

# Možnosti a limity systémových změn sociálních služeb a sociální práce v kontextu nastavení integrované sociálně-zdravotní péče.<sup>1</sup>

Radek Suda, Pavla Kodymová

## SOUHRN

Autoři se zaměřují na formulaci problémů i překážek zpomalujících proces zavedení integrované péče s cílem navrhnout k diskuzi různé modely řešení a jejich kombinací vedoucích k systémovým změnám, a to jak v oblasti sociálních služeb, tak i v oblasti sociální práce. Závěrečný výčet a diskuze pak uvádí ty změny, které by mohli napomoci nastavit efektivní integrovanou sociálně-zdravotní péči (dlouhodobou péči).

## ABSTRACT

The paper is focused on socio-health services and social work from the point of view of a person, who needs long-term care. The aim of the article is to present possibilities and limits of systemic changes in social services and social work in the context of an integrated set of socio-health care.

Integrovaná sociálně-zdravotní péče reaguje na potřeby osob s indikací dlouhodobé péče, tedy osob, jejichž dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav vyžaduje pomoc či podporu při naplňování základních životních potřeb, a to jak v oblasti potřeb sociálních, psychických a spirituálních, tak i v oblasti potřeb biologických, kdy je mnohdy nezbytná i jistá míra péče ošetrovatelské.<sup>2</sup> Požadavek na integraci sociálních a zdravotních služeb tak vychází z potřeb dlouhodobé péče o výše uvedenou skupinu obyvatel.

Odborná zahraniční literatura i praktické zkušenosti rozlišují mezi různými způsoby a stupni spolupráce, jako jsou autonomie, koordinace a integrace, na kterou je tento text zaměřen. Integrace může probíhat na několika úrovních: od týmu — tedy založená na tvorbě multidisciplinárních týmů pracovníků a sítí — po služby nebo organizace. Může být použita na malý počet specializovaných služeb nebo v plném

---

1 Text vznikl v rámci Programu rozvoje vědních oblastí na Univerzitě Karlově č. PO7, *Psychosociální aspekty kvality lidského života*, podprogram *Sociální aspekty stárnutí obyvatelstva*.

2 Zvýšený zájem o integrované pojetí sociálně-zdravotní péče lze připsat mnoha faktorům, kupříkladu Tomeš (2011, s. 151) uvádí, že na tuto problematiku upozornila OECD až na přelomu tisíciletí, a proto byly stanoveny název a definice dlouhodobé péče teprve v době nedávné. Do té doby se OECD věnovala problematice stárnutí populace v různých — odděleně vnímaných — souvislostech, například z hlediska pečujících osob. V březnu 2005 OECD vydala prohlášení („Policybrief“) týkající se přímo dlouhodobé péče pro starší lidi („Long Term Care“), v němž se věnuje tématu zjištění její kvality (<http://www.oecd.org/>). Od výše uvedeného prohlášení se již jedná o samostatnou, či jak uvádí Tomeš (tamtéž), novou sociální událost.

rozsahu strukturální reformy tvořící jednu integrovanou organizaci. Jedná se tedy o možnost integrace horizontální (propojení podobných úrovní péče, například multiprofesní týmy) a vertikální (propojení různých úrovní péče, například primární, sekundární a terciární péče) (Gröne, O — Garcia-Barbero, M. 2002).

Diskutovat o vhodném modelu integrace se jeví jako předčasné a neefektivní, pokud nebudou dostatečně probrány možnosti a limity sociálních služeb, příspěvku na péči i organizace sociální práce (jako nástroje tvoří základní části celého systému dlouhodobé péče). Samotnou ambicí textu je tedy nahlédnout na uvedenou problematiku optikou sociální práce, neboť v odborné diskuzi stále spíše převažuje hlas zdravotnické veřejnosti.

Cílem diskuze je pak napomoci profesi sociální práce využít svých kapacit jak k zajištění funkčního systému dlouhodobé péče, tak i ke zvýšení či udržení kvality života dlouhodobě nemocných, která nesmí být determinována pouze biologickou stránkou celého procesu. Pro formulaci deklarovaného cíle tak nacházíme oporu ve faktu, že sociální práce se od dalších služeb pomocných profesí liší především v tom, že komplexně diagnostikuje individuální případ a zjišťuje jeho zdravotní, psychologické, sociální, ekonomické a právní dimenze a podle toho jej ve spolupráci s dalšími odborníky řeší (Tomeš, s. 69). V souladu s vytčeným cílem se při jeho dosahování neobejdeme bez odpovědi na otázku, zda je vůbec organizace sociální práce schopna aktuálně reagovat na — v tuto chvíli možná ne přímo formulovanou — společenskou objednávku. Pro hledání uspokojivé odpovědi je nejdříve třeba krátkého zhodnocení sociálních služeb jako systému pomoci, pojednání o jejich organizaci i uspořádání a diskuze k pojetí sociální práce jako odbornosti, jejímž současným úkolem je mj. i akcentovat výzvu inovací, kterou si potřeba komplexní dlouhodobé péče, a tím i optimální nastavení integrace sociálních a zdravotních služeb, vyžaduje.

## **IDENTIFIKACE VYBRANÝCH FAKTORŮ ZPŮSOBUJÍCÍCH ZÁJEM O DLOUHODOBOU PÉČI**

„Dlouhodobou péčí“ není snadné definovat, protože samotné hranice mezi primární, akutní a dlouhodobou péčí jsou rozostřené. Dlouhodobá péče se zaměřuje na pomoc jednotlivcům fungovat na co nejvyšší možné úrovni, a to velmi často klade požadavek na intenzivní zapojení rodinných příslušníků, zejména žen a dospělých dcer. Tato péče zahrnuje širokou škálu pomoci s každodenními činnostmi, tak aby byla naplněna potřeba minimalizace rizik, rehabilitace či kompenzace omezení fyzického nebo psychického fungování; pomoc při základních činnostech každodenního života, jako je koupání, oblékání, nebo jiná osobní péče; pomoc s instrumentálními činnostmi každodenního života včetně domácích prací, jako je příprava jídla a mytí nádobí; případně naplnění požadavků samostatného fungování jedince v oblasti nakupování, správy účtů, dopravy na úřady a za lékařem či pořizování kompenzačních pomůcek a technologií etc.

Potřeby dlouhodobé péče vycházejí z chronických zdravotních stavů, které se vyskytnou při narození nebo během vývojového stadia jedince — těmi jsou např. artritida, diabetes, demence, mozkové obrny a dlouhodobé duševní nemoci — nebo jako výsledek nehod, které způsobují onemocnění, jako například poranění mozku

a paraplegie. Ale je nutné mít na paměti, že dlouhodobá péče, která se stává nedílnou součástí života příslušného jedince, není pouze rozšířením péče akutní. Lidé, kteří potřebují dlouhodobou péči, také mnohdy vyžadují primární a akutní péči, a to když jsou nemocní. Zde se však jedná o tzv. dočasné, epizodické služby, které se zaměřují na léčení nemoci nebo snahu o obnovení předchozího zdravotního stavu jedince.

Jedním z důvodů pro rozostření hranice mezi dlouhodobou péčí a různými fázemi zdravotní péče, akutní, post-akutní a subakutní, je matoucí nastavení jejich poskytování různými službami (post-akutní péče přichází bezprostředně po zákroku v nemocnici; subakutní péči vágně označujeme způsob léčby zaměřený na dlouhodobou rehabilitaci a podobně). Stále více zdravotní péče dříve poskytované v nemocnicích začíná být poskytováno v nezdravotnických zařízeních, tradičně používaných pro dlouhodobou péči.

- (i) Dlouhodobá péče se tedy týká především zachování nebo zlepšení schopností seniorů a osob se zdravotním postižením, aby mohli pracovat co nejvíce samostatně a tak dlouho, jak je to možné, a zejména setrvat v domácím prostředí a zachovat si či zvýšit kvalitu života.
- (ii) Dlouhodobá péče zahrnuje sociální a environmentální potřeby a je tedy širší než lékařský model, který dominuje akutní péči (Stone 2000, s. 2-4).

Dlouhodobá péče proto patří do oblasti zájmu oborů, jakými jsou například gerontologie, sociální a veřejná politika, sociální práce, ošetrovatelství, posudkové lékařství aj. Silnou zájmovou skupinou jsou pak zástupci poskytovatelů péče určené seniorům a zástupci pomáhajících profesí, kteří se setkávají s tímto tématem v rámci svých odborností. Díky aktivitě odborníků z uvedených oblastí se od roku 2010 přesunuly potřeby řešení dlouhodobé péče až na vládní úroveň, kdy je deklarována<sup>3</sup> podpora pečujícím a rozvoj péče o seniory, závazek k vymezení dlouhodobé péče, zavedení uceleného systému zdravotnických a sociálních služeb a způsobu jejich financování. A to vše v kontextu zajištění péče v domácnostech pacientů, tedy upřednostnění neústavních forem dlouhodobé péče. Na základě programového prohlášení započaly resorty práce a sociálních věcí a zdravotnictví pracovat na přípravě systémové změny. V témže roce byla také započata realizace individuálního projektu MPSV<sup>4</sup> obsahující mimo jiné i aktivitu věnovanou identifikaci jevů a potřeb na sociálně zdravotním pomezí, s cílem nastavit systémové řešení potřeb dlouhodobé péče. Výstupem je několik analytických studií a modelací, jak systémově řešit tuto potřebu. Jedné z nich se budeme věnovat podrobněji, v části článku zaměřené na sociální pracovníky. O dva roky

---

3 Programové prohlášení Vlády ČR Kapitoly I. Veřejné rozpočty, mandatorní výdaje, sociální a důchodový systém a II. Zdravotnictví, Programové prohlášení [on-line]. Praha: Vláda České republiky, srpen 2010 [vid. 2013-3-8]. Dostupné z: <http://www.vlada.cz/cz/jednani-vlady/programove-prohlaseni/programova-prohlaseni-74856/>

4 Jedná se o projekt MPSV financovaný z prostředků Evropského sociálního fondu s názvem „Podpora procesů v sociálních službách“ s aktivitou „Identifikace jevů a potřeb na sociálně zdravotním pomezí s cílem nastavit systémové řešení.“ Bližší informace viz: <http://www.mpsv.cz/cs/9749> [on-line] [2013-3-16]

později vedly komplikace vyplývající z různých pojetí či filozofie zajištění péče obou resortů k deklaraci společného zájmu o rozvoj dostupného, spravedlivého a efektivního systému poskytování zdravotní a sociální péče.<sup>5</sup> Popsané kroky (i) vychází z premisy stále se rozšiřujícího počtu příjemců dlouhodobé péče, poskytované až do konce jejich života, a současně (ii) upozorňují na riziko dlouhodobé neudržitelnosti resortně pojatých, a proto izolovaně a nesystémově řešených potřeb, produkujících mnohdy vzájemně se suplující péči z obou systémů.

Aktivita vládních orgánů také, ať již v programovém prohlášení vlády nebo memorandu a systémových projektech obou resortů, spíše potvrzují obavu, již dříve popsanou Tomešem (2012, s. 63–64), že současné zdůrazňování tématu stárnutí populace je projevem obav z možného zvyšování tlaku na veřejné finance (rozměr makroekonomický), ačkoliv se jedná o příležitost pro naši společnost uspokojivě vyřešit nové nároky mezigeneračního soužití.

Do konce funkčního období tehdejší vlády v červenci 2013 však nebylo dosaženo žádného faktického výsledku, který by překročil rámec úvah. V současnosti je téma integrované sociální a zdravotní péče opět předmětem meziresortní diskuse. Otázkou zůstává, zda se podaří expertům z obou odvětví nalézt společné prvky v systémech financování jednotlivých komponent péče.<sup>6</sup>

Svoji pozornost proto věnujeme těm oblastem, které se zabývají — nad rámec zajišťované péče — „nemohoucím“ seniorům jejich aktivizací a prevencí a které jim při optimalizaci nabízených či poskytovaných služeb umožní setrvat co nejdéle v aktivním stavu.

## SYSTÉM SOCIÁLNÍCH SLUŽEB;

Tomeš (2010, s. 33–34) popisuje sociální ochranu jako působení tří oblastí na jedince nebo společnost, a to preventivní, terapeutické a rehabilitační. Podle Tomeše (tamtéž) je pak pojem sociální péče ve smyslu „socialwelfare“ determinován dobou a stupněm vývoje společnosti. Sociální péče je v kontextu současných trendů řešících sociální problémy spíše statickým pojmem, který klade důraz na pečování a je nahrazována pojmem sociální ochrana. Pojem sociální péče budeme dále v textu vní-

---

<sup>5</sup> V dubnu roku 2012 došlo k podpisu memoranda tehdejšími ministry zdravotnictví a práce a sociálních věcí. Na základě memoranda byl zahájen společný projekt obou resortů s názvem Optimalizace sítě sociálních a zdravotních služeb. Tisková zpráva k uzavření memoranda [on-line]. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí, květen 2011 [vid. 2013–3–16]. Dostupná z: <http://www.mpsv.cz/cs/10802>

<sup>6</sup> Oba systémy jsou totiž v principech značně odlišné. Zdravotní péče je financována dominantně prostřednictvím prostředků z fondů veřejného zdravotního pojištění. Financování péče sociální je založeno na principu vícezdrojovém a na úhradě nákladu se podílejí transfery státního rozpočtu mandatorní — příspěvek na péči a nemandatorní — dotace, nenárokové transfery z územních rozpočtů. V neposlední řadě pokrývají náklady z větší či menší části zdroje soukromé. Podíl posledně jmenovaných finančních zdrojů je přímo závislý na druhu i formě sociální služby, neboť daleko více jsou financovány ze soukromých zdrojů služby zajišťované v bytové a ambulantní formě, méně pak terénní péče, celkově však soukromé zdroje tvoří přibližně polovinu příjmů služeb sociální péče.

mat jako specifikaci sociálních služeb, určených pro osoby vyžadující dlouhodobou péči, tedy služby sociální péče.

1. ledna roku 2007 nabyl účinnosti zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. Od jeho přijetí očekávaly zainteresované strany významný posun v systémovém uspořádání sociální péče. Výhodu spatřovaly v samostatně kodifikovaných sociálních službách a speciální dávce pod názvem příspěvek na péči. Zákon upravil podmínky zajištění pomoci osobám sociálně vyloučeným i osobám ohroženým sociálním vyloučením v důsledku dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu (služby sociální péče) a/nebo nepříznivou sociální situací (služby sociální prevence). Oba typy uvedených služeb doplňuje sociální poradenství intervenující ve všech situacích, které člověk nedokáže samostatně zvládnout.

## HISTORIE A IDENTIFIKACE KLÍČOVÝCH PROBLÉMŮ

Sociální služby, které se v našich zemích po pádu komunismu začaly rychle, živelně rozvíjet a privatizovat, bylo nutno systematicky regulovat (Tomeš 2014, s. 68). Právní úprava sociálních služeb z roku 2006 přinesla novou definici rozsahu a forem pomoci poskytované osobám v nepříznivé sociální situaci. Dle Tomeše (2014, s. 69), který na dokument nahlíží optikou potřeby sociálních pracovníků aplikovat case management — tedy případového vedení — ale spíše přispěla k roztržičnosti služeb, protože tato právní regulace místo jejich obsahu nabídla jejich „telefonní seznam“. V detailu to znamená, že vedle základního členění přinesl zákon definici speciálních, tedy jednotlivých druhů sociálních služeb v počtu 33 (včetně služby sociálního poradenství), ale již v prosinci téhož roku musel být dotčený právní předpis novelizován (srov. datum účinnosti). Do taxativního výčtu sociálních služeb přibyla další služba, kterou bylo intervenční centrum. Novelou definovaný nový druh byl odůvodněn jako kompatibilita s ustanovením zákona o Policii České republiky.<sup>7</sup> Zde byl nově upraven institut vykázání.<sup>8</sup> Intervenční centrum je však jak z pohledu základních činností, tak úzce definované cílové skupiny, stále poddruh krizové pomoci. Na uvedeném příkladu tak můžeme sledovat rigiditu, kterou taxativní pojetí výčtu druhů služeb vytvořilo. Následkem toho nemusí být pak systém sociálních služeb schopen reagovat adekvátně na vznikající potřeby lidí a společnosti.

K uvedené problematice například Průša a Víšek (2012, s. 13) uvádějí, že proces přípravy a schvalování zákona o sociálních službách stál na několika omylech. Za jeden z omylů označují právě taxativní vymezení druhů sociálních služeb. Tvrdí, že do přijetí zákona o sociálních službách vznikaly a rozvíjely se jednotlivé typy služeb podle potřeb osob, kterým byly poskytovány. Přijetím zákona o sociálních službách však tato flexibilita skončila.<sup>9</sup> Za další negativní projev způsobený přesným vyme-

7 § 47 zákona č. 273/2008 Sb., o polici České republiky.

8 Po použití vykázání násilné osoby z bytu oběti musí police informovat o této skutečnosti právě intervenční centrum, které má v zákonné lhůtě zajistit různé úkony pomoci a podpory oběti domácího násilí.

9 Další z možných příčin problémů je i původní inspirace britským modelem z důvodů naprosté nekompatibility uspořádání veřejné a sociální správy v obou zemích následně za-

zením speciálních druhů sociálních služeb lze považovat vyšší administrativní náročnost při poskytování služeb a při jejich sociální správě. Téměř absurdní je pak zvýšení dopadu na ty poskytovatele sociálních služeb, kteří se snaží pružně reagovat na potřeby svých klientů a nechtějí přizpůsobovat potřeby lidí potřebám formální definice. Pro poskytovatele služeb osobám s potřebou dlouhodobé péče a jejich rodiny to v důsledku může znamenat, že chce-li jeden subjekt vyhovět variabilitě potřeb jednotlivce a jeho rodiny, musí registrovat nejen domov pro seniory, ale dále domov se zvláštním režimem, odlehčovací službu, případně týdenní nebo denní stacionář, tj. minimálně 4 druhy služeb sociální péče. A tak při uvedené kombinaci sociálních služeb spíše než k naplnění potřeby poskytovatele zajistit adekvátní specializaci dojde k paradoxnímu naplnění potřeby získat oprávnění k poskytování pouze jedné ze specifických činností, kterou z části obsahují zbývající již vyjmenované druhy služby. Jako následek takového systému sledujeme jistou nečitelnost demonstrovaného kombinování služeb pro zájemce o službu. Pro poskytovatele služeb se tím dále čtyřnásobí administrativní povinnosti a kontrolní zátěž ze strany inspekce sociálních služeb, případně registrujících orgánů.

Za nutné považujeme zaměřit se i na ty z problémů, které brání rozvoji a dostupnosti adekvátní nabídky služeb sociální péče pro seniory. V situaci, kdy jedním z hlavních argumentů pro zákonné vymezení či oporu pro jednotlivé druhy služeb bylo zajištění dostupnosti služeb, sama definice v zákoně reálnou dostupnost služeb nezajistila (Průša a Víšek tamtéž). Již od přelomu tisíciletí je realizováno mnoho aktivit v rámci podpory procesu tzv. komunitního plánování sociálních služeb, které mají za cíl aktivizovat uživatele sociálních služeb, veřejnou správu a další subjekty. Výsledkem procesu má být nastavení optimální sítě dostupných, finančně udržitelných a kvalitních kapacit sociálních služeb. Doposud však nebylo kýženého efektu zcela dosaženo a nebyla ani uspokojivě vyřešena role státu, krajů a obcí v takovém procesu. Kupříkladu Průša a Víšek (2012) k tématu subsidiarity a kompetencí veřejné správy uvádějí, že mnoho zřizovatelských kompetencí přešlo v rámci II. fáze reformy veřejné správy do samosprávné působnosti, především krajů. To podle nich popřelo přirozené místo, kde mají být služby poskytovány, tj. neblíže člověku v jeho obci. Autoři také poukazují na legislativně nevyhovující obecnou úpravu kompetencí samospráv, čímž prakticky v oblasti sociálních služeb nedošlo k cílům reformy veřejné správy.

Lze tedy říci, že dostupnost sociálních služeb je stále řízena historizujícím přístupem. Nabídka ovlivňuje poptávku, a to naprosto mimo kontext rozhodování na úrovni místní samosprávy. Logickou chybu v tomto systému tvoří skutečnost, při níž obce nemají zákonnou povinnost takové plánování a nastavování sítě kapacit realizovat. A přestože se dílčími novelami částečně upravil vztah mezi místní a krajskou úrovní, došlo k tomu pouze v rámci výkonu státní správy v přenesené působnosti. Krajskému úřadu a úřadu obce s rozšířenou působností je uložena koordinace sociálních služeb na území správního obvodu.<sup>10</sup> Doposud se však nedaří nastartovat

---

přičiňující neřešení otázek financování sociálních služeb.

10 Zákon č. 366/2011 kterým se mění zákon č. 111/2006 Sb., o pomoci v hmotné nouzi, ve znění pozdějších předpisů, zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů, zákon č. 117/1995 Sb., o státní sociální podpoře, ve znění pozdějších předpisů, a další související zákony.



skutečný proces řízení péče (care managementu) včetně optimálního zapojení a podpory neformálních pečovatelských (rodina, komunita), jako uplatňovanou kompetenci sociálních pracovníků (Kubalčíková 2012).

Pobytová forma sociální péče však nemusí nutně znamenat, že člověk v seniorském věku, potřebující střední až vyšší míru podpory a pomoci,<sup>11</sup> již nemůže užívat podporu služeb sociální péče, potažmo dlouhodobé péče v přirozeném sociálním prostředí. Při porovnání kapacit<sup>12</sup> uvedených služeb se strukturou stupně závislosti uživatelů sociálních služeb vyplynulo, že v roce 2012 nemělo více jak devět tisíc<sup>13</sup> uživatelů pobytové péče (počet odpovídá počtu všech obyvatel celé jedné městské čtvrti kupř. obvodu Praha-Zbraslav, pozn. autorů) k dispozici adekvátní formu dlouhodobé péče a v důsledku toho zcela zbytečně opustilo své domovy, aby nastoupili péči pobytovou. S tím také souvisí i problém výrazně vyšších fixních nákladů, zejména osobních, protože nemohou být pokryty z úhrad za péči, která je podle zákona o sociálních službách rovna výši stanoveného příspěvku na péči.

V případě služeb terénní a ambulantní formy se očekává zejména funkce prevence zhoršování situace uživatelů dlouhodobé péče. Jejich cílem je aktivizace uživatelů, podpora sociálních vazeb a kontaktů. Dohled či přítomnost pečující osoby mohou zabránit některým nežádoucím jevům, kterými jsou kupř. podvýživa, dehydratace, pády, sociální izolovanost, vznik úzkostí až depresivních stavů, snižování kognitivních funkcí seniorů apod. Dalšími téměř 37.000<sup>14</sup> uživatelů v seniorském věku — tedy

11 Kategorie „cílová skupina“ nepovažujeme za vhodný, neboť svádí k paušalizaci potřeb jednotlivců na věk a případně status, preferujeme spíše kategorie sociální situace a potřeby, skrze něž, jak se domníváme, je lépe vyhodnotitelné, co skutečně člověk potřebuje a jaké intervence či činnosti lze tedy efektivně pro řešení situace klienta zvolit.

12 Pro lepší představu o absorpční kapacitě sociálních služeb považujeme za důležité na tomto místě zmínit některé údaje o poskytovatelích služeb sociální péče pro cílovou skupinu seniorů. Z údajů vyplývajících z uzavřeného dotovaného období roku 2013 vyplývá, že u státem financovaných poskytovatelů je k dispozici celkem 677 sociálních služeb. Z toho největší část tvoří domovy pro seniory — 496, následované odlehčovacími službami v počtu 121 a domovy se zvláštním režimem v počtu 46. Služeb chráněného bydlení je pak 7, stejně jako týdenních stacionářů. Kapacita v těchto službách činní v součtu 43 137 lůžek. Interní data MPSV, zdroj autor.

13 Při porovnání, kapacit uvedených služeb se strukturou stupně závislosti uživatelů sociálních služeb, kteří je využívají, vyplývá, že 4407 uživatelů nemá stanoven žádný stupeň závislosti a 4926 má stanoven I. stupeň závislosti. To znamená, že 9333 uživatelů využívajících některou z pobytových forem služeb sociální péče ji využívá pravděpodobně na základě jiných důvodů než z reálné potřeby podpory v některé ze 3 nebo 4 základních životních potřeb. Podrobněji viz ustanovení § 8 a § 9 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění novely zákona č. 366/2011 Sb., týkající se nově pojatých podmínek stanovení dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu a podmínek stanovení stupně závislosti na pomoci jiné osoby v řízení o příspěvek na péči a další dávky pro osoby se zdravotním postižením

14 Podle výše uvedených datových zdrojů bylo k dispozici celkem 992 služeb. Nejvyšší zastoupení má pečovatelská služba v počtu 603 služeb, následovaná 121 odlehčovacími službami, dále tvoří skladbu 86 služeb osobní asistence, 67 sociálně aktivizačních služeb pro seniory, 63 denních stacionářů, 32 center denních služeb a 20 služeb tísňové péče. Uvedené služby tvoří s kapacitou 5550 v ambulantní formě a 31160 ve formě terénní významný zdroj podpory pro seniory i jejich rodiny.

potencionálních příjemců dlouhodobé péče — pobývá v běžném sociálním prostředí a využívá základní činnosti terénních nebo ambulantních sociálních služeb.

V porovnání se strukturou uvedené skupiny příjemců příspěvku na péči nemá pouhých 2900 uživatelů stanovený žádný stupeň závislosti. Na druhé straně se ve skupině terénních a ambulantních služeb se dle údajů poskytovatelů, objevuje zhruba 500 uživatelů se stanoveným III. a IV. stupněm závislosti. Toto nasvědčuje skutečnosti, že i v případě vysokého stupně závislosti seniorů na pomoci jiné osoby je poskytovaná péče tzv. sdílená. Tuto formu péče tedy můžeme charakterizovat jako kombinaci péče profesionálních pečovatелů (poskytovatelů sociálních služeb) s péčí rodiny nebo blízkého okolí. Domníváme se, že tato forma péče však vyžaduje silnou externí podporu neformálně pečujících.<sup>15</sup>

V tuto chvíli se nabízí otázka, zda ke sblížení, ne-li integraci obou systémů, tedy služeb sociální péče a zdravotních služeb, za účelem komplexního pojetí dlouhodobé péče může skutečně dojít. Při prvním a spíše rámcovém zhodnocení je vhodné na otázku odpovídat s jistou zdrženlivostí. S ohledem na profesní zkušenost obou autorů se v textu zdržujeme hodnocení systému zdravotních služeb, nicméně významné riziko pramenící z rozdílnosti obou systémů v klíčové oblasti — financování — jsme již nastílnili poznámce pod čarou č. 6. Lze tedy konstatovat, že v systému sociálních služeb budou úpravy, nikoliv pouze kosmetické, nutné, aby počáteční sblížení bylo vůbec možné.

## POSOUZENÍ KOMPLEXU POTŘEB KLIENTA SOCIÁLNÍCH SLUŽEB

Zákon o sociálních službách tedy upravuje podmínky pro zajištění podpory také osobám, které se nacházejí v dlouhodobě nepříznivém zdravotním stavu. Ten byl s účinností novely č. 366/2011 redefinován jako „zdravotní stav, který podle poznatků lékařské vědy trvá nebo má trvat déle než 1 rok, a který omezuje funkční schopnosti nutné pro zvládnání základních životních potřeb“.<sup>16</sup> Novelou byl zredukován model posuzování 36 úkonů péče o vlastní osobu a sebeobsahu do modelu 10 základních životních potřeb.<sup>17</sup>

Důvodem pro hodnocení dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu bylo zejména zjištění objektivního somatického a sociálního stavu člověka za účelem i) *přiznání nároku na speciální dávku příspěvek na péči* a ii) *možnosti sestavit plán řešení situace žadatele o příspěvek na péči*. V plánu měly být nejdříve identifikovány neformální zdroje podpory, následně formální poskytovatelé pomoci. Až po vyčerpání veškerých nástrojů by přicházel na řadu jako doplněk právě příspěvek na péči, který by zvyšoval finanční dostupnost služeb sociální péče.

Zřejmě nedostatečná připravenost obou složek posuzování, včetně komunikace mezi dvěma spolupracujícími odbornostmi — sociálním pracovníkem a posudkovým lékařem, vytvořila značně odlišný způsob posuzování a využívání výstupů z posou-

15 Podrobněji k situaci neformálně pečujících například Kubalčíková (2012).

16 § 3 písm. c) zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění novely zákona č. 366/2011 Sb.

17 Ten vychází z již zmiňovaného modelu ICF vypracovaného WHO a uveřejněného v roce 2010 v manuálu s názvem Measuring Health and Disability — Manual for WHO Disability Assessment Schedule (WHODAS 2.0).



zení jako takových. Do systému posuzování a přiznávání nároku na příspěvek na péči se zasahovalo téměř při každé novelizaci zákona o sociálních službách. Těmito novelami došlo postupně ke změně funkce výstupu ze sociálního šetření.

Zásadní změna nastala v roce 2010, kdy došlo k redefinici předmětu sociálního šetření a jeho účelu. Sociální šetření přestalo být prováděno s cílem zhodnocení schopnosti člověka z hlediska péče o vlastní osobu a za účelem rozhodování úřadu obce. Sociální šetření bylo nově zacíleno na zjištění schopnosti samostatného života žadatele o příspěvek na péči v přirozeném sociálním prostředí za účelem vytvoření podkladu pro stanovení stupně závislosti lékařem posudkové služby.

Poslední významná změna v systému posouzení nastala při převedení agendy nepojistných sociálních dávek z úřadů obcí na stát. Tím došlo v praxi k významné rezignaci na aktivní uplatňování intervencí a technik sociální práce, se širokým metodologickým zázemím, při kontaktu sociálního pracovníka se žadatelem o dávku, s následným využitím pro kontrahování či zprostředkování pomoci a podpory. Tato povinnost totiž zůstala úřadům obcí v přenesené působnosti.

Do systému se s vysokou mírou pravděpodobnosti bude legislativními změnami vstupovat opět. Plán koncepčních a legislativních prací MPSV pro rok 2015 počítá s návrhem systémové změny v řízení o příspěvek na péči a navrácení původní role sociálních pracovníků v posuzování.<sup>18</sup>

## FINANCOVÁNÍ SOCIÁLNÍCH SLUŽEB; PŘÍSPĚVEK NA PÉČI

Chceme-li se zabývat příspěvkem na péči jako jedním ze zdrojů pro financování sociálních služeb, je nutné se krátce věnovat systému financování sociálních služeb jako takovému, protože máme za to, že i finanční či ekonomická stránka celého procesu je jak v současné právní úpravě, tak v praktické realizaci nefunkční. V praxi se ukazuje, že otázka ekonomie sociálních služeb je redukována na bilanci nákladů a výnosů. Otázka financování je pak redukována pouze na dofinancování rozdílu poskytovatelem stanovených nákladů a příjmů od klienta a případně zřizovatele. Zejména významný rozptyl v nákladovosti jednotlivých sociálních služeb naznačuje, že současný způsob financování poskytovatelů lze označit jako značně neefektivní. Nejvyšší tlak ze strany poskytovatelů sociálních služeb je pak vyvíjen na dorovnání nákladů ze státního rozpočtu. Systému chybí stanovení ekonomického standardu. Ten by napomohl stanovit, co může za uvedenou cenu služby očekávat uživatel a co zadavatel v případě veřejné správy. Důsledkem toho pak prakticky chybí individualizace poskytování sociálních služeb, neboť paušální financování přináší paušální poskytování péče.<sup>19</sup>

18 Viz např. informace uveřejněné v tiskové sekci webových stránek MPSV zde: <http://www.mpsv.cz/cs/17821a> srovnaj s přehledem k věcnému záměru zákona o sociálních službách z roku 2004, uveřejněném v bulletinu SKOK, např. zde: <http://www.nrzp.cz/dokumenty/skok/2004skok04.pdf>

19 Tento klíčový nedostatek současného systému financování sociálních služeb byl již v minulosti kritizován (např. Průša 2008, 2010; Nejvyšší kontrolní úřad, jako jeden ze závěrů kontroly z roku 2009).

Ministerstvo na základě neuspokojivé situace v systému sociálních služeb přistoupilo k přípravě zásadních změn systému. Prostřednictvím již zmíněného projektu Podpora procesů v sociálních službách by měly být připraveny návrhy pro významné změny v oblastech: (i) plánování a financování sociálních služeb; (ii) propojení nastavení sítě sociálních služeb se skutečnou potřebností; (iii) nový způsob hodnocení efektivity sociálních služeb; (iv) nové definice sociálních služeb (ve smyslu redukce taxativního vymezení druhů sociálních služeb) za účelem větší flexibility zajišťovaných činností a orientace na uživatele; a v neposlední řadě též (v) nastavení podmínek pro realizaci komplexu sociálně zdravotní péče.

Do roku 2007 byla poskytována finanční pomoc osobám se zdravotním postižením prostřednictvím institutu zvýšení částky důchodu pro bezmocnost a osobám pečujícím po splnění podmínek nároku byl poskytován příspěvek na péči o osobu blízkou. Přijetím zákona o sociálních službách byl zaveden příspěvek na péči jako nová individuální nároková podpora pro osoby se stanoveným stupněm závislosti. Dávky poskytované do té doby byly zrušeny.

Riziko tak může vyplývat ze spojení dvou zcela naprosto odlišných účelů, pro který by měla být finanční pomoc státu poskytována. Původní zvýšení důchodu pro bezmocnost bylo určeno právě pro potřeby lidí se stanoveným stupněm bezmocnosti. Příspěvek na péči o osobu blízkou zajišťoval finanční podporu lidem, kteří také v daném rozsahu zajišťovali péči o člověka se stanoveným stupněm bezmocnosti. Příspěvek na péči tyto dvě funkcionality spojil. Příspěvek může být vnímán příjemci jako zvýšení příjmů z důvodu kompenzace za zdravotní postižení. Současně je ze strany poskytovatelů pomoci vyžadován jako zdroj úhrady. Pokud péči zajišťuje osoba blízká, slouží — zejména v případě péče o osobu s III. a IV. stupněm závislosti — jako její příjem.

Téměř rok po nabytí účinnosti zákona o sociálních službách se však ukázalo další významné riziko spojené s takto zákonem stanovené nárokové individuální podpory. Částky příspěvku na péči se pohybovaly v rozpětí od 2.000 Kč v prvním stupni závislosti po zprvu 11.000 Kč, po novele pak 12.000 Kč ve čtvrtém stupni závislosti. Na základě možnosti podat si žádost o příspěvek na péči pak do systému přibyli patrně i ti příjemci, kteří doposud nechtěli, nepotřebovali nebo nebyli dosavadní částkou bezmocnosti motivováni.<sup>20</sup>

Příspěvek na péči se v pojetí dávky, jejímž účelem bylo zejména posílit kompetence uživatelů sociálních služeb, objevil jako nástroj pro-klientsky nastaveného systému. Konstrukcí takové funkce/účelu dávky mělo být dosaženo změny postavení uživatelů/klientů služeb sociální péče při vyjednávání s poskytovatelem služby (snaha o uplatnění principu „Kdo objednává, ten platí; kdo platí, ten rozhoduje.“). Při tomto procesu měl hrát aktivní roli sociální pracovník, a to jak v případě poskytovatele sociální služby, tak zaměstnance úřadu obce s rozšířenou působností. Masivně však k naplnění očekávaného posílení postavení uživatelů služeb sociální péče nedošlo.

---

20 V roce 2006 činily výdaje na zajištění dvou výše uvedených typů dávek 4,77 mld. Kč. V roce 2007 došlo k takzvanému překlopení osob se stanoveným stupněm bezmocnosti do jednotlivých stupňů závislosti. Po vyhodnocení sumy vyplacených dávek náležejících příjemcům za období roku 2007 byl objem výdajů přibližně trojnásobný, tj. 14,7 mld. Kč. Do roku 2010 docházelo následně k postupnému zvyšování výdajů na výplatu příspěvku na péči. Od tohoto roku činí prozatím výdaje přibližně 18 mld. Kč ročně.

V důvodové zprávě<sup>21</sup> k návrhům novelizujícím mimo jiné i zákon o sociálních službách v rámci tak zvaných úsporných opatření vlády, předložené opakovaně v roce 2011,<sup>22</sup> vyplývá následující nesoulad s účelem využívání tohoto příspěvku s praxí. Zpráva hovoří zejména o vyhodnocení skutečné potřeby péče při stanoveném I. stupni závislosti, který odpovídá pomoci nikoliv nepřetržité v domácnosti a obstarávání osobních záležitostí pečovatelskou službou. Ze statistik za období před rokem 2011, týkajících se ukazatele výše úhrady pro druh sociálních služby „pečovatelská služba“, vyplynulo, že měsíčně lidé se stanoveným stupněm závislosti I. užívají rozsah služby, který odpovídá průměrné úhradě ve výši 400 Kč měsíčně. Lze se jen domnívat, zda docházelo k plošnému nadhodnocení zajišťovaného rozsahu pomoci a I. stupeň závislosti byl přiznáván automaticky podle zdravotní diagnózy, aniž byl posouzen a expertně stanoven sociální rozměr. Analogicky se pak můžeme ptát, zda by ke zvýšení transparentnosti nepřispělo významné reformování příspěvku na péči. K tomu by mělo dojít jak z hlediska výdajů, tak systémovosti v oblasti nepojistných sociálních dávek. Současně by tak bylo systémově uchopeno postavení pečujících osob. Institut asistenta sociální péče, které v současné době v zákoně o sociálních službách figuruje, celou situaci ještě více komplikuje.

## SOCIÁLNÍ PRACOVNÍCI A JEJICH POTENCIÁL PRO FUNKČNÍ MODEL SOCIÁLNĚ ZDRAVOTNÍ PÉČE

Sociální práce je v různých institucích a v různých oblastech odlišně řízena a organizována. Potřeba sociálních pracovníků a sociální práce jako činnosti v systému dlouhodobé péče povede mj. také k novému pojetí či definování tohoto druhu sociální správy. Správou zde rozumíme v souladu s Tomešem (2012) souhrn orgánů a organizací konajících v sociální sféře sociální politiku určitými nástroji, prostředky a technikami. Sem tedy řadíme sociální pracovníky a činnosti sociální práce ve veřejné správě.

Sociální pracovníci jsou zaměstnáváni v různých sociálních organizacích, veřejné správě, zdravotních službách aj. Každý z gesčních resortů stanovuje systém řízení výkonu a podmínky k výkonu sociální práce. V porovnání se zdravotnictvím nejsou tyto podmínky stanoveny v resortu práce a sociálních věcí adekvátně.<sup>23</sup>

Kvalifikační a profesní předpoklady pro výkon povolání sociálního pracovníka upravuje zákon o sociálních službách. Současná právní úprava je dle našeho mínění nedostatečná.

21 Vlastní zdroj autora, uvedeno v důvodové zprávě k návrhům novel v působnosti MPSV v souvislosti s úspornými opatřeními (tzv. Janotův balíček).

22 Návrh zákona se předkládal znovu v návaznosti na nález Ústavního soudu sp. zn. Pl. ÚS 55/10, který byl vyhlášen dne 14. března 2011 a kterým byl uplynutím dne 31. prosince 2011 zrušen zákon č. 347/2010 Sb., kterým se mění některé zákony v souvislosti s úspornými opatřeními v působnosti Ministerstva práce a sociálních věcí (v rámci tzv. Janotova balíčku), a to z důvodu procedurálních pochybení při přijímání tohoto zákona (vlastní zdroj autora).

23 Mezi podmínky můžeme řadit například limity či mantinely, tj. kritéria a faktory vymezující působnost sociálního pracovníka a rozsah činnosti sociální práce se stanoveným standardem výkonu, tj. minimální rozsah, kvalita a odbornost či specializace.

V ustanovení § 109 je pouze taxativně vymezeno, které činnosti, agendy nebo techniky sociální práce sociální pracovník vykonává. V následujícím ustanovení § 110 jsou uvedeny studijní obory, jejichž absolvováním získá absolvent odbornou způsobilost k výkonu povolání. V uvedeném legislativním pojetí zákona o sociálních službách však identifikujeme potenciální rizika pro další zakotvení role sociálního pracovníka v systému dlouhodobé péče — zejména ve vztahu k oblastem koncepce, řízení a zajišťování dlouhodobé péče sociálními pracovníky. Nebudeme se dále věnovat problémům, s nimiž se — v důsledku chybějící právní úpravy profese sociálních pracovníků — oblast sociální práce potýká. K uvedené problematice se v nedávné době vyjádřili například Musil, Kodymová a Suda (2012, s. 49).

Skutečnost chybějícího systému správy sociální práce a nedostačující právní úprava se promítá také do vnímání profese sociální práce a hodnocení odbornosti sociálních pracovníků ostatními pomáhajícími profesemi. Kupř. „Analýza právní regulace k výkonu povolání pracovníků v dlouhodobé péči“ (2012, s. 73),<sup>24</sup> již v úvodu předkládá čtenářům nepřesné zobecnění, které a priori označuje obor ošetrovatelství, které pro jeho — autory analýzy zdůrazněnou — odbornost a schopnost komplexního přístupu považují za vhodnější, a to zajištěním všech konkrétních činností — posouzením počínaje, poskytováním ošetrovatelské a sociální péče pokračující a organizací a řízením systému dlouhodobé péče konče.

Část Analýzy je věnovaná sociálním pracovníkům a podle našeho mínění je ne zcela šťastně směřuje s pracovníky v sociálních službách (srov. Musil, Kodymová, Suda, 2012 ad kritika zaměňování sociální práce a sociálních služeb). Analýza (ve značně kratším prostoru) charakterizuje sociální pracovníky jako pozice s vysokou odborností v oblasti sociálních problémů, sociálních služeb a sociálně právní oblasti, ovšem bez schopnosti komplexního přístupu k zdravotním problémům klientů. Obsah zhodnocení potenciálu sociálních pracovníků v této analýze přináší nejméně tři alarmující informace. Můžeme hovořit o:

- (i) základní neznalosti obsahu vzdělávacích programů pro obor sociální práce, které jsou sestavovány a následně akreditovány jak pro vyšší odborné, tak i pro vysoké školy v kontextu Vzdělávacích standardů v sociální práci (Tomeš a kol. 1997), a 12. okruhu pro VOŠ a bakalářské studium s názvem „Sociální aspekty zdraví a nemoci“, doporučující, s ohledem na časté propojení sociální problematiky s nemocností, okruhy přednášek s významným obsahem témat věnovaným zdravotnictví a somatologie.<sup>25</sup>
- (ii) pro zdravotnické pracovníky nedostatečně srozumitelné jak oddělení sociální práce od ostatních oborů a kvalifikací v sociální oblasti, tak i nedostatečné vymezení asistenční úrovně sociálního pracovníka, který je kompetentní pod dohledem pracovníka s vyšší kvalifikací vykonávat dílčí intervence sociální práce

24 Analýza kapacit a sítě poskytovatelů dlouhodobé péče [on-line]. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí, 2012 [vid. 2013–3–16]. Dostupné z: [http://www.mpsv.cz/files/clanky/11997/Analýza\\_kapacit.pdf](http://www.mpsv.cz/files/clanky/11997/Analýza_kapacit.pdf)

25 Aktualizovaná verze 12. standardu s názvem „Zdraví a nemoc“ in: Minimální standard vzdělávání v sociální práci ASVSP [on-line]. Brno: Asociace vzdělavatelů v sociální práci, 24. 3. 2011 [vid. 2013–3–17]. Dostupné z: <http://www.asvsp.org/standardy.php>

a/nebo sociální administrativu.<sup>26</sup> Případně lze i uvažovat o fatálním riziku nedostatečně definované úrovně sociálního pracovníka s nejvyšší úrovní kvalifikace. Tedy nositele výkonu s kompetencemi například k metodické, koordinační a koncepční činnosti.

- (iii) nepochopení funkce sociální práce a sociálního pracovníka v procesu zajišťování sociálních potřeb pacientů zdravotních služeb jako dodávky odborné, výlučné a nenahraditelné odbornosti v multioborovém přístupu v řešení potřeb.

Autory výše uvedeného pojednání je funkce sociálního pracovníka vnímána více na úrovni základní sociální stabilizace, kterou zřejmě uchopili jako kompetenci, kterou lze vybavit v rámci studia ošetrovatelství i speciálně všeobecné sestry. Pokud ovšem přehlédneme studijní plány — případně minimální vzdělávací standard — oboru sociální práce a pokusíme se jej kombinovat se studiem ošetrovatelství, dojdeme k opačnému názoru, na jehož základě můžeme konstatovat, že vytvoření tzv. univerzálního vojáka, tj. dosažení kompetence sociálního i zdravotního pracovníka, znamená naplnění podmínek získání kvalifikace z obou oborů. Vzhledem k oddělení terciární úrovně vzdělání a kompetencí je možné využít efektivně potenciál sociálních pracovníků s daným stupněm kvalifikace bakalář i magistr. Na tomto místě lze například zmínit dovednost efektivně využít tzv. sociálně-ekologický model, resp. bio-psycho-socio-spirituální model potřeb, který umožňuje sociálním pracovníkům získat dostačující informace potřebné ke stanovení vhodného obsahu a rozsahu intervence/í (viz Navrátil 2007; Kovařík 2003.), či model posouzení sociálních potřeb a zdrojů (viz Kodymová — Holda 2010). Sociální pracovník jako profesionál s vysokým potenciálem k řešení komplikovaných situací a problémů je schopen integrovat různé disciplíny v zájmu řešení situace klienta, aniž by jej prizmatem toho kterého oboru vnímal,<sup>27</sup> a jeho akční rádius zasahuje mimo instituce, v nichž působí nejen do vlastního prostředí klienta, ale též do institucí jiných oborů. Oproti citované Analýze tedy můžeme konstatovat, že právě profese sociální práce je na rozdíl od ošetrovatelství vhodně vybavena pro zajištění konkrétních činností i pro organizaci a řízení systému dlouhodobé péče, ne toliko na poskytování přímé každodenní péče.

## SOCIÁLNÍ PRACOVNÍK PŘI OBCI

Pro udržitelnost systému komplexní/integrované sociálně zdravotní péče musí být role sociálního pracovníka při obci do budoucna koncipována spíše jako řídicí, manažerská a koordinační (Navrátil 2001). Proto pro vyšší úroveň zajišťování komplexního pojetí modelu dlouhodobé péče lze nabídnout v českých podmínkách doposud

<sup>26</sup> Srov. ustanovení § 116 odst. 1, zejména písm. d) zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů, které stanoví 4 kategorie pracovníků v sociálních službách, z nichž právě jedna vykonává pod dohledem sociálního pracovníka právě dílčí intervence sociální práce.

<sup>27</sup> Například lékař může vnímat člověka s jeho potřebou jako medicínský problém, právník jako právní a podle toho postupovat bez ohledu na kontext a další aspekty, které mohou významně ovlivnit i úspěšnost navrženého řešení.



téměř nevyužívaný model makro-praxe sociální práce.<sup>28</sup> Současně vnímáme, že své nezastupitelné místo bude mít též na úrovni případového pracovníka s jednotlivcem či skupinou determinovaného, zejména paradigmatem poradenským či terapeutickým (Navrátil 2001).

V organizaci sociální práce ve veřejné správě došlo v nedávné době k významné změně v rozložení odborností sociální práce. Po převedení nepojistných sociálních dávek na stát, tj. na Úřad práce České republiky, vzniklo na pověřených obecních úřadech a úřadech obcí s rozšířenou působností jisté vakuum. Právní předpisy upravující oblast pomoci v hmotné nouzi a sociální služby stanoví rozsah i obsah výkonu státní správy v přenesené působnosti právě na uvedených typech úřadů. Pro vedení obcí je zákonné vymezení zřejmě obtížně uchopitelné. Velmi často právě na menších obcích s pověřeným úřadem dochází k redukování počtu sociálních pracovníků. Přitom právě zde jsou sociální pracovníci potřeba k systematickému řešení sociálních problémů jednotlivců a skupin spojených s oblastí hmotné nouze, tedy různými podobami chudoby a sociálního vyloučení.<sup>29</sup> Pro působnost úřadů obcí s rozšířenou působností je pak zákonem o sociálních službách uložena povinnost mj. vykonávat činnosti sociální práce a současně koordinovat sociální služby ve správním obvodu.<sup>30</sup> Bohužel i na těchto úřadech obcí došlo k redukování počtu sociálních pracovníků.

V souvislosti s těmito trendy je namísto položit si otázku, zda existuje reálná možnost vyčlenit adekvátní kapacitu sociálních pracovníků v rámci obecní úrovně pro oblast dlouhodobé péče. Obecní úroveň bývá ovlivňována politickými souvislostmi stanovených priorit samosprávy a s tím souvisejí vyčleněné finanční a personální zdroje. Například etablovat „jednotku“ sociálních pracovníků, která by se zaměřila „pouze“ na komplexní pojetí řešení potřeb spojených s dlouhodobou péčí, může být z pohledu vedení úřadů obcí vnímáno jako další zatížení jejich aparátu. Sociální agendy bohužel nebývají ze strany vedení obcí vnímány jako pozitivní přínos pro kvalitu života občanů obce.

Z operativního šetření prováděného v prvních měsících roku od roku 2012 odborem sociálních služeb MPSV<sup>31</sup> vyplývá, že celkově je na pracovištích úřadů výše uvedených obcí k dispozici přibližně 1300 úvazků sociálních pracovníků a 300 úvazků tzv. pozice sociálního kurátora, leč tato čísla nehovoří o faktických činnostech, které sociální pracovníci vykonávají, vč. možné kumulace s jinými správními agendami mimo sociální oblast. V rámci jednotlivých pracovišť Úřadu práce ČR je k dispozici 1385 úvazků sociálních pracovníků. Tito pracovníci vykonávají zejména sociální šetření v rámci agendy těch nepojistných sociálních dávek, kde je toto podkladem pro posouzení nároku na daný typ dávky (zejména příspěvek na péči). Již teď můžeme

---

28 Kodymová a Suda (2012) nabízejí jeden ze způsobů využití takového modelu. Autoři popisují makro praxi sociální práce jako profesionálně vedenou intervenci zaměřenou na změnu organizací, komunit i politik, která čerpá stejně jako jiné přístupy v sociální práci z teoretických základů a zároveň přispívá k rozvoji nové teorie.

29 Tuto povinnost pověřeným obecním úřadům ukládají §§ 64 a 65 zákona č. 111/2006, o pomoci v hmotné nouzi, ve znění zákona č. 366/2011 Sb.

30 Povinnost je vymezena ustanovením § 92 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění zákona č. 366/2011 Sb.

31 Interní data MPSV, zdroj: autor.



usuzovat,<sup>32</sup> že stávající počet sociálních pracovníků napříč institucemi veřejné správy je schopen zajišťovat převážně jen okamžitou základní sociální stabilizaci lidí na daném území, a to převážně za použití pouze jedné z technik sociální práce namísto výkonu systematické sociální práce. A proto je na obcích (a částečně též na Úřadě práce ČR) v budoucnosti počty profesionálních sociálních pracovníků významně posílit. V opačném případě — s přihlédnutím k dalším uvedeným faktorům a případným opominutím jejich korekce — by to pro zajištění dlouhodobé péče znamenalo vytvoření příliš křehkého a nestabilního systému.

### **SHRNUTÍ IDENTIFIKOVANÝCH KLÍČOVÝCH PROBLÉMŮ, TÉMAT VYŽADUJÍCÍCH ZMĚNY V PRÁVNÍ ÚPRAVĚ I V NASTAVENÍ UDRŽITELNÉHO POSKYTOVÁNÍ A FINANCOVÁNÍ DLOUHODOBÉ PÉČE.**

Před těmi realizátory změny, kteří se pokusí o skutečnou reformu, stojí nyní úkol vytvořit flexibilní a rámcově definovaný systém sociálních služeb. Systém schopný reagovat na realitu v sociálním prostředí a potřeby seniorů i jejich blízkých s cílem zajišťovat podporu zejména v domácím prostředí. K dosažení kvalitního a individualizovaného pojetí zajištění podpory v pobytové, formálně zajišťované dlouhodobé péči je zapotřebí uspokojivě vyřešit následující problémy:

- Dávka příspěvku na péči není v současném velmi volném pojetí využití využívána tak, aby osobám vyžadujícím dlouhodobou péči skutečně zajišťovala adekvátní podporu. Současné pojetí distribuce finančních prostředků ze státního rozpočtu prostřednictvím neinvestičních dotací způsobuje paušalizující přístup. A ten v důsledku poskytovatele vede analogicky k paušálnímu poskytování péče, a nikoliv podpory.
- Dostatečnou se nejeví ani faktická znalost veřejné správy o sociální situaci v daném prostoru, schopnost sledování změn a vyhodnocování sociálních jevů v území. Za důležité považujeme sjednocení parametrů krajských střednědobých plánů, zejména v realizační a ekonomické části. A souběžně s tím i zvýšení odpovědnosti za řešení individuální situace obyvatel obce (spíše určitého typu obce s daným správním územím). Důvodem k tomuto kroku je fakt, že zejména po převedení dávkových agend na stát se na obcích projevuje nevěle rozhodovat a přijímat odpovědnost, neboť kompetence nejsou jasně stanoveny. A pokud kompetence stanoveny jsou, není jejich uplatnění vyžadováno nebo není možné je vymáhat. S tím souvisí i nedostatek prostoru, či spíše nevytváření podmínek pro makro-praxi sociální práce.
- Nejsou stanoveny parametry sítě sociálních služeb, kterými by byla určována, a současně jasně definována úroveň, jíž bude svěřena správa sítě. Krajské úřady dnes v rámci posouzení naplnění podmínek pro vydání registrace poskytovatele sociálních služeb neposuzují skutečně podmínku potřeby a skutečné schop-

<sup>32</sup> Pro vyhodnocení, zda je současný počet úvazků sociálních pracovníků ve veřejné správě dostačující, by bylo potřeba zkoumat v rámci samostatného výzkumu například pracovní náplně, vytížení jednotlivých pracovníků na daných pozicích a výskyt definovaných sociálních jevů.

nosti služby poskytovat podporu v dané kvalitě a rozsahu. Chybí definice standardu a nadstandardu, který mohou uživatelé žádat, respektive objednávat.

- Pro potřebu nastavení efektivního multioborového přístupu při řešení potřeb klienta nejsou specifikovány reálné kompetence a proto zatím nelze očekávat, že by problematika tzv. hraničních oborů, tedy zejména sociálně-zdravotního pomezí, mohla být vyváženě uchopena. A pak je jisté reálné riziko, že bude řešena optikou pouze jednoho z rezortů, což není možné. V této souvislosti lze poukázat na potřebu definovat v kontextu systémů dlouhodobé péče i kompetence pro sociální pracovníky, a to jak ve vertikálním, tak i horizontálním rozměru odbornosti a specializací. Odpověď na otázku, zda je vhodným řešením například profesní zákon nebo zda postačí nastíněná úprava v rámci sociálních služeb, resp. veřejné správy, ponecháme spíše pro diskusi.

## NÁVRHY MOŽNÝCH ŘEŠENÍ

V předchozí části jsme načrtli rizikové oblasti, které při nesystémovém uchopení ztíží nebo znemožní vytvoření komplexního řešení sociálně zdravotní péče. Na základě debat probíhajících v pracovních uskupeních projektu „Podpora procesů v sociálních službách, aktivitě č. 6“<sup>33</sup> a rozboru uvedeném v tomto článku předkládáme k posouzení a následující diskusi návrh možných způsobů řešení jak v oblasti plánování, řízení a financování dlouhodobé sociálně zdravotní péče, tak i v oblasti sociální práce na obci:

### OBLAST PLÁNOVÁNÍ, ŘÍZENÍ A FINANCOVÁNÍ DLOUHODOBÉ SOCIÁLNĚ ZDRAVOTNÍ PÉČE:

Obecným principem — upraveným též, nikoli deklaratorně, v zákoně — by měl být stanoven posloupný postup při využití jednotlivých zdrojů, a to: (i) příspěvku na péči a soukromých zdrojů, (ii) zdrojů k zajištění indikované ošetrovatelské péče, (iii) dorovnání z veřejných zdrojů do výše stanoveného objektivního nákladu péče (standardu) a zajištění příspěvku na obnovu materiálně technické základny. Souběžně s uplatněním výše uvedeného principu by mělo dojít k odpovídajícímu ocenění intenzity péče podle její náročnosti a požadavků na odbornost pracovníků, kteří ji poskytují a řídí.

V daných časových intervalech by mělo docházet k aktualizaci kalkulace nákladů činností sociálních služeb, zejména na základě získávání objektivizovaných dat z lokalit (zdrojem dat by mohlo být vyhodnocování efektivity poskytované služby sociálním pracovníkem obce — manažerem péče).<sup>34</sup>

Nezbytným se také jeví sladit participaci veřejných zdrojů s kompetencemi, které musí být jednotlivým správcům veřejných financí zákonem explicitně stanoveny/svěřeny. Alokace finančních prostředků by měla proběhnout na základě důsledně

33 Aktivita s názvem „Systém finanční podpory sociálních služeb“ [on-line]. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí, 2011 [vid. 2013-3-17]. Dostupný z: <http://www.mpsv.cz/cs/9765>

34 Například upravená metoda Cost Benefit Analysis, tj. Analýza nákladů a výnosů, pro potřeby individuálního hodnocení ekonomické efektivity s aspektem kvality života.

prováděné analýzy potřeb cílových skupin dle lokalit a následně stanoveného plánu (v podobě např. nově uspořádaného střednědobého plánu rozvoje sociálních služeb koncipovaného podle kritérií takového plánu, v právní úpravě jasně stanovených).

Přes stávající možnost využití vyživovací povinnosti dětí vůči rodičům je spíše žádoucí stanovit adekvátní participaci z dalších soukromých zdrojů osob blízkých na zajištění péče jako podmínku pro zahájení poskytování pomoci. Je vhodnější využít odbornosti sociálních pracovníků k posouzení sociální a ekonomické situace rodiny pro stanovení slevy na úhradě, než je stavět do role žalobců v zastoupení osob, jejichž péče vyžaduje finanční příspěvek ze soukromých zdrojů.

V případě neformální péče je vhodné v systému dávkové pomoci vytvořit, například analogicky k dávce státní sociální podpory, „rodičovský příspěvek“, samostatný typ finančního příspěvku pro pečující osobu. Někteří odborníci na oblast sociálních dávkových systémů se však spíše přiklánějí k pojistnému systému, tj. dávce poskytované ze systému sociálního pojištění, která by řešila neschopnost výdělků z důvodu péče o osobu blízkou. Příspěvek na péči pak lze konstruovat jako dominantní zdroj pro financování formálně zajišťované sociální péče a tuto dávku pak více diferencovat s ohledem na ocenění intenzity péče podle klasifikace ICF. Dávka by měla být v ideálním případě testována majetkově a příjmově, stát se „plošnou“, avšak vysoce diverzifikovanou podle objektivních parametrů s funkcí „kompenzace objektivního dlouhodobého sociálně zdravotního znevýhodnění“. Příspěvek by měl být proplácen výhradně poskytovateli pomoci, v případě sdílené péče — a nebude-li vytvořen samostatný nástroj řešící příjem pečujících osob — je možné využít kombinace voucheru pro poskytovatele profesionální péče a výplaty příspěvku pro pečující osoby v poměru na základě plánu sdílené péče autorizované sociálním pracovníkem. V uvedeném procesu se počítá s nově definovanou specializací činností sociálního pracovníka jak v rámci přeneseného výkonu státní správy v obci, tak i při Úřadu práce ČR. Očekávaným výsledkem popsaných kroků je pak vyšší efektivita a eliminace dofinancování nákladů péče formou dotací či příspěvků z veřejných rozpočtů, aniž by se jednalo o objektivně kalkulované náklady dané služby v souvislosti s charakterem zajišťování potřeb dlouhodobé péče.

Ačkoli není naším cílem, natož kompetencí, modelovat specifickou komponentu dlouhodobé péče, která spočívá v ošetrovatelské péči a jejích formách, považujeme za důležité pospat možné propojení s oblastí sociální práce. V souladu s návrhy vypracovanými expertní skupinou, sestavenou v rámci totožného projektu k tématu dlouhodobé péče, konstatujeme, že funkční by mohlo být vytvoření pozice terénní zdravotní sestry. Ta by byla pověřena úkolem: „[...] zajistit včasnou identifikaci osob s potřebou dlouhodobé péče prostřednictvím doplnění výkonu sociální práce na obcích s rozšířenou působností o odbornost komunitní sestry.“<sup>35</sup> Popsanou odbornost považujeme optikou předloženého textu za klíčovou z důvodu zajištění plánu podpory prostřednictvím zdravotních služeb, kontaktu se službami i sledování efektivity. Klíčovým se jeví její potenciál v autorizační funkci při indikaci těch zdravotních služeb, k nimž bude uznána zdravotní legislativou kompetentní. Tato autorizační funkce by tak měla být kompatibilní k systému financování ošetrovatelské péče z fondů veřejného

---

35 Výstup aktivity č. 12 „Návrh věcného řešení problematiky LTC“ který je zpracován v podobě věcného záměru zákona o dlouhodobé péči [on-line]. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí, 2012 [vid. 2013–3-17] Dostupný z: <http://www.mpsv.cz/cs/10763>

zdravotního pojištění. Takto indikované úkony dlouhodobé péče není důvod neproplácet a díky roli této všeobecné sestry specializované na tuto oblast se zřejmě lépe vypořádají s povinností zajištění dostupnosti tohoto druhu péče pro své pojištěnce. Vznikla by tak analogie k navržené odbornosti sociálních pracovníků ve vztahu k výdajům v sociální oblasti.

## OBLAST SOCIÁLNÍ PRÁCE NA OBCI – NOVÉ POJETÍ ROLE SOCIÁLNÍHO PRACOVNÍKA

V návrzích předchozí části je popsána role sociálního pracovníka jako manažera sociálních komponent poskytované dlouhodobé péče a role posudková ve smyslu hlubšího posouzení veškerých aspektů a konsekvencí takové sociální události. Nikoliv nevýznamnou je námi navrhovaná role koordinační ve vztahu k sociální politice obce a kraje (včetně analytické a kontrolní činnosti). Aby tyto role mohl sociální pracovník naplňovat, je třeba nejdříve:

Na obcích s rozšířenou působností, a to vzhledem k vybavenosti úřadů, zabezpečit propojení s dalšími veřejnými službami pro tvorbu sítí a zakotvit sociální práci jako klíčový výkon státní správy v přenesené působnosti. Výhodným se ukazuje fakt, že současná právní úprava umožňuje, aby tato úroveň tvořila základní a nejdůležitější článek pro tvorbu sítí dlouhodobé péče.

Upravit systém organizace a řízení sociální práce do podoby vyššího pracoviště při úřadu obce s rozšířenou působností, doplněného sítí základních pracovišť na území správního obvodu v rámci úřadů pověřených obcí, kam by byly delegovány vybrané základní činnosti a intervence sociální práce.

Pro optimální nastavení dlouhodobé péče a efektivní výkon sociální práce připravit sociální pracovníky erudované ve specifické metodě sociálního posouzení potřeb a zdrojů podpory v celé šíři souvislostí. Současně s tím koncipovat a formálně ukotvit nové odbornosti/kompetence (i) manažera péče a (ii) posudkového sociálního pracovníka.

Definovat analyticko-koordinační odbornost pro pozici koordinátora sítí potřebných služeb prostřednictvím tvorby lokálních partnerství mezi daným úřadem obce s rozšířenou působností, poskytovateli sociálních služeb a dalšími institucemi sociální ochrany a zdravotních služeb. Na jejím základě musí být vyhodnocována efektivita poskytované péče a hodnoceny výsledky služeb v komplexu integrované sociální a zdravotní péče. Tím jsou vytvořena kritéria pro koordinaci sociálních služeb a jejich financování.

## ZÁVĚR

Na základě provedeného rozboru navrhuje: (i) provést změnu systému sociálních služeb, zejména v oblasti změny zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách s cílem odstranit taxativního vymezení druhů soc. služeb, a to i ve vazbě na poskytované činnosti. A (ii) na základě důsledně prováděné analýzy potřeb osob vyžadujících dlouhodobou péči a stanoveného plánu adekvátního naplnění potřeb provést změnu alokace veřejných prostředků. Za klíčový prvek funkčního a udržitelného systému považujeme změnu vedenou makroekonomickými zájmy na straně veřejných rozpo-

čtů, v nastavení multioborové spolupráce a řízení integrované sociální a zdravotní péče na úrovni obce s rozšířenou působností.

Naším cílem bylo shromáždit dostatek informací k tomu, abychom při formulaci problémů a návrhů již podněcovali diskusi. Zejména z toho důvodu jsme modelů a jejich kombinací uvedli více. Sami za sebe však vnímáme, že žádná z uvedených variant, včetně strukturovaných návrhů ekonomické a definiční povahy změny sociálních služeb, nemůže být úspěšná bez využití kapacity a posílením odbornosti sociálních pracovníků.

K našemu přesvědčení jsme vedeni vědomím toho, že sociální pracovníci mohou zajistit komplexní řešení potřeb osob vyžadujících dlouhodobou péči na základě: (i) své odbornosti, (ii) etického rozměru práce s klientem, (iii) schopnosti integrovat různé přístupy a obory a (iv) pracovat se zástupci těchto ostatních oborů jako s partnery.

Systémové řešení dlouhodobé péče však bude — obdobně, jako je tomu u každé interdisciplinární či multioborové oblasti — zřejmě nejvíce ohroženo faktorem, který snad ani není možné ošetřit. Hovoříme o stereotypním uvažování a velmi pomalé schopnosti měnit postoje. Transparentním projevem uvedeného rizika je například již popisovaný resortismus či významná ochota předkládat a přijímat jednoduchá a na první pohled rychlá řešení bez skutečné kritické analýzy. Podstatou takových řešení pak je faktické „odstranění“ problému z dohledu, tedy za brány ústavů, institucí, prezentovaných jako bílé, čisté a bezpečné prostředí. Ale také prostředí, v němž až příliš snadno dochází pouze k naplňování elementárních, či jinými slovy biologických potřeb.

Závěrem nám zbývá konstatovat, že text předkládáme jako příspěvek do diskuse s cílem pojmenovat a otevírat palčivá či opomíjená témata. Pokud se nám tím podařilo předložit text, který podnítl a bude motivovat zejména profesionály z řad sociálních pracovníků, aby byli připraveni strukturovat své pole působnosti v systému dlouhodobé péče, a současně tak včas reagovat na očekávanou objednávku společnosti po jejich odbornosti, pak lze považovat účel naší práce za splněný.

## LITERATURA

- Český statistický úřad. Statistická ročenka České republiky 2012. Vyd. 1. Praha, 2012. 823 s. ISBN 978-80-250-2253-5
- GRÖNE, O. — GARCIA-BARBERO, M., 2002. *Trends in Integrated Care — Reflections on Conceptual Issues*. World Health Organization, Copenhagen, EUR/02/5037864.
- KODYMOVÁ, P. — HOLDA, D., 2010. Možnosti praxe sociální práce v kontextu rodin dětí se zdravotním postižením. *Fórum sociální práce*, č. 1, roč. 1. ISSN 1804-3070.
- KODYMOVÁ, P. — SUDA, R., 2012. Mediální obraz aktivit sociální práce v kontextu sociálních projektů vedených paradigmatickým reformním. *Fórum sociální práce*, č. 2, roč. 3. ISSN 1804-3070.
- KOVAŘÍK, J., 2003. Posuzování potřeb ohroženého dítěte. In: Matoušek, O.: *Metody a řízení sociální práce*. Praha: Portál, 384 s. ISBN 80-7178-548-2.
- KUBALČÍKOVÁ, K., 2012. Podpora neformálních pečovatelů v podmínkách poskytování sociálních služeb pro seniory v ČR: příklad Pečovatelské služby. *Sociální práce / Sociální práce*. 2012, roč. 12, č. 4, s. 89-101. ISSN 1213-6204.
- MUSIL, L. — KODYMOVÁ, P. — SUDA, R., 2012. Profesionální zákon pro sociální práci — potřeba, nutnost, nebo nadbytečná regulace? *Sociální práce / Sociální práce*. 2012, roč. 12, č. 3, s. 49-52. ISSN 1213-6204.

- NAVRÁTIL, P., 2001. Vybrané teorie sociální práce. In: Matoušek, O.: *Základy sociální práce*. Vyd. 1. Praha: Portál, 312 s. ISBN 80-7178-473-7.
- NAVRÁTIL, P., 2007. Teorie významné pro sociální práci in Matoušek, O.: *Základy sociální práce*. Vyd. 2. Praha: Portál, 312 s. ISBN 978-80-7367-331-4.
- PRŮŠA, L., 2008. *Efektivnost financování sociálních služeb v domovech pro seniory*. Praha: VÚPSV, v. v. i., 57 s. ISBN 978-80-7416-018-9.
- PRŮŠA, L., 2010. *Poskytování sociálních služeb pro seniory a osoby se zdravotním postižením*. Praha: VÚPSV, v. v. i., 244 s. ISBN 978-80-7416-048-6.
- PRŮŠA, L. — VÍŠEK, P., 2012. *Optimalizace sociálních služeb*. Vyd. 1. Praha: Národní centrum sociálních studií, o.p.s.; VÚPSV, v. v. i., 130 s. ISBN 978-80-7416-099-8.
- STONE, R. I., 2000. *Long-Term Care for the Elderly with Disabilities: Current Policy, Emerging Trends, and Implications for the Twenty-First Century*: Milbank Memorial Fund, New York, NY. ISBN 1-887748-38-5.
- TOMEŠ, I. a kol., 1997. *Vzdělávací standardy v sociální práci*. Vyd. 1. Praha: SOCIOPRESS, spol. s r. o. 334 s. ISBN 08-902260-3-5.
- TOMEŠ, I., 2010. *Úvod do teorie a metodologie sociální politiky*. Vyd. 1. Praha: Portál, 440 s. ISBN 978-80-7367-680-3.
- TOMEŠ, I., 2011. *Obory sociální politiky*. Vyd. 1. Praha: Portál, 368 s. ISBN 978-80-7367-868-5.
- TOMEŠ, I., 2012. Širší souvislosti stárnutí obyvatelstva — mýty a skutečnosti. *Fórum sociální práce*, č. 1, roč. 3. ISSN 1804-3070.
- TOMEŠ, I., 2014. Sociální služby dnes a zítra. *Fórum sociální práce*, roč. 5, č. 1, s. 67-70. ISSN 1804-3070.

## NÁRODNÍ PRÁVNÍ DOKUMENTY, INTERNETOVÉ ZDROJE

- Zákon č. 273/2008 Sb., o polici České republiky [on-line]. [vid. 2013-3-28] Dostupné z: <http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/SearchResult.aspx?q=2008&typeLaw=zakon&what=Rok&stranka=7>
- Zákon č. 366/2011 kterým se mění zákon č. 111/2006 Sb., o pomoci v hmotné nouzi, ve znění pozdějších předpisů, zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů, zákon č. 117/1995 Sb., o státní sociální podpoře, ve znění pozdějších předpisů, a další související zákony [on-line]. [vid. 2013-3-28] Dostupné z: [http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/SearchResult.aspx?q=366/2011&typeLaw=zakon&what=Cislo\\_zakona\\_smlouvy](http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/SearchResult.aspx?q=366/2011&typeLaw=zakon&what=Cislo_zakona_smlouvy)