují svým klientům žít v domácím prostředí v době, kdy ke svému samostatnému životu potřebují pomoc druhé osoby. Díky tomu nemusí odcházet do pobytových zařízení a mohou si i nadále zachovat svůj způsob života v dané komunitě.

V současné době je v České republice registrovaných 682 pečovatelských služeb a 206 osobních asistencí.¹ Z údajů z předchozích let je patrné, že pozvolna dochází ke snižování počtu těchto služeb (v roce 2018 bylo v ČR registrováno 723 PS a 223 OA).

Statistické údaje² dokládají převis poptávky nad nabídkou:

Počet klientů	2016	2017	2018	2019	2020
PS	106 673	100 697	103 312	104 658	100 480
OA	8 959	8 743	9 716	10 123	10 191

Počet neuspokojených žádostí	2016	2017	2018	2019	2020
PS	1 654	5 171	3 490	5 138	4 898
OA	907	1 403	1 783	3 061	2 727

Dá se předpokládat, že neuspokojených žádostí bude podstatně více, a to z důvodu rozdílného vedení statistik. V mnohých případech služba zájemci sdělí, že nemá kapacitu, odkáže ho na jiné služby a informaci nikde neneviduje.

Za hlavní důvody nedostupnosti terénní péče lze považovat:

1. Personální zajištění

Přestože by někteří poskytovatelé rádi navýšili kapacitu, narážejí na nemožnost zajistit službu personálně. Je to problém zejména u velkých měst nebo obcí v dosahu průmyslově zajímavých lokalit, které nabízejí více pracovních možností i lépe honorovanou práci. Někteří poskytovatelé, zejména z řad nestátních neziskových organizací, nabízejí i podstatně nižší mzdové ohodnocení než poskytovatelé, kteří své zaměstnance

¹ Registr poskytovatelů sociálních služeb. [online]. [Cit. 2. 8. 2022]. Dostupné z: http://iregistr.mpsv.cz/socreg/hledani_sluzby.do?SUBSESSION_ID=1659434200996_1.

² Statistické ročenky z oblasti práce a sociálních věcí 2016–2022. MPSV. [online]. Dostupné z: <https://www.mpsv.cz/web/cz/statisticka-rocenka-z-oblasti-prace-a-socialnich-veci>. s. 46–55. (V případě Statistických ročenek MPSV za roky 2017–2020: s. 46–55; v případě Statistické ročenky za rok 2016: s. 59–67.). Staženo dne 2. 8. 2022.

odměňují platem, čímž nabídky nestátních neziskových organizací ztrácejí svou konkurenceschopnost na trhu práce.

2. Nesystémovost ve financování

Poskytovatelé nemají jistotu finančního krytí provozu své organizace. Začátek roku musí pokrýt z rezerv nebo půjček, přičemž z hlavní činnosti nelze generovat zisk. V těchto situacích se rozvoj organizace těžko plánuje, zaměstnancům nelze garantovat jistoty; je také velký rozdíl ve finančním ohodnocení zaměstnanců odměňovaných platem a mzdou (viz předchozí bod).

3. Vybavenost terénních služeb (zázemí, nedostatečná mobilita)

Aby bylo možné zajistit větší dostupnost péče v terénu, je potřeba mít pro zaměstnance dostatečné zázemí, včetně zajištění mobility (služebních automobilů). Stát vypisuje dotační tituly zaměřené na investice, jejichž cílem je zlepšit materiálně-technické vybavení terénních služeb, včetně pořízení užitkových vozidel. V této oblasti lze do budoucna očekávat zlepšení.

4. Provozní dobu

Mají-li terénní služby plnit svůj účel a umožnit osobám zůstat doma či v komunitě, aniž by musely odejít do pobytového zařízení, musí tomu být přizpůsobená provozní doba – u osobní asistence nepřetržitá, u pečovatelské služby minimálně 11 hodin denně s možností návštěv 3- až 5krát denně. Například pokud je pečovatelka přítomna pouze v pracovních dnech od 7.00 do 15.30 hod., zejména hovoříme-li o malých obcích, tak nebude schopna zajišťovat péči osobám s vyšší mírou závislosti. Některé kraje již v pravidlech stanovily, že pečovatelské služby musí mít provozní dobu

12 hodin. Není-li to splněno, je služba financována sníženou dotační částkou.

5. Neochotu či nemožnost některých obcí finančně se podílet na péči o své občany

Mnozí poskytovatelé by byli schopni terénními sociálními službami pokrýt větší území, narážejí však na skutečnost, že obce z nejrůznějších důvodů buď vůbec, nebo nedostatečně spolupracují na poskytování péče svým občanům. Ze strany starostů občas zaznívá: „Rozhodli jsme se, že nebudeme podporovat pečovatelskou službu.“ Případně poskytnou malý dar, který pokryje pouze zanedbatelnou část nákladů. Spolufinancování obcí je tak nezbytné zajistit legislativně.

6. Vzdálenost obce od centra poskytovatele

Mnozí poskytovatelé odmítají zajišťovat péči ve vzdálených obcích, protože nelze alespoň z části započítávat dobu strávenou na cestě jako čas nezbytný k zajištění úkonu, a kvůli nedostatečnému financování ze strany obcí. Například v případě správního obvodu obce s rozšířenou působností může vzdálenost dosáhnout i 30 km, což je minimálně 30minutová ztráta (při jedné cestě). Taková péče je pro poskytovatele finančně náročná a zájemci o využívání sociální služby z těchto obcí nejsou evidováni jako odmítnutí zájemci.

Příklad: Zájemce o službu pochází z obce, která je od sídla poskytovatele příspěvkové organizace (organizace zřizované obcí s rozšířenou působností) vzdálená 28 km. Obec je na samé hranici správního obvodu, hraničí s druhým správním obvodem, ve kterém je poskytovatel (příspěvková organizace) od dané obce vzdálený 2 km. Péči však zajistit nemůže, protože je obec za hranicemi jeho územního

vymezení. Oslovená nezisková nestátní organizace péči odmítá, protože se jí poskytování služby u tohoto zájemce nevyplatí, denní časová ztráta by činila 3 hodiny – zájemce vyžaduje péči 3krát denně (péče je nezbytná kvůli tomu, aby zájemce mohl zůstat doma). Možnost využít pobytové sociální služby není pro tyto občany dostupná, protože péče o ně je zvládnutelná v domácím prostředí. Obec poskytla poskytovateli dar ve výši 10 000 Kč na daný rok.

7. Chybí provázanost s domácí ošetrovatelskou péčí

Pokud terénní sociální služba není zároveň poskytovatelem home care, mohou v některých případech nastat neřešitelné situace, které mohou vyústit až v to, že daná osoba musí odejít do pobytového zařízení (důvodem může být podávání léků, aplikace inzulínu atd.).

8. Menší obce mají problém zajistit sociální potřeby svých občanů

Pokud obec sociální službu zajistí, ne vždy je kraj ochoten zařadit službu do základní sítě sociálních služeb kraje. Pro obce i poskytovatele sociálních služeb tak jde o patovou situaci.

9. Nejsou dostupné údaje o poptávce po terénních službách za celé území České republiky

Konkrétní data o zájemcích o službu nejsou dostupná. Navíc statistické vykazování v OK systému není dostatečně přesné.

Dostupnosti terénních služeb by jistě prospěla vyšší propagace ze strany státu, ale i jednotlivých poskytovatelů, vyšší finanční a společenské ocenění práce pracovníků v přímé péči, úprava úhradové vyhlášky včetně její pravidelné valorizace, tak aby umožnila čerpat více prostředků od klienta, a tím i lépe využít příspěvek na péči. Důležité je nastavení víceletého financování, vyřešení sociálně-zdravotního pomezí, větší spolupráce rodiny a obcí, profesionální manažerská práce (vytváření přívětivého pracovního prostředí, motivace zaměstnanců, vhodná témata školení, mentoring při zapracování nových zaměstnanců).

Dostupnosti terénních služeb by jistě prospěla vyšší propagace ze strany státu, ale i jednotlivých poskytovatelů, vyšší finanční a společenské ocenění práce pracovníků v přímé péči

3 Máme potřebná data?

Marcela Hauke, Jana Vávrová

Kraje mají k dispozici různé nástroje, jak zjišťovat souhrnné údaje o terénních službách.

Poskytovatel sdílí tato data:

- V žádostech o dotace prostřednictvím OK služby vyplňuje kvalifikovaný odhad počtu klientů v jednotlivých stupních příspěvku na péči (PnP) (bohužel se jedná pouze o kvalifikovaný údaj, nikoliv skutečný); tímto kvalifikovaným odhadem posuzuje míru závislosti osoby na péči.
- K 30. červnu zadává prostřednictvím OK služby výkazy, kde jsou vyplňovány karty jednotlivých klientů a kde je přehled jednotlivých úkonů a počet hodin. Tyto údaje jsou nejpřesnější, protože převážně ukazují závislost péče a potřeby jednotlivých klientů.
- Vyplňuje statistické údaje do krajských informačních systémů (KISSOS, JASS, ...), kam zadává počty klientů a počty hodin zajištěných základních činností, znovu počty klientů v jednotlivých stupních PnP (kvalifikovaný odhad).

***Příklad:** Pardubický kraj požaduje po svých poskytovatelích péče vést karty klientů s rozpracovanými veškerými potřebami, i těmi, které klient nechce řešit prostřednictvím dané sociální služby.*

Z těchto údajů lze částečně vyčíst potřeby klientů u jednotlivých poskytovatelů. Z vyplněných informací je zřejmé, která služba se zaměřuje na hotelové služby a která poskytuje péči osobám s vysokou mírou podpory a naplňuje své základní poslání terénních služeb, a tím je možnost setrvat v domácím prostředí i v době, kdy je člověk ve značném rozsahu závislý na pomoci druhé osoby. Není zřejmé, jak jsou informace dále využívány a zda z nich analytici dokážou potřebné údaje zjistit a využít. Reálné potřeby však ze statistik není možné zjistit. Osoba může být zcela závislá na péči druhé osoby, ale má pečující rodinu, která zajišťuje převážnou část péče, a po poskytovateli požaduje například pouze koupel jednou týdně. Ve sledovaných a evidovaných informacích tedy nejsou zřejmé další zdroje, které klienti využívají.

Všechny subjekty státní správy a samosprávy, od Ministerstva práce a sociálních věcí přes krajské úřady až po úřady obcí, zajímá pouze údaj o počtech klientů. Dle našeho názoru však kapacitu sociálních služeb tímto způsobem „měřit“ nelze.





***Příklad:** Organizace má 5 klientů, kterým poskytuje službu osobní asistence v rozsahu 4 hodin denně, tzn. 20 hodin týdně, 600 hodin měsíčně, nebo také 5 klientů, u nichž tráví 8 a více hodin, při tomto vyjádření to je 40 hodin denně a již 1 200 hodin měsíčně. Z uvedeného vyplývá, že pro příslušné úřady v obou případech organizace poskytuje sociální službu 5 klientům, pro organizaci to však znamená naplnění kapacity v rozsahu 600 nebo 1 200 hodin měsíčně, při plném úvazku to znamená 2,5 asistentky nebo rovnou 5 asistentek.*

To byl pouze zjednodušený modelový příklad, neboť ve skutečnosti se počty poskytovaných hodin osobní asistence u každého klienta liší a nemusejí být stejné ani v jednotlivých týdnech či měsících. Lze předpokládat (a je praxí i ověřeno), že dotaci či dar dáme tomu, kdo má více klientů, nikoliv tomu, kdo zajišťuje více hodin přímé péče klientům terénních služeb.

Osoba může být zcela závislá na péči druhé osoby, ale má pečující rodinu, která zajišťuje převážnou část péče, a po poskytovateli požaduje například pouze koupel jednou týdně.

4 Proč je nutné mít jeden, a ne 14 systémů financování terénních sociálních služeb?

Jan Schneider

Pro seniory a osoby se zdravotním postižením jsou právě terénní služby základní a hlavní formou péče. Klientům umožňují setrvat v domácím prostředí a jsou velmi vhodně kombinovatelné s péčí ze strany rodiny či dalších neformálních pečujících. Vzhledem ke své terénní povaze jsou zároveň velmi flexibilní ve schopnosti reagovat na zvýšení, ale i případné snížení potřeby péče.

Není důvod, proč by se tato péče měla lišit v jednotlivých krajích a oblastech. Pochopitelně existují rozdíly v logistice závislé na míře urbanizace v dané lokalitě. V oblastech, kde jsou menší obce, musí být v podstatě každá pečující osoba vybavena vlastním automobilem, zatímco ve větších městech lze využívat alternativní formy dopravy, včetně hromadné, a poměr potřebných automobilů na pečující osoby může být výrazně nižší. Oproti tomu ve velkých městech budou mít poskytovatelé terénních služeb vyšší mzdové náklady, aby byly zajímavým zaměstnavatelem a udržely si kvalitní pečovatele. Potřeba a poptávka bude pochopitelně ovlivněna i demografickou strukturou dané oblasti, nicméně ta bude z dlouhodobého hlediska stejně proměnlivá a na úrovni tak velkých celků, jakými jsou kraje, se tyto rozdíly budou vyrovnávat.

V současné době existují v jednotlivých krajích výrazně odlišné systémy financování terénních služeb. Z pohledu financování již někde došlo

k transformaci, kdy jsou financovány pouze takové služby, které fungují minimálně v rozsahu 12 hodin denně 7 dní v týdnu (24/7), a vede se odborná diskuze, zda je postačující posun ke 14 hodinám, nebo je vhodnější přechod do režimu 24/7. Jsou poskytovatelé, u kterých pečovatelské služby stále fungují v režimu 8 hodin denně od pondělí do pátku a jejichž hlavní náplní je rozvoz obědů. Tím však vzniká vysoká neefektivita systému dlouhodobé sociální péče.

Není vhodné ani ekonomicky možné, aby počet míst v pobytových službách trvale stoupal. Pobytové sociální služby se musí přizpůsobovat péči o klienty v nejsložitější situaci, a to jak z hlediska fyzického, tak především mentálního zdraví. Je však bytostným zájmem systému sociální péče, a tedy i státu, aby každý klient, u kterého je to možné a ekonomicky smysluplné, zůstal v domácím prostředí za podpory jak terénních sociálních služeb, tak i zdravotních. Je proto zcela nezbytné, aby v řádu několika málo let došlo

V současné době v jednotlivých krajích existují výrazně odlišné systémy financování terénních služeb.

k takové transformaci pečovatelských služeb, která povede k:

- Posilování profesionalizace pečovatелů a podpoře jejich dlouhodobého vzdělávání.
- Využívání moderních technologií ke zvýšení efektivity péče, stejně jako zajištění kvality života klientů (např. nástroji tíšňové péče či prevencí pádů).
- Schopnosti terénních služeb podporovat neformální pečující a nastavovat kombinaci péče formální a neformální.
- Nastavení efektivní spolupráce mezi sociálními a zdravotními službami, a to nejen terénními.

Tento posun je možný pouze v případě, že bude nastaven jasný, predikovatelný a jednotný centrální systém financování. Systém zdravotnictví, se kterým musí být systém sociální péče úzce propojen, má také jednotná celostátní pravidla. Není tedy důvod, proč by to u financování terénních sociálních služeb mělo být jinak. Navíc by centrálně nastavený systém umožňoval realizovat strategické cíle (např. bezpečí klienta – prevence pádů), ve kterých by potom šlo měřit úspěchy v jednotlivých krajích, kterým by nadále zůstalo metodické vedení sociálních služeb, stejně jako jejich plánování a správa sítě (ale za jasně daných a jednotně nastavených celostátních podmínek).

Není vhodné ani ekonomicky možné, aby počet míst v pobytových službách trvale stoupal.

Pobytové sociální služby se musí přizpůsobovat péči o klienty v nejsložitější situaci, a to jak z hlediska fyzického, tak především mentálního zdraví.



2000

KORUN ČESKÝCH
ČESKÁ
NÁRODNÍ BANKA
2007

DVATISÍČE
KORUN ČESKÝCH
ČESKÁ
NÁRODNÍ BANKA
2007

5000
2000
2007

5 Je nákladnější pobytová, nebo terénní sociální služba?

Jiří Horecký

Analýza, kterou naleznete níže, porovnává ekonomickou náročnost terénní a ambulantní sociální služby, a to výlučně z pohledu veřejných rozpočtů (nikoliv z pohledu veřejných autorit, které při svých, zejména politických, rozhodnutích zvažují širší spektrum všech aspektů a okolností, a nikoliv jen aspekt ekonomický).

Analýza se nezabývá preferencemi jednotlivců (klientů) a jednotlivých aktérů veřejné správy ani neřeší kvalitu života, dostupnost či rozhodovací determinanty výběru dané sociální služby. Tato analýza také nijak nezohledňuje péči a zapojení neformálních pečujících, resp. rodiny.

▪ Průměrný plat (včetně odvodů) pečovatelky v roce 2022	46 743 Kč ³
▪ Související náklady na jeden úvazek pečovatelky (kalkulace vychází z předpokladu 0,5 úvazku manažerské pozice a 0,5 úvazku sociálního pracovníka na 10 přepočtených úvazků pečovatelek v přímé péči) ⁵	5 124 Kč ⁴
▪ Měsíční náklady (na kancelář, software, vzdělávání, materiál, služby aj. na 10 přepočtených úvazků pečovatelek v přímé péči) ⁶	11 019 Kč ⁷
▪ Celkové měsíční náklady na jednu pečovatelku	48 357 Kč
▪ Celkový počet odpracovaných hodin měsíčně ⁸	143 hod.
▪ Celkový počet přímé péče v terénu měsíčně ⁹	89 hod.
▪ Celkové náklady na jednu hodinu péče u klienta ¹⁰	543 Kč

³ Průměrný plat pečovatelky v roce 2021 činil 34 183 Kč. K 1. 1. 2022 došlo ke zvýšení základních platových tarifů o 700 Kč. U mzdové sféry lze očekávat o 10–12 % nižší výši mezd.

⁴ Celkem 61 490 Kč ročně.

⁵ Průměrný plat vedoucího pracovníka v sociálních službách v roce 2022 činil 47 579 Kč, resp. 61 075 Kč. Průměrný plat sociálního pracovníka v sociálních službách v roce 2022 činil 46 199 Kč, resp. 61 906 Kč.

⁶ Dle dat z MPSV činil podíl osobních a provozních nákladů v roce 2018 celkem 80 % ve prospěch osobních nákladů s narůstající tendencí.

⁷ Celkem 132 230 Kč ročně.

⁸ Celkem 168 hod. s redukcí 15 % (odečet 4 týdnů dovolené, 1 týdně pracovní neschopnosti, 8,6 dne státních svátků připadajících na pracovní den, 3 dnů povinného vzdělávání).

⁹ Předpokládáme 5 hodin z celkových 8 hodin (3 hodiny představují tedy administrativu, porady, komunikace, přejezdy ke klientovi), tj. 62,5 %.

¹⁰ Celkové měsíční náklady na jednu pečovatelku / celkový počet přímé péče v terénu měsíčně (48 357/89).

- Celkové náklady na jednu hodinu péče u klienta v případě pečovatelské služby poskytované 7 dní v týdnu¹¹ 578 Kč
- Ekonomické dopady u příjemce příspěvku na péči ve IV. stupni 19 200 Kč / měsíc

Počet hodin péče denně/měsíčně	Náklady pro klienta ¹²	Náklady pro veřejné rozpočty ¹³
1/30	4 050 Kč	13 290 Kč
2/60	8 100 Kč	26 580 Kč
3/90	12 150 Kč	39 870 Kč
4/120	16 200 Kč	53 160 Kč
5/150	20 250 Kč ¹⁴	66 450 Kč

Náklady na pobytovou službu z veřejných rozpočtů

Měsíční náklady na pobytovou službu:

- domov pro seniory – 50 296 Kč a domov se zvláštním režimem – 57 110 Kč;¹⁵
- z toho je nutné odečíst náklady, které nesouvisí se sociální péčí:
 - stravovací služby (6 150 Kč);
 - ubytovací služby (7 500 Kč);¹⁶
 - ošetřovatelská péče (8 000 Kč).

Celkové náklady na sociální péči hrazené z veřejných rozpočtů tedy činí 28 646 Kč / 35 460 Kč.¹⁷

Jde o průměrné hodnoty, které se mohou samozřejmě lišit dle daného regionu, zřizovatele služby, celkové kapacity dané sociální služby apod.

S přihlédnutím k jiným než průměrným hodnotám se může celkový počet hodin péče (viz závěry) odlišovat o 1,5–5 hodin.

Závěry

- **Z pohledu klienta** – zde je závěr poměrně jednoduchý a je možné k němu dojít i bez výše uvedené analýzy, která jen porovnává oba pohledy a východiska. Pokud příjemce péče potřebuje více než 4,7 hod. péče denně, pak je pro něj ekonomicky výhodnější pobyt v pobytovém zařízení sociálních služeb.¹⁸
- **V případě výdajů z veřejných rozpočtů** – pokud příjemce péče odebírá více než 2,15 hod. denně,¹⁹ resp. 2,65 hod.,²⁰ pak je pro veřejné rozpočty ekonomicky výhodnější pobytová sociální služba.

¹¹ 28 % pracovní doby (2 z 7) s příplatkem 25 %.

¹² 135 Kč / hodinu péče.

¹³ 443 Kč / hodinu (v případě maximální úhrady dle vyhlášky č. 505/2006 Sb.).

¹⁴ Celkem za 19 200 Kč je možné čerpat 142 hodin péče měsíčně, tj. 4,7 hod. denně.

¹⁵ Dle kalkulací MPSV pro účely dotačního programu pro kompenzaci nákladů pro uživatele sociálních služeb přicházejících z Ukrajiny, kteří mají vízum strpnění.

¹⁶ Dle vyhlášky č. 505/2006 Sb. – přepokládáme plnou úhradu klienta (na kterou v říjnu 2022 dosáhlo až 80 % klientů).

¹⁷ DPS / DZR.

¹⁸ Kde je úhrada za poskytnutou péči stanovena ve výši přiznaného příspěvku na péči.

¹⁹ V případě domovů pro seniory.

²⁰ V případě domovů se zvláštním režimem.

6 Jak výše úhrady ovlivňuje dotace?

Marie Jarošová

Při rozhodování o výši přidělených dotačních prostředků pro terénní sociální služby (pečovatelské služby a osobní asistence) by bylo vhodné stanovit jako jedno z významných a důležitých kritérií, které by ovlivňovalo výši přidělených finančních prostředků, jakým způsobem má poskytovatel služby využít maximální výši úhrady.

V případě, že by poskytovatel terénní sociální služby neúčtoval klientům plnou výši úhrady, by bylo vhodné jako hodnotící kritérium nastavit, o kolik procent se výše dotace sníží.

Využití maximální výše úhrady je totiž jednou z mála možností, jak může poskytovatel vlastní činností získat více finančních prostředků pro zajištění terénní sociální služby.

Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR realizovala v květnu 2022 dotazníkové šetření u poskytovatelů, kterého se zúčastnilo 205 poskytovatelů pečovatelské služby (z celkového počtu 683 poskytovatelů pečovatelské služby) a 46 poskytovatelů osobní asistence (z celkového počtu 206 osobní asistence). Z dotazníkového šetření bylo zjištěno:

Pečovatelská služba

- 5 % poskytovatelů neplánuje zvyšovat úhrady na maximální výši;
- 14 % poskytovatelů zvýšilo úhradu pouze u některých činností;
- 48 % poskytovatelů uvedlo, že klientům účtují maximální úhradu u všech činností služby.

Osobní asistence

- 7 % poskytovatelů neplánuje zvyšovat úhrady na maximální výši;
- 21 % poskytovatelů zvýšilo úhradu částečně v rozmezí 130–134 Kč;
- 69 % poskytovatelů uvedlo, že klientům účtují maximální úhradu u všech činností služby.

Z reprezentativního vzorku zúčastněných poskytovatelů **pečovatelské služby** (téměř jedné třetiny registrovaných poskytovatelů) je zřejmé, že téměř **50 % těchto poskytovatelů nevyužívá maximální výši úhrady.**

Z reprezentativního vzorku zúčastněných poskytovatelů **osobní asistence** (téměř jedné pětiny registrovaných poskytovatelů) je zřejmé, že téměř **40 % poskytovatelů nevyužívá maximální výši úhrady.**

Poskytovatele, případně jejich zřizovatele nebo zakladatele by k získání většího objemu finančních prostředků spojených s vlastní činností motivovalo, kdyby bylo využití maximální úhrady stanoveno jako důležité hodnotící kritérium ovlivňující přidělení výše dotačních prostředků.

Také by mohlo eliminovat poskytování terénní sociální služby osobám, které se nenachází v nepříznivé sociální situaci a sociální služby využívají především z důvodu jejich dotované ceny.

Je tedy třeba zákonem určit závazný procentuální rozsah přidělení dotačních prostředků pro zajištění terénní sociální služby s ohledem na poskytovatelem stanovenou výši úhrady:

- Maximální výše úhrady
(155 Kč/hodinu) 100 % možné dotace
- Snížení úhrady o 10 %
(135 Kč/hodinu) 90 % možné dotace
- Snížení úhrady o 20 %
(110 Kč/hodinu) 80 % možné dotace
- Snížení úhrady o 30 %
(90 Kč/hodinu) 70 % možné dotace

Výhody pro poskytovatele: Možnost ovlivnit výši přidělených dotačních prostředků vlastním rozhodnutím.

Výhody pro zřizovatele, zakladatele: Jasné sdělení, proč je výše dotačních prostředků ve snížené částce.

Je ke zvážení, zda prováděcí vyhláškou stanovit minimální výši úhrady za hodinu poskytované péče.





7 Nový a jednotný systém financování terénních sociálních služeb

Lukáš Knapp, Karolína Wankovská

Financování terénních služeb je v dnešní době nevhodně nastavené a nevyhovuje ani poskytovatelům, ani klientům, a ani státu. Tento fakt potvrzuje i počet a relevantnost nedostatků, resp. návrhů na změny v rámci pracovní skupiny, což je umocněno demografickým vývojem.

Předchozí dokumenty diskutované v pracovní skupině zmínily praktické zkušenosti a reálné problémy poskytovatelů v rámci provozu svých služeb a poskytování péče. Hypotézy, které zněly jako návrhy řešení, jsme se snažili rozvinout i v rámci několika diskuzí, mimo jiné i na půdě MPSV nebo samotných krajských úřadů. Častým výsledkem diskuzí byl nepřekonatelný problém v podobě **absence validních dat**, na kterém (možná jako jediném) je širokospektrální shoda v rámci segmentu.

Pro pochopení, slovo „validní“ je zde vnímáno v tom nejširším možném slova smyslu, jako je např. popis stavu uživatele v čase, údaje o jeho prostředí, zdravotní nebo rodinné situaci, propojenost s jeho zdravotními diagnózami, o vědomostech nebo ochotě se aktivně podílet na řešení jeho problému, kompatibilita dat v rámci všech krajů a mnoho dalšího.

Až na základě validních dat budeme schopní a připravení hodnověrně a argumentačně podložit některé potřebné komplexnější legislativní změny. Do té doby jsme „odkázání“ na praktické ověření jednodušších nebo méně zásadních hypotéz, které však dle našich úvah rovněž povedou například k narovnání prostředí především v oblasti financování služeb (dotací), zefektivnění poskytovatelů, hodnocení kvality péče nebo praktickému propojení sociálních a zdravotních služeb. To vše je ale podmíněno v prvním kroku **zavedením kvalitního klasifikačního modelu**, s pomocí kterého dokážeme v dostatečné míře aproximovat co nejobecnější problematiku služeb péče **za pomoci sesbíraných a propojených dat.**

V tomto směru jsme se inspirovali klasifikačním systémem OMAHA,²¹ který je v dnešní době celosvětově uznáván hlavně v oblasti poskytování

²¹ Nástroj, za pomoci kterého se stanovuje zdravotně-sociální problém, terapeutický zásah, a číselně vyhodnocuje tento proces.

dlouhodobé péče (jak zdravotní, tak sociální), je ale použitelný například i pro úřady v oblasti klasifikace klientů pro vyšší příspěvku, ať již pracujeme s příspěvkem na péči nebo individuálními účty. Tento systém cyklického sběru dat (diagnostiky) v čase je výsledkem několikaletého výzkumu v USA a své využití si našel u mnoha poskytovatelů v Evropě (v Nizozemsku, Rakousku, Německu atd.). Klasifikace je založená na konečném rozměru sledovaných domén problémů ve 3 úrovních s 5stupňovou škálou. Tato diagnostika je završena konečným počtem cílů zásahů, které tvoří úplné komplexní řešení potřeb uživatele.

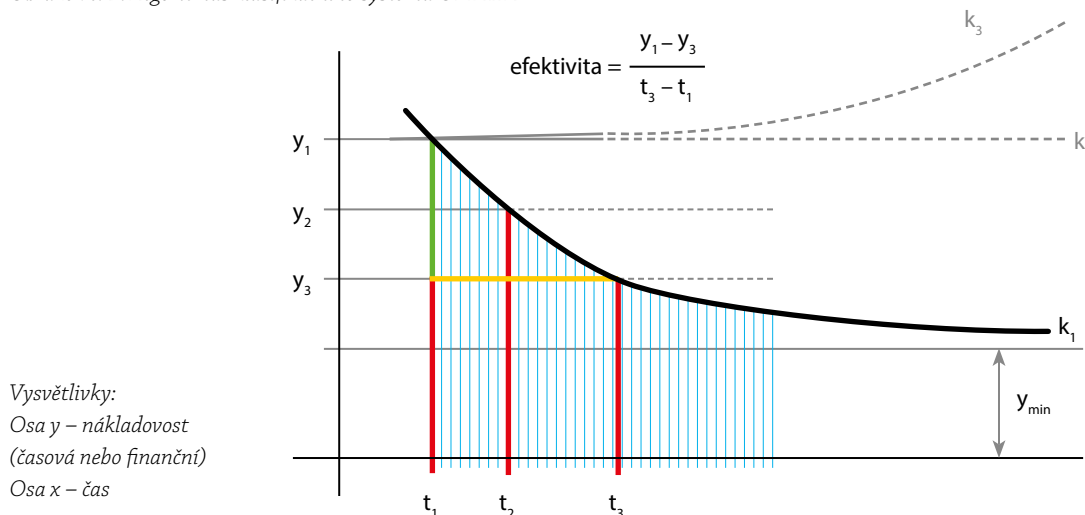
Jedná se o tyto cíle:

1. Zavedení vhodné klasifikace pro sběr dat

Jak bylo popsáno výše, vhodnou klasifikací v rámci pilotního projektu dokážeme bez legislativních změn získat argumenty a podklady pro kvalitní a zásadní (pokud se potvrdí jako nevyhnutelné) legislativní změny. To se může ukázat jako elegantní způsob, jak do značné míry zvládnout politický rozměr problematiky. V rámci pilotního projektu jsme schopni v roce 2023 implementovat klasifikaci a na konci roku 2024 těžit ze získaných dat.



Obrázek č. 1: Algoritmus klasifikačního systému OMAHA



Graf č. 1: Měření nákladovosti péče v čase pro matematické vyjádření efektivity

2. Preference terénních služeb

Deklarované preference posledních několika let mluví jasně ve prospěch terénní formy péče. Praxe ale do značné míry zaostává i například nerovnoměrným přístupem k financování v porovnání s pobytovou formou. Uvědomujeme si, že v péči je nevyhnutelná i pobytová forma péče, ale vzhledem k výše popsanému nedokážeme vyhodnotit, kdy ani za jakých podmínek tato nevyhnutelnost nastává nebo v jakém stádiu nesoběstačnosti je výhodnější o klienta pečovat v pobytovém zařízení sociálních služeb.

Z vlastních zjištění víme, že terénní forma je dnes u společnosti preferována až z téměř 80 %. Systém financování v současnosti neodráží společenské preference, ale naopak umožnil zásadněji si polepšit v oblasti úhrad za služby jen v lůžkové formě díky podstatnému navýšení regulovaných částek. Nejen to má za následek zpomalení navyšování počtu nových poskytovatelů / kapacit terénních služeb a v některých regionech ve vztahu k demografii dokonce dochází k pozvolnému poklesu kapacit.

Jako možné řešení se za pomoci tvrdých dat nabízí jasně stanovit, kdy je uživatel vhodnějším adeptem pro určitou formu péče, a na základě toho definovat např. kategorii nákladovosti klienta nebo ideální poměr té které formy péče. Je to pozvolný přechod z financování služby na financování klienta. Výběr formy služby tak bude na rozhodnutí klienta a vzhledem k preferencím bude dle průzkumů přirozeně upřednostňována terénní služba.

K tomuto kroku je ale zcela zásadní učinit první krok, a to stanovit reálnou nákladovost v nejchopitelněji dosažitelné míře, jak to předpoklá-

dají legislativní rámce na evropské nebo národní úrovni.

3. Zastopování dorovnávací platby za hodinu péče pomocí výběrových řízení

Jako nevyhnutelný a rovněž bez legislativní změny schůdný krok by měl být zaveden systém centrálně kontrolovaných výběrových řízení na základě jiných parametrů, než jsou úvazky pracovníků v přímé péči. Konkrétně by to mělo být cenou jedné hodiny péče a v případě validních dat i na základě měřitelné efektivity a kvality poskytovaných služeb. Tím by se docílilo výběru zájemce schopného poskytovat služby za nejmenších nákladů, dále by se přenesla rizikovitost z pohledu vyčerpání pracovníků v přímé péči z distributora dotace na poskytovatele péče. Zároveň by tak došlo k zefektivnění hospodárnosti za ponechání regulovaného vlivu státu, což je dle našeho názoru prozíravější než alternativní deregulace nedotovaných subjektů. Samozřejmostí by měla být diskuze nad garancí financování sociálních služeb pro poskytovatele na dobu určitou, ideálně na dobu 2 až 3 let vzhledem k předvídatelnosti ve finančním plánování, ale zároveň nesmí dojít k absenci nahrazení nebo ukončení dotací při pochybeních. Otevřeným bodem zůstává otázka dopravy, která může být stanovena buď plošně, nebo být součástí parametrů výběrového řízení. Oba způsoby je v dnešní době možné předvídatelně dimenzovat i kontrolovat.

4. Kvalita služeb

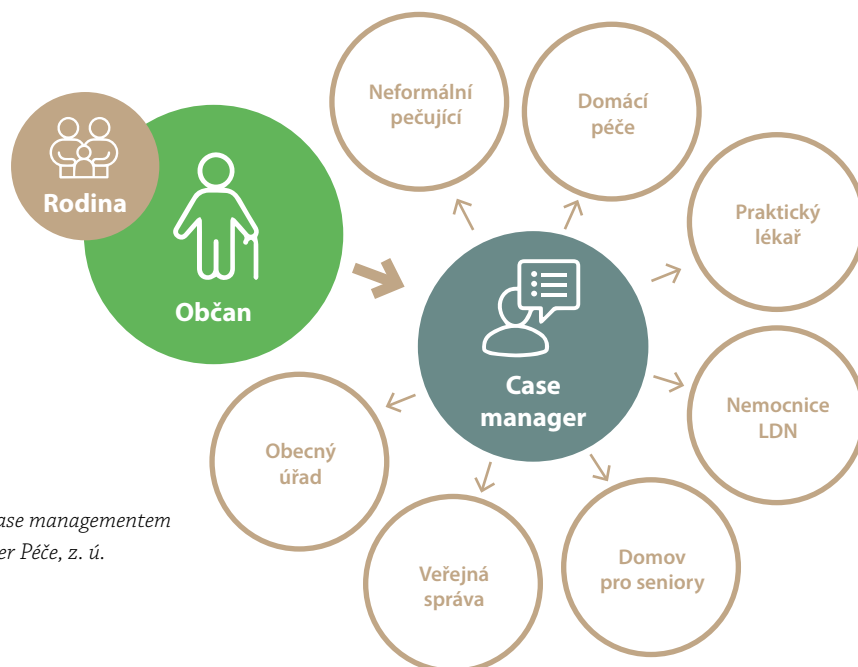
Dnešní systém sociálních služeb postrádá jakýkoliv aktivní systém měření sociálních služeb. Za nejvyšší stupeň garance kvality služby je dnes považována implementace ISO norem do vnitřních procesů. Implementace určitě není

kontraproduktivní, ale rozhodně to nezakládá na implikaci kvalitní péče. Jak bylo popsáno výše, vhodnou klasifikací dokážeme měřit vývoj péče o uživatele v čase a na základě změn dokážeme měřit efektivitu jednotlivých poskytovatelů. V případě, že dojde k propojení se zdravotní databází, dokážeme např. určit perspektivu dalšího vývoje na základě vzorců a diagnóz ve shromážděných datech. Výstupy z takového klasifikačního systému a potažmo ze získaných dat by bylo možné použít i v případných soutěžích a řízeních při uzavírání smluv v rámci pověření veřejné služby i pro měření nákladovosti celého procesu poskytované péče nebo jako podklad pro další parametrické změny úhrad nebo i případnou efektivnější regulaci, případně i jako motivaci poskytovatele při kvalitně nastavené péči a dosažení klientových cílů.

5. Zavedení povinného multidisciplinárního přístupu

Zodpovědnost za celkový individuální přístup ke klientovi by se měla kumulovat u jedné osoby, která povede / bude koordinovat proces péče napříč všemi segmenty nebo potřebami klienta. V konečném důsledku to znamená, že je vhodné zkombinovat 3 segmenty:

1. sociální;
2. zdravotní;
3. komerční.



Obrázek č. 2:
Metoda práce tzv. case managementem
Zdroj: Global Partner Péče, z. ú.

Dnes je velice obtížné sledovat, kde se nachází mantinely jednotlivých segmentů, a proto dochází ke skrytým/sociálním hospitalizacím nebo k plýtvání dotací na nesociální služby a dalším zneužíváním nedokonalostí systému.

Pokud budeme díky vhodně zvolené kvalitní klasifikaci schopni stanovit přesně a ve shodě mezi financujícím „úřadem“ a poskytovatelem, co ještě vyžádáná a státem hrazená služba je a co není, dokážeme naplno využít potenciál komerčních služeb. Tím dojde k systémovému a plošnému řešení efektivy péče. Výstupem tohoto kroku bude reálná nákladovost a potažmo i celkový objem skutečně potřebné péče. Jak již předpovídají mnohé akademické práce nebo profesionální výzkumy, výsledky povedou k „přesné“ kvantifikaci nákladů na péči a jednoduše predikovatelnému vývoji ve všech segmentech.

Vzhledem k velice pravděpodobnému (validními daty podloženému) nedostatku financí bude do budoucna nutné otevřít diskuzi nad spořením na stáří nejen pro komerční služby, ale i pro účely dlouhodobé péče nebo nad možností připojištění péče.

6. Souběh terénní zdravotní a sociální péče

Po vzoru kontraktační povinnosti zdravotních služeb u pobytových forem sociálních služeb zaznívá i snaha obdobným způsobem propojit zdravotní a sociální segment v terénní formě. Za předpokladu kvalitního multidisciplinárního přístupu sociálního pracovníka nebo zdravotního pracovníka a vzhledem k našim zkušenostem nevidíme v tomto propojení žádný přínos. Základním předpokladem pro kvalitní zvládnutí péče je schopnost kvalitně a v pravý čas delegovat odbornou péči na relevantního odborníka. Když bude systém disponovat dostatečnou kapacitou služeb a když obě služby dokážou kvalitně koordinovat péči u uživatele, je možné oba typy vést samostatně. Na místě je otázka sdílených nákladů nebo úspor z rozsahu, které mohou vést ke zefektivnění/zlevnění. K této analýze by bylo možné přistoupit opět na základě validních dat, kdy budeme schopni jasně říct, jaký podíl dlouhodobé péče patří do sociální oblasti a jaký podíl do zdravotní oblasti. Vzhledem ke striktní politice zdravotních pojišťoven bude nevyhnutelné dospět k argumentaci i na základě zdravotních dat ve spojení se zdravotními diagnózami. Na druhou stranu implementací kvalitní klasifikace vyhodnocující efektivitu péče by bylo možné snížit složitost dnešních kalkulačních a regulačních vzorců úhradové vyhlášky pro zdravotnictví.

Výčet navrhovaných změn plynoucí z výše uvedených problematik bez nutnosti legislativních změn:

- Zavedení komplexní klasifikační metodiky za účelem sběru dat v čase u uživatelů (terénní) péče, měření kvality, nákladovosti a efektivity.
- Okamžité navýšení úhrad od klienta zohledněním inflace za poslední roky (od doby platnosti 130 Kč/hod.).
- Zastropování dorovnávací platby a upuštění od systému úvazků.
- Definice, co sociální službou je a co není, a následné rozdělení skupin úkonů na péči, dohled a dopravu s rozdílným ohodnocením (seznam výkonů).
- Výběrové řízení na vyšší dorovnávací platby za jednu hodinu péče a přenesení rizikovosti vytiženosti pečovatele na poskytovatele.
- Uvolnění komerčních služeb pro samostatný trh.
- Nastavení procesu deregulace těch typů sociálních služeb, u kterých může v budoucnu vzniknout samostatně fungující trh.
- Otevření diskuze ohledně spoření/připojištění a následná možnost nákupu sociálních služeb z těchto financí.
- Zvýšení kompetencí sociálních pracovníků a převzetí forenzní odpovědnosti za vývoj celkové/komplexní péče u klienta/uživatele/pacienta péče.

8 Sloučení terénních služeb sociální péče

Renata Kainráthová

Pro sloučení osobní asistence s pečovatelskou službou a případně s terénní odlehčovací službou hovoří několik významných faktů.

Pečovatelská služba je po pobytové formě historicky nejstarší a také nejčastěji využívanou službou v oblasti sociální péče. Jejím posláním bylo zajistit základní životní potřeby, včetně chodu domácnosti, které daná osoba z důvodu věku nebo špatného zdravotního stavu nezvládala. Při poskytování péče se nepočítalo s jakýmkoli podpurnými ani aktivizačními činnostmi. Tento trend pokračoval i po roce 1989 a byl změněn až novým zákonem o sociálních službách. Bohužel však jen v rámci nově vzniklých terénních služeb osobní asistence a odlehčovací služby v terénní formě. Pečovatelská služba má stále punc úklidové služby a dovozce obědů. Přestože je deklarováno, že by pečovatelská služba měla zamezit odchodu do pobytového zařízení či jej co nejvíce oddálit, právě jí chybí možnost nasmlouvat základní činnost, která by umožnila s klientem pracovat a poskytnout mu nejen fyzickou, ale

také duchovní a spirituální podporu, což je pro mnohé klienty důležitější než uklizený byt – § 40 vyhlášky č. 505/2006 Sb. nezahrnuje, jako jedna ze 3 zákonem upravených sociálních služeb (§ 28 noclehárny a § 32 sociálně-terapeutické dílny) základní činnost „pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí“. Takže pokud klient po pracovníkovi chce, aby mu přečetl zajímavý článek v novinách, napsal dopis pro dceru nebo si s ním jen popovídal, v zákonné úpravě toto není zohledněno.

V Registru poskytovatelů sociálních služeb je zapsáno 206 poskytovatelů osobní asistence, z nich zároveň 95 poskytovatelů, tedy téměř polovina, má zároveň zaregistrovanou i pečovatelskou službu a 188 poskytuje sociální služby seniorům. V praxi to často vypadá tak, že jeden klient

Pečovatelská služba má stále punc úklidové služby a dovozce obědů.

má dvě smlouvy – na pečovatelskou službu, aby mu mohly být dováženy obědy, a na osobní asistenci, aby mu mohly být poskytovány aktivizační služby a hlavně velmi často žádaný „dohled“ – tedy setrvání pracovníka u klienta po delší dobu, třeba když je pečující osoba v zaměstnání nebo přes noc.

Častým argumentem, proč nelze sloučit osobní asistenci a pečovatelskou službu, je úkon Poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy, neboť poskytovatelé osobní asistence nemají možnosti ani prostředky, jak obědy dovážet. Ovšem ani poskytovatel pečovatelské služby nemusí stravu přímo dovážet, neboť paragrafové znění vyhlášky č. 505/2006 Sb. (§ 6 odst. 1 písmeno c) připouští, že tato základní činnost může být realizována pouze formou přípravy nebo pomoci při přípravě jídla a pití.

Obdobně je to s odlehčovací službou v terénní formě (dále jen odlehčovací služba) – opět jsou činnosti definované v rámci této služby prakticky totožné, stejně jako cílová skupina osob. Lze snadno vyvrátit argument, že odlehčovací služba má za cíl umožnit odpočinek pečující osobě, protože z velké části případů je každá terénní služba i službou pro „sekundární klienty“, tedy pečující osoby, neboť služba je zastupuje v péči.

Sloučení terénních služeb osobní asistence, pečovatelské služby a odlehčovací služby v terénní formě může přinést zjednodušení systému, aniž by došlo k omezení rozsahu poskytovaných základních činností. Naopak výčet základních činností se rozšíří a poskytovatel bude mít možnost vnitřními pravidly upravit okruh osob, kterému je jím registrovaná sociální služba určena včetně možnosti vyspecifikovat základní činnosti, které bude svým klientům nabízet.

Častým argumentem, proč nelze sloučit osobní asistenci a pečovatelskou službu, je úkon Poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy, neboť poskytovatelé osobní asistence nemají možnosti ani prostředky, jak obědy dovážet.

9 Revoluce v příspěvku na péči – osobní rozpočty

Jiří Horecký

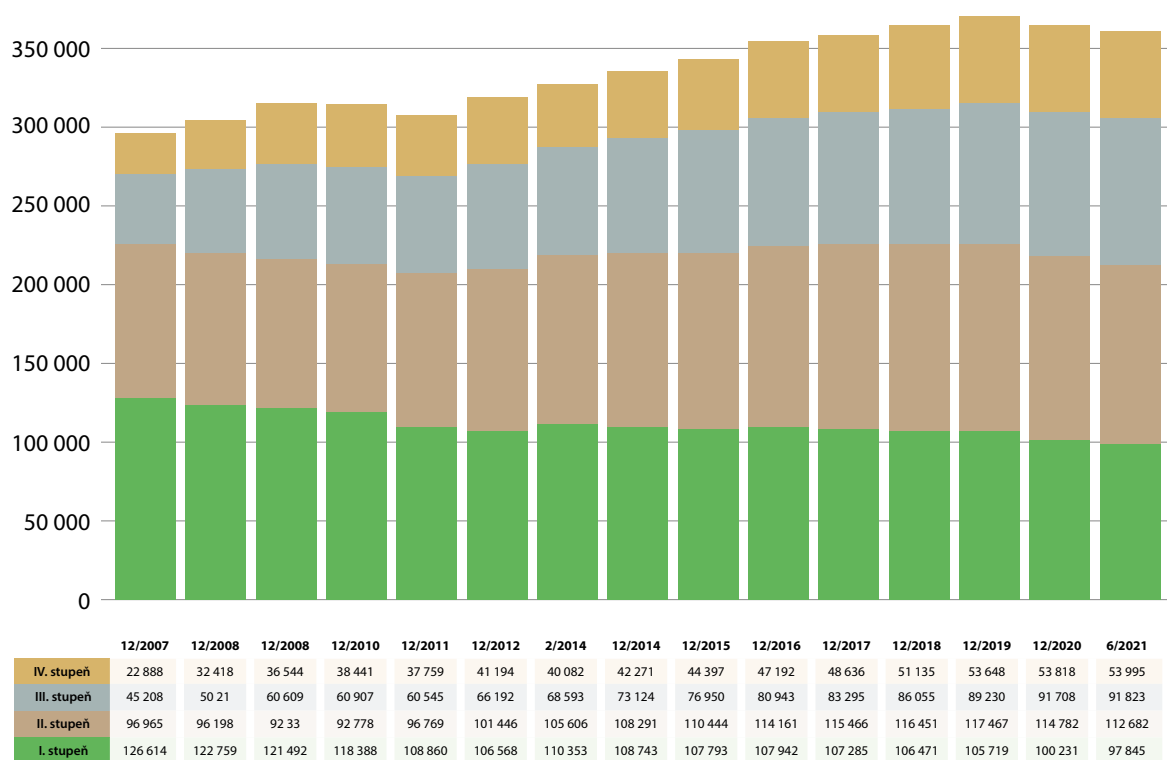
Příspěvek na péči vstoupil do českého systému sociálního zabezpečení s příchodem zákona o sociálních službách. Měl jednak výrazně pomoci jeho příjemcům, tj. osobám se zdravotním postižením a seniorům, k důstojnému životu, tj. dopomoci ke službám pomoci, podpory a péče – ať již formálním, resp. profesionálním, nebo neformálním. Měl také důrazně posílit roli klienta sociálních služeb jako zákazníka a změnit systém financování sociálních služeb, tj. vést až ke zrušení státních dotací, což se ne úplně podařilo.

Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR zejména v posledních letech kritizuje systém současné podoby příspěvku na péči a navrhuje některé změny. Mezi hlavní nedostatky současného systému pak patří:

- Přílišná univerzálnost, obecnost, která není schopna podchytit rozmanitost potřeb příjemců PnP.
- Dlouhá doba vyřízení PnP, která negativně zatěžuje příjemce i neformální pečující. V rámci regionů jsou známé i odlišné přístupy ke stanovování jednotlivých stupňů závislosti, a tím i různě vysoké PnP.
- Zejména u cílové skupiny seniorů je většinou příspěvek v I. stupni (a částečně i ve II. stupni) používán v rozporu se svým účelem, tj. je využíván spíše jako odškodnění či finanční kompenzace zdravotního stavu příjemce a na úhradu životních nákladů (bydlení, stravy, léků apod.).

- Institut tzv. asistentů péče je zneužíván pro legalizaci PnP nelegálními poskytovateli sociálních služeb.
- U lidí s výraznou zavislostí na péči (odhadem nižší jednotky tisíců osob), zejména u osob se zdravotním postižením či lidí v terminálním stádiu nemoci, se nůžky mezi PnP v nejvyšším, tedy IV. stupni, a jejich potřebou mít pečovatele a asistenty rozevírají, a tím vznikají problémy.

Příspěvek na péči, resp. změna jeho struktury také odráží trend stárnutí populace a zhoršující se zdravotní stav, resp. rostoucí potřebu sociální péče. Až na období pandemie covidu-19 také vidíme dlouhodobý růst počtu příjemců příspěvku na péči, který je prognózován až na 500 000 příjemců v roce 2030.



Graf č. 2: Vývoj počtu příjemců příspěvku na péči v letech 2007–2021

Zdroj: PRŮŠA, L. a J. Horecký. Jak covid-19 ovlivnil počet příjemců příspěvku na péči in Sociální služby, březen 2022.

Tábor: APSS ČR, 2022. ISSN 1803-7348

Individuální rozpočty namísto univerzální dávky

Jeden ze základních problémů současného příspěvku na péči je, že se ve 4 stupních (resp. 8, včetně dětí) snaží postihnout všechny životní (zdravotní, sociální) situace a potřeby příjemců.

Zatímco v případě seniorů je objem a struktura jejich potřeb, tj. potřeb péče a podpory relativně homogenní, u osob se zdravotním postižením tomu tak není. Jejich potřeby jsou velmi rozmanité, mění se věkem, zasahují např. i do integrace na trhu práce, emancipace, většího sociálního uplatnění apod.

Vymyslet tedy jeden univerzální systém, který by byl spravedlivý, odpovídající a vyhovující

všem od seniorů po děti a dospělé osoby se zdravotním postižením je prakticky nemožné.

Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR je od roku 2019 součástí velkého evropského projektu s mnoha partnery, jehož cílem je podpořit, rozšířit a zavádět systém tzv. osobních neboli individualizovaných rozpočtů (mimo jiné i po vzoru několika zemí, kde tento systém již funguje).

Jde de facto o rozdělení systému podpory na podporu pro seniory (kde může s několika modifikacemi zůstat současný model příspěvku na péči), pro děti a dospělé se zdravotním postižením, kteří by mohli využívat systém individuálních a individualizovaných rozpočtů.

Individuální rozpočet pak není jakýmsi bílým šekem, ze kterého by se nechaly hradit veškeré náklady, např. na služby osobní asistence, které by daná osoba vyžadovala.

Individuální rozpočty představují rozpětí možné podpory, která je čerpána dle skutečné potřeby (nejde tedy o dávku, která je každý měsíc stejná bez ohledu na potřeby) a je upravována, kontrolována, ale i individuálně posuzována. Její čerpání se dá obecně rozšířit na ucelenou rehabilitaci, integraci na trhu práce apod.

Pokud máme nyní ve IV. stupni příspěvku na péči 20% osob, které by potřebovaly 30 000 Kč / měsíc, a 70% osob, kterým stačí současných 19 200 Kč, a např. 10% osob, kterým by stačilo 15 000 Kč, pak to nejhorší, co můžeme pro všechny aktéry udělat (příjemce a veřejnou správu), je danou dávkou zprůměrovat. Na jedné straně by pak totiž někdo dostal víc, než potřebuje, v jiném případě by příjemci daná částka nestačila.

Klíčovým prvkem osobních rozpočtů je pak role koordinátora péče a podpory (case managera).

12 základních prvků²²

Osobní rozpočty vyžadují vhodné systémy na každé z těchto 3 úrovní a můžeme rozlišit 12 základních prvků pro každý systém osobního rozpočtu, které jsou rozděleny mezi tyto 3 úrovně. Ačkoli o podrobnostech lze vést mnoho otevřených diskuzí, dostupné výzkumy posilují význam všech těchto prvků pro jakýkoli systém osobních rozpočtů:

1. **Jasně nároky** – vhodným posouzením potřeb by měl být stanoven osobní rozpočet/účet, který je dostatečný k tomu, aby dané osobě umožnil žít občanský život v souladu se zásadami lidských práv a nezávislého života. Rozpočty a veškerá pravidla pro jejich definování nebo změnu by měly být jasné a spravedlivé.
2. **Kontrola nad rozpočtem** – aby mohla daná osoba vykonávat kontrolu nad svým osobním rozpočtem/účtem a správně jej využívat, musí k tomu mít potřebné pravomoci a podporu. Díky tomu se bude moci informovaně rozhodovat, zkusit různé možnosti a případně měnit svá rozhodnutí. V praxi to vyžaduje, aby byly dodržovány zásady podporovaného rozhodování v partnerství s danou osobou. K tomu, aby si člověk mohl napláňovat a zorganizovat svou podporu, může být zapotřebí mnoho různých druhů pomoci.
3. **Flexibilní podpora** – je třeba mít k dispozici celou škálu možností správy a podpory, aby každý mohl spravovat svůj rozpočet/účet takovým způsobem, který mu nejlépe vyhovuje. Společně s touto podporou může daná osoba určit nejlepší řešení, měnit je podle potřeby a kombinovat formální a neformální podporu.
4. **Zaměření na začlenění** – cílem systému by mělo být to, aby umožnil lidem žít plnohodnotný život bez ohledu na jejich nemoc nebo zdravotní postižení. Rozpočty, plány podpory a podporu samotnou bude třeba přezkoumat s ohledem na skutečné výsledky, kterých lidé dosahují.

²² DUFY, Simon (2021). *Evropský plán pro financování dlouhodobé péče a podpory zaměřené na uživatele*. UNIC projekt. Brusel: <https://www.unicproject.eu/publications/>.

5. **Individualizovaná podpora** – lidé hledají podporu, která se přizpůsobí jejich životu a vztahům. Mnoho lidí si chce vybrat osobního asistenta podle sebe a někteří se mohou rozhodnout zaměstnat i vlastní příbuzné nebo kamarády. Jiní si vyberou podporu od organizací spojených se svou komunitou nebo od těch, které nabízejí nejvhodnější příležitosti. Komunity budou chtít rozvíjet možnosti podpory, které udržují zdroje a znalosti, pokud možno na lokální úrovni.
6. **Vzájemná podpora** – když se lidé a rodiny vzájemně setkávají, roste jim sebevědomí, zvyšují svá očekávání a nacházejí významný zdroj praktické a emocionální podpory. Vzájemná podpora nepřináší přidanou hodnotu pouze jednotlivcům; často se lidé aktivně podílejí na zlepšování své komunity, podporují ty, kteří jsou ohroženi vyloučením, a povzbuzují sebeobhajování. Vzájemná podpora by měla být považována za základní součást života komunity.
7. **Podpora ze strany komunity** – rodiny a komunity poskytují lidem velkou část potřebné podpory. Pokud je možné zdroje využívat flexibilně, mohou tím posílit podporu rodiny a umožnit investice do komunitních řešení. Osobní rozpočty vedou ke vzniku nových komunitních podniků, mikropodniků a nových družstevních řešení podpory.
8. **Místní koordinace** – inkluzivní komunity musí být organizovány tak, aby bylo zajištěno jejich propojení a bezpečí před újmou. To vyžaduje strategické kroky a koordinaci, a to jak při identifikaci lidí, kteří potřebují podporu, tak při podpoře komunitních a sousedských vazeb.
9. **Rozvoj pracovních sil** – zavedení osobních rozpočtů znamená pro lidi, rodiny a odborníky využití řady nových dovedností. Zásadnější je však také příležitost vytvořit kulturu dlouhodobé sociální péče a podpory založenou na lidských právech, inkluzi a respektu k rozmanitosti.
10. **Systém poskytování osobních rozpočtů** – model financování zaměřený na uživatele zajistí, že osoba, která potřebuje podporu, její blízcí a místní komunita si zachovají potřebnou pravomoc pro přijímání klíčových rozhodnutí. Nezbytná je však také zastřešující systémová architektura pro poskytování těchto osobních rozpočtů. Neměly by existovat zbytečně složité místní systémy pro hodnocení, přidělování zdrojů nebo poskytování finančních prostředků; v ideálním případě by měl být systém co nejjednodušší a nejefektivnější s co nejširším pokrytím.
11. **Ochrana a obhajování** – jakmile státy navrhnou svůj model financování dlouhodobé sociální péče a podpory zaměřený na uživatele, budou muset zajistit, aby byl definován v příslušných zákonech. Vedle těchto zákonů musí existovat systémy ochrany a obhajování, které zajistí, že lidé získají podporu při prosazování a obhajování svých práv.
12. **Nová úprava financování** – lidé, kteří potřebují dlouhodobou sociální péči a podporu, mají na tuto podporu právo a obecně platí, že s podporou své komunity mají největší šanci udržitelné podpory dosáhnout. Finanční prostředky by měly být dostatečné k uspokojení potřeb jednotlivce a k podpoře jeho začlenění a účasti v komunitě, čehož lze dosáhnout pouze s nezbytnou demokratickou podporou.

Jak to funguje ve světě

Ve světě je známých několik systémů individuálních rozpočtů, od centrálních (např. v Nizozemsku, Vlámku) po regionální či pilotní.

Skotsko – In Control Scotland

Nezisková charitativní organizace poskytující různé školicí programy a koučink za účelem rozvoje udržitelného komunitního systému podpory osob, které potřebují péči/asistenci, např.:

- Kouč, který pomůže najít znevýhodněnému člověku uplatnění na trhu práce.
- Poskytování odlehčovací služby a osobní asistence.

Itálie, Terst

„Komunitní“ způsob péče o osoby s duševním onemocněním – praktikuje zásadu „zaměření na člověka, nikoliv na poruchu“; ve městě je prostřednictvím systému osobních účtů pečováno o osoby s duševním onemocněním; je součástí komunitního způsobu péče:

- **4 komunitní centra** nabízející nocleh, otevřená 24 hodin denně, 7 dní v týdnu;
- **1 psychiatrické oddělení** pro urgentní případy o kapacitě 6 lůžek;
- **45 míst** ve formě samostatného bydlení nebo podpory samostatného bydlení;
- provozování „recovery house“.

Tento komplexní způsob péče vedl ke:

- snížení počtu hospitalizovaných pacientů;
- snížení počtu sebevražd o 40 %;
- snížení počtu nedobrovolných hospitalizací;
- zvýšení počtu osob s duševním onemocněním, které si najdou práci (250 osob ročně absolvuje odbornou přípravu na zaměstnání).

Švédsko

Země zavedla prvky modelu osobních účtů již v roce 1993.

Forma osobních účtů: peníze jsou vypláceny přímo osobám s mentálním postižením, které si mohou zvolit, zda z nich budou financovat **vlastního osobního asistenta**, nebo zda využijí služeb **profesionálních asistenčních agentur**, nebo zda se žádostí o **osobní asistenci osloví stát**.

Velká Británie

Zákon o poskytování péče rozlišuje 3 způsoby výpočtu osobního rozpočtu:

- Sociální pracovník posoudí, kolik hodin individuální péče a podpory příjemce potřebuje, vynásobí to hodinovou sazbou, a tím je určen osobní rozpočet příjemce.
- Za využití statistických informací – toto však nemusí plně reflektovat individuální potřeby jednotlivce.
- Částka je založena na skutečných nákladech.

Existují 3 způsoby, jak lze osobní rozpočty spravovat:

- Peníze dostane **přímo jednotlivec**, který s nimi samostatně hospodáří.
- S penězi hospodáří **poskytovatel péče** dle dohodnutého plánu.
- S penězi hospodáří **místní úřad** dle dohodnutého plánu péče a potřeb jednotlivce.

Ve Velké Británii je rozvinutý systém pomoci prostřednictvím tzv. **local area coordinators** – tedy místních koordinátorů, kteří působí v komunitách, přičemž každá takováto komunita je tvořena přibližně 10 000 lidmi.

Koordinátoři pomáhají jak jednotlivcům, tak celým rodinám identifikovat jejich silné stránky, rozvinout vizi dobrého života a najít řešení jejich problémů. Jsou to zaměstnanci obcí a měst a jejich hlavním cílem je identifikovat přirozené podpůrné vazby mezi sousedy, rodinnými příslušníky, a snížit tak potřebu externích služeb.

Austrálie

Existují zde 3 možnosti správy osobního rozpočtu:

- Peníze jsou zasílány poskytovatelům služeb.
- Peníze jsou zasílány zprostředkovatelům.
- Peníze jsou zasílány přímo uživatelům.

Účastníkům tzv. národního systému invalidního pojištění (osobám, které potřebují pomoc druhé osoby) jsou nabídnuty 3 možnosti správy jejich osobního rozpočtu – mohou si vybrat buď jednu z nich, nebo je lze i kombinovat:

- Peníze jsou **poslány přímo poskytovateli služby**.
- Peníze **spravuje manažer**, který je odpovědný za získávání plateb za úkony péče z národního systému – pokud je zvolena tato metoda, tak příjemci péče dostávají dodatečné peníze, ze kterých manažera platí.

- Peníze z národního plánu jsou poslány **uživateli nebo jeho zástupci**, kteří mohou dále rozhodovat o použití těchto peněz.

Belgie, Vlámsko

Od roku 2017 mají všichni dospělí se zdravotním postižením nárok na program osobního rozpočtu – tento rozpočet má podobu hotovosti, poukázek anebo jejich kombinace – poukázky lze použít jen na nákup služeb od certifikovaných dodavatelů, ale za hotovost lze nakoupit i u necertifikovaných.

Cesta pro Českou republiku

Zavedení individuálních rozpočtů pro osoby se zdravotním postižením v České republice je běh na dlouhou trať. Jde o systémovou, zásadní, ale i paradigmatickou změnu. Nevidíme tedy jako reálné její navržení, prodiskutování a zavedení v tomto volebním období vlády ČR. Je ale naší ambicí otevřít odbornou diskuzi na toto téma, moderovat ji se všemi klíčovými partnery směrem ke konsensuálnímu konstruktu této změny a následně ji představit a přesvědčit zástupce politických stran a hnutí o její potřebnosti, resp. nezbytnosti tak, aby mohla být realizována již v následujícím funkčním období vlády.

10 Co s časem stráveným na cestě ke klientovi?

Marie Jarošová

Současná právní úprava, metodická doporučení a závěry kontrolních orgánů neumožňují poskytovatelům terénních sociálních služeb pro stanovení úhrady (alespoň částečně) zohlednit čas strávený pracovníkem sociálních služeb na cestě ke klientovi a náklady spojené s jeho dopravou (docházkou) ke klientovi.

Tento systém přenáší vysoké provozní náklady na poskytovatele (tedy na státní rozpočet), vzhledem k tomu, že při zpracování žádosti o dotaci na poskytování sociální služby nejsou systematicky zjišťovány náklady spojené s dobou strávenou na cestě ke klientovi s dalšími výdaji s cestou spojenými, které jsou nákladem poskytovatele. Není zřejmé, v jaké výši jsou tyto náklady zohledněné v přidělené dotaci a jaká část nákladů je hrazena z jiných zdrojů poskytovatele.

U různých poskytovatelů se jedná o specifické náklady, které závisí na lokalitě poskytování služby a materiálně-technickém vybavení poskytovatele.

Poskytovatelé využívají více způsobů, jak se dostat do domácnosti klienta:

- služební vozidlo – náklady na pořízení, odpisy, pohonné hmoty, amortizace (náklady na opravy a další služby spojené s provozem vozidel);
- soukromé vozidlo (smlouva se zaměstnavatelem o používání soukromého vozidla) – pohonné hmoty, amortizace;
- veřejnou dopravu (pouze městské lokality) – náklady na jízdenky;

- kola běžná i elektrická – náklady na pořízení, údržbu apod.;
- docházku pěšky (větší časová/docházková náročnost) – zvýšené náklady na osobní ochranné pracovní prostředky (obuv, oblečení – opotřebení).

Všechny výše uvedené možnosti zatěžují poskytovatele. Venkovské, a především horské lokality mají rozsáhlou územní dostupnost, kdy se jedná o malé obce, místní části, samoty, horské usedlosti apod. Pak jsou dojezdové vzdálenosti časově i finančně mnohem více náročné.

Doporučení

Navrhujeme alespoň částečně přenést tyto náklady do úhrad za poskytování sociální služby.

Pokud klient neparticipuje na nákladech poskytované sociální služby alespoň v částečném rozsahu (tj. nepodílí se na úhradě času úkonu, času potřebného na dopravu do jeho domácnosti), není motivován k efektivnímu využívání sociální služby – tj. často požaduje opakované návštěvy i v situacích, kdy by bylo možné potřebnou pomoc poskytnout při jedné návštěvě zaměstnance.



Mimo to poskytovatelé terénních sociálních služeb nemají zájem (nejsou motivováni) rozšiřovat své služby o lokality, které jsou ve větší vzdálenosti od sídla poskytovatele, a to především z důvodu dalších vysokých nákladů na dopravu.

Není účelné a vhodné v plné výši tyto náklady přenášet na klienta, ale jde o to, najít vhodný systém, kdy alespoň dílčí část nákladů bude zohledněna v úhradě za poskytovanou sociální službu, např. k času zajištění úkonu bude možné přičíst cca 5–10 minut podle lokality, podle dojezdové vzdálenosti či způsobu dopravy. Klienti budou s takto nastavenými pravidly seznámeni při jednání se zájemcem a pravidla budou popsána ve vnitřních pravidlech poskytovatele.

Čas strávený na cestě ke klientovi

Do času zajištění základní činnosti je třeba započítat poměrnou část doby, kterou zaměstnanec sociální služby stráví na cestě do domácnosti klienta nebo na cestě do místa, kde se klient aktuálně nachází.

Návrhy:

1. Poskytovatel ve svých vnitřních dokumentech stanoví okruhy – dojezdovou (docházkovou) vzdálenost a časovou dotaci, kterou na základě vnitřních předpisů promítne do úhrady času potřebného k zajištění základní činnosti.

Příklad:

Klient v budově	Sídlo služby	+ 3 minuty
Klient v docházkové vzdálenosti	1 km	+ 3 minuty
Klient v okruhu	1–10 km	+ 5 minut
Klient v okruhu	10–30 km	+ 8 minut

Každý poskytovatel nastaví výpočet individuálně u každého klienta s ohledem na skutečný čas potřebný k přejezdu nebo přechodu ke klientovi od sídla služby **nebo od předchozího klienta**.

Poskytovatel při stanovení času zohlední aktuální trasu přejezdu nebo přechodu mezi klienty podle trasy na jednotlivých úsecích plánovaného harmonogramu zajištění služby klientům.

*Takto nastavený způsob navýšení časové dotace by **nebyl** poskytovatelem využíván v případě dovážky stravy (pokud je strava rozvážena hromadně) a u základních činností, kdy je úhrada stanovena za úkon.*

2. Zohlednit dojezdové vzdálenosti při poskytování terénních sociálních služeb v dotaci na základě poskytovatelem doložené místní dostupnosti, tj. časové náročnosti dojezdových vzdáleností do oblastí, kde je sociální služba klientům zajišťována. Poskytovatel by pro požadavek na navýšení dotace doložil přehled vzdáleností v počtu kilometrů a časové náročnosti od sídla nebo sídel služby, odkud ke klientům zaměstnanci vyjíždějí/vycházejí.

3. Zákon o obcích – uložit obcím vymahatelnou povinnost zajistit na svém území dostupnost terénní sociální služby, a to včetně povinnosti podílet se na jejím financování.

4. Individuálně nastavit způsob financování v příhraničních a horských oblastech a oblastech s malou hustotou osídlení – vesnické regiony, kde jsou malé obce, místní části a samoty. Zohledňovat tyto lokality ve výši přidělených dotačních prostředků, např. navýšením dotace na jeden plný pracovní úvazek zaměstnance přímé péče (pouze v případě, kdy má poskytovatel stanovenou maximální výši úhrady za hodinu péče) – např. o 2–4 %.

5. Nastavit samostatnou položku dotace vztahující se k časům dojezdové/docházkové vzdálenosti. Poskytovatel v žádosti o dotaci uvede sumář časů potřebných k dojezdu/docházce ke klientům služby a tento čas bude zohledněn ve výši dotace.

6. Navýšit úhradu za hodinu poskytování sociální služby tak, aby částka zohledňovala i zvýšené náklady na čas potřebný k dojezdu/docházce ke klientovi.

Poskytovatel při stanovení času zohlední aktuální trasu přejezdu nebo přechodu mezi klienty podle trasy na jednotlivých úsecích plánovaného harmonogramu zajištění služby klientům.

11 Časová dostupnost terénních sociálních služeb

Blanka Laboňová

Pro zohledňování časové dostupnosti²³ sociálních služeb navrhuji:

- Procentuálně zvýšit platbu za poskytnutou péči o sobotách, nedělích a svátcích, například o 25–50 % za hodinu či úkon. Toto navýšení ukotvit právní úpravou (vyhláškou).

Pokud nebude uvedeno ve vyhlášce, pak ponechat stejnou úhradu jako dosud a vyčíslit zvýšené náklady na dotaci za služby (víkendy a svátky). V tomto případě je nezbytné:

- Stanovit povinnou časovou dostupnost 7.00–20.00 hodin. Jen tak je možné, aby klienti zůstali doma ve svém přirozeném prostředí co nejdéle bez toho, aby byli nuceni využít pobytové služby.
- Uložit zákonnou povinnost centralizovat data za poskytnuté terénní služby za kalendářní měsíc – informační systém musí být jednotný pro všechny kraje. Tak bude možné ověřit skutečný rozsah poskytované péče – časové dotace. Informace lze následně využít pro rozhodování o výši dotace s možností zpětného dofinancování.

Nezbytná je konkrétní a návodná metodika MPSV upravující časovou dostupnost, která by pro všechny poskytovatele terénní sociální služby nastavila stejná pravidla, která by byla závazná i pro zřizovatele nebo zakladatele služby, včetně krajů – ať už jde o registrátory, plánovače apod. **Časová dostupnost** poskytovaných te-

rénních služeb: 365 dnů v roce, denně alespoň 7.00–20.00 hodin s možností zajistit poskytování péče 5–7krát denně, pokud jsou takové požadavky a potřeba u klientů.

Terénní sociální služba: dostupnost 7 dní v týdnu (pracovní dny, víkendy a svátky), byť o víkendech a svátcích v omezeném počtu zaměstnanců, protože je předpoklad, že o víkendech a svátcích část klientů zabezpečí rodinní příslušníci. V některých případech poskytovatel zajišťuje služby 1krát týdně – provede úkony osobní hygieny či úklid a další požadavky odmítá z důvodu nedostatečné kapacity. *Minimální časovou dostupnost v rozsahu cca až 12 hodin denně je nutné stanovit jako zákonnou podmínku registrace.*

V případě, že klient požaduje, aby mu byla služba poskytnuta v pozdějších večerních hodinách, doporučuji poskytovatelům pružně reagovat na požadavky klientů a službu přizpůsobit tak, aby čas poskytování sociální služby vyhověl odůvodněným potřebám klientů. **Pro rozšířenou časovou dostupnost je nezbytné zajistit dostatečné personální obsazení a finanční krytí**, např. možnost dodatečného dofinancování podle skutečnosti, případně krácení dotace při nevyužití stanovených časů poskytování služby. Nabízí se tedy možnost dofinancování z rezerv dotačních titulů, tzn. krajské úřady uvolní stanovenou finanční rezervu pro dofinancování potřebných služeb v aktuálním roce v závazně stanoveném termínu.

²³ Časová dostupnost = doba poskytování sociální služby.

12 Zohlednění dojezdu pečovatelské služby

Karolína Wankovská

Níže popsaný propoččet dotace na pohonné hmoty je vázán na poskytovanou přímou péči u klienta a ve vazbě na míru jeho snížené soběstačnosti včetně odebrané péče.

Ve výpočtu nejde o výši přiznaného PnP, nýbrž o rozsah poskytnuté služby bez ohledu na to, zda je klient příjemcem PnP. Výše úhrady nám sděluje míru potřeby klienta. Zároveň motivuje poskytovatele spíše k poskytování péče oproti dovozům obědů a snížení nelogické logistiky vozidel. Tento výpočet inspiruje poskytovatele více smysluplně plánovat přejezdy mezi klienty. Poskytovatel se totiž v současnosti orientuje na uhrazené platby za služby místo toho, aby se zaměřil na čas strávený u klienta, a to z důvodu ochrany klienta.

*Vysvětlení: Čas je relativní, poskytovatel si s ním při vykazování hravě poradí a kontrolní mechanismus ze strany státu je slabý. Uhrazená částka ze strany klienta je **nejvěrohodnější podklad**, který vypočítává o odebrané péči. Klient nezaplatí služby, které mu nebyly poskytnuty. Na druhé straně je chráněn legislativou (vyhláškou č. 505/2006 Sb.), a to maximální částkou za poskytnutou hodinu péče. Stát si může dopředu udělat hrubý propoččet, kolik ho bude stát financování mobility v pečovatelské službě. Pokud existuje pečovatelská služba, která má v sazebníku nižší částku na hodinu, než je stanoveno vyhláškou, tak se dobrovolně vzdává příjmu a asi není třeba řešit ani náklady na pohonné hmoty (PHM).*

Péče o osoby do 18 let věku		
Míra podpory	Odebraná péče do výše za měsíc	Koeficient podílu pro výpočet dopravy
Lehká závislost	3 300 Kč	12 %
Středně těžká závislost	6 600 Kč	16 %
Těžká závislost	13 900 Kč	19 %
Úplná závislost	19 200 Kč	23 %

Péče o osoby nad 18 let věku		
Míra podpory	Odebraná péče do výše za měsíc	Koeficient podílu pro výpočet dopravy
Lehká závislost	880 Kč	12 %
Středně těžká závislost	4 400 Kč	16 %
Těžká závislost	12 800 Kč	19 %
Úplná závislost	19 200 Kč	23 %

Tabulka č. 1: Míra potřeby

Příklad výpočtu (v péči není zahrnut dovoz obědů):

Klient ve věku 65 let odebere péči ve výši 6 000 Kč / měsíc. Pokud využívá služby v této výši, dá se předpokládat, že je středně těžce závislý na podpoře. Celkem 19 % z 6 000 Kč tvoří příspěvek na dopravu ve výši 1 140 Kč / měsíc.

V tomto výpočtu se počítá s řádně odebranou poskytovanou péčí, tj. pečovatelskými úkony, na základě nichž je plánován výpočet dopravy financované ze strany státu.

Výpočet dopravy bude proveden **i za předpokladu**, že nebylo využito vozidlo (např. při péči v domovech s pečovatelskou službou) – na jedné straně toto představuje ztrátu pro stát, ale oproti tomu jsou zde delší trasy, např. v menších obcích, kdy péče je svým obsahem nízká a doprava vysoká (neekonomická). **Doprava tedy bude tímto kompenzována uchopitelným výpočtem.**

Snahou státu by mělo být, aby se pečovatelské služby soustředily na poskytování péče u klienta. Není rozhodující, jaký je počet klientů, **nýbrž počet hodin strávených u klientů** (říkejme tomu efektivita). Tento obrat státu garantuje, že poskytovatelé budou motivováni k plánování péče, k poskytování řádné péče, eliminaci neprioritních úkonů a k revizi cílové skupiny, která je v mnoha případech soběstačná, jen využívá ročního mytí oken a velké úklidy. Dále bude pečovatelská služba nucena opustit pozice vrátných v domovech pro seniory, kde mnohdy přebírají poštu a zabývají se provozními a technickými záležitostmi týkajícími se budov, které jsou měst nebo obcí, a je v jejich zájmu zajistit tyto činnosti mimo systém sociálních služeb.

V tomto výpočtu také dojde k eliminaci známého „**Kolik má kdo klientů**“, tj. unicitních rodných čísel (URČ). V mnoha krajích je běžné, že jsou služby péče zajišťovány např. 1 až 2 dny v týdnu – zaměstnanec uvádí, že už má 10 klientů a víc jich mít nemůže (je nastaven stop stav). Pokud se ale pozorně podíváme na faktickou vytíženost, zjistíme naprostou neefektivitu pracovníka. Celkem 10 klientů nerovná se efektivní vytíženost pracovníka. Za efektivní vytížení pracovníka můžeme považovat 6 hodin přímé péče / den.

Příklad: *Pokud tedy bude pečovatelka pracovat s klienty 6 hodin denně (bez ohledu na počet URČ) po dobu jednoho měsíce, tj. 20 pracovních dní, bude měsíční příjem za službu 16 200 Kč.*

Efektivita služby je v tomto případě maximálně dobře nastavená a zde stát teprve pozná, jak hodně má pečovatelský ekosystém posílit lidsky.

Výpočet má i druhý rozměr. Stát bude hradit jen dopravu za odebranou péčí (říkejme, že bude řádný hospodář). Tím bude motivovat klienta k odebírání pečovatelských úkonů, které mají vazbu na udržení jeho soběstačnosti v přirozeném prostředí, což je cílem.

Náklady za **dopravu obědů** budou hrazeny klientem, tímto bude i klient motivován k odběru stravy od jiných subjektů, a tím se uvolní kapacita pečovatelek k výkonu jejich profese. Není třeba, aby stát využíval vzdělané pečovatelky s kurzy a dalším vzděláním dle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, k úkonům, jako je donášková služba.

Samosprávy tímto zároveň získají určité možné pole působnosti, jak pečovat o své občany a voliče. Budou mít možnost přispívat na dopravu obědů, a tím se zviditelnit v oblasti péče o občany.

Dopravu za obědy může stát řešit mnoha způsoby:

- zafixovat maximální částku a tu ročně zvedat o inflaci;
- umožnit pečovatelské službě zaměstnávat pracovníky na pozici řidič z povolání;
- nařídit pečovatelské službě, aby uzavřela smlouvu s podnikatelským sektorem na zajištění dopravy v regionu, kde působí (a tím je třeba i bonifikovat – menší motivace);
- ponechat v gesci pečovatelské služby tak, jako doposud (ale výpočet času stráveného na cestách několika pečovatelek je nevhodný a efekt udržení klienta v přirozeném prostředí je minimální);
- nemusí proplácet PHM za dovoz obědů.

Příklad:

Pečovatelka služba v Charitě Litoměřice využívá k rozvozu obědů již několik let služby autodopravy. Klient má uzavřenou smlouvu na dovoz obědů s gastronomickým úsekem (vedlejší výdělečná činnost), ne s pečovatelskou službou.

Gastronomický úsek mu účtuje za dopravu 22 Kč/den a využívá k tomu autodopravu, tj. řidiče z povolání, a to formou nákupu služeb.

Výhody:

- pečovatelka má časový prostor na úkony péče a na svou profesionalizaci;
- zvyšuje se profesionalizace oboru, pečovatelky se nestydí za svou práci;
- zvyšuje se povědomí veřejnosti, k čemu dopravy slouží PS;
- lidé se na PS začínají obracet s tím, že ví, že jsou profesionálové a mají čas na péči;
- možnost poskytovat pomoc a péči většímu počtu osob;
- když se přestane s rozvozy obědů, zjistí se, kolik je okolo potřebných lidí, kterým se nedostává péče;
- poskytovanou péčí se zvyšují příjmy služby;
- efektivní logistika přejezdů zvyšuje prostor pro poskytování péče;
- posílení podpory ze strany municipalit po výrazné transformaci;
- přeměnu PS zaznamenali krajské zdravotní nemocnice v regionu a napojili se na PS, neboť je vnímají jako rovnocenného partnera v pečovatelském závazku, kterému svěří klienta propuštěného z lůžkového zařízení.

13 Poskytování úkonů pečovatelské služby bez úhrady

Renata Kainráthová

Poskytování bezplatné služby je zakotveno v zákoně o sociálních službách, § 75 odst. 2:

Pečovatelská služba se s výjimkou nákladů za stravu poskytnutou v rámci základní činnosti uvedené v § 40 odst. 2 písm. c) poskytuje bez úhrady:

- a) rodinám, ve kterých se narodily současně 3 nebo více dětí, a to do 4 let věku těchto dětí;
- b) účastníkům odboje;
- c) osobám, které jsou účastny rehabilitace podle zákona č. 119/1990 Sb., o soudní rehabilitaci, ve znění zákona č. 47/1991 Sb., nebo u nichž bylo odsuzující soudní rozhodnutí pro trestné činy uvedené v § 2 zákona č. 119/1990 Sb., ve znění zákona č. 47/1991 Sb., zrušeno přede dnem jeho účinnosti, anebo byly účastny rehabilitace podle § 22 písm. c) zákona č. 82/1968 Sb., o soudní rehabilitaci, jestliže neoprávněný výkon vazby nebo trestu odnětí svobody činil celkem alespoň 12 měsíců, popřípadě méně, pokud tento výkon měl činit 12 měsíců, avšak skončil ze zdravotních důvodů před uplynutím 12 měsíců;
- d) osobám, které byly zařazeny v tábore nucených prací nebo v pracovním útvaru, jestliže rozhodnutí o tomto zařazení bylo zrušeno podle § 17 odst. 1 zákona č. 87/1991 Sb., o mimosoudních rehabilitacích, anebo ve vojenském tábore nucených prací, jestliže

rozkaz o jeho zařazení do tohoto tábora byl zrušen podle § 18 odst. 1 zákona č. 87/1991 Sb., ve znění zákona č. 267/1992 Sb. a zákona č. 78/1998 Sb., anebo v centralizačním klášteře s režimem obdobným táborem nucených prací, pokud celková doba pobytu v těchto zařízeních činila 12 měsíců, popřípadě méně, pokud tato doba měla činit 12 měsíců, avšak skončila ze zdravotních důvodů před uplynutím 12 měsíců;

- e) pozůstalým manželům (manželkám) po osobách uvedených v písmenech b) až d) starším 70 let.

Klientů, kteří spadají do bodů b–e, postupně ubývá, neboť jsou již ve věku 90+ a častěji je služba poskytována vdovám/vdovcům po těchto osobách, nicméně vzhledem k věku se zpravidla jedná o velký rozsah péče a absence příjmu za tuto skupinu klientů se může vyšplhat až do desítek tisíc za rok. Pokud má poskytovatel v péči více takových klientů (oblast severních Čech, Ostravska, Prahy, Dačicka atd.), může propad příjmů činit až půl milionu za rok.

Mnohem větší zátěží pak může být poskytování bezplatné služby v rámci bodu a), tedy tam, kde se narodila trojčata a vícčata. Návrh novely tohoto zákona navíc rozšiřuje bezplatné poskytování pečovatelské služby rodinám, ve kterých žijí mi-

nimálně 3 děti narozené v rozmezí 3 let, přičemž se 2 z těchto dětí narodily současně, a to do 4 let věku těchto dětí. Čímž by se zásadně zvýšil počet případů, kdy je služba poskytována bez úhrady. Zajištění péče v těchto případech prakticky vždy obnáší několikahodinovou přítomnost pečovatelky v domácnosti. Při osmihodinové směně to pak činí ztrátu cca 24 000 za měsíc.

V současné době, až na výjimky při narození vícera, nejsou náklady na poskytování služby bez úhrady nijak refundovány s poukazem, že se tak děje v rámci přidělené dotace, což je pro poskytovatele nedostatečný argument, neboť stát vlastně ani neví, v jakém rozsahu byla péče poskytnuta. V žádosti o dotace se u jednotlivých klientů pouze zadá, zda byla služba poskytnuta zdarma, avšak v jakém finančním objemu již není sledováno. Pouze některé kraje tuto položku sledují, například prostřednictvím programu KISSOS. Povinnost poskytovat službu zdarma mají i ti poskytovatelé, kteří z nějakého důvodu dotaci nedostanou (začínající poskytovatel, nejsou zařazeni do sítě, podali pozdě žádost či v ní měli systémové chyby, pro které jim dotace nebyla přiznána, ...). To může být pro poskytovatele, kteří nemají záštitu zřizovatele, nebo nejsou součástí většího uskupení, komplikací vedoucí i k omezení nebo ukončení provozu.

Je nezbytné systematicky řešit financování povinnosti, kterou prostřednictvím právních předpisů stát ukládá poskytovatelům pečovatelských služeb, a na základě evidence bezúhradových základních činností financovat poskytovatelům služby pravidelně, každý následující měsíc po měsíci, kdy byly služby provedeny. Pro poskytovatele není problémem předávat pravidelné měsíční výkazy zajištěných služeb.

Návrh

Navrhujeme zrušit bezúhradové poskytování pečovatelské služby výše vymezeným osobám, neboť osoby v nepříznivé sociální situaci čerpají na zajištění péče státní dávku příspěvek na péči. Jiné terénní sociální služby (odlehčovací služby, osobní asistence) jsou klienty hrazeny v plném rozsahu. Vzniká tak nerovnost mezi poskytovateli terénních sociálních služeb a státní dávka není využita k účelu, ke kterému je určena.

Bezplatné poskytování pečovatelské služby dětem

Dále v souvislosti s bezúhradovou péčí o děti je nutné, aby pro tyto specifické situace byla pro poskytovatele pečovatelské služby dostupná metodika týkající se poskytování péče o děti novorozeneckého, kojeneckého a batolecího věku, neboť péče o ně se pohybuje na zdravotně-sociálním pomezí a v minulosti přímou péčí o takto malé děti zajišťovaly pouze dětské sestry. Pracovníci sociálních služeb nemají dostatečnou kvalifikaci a předpoklady pro zajišťování péče o velmi malé děti. Doporučení MPSV, aby služba probíhala pouze na bázi pomoci matce / pečující osobě s chodem domácnosti, nemá legislativní opodstatnění (poskytovatel je povinen zajistit službu v rozsahu základních činností stanovených právními předpisy). Většina poskytovatelů těchto služeb má za majoritní cílovou skupinu seniory a tomu je přizpůsobeno i vzdělávání. Vzdělávání v oblasti péče o velmi malé děti zcela chybí, a ne každý pracovník v sociálních službách je v osobním životě zároveň rodičem, aby měl dostatečné zkušenosti.

14 Bonifikace za specifické cílové skupiny a diagnózy

Karolína Wankovská

V oblasti bonifikace za specifické cílové skupiny a diagnózy navrhujeme dvě varianty, jak tuto problematiku řešit. Jde o:

1. Zpětné plnění

Kraj vymezí možnost bonifikovat poskytovatele terénní pečovatelské služby – např. až do výše 5% z celkové alokace finančních prostředků z kapitoly 313 MPSV státního rozpočtu. Vyčleněná částka bude určena na podporu pečovatelských služeb, které pečují o osoby se specifickým onemocněním. Finanční podpora bude poskytnuta na základě podané Žádosti o dotaci.

Předložený rozpočet je porovnáván se skutečným rozpočtem předešlého roku a s výkazy z výkaznictví MPSV za předešlý rok; je porovnávána kapacita sociální služby, průměrné náklady, průměrné mzdy a počet osob ze specifické cílové skupiny, včetně doby trvání péče u této cílové skupiny apod.

Bonifikace za specifické cílové skupiny a diagnózy spadá do výpočtu optimální výše dotace a vyrovnávací platby.

Optimální výše dotace je stanovena jako rozdíl celkových obvyklých nákladů na úvazek pracovníka a povinného podílu spolufinancování služby a případně úhrad od uživatelů služby, nově i péče o specifické cílové skupiny.

Bonifikace podléhá výpočtu optimální výše dotace a bude zohledněna v celkovém výpočtu hodnoty počtu klientů ze specifické cílové skupiny za předešlý rok. (Jedná se o motivační efekt pro vyšší péči o osoby se specifickou diagnózou.) Bonifikace v návaznosti na diagnózu – stanovená hodnota finanční podpory bonifikačního mechanismu u specifických diagnóz na jedno unikátní rodné číslo / délku trvání péče, která odpovídá celkovým obvyklým zvýšeným nákladům.

V případě, že poskytovatel sociálních služeb pečuje o osoby se specifickým onemocněním, má možnost požádat o finanční podporu pro zajištění adekvátní péče dle Metodiky pro výpočet optimální výše dotace.

Specifické cílové skupiny a diagnózy: Parkinsonova nemoc, Huntingtonova choroba, Alzheimerova choroba, roztroušená skleróza, porucha autistického spektra. Poskytovatel sociální služby neprokazuje existenci samotného onemocnění, ale musí být schopen prokazatelně zdůvodnit, v čem spočívá zvýšená potřeba péče o konkrétního klienta.

Překročení maximálního (optimálního) návrhu podpory v případě navýšení dotace na základě žádosti poskytovatele o finanční prostředky určené na péči o osoby se specifickým onemocněním bude akceptováno. Žádost bude odborně posouzena a projednána orgány kraje.



Pokud bude celkový požadavek ze žádostí jednotlivých poskytovatelů sociálních služeb vyšší než částka alokace vyčleněná na tento účel, bude reálná výše přidělené dotace redukována. V případě, že nebude část alokace vyčleněná na podporu výše zmíněných služeb zcela vyčerpána, budou zbylé finanční prostředky použity v rámci dofinancování sociálních služeb.

2. Dodatečné žádosti²⁴

Kraje si vymezí možnost ponechat část finančních prostředků v maximální výši 5 % z celkové alokace finančních prostředků z kapitoly 313 MPSV státního rozpočtu. Vyčleněná částka bude určena na podporu sociálních služeb, které pečují o osoby se specifickým onemocněním. Finanční podpora může být poskytnuta na základě podané Žádosti o finanční podporu pro služby pečující o uživatele se specifickým onemocněním. Poskytovatelé mohou takové žádosti podat nejdříve po uplynutí 30. června kalendářního roku.

V případě, že poskytovatel sociálních služeb pečuje o osoby se specifickým onemocněním, má možnost požádat o finanční podporu pro zajištění adekvátní péče. (Žádost o finanční podporu pro služby pečující o uživatele se specifickým onemocněním.)

Specifické cílové skupiny a diagnózy: Parkinsonova nemoc, Huntingtonova choroba, Alzheimerova choroba, roztroušená skleróza, porucha autistického spektra. Poskytovatel sociální služby neprokazuje existenci samotného onemocnění, ale musí být schopen prokazatelně zdůvodnit, v čem spočívá zvýšená potřeba péče konkrétního uživatele.

Žádost bude podávána písemnou formou na předepsaném formuláři dle Metodiky.

Překročení maximálního (optimálního) návrhu podpory v případě navýšení dotace na základě žádosti poskytovatele o finanční prostředky určené na péči o osoby se specifickým onemocněním bude akceptováno. Žádost bude odborně posouzena pracovníky odboru sociálních věcí a následně projednána orgány kraje.

Pokud bude celkový požadavek ze žádostí jednotlivých poskytovatelů sociálních služeb vyšší než částka alokace vyčleněná na tento účel, bude reálná výše přidělené dotace redukována. V případě, že nebude část alokace vyčleněná na podporu výše zmíněných služeb zcela vyčerpána, budou zbylé finanční prostředky použity v rámci dofinancování sociálních služeb.

²⁴ Metodika Ústeckého kraje pro poskytování finanční podpory poskytovatelům služeb v rámci programu podpory sociálních služeb 2023.

15 Spolupráce terénních služeb s tísňovou péčí

Jan Schneider

Pro formulování možnosti spolupráce mezi terénními sociálními službami je potřeba si nejprve vymezit jejich role v rámci systému zabezpečování potřeb klientů z řady cílových skupin. Od doby vzniku systému sociálních služeb a zákona o sociálních službách totiž došlo jak k posunu vnímání a nastavení terénních sociálních služeb, především pak pečovatelské služby, tak k velkému technologickému posunu v oblasti monitorovacích zařízení.

Začneme právě posunem ve vývoji monitorovacích zařízení. Klasické SOS náramky a přívěsky, které byly a dodnes jsou primárním nástrojem fungování tísňové péče, jsou dnes již běžným spotřebním zbožím. Některé nabízejí funkci obousměrného mobilního telefonního systému, a to včetně pasivního přijetí hovoru. Jiné mají minimum funkcí, ale maximální možnou výdrž baterie, která může fungovat až rok bez nabíjení. Navíc mají i další funkce, například připomínání medikace. Zároveň jsou dnes již běžně dostupná zařízení s prvky jako senzory pádů a pohybu, stejně jako další vybavení chytré domácnosti. Tyto technologie, dnes již běžně využívané v rámci péčových a tísňových služeb v zemích západní Evropy, se stávají stále dostupnějšími, kdy vybavení takovéto poměrně sofistikované domácnosti pro seniora či osobu se zdravotním postižením přijde řádově na tisíce, maximálně nižší desetitisíce korun. Hlavním problémem je to, že zdaleka ne všechny tyto produkty mají dostatečně spolehlivý provoz a je velmi složité vybrat správné řešení.

Služby tísňové péče nemají dlouhodobě problém se zajištěním technického vybavení či fungování centrálního pultu. Často se však potýkají s nedostatečnou kapacitou sociální práce. To je dáno jejich často celorepublikovým působením. Zároveň je při poskytování tísňové péče dlouhodobě největším problémem zajištění reakčního výjezdu. Samozřejmě je, že tam, kde je to možné, může pro zajištění zásahu na místě fungovat nejbližší rodina či sousedi, a to s využitím funkcí například některých mobilních telefonů či chytrých hodinek. I pro ně je však vhodné zvolit správné technické řešení, které zajistí, že skutečně dojde ke spolehlivé reakci v případě pádu či jiné události. Potřeba dostupných služeb tísňové péče je ještě vyšší v případech, že nikdo v blízkosti není při zajištění emergentní pomoci dostupný. Pro celostátní tísňové péče není přitom reálné udržovat vlastní výjezdové stanoviště pro všechny své klienty. Je tedy vhodné propojit se s některou lokálně fungující službou. Na mnoha místech funguje takové spojení s obecní policií, ale i s tou bývá, zvláště ve větších městech,

spolupráce složitější. Naopak tam, kde funguje úzká spolupráce s pečovatelskou službou, či je dokonce tísňová péče poskytována stejným poskytovatelem jako pečovatelská služba, tam je zajištění služby dostupnější. Nedává však ekonomický smysl, aby každá pečovatelská služba měla svůj centrální pult.

Pečovatelské služby v rámci České republiky v současné době procházejí transformací. Jejich operační čas se postupně rozšiřuje na minimálně 7–19 hodin po 7 dní v týdnu. Postupně se počítá s dalším rozšiřováním. To jistě povede k pozvolnému slučování některých pečovatelských služeb do větších celků, protože nebude reálné pokrýt takový časový rozsah při menším počtu zaměstnanců. Je zároveň předmětem odborné diskuze a také otázkou dalšího rozvoje této služby, zda bude standardně poskytována v rozsahu 24/7.

Obecně lze považovat právě pečovatelskou službu a tísňovou péči za dva hlavní nástroje umožňující seniorům, ale i osobám se zdravotním postižením setrvat v domácím prostředí. Zásadní je role těchto nástrojů tam, kde v okolí není k dispozici rodina či jiný neformální pečující. Ale i tam, kde rodina funguje a zajišťuje maximum možné péče, jsou tyto služby potřeba jako nástroj sdílené péče, abychom těmto neformálním pečujícím odlehčili a nedocházelo k brzkému vyhoření. Každopádně u velké části klientů dává smysl, aby došlo ke kombinaci využití obou těchto služeb. Pro zlepšení efektivity, ale i snížení celkových nákladů na sociální služby je výhodné podpořit velmi úzkou spolupráci těchto dvou služeb.

Předností pečovatelské služby je to, že působí lokálně, a má tak ke klientům blízko, zná také lépe

lokální prostředí. Zároveň je pravděpodobnější, že bude mít k dispozici přístup do bytu či domu klienta a ten využije i v případě mimořádné události. Na druhou stranu služba tísňové péče pracuje s dostatečným vzorkem a má zpětnou vazbu, aby dokázala sledovat vývoj technologií a vedle zajištění centrálního pultu a callcentra stále zlepšovala spolehlivost provozu vybraných technických prostředků určených nejen k tísňové péči, ale i k další podpoře klienta i pečovatelské služby. Naopak je pro ni složité a nákladné mít celorepublikovou síť sociálních pracovníků.

Z tohoto pohledu by potom dávala logiku taková spolupráce, kdy pečovatelská služba bude spolupracovat se dvěma vybranými poskytovateli tísňové péče (cílem je, aby si klient zachoval možnost volby poskytovatele), bude moci na základě sociálního šetření pro tyto služby zprostředkovávat smlouvu o zajištění tísňové péče a bude zajišťovat výjezdy k mimořádným událostem v případě, kdy to bude potřeba. Další variantou pak bude, že tísňová péče bude sjednána přímo jako součást pečovatelské služby, která si naopak od organizace tísňové péče nasmlouvá technické řešení. V obou případech by pak mělo smysl nastavit takové rozdělení dotací, které by bylo pro obě služby motivační. Zákon o sociálních službách u zařízení sociálních služeb počítá s možností, že může být vytvořena kombinace zařízení sociálních služeb, čímž se mohou zřizovat mezigenerační a integrovaná centra. Pro naplnění výše uvedených variant je ovšem nutné tuto možnost v zákoně rozšířit na terénní služby a upravit také možnost sdílet například provedená sociální šetření a další informace mezi službami pečujícími o jednoho uživatele. Tato úprava by přinesla nejen úsporu do sociálních služeb, ale také větší komfort uživatelům. Pokud se do budoucna bude uvažovat o vytvoření jedné

terénní služby sociální péče, je možné pracovat s variantou, že vedle původní pečovatelské služby a osobní asistence bude tato nová služba obsahovat i tísňovou péči.

Závěr

Terénní služby sociální péče, ať již jako samostatné služby ve smyslu aktuálně platného zákona, nebo registračně sloučená jedna služba, musí počítat s úzkým zapojením tísňové péče. Rozvoj technologií a jejich využití v každodenním životě se promítne i do postupů při zajišťování podpory a pomoci osob závislých na pomoci druhé osoby. Je v zájmu všech, aby z dosažené technologické úrovně společnosti profitovali také ti, kterým hrozí ztráta samostatnosti a nezávislosti z důvodu zhoršeného zdravotního stavu a zdravotního postižení.





16 Pečovatelská služba jako zaměstnanecký benefit

Jiří Horecký

Jednou z možností, jak podpořit neformální pečující, ale i rychlejší rozvoj terénních služeb, je návrh APSS ČR, který předložila již v roce 2018, podle kterého by sociální služby podporovali sami zaměstnavatelé, a to formou nepeněžního příspěvku zaměstnancům a/nebo jejich rodinným příslušníkům na úhradu registrovaných sociálních služeb.

Tento návrh dává možnost čerpat pouze tyto vybrané sociální služby: osobní asistenci, pečovatelskou službu, tíšňovou péči, odlehčovací službu, služby centra denních služeb a denní stacionáře. Jde o sociální služby terénní, ambulantní a respitní, tedy o ty, jejichž využití významně zlepšuje rovnováhu mezi osobním a pracovním životem pečujících osob a umožňuje tak rodinám dobře fungovat i ve ztížených podmínkách, jako je např. péče o seniora, nebo o hendikepovaného člena rodiny. Jde i o podporu služeb tzv. komunitního typu, které umožňují seniorům setrvat ve svém domácím, resp. přirozeném prostředí.

Motivací zaměstnavatelů, aby zaměstnancům přispívali na zajištění sociálních služeb pro jejich blízké, bude nejen ta, že se sníží fluktuace (kdy změna zaměstnance představuje pro zaměstnavatele náklad až ve výši 300 000 Kč), ale i nižší psychická a fyzická zátěž zaměstnanců, kteří v současné době vedle výkonu své práce zajišťují péči o své blízké bez podpory a pomoci profesionálních sociálních služeb.

Pokud bude zaměstnavatelům umožněno přispívat zaměstnancům na nákup sociálních slu-

žeb, bude to znamenat přísun soukromých prostředků do těchto služeb, které se dlouhodobě potýkají s nedostatkem finančních prostředků. Příspěvek zaměstnavatele zvýší koupěschopnost domácností a umožní jim snáze na tyto služby finančně dosáhnout. Vyšší koupěschopnost obyvatelstva podnítl rozvoj dalších zařízení poskytujících sociální služby, čímž se napomůže snížení převisu poptávky po sociálních službách nad existující nabídkou kapacit.

Možnost poskytovat zaměstnancům příspěvek pouze na zajištění terénních, ambulantních a respitních služeb je v souladu s dalším rozvojem a koncepcí sociálních služeb v rámci všech krajů ČR. Jeho cílem je udržet obyvatelstvo co nejvíce soběstačné a co nejdéle ve vlastním sociálním prostředí s flexibilním zajištěním místní potřeby sociálních služeb. Zajištění terénních, ambulantních a respitních sociálních služeb totiž maximalizuje efektivitu využití finančních prostředků státu, krajů, měst i obcí. Ta je totiž právě u lokálních forem vyšší oproti nepravidelně rozloženým a vzdáleným velkokapacitním lůžkovým zařízením.

Možnost poskytovat zaměstnancům příspěvek pouze na zajištění terénních, ambulantních a respitních služeb je v souladu s dalším rozvojem a koncepcí sociálních služeb v rámci všech krajů ČR.

Pokud se podíváme na příjmovou stránku rozpočtu ČR, v prvním roce účinnosti lze předpokládat celkové dopady ve výši maximálně jednotek milionů Kč s možným mírným nárůstem v dalších letech, který bude kopírovat demografické změny ve smyslu stárnutí populace. Tento kvalifikovaný odhad dopadů je dán dvěma skutečnostmi:

1. Uzákoněním nového příspěvku automaticky nevznikne ochota zaměstnavatele navyšovat zaměstnancům příspěvky na nepeněžní plnění (benefity). Pokud např. v současné době poskytuje zaměstnavatel svým zaměstnancům roční příspěvek na benefity ve výši 10 000 Kč, výše tohoto příspěvku se nezmění s jejich rozšířením o sociální služby. Dojde pouze ke změně struktury jejich čerpání. Půjde tedy o rozšíření stávající nabídky benefitů, nikoliv o navýšení celkovém objemu poskytovaných prostředků. Toto chování zaměstnavatelů bylo prokázáno výzkumy a analýzami, které byly směřovány do oblasti zaměstnaneckých

benefitů (a mimo jiné se stejný trend potvrdil i v případě posledního rozšíření nepeněžních plnění o možnost nákupu tištěných a elektronických knih, který byl uzákoněn k 1. lednu 2019).

2. Segment sociálních služeb je silně regulován, jeho rozvoj je dán jak registrací, tak vstupem do krajských sítí a systémem státních dotací. Právě státní dotace jsou hlavním regulátorem, stimulantem, ale i brzdou rozvoje sociálních služeb. Samotná zvýšená poptávka po (byť pouze úhradových) sociálních službách tak nevede automaticky k jejich rozvoji.

I přes mírný negativní dopad na státní rozpočet je nutné zdůraznit, že každá 1 Kč vydaná ze státního rozpočtu na podporu tohoto plnění bude znamenat přibližně další 2 Kč směřované ze soukromých zdrojů do registrovaných sociálních služeb. Pro stát je přitom bezpochyby výhodnější na sociální služby pouze částečně přispívat, než je celé hradit.

17 Obědy a pečovatelská služba – individuální poskytování péče

Petr Hanuš

Jednou ze základních myšlenek reprezentující změnu v sociálních službách posledních let je co nejdále to půjde zajišťovat potřebnou podporu a péči lidem přímo u nich doma. Z toho vyplývá, že jsou, a ještě více budou na terénní služby sociální péče kladeny nároky na větší dostupnost i kvalitu. V kontextu současné situace, zejména nedostatku pracovníků na trhu práce, je rozšíření dostupnosti například pečovatelské služby nebo osobní asistence stále obtížnější. A tak se stále častěji a důrazněji objevují diskuse nad potřebou redukovat rozsah zásadních činností nebo jejich redefinice. A jako důkaz oprávněnosti těchto úvah navrhovatelé obecně argumentují dostupností alternativních služeb v daném místě. Zákon nám již od začátku své účinnosti říká, že péče by měla být poskytována individuálně, plánovaná podle skutečných potřeb klientů. V praxi ovšem uplatňování tohoto principu zjevně pokulhává.

Pravidlem individuálního plánování je, že se při něm plánující pracovník (nejčastěji sociální pracovník) zaměří na komplexní zvážení všech okolností, které lze u daného konkrétního klienta či zájemce o službu zhodnotit. Součástí zvažovaných souvislostí je určitě zdravotní stav, adaptabilita, sociální situace, ekonomická situace (uživatele i ve společnosti) a jistě i další okolnosti. Z toho je zřejmé, že dva stejně staří sousedé z jednoho domu nemusí mít stejné potřeby. Častým objektem výše uvedené diskuse nad úkony pečovatelské služby je zajištění obědů. Vezměme si tedy příklad, jak posoudit, kdy zajistit oběd. A ukažme si to na imaginární dvojici sousedů z okolí. Oba jsou 82letí čerství vdovci, kteří se k vaření v minulosti dostávali jen výjimečně a na úrovni ohřátí uzzeniny. Zatímco jeden, řekněme pan Novák, s manželkou vychoval tři děti

a nyní má již několik dospělých vnoučat, žil až do náhlé smrti manželky veselým společenským životem, druhý, řekněme pan Horák, žil s manželkou sám, děti nemá a posledních několik let měl život omezený svými zdravotními problémy. I u něj byla smrt manželky náhlá a nečekaná. A tak u pana Nováka při uvažování nad individuálním plánem zjišťujeme, že lze aplikovat principy sdílené péče mezi rodinou a sociální službou, kdy co se týče stravy by to patrně znamenalo, že poskytována nebude, protože bude zajištěna v rámci široké fungující rodiny a dostupných služeb veřejného stravování v okolí. U pana Horáka, i s ohledem na osamění, hluboký, s nikým nesdílený smutek a podezření na vznik larvované deprese (se kterou pracuje jeho praktický lékař), bude zajišťování oběda adekvátní opatření, byť třeba na přechodnou dobu. Vždy je dobré zvážit,

zda lpění na prioritě zajištění úkonů z běžných služeb dostupných v dané komunitě skutečně uživateli pomůže vyřešit nepříznivou sociální situaci.

V úvahu přichází další otázky k obou potenciálním klientům z uvedeného příkladu. Je totiž jasné, že jde o případovou zkratku. Z tohoto příkladu vyplývá, že by otázka neměla být postavena, zda vypustit z nabídky sociálních služeb tu či onu základní činnost, ale spíše jak posílit individuální plánování a vytváření účinného mixu základních činností řešících nepříznivou sociální situaci. Důležitá se jeví také schopnost určit, co nepříznivá sociální situace je a co není. V neposlední řadě je potřebné posílit schopnost

pracovníků ustát chvíle, kdy sdělujeme zájemci, že po zvážení jeho situace mu konkrétní činnost nebude poskytována, protože se nenachází v nepříznivé sociální situaci, kterou by bylo možné řešit poskytováním sociální služby. Potřeba podpory pracovníků, kteří s klientem individuálně plánují, je o to větší, že tlak na zajištění té či oné činnosti (poskytované často za významně nižší úhradu, než je cena obdobné komerční služby poskytované v místě), je vyvíjen ze strany zřizovatele, jako je například obec.

Významnou roli v tomto procesu musí hrát profesní organizace, které moderováním odborné diskuse vytvoří prostor pro vybudování odborné základny pro výkon naší profese.

Potřeba podpory pracovníků, kteří s klientem individuálně plánují, je o to větší, že tlak na zajištění té či oné činnosti (poskytované často za významně nižší úhradu, než je cena obdobné komerční služby poskytované v místě), je vyvíjen ze strany zřizovatele, jako je například obec.

18 Klient jako zákazník – tržně orientovaný systém financování

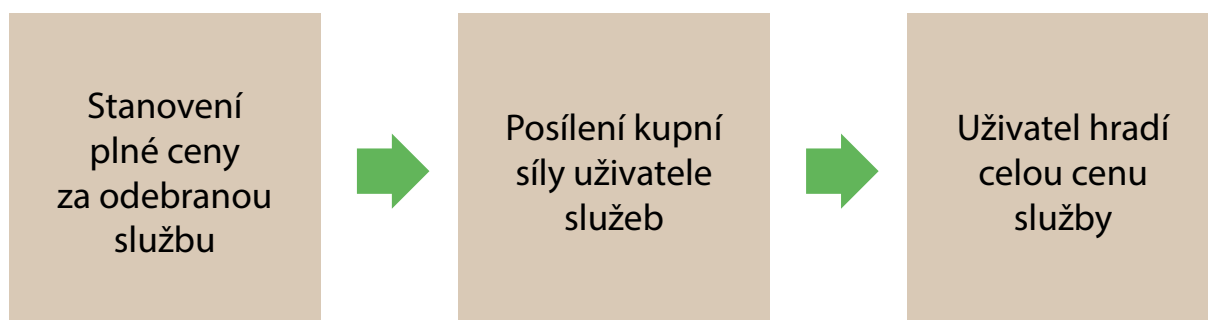
Petr Hanuš

Podle dostupných statistik došlo v posledních letech k poklesu kapacit terénních služeb. Důvodem, proč tento stav vznikl, určitě není skutečnost, že bychom měli málo seniorů poptávajících péči v domácím prostředí. Trend je v tomto zjevně opačný. Důvodem poklesu je změna poměru platby uživatele služby a státu (státní dotace poskytovatelům sociálních služeb). Zatímco průměrné náklady jedné hodiny pečovatelské služby činily v roce 2013 celkem 248 Kč²⁵ a v případě plné úhrady se tak klient podílel 52 % a veřejné rozpočty 48 %, v roce 2022 (s již kalkulovaným zvýšením platů) vychází nákladovost jedné hodiny péče na 400–500 Kč/hodinu, podíl klienta klesl pouze na 26 %. Pokud je financování terénních služeb výrazně závislé na státních dotacích, které se meziročně zvyšují, pouze aby pokryly zvyšování platů a mezd (kapacity vybraných sociálních služeb nebyly systémově podporovány), pak každá nová, dodatečná hodina poskytnuté péče znamená pro poskytovatele výraznou ztrátu. Terénní služby jsou nedostupné a nerozvíjí se.

Jedním z mnoha problémů tzv. vícezdrojového financování sociálních služeb je skutečnost, že největší díl odpovědnosti za získání potřebného objemu financí zůstává na samotných poskytovatelích sociálních služeb. Skutečnost, zda se podaří naplnit rozpočet v daném roce, ovlivňuje poskytovatel tím, že musí sledovat a využívat možnosti podpory z různých zdrojů, ve valné většině veřejných. Podle druhu služby a jejích specifík se tak může přihlásit do soutěží na zajištění kapacit sociálních služeb, požádat o do-

tace MPSV a kraje, poskytovat ošetrovatelskou péči a vykazovat ji zdravotním pojišťovnám. U některých služeb přichází v úvahu také dotace na obnovu památek, s ohledem na objekty, ve kterých jsou služby poskytovány. A vedle toho často musí shánět sponzory, oslovovat individuální dárce nebo řešit projekty, které sice nebyly původně určeny k finančnímu dokrytí rozpočtu služeb, ale tento efekt je vítaný vedlejší produkt. Každý manažer k tomu přistupuje jinak, někdo „umí“ dotace kraje, další pak úspěšně

²⁵ VOSTATEK, Jaroslav. *Financování a nákladovost sociálních služeb*. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR, 2013. ISBN 978-80-904668-7-6. Dostupné z: <https://www.apsscr.cz/media/sluzby/knihovna/odborna-publikacni-cinnost/dokumenty/financovani-a-nakladovost-socialnich-sluzeb-pobytove-a-terenni-sluzby-socialni-pece.pdf>.



Obrázek č. 3: Schéma procesu stanovení plné ceny (nikoliv úhrady) pro uživatele v sociálních službách

vyjednává se svým zřizovatelem. V konečném výsledku tento stav vede, ruku v ruce s různými nákladovými situacemi jednotlivých poskytovatelů, k nesrovnatelnému mixu financování sociálních služeb, ve kterém se ztrácí odpovědnost veřejné správy za zajištění dostatečné kapacity sociálních služeb pro jednotlivé obyvatele.

Co by se ale stalo, pokud bychom pomyslný měsíc, ve kterém se spojuje veřejná podpora pro poskytování sociálních služeb z různých zdrojů, přenesli na jinou úroveň, než je poskytovatel sociálních služeb, například na kraj, a nechali poskytovatele, aby stanovili za své služby cenu, která respektuje náklady na poskytnutí dané služby a také přiměřený zisk, využitelný pro další rozvoj a flexibilitu dané organizace. A tuto cenu bychom nechali zaplatit uživatele plně s tím, že bychom jejich koupěschopnost podpořili nástrojem navázaným na náš výše zmíněný „měsíc“. Tato podpora by byla individualizovaná (přichází zde v úvahu i testování skutečných majetkových poměrů uživatele), ale zároveň musí být schopna garantovat, že si díky ní bude uživatel schopen koupit potřebný rozsah a kvalitu sociálních služeb. Pro kraj by to znamenalo, že

bude zodpovědný za naplnění „měšce“, například i za zajištění příspěvku od obcí.

A i když je téměř jisté, že zdravotní péče nebude do tohoto systému integrována, znamenal by tento systém (respektující odpovědnost jednotlivých aktérů a skutečné náklady na zajištění potřebných služeb) významné snížení nejistoty poskytovatelů sociálních služeb zajišťujících dostupnost potřebné péče a podpory v území.

Tento koncept ovšem může mít mnoho variant řešení, od osobních účtů až po zřízení pojišťovny. Variabilní je i úroveň veřejné správy, na kterou lze systém umístit. Není možné nezmínit i variantu, kterou je „opravení“ systému vyrovnávacích plateb, tedy garantování skutečného hrazení rozdílu mezi tím, co je schopen hradit uživatel a jaké jsou skutečné náklady (včetně přiměřeného zisku) na zajištění dané kapacity služby v požadované kvalitě. Jak je vidět, variant je opravdu mnoho. Ani jedna ovšem nebude fungovat, pokud nebude konsenzus nad uznatelnými skutečnými náklady na zajištění služeb a následnou ochotou veřejné správy ty služby zařazené do sítě sociálních služeb plně dofinancovat.



19 Zvýšení efektivity sociálních služeb a návrh úspor ve financování sociálních služeb

Jiří Boháček

Financování sociálních služeb je v dnešní době aktuální téma vzhledem k tomu, že dopady celosvětové ekonomické krize, zejména v souvislosti s válkou na Ukrajině, mají vliv i na Českou republiku. V souvislosti s vysokou inflací a demografickým vývojem (stárnutím obyvatelstva) roste tlak na zvyšování nákladů na sociální služby, což má významný vliv na navyšování výdajů státního rozpočtu.

Proto je třeba zabývat se nejen tím, jak a kde získat více peněz na financování sociálních služeb, ale také hledat úspory při poskytování služeb a zefektivnit pracovní postupy.

V současné době v sociálních službách existují 3 varianty pomoci:

1. **Služby poskytované registrovanými poskytovateli** – ti naplňují všechny požadavky zákona o sociálních službách. Bohužel vzhledem ke zvyšujícím se nákladům se tímto způsobem poskytuje pouze část hodin přímé péče u klientů služeb. Pokud nedojde k výraznějším úsporám při poskytování sociálních služeb, budou tyto služby pro mnoho potřebných nedostupné.
2. **Služby poskytované v souladu se zákonem neregistrovanými osobami** (asistenti sociální péče). Tento typ služeb nepodléhá cenové regulaci a na druhé straně nespadá do oblasti multizdrojového financování so-

ciálních služeb. Finanční zátěž je ve vyšší míře přesunuta na klienty služeb. Jako rizikové se zde jeví zejména možná nedostatečná kvalita péče, nereflektování skutečných potřeb uživatele, vznik závislosti vedoucí k prohlubování sociálního vyloučení.

3. **Pomoc poskytovaná neformálními pečujícími** – jde často o službu poskytovanou bezúplatně. Tento způsob poskytování služeb vyvolává mj. riziko vzniku nepříznivé sociální situace u neformálního (laického) pečujícího. Zkušenosti také ukazují, že mnoho laických pečujících není schopno zajistit potřebnou péči v dostatečném rozsahu.

Výsledkem tak může být, že část klientů bude mít „levné“ služby hrazené státním rozpočtem (s cenou regulovanou zákonným předpisem) – navíc s ověřitelnou kvalitou danou kontrolami poskytovatelů. Avšak narůstající počet žadatelů na tyto poskytovatele z důvodu jejich omezených

kapacit nedosáhne a bude závislá na nabídce pečujících s vyššími cenami a s rozdílnou kvalitou.

Proto je nejvyšší čas hledat možnosti, jak sít registrovaných služeb nákladově zlevnit a umožnit tak většímu počtu lidí vstup do služeb poskytovaných registrovanými poskytovateli.

Několik návrhů, které by mohly finanční zátěž systému snížit

1. Přenesení vytiženosti pracovníků v přímé péči na poskytovatele

Zájmem MPSV a krajských úřadů by mělo být přenesení rizikovosti vytiženosti pracovníků a jejich počtu z „poskytovatelů dotací“ na „poskytovatele péče“. Změna by měla spočívat ve výčtu typů sociálních služeb, u kterých je možné efektivitu hlídat měřitelnými ukazateli – například u terénních služeb na základě **nákladů na poskytnutí 1 hodiny péče**. Současný zvyk posuzovat nákladovost služby na základě úvazků pracovníků bývá mnohem hůře kontrolovatelný a celkově není tak efektivní, jako přepočítání na poskytnuté hodiny péče.

2. Zjednodušení metodik poskytování sociálních služeb

Poskytování sociálních služeb by mělo být zaměřeno především na přímou práci s klienty. Je zjevné, že bez určité míry administrativy se sociální služby neobejdou. Ovšem přílišná byrokratická zátěž odčerpává lidské zdroje, a tím i finance, které by jinak mohly být využity pro uspokojení potřeb většího množství klientů. Například povinnost „vést písemné individuální záznamy o průběhu poskytování sociální služby“, která vyplývá z § 88 zákona č. 108/2006 Sb., je některými kontrolními orgány interpretována jako povinnost činit písemný záznam ve formě popisu průběhu služby, tj. detailního popi-

su poskytnutých základních činností na každé jednotlivé službě spolu s popisem jednotlivých událostí, jež se na službě staly. To samozřejmě vyžaduje čas pro učinění zápisu a v mnoha případech postrádá praktický smysl ve vztahu k obsahu i kvalitě poskytovaných služeb. Kontrolní orgány musí být v tomto případě jednoznačně instruovány, že písemný záznam má především obsahovat změny psychického i fyzického stavu uživatele služeb, případně změny činností vzniklé dle aktuálního vyhodnocení nepříznivé sociální situace. Tj. v některých případech půjde o každodenní záznamy, ale v jiných může jít o týdenní nebo měsíční záznamy.

Zatímco by tedy bylo možné s minimem administrativy poskytovat sociální službu v souladu s aktuálními potřebami klienta s ohledem na jeho osobní cíle, tlak ze strany kontrol vede k vytváření mnohdy zbytečných zápisů, které pro klienta ani poskytovatele nemají žádný reálný přínos a které znamenají nárůst nepřímé práce v neprospěch přímé práce s uživateli. Zde bych jen rád doplnil, že se jedná o zkušenost sdílenou terénními, ambulantními i pobytovými službami.

3. Optimalizace pečovatelských služeb

Mnohé PS zajišťují především rozvozy obědů, dovozy potravin apod. Rozvoz obědů má tu výhodu, že dochází k pravidelnému kontaktu pečovatele s klientem a rychlému poskytnutí péče v případě, že ji klient potřebuje. Na druhou stranu je ale otázkou, kolika případů se tato potřeba týká a zda je to dlouhodobě udržitelné. Snahou je proto tyto činnosti (zejména) ve městech spíše přenést na komerční služby, aby se PS mohly více zabývat poskytováním tzv. péčových služeb, které jsou v mnoha obcích a městech nedostatečně pokryté a měly by mít nad rozvozem obědů prioritu.

To logicky vede k požadavku na zvýšení přísnosti při vyhodnocování nepříznivé sociální situace u klientů, u kterých dochází primárně k dovozu obědů, nákupům, úklidu domácnosti, praní prádla. Sociální pracovník musí velmi důsledně vyhodnocovat, zda hlavním důvodem, proč zájemce o službu žádá o dovoz oběda prostřednictvím PS, není pouze snaha ušetřit peníze za oběd, protože tato služba vyjde levněji než v případě komerčních služeb. V případě, že někomu nepříznivá finanční situace nedovoluje zajistit si tyto potřeby komerčními službami, je efektivnější řešit tuto situaci formou adresných dávek. Na druhou stranu je třeba při vyhodnocování dbát na to, zda jsou v lokalitě komerční služby daného charakteru reálně dostupné – pokud ne, je rozvážení obědů zcela v pořádku.

Pokud však zůstane disproporce mezi cenami za dovoz „dotovaných“ obědů od PS a komerčních služeb, nedojte k výraznějšímu odlehčení práce PS. Cena oběda musí být stejná, ať už obědy zajistí PS, nebo komerce (města by mohla dotovat rozvozy obědů i komerčním službám). Pokud se díky tomu podaří služby PS zaměřit především na poskytování péče o klienty, dojde k zefektivnění jejich služeb a lepšímu pokrytí služeb potřebným občanům.

Jako velmi účinné se zároveň projevuje financování služeb sociální péče na základě „hodin poskytnuté péče“, a nikoliv na základě úvazků pracovníků v přímé péči (PP). V případě hodin PP se jedná o mnohem transparentnější způsob vykazování služeb u klientů. V tuto chvíli vychází objem PP na jeden úvazek z ročního fondu pracovní doby v osobní asistenci cca 1200–1400 hodin. Cílem je, aby podobný objem přímé péče na jeden úvazek platil i u pečovatelských služeb (s přihlédnutím na specifika poskytování krát-

kých služeb PS u klientů, u kterých jsou častější přejezdy apod.).

4. Personální standardy

Vzhledem k tomu, že v mnoha organizacích probíhá práce s klienty rozdílně, není možné spravedlivě sjednotit rozsah práce sociálních pracovníků a pracovníků v sociálních službách.

Jednotliví poskytovatelé mají například různě nastavené náplně práce sociálních pracovníků, a tak například v jedné organizaci tito zaměstnanci zpracovávají harmonogramy služeb pracovníků v sociálních službách (ve formě směn či rozpisů pracovní doby) a v jiné nikoliv. Je pak zjevné, že se od toho odvíjí i množství času, které sociální pracovník může pracovat s klientem tváří v tvář, a v konečném důsledku i maximální počet klientů, kterým se může věnovat.

Nastavení závazného rozsahu práce či kvót počtu klientů na jeden úvazek sociálního pracovníka nebude tak v mnoha případech znamenat úsporu financí, ale naopak zvýšení mzdových nákladů za navýšený počet pracovníků (bez jakéhokoliv přínosu pro klienty).

5. Sjednocení formulářů, žádostí o dotace a systému výkaznictví

V rámci multizdrojového financování je pro poskytovatele služeb nutné podávat žádosti u nejrůznějších donátorů (MPSV, KÚ, města, obce atd.). Protože nejsou sjednocené metodiky (a tedy ani formuláře pro podání žádosti, formuláře vykazující činnost poskytovatele atp.), poskytovatelům se velmi zvyšují administrativní náklady. Navíc jsou termíny pro podávání žádostí o dotace, vyúčtování atd. rozprostřeny do téměř celého roku a naprosto chybí dostatečně dopředu známý a jasný harmonogram na po-

dávání dotací. Organizace poskytující sociální služby jsou tak nucené podávat žádosti o dotace prostřednictvím mnoha různých formulářů (formuláře každého kraje, dokonce každého města se často výrazně liší).

Sjednocením formulářů a zjednodušením jednotlivých úkonů na celorepublikové úrovni (jeden systém všude) se významně ušetří lidské zdroje a dojde ke snížení finanční zátěže organizací i zátěže úředníků.

6. Určení hodinové sazby v případě terénních sociálních služeb

V mnoha případech se stává, že náklady poskytovatelů na jednu hodinu přímé péče se značně

liši, aniž by k tomu byl jasný důvod. Cenové rozpětí systém zbytečně prodražuje, protože nenutí poskytovatele hledat úspory. Proto je nezbytné stanovit cenové rozpětí nákladů na jednu poskytnutou hodinu přímé péče, které zohlední náročnost služby dle jednotlivých lokalit a zároveň povede k zefektivnění činností, a tím úspoře finančních prostředků – zvláště u menších organizací, které mohou některé provozní i osobní náklady sdílet (dojde ke sdílení nákladů na účetnictví, povinný audit apod.). Lze předpokládat, že mnohé poskytovatele to rovněž povede k rozšíření cílových skupin, příp. provozních hodin, pro lepší vytížení jednotlivých zaměstnanců, omezení zbytečných prostojů a výdajů za cestovné.

Seznam literatury

DUFY, Simon (2021). *Evropský plán pro financování dlouhodobé péče a podpory zaměřené na uživatele*. UNIC projekt. Brusel: <https://www.unicproject.eu/publications/>.

Global Partner Péče, z. ú, <https://www.gp.cz/>.

PRŮŠA, Ladislav a Jiří Horecký. *Jak covid-19 ovlivnil počet příjemců příspěvku na péči in Sociální služby březem/2022*. Tábor: APSS ČR, 2022. ISSN 1803-7348.

PRŮŠA, Ladislav a kol. *Sociální služby v nové době*. Opava: *Fakulta veřejných politik Slezské univerzity v Opavě, Ústav veřejné správy a regionální politiky*, 2022. ISBN 978-80-7510-514-1.

Registr poskytovatelů sociálních služeb. [online]. [Cit. 2. 8. 2022].

Dostupné z: http://iregistr.mpsv.cz/socreg/hledani_sluzby.do?SUBSESSION_ID=1659434200996_1.

Statistické ročenky z oblasti práce a sociálních věcí 2016–2022. MPSV. [online].

Dostupné z: <https://www.mpsv.cz/web/cz/statisticka-rocenka-z-oblasti-prace-a-socialnich-veci>.

s. 46–55. (V případě Statistických ročenek MPSV za roky 2017–2020: s. 46–55;

v případě Statistické ročenky za rok 2016: s. 59–67.). Staženo dne 2. 8. 2022.

VOSTATEK, Jaroslav. *Financování a nákladovost sociálních služeb*. Tábor:

Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR, 2013. ISBN 978-80-904668-7-6.

Dostupné z: <https://www.apsscr.cz/media/sluzby/knihovna/odborna-publikacni-cinnost/dokumenty/financovani-a-nakladovost-socialnich-sluzeb-pobytove-a-terenni-sluzby-socialni-pece.pdf>.

Vyhláška č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách.

Zákon č. 128/2000 Sb., o obcích.

Přílohy

Seznam příloh

Příloha č. 1:

Počet uživatelů (klientů) vybraných terénních sociálních služeb (2010–2021)

Příloha č. 2:

Ekonomické ukazatele vybraných terénních a ambulantních sociálních služeb za rok 2021

Příloha č. 3:

Výdaje na vybrané terénní sociální služby podle krajů v roce 2021

Příloha č. 4:

Výše příjmů celkem za vybrané terénní sociální služby podle krajů v roce 2021

Příloha č. 5:

Počet osob, kterým je poskytována pečovatelská služba v České republice

Příloha č. 6:

Projekce vývoje počtu příjemců příspěvku na péči v České republice

Příloha č. 7:

Aktuální porovnání terénních sociálních služeb

Příloha č. 1:

Počet uživatelů (klientů) vybraných terénních sociálních služeb (2010–2021)

Rok	"Pečovatelská služba"	"Osobní asistence"
2010	113 238	5 228
2011	113 607	5 677
2012	113 041	6 554
2013	111 048	7 314
2014	109 962	7 835
2015	111 375	8 501
2016	106 673	8 979
2017	103 604	8 743
2018	103 312	9 716
2019	104 658	10 123
2020	100 480	10 191
2021	97 766	10 083

Zdroj: Vybrané údaje o sociálním zabezpečení.

Český statistický úřad, Odbor statistik rozvoje společnosti: Praha, 2022. ISBN 978-80-250-3299-2

Příloha č. 2:

Ekonomické ukazatele vybraných terénních sociálních služeb za rok 2021

Ukazatel	Pečovatelská služba	Osobní asistence
Výše příjmů celkem (v tis. Kč)	4 885 120	1 426 738
– z toho z úhrad klientů (v tis. Kč)	887 122	255 832
– z toho z úhrad klientů (v %)	18,2%	17,9%
Výše výdajů celkem (v tis. Kč)	4 978 872	1 420 574
Saldo příjmů a výdajů (v tis. Kč)	-93 752	6 164
Počet uživatelů /klientů (osoby)	97 766	10 083
Průměrné roční výdaje na jednoho klienta (v Kč)	50 926	140 888
Průměrný roční příjem z úhrad klientů na jednoho klienta (v Kč)	9 074	25 373

Zdroj: Vybrané údaje o sociálním zabezpečení.

Český statistický úřad, Odbor statistik rozvoje společnosti: Praha, 2022. ISBN 978-80-250-3299-2

Příloha č. 3:

Výdaje na vybrané terénní sociální služby podle krajů v roce 2021

ČR, kraje (trvalé bydliště žadatele)	Pečovatelská služba	Osobní asistence
Česká republika	4 978 872	1 420 574
Hl. m. Praha	656 076	407 518
Středočeský	599 626	175 552
Jihočeský	318 309	54 630
Plzeňský	279 175	21 731
Karlovarský	140 811	23 037
Ústecký	268 003	51 495
Liberecký	237 301	77 717
Královéhradecký	347 093	46 643
Pardubický	249 500	107 440
Kraj Vysočina	220 866	37 570
Jihomoravský	604 331	109 120
Olomoucký	347 184	45 131
Zlínský	262 487	61 269
Moravskoslezský	448 109	201 722

Zdroj: Vybrané údaje o sociálním zabezpečení.

Český statistický úřad, Odbor statistik rozvoje společnosti: Praha, 2022. ISBN 978-80-250-3299-2

Příloha č. 4:

Výše příjmů celkem za vybrané terénní sociální služby podle krajů v roce 2021

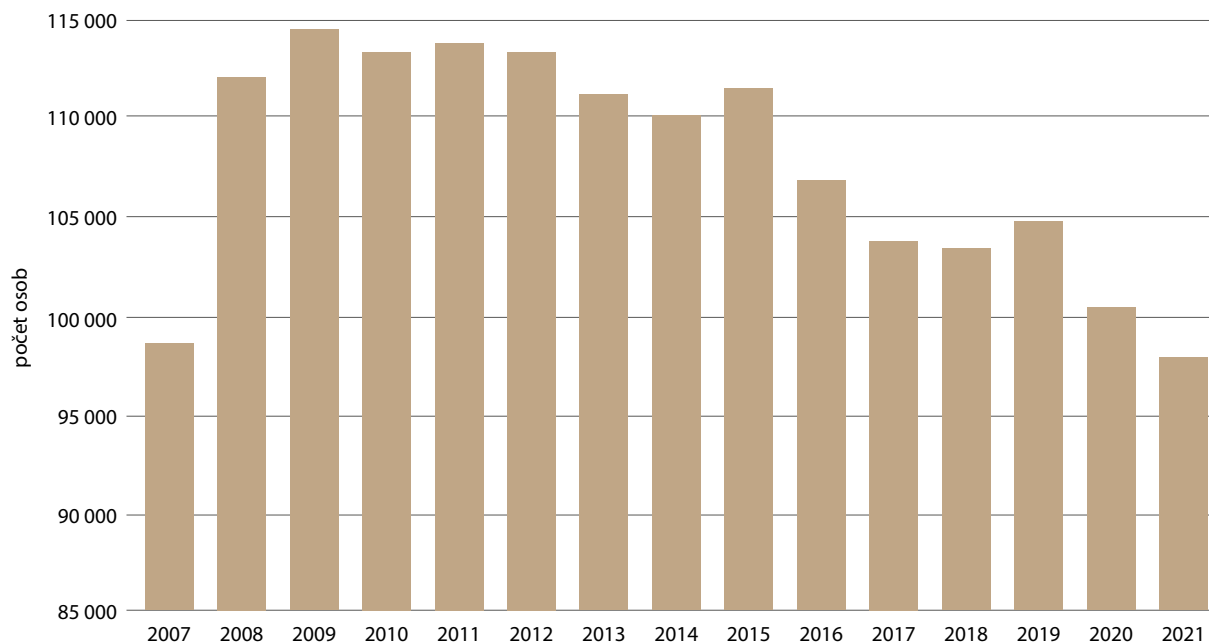
ČR, kraje (trvalé bydliště žadatele)	Pečovatelská služba	Osobní asistence
Česká republika	4 885 120	1 426 738
Hl. m. Praha	648 496	405 717
Středočeský	605 242	182 306
Jihočeský	310 751	53 604
Plzeňský	265 045	21 560
Karlovarský	137 218	23 033
Ústecký	252 479	51 157
Liberecký	230 822	81 268
Královéhradecký	336 184	53 112
Pardubický	241 532	105 370
Kraj Vysočina	220 429	39 450
Jihomoravský	597 251	108 126
Olomoucký	345 999	44 886
Zlínský	264 246	59 130
Moravskoslezský	429 425	198 018

Zdroj: Vybrané údaje o sociálním zabezpečení.

Český statistický úřad, Odbor statistik rozvoje společnosti: Praha, 2022. ISBN 978-80-250-3299-2

Příloha č. 5:

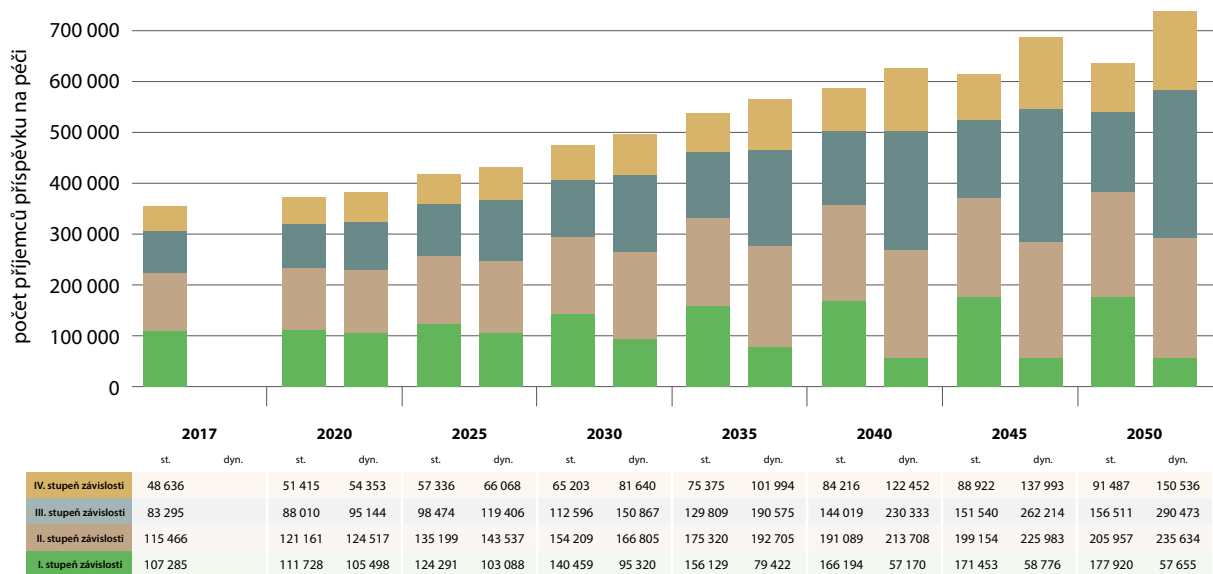
Počet osob, kterým je poskytována pečovatelská služba v České republice



Zdroj: PRŮŠA, Ladislav a kol. Sociální služby v nové době. Opava: Fakulta veřejných politik Slezské univerzity v Opavě, Ústav veřejné správy a regionální politiky, 2022. ISBN 978-80-7510-514-1

Příloha č. 6:

Projekce vývoje počtu příjemců příspěvku na péči v České republice



Pozn.: st. = statická varianta (je zachován podíl příjemců příspěvku na péči na celkovém počtu obyvatel podle pohlaví, věku a stupně závislosti v roce 2017); dyn. = dynamická varianta (zohledňuje změny ve vývoji podílu příjemců příspěvku na péči na celkovém počtu obyvatel podle pohlaví, věku a stupně závislosti mezi lety 2011 a 2017).

Zdroj: PRŮŠA, Ladislav a kol. Sociální služby v nové době. Opava: Fakulta veřejných politik Slezské univerzity v Opavě, Ústav veřejné správy a regionální politiky, 2022. ISBN 978-80-7510-514-1.

Příloha č. 7:

Aktuální porovnání terénních sociálních služeb

Osobní asistence

CS

Snížená soběstačnost z důvodu věku, chronického onemocnění nebo zdravotního postižení

Čas

Bez časového omezení

Místo

Přirozené prostředí

Úkony

- Pomoc při osobní hygieně
- Pomoc při zajištění stravy
- Pomoc při zajištění chodu domácnosti
- Výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti
- Zprostředkování kontaktu se společenským prostředím
- Pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí

Účtování

Podle skutečně spotřebovaného času

Pečovatelská služba

CS

Snížená soběstačnost z důvodu věku, chronického onemocnění nebo zdravotního postižení a rodinám s dětmi

Čas

Vymezený čas

Místo

Domácnost a zařízení sociálních služeb (ambulantní forma)

Úkony

- Pomoc při zvládnutí běžných úkonů péče o vlastní osobu
- Pomoc při osobní hygieně, nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu
- Poskytnutí stravy, pomoc při zajištění stravy
- Pomoc při zajištění chodu domácnosti
- Zprostředkování kontaktu se společenským prostředím

Účtování

Podle skutečně spotřebovaného času
Dovoz oběda, velký nákup v úkonu
Stravování, prádlo – pevnou částkou

Terénní odlehčovací služba

CS

Snížená soběstačnost z důvodu věku, chronického onemocnění nebo zdravotního postižení, o které je jinak pečováno v jejich přirozeném prostředí. Cílem je umožnit odpočinek pečující osobě

Čas

Není specifikován, ale měl by být omezen

Místo

Není specifikováno, ale předpoklad je domácnost

Úkony

- Pomoc při zvládnutí běžných úkonů péče o vlastní osobu
- Pomoc při osobní hygieně, nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu
- Poskytnutí stravy, pomoc při zajištění stravy
- Pomoc při zajištění chodu domácnosti
- Zprostředkování kontaktu se společenským prostředím
- Pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí
- Sociálně terapeutické činnosti
- Výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti

Účtování

Podle skutečně spotřebovaného času
Stravování – pevnou částkou

