

DOSTUPNOST SLUŽEB PRO LIDI S PORUCHOU AUTISTICKÉHO SPEKTRA V ČR A EVROPĚ – – ANALÝZA A INSPIRACE

S NADĚJÍ, ŽE SVĚT MŮŽE BÝT
BEZPEČNĚ A VLÍDNĚ MÍSTO
PRO KAŽDÉHO.

Mgr. Markéta Křečková a Mgr. Martin Šimáček – text analýzy
Petr Třešňák – vedoucí projektu
Jenda Žáček – editace
Hanka Čertíková – korektura
Lucie Horáková – layout a sazba

www.detiuplnku.cz/analyza

Vydal spolek Naděje pro děti úplňku jako svou 1. publikaci.
Praha, 2018



Speciální poděkování za podporu a financování této analýzy patří
Nadačnímu fondu Avast a Nadaci České spořitelny.



Toto dílo podléhá licenci Creative commons Uveďte původ – Zachovejte licenci 4.0 Česká republika ([CC BY-SA 4.0 CZ](https://creativecommons.org/licenses/by-sa/4.0/cz/))

Údaje pro citování

KŘEČKOVÁ, Markéta a ŠIMÁČEK, Martin: *Dostupnost služeb pro lidi s poruchou autistického spektra v ČR a Evropě – analýza a inspirace*.
Praha: Naděje pro děti úplňku z.s., 2018, 158 s.

Dostupné také z www.detiuplnku.cz/analyza

DOSTUPNOST SLUŽEB PRO LIDI S PORUCHOU AUTISTICKÉHO SPEKTRA V ČR A EVROPĚ – – ANALÝZA A INSPIRACE

- I. Kvalita a dostupnost sociálních služeb
pro osoby s poruchou autistického spektra
v České republice**

- II. Analýza systémů sociálních služeb pro
osoby s PAS v Anglii, Belgii, Dánsku, Irsku
a Španělsku**

S nadějí, že svět může být bezpečným a vlídným místem pro každého.

Nadějí je lepší porozumění

O dramatickém nedostatku sociálních služeb pro lidi s poruchou autistického spektra (PAS) se v Česku ví už dlouho. V případech, kdy je k autismu přidružena porucha v oblasti učení, komunikace a chování, se velmi často stává, že klienti propadávají zdejšímu systémem sociálních služeb a zátěž nese vyčerpaná rodina.

Náš spolek **Naděje pro děti úplňku**, tvořený rodiči, kteří touto zkušeností dnes a denně procházejí, se snaží hledat a prosazovat řešení tohoto palčivého problému. Začali jsme dokumentárním filmem, protože co není zjeveno, nemůže být léčeno, jak říká staré rčení. Ukázat situaci rodin dětí s těžkým autismem, o níž česká veřejnost dlouho neměla tušení, znamenalo logický první krok na cestě k nápravě.

Film Děti úplňku vysílaný s velkým úspěchem v České televizi a následná jednání, která jsme vedli s politiky, úředníky, experty, zástupci krajů, poskytovatelů služeb a dalších rodičovských skupin, ovšem záhy ukázaly, že nám ve společném úsilí stojí v cestě jedna překážka. **Nedostatek informací a příliš malé porozumění** tomu, co vlastně poskytování vhodných služeb lidem s autismem brání. I lidé, kteří se tématem autismu zabývají dlouho, měli jen mlhavou představu, jak zdejší systém sociálních služeb vylepšit a reformovat. Pochopili jsme, že **potřebujeme lépe zmapovat bariéry stojící v cestě poskytování služeb**. A také potřebujeme načerpat inspiraci v zemích, které jej zvládají lépe a mohou nás v úvahách o nutných reformách posunout dál.

Publikace, kterou držíte v ruce má dvě části: Kolegyně Markéta Křečková se pustila do **analýzy českého sociálního systému s cílem zmapovat faktory a procesy, které klienty s PAS diskriminují**; kolega Martin Šimáček vytipoval několik evropských zemí, jež by nám v péči o lidi s PAS mohly poskytnout inspiraci, **porovnal je a identifikoval ústřední principy, které se v Evropě prosazují** coby pilíře kvalitní péče. Naše práce by nebyla možná bez velkorysé podpory **Nadačního fondu Avast**, který analýzy z většiny financoval.

Informace, které jsme získali, chceme šířit a sdílet a také využít coby základ naší **vize změny, která přinese lidem s PAS a jejich rodinám kvalitnější a důstojnější život**. Návrhy této vize zveřejňujeme paralelně s vydáním této analýzy a podporujeme advokačním úsilím. Tato publikace chce zůstat především analytickým textem využitelným pro kohokoli, jako objektivní zdroj poznatků z oblasti politiky PAS u nás a v Evropě. Naše děti, které v současném nastavení českého sociálního systému jen velmi těžko hledají místo, nás učí jednu důležitou věc: **naděje na změnu vždy začíná lepším porozuměním**. Snad se nám k němu touto prací podařilo přispět.

Petr Třešňák

předseda spolku Naděje pro děti úplňku

Obsah

I. KVALITA A DOSTUPNOST SOCIÁLNÍCH SLUŽEB PRO OSOBY S PORUCHOU AUTISTICKÉHO SPEKTRA V ČESKÉ REPUBLICCE	7
Shrnutí	7
Design studie	11
Metodologie a cíl výzkumu	11
Výzkumný soubor	11
Techniky analýzy a sběru dat	11
Časový harmonogram	13
Průběh sběru dat	13
PAS+	15
Situace v ČR	18
Dostupnost sociálních služeb – zpráva ombudsmanky	23
Nález Ústavního soudu	25
Aktéři – role a kompetence	26
Soubor analyzovaných příčin	27
Analýza a formulace příčin	27
Příčiny nedostupnosti	27
Péče a služby	29
Plánování sítě služeb	31
Financování služeb	35
Legislativa	39
Spolupráce subjektů	40
Personál	42
Zdroje	44
 II. ANALÝZA SYSTÉMŮ SOCIÁLNÍCH SLUŽEB PRO OSOBY S PAS V ANGLII, BELGII, DÁNSKU, IRSKU A ŠPANĚLSKU	 49
Shrnutí	49
Metodologie	52
Anglie	54

Služby a jejich dostupnost	57
Rezidenční služby a služby pro osoby s náročným chováním	58
Zdravotní služby (zdravotně–sociální pomezí)	59
Strategie autismu – implementace a vyhodnocování	60
Legislativa	62
Belgie	64
Služby v provinciích	65
Dostupnost služeb	68
Financování sociálních služeb	70
Dánsko	72
Ceny a financování služeb	76
Případová studie Hedensted – Dánsko	77
Pracovníci v zařízení Bækkeft	80
Zařízení Fogedvænget AREA pro děti a mládež s chováním náročným na péči v Hedensted	83
Městský úřad Hedensted	86
Irsko	89
Hodnocení potřeb	92
Národní přehled o autismu	95
Španělsko	97
Dostupnost služeb	97
Národní strategie pro osoby s PAS	100
Zdroje	102
 Seznam expertů a organizací	104
Seznam nejdůležitějších pojmů a zkratek	107
Přílohy	109

I. KVALITA A DOSTUPNOST SOCIÁLNÍCH SLUŽEB PRO OSOBY S PORUCHOU AUTISTICKÉHO SPEKTRA V ČESKÉ REPUBLICE

Mgr. Markéta Křečková

Shrnutí

Chronický nedostatek sociálních služeb pro lidi s autismem a chováním vyžadujícím vysokou míru podpory (dále PAS+) byl v posledních letech popsán několikrát, mimo jiné v analýzách Kanceláře veřejného ochránce práv a Asociace krajů ČR. K tématu vydal též rozhodnutí Ústavní soud, který konstatoval povinnost krajů zajistit adekvátní sociální službu člověku s těžkým postižením v případě mladého muže s diagnózou PAS+.

Popisovaný nedostatek se týká všech typů služeb (terénních, ambulantních, pobytových) a v důsledku způsobuje dramatické vyčerpání pečujících rodin a extrémní ztráty na kvalitě života osob s PAS+. Lidé s PAS+ kvůli nedostatku podpory a vhodných odlehčovacích a rezidenčních služeb často končí dlouhodobě hospitalizováni v psychiatrických nemocnicích, což je v rozporu s jejich lidskými právy, mj. s Úmluvou OSN o právech osob se zdravotním postižením.

Dle kvalifikovaných odhadů expertů v ČR žije přibližně 4 000 osob se souběhem mentálního handicapu a těžšího problémového chování. U většiny z nich je diagnostikována také jedna z forem autismu. „Problémové chování u těchto osob se může projevovat agresivitou, sebezraňováním, křikem, obnažováním na veřejnosti, neustálým pohybem v prostoru či zcela individuálními projevy, které nelze jakkoliv paušalizovat. Souhrnně se toto chování označuje slovním spojením „chování náročné na péči, problémové chování, zátěžové chování, chování vyvolávající výzvu aj.“, což vychází z anglického **challenging behavior**“.¹

Z výše zmíněného označení vyplývá, že jde o velmi zátěžové chování pro pečující osoby, kdy je nutné při plánování péče zohlednit individuální potřeby daného člověka. To se týká nejen rodinných příslušníků v roli pečujících osob, nýbrž i sociálních služeb jako takových. Dostupnost služeb je tak většinou omezena pouze na některé životní etapy.

1 JÚN, Hynek, 2017. Současná situace PAS. Praha: nepublikováno.

Spíše se daří uspokojit poptávku po službách rané péče a osobní asistence, špatná situace je u služeb pobytových, jejichž vysoká nákladovost je velkou překážkou při udržení služeb stávajících, natož pak při snaze o vznik služeb nových.

Závěry studie shrnuté v následujících odstavcích popisují hlavní příčiny současného stavu.

Potřeby a služby

K naplnění potřeb osob s PAS+ je třeba specifické péče, jež vyžaduje speciální materiální a personální nastavení, které je v současné době formulováno v materiálně-technickém a personálním standardu (MPSV), jenž však zatím není legislativně ukotven. Takové služby poskytuje jen velmi málo pobytových zařízení v ČR. Jejich počet se pohybuje v řádu nižších jednotek. Tato specifická péče vyžaduje určitou míru kompetencí personálu, což není nutně podmíněno vzděláním, ale především osobnostním nastavením a zkušenostmi. V současné době je velmi problematické zajistit dostatek nejen pečujícího personálu, ale i dalších specialistů, zejména z důvodu vysokých nákladů na zvýšený počet personálu. Nízké finanční ohodnocení personálu je jedním z důvodů, proč personál ve službách chybí a je velmi obtížné jej udržet. Personální a materiální specifika služeb pro osoby s PAS a nedostatek financí pro jejich realizaci je jednou z příčin obtížné udržitelnosti služeb stávajících, kdy zároveň brání vzniku služeb nových.

Plánování sítě služeb na území kraje

Při plánování sítě služeb a tvorbě SPRSS (střednědobý plán rozvoje sociálních služeb) na krajích se vychází z pouhých odhadů počtů osob s PAS+. Absence těchto základních statistik má vliv na další analýzu dat a přípravu SPRSS. Jednou z dalších příčin problematického sběru dat je fakt, že osoby s PAS+ nespádají do žádné cílové skupiny v registru. Poskytovatelé tak nerozlišují jednotlivé formy autismu. Často dochází k hlášení volných kapacit pro PAS, ty však nezahrnují problémové chování a výsledné počty tak neodpovídají realitě.

Některé kraje ke sběru dat přistupují zodpovědněji a za použití různých metod dokáží shromáždit poměrně přesná data. Přesto je sběr dat v národním měřítku nejednotný a stále tak existuje 14 různých systémů sběru a analýzy dat, což je příčinou značné regionální odlišnosti jednotlivých střednědobých plánů. Střednědobé plány také mnohdy obsahují příliš obecné údaje, které se nevztahují k realitě. Síť služeb tak není sestavována na základě precizně definovaných potřeb lidí v dané lokalitě. Pro zajištění sítě odpovídajících a dostupných sociálních služeb je v současné době zaváděn jednotný systematický přístup, který od 1. 1. 2018 stanoví sedmá část vyhlášky č. 505/2006

Sb., který by měl přinést do konce roku 2020 jednotnou podobu střednědobých plánů krajů. Tento přístup však zatím nebyl podroben evaluaci, nemůžeme tedy jeho efektivitu v tuto chvíli posoudit.

Financování

Způsob financování služeb pro osoby s PAS+ má přímý vliv na jejich dostupnost a rozvoj jejich sítě. Pro výpočet vyrovnávací platby jsou v současné době stanovena kritéria neodpovídající specifickému nastavení služeb, jež by mělo respektovat potřeby klientů s PAS+ (např. počet pracovníků, hodnota a množství času s klientem, poměr úvazků pracovníků přímé péče ku klientům). Bez přenastavení těchto kritérií (metodiky krajů pro výpočet vyrovnávací platby) pro výpočet ceny služby není možné dostupné služby udržet a rozvíjet jejich síť (viz dále a [příloha č. 4](#) Princip financování).

Legislativa

V rámci legislativy není definována a ukotvena specifická klientela osob s PAS+. Legislativní ukotvení výše zmíněných kritérií péče (např. zvýšený počet personálu a definovaná náročnost péče) v materiálně-technickém standardu by mělo značný vliv nejen na kvalitu péče, ale zejména na výši dotace. O dotaci by daná služba mohla žádat na základě registrace, kdy jednou z podmínek by bylo naplnění právě materiálně-technického standardu.

Téma nárokovosti péče je tématem pro dlouhodobější diskusi nad systémovými opatřeními. Je však dobré si uvědomit, že v současném systému sociální péče nevzniká automaticky nárok na péči tak, jako tomu je ve školství a zdravotnictví.

Spolupráce subjektů

Mezi odbornými lékaři převažuje nedostatek informací o PAS+ a dalších službách, které by bylo možno doporučit rodinám s dětmi i dospělými klienty. Velmi málo je také specializovaných diagnostických zařízení a odborných lékařů, kteří směřjí uzavírat diagnostiku. Velmi problematické je ošetření osob s PAS+ u specialistů, na něž není snadné získat kontakt.

Z hlediska plánování sociálních služeb jsou pro kraje významným zdrojem dat obce a Úřad práce. K výměně informací o potřebách v dané lokalitě však téměř nedochází. Úřady práce se vesměs omezují na agendu kolem výplaty dávek, obce na základní sociální poradenství, případně jsou rodiny odkazovány na pomoc krajských úřadů.

Personál

Nedostatek kvalifikovaného a motivovaného personálu deklarují především poskytovatelé. Práce s osobami s PAS+ je psychicky i fyzicky náročná. Vyžaduje jistou osobnostní vyzrálost, znalost problematiky a dostatek zkušeností. Poskytovatelé uvádějí, že se již dlouhodobě potýkají s nedostatkem takových lidí. V důsledku dlouhodobého nízkého odměňování pracovníků sociálních služeb došlo k mohutnému přesunu pracovníků do jiných, lépe placených profesí. Dle Asociace poskytovatelů sociálních služeb již počty chybějícího personálu přesáhly deset tisíc. V důsledku toho se začínají snižovat kapacity v jednotlivých zařízeních, dochází k přetěžování pracovníků a k celkovému snížení kvality péče. Pro poskytovatele je nedostatek personálu tak výrazným problémem, že v některých případech ovlivňuje i kvalitu služby.

Design studie

Metodologie a cíl výzkumu

Cílem analýzy je identifikace a popis relevantních jevů (příčin) v nedostupnosti služeb pro osoby s PAS+. Konkrétně jde o zmapování výpovědí poskytovatelů a zástupců krajů, tedy významných aktérů v problematice dostupnosti služeb pro PAS+.

Výzkumný soubor

Cílem analýzy je zmapování výpovědí jednotlivých aktérů – poskytovatelé, zástupci krajů, zástupci MPSV, rodiče a další experti na problematiku. Při výběru vzorku byl použit účelový kvótní výběr na základě určených kritérií, jimiž byla zejména míra zkušenosti a zainteresovanost aktérů v dané problematice dostupnosti služeb pro osoby s PAS+, dále pak zastoupení jednotlivých výše jmenovaných aktérů. Výběr probíhal na základě dostupnosti, tzn. na základě ochoty a dostatku času oslovených. Předvýběr a oslovení potenciálních respondentů probíhaly na základě doporučení či vlastní znalosti prostředí.

Charakteristika účastníků výzkumu:

- 1. zástupci krajů** – jakožto aktéři plánující síť sociálních služeb na základě potřeby v dané lokalitě: ředitelé sociálních odborů krajů a jejich další spolupracovníci. Respondenty jsou zástupci kraje Karlovarského, Olomouckého a Středočeského.
- 2. poskytovatelé** – jakožto aktéři, kteří mají nejvíce praktických zkušeností s poskytováním a nastavením dostupnosti služeb: ve většině případů jsou respondenty ředitelé jednotlivých služeb. Jedná se o služby NAUTIS, z. s., Volno, o. s, Vítej, o. p. s, Charita ČR, Kociánka a některé další, jejichž zástupci z důvodu požadavku anonymity nesouhlasili se zveřejněním jakýchkoliv identifikačních údajů.
- 3. další doplňující rozhovory** probíhaly s rodiči, majícími zkušenosti s odmítnutím a dlouhodobým neúspěchem při hledání služby pro své děti s PAS+; s experty na problematiku, kteří se dlouhodobě problémem nedostupnosti služeb zabývají; se zástupci Kanceláře veřejné ochránkyně práv.

Techniky analýzy a sběru dat

Cílem analýzy je určení procesů vedoucích k nedostupnosti služeb pro osoby s PAS+, tedy identifikace jednotlivých proměnných a vazeb mezi nimi. Nejvhodnější metodou pro dosažení takového cíle je analýza technikami zakotvené teorie. V případě tohoto

výzkumného projektu se jedná o výstupy z analyzovaných dat, které odhalují příčiny nedostupnosti služeb pro osoby s PAS+. Zakotvená teorie vzniká indukci odvozenou ze zkoumání reprezentovaného jevu. Základní metodou pro sběr dat jsou polostrukturované rozhovory s otevřenými otázkami.

Některé z rozhovorů byly po předchozí dohodě nahrávány na diktafon, jiné byly pouze zachyceny písemně. Během rozhovorů byly zaznamenávány terénní poznámky, jež pak byly doplněny do archů s přepsanými nahrávkami. Někteří z poskytovatelů souhlasili s uvedením jména své organizace. Zástupci krajů souhlasili s uvedením názvu kraje pouze v obecnější rovině, nikoliv tedy v konkrétních formulacích a výstupech.

Forma rozhovoru	Počet rozhovorů	Respondenti	Počet tázaných
• individuální rozhovory • skupinové rozhovory • fokusní skupiny • telefonické a e-mailové - dodatečné dotazování	6	Zástupci krajů	8
	6	Zástupci poskytovatelů služeb	7
	8	Rodiny klientů	10
	5	Expertí na problematiku	5
	3	Pracovníci MěÚ	3
	2	Pracovníci KVOP	2
	3	Fokusní skupiny – zástupci krajů, poskytovatelé, rodiče	29
Celkem	33		64

Tab. 1 – Přehled uskutečněných individuálních rozhovorů a počtu respondentů (zdroj: vlastní)

Časový harmonogram

- × **listopad–prosinec 2017:** formulace teoretických východisek na základě studia dostupných zdrojů, studium literatury, vyhledávání zdrojů, mapování situace na krajských úřadech, kontaktování některých možných respondentů a příprava plánu výzkumu.
- × **leden–únor 2018:** studium dokumentů, příprava strategie výzkumného projektu a volba metodologie, výběr respondentů a dojednávání termínů pro rozhovory, realizace prvních rozhovorů.
- × **únor–květen 2018:** zpracování a finalizace úvodní části, realizace rozhovorů, přepis, kódování, zpracování a vyhodnocení sebraných dat z rozhovorů – vytvoření základních kategorií, formulace primárních výsledků – konstrukce a systematizace dat.
- × **květen–srpen 2018:** interpretace výsledků a formulace závěrečné zprávy.

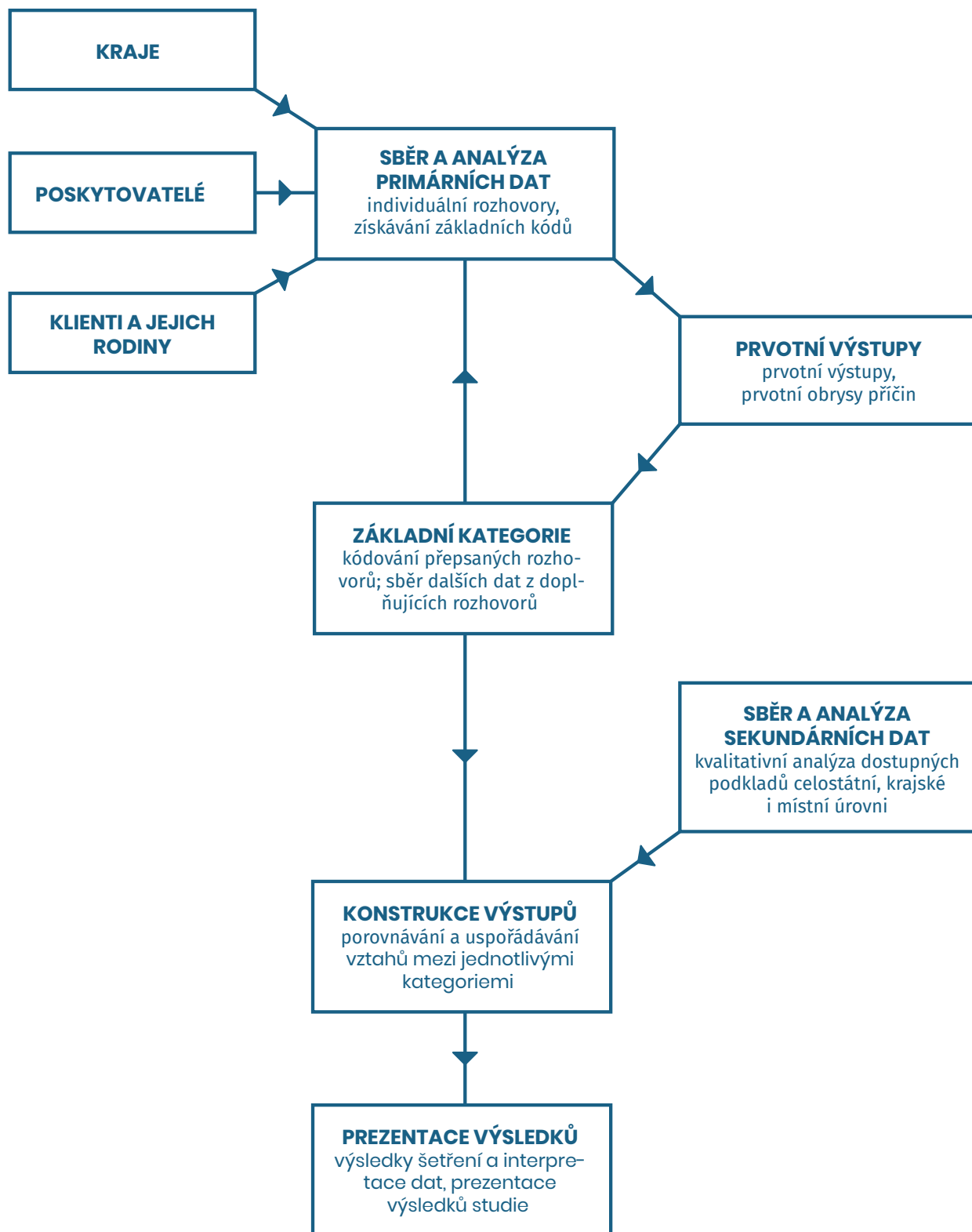
Průběh sběru dat

Primární data, kterými jsou informace pocházející zejména z rozhovorů se zainteresovanými aktéry na různé úrovni plánování a poskytování sociálních služeb pro osoby s PAS, jsou též v některých případech podpořena daty sekundárními, jimiž jsou dostupné podklady na celostátní, krajské i místní úrovni. Sekundární data jsou použita především pro podpoření některých nálezů při formulaci výsledků.

Postup při sběru a analýze primárních dat byl rozdělen do 3 hlavních fází, které se mezi sebou prolínaly a navazovaly jedna na druhou:

1. *sběr dat*, jehož cílem bylo získání základních kódů – témat, která nabízela hrubou první verzi odpovědí na výzkumnou otázku a prvotní obrysy příčin nedostupnosti služeb pro osoby s PAS+;
2. *utvoření základních kategorií* – kódování přepsaných rozhovorů; sběr dalších dat z doplňujících rozhovorů, poznámkování a integrace těchto poznámek, opětovné kódování, hledání dalších dat pro rozšíření a zpřesnění prvotních hypotéz a hrubé verze výstupů²;
3. *konstrukce výstupů* – porovnávání a uspořádání vztahů mezi jednotlivými kategoriemi, opětovné porovnávání, vyložení a představení výsledků.

2 graduální sběr dat – jedná se o kontinuální sběr dat, jehož cílem je rozpracování a nasycení kategorií, jež jsou základem rodící se teorie (Švaříček, 2007).



Design analýzy prostředí dostupnosti služeb pro osoby s PAS (zdroj: vlastní)

PAS+

Poruchy autistického spektra³ (dále jen PAS) jsou řazeny mezi tzv. *pervazivní vývojové poruchy*. Tyto se řadí k nejvíce závažným poruchám mentálního vývoje, především tím, že je vývoj dítěte narušen v celé jeho šíři. Následkem vrozeného postižení mozkových funkcí tyto poruchy prostoupí celou jeho osobnost. „Slovo *pervazivní* znamená *všepronikající a vyjadřuje fakt, že vývoj dítěte je narušen do hloubky v mnoha směrech*.“⁴ Projevy pervazivní vývojové poruchy se objevují již v raném dětství, nebo pak v období kolem 2 až 3 let věku dítěte.⁵ PAS se řadí mezi neurovývojové poruchy, kdy ve strukturách mozku a mozkových systémech dochází k patologickým změnám.⁶ Na rozdíl od mentální retardace je vývoj dítěte nejen opožděn, ale liší se také v jednotlivých oblastech schopností, a to nejen rychlostí vývoje, ale také hloubkou postižení.⁷

PAS+, označováno jako „chování náročné na péči“, „náročné chování“ či „chování vyžadující vysokou míru podpory“, je často definováno jako chování, jež se výrazně odlišuje od společenské formy. Svou intenzitou, frekvencí či naléhavostí se odlišuje natolik, že toto chování může ohrozit fyzickou bezpečí dané osoby nebo dalších přítomných osob. Mezi projevy problémového chování se nejčastěji řadí fyzická agrese, destruktivita, sebezraňování a další zdraví ohrožující chování, jakým může být např. polykání nestraavitelných předmětů. Zásadním faktorem, který může zproblematizovat pobyt či užívání sociálních služeb, jsou vážné formy fyzické agrese, autoagrese a další významné stereotypní a ohrožující formy chování.⁸

3 Termín PAS – poruchy autistického spektra (ASD – autism spectrum disorder) byl poprvé použit v roce 1979. Lorna Wing a Judith Gould ve svém výzkumu upozornily na děti, jež vykazovaly rysy autistického chování, nesplňovaly však diagnostická kritéria, která byla v té době pro autismus platná (Thorová, 2016).

4 THOROVÁ, Kateřina, 2016. Poruchy autistického spektra. Rozšířené a přepracované vydání. Praha: Portál.

5 OPEKAROVÁ, Olga, 2006. Psychologická diagnostika u žáků s poruchami autistického spektra ve speciálně pedagogických centrech. Praha: Institut pedagogicko-psychologického poradenství ČR.

6 THOROVÁ, Kateřina, 2016. Poruchy autistického spektra. Rozšířené a přepracované vydání. Praha: Portál.

7 PEETERS, Theo, 1998. Autismus: od teorie k výchovně-vzdělávací intervenci. Praha: Scientia.

8 EMERSON, Eric, 2008. Problémové chování u lidí s mentální retardací a autismem. Vyd. 1. Praha: Portál.

Na četnost a intenzitu problémového chování má největší vliv především prostředí, míra symptomů a schopnost přizpůsobit se podmínkám, ve kterých se osoba s PAS+ vyskytuje. Neexistuje však prokázaný vztah mezi mírou symptomatiky a mírou závažnosti problémového chování.⁹

V České republice se označení problémové chování považuje za ekvivalent anglického *challenging behavior*, které směřuje k chápání chování nikoliv jako problému, ale jako výzvy v sociálním kontextu. Fenomén problémového chování je obtížně vnímán především sociálním okolím, v němž se osoba s PAS+ pohybuje. Pro ni samotnou mohou být problematické až důsledky jejího chování, které jsou obecně společensky odmítané (Emerson, 2008).

V systému sociálních služeb v ČR velmi často dochází k tomu, že se k osobám s PAS přistupuje podobně jako k osobám s mentálním postižením. Přístup personálu ke klientům sociálních služeb bývá často kolektivní, kdy jsou tak nevědomky kladeny poměrně vysoké nároky na schopnost klientů zapojit se do skupinových činností. Současně jsou také komunikační snahy osob s PAS+ mnohdy vyhodnoceny jako problémové chování, což mívá za následek restriktivní opatření, která opětovně vyvolávají další frustraci a problémové chování klientů. Tyto stupňující se situace často končí opakovaným pobytem v psychiatrické nemocnici a navýšením medikace, čímž je možné odstranit pouze symptomy, nikoliv příčiny. Nejúčinnější formou zmírnění problémového chování je prevence, tedy předcházení tomuto chování, především pak specializovanými metodami práce a přístupu k osobám s PAS+. Základem je přizpůsobení okolních podmínek osobě s PAS+, nikoliv naopak.¹⁰

Výrazným znakem PAS+ je snížená schopnost adaptace na změny okolního prostředí, jež se projevuje chováním, které je považováno za abnormální (Valenta, 2003). Zvládnutí tohoto adaptačního deficitu je jedním ze základních předpokladů pro kvalitní poskytování sociálních služeb pro tuto cílovou skupinu klientů.

Diagnostika a rozpoznávání PAS+ se v ČR prohloubila až v posledních letech. Důvodem pro to je především zpřesnění diagnostických kritérií, které je však nutné vnímat vždy na základě komplexního posouzení chování diagnostikované osoby.¹¹

Včasně odhalení PAS+ umožňuje prostřednictvím terapeutické práce poměrně výrazné ovlivnění dalšího vývoje dítěte. Včasný screening, jež v ČR probíhá od listopadu 2017, bývá tedy jedním z prvních okamžiků, kdy se rodiče oficiálně dozví, že je u jejich dítěte

9 ČADILOVÁ, Věra, 2007. Agrese u lidí s mentální retardací a s autismem. Praha: Portál.

10 ČADILOVÁ, Věra, 2008. Strukturované učení: vzdělávání dětí s autismem a jinými vývojovými poruchami. Vyd. 1. Praha: Portál.

11 ČADILOVÁ, Věra, 2007. Agrese u lidí s mentální retardací a s autismem. Praha: Portál.

podezření na možnou diagnózu PAS+. Je však velmi potřebné, aby právě v tomto okamžiku dostala rodina jistou podporu, ať už v podobě návštěvy poradce rané péče či jiného specialisty, který rodinu uklidní a nabídne možnosti, jakým způsobem začít s dítětem pracovat. Raná intervence je odborníky považována nejenom za významný nástroj zmírnění symptomů PAS+, nýbrž i za stěžejní okamžik, který má výrazný vliv na další vývoj dítěte.¹²

12 THOROVÁ, Kateřina, 2016. Poruchy autistického spektra. Rozšířené a přepracované vydání. Praha: Portál.

Situace v ČR

V posledních letech dochází v ČR k výraznému posunu v náhledu na problematiku PAS, především co do informovanosti veřejnosti, zájmu médií a odborníků. Dochází k celé řadě změn v možnostech diagnostiky, terapie a poskytování sociálních služeb. V rámci procesu deinstitucionalizace velkých pobytových ústavů bylo odhaleno množství osob s PAS, dlouhodobě umístěných v nevyhovujících podmínkách, na což v roce 2009 upozornil ombudsman ve své závěrečné zprávě a dále na tyto skutečnosti upozorňuje monitorovací orgán pro práva lidí se zdravotním postižením¹³ při Kanceláři veřejné ochránkyně práv. V médiích se objevují zprávy o osudech rodin a osob s PAS, jimž jsou z různých důvodů poskytovány služby v omezeném rozsahu a kvalitě. Následující odstavce shrnují aktuální situaci péče o osoby s PAS v ČR.

V prvním desetiletí 21. století došlo k mnoha změnám v poskytování ústavní péče, nejenom pro osoby s PAS. Velké ústavy sociální péče začaly být vnímány jako nevhodné a v péči o osoby s problémovým chováním začalo docházet k přechodu od restriktivního přístupu v reakci na jejich chování, k přístupu podpůrnému. Velkým přelomem bylo zrušení klecových lůžek, pomalu se daří zvyšovat počet personálu.¹⁴

Přes to vše je velmi obtížné najít optimální a dlouhodobé řešení problematiky osob s kombinací PAS a problémového chování. Dle odhadů, odvozených z epidemiologických studií, připadá na 10 milionů obyvatel ČR přibližně 4 000 lidí se souběhem PAS a chováním, které klade vysoké nároky na péči. Na takto velkou skupinu obyvatel připadá jen velmi omezená nabídka zařízení, ve kterých by jim byla poskytována kvalitní, celoroční, pobytová péče v malých domácnostech. Takové specializované služby jsou poskytovány maximálně několika desítkám klientů. Všichni ostatní, kteří potřebují zcela totožné služby, jsou umístěni ve velkých ústavech, domovech pro osoby se zdravotním postižením, domovech se zvláštním režimem nebo psychiatrických nemocnicích. Mnohdy jsou tyto služby různě kombinovány, aniž by mezi sebou komunikovaly a spolupracovaly. Důvodem je, že lidé s problémovým chováním jsou sociálními služ-

13 1. ledna 2018 byl zřízen monitorovací orgán pro monitorování naplňování práv lidí se zdravotním postižením při Kanceláři veřejné ochránkyně práv. Základní činností tohoto orgánu je monitorování naplňování práv, která jsou zakotvena v Úmluvě o právech osob se zdravotním postižením, včetně vydávání doporučení a návrhů opatření, směřujících k ochraně osob se zdravotním postižením.

14 ČADILOVÁ, Věra, 2007. Agrese u lidí s mentální retardací a s autismem. Praha: Portál.

bami odmítání pro kontraindikaci agresivního chování. V psychiatrických nemocnicích pak zůstávají jen dobu nezbytnou, protože autismus je dle psychiatrů stav, nemají tedy co léčit.¹⁵

Ti, kteří jsou odmítnuti pobytovými službami či psychiatrickými nemocnicemi, zůstávají ve svých rodinách do doby, kdy je situace pro všechny neúnosná a je třeba ji akutně řešit. V důsledku vyčerpání a izolace si rodina mnohdy nedokáže se svou situací poradit. Často neví, kam se obrátit pro pomoc, či kterou službu využít. K první akutní potřebě služby dochází až v okamžiku, kdy je situace vážná a rodina už není schopna dál o svého člena pečovat.

Na akutní potřebu v dané lokalitě neumí dostatečně reagovat místní ani krajská správa zejména proto, že kvalitní služba je vysoce finančně nákladná. Jedním ze stěžejních důvodů nákladnosti jsou nároky na minimální počet personálu, který je v současné době principiálně určen pouze v rámci standardu kvality č. 9 ([přílohou č. 2](#) vyhlášky č. 505/2006 Sb.). Zatímco poměr mezi pracovníky a klienty v přímé péči ve standardních sociálních pobytových službách je 1:8 (poměr, který vychází ze současné praxe), u osob s problémovým chováním je obvykle nutný poměr 2:3, což mnohonásobně zvedá cenu služby. Zatímco u standardní pobytové služby se náklady na měsíční péči o klienta (přepočteny na lůžko) pohybují v řádu několika málo desítek tisíc, u klienta s problémovým chováním vystoupá cena kvalitně nastavené služby k mnoha desítkám až stovce tisíc měsíčně. Pokud by služby byly hrazeny z příspěvku na péči (IV. stupeň je 13 200 Kč, 1. pololetí roku 2018), což byla původní idea této dávky, nebylo by zcela jistě možné takovou péči uhradit. Zbylé náklady tedy hradí sociální služba z dotací MPSV.¹⁶

V rámci MPSV je zpracováván personální standard služeb pro osoby s PAS+, který řeší u pobytových, ambulantních i terénních služeb jejich optimální personální nastavení vzhledem k dané cílové skupině. Stejně tak je už v některých projektech v rámci transformace a deinstitucionalizace využíván Doporučený postup č. 2/2016, tzv. Materiálně-technický standard pro služby sociální péče poskytované pobytovou formou, který nastavuje materiálně-technická kritéria (např. poměr klientů v jedné domácnosti) nově vznikajících i rekonstruovaných pobytových služeb.

Vysoká nákladovost je pouze jedním z obtížně řešitelných systémových problémů, které během posledních let postupně formulovali odborníci, sdružení, spolky a další organizace. Právě na základě impulsu občanských iniciativ byl v roce 2014 osloven Výbor pro

15 JÚN, Hynek, 2008. Předmluva k českému vydání. EMERSON, Eric. Problémové chování u lidí s mentální retardací. Vyd. 1. Praha: Portál.

16 JÚN, Hynek, 2017. Současná situace okolo pobytových služeb. Praha: Asociace poskytovatelů.

zdravotně postižené občany¹⁷ s žádostí o projednání dokumentu Popis situace osob s poruchou autistického spektra a přístupu státu k naplňování jejich práv, jenž byl zpracován jako podklad ke zhodnocení naplňování Úmluvy o právech osob se zdravotním postižením (dále jen Úmluva).

Dokument v deseti tematických oblastech shrnuje obtíže osob s PAS včetně příkladů konkrétních situací, v nichž se jedná o porušování práv v souvislosti s naplňováním Úmluvy. Výbor pro zdravotně postižené občany zahájil jednání a opatření směřující k nápravě situace dětí a dospělých osob s PAS, zejména v kontextu posílení jejich kompetencí a dodržování jejich práv a svobod, jež jsou garantovány Úmluvou. Zřízena byla Odborná skupina pro koncepční řešení problematiky života osob s poruchou autistického spektra a v únoru 2016 vláda ČR schválila návrh Vládního výboru pro zdravotně postižené občany, jenž byl shrnut do textu s názvem Podnět k řešení situace života osob s poruchou autistického spektra a jejich rodin (dále jen Podnět). Text popisuje deset nejproblematictějších oblastí a dává návrhy opatření vedoucích k nápravě, včetně gestorů, do jejichž kompetence daná oblast spadá. V rámci monitoringu plnění návrhů řešení obsažených v Podnětu byla Výborem pro zdravotně postižené k 30. červnu 2017 vydána souhrnná zpráva o postupu prací na řešení problémů popsanych v Podnětu. Ve zprávě jednotliví gestoři podali informace o realizaci úkolů, spadajících do jejich působnosti.¹⁸

V následujícím shrnutí jsou představeny nejproblematictější oblasti uvedené v Podnětu k řešení situace života osob s poruchou autistického spektra a jejich rodin, obsahující nejvýraznější současná témata, která rezonují veřejnou i odbornou diskuzí nad tématem péče o osoby s PAS a jejich rodiny.¹⁹

1. Informovanost veřejnosti – veřejnost nezná projevy PAS a nerozumí jim. V důsledku toho dochází v mnoha situacích ke konfliktům a nepřiměřeným reakcím. To ve většině případů zhorší stav osoby s PAS, kdy náprava je různě náročný proces. Důsledkem tohoto faktu je vyloučení osob s PAS z běžného života a zvyšování bariér v přístupu

17 Vládní výbor pro zdravotně postižené občany je jedním z nadrezortních poradních, iniciativních a koordinačních orgánů vlády ČR. Zřízen byl usnesením vlády v roce 1991. V jeho kompetenci je především problematika, která nemůže být řešena pouze v rámci jednoho resortu. Cílem výboru jsou aktivity směřující k vytváření rovných příležitostí ve všech oblastech života zdravotně postižených občanů, zejména v oblasti sociální, vzdělávání, pracovního uplatnění a mobility. Výbor též připravuje a předkládá vládě ke schválení národní plány pro občany se zdravotním postižením, ty jsou vládou pravidelně monitorovány, kontrolovány a každý rok aktualizovány.

18 VLÁDA ČR, 2016. Podnět k řešení situace života osob s poruchou autistického spektra a jejich rodin. Vláda ČR.

19 Dtto.

ke službám (např. lékaři odmítají poskytnout pomoc, policie neumí s takovými lidmi jednat adekvátním způsobem). Navrhnutým a realizovaným řešením bylo vytvoření tzv. Komunikačního souboru, který byl představen v září 2016 a je dostupný na stránkách MPSV.

2. Včasný záchyt – podchycení prvních známek odchylek u dětí kolem 18 měsíce věku. Záměrem je především identifikace a následné poskytnutí speciální péče pro dítě s podezřením na diagnózu PAS. Gestorem opatření, kterým bylo zejména zavedení plošného screeningu, je Ministerstvo zdravotnictví. V říjnu roku 2016 nabyla účinnosti vyhláška č. 70/2012 Sb. o preventivních prohlídkách, kde je nově stanoveno vyšetření za účelem včasného záchytu PAS, plně hrazené z veřejného zdravotního pojištění.

3. Diagnostika – diagnostika je velmi obtížně dostupná, především z důvodu nedostatku specialistů, kteří mohou PAS diagnostikovat. Dlouhé čekací doby tak oddalují terapeutický proces, který musí začít v co nejranějším věku. Chybí také ujasnění kompetencí mezi odbornostmi a pracovišti pro diagnostiku PAS.

4. Terapie – nedostatečný počet terapeutů, kteří by mohli ihned po stanovení diagnózy začít s dítětem pracovat. To by přitom mohlo zabránit propadu neřešeného stavu a nástupu problémového chování. Chybí také systémově nastavená podpora místních sociálních služeb, jejichž pracovníci neumí vhodným způsobem pracovat s osobami s PAS. Osoby s PAS jsou tudíž co nejdéle v domácím prostředí, což mnohdy způsobuje sociální izolaci celé rodiny a problémy s nadměrnou závislostí osoby s PAS v budoucnosti.

5. Posudková praxe – velmi rozdílná forma posudkové praxe v různých krajích. Někdy dochází k popírání diagnózy, následně pak k přílišné dokazovací zátěži osob s PAS, jejich rodin a zástupců, specialistů a ošetřujících lékařů. Mnohdy dochází k rozdílnému posouzení zvládání základních životních potřeb. To vše má důsledky v podobě nepříznivé finanční situace rodin a pečujících o osoby s PAS. Velmi obtížné zajištění kontinuity péče, zvýšení závislosti na pečovateli a ohrožení sociálním vyloučením.

6. Vzdělávání – stále existuje nerovná praxe při zajištění rovného přístupu ke vzdělávání osob s PAS v různých krajích a na různých stupních vzdělávacího systému. Problémem je nedostatek odborníků ve specializovaných pedagogických centrech a poradnách.

7. Sociální služby – nárůst potřeby včasného hledání dostupných kvalitních pobytových a respitních sociálních služeb, které by osoby s PAS mohly využívat během osamostatňování se a v dospělosti. Stávající pobytová zařízení již nemají volné kapacity a pořadníky v jednotlivých zařízeních čítají desítky až stovky čekajících osob s kombinací PAS a problémového chování. Pro náročnost péče a nedostatek personálu jsou klienti s PAS+ ze služeb vylučováni, případně předáváni do jiných zařízení či psychiatrických nemocnic.

8. Zaměstnávání – zaměstnávání se týká především osob bez přidruženého problémového chování. Pro osoby s PAS a jejich specifické projevy chování je však velmi obtížné najít podporované zaměstnání. Stejně tak je velmi problematickým tématem zaměstnávání pečujících osob, které většinou nemohou do rozpočtu domácnosti přidat svůj příjem, protože se celodenně starají o člena rodiny s PAS.

9. Krizová situace v rodinách s PAS – jedná se o situace, kdy osoba s PAS vlivem nepředvídané situace ztratí svého pečovatele. Pro zvládnutí takové situace neexistuje odpovídající návrh řešení. V červnu roku 2018 byla navržena Metodika řešení krizových situací osob s PAS a jejich rodin, jež by měla zahrnovat postupy respektující dosavadní režim osoby s PAS tak, aby ho negativní dopad náhlých změn zasáhl co nejméně.

10. Statistická data – o skupině osob s PAS nejsou dlouhodobě dostupná žádná relevantní data a statistické údaje. V situaci, kdy neexistují vstupní data, je však pro kraje, instituce a další aktéry velmi obtížné nastavovat podporu, plánovat, hledat řešení a postupy.

Zmíněná konkrétně popsaná témata v oblasti problematiky osob s PAS jsou řešena v rámci jednotlivých resortů. Některá témata byla vyřešena rychle (např. včasný screening), jiná témata jsou dále diskutována a jejich řešení je zatím jen v obrysech. Platí však, že téma PAS je v ČR nyní velmi rezonující. Oslovuje nejen odborníky mezi zdravotníky a sociálními pracovníky, k diskuzi a aktivitám se připojují i mnozí lidé ze zcela jiných oblastí.

Dostupnost sociálních služeb

– zpráva ombudsmanky

Na základě množství stížností a podnětů provedla Kancelář veřejné ochránkyně práv (dále jen KVOP) průzkum, mapující dostupnost sociálních služeb pro osoby s PAS a přidruženým problémovým chováním. Jedná se o dotazníkové šetření, které probíhalo od června do srpna 2017. Jeho cílem bylo zmapovat dostupnost sociálních služeb pro osoby s PAS (děti i dospělé), jejichž postižení je současně doprovázeno významnými poruchami chování.

Na základě dvou kazuistik byl vypracován dotazník, na který odpovídaly celkem čtyři skupiny respondentů: kraje, poskytovatelé sociálních služeb, školská zařízení pro výkon ústavní výchovy a psychiatrické nemocnice. „Kraje byly osloveny zejména kvůli své povinnosti zpracovávat plány rozvoje sociálních služeb a zabezpečovat síť sociálních služeb v dostatečné kapacitě a náležité kvalitě. Poskytovatelé sociálních služeb zase mají přímou praktickou zkušenost s klienty s PAS a rizikovým chováním.“²⁰

Dle výsledků šetření krajské úřady deklarují, že ve většině krajů (v téměř 80 % z nich) je odpovídající sociální služba k dispozici. Kraje dále uvádějí, že kapacita pobytových služeb (zejména domovů pro osoby se zdravotním postižením a domovů se zvláštním režimem) odpovídá zhruba 600 místům (průměrně 55 v jednom kraji), kdy obsazenost dosahuje 98 %. Přestože se nabídka služeb v jednotlivých krajích jeví jako dostačující, většina krajů (téměř 80 %) vnímá nabídku sociálních služeb pro cílovou skupinu osob s PAS jako nedostatečnou. Kraje uvádějí, že nejproblematičtější je zajistit vhodnou službu pro klienty s vážnými poruchami chování.²¹

Většina krajů upozorňuje na enormní psychickou i fyzickou náročnost práce s danou cílovou skupinou a na časté potíže se zabezpečením a odpovídajícím ohodnocením kvalifikovaného personálu. Dále kraje připomínají problém nedostatečného financování (individualizovaná péče o klienty je finančně velmi náročná), absenci diagnostiky a neprovázanost školské, zdravotnické a sociální oblasti. Kraje též ve svých střednědobých plánech rozvoje sociálních služeb pouze velmi obecně uvádějí snahy o podporu a zvyšování kapacity sítě ambulantních i pobytových služeb pro osoby s PAS+.²²

Poskytovatelé služeb deklarují, že jejich služby jsou pro klienty s PAS+ převážně nedostupné. Jedná se o 80–90 % pobytových služeb (služby, které zahrnují cílovou sku-

20 KANCELÁŘ VEŘEJNÉHO OCHRÁNCE PRÁV 2018. Dostupnost sociálních služeb pro osoby s poruchou autistického spektra. Brno: Kancelář veřejného ochránce práv. Nepublikováno.

21 Dtto.

22 KANCELÁŘ VEŘEJNÉHO OCHRÁNCE PRÁV 2018., ref. 11.

pinu PAS, zejména z důvodu náročného chování odmítají přijímat osoby s PAS+). Mezi nejdostupnější služby se řadí služby terénní (raná péče a osobní asistence). U služeb pobytových (domovy se zvláštním režimem, domovy pro osoby se zdravotním postižením a týdenní stacionáře) je tedy dostupnost velmi nízká. Nejčastějšími důvody nedostupnosti, které jsou ve zprávě uvedeny, jsou především vysoká náročnost péče o klienty, jež zahrnuje zvýšené nároky na personál a nedostatek finančních prostředků pro poskytování specifické péče.²³

Ze zprávy je patrné, že se údaje poskytnuté krajskými úřady poměrně výrazně rozcházejí s údaji, jež popsali poskytovatelé. Jde o to, že kraje deklarují poměrný dostatek služeb pro osoby s PAS, naopak poskytovatelé prostřednictvím odpovědí v dotazníku upozorňují spíše na nedostupnost služeb. Tyto rozdíly jsou dle výpovědí krajů i poskytovatelů způsobeny nedostatečnou analýzou vstupních dat, kdy jsou mezi osoby s PAS zahrnuty i osoby s potřebou vysoké mírou podpory, jejíž naplnění vyžaduje zvýšené nároky na personální i materiální zabezpečení služby. Kraje i poskytovatelé se však shodují na tom, že nabídka služeb pro osoby s PAS je v ČR nedostatečná, což má značný dopad na sociální a ekonomický status mnoha rodin.

23 KANCELÁŘ VEŘEJNÉHO OCHRÁNCE PRÁV 2018., ref. 11.

Nález Ústavního soudu

V únoru letošního roku (2018) vyhověl Ústavní soud mladému muži s PAS, který si stěžoval na to, že kraj opakovaně nebyl schopen podniknout kroky, vedoucí k zajištění odpovídající služby. Prostřednictvím svého opatrovníka se obrátil s žalobou na krajský, poté i na Nejvyšší správní soud.

Ústavní soud ve svém nálezu zdůraznil ustanovení § 38 zákona²⁴ 108/2006 Sb. o sociálních službách, kde je zcela jasně definováno základní právo každého člověka na poskytování služeb sociální péče v nejméně omezujícím prostředí. Dle Ústavního soudu by poskytování služeb v rozsahu definovaném tímto právem bylo ideálním stavem, který není veřejná moc povinna ihned zajistit, nicméně by o takový stav měla soustavně usilovat. Z daného ustanovení je dle Ústavního soudu patrný zásadní požadavek na to, aby „oprávněným osobám byly k dispozici vůbec nějaké služby sociální péče pro ně vhodné (byť nikoli nejlepší) a aby jim tyto služby umožnily vést alespoň elementárně důstojný život, bez automatického vyčlenění ze společnosti či ztráty veškeré osobní autonomie“.²⁵ Dále Ústavní soud zdůraznil povinnost krajů takové služby zajistit, přičemž vycházel z ustanovení § 95 zákona o sociálních službách, kde je dále uvedena povinnost krajů zjišťovat potřeby osob, na jejichž základě je pak vytvářen střednědobý plán rozvoje sociálních služeb.²⁶

Ústavní soud tedy zdůraznil právo každého člověka na odpovídající sociální službu a zároveň povinnost krajů aktivně se snažit o zajištění vhodné sociální služby pro tyto osoby. Zároveň Ústavní soud kladl důraz na fakt, že toto právo každého člověka je pod ochranou soudní moci a je možné jej dále uplatňovat v řízení před soudem, k čemuž Ústavní soud doporučil žalobu dle ustanovení § 82 zákona č. 150/2002 Sb. soudní řád správní – ochrana před nezákonným zásahem.²⁷

24 §38 definuje služby sociální péče, které dle zákona „napomáhají osobám zajistit jejich fyzickou a psychickou soběstačnost, s cílem podpořit život v jejich přirozeném sociálním prostředí a umožnit jim v nejvyšší možné míře zapojení do běžného života společnosti, a v případech, kdy toto vylučuje jejich stav, zajistit jim důstojné prostředí a zacházení. Každý má právo na poskytování služeb sociální péče v nejméně omezujícím prostředí“ (ČR, 2006).

25 ČR, 2018. I. ÚS 2637/17. Brno: Ústavní soud, s. 14.

26 ČR, 2018. I. ÚS 2637/17. Brno: Ústavní soud.

27 ČR, 2018. I. ÚS 2637/17. Brno: Ústavní soud.

Aktéři – role a kompetence

Trasa podpory osob s PAS vede vertikálně, od státní garance péče, jež je definována mezinárodními smlouvami a národní legislativou, jejíž nejvýznamnější dokumenty ve vztahu k osobám s PAS+ jsou uvedeny v [příloze č. 6](#). V daném legislativním a systémovém rámci se pohybují významní aktéři celého procesu poskytování služeb osobám s PAS+. Těmi jsou primárně kraje, obce a poskytovatelé, kdy každý z těchto aktérů má dané kompetence a odpovědnost, jež různě naplňuje. Konečnými aktéry jsou osoby s PAS a jejich rodiny, coby příjemci péče a služeb garantovaných jim státem, jako jedno ze základních sociálních práv dle základních lidskoprávních dokumentů. V [příloze č. 7](#) je uveden hierarchický přehled daných aktérů, včetně popisu jejich garancí, povinností a kompetencí, jimiž probíhá distribuce prostředků k naplnění potřeb a práv osob s PAS+.

Soubor analyzovaných příčin

Hlavní témata

Cílem úvodních rozhovorů bylo zmapování základních témat a následné vytvoření volné struktury pro další rozhovory. Základní témata, která tvořila strukturu pro další rozhovory jsou:

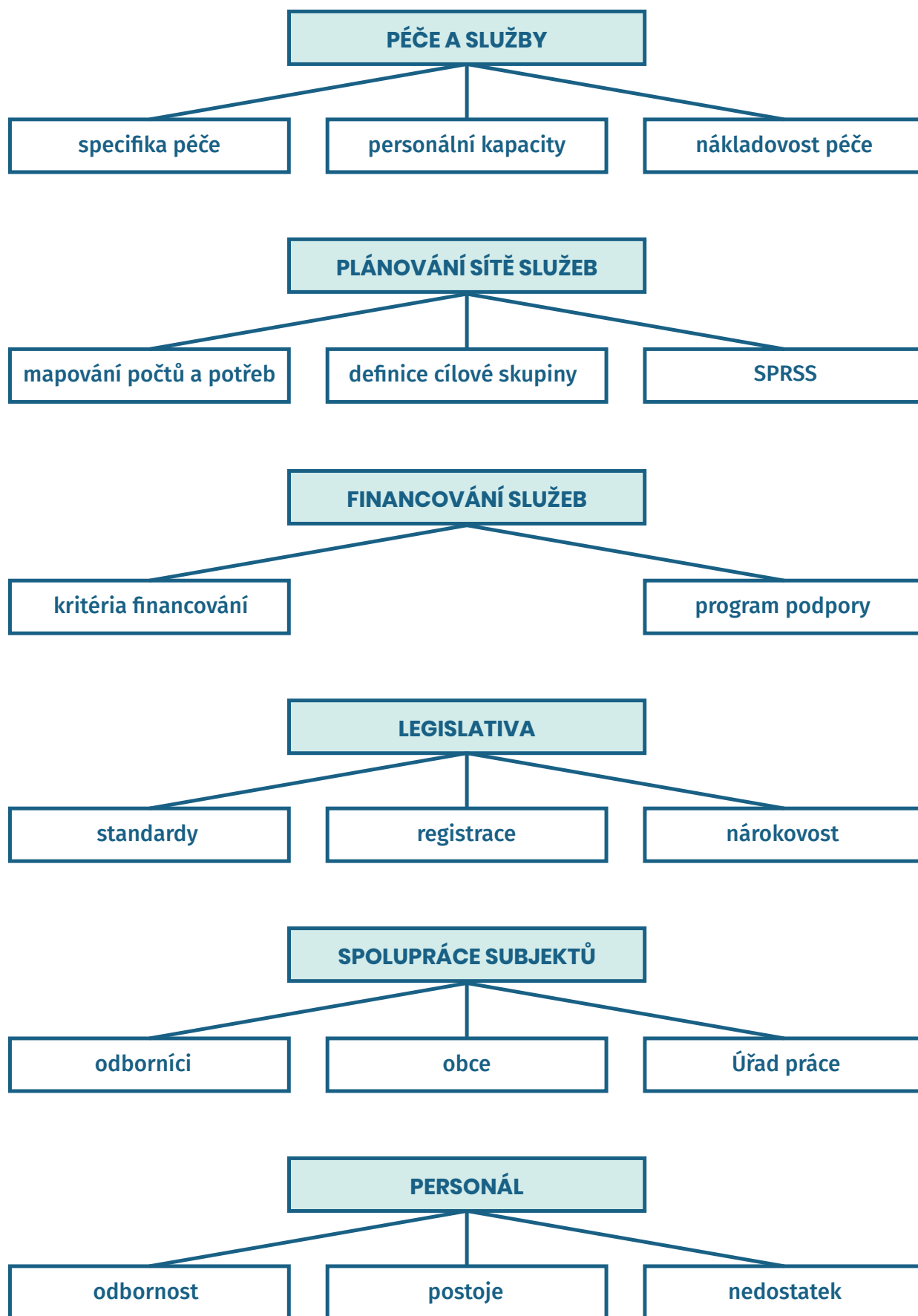
- × plánování sítě služeb,
- × nedostatek financí na služby,
- × legislativa,
- × role a spolupráce mezi dalšími subjekty – obce, speciální pedagogická centra, zdravotní péče atd.,
- × nedostatek personálu.

Analýza a formulace příčin

Další kategorizací dat a integrací poznámek, jež vznikaly v terénu a v průběhu zpracovávání dat, v kombinaci s opakovaným přeskupováním kategorií a kódů, byly postupně vygenerovány konečné kategorie – proměnné, které byly následně uvedeny do vzájemných vztahů a vymezených témat, jež tvoří základ pro formulaci příčin.

Příčiny nedostupnosti

Následující odstavce představují výstupy z analýzy dat. Jedná se o jevy, které přímo ovlivňují dostupnost služeb v ČR. Respondenti během rozhovorů zdůrazňovali, že některé z nich mají na dostupnost služeb pro osoby s PAS+ vliv poměrně značný, jiné jsou méně významné. V celém kontextu problematiky nedostupnosti služeb je však nutno zdůraznit i tyto faktory. Názvy jednotlivých kapitol jsou názvy hlavních kategorií, jimž jsou dále podřazeny podkategorie. Všechny jsou na základě sebraných dat představeny a doplněny o přímé citace z rozhovorů, které dokládají a zdůrazňují výklad jednotlivých témat. Výsledné kategorie a subkategorie jsou názorně zobrazeny na obrázku č. 2.



Faktory, které ovlivňují dostupnost služeb (zdroj: vlastní)

Péče a služby

Mezi zástupci krajů i poskytovateli panuje shoda v tom, že služby pro osoby s PAS+ jsou ve většině případů velmi obtížně dostupné. Zástupci krajů potvrdili, že značné množství osob s PAS+ dlouhodobě žije v psychiatrických nemocnicích, na něž také převážně pracovníci sociálních odborů odkazují rodiny, které se na ně obracejí, když se dostanou do krize a akutně potřebují pobytovou službu. Zástupci krajů tento fakt hodnotí velmi negativně a snaží se hledat pomoc a řešení. Ve většině případů však kraje reagují až pod tlakem krizové situace, kterou se jim nějakým způsobem vyřešit podaří, nicméně postup není systémový (vyčlenění speciální dotaci, posílí kapacity či se pokusí o dohodu s jiným krajem). Evidence neuspokojených žádostí u každého jednoho poskytovatele, který se specializuje na pobytové služby pro osoby s PAS+, čítá mnoho desítek čekatelů.

Specifika péče a zvýšené nároky na počet personálu

Poskytovatelé se ve svých výpovědích ohledně specifické péče o osoby s PAS+ vesměs shodovali. Výkony a činnosti služeb pro osoby s PAS+ vnímají stejně jako výkony ve službách pro jiné cílové skupiny, jejichž potřeby nejsou podle respondentů rozdílné. Potřeby osob s PAS+ vnímají respondenti jako potřeby, které jsou shodné pro všechny lidi. Příkladem může být „...vycházka, na kterou někoho vezmu, rozdíl je ten, že v zařízení, kde nejsou lidi s nějakou těžkou formou autismu, nebo jsou tam jen lidi s prostým mentálním postižením, tak může dotyčný jít na vycházku ve skupině...“, což v tomto případě například zvyšuje nároky na počet personálu. U péče o osoby s PAS+ tedy jde pouze o to, jakým způsobem jsou dané potřeby naplněny, jakými procesy a prostředky je dosahováno jejich naplnění, což právě definuje specifika péče o osoby s PAS+. Poskytovatelé pečující o osoby s PAS+ upozorňují na fakt, že péče by měla být založena na tom, že se „zařízení přizpůsobuje klientovi a ne naopak“.

Z výše zmíněného příkladu je zřejmé, že péče o osoby s PAS+ je náročná na počet personálu. Respondenti však také zdůrazňovali jeho odbornost, respektive schopnost pečovat o osobu s PAS+ se všemi specifiky, jež tato péče obnáší. Často tuto dovednost shrnovali pod pojmy „vnitřní nastavení, zručnost pečovatелů, šikovnost“. Podle některých respondentů není kvalita péče podmíněna vzděláním natolik, jako spíše osobnostním nastavením a motivací pečovatele. Poskytovatelé zdůrazňovali význam odměňování pracovníků, a to ve formě finanční i nefinanční podpory, ať už ve formě supervize či jiné podpůrné činnosti, která je zaměřena na osobní rozvoj pracovníků. Dle poskytovatelů i zástupců krajů by mohlo být východiskem zavedení specifického personálního standardu pro osoby s PAS+ (či jiné cílové skupiny s potřebami, jejichž naplňování klade vyšší nároky na počet personálu), který by definoval zvýšené nároky na personál. Zároveň je nutné definovat cílovou skupinu osob s PAS+ a vytvořit novou kategorii v registru sociálních

služeb. Při registraci služby by tak musela být naplněna kritéria daného standardu a zároveň by tato byla zohledněna při stanovení vyrovnávací platby na takto registrované služby.

Personální kapacity

V důsledku dlouhodobě nízkého odměňování pracovníků sociálních služeb došlo k mohutnému přesunu pracovníků do jiných, lépe placených profesí. Dle Asociace poskytovatelů sociálních služeb již počty chybějícího personálu přesáhly deset tisíc. V důsledku toho se začínají snižovat kapacity v jednotlivých zařízeních, dochází k přetěžování pracovníků a celkovému snížení kvality péče. Pro poskytovatele je nedostatek personálu tak výrazným problémem, že v některých případech ovlivňuje i kvalitu služby. To lze doložit tvrzením zástupce jedné z nejvýznamějších organizací, která se autismu v ČR věnuje: *„Obrovský problém je s kapacitou a kvalitou lidí, kteří tam pracují. Rok nebo dva zpátky cítím, že je to obrovský problém sehnat lidi. Byly doby, kdy jsme asistentům dělali psychologická vyšetření a z 50 asistentů jsme si jich vybrali 8. V současné době, kdy kolega dělal psychologická vyšetření, tak říkal, že 8 z 10 lidí neprošlo. Vzal jich 10. De facto jsou již psychologická vyšetření zbytečná.“* Značný nedostatek personálních kapacit dobře ilustruje situace služeb rané péče, které situaci s nedostatkem personálu mnohdy řeší doplněním pracovníků ze Sociálně aktivizační služby pro rodiny s dětmi, což je pro poskytovatele krajním řešením, které zdůvodňují tím, že *„nechtějí nechat rodinu v takovém strašném stresu... a i přesto je to málo. My prostě nedokážeme zajistit více jak několik hodin týdně, v řádu jednotek. Přitom optimální intervence tak, aby s tím dítětem a rodinou bylo účinně pracováno a ta rodina se bez péče nezačala propadat, je minimálně 20 hodin týdně. Takže na to my prostě s těmi platy dosáhnout nedokážeme.“* Na jednoho poradce terénní služby rané péče nezřídka připadne více jak 20 rodin, kdy optimum stanovené v připravovaném personálním standardu je stanoveno na 10–15 rodin.

Nákladovost péče

Přestože je v současné době v ČR nedostatek personálu obecným problémem, který souvisí s dalšími socio-ekonomickými faktory, z tvrzení poskytovatelů je patrné, že existuje souvislost mezi výší odměny a dostatkem personálu. Dle poskytovatelů je personál nejvyšším nákladem služeb pro osoby s PAS+. Uvádějí, že ideálním poměrem pracovníků přímé péče ke klientům je 2:3, v ojedinělých případech pak musí být personální zajištění ještě vyšší. Jedná se zejména o pobytové (DZR - malé domácnosti), případně některé ambulantní služby (centra denních služeb, denní stacionáře, služby následné péče). To znamená, že *„...za standardních dotačních podmínek je extrémně obtížné takovou službu poskytovat“*.

Dle krajů poskytují služby osobní asistence zejména nestátní neziskové organizace, stejně jako je tomu u dalších terénních služeb. Poskytovatelé asistenčních služeb se dlouhodobě potýkají s nedostatkem financí pro dostatečné ohodnocení personálu. Dle osobní asistence NAUTIS tvoří personál z 90 % studenti sociální práce pracující na částečné úvazky. Poskytovatelé osobní asistence uvádějí, že by si rodiny za péči byly schopny i připlatit. Dle zákona však musí vybírat stanovené částky, nemají tedy možnost pracovníky lépe ohodnotit.

Nákladovost péče je však nejvíce patrná u služeb pobytových, což potvrzují zástupci krajů tvrzením, že *„právě z důvodu vysoké finanční náročnosti jsou poskytovateli těchto služeb zejména kraje“*.

Jako příklad je možno uvést Olomoucký kraj ve kterém je struktura a rozložení služeb následující: Pro osoby s PAS je na území kraje dostupných celkem 31 služeb, z nichž jednoznačně převažují denní stacionáře (6 služeb), chráněné bydlení (5 služeb), domovy pro osoby se zdravotním postižením (4 služby), sociální rehabilitace (2 služby) a odlehčovací služba (2 služby). Tyto služby jsou poskytovány i dalším cílovým skupinám. Z těchto 31 služeb jsou zaměřeny přímo na potřeby osob s PAS+ 4 poskytovatelé s celkem 6 službami – raná péče (1 služba s okamžitou kapacitou 1 uživatel v ambulantní formě a 3 uživatelé v terénní formě), domovy se zvláštním režimem (1 služba s kapacitou 18 lůžek), domovy pro osoby se zdravotním postižením (1 služba s kapacitou 19 lůžek), sociální rehabilitace (1 služba s okamžitou kapacitou 4 uživatelé), osobní asistence (1 služba s maximální kapacitou 8 uživatelů) a odlehčovací služba (1 služba s kapacitou 2 lůžka v pobytové formě, s maximální kapacitou 6 uživatelů v ambulantní formě a s maximální kapacitou 3 uživatelé ve formě terénní).

Plánování sítě služeb

Dle odborníků je velmi časté, že plánování sítě služeb na úrovni krajů i obcí vychází z pouhých odhadů počtů. Nefunguje užší spolupráce jednotlivých aktérů – obcí, ÚP, zdravotnických služeb, speciálně-pedagogických center, poskytovatelů služeb, rodičů a dalších, kteří by do celého procesu mohli vnést důležitá data a zkušenosti z praxe. Do celého procesu dle poskytovatelů i dle některých krajů zasahují lobbistické a politické tlaky.

Mapování počtu a potřeb

Dle zástupců krajů je absence přehledných statistik jedním z výchozích problémů při plánování sítě služeb. Data, která získávají od poskytovatelů, jsou neúplná, většinou jde pouze o hrubé počty a odhady klientů s PAS, kdy chybí hlubší specifikace míry závažnosti poruchy. Tento problém dokládají slova jednoho ze zástupců krajů: „V tu

chvíli je to pro kraj neřešitelná situace a nedokážeme jednat operativně, pokud tedy nebudeme mít vždy alespoň jedno ‚vyblokované‘ krizové lůžko, které ale nakonec také nebude stačit a nezbyde než zoufalou rodinu odkázat na psychiatrickou nemocnici.“

Středočeský kraj popisuje problém mapování počtu osob s PAS+ takto: „Až na několik málo výjimek se služby v Síti SK, které přijímají i osoby s PAS, na tuto CS primárně nezaměřují (primární CS jsou např. osoby s mentálním postižením). Teoreticky máme v síti cca 5 drobnějších pobytových služeb, které se na osoby s PAS výrazněji zaměřují. Osoby s PAS (v jednotkách počtu uživatelů) se objevují i v mnoha dalších zařízeních, nicméně míra jejich PAS je velmi rozdílná, zdaleka vždy se nejedná o osoby s agresivním a problémovým chováním. Přímou zaměřenou pobytovou službu pro osoby s PAS včetně problematického chování poskytuje NAUTIS, nicméně služba je zařazena do nadregionální sítě MPSV a SK proto nedisponuje podrobnými daty z průběhu služby.“ Středočeský kraj dále deklaruje, že: „kapacitu lůžek, která je k dispozici výhradně osobám s PAS, nelze konkretizovat. V souhrnu se může jednat o cca 55 lůžek (včetně krátkodobých pobytů v odlehčovacích službách) využitelných pro CS osob s PAS s problematickým chováním, nicméně to není jediná CS, pro níž jsou tato lůžka v reálu využívána.“ Nedostatek přesných údajů zdůvodňuje slovy: „Počet stávajících uživatelů s PAS plus problematickým chováním nám není znám; většina uvedených zařízení se jednak na tuto CS přímo nespecializuje, jednak máme pouze souhrnná data z posledního uzavřeného sledovaného období tj. roku 2016. Přesné aktuální údaje jsou zjistitelné pouze průzkumem přímo v organizacích.“

Některé z krajů mapují potřeby a počty osob s PAS+ pomocí různých metod. V olomouckém kraji například funguje dotazník umístěný na webových stránkách kraje, distribuují jej poskytovatelé rané péče, speciálně pedagogická centra, pediatři a další, kdož se s osobami s PAS+ mohou setkat. Rodiny či pečovatelé pak mohou vyplnit údaje o tom, v jakých oblastech potřebují podporu (anonymně, nebo i s jménem a kontaktem). Na základě těchto údajů pak sociální pracovníci kraje provedou sociální šetření a v dostatečném předstihu je možné začít plánovat síť služeb podle reálných potřeb v dané lokalitě. Vyhodnocení dotazníků Olomouckého kraje dokládá, že data jsou v určité míře dostupná. Přestože se nejedná o systémové řešení, lze ho označit za značně efektivní, neboť přináší poměrně přesná data o počtech a potřebách osob s PAS+ v dané lokalitě. Za téměř jednoleté období sběru dat bylo vyhodnoceno 68 případů s různými formami PAS, odkazujících na konkrétní zjištěné potřeby. Dotazníky zejména nesou konkrétní informace o hloubce PAS, kdy 22 osob, ve věku od 4 do 21 let, má znaky agrese a autoagrese. Otázkou je, jak široké pokrytí nabízí distribuce daných dotazníků. Hrubé zpracování dotazníku je k nahlédnutí v [příloze č. 5](#).

Zástupci dalšího nejmenovaného kraje deklarují, že v současné době hledají realizátora pro studii, jejímž cílem je právě mapování počtu a potřeb lidí s PAS+. Ta je však financována z fondů EU, „...z rozpočtu kraje bychom si ji dovolit nemohli...“, upozorňují

dále. Další nejmenovaný kraj v současné době připravuje IT systém, jehož prostřednictvím budou moci jednotlivé služby hlásit zjištěné potřeby v daném místě. Výše zmíněné příklady opatření pro co nejpřesnější mapování počtu a potřeb osob s PAS+ jsou účinná a mohou ukázat směr i dalším krajům. Nejedná se však o opatření systémová, která by tak mohla přinést efektivní a závazné postupy sběru dat do všech 14 územních samosprávných celků ČR.

Definice cílové skupiny

Výše zmíněný problém mapování počtu a potřeb osob s PAS je také úzce spojen s identifikací cílové skupiny pro potřeby plánování sítě služeb. Kraje uvádějí, „...že v rámci sběru dat sice poskytovatelé vykazují péči o osoby s PAS, ve svých zařízeních však mají kapacity pouze pro osoby s takovými formami PAS, které nevyžadují vyšší míru podpory...“. Kraje tak do svých statistik zahrnují i tyto kapacity a vykazují tak daný počet míst, který však následně neodpovídá realitě. Nemají tudíž dostatečný přehled o kapacitách pro klienty se všemi formami PAS.

Odborníci, zástupci krajů i poskytovatelé se shodují na tom, že cílová skupina osob s PAS+ by měla být nějakým způsobem vymezena. Mezi respondenty však nepanuje jednotný názor na to, jak tuto cílovou skupinu definovat. Podle některých je definice cílové skupiny pouze podle diagnózy riziková v tom, „...že pokud bude při výpočtu dotace zohledněna některá cílová skupina, okamžitě se ozvou další...“. Takový přístup by navíc zvýhodňoval jednu cílovou skupinu před ostatními, což je přímo v rozporu s rovným přístupem ke službám, čímž by se stal diskriminačním. Někteří odborníci se kloní k definici cílové skupiny osob s PAS+ dle poruch chování, jiní by pak cílovou skupinu posuzovali podle intenzity potřebné péče. To by někteří respondenti ještě rozšířili o hledisko časové náročnosti.

V současné době se definicí cílové skupiny PAS+ zabývá odborná skupina při MPSV, která má za úkol definovat materiálně-technický a personální standard služeb pro osoby s PAS+. Dle člena této skupiny je tendence vymezit chování náročné na péči a tuto cílovou skupinu co nejpodrobněji.

Střednědobé plánování rozvoje sociálních služeb

Respondenti z řad odborníků deklarují, že Střednědobé plány rozvoje sociálních služeb (dále jen SPRSS) nejsou v současné době ve své většině relevantním a kvalitním dokumentem, o který by se dalo opřít při plánování sítě sociálních služeb a rozdělování prostředků nejen ze státního rozpočtu. Dle jejich tvrzení „rozdělování finančních prostředků a to jak na národní úrovni, tak na úrovni územních samospráv, není podloženo validními a srovnatelnými údaji“. Pro sběr, analýzu a zpracování dat do formy SPRSS doposud neexistoval žádný předpis, což se od 1. 1. 2018 mění novelou vyhlášky

č. 505/2006. Experti k tomuto tématu říkají: „*Máme 14 více či méně nesrovnatelných a nekompatibilních krajských střednědobých plánů rozvoje sociálních služeb, které jsou založeny na odlišných metodách sběru dat a jejich finálního zpracování*“. Respondenti dále uvádějí, že „*většina krajů nepracuje se zjištěnými potřebami a ve svých plánech 'konzervuje' současný stav...ten vychází z jakéhosi zvyku a setrvačnosti práce na střednědobém plánování krajů*“. Některým ze střednědobých plánů chybí hloubková finanční analýza a souhrn finančního krytí pro realizaci opatření, „*plán se tak nevztahuje k finanční realitě, která je pro realizaci plánu zásadní*“.

Respondenti se shodují, že je zapotřebí, aby SPRSS měly vyšší kvalitu a alespoň v základních bodech jednotnou strukturu, což by do 31. prosince měly všechny kraje zajistit.²⁸ Dle posledních SPRSS je zřejmé, že je kladen větší důraz na problematiku PAS+, nicméně zatím nelze reálně zhodnotit výsledky plánovaných opatření. Kraje řeší zejména nedostatečné množství lůžek v pobytových službách. To lze doložit následujícími návrhy jednotlivých krajů:

Středočeský kraj: „*Osoby s lehčí formou PAS mohou využívat stávající kapacity DOZP, chráněných bydlení, týdenních stacionářů či odlehčovacích služeb; ve velkém počtu zařízení se osoby s PAS objevují. Klíčový problém je s umístěním osob s PAS s výrazně problémovým a agresivním chováním. Tato zařízení vyžadují nadstandardní objem personálu, tedy i nadstandardní financování. Domníváme se, že tyto služby by měly být zařazeny především v nadregionální síti MPSV (obdobně jako NAUTIS), případně by se mělo jednat přímo o příspěvkové organizace MPSV.*“

Karlovarský kraj: „*V Akčním plánu ke SPRSS KK pro rok 2018 jsou plánovány některé činnosti směřující k seznámení se s existujícími modely řešení situace dané cílové skupiny (např. návštěva vybraného domova se zvláštním režimem pro osoby se souběhem autismu a problémového chování, kteří potřebují vysokou míru kvalifikované individuální podpory během celého dne a nemohou čerpat pobytové služby u jiných poskytovatelů služeb z důvodu svého těžkého problémového chování). Dále plánuje KK v roce 2018 provést dotazníkové šetření ke zjištění potřeb osob s PAS, oslovit poskytovatele sociálních služeb (zejména raná péče, domovy pro osoby se zdravotním postižením, centra denních služeb, denní stacionáře, sociálně terapeutické dílny), základní školy, zřejmě ve spolupráci s externími odborníky.*“

28 Povinnost krajů zajistit dodržování novelizované vyhlášky č. 505/2006 Sb., část sedmá, podmínky pro zpracování a struktura střednědobého plánu rozvoje sociálních služeb vychází z vyhlášky č. 387/2017 Sb., kterou se vyhláška č. 505/2006 Sb. 16. listopadu 2017 změnila. Účinnosti pak nabyla 1. 1. 2018 (387/2017).

Dalším krokem v rámci analýzy cílové skupiny osob s PAS bude (v rámci tvorby rozvojových plánů DOZP zřizovaných KK) analýza CS těchto domovů. Po vyhodnocení zjištěných dat chce KK přistoupit k plánování rozvoje alternativních služeb pro osoby se zdravotním postižením, vč. osob s PAS.“

Olomoucký kraj: „Na základě údajů, které vyplynuly z procesu střednědobého plánování sociálních služeb na území kraje, není v dostatečné kapacitě zajištěna specializovaná pobytová služba pro osoby s PAS se znaky problémového chování, vyžadující vysoce individualizovaný přístup – domov se zvláštním režimem. V současné době je jeho výstavba ve stádiu investičního záměru. V případě úspěšné realizace projektu vznikne nová pobytová služba domov se zvláštním režimem pro osoby s PAS se znaky problémového chování vyžadující vysoce individualizovaný přístup s kapacitou 10 lůžek.

Jednou z hlavních priorit Olomouckého kraje definovanou ve Střednědobém plánu sociálních služeb v Olomouckém kraji pro roky 2018–2020 je podpora sociálních služeb vyhovujících specifickým potřebám osob s kombinovaným postižením (v rámci tohoto strategického dokumentu kraje se jedná osoby s pervazivními vývojovými poruchami).

Rozvojové cíle a konkrétní opatření směřované na potřeby osob s PAS jsou zacíleny na rozvoj zejména těchto druhů služeb:

- × *Osobní asistence*
- × *Odlehčovací služby – terénní i pobytové formy*
- × *Denní stacionář*
- × *Domovy pro osoby se zdravotním postižením*
- × *Chráněné bydlení*
- × *Raná péče*
- × *Sociální rehabilitace – ambulantní, terénní i pobytová forma“*

Financování služeb

Neudržitelné financování služeb pro osoby s PAS+ poskytovatelé i zástupci krajů vysvětlují takto: „...jednotka pro výpočet je u pobytových služeb lůžko, nikoliv úvazek. Při výpočtu dotace na zařízení se tedy vychází z kapacity klientů/lůžek. Při nízkém počtu lůžek v zařízení, což je pro osoby s PAS+ zásadní, tak poskytovatel získá poměrně nižší podporu, za standardních dotačních podmínek nelze službu dostatečně financovat“. Financování sociálních služeb tak má značný vliv na fungování a kvalitu služeb stávajících, přičemž negativně omezuje vznik služeb nových.

Finanční podpora na sociální služby z úrovně kraje je poskytovatelům služeb poskytována v rámci tzv. řízení k poskytnutí vyrovnávací platby formou dotace nebo příspěvku (krajské příspěvkové organizace) na sociální služby, zkráceně v rámci řízení k poskytnutí **vyrovnávací platby**.

Rozlišují se dvě kategorie vyrovnávací platby z pohledu celkové výše prostředků určených na zajištění krajské sítě sociálních služeb. **Optimální výše vyrovnávací platby** je stanovena na základě analýzy nákladů a výnosů jednotlivých druhů sociálních služeb. Analýza je prováděna na základě dostupných dat za předchozí roky. Reálná výše vyrovnávací platby je stanovena na základě celkového objemu prostředků, který je přidělen Ministerstvem práce a sociálních věcí na základě Rozhodnutí o poskytnutí dotace danému kraji na podporu sociálních služeb v příslušném roce. **Reálná výše vyrovnávací platby** se uplatňuje v případě, že krajem požadovaná dotace je vyšší než MPSV přidělená dotace kraji na základě Rozhodnutí o poskytnutí dotace. Přičemž výše krajem požadované dotace v žádosti předložené na MPSV je stanovena na základě posouzení žádostí poskytovatelů sociálních služeb a výpočtu optimální výše vyrovnávací platby na jednotlivé sociální služby. V tomto případě kraj musí přistoupit ke snížení – **redukci** optimální výše vyrovnávací platby. **Redukční koeficienty** jsou stanoveny každoročně s ohledem na celkovou výši dotace, kterou MPSV přidělilo kraji pro příslušný rok. Koeficienty jsou nastaveny v souladu se **Střednědobým plánem rozvoje sociálních služeb daného kraje a Akčním plánem pro příslušný rok** a reagují tak na stanovené potřeby sítě a priority v jejím financování. Redukční koeficienty pro daný rok:

Redukční koeficienty obsahují obecnou a specifickou část, přičemž váha obou částí je totožná, tj. uplatní se v poměru 50:50.

Obecná část redukčního koeficientu je nastavena v procentech samostatně pro jednotlivé druhy služeb – v tomto případě se uplatňuje stejné procentní krácení vypočtené optimální výše vyrovnávací platby u všech služeb v rámci příslušného druhu/skupiny služby, případně se zohledněním cílové skupiny uživatelů služeb, územní působnosti služeb.

Ve vyhlášení řízení k poskytnutí vyrovnávací platby jsou jednotlivé druhy služeb rozděleny do 3 skupin na základě **priority**, kterou mají z hlediska míry podpory daného druhu služby (vysoká, střední, nízká priorita). Na prioritu se následně aplikuje stejné % krácení podpory, tj. jsou stanoveny v % redukční koeficienty (3 úrovně výše redukčních koeficientů) v takové výši, aby byla dodržena celková výše kraji přidělené dotace. Procento krácení lze stanovit **až na základě stanovené celkové výše rozdělovaných finančních prostředků** na sociální služby pro příslušný dotační rok.

Specifická část redukčního koeficientu přímo vychází ze Střednědobého plánu rozvoje sociálních služeb daného kraje a Akčního plánu pro příslušný rok, navazuje tak

na **v plánu stanovené priority** v poskytování a financování služeb, vymezenou síť sociálních služeb v její optimální (potřebné) a reálné (nezbytné, základní) podobě, včetně vymezení služeb s rozvojovým či nerozvojovým potenciálem, apod.

Způsob redukce je stanoven **individuálně s ohledem na význam, důležitost služby z pohledu krajské sítě sociálních služeb, dalších možností financování služeb a místních specifik**, a to pro jednotlivé druhy a formy sociálních služeb a cílové skupiny uživatelů sociálních služeb tak, aby byl zajištěn alespoň základní rozsah krajské sítě sociálních služeb.

V případě specifické části redukčního koeficientu není tedy uplatňováno jednotné procentní krácení, **ke každé službě je přistupováno individuálně** s ohledem na její důležitost v rámci krajské sociální sítě služeb. **Individuální pohled však musí jednoznačně vycházet z vymezené krajské sítě a priorit v jejím financování uvedených v rámci Střednědobého plánu rozvoje sociálních služeb daného kraje a Akčního plánu pro příslušný rok.**

Z výše zmíněného vyplývá, že rozdíly mezi financováním služeb, které mají téměř shodné parametry, mohou být značně široké. Důvodem pro to jsou odlišné potřeby a priority financování v krajích. Dalším důvodem může být redukce na úrovni stanovených priorit v poskytování a financování služeb, vymezení sítě služeb v její optimální (potřebné) a reálné (nezbytné, základní) podobě, včetně vymezení služeb s rozvojovým či nerozvojovým potenciálem, jak je výše definováno ve **Specifické části redukčního koeficientu**. Ke každé službě je na této úrovni přistupováno individuálně. Vždy však musí posuzování vycházet z vymezené krajské sítě a priorit v jejím financování uvedených v rámci Střednědobého plánu rozvoje sociálních služeb daného kraje a Akčního plánu pro příslušný rok.

Poskytovatelé též deklarovali zcela nesystémový způsob přidělení speciální dotace kraje v okamžiku, kdy se objevila vysoce akutní situace a hrozil příliš velký tlak na politickou reprezentaci kraje. Tuto situaci nesystémového přidělování peněz potvrdili i někteří ze zástupců rodičů.

Kritéria financování služeb

Respondenti uvádějí coby jeden ze základních prvků spravedlivého financování nastavení kritérií, na jejichž základě pak bude vypočítána cena služby. Poukazují na to, že současný systém financování péče je pro služby pečující o osoby s PAS+ neudržitelný. Výpočet dotace u sociálních služeb vychází z počtu lůžek či úvazků (jednotka pro výpočet), což je velmi obtížně slučitelné s ideálním nastavením péče o osoby s PAS+. Dle odborníků na péči o osoby s PAS je v případě pobytových služeb ideální forma

tzv. *malých domácností*²⁹, díky níž „je možné dosáhnout efektivnosti a kvality služby směrem ke klientům“. To znamená výše zmíněný poměr pracovníků ku klientům, který odpovídá 2:3, což by mělo být definováno v personálním standardu, který by následně byl podmínkou dotace.

Dle výpovědí respondentů je odlišným kritériem pro péči o osoby s PAS+ intenzita podpory v čase. Vysvětlují to tak, že „...to, co odlišuje tuto cílovou skupinu, je intenzita podpory času. Potřebujete vědět, že ten člověk potřebuje 20 hodin týdně, tzn. financujete přímou péči“. Toto tvrzení ještě doplňuje výpověď poskytovatele: „...musí být dobře nastaven systém diagnostiky, aby někdo řekl, jak ta péče má vypadat. Nevykazovat čistě jen hodiny času stráveného s klientem, ale i intenzitu péče v tom čase“. Vesměs panuje shoda, že takové kritérium v rámci věcného hodnocení služby při hodnocení žádosti poskytovatele o dotaci by mohlo zvýšit celkovou dotaci na služby pro osoby s PAS+ a zároveň by nebylo diskriminující pro jiné cílové skupiny.

Program podpory A nebo B

Někteří ze zástupců krajů se domnívají, že by financování služeb pro osoby s PAS mělo být zařazeno do ministerského programu B,³⁰ (viz [příloha č. 3](#) Financování sociálních služeb). Stejně tak se připojují i někteří odborníci z řad MPSV, kteří deklarují „...vytvo-

29 Malá domácnost je zažité označení pro pobytové sociální služby komunitního typu, jejichž kapacita je méně než 8 uživatelů. Někdy je též používáno označení domácnost pro osoby s vysokou mírou podpory, které definuje pobytovou službu jako „bydlení pro 3-6 uživatelů, kteří ke svému životu potřebují vysokou míru podpory. Míra podpory je zjišťována v rámci posuzování uživatelů na základě jasně definovaných nástrojů“ (MPSV, 2016).

30 **Program podpory A** – podpora poskytování sociálních služeb, které mají místní či regionální charakter, poskytovaných uživatelům služeb v souladu s místními či regionálními potřebami (Zákon č. 108/2006, Sb., § 101). **Program podpory B** – podpora sociálních služeb, které mají celostátní či nadregionální charakter (Zákon č. 108/2006, Sb., § 104). Oblast podpory je směřována na konkrétní pomoc a podporu uživatelům sociální služby. Tyto sociální služby musí vzhledem k požadavku na nadregionální a celostátní charakter dále splňovat povinně podmínku místa realizace sociální služby, tj.: **1)** poskytování sociální služby musí přesahovat území minimálně 3 sousedících krajů a vzhledem k charakteristikám poskytované služby nelze efektivně uskutečňovat podporu služby v rámci jednotlivých krajů samostatně (nadregionální působnost) nebo **2)** poskytování sociální služby bude probíhat na celém území ČR, bude mít dopad na celou cílovou skupinu uživatelů služby a zároveň při poskytování sociální služby musí být vytvářen systémový přístup k řešení problematiky určité cílové skupiny v rámci celé ČR a vzhledem k charakteristikám poskytované služby nelze uskutečňovat podporu služby v rámci jednotlivých krajů samostatně (celostátní působnost) (MPSV, 2018).

ření tzv. béčkové sítě pro nejtěžší případy, vytvořili bychom kapacitu 5–10 lůžek na kraj. To jsou případy, které jsou už nyní těžko umístitelné v áčkové síti. Musíme jasně definovat, že národní síť je určena pro jisté cílové skupiny s ohledem na jejich sociální situaci a ta se určuje podle každoročně vyhlášených priorit MPSV“. Na straně rodičů a některých poskytovatelů je z takového kroku obava, respektive z financování služeb pouze z programu B. Přiklání se spíše ke kombinaci obou programů s tím, že většina služeb by měla být financována prostřednictvím krajů (program A). Služby s krizovými lůžky či speciálně-poradenská centra, která by sdružovala multidisciplinární tým, pak lze financovat z ministerského programu B. Důvodem pro obavy z jediného ministerského zdroje je zejména strach ze změny či zastavení financování při každé výměně vládní garnitury. Zároveň by takový zdroj byl zcela proti principu subsidiarity, což je jeden z principů moderní sociální práce v západním světě.

Legislativa

Respondenti z řad poskytovatelů deklarují, že v současné době velmi chybí ukotvení jak cílové skupiny osob s PAS, tak i specifických služeb a péče o tyto osoby v legislativě. Cílová skupina PAS+ by měla být zahrnuta v registru poskytovatelů sociálních služeb. Podmínkou registrace služby pro osoby s PAS+ by také mělo být splnění kritérií materiálně-technického a personálního standardu služeb pro tuto cílovou skupinu. V rámci dotačního řízení by následně měla být zohledněna tato registrační podmínka (vyšší počet personálu, materiální vybavení) při výpočtu dotace pro služby pro osoby s PAS+.

Standardy

Dle odborníků v rámci MPSV vzniká materiálně-technický a personální standard pro osoby s PAS+, který by měl definovat péči o tuto cílovou skupinu coby návazný dokument na připravovanou novelizaci zákona č. 108/2006 Sb. a jeho prováděcí předpis (vyhláška č. 505/2006 Sb.). Odborníci z řad MPSV uvádějí, že „...ohledně personálních standardů jdeme i do takových podrobností, že navrhujeme standardy jako ve zdravotnictví...pokud mám tento typ služby, tak na ni mám navázán minimální počet pracovníků, a standard bude reagovat nejen přímo na diagnózu, ale i na nepříznivé situace z ní vyplývající“. Naplnění takového standardu by pak mělo být podmínkou pro registraci takové služby.

Registrace

Poskytovatelé i zástupci krajů se shodují na tom, že by v registru poskytovatelů sociálních služeb měla být zahrnuta i cílová skupina osob s PAS+. Její definice je, jak je výše zmíněno, stále otázkou diskusí. Aktuálně dokončovaný standard MPSV pracuje s definicí „osoby s PAS a jinými pervazivními vývojovými poruchami spojenými s chováním

vyžadujícím vysokou míru podpory“. Díky tomu, že tyto služby budou zahrnuty v registru, „bude možné i určitým způsobem pracovat z výši dotací pro tyto služby. Samozřejmě k tomu bude nutné splnit podmínky registrace, kdy samotná registrace těchto služeb bude podmíněna splněním podmínek v chystaném materiálně-technickém standardu“.

Nárokovost služeb

Tématem, které se v odpovědích respondentů z řad poskytovatelů i některých krajů opakuje, je nárokovost sociálních služeb nejen pro osoby s PAS+, ale pro všechny cílové skupiny. Jako argument pro toto tvrzení uvádí: „...v systémech školství a zdravotnictví se garantuje, že na základě indikované potřeby přijde služba. Stát tu službu garantuje. Ale v segmentu sociálním takové právo vůbec zajištěné není. Měli bychom častěji používat paralelu se školským zákonem, který říká, že každé dítě s potřebou podpory má na zajištění té podpory právo. To do jisté míry platí i ve zdravotnictví. Ale na službu v případě dítěte s velmi těžkým zdravotním postižením se čeká i 2 roky“. Respondenti z řad MPSV však uvádějí, že se toto téma týká spíše dlouhodobého horizontu systémových opatření.

Velmi přetížena jsou dle výpovědí rodičů také speciálně-pedagogická centra, na základě jejichž doporučení lze následně čerpat služby rané péče. „Rodina má tedy po čase uzavřenou diagnózu, ale moc je to vlastně nezajímá, spíš chtějí vědět, co mají dělat... Tam je potřeba, aby do té rodiny začal někdo docházet, začala raná péče, a pokud možno velmi rychle, protože opět platí, že pokud má dítě PAS, tak je velmi důležitá včasná intervence. Včas s ním začít pracovat.“ V konečném důsledku to znamená jednu návštěvu za šest týdnů, což potvrzují poskytovatelé rané péče a současně dodávají, že pro dostatečnou podporu rodiny dítěte s PAS+ je optimální dvacetihodinová podpora týdně.

Spolupráce subjektů

Podle respondentů systém zdravotnických, školských a sociálních služeb není provázaný. Velmi významným problémem je podle nich nedostatečné zakotvení individuálního posuzování a case managementu jakožto přístupu a nedostatek case managerů, jakožto pracovníků, již mají kompetence k tomu, aby zabezpečili komplexní přístup k uživatelům služeb. U osob s PAS+ je velmi zásadní takový přístup, kdy je třeba zhodnotit a následně naplnit jejich specifické potřeby, zejména s ohledem na zdravotní a sociální služby. Absence takového přístupu vede k nedostatečné saturaci veškerých potřeb osoby s PAS+, což následně může vést ke zhoršení celkového stavu, popřípadě k dalším nákladům, které by v opačném případě byly několikanásobně nižší. Chybí dostatečná výměna informací a doporučení mezi jednotlivými subjekty. Častý je také problém s lékaři specialisty, kteří neumí s klienty s PAS pracovat. Rodiče uvádějí mnoho špatných zkušeností s problematickým ošetřením svých dětí.

Odborníci a návazné služby

Mezi rodiči i poskytovateli je velmi silná zkušenost s nedostatečnou návazností služeb. Např. specializovaných pracovišť pro diagnostiku je tak málo, že čekací doba na diagnostiku se standardně pohybuje kolem 1,5 roku. Dle odborníků tento problém způsobuje fakt, že diagnostiku mohou uzavírat pouze specializovaná zdravotnická zařízení. To znamená, že velká organizace, specializující se na osoby s PAS, která má své psychology, psychiatry a další specialisty na diagnostiku dětí a dospělých s PAS, nesmí uzavírat diagnostiku, protože není zdravotnickým zařízením. Postup pak bývá takový, že z důvodu velmi dlouhých čekacích dob na služby specializovaných zdravotnických zařízení si rodiny nechají své dítě diagnostikovat v nezdravotnické organizaci „...a psychiatr tuto zprávu vezme a uzavře jí. A ta rodina to má za 10 minut u svého spádového psychiatra, ale někdy to také trvá tři měsíce“.

Odborníci i rodiče také potvrdili četnost nedostatečné reakce pediatrů na pozitivní screening. Dle zkušeností rodičů nejsou pediatři dostatečně informováni o dalším postupu, který by rodičům měli doporučit. Pediatři nevědí, kam rodiče dále odkázat, a většinou celá tíha situace padá zpět na rodinu, výrazně stresovanou informací o podezření na PAS. V nejlepším případě rodinu pediatr odkáže na služby rané péče, které jsou však také velmi vytížené, a neřídka musí rodina dlouho čekat na první návštěvu příslušného poradce.

U osob s PAS+ se též vyskytují častěji další zdravotní obtíže vyžadující přístup lékaře odlišný od jeho přístupu k mentálně zdravým jedincům. Praxe je dle rodičů taková, že si mezi sebou předávají informace o lékařích, kteří mají alespoň nějakou zkušenost s ošetřením dětí a dospělých s PAS+, jsou vstřícní a ochotní vyšetření či ošetření vykonat. „Takové kontakty lze též získat na internetu nebo tyto informace poskytují některé z rodičovských sdružení a dalších organizací.“ Obecně však rodiče i odborníci na problematiku deklarovali, že lékařů, kteří mají dostatek znalostí a jsou vstřícní k ošetření pacienta s PAS+, je v ČR velmi málo, a je téměř pravidlem, že za takovým lékařem je nutné dojíždět mimo spádovou oblast. Rodiče též zmiňují problém s dětmi, které již dovršily 18 let věku a musí vyměnit pediatra za lékaře pro dospělé.

Obce

Problematicky je respondenty vnímán výkon sociální práce na obcích. Dle jednotlivých výpovědí se omezuje většinou pouze na základní sociální poradenství. Doporučený postup č. 1/2012 je pouze doporučující. Dle sociálních pracovníků obcí jsou osoby s PAS+ a jejich rodiny odkazovány spíše na krajské úřady, „...protože na obcích prostě nedisponujeme nabídkou navazujících odborných služeb pro tuto cílovou skupinu. My opravdu nevíme, kam ty zoufalé rodiny odkázat a zpátky domů je poslat vážně nemů-“

žeme“. K systematickému mapování potřeb na úrovni obcí nedochází, přestože jsou obce nejnižším článkem, který má k osobám s PAS+ a jejich rodinám nejbližší. Dle odborníků z řad poskytovatelů i krajů je zřejmá nedostatečná znalost problematiky osob s PAS+. Tento fakt se potvrdil i při rozhovorech se sociálními pracovníky na obcích. Zástupci krajů také upozornili na fakt, že při střednědobém plánování rozvoje sociálních služeb je často spolupráce obcí pouze formální. „*Přitom zásadní výhoda obcí je jejich návaznost na místní obyvatele. Obce by tedy měly být nejlépe informovány o potřebách v jejich lokalitě,*“ uvádějí odborníci z řad zástupců krajů.

Úřad práce

Dle odborníků je jedním z negativ způsob, jakým úřady práce vykonávají sociální práci. Dle odborníků vykonává ÚP pouze agendu, která se týká dávek. Depistážní činnost a sociální šetření však mezi jeho činnosti spadají jen velmi málo. Podobně jako na obcích, nedochází zde ke sběru dat a pracovníci ÚP disponují jen velmi malou znalostí problematiky. O osobách s PAS+, které téměř všechny dosáhnou na některý ze stupňů příspěvku na péči, tady existuje poměrně velké množství údajů, které by ÚP například mohl (po udělení souhlasu osoby nebo zákonného zástupce) sdílet s krajem. Ten by na jejich základě mohl mnohem lépe plánovat síť sociálních služeb. Při posuzování příspěvku na péči a dalších dávek „...se vychází stále se zdravotnického modelu, nezohledňuje se komplexnost a další specifika péče o osoby s PAS“. Dle většiny respondentů z řad odborníků je na ÚP stále patrná nízká či žádná distribuce základních informací směrem ke klientům a rodinám, na straně druhé směrem ke krajům. Informace, které by ÚP mohl sdílet s krajem, by mohly mít výrazně pozitivní vliv na plánování sítě služeb na základě reálných vstupních dat o potřebách v dané lokalitě.

Personál

Jednou ze základních podmínek dostupnosti služeb je dostatek kvalitního a zkušeného personálu. Takových lidí je v současné době nedostatek. Ti, kteří působí ve službách již delší dobu, začínají odcházet, a to zejména z důvodu nízkého finančního ohodnocení a vysoké náročnosti práce. Jedním z velmi důležitých faktorů kvalitně poskytovaných služeb pro osoby s PAS+ je též odbornost pečujícího personálu.

Odbornost

Jedním z důvodů, proč je problematické poskytovat službu klientům s PAS+, je tzv. nepřipravenost personálu. Dle poskytovatelů je velmi časté, že personál nemá dostatek znalostí a zkušeností s péčí o klienty s PAS+. Vzdělávací kurzy, které nabízí např. NAUTIS, jsou pro poskytovatele dalším výdajem z omezeného finančního rozpočtu poskytovatele. Nedostatek informací může být dle respondentů často pramenem strachu a neo-

choty s osobami s PAS+ pracovat. Poskytovatelé vypovídají, že jejich personál má již předem strach z klientů s PAS+. Poskytovatelé potvrzují tento fakt tím, „že v okamžiku, když je vůle a možnost službu rozšiřovat o tuto cílovou skupinu, personál začne odcházet“. Nejvýznamnějším nástrojem pro zmírnění strachu a předsudků personálu jsou dle poskytovatelů uvozující komunikační setkávání, supervize a mentoring, což jsou aktivity, které vyžadují dobré plánování a management procesu zavádění změn. Takový proces je nutné dobře řídit, což vyžaduje kompetentní pracovníky na řídicích pozicích a navýšenou finanční podporu.

Postoje personálu

Výpovědi poskytovatelů také upozorňují na skutečnost, že pracovníci v jejich organizacích, které mají mezi klienty osoby s lehčími formami PAS, nejsou mnohdy ochotni pečovat o klienty s přidruženým problémovým chováním. V případě snahy poskytovatele o rozšíření služby tak často narážejí na strach a opoziční postoj personálu. V takových případech je pro poskytovatele rozšiřování služby riskantní a raději zůstávají u stávající podoby. Změna postojů personálu vyžaduje dobře rozplánovaný proces řízení změny, který je zmíněn výše.

Nedostatek personálu

Zástupci některých krajů se problematikou nedostupnosti služeb pro PAS+ aktivně zabývají. Jsou však velmi znepokojeni nedostatkem personálu a úbytkem dalších kvalifikovaných odborníků. Toto platí zejména v malých krajích a v příhraničních oblastech. Jak uvádějí zástupci jednoho z nejmenších krajů: „...jsme příhraniční oblastí a lidé jezdí za prací za hranice, tam mají mnohonásobně více peněz. Také nejsme univerzitní město, takže lidé, kteří odjedou studovat do jiných měst, se nám pak už nevracejí a my opravdu nemáme žádné lidi na to, abychom rozjížděli nějaké nové projekty“. Stávající služby tak fungují na principu jakési setrvačnosti a „jedou tu léta s různou kvalitou, ale nové služby nevznikají“.

Toto však potvrzují i významní poskytovatelé ve velkých městech slovy: „...začali nám odcházet lidi, co jsou u nás patnáct let, tak se je snažíme udržet v evropských projektech. Ve službách je to baví, jsou motivovaní u nás pracovat, ale ty peníze jim zkrátka nestačí...“.

Zdroje

Knihy

- * BAZALOVÁ, Barbora, 2017. Autismus v edukační praxi. Vydání první. Praha: Portál.
- * ČADILOVÁ, Věra, 2007. Agrese u lidí s mentální retardací a s autismem. Praha: Portál.
- * ČADILOVÁ, Věra, 2008. Strukturované učení: vzdělávání dětí s autismem a jinými vývojovými poruchami. Vyd. 1. Praha: Portál.
- * Vláda ČR, 2014. Národní plán podpory rovných příležitostí pro osoby se zdravotním postižením na období 2015–2020. Praha: Vláda ČR.
- * EMERSON, Eric, 2008. Problémové chování u lidí s mentální retardací a autismem. Vyd. 1. Praha: Portál.
- * JŮN, Hynek, 2008. Předmluva k českému vydání. EMERSON, Eric. Problémové chování u lidí s mentální retardací. Vyd. 1. Praha: Portál.
- * JŮN, Hynek, 2017. Současná situace PAS. Praha: nepublikováno.
- * JŮN, Hynek, 2017. Současná situace okolo pobytových služeb. Praha: Asociace poskytovatelů, (4), s. 16.
- * MPSV, 2006. Stručný průvodce zákonem o sociálních službách. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí.
- * MPSV, 2016. Kritéria transformace, humanizace a deinstitucionalizace vybraných služeb sociální péče. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí.
- * OPEKAROVÁ, Olga, 2006. Psychologická diagnostika u žáků s poruchami autistického spektra ve speciálně pedagogických centrech. Praha: Institut pedagogicko-psychologického poradenství ČR, s. 35.
- * OSN, 1971. Deklarace práv mentálně postižených osob. OSN.
- * OSN, 2009. Úmluva o právech osob se zdravotním postižením. Praha: překlad MPSV.
- * PEETERS, Theo, 1998. Autismus: od teorie k výchovně-vzdělávací intervenci. Praha: Scientia.
- * MPSV, 2015. Národní strategie rozvoje sociálních služeb na období 2016-2025. Praha: MPSV.

- * KANCELÁŘ VEŘEJNÉHO OCHRÁNCE PRÁV 2018. Dostupnost sociálních služeb pro osoby s poruchou autistického spektra. Brno: Kancelář veřejného ochránce práv.
- * THOROVÁ, Kateřina, 2006. Poruchy autistického spektra: dětský autismus, atypický autismus, Aspergerův syndrom, dezintegrační porucha. Vyd. 1. Praha: Portál. ISBN 80-7367-091-7.
- * THOROVÁ, Kateřina, 2016. Poruchy autistického spektra. Rozšířené a přepracované vydání. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0768-9.
- * THOROVÁ, Magdaléna, 2018. Kulatý stůl „Potřeby lidí s PAS“. Praha: nepublikováno.
- * VLÁDA ČR, 2016. Podnět k řešení situace života. Praha: Vláda ČR.
- * ZABLOTSKY, Benjamin, Lindsey I. BLACK, Matthew J. MAENNER, Laura A. SCHIEVE a Stephen J. BLUMBERG, 2015. Estimated Prevalence of Autism and Other Developmental Disabilities Following Questionnaire Changes in the 2014 National Health Interview Survey: National health statistics reports. National Health Statistics Reports. L. A.: Centers for Disease Control and Prevention, 2015(87), 1–21.

Legislativa

- * 1/2012, Doporučený postup č. 1/2012.
- * 108/2006, Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách.
- * 108/2006, Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. § 95d.
- * 111/2006, Zákon č. 111/2006 Sb., o hmotné nouzi.
- * 128/2000, Zákon č. 128/2000 Sb., zákon o obcích.
- * 323/2013, Vyhláška č. 332/2013 Sb., k zákonu o Úřadu práce.
- * 329/2011, Zákon č. 329/2011 Sb., o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením.
- * 387/2017, Vyhláška č. 387/2017 Sb., kterou se mění vyhláška č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů.
- * 388/2011, [Příloha č. 4](#) k vyhlášce. Vyhláška č. 388/2011 Sb., o provedení některých ustanovení zákona o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením.
- * ČR, 2018. I. ÚS 2637/17. Brno: Ústavní soud, s. 24.

Online zdroje

- * ČR, Asociace, 2014. Evropská strategie pro pomoc osobám se zdravotním postižením 2010-2020. Asociace poraden pro osoby se zdravotním postižením ČR [online]. [cit. 2018-04-29]. Dostupné z: www.apzp.cz/p/evropska-strategie-pro-pomoc-osobam-se-zdravotnim-postizenim-2010-2020-4603.html
- * VLÁDA ČR, 2016. Podnět k řešení situace života osob s poruchou autistického spektra a jejich rodin. Vláda ČR [online]. [cit. 2018-05-10]. Dostupné z: www.vlada.cz/cz/ppov/vvzpo/dokumenty/podnet-k-reseni-situace-zivota-osob-s-poruchou-autistickeho-spektra-a-jejich-rodin-140155/
- * VLÁDA ČR, 2018. Úřad vlády. Vláda [online]. [cit. 2018-05-13]. Dostupné z: www.vlada.cz/cz/urad-vlady/postaveni-uradu-vlady-cr-3688/
- * EU, 2014. Evropský sociální fond. Evropská komise [online]. [cit. 2018-05-02]. Dostupné z: ec.europa.eu/esf/home.jsp?langId=cs
- * EU, 2014. Evropské strukturální a investiční fondy. Evropská komise [online]. EU [cit. 2018-05-02]. Dostupné z: ec.europa.eu/info/funding-tenders/funding-opportunities/funding-programmes/overview-funding-programmes/european-structural-and-investment-funds_cs
- * EUROPE, Council, 2018. No. 13/2002 International Association Autism-Europe (IAAE) v. France. Council of Europe [online]. [cit. 2018-05-02]. Dostupné z: www.coe.int/en/web/turin-european-social-charter/processed-complaints/-/asset_publisher/5GEFkJmH2bYG/content/no-13-2002-international-association-autism-europe-iaae-v-france?inheritRedirect=false
- * MPSV, 2014. Změny ve financování sociálních služeb. Ministerstvo práce a sociálních věcí [online]. [cit. 2018-05-09]. Dostupné z: www.mpsv.cz/cs/19305
- * MPSV, 2016. Úmluva OSN o právech osob se zdravotním postižením. MPSV Zdravotní postižení [web]. [cit. 2018-05-09]. Dostupné z: www.mpsv.cz/cs/28419
- * MPSV, 2017. Sociální služby. Ministerstvo práce a sociálních věcí [online]. [cit. 2018-05-08]. Dostupné z: www.mpsv.cz/cs/18661
- * MPSV, 2017. Financování sociálních služeb. Ministerstvo práce a sociálních věcí
- * MPSV, 2017. Úřad práce České republiky. Integrovaný portál MPSV [online]. [cit. 2018-05-05]. Dostupné z: portal.mpsv.cz/upcr/oup
- * MPSV, 2017. Vyhlášení dotačního řízení MPSV pro kraje a Hlavní město Prahu pro rok 2018 v oblasti poskytování sociálních služeb. Ministerstvo práce a sociálních věcí [online]. [cit. 2018-05-02]. Dostupné z: www.mpsv.cz/cs/31008

-
- × MPSV, 2018. Metodika MPSV pro poskytování dotací ze státního rozpočtu. MPSV, Metodiky MPSV [online]. Metodiky. Praha: MPSV [cit. 2018-05-013]. Dostupné z: www.mpsv.cz/cs/18651
 - × NAUTIS, 2017. Osobní asistence. Národní ústav pro autismus, z. ú. [online]. Praha [cit. 2018-05-07]. Dostupné z: www.praha.apla.cz/osobni-asistence.html
 - × NAUTIS, 2018. Autismus: O autismu. NAUTIS [online]. Praha [cit. 2018-05-07]. Dostupné z: www.praha.apla.cz/o-autismu.html
 - × STŘEDOČESKÝ KRAJ 2018. Financování a plánování. Středočeský kraj [online]. Praha [cit. 2018-05-12]. Dostupné z: www.kr-stredocesky.cz/web/socialni-oblast/financovani
 - × WHO, 2018. International Classification of Functioning, Disability and Health. World Health Organisation [online]. [cit. 2018-05-10]. Dostupné z: www.who.int/classifications/icf/en/

II. ANALÝZA SYSTÉMŮ SOCIÁLNÍCH SLUŽEB PRO OSOBY S PAS V ANGLII, BELGII, DÁNSKU, IRSKU A ŠPANĚLSKU

Mgr. Martin Šimáček

Shrnutí

Evropské země postupně adaptují specifické strategie nebo specifickou legislativu pro oblast autismu (poruch autistického spektra – dále jen „PAS“). V současné době mají (nebo dotvářejí) národní plán nebo strategii v oblasti PAS nebo specifickou legislativu tyto země: Francie, Anglie, Wales, Maďarsko, Dánsko, Itálie, Irsko, Malta, Španělsko a Kypr. (Země Irska a Anglie implementují vlastní, na Velké Británii v podstatě nezávislou sociální politiku a její strategický rámec.)

Ze zemí, které jsou předmětem této analýzy, a zřejmě i v rámci celé Evropy, je v této oblasti nejpokročilejší Anglie. V roce 2009 přijala zákon o autismu, který vláda doprovoďovala masivní implementační podporou, kterou představují metodiky a zejména strategie, které jsou pravidelně aktualizovány. První byla přijata v roce 2010, návazná v roce 2014. Obce, které novou legislativou získávají řadu nových kompetencí a odpovědností, mají nejen metodické, ale také supervizní vedení, které jim pomáhá postupně aplikovat jednotlivé části zákona. Díky tomu se postupně výrazně zlepšuje dostupnost služeb pro osoby s PAS a jejich strategické plánování.

Sledované země prošly a procházejí konceptuální změnou přístupu k lidem s PAS. Odklánějí se od medicínské diagnózy jako nutné podmínky pro pomoc v sociálních službách. Potřeby klientů se vyhodnocují bez ohledu na diagnózu, i když medicínská diagnóza je stále zásadní podporou.

Současně s tím se služby modernizují, preferují podporu rodiny a pečovatele ke kompetentní péči v domácnosti. Stále důležitější roli hrají odlehčovací služby. Rezidenční služby jsou bez výjimek malokapacitní, zařízení se integrují do měst. Zároveň se přizpůsobují potřebám osob s PAS a dovedou citlivěji reagovat na potřeby osob s náročným chováním. Diagnostika i poskytování sociálních služeb jsou obvykle řešeny v multidisciplinárním týmu (zapojení neurologa, logopeda, psychomotorického terapeuta,

psychologa, psychiatra, sociálního pracovníka, atd.). Uplatňují se metody case managementu v konkrétním případě klienta; spolupráce různých institucí a odborníků je vesměs rozvinutá.

I proto se zdravotní a sociální služby stále více prolínají a hranice mezi nimi je čím dál méně znatelná. Stejně tak se stále integrálně svazují se službami podpory zaměstnanosti a vzdělávání.

Ve většině zemí dominuje princip subsidiarity, tj. přenášení odpovědnosti za poskytování sociálních služeb podle potřeb občanů na regionální a místní samosprávy. Stát vytváří legislativní podmínky, regiony a samosprávy řídí a organizují regionální a místní sítě sociálních služeb. V některých zemích se legislativa liší i regionálně, např. ve Španělsku: určité regiony mají uzákoněn legislativní nárok na poskytování služby, jiné nikoliv.

Obce jsou odpovědné za rozvoj sociálních politik na podporu osob s PAS včetně služeb v Anglii a Dánsku. Regiony mají dominantní roli v Belgii a Španělsku.

Dostupnost služeb je však v některých sledovaných zemích kolísavá. Regionální nedostatky v poskytování služeb lze nalézt ve Španělsku, Belgii, Irsku. Naopak pokrytí službami v Dánsku je absolutní, v Anglii až na drobné výjimky též.

Ve všech sledovaných zemích jsou zcela samozřejmě k dispozici služby rané (včasné) péče. Například v Anglii jsou k dispozici okamžitě, bez ohledu na to, zda dítě má či nemá zdravotnickou diagnózu. A současně, během 45 dnů, má obec povinnost vyhodnotit potřeby dítěte, jeho rodiny a pečujících, a zareagovat na ně vhodnou skladbou sociálních služeb. Nárok na službu rané péče je legislativně ukotven v Belgii, Dánsku, Irsku a do určité míry také ve Španělsku.

Země vesměs potřebnost sociálních služeb pro osoby s PAS systematicky nesledují; určitý přehled mají země EU o potřebách dětských klientů, naopak o potřebách dospělých klientů mají přehled mnohem menší. Například v Anglii však postupně při změnách legislativy a nástupem strategického řízení péče o osoby s PAS obce začínají relativně systematicky sledovat počty dospělých lidí s autismem.

Sociální služby jsou dominantně financovány z veřejných rozpočtů, obvykle kombinací úrovně veřejné správy (od státu po municipality). Některé země požadují u bonitních klientů spolufinancování.

Mezi poskytovateli sociálních služeb jsou velmi často neziskové organizace, ale rovněž organizace zřizované municipalitami či regiony, a to mnohem častěji, než je obvyklé v České republice. Zjednodušeně lze říci, že čím více země uplatňuje princip subsidiarity a přenáší odpovědnost na nižší úroveň samosprávy, tím více jsou tyto samosprávy iniciativní i při poskytování sociálních služeb. Na podporu poskytování a rozvoje sociálních

služeb jsou často zřizovány oborové národní i regionální asociace, které je buď zastřešují, nebo též pomáhají organizovat (např. ve Španělsku, Belgii a Irsku). Při plánování rozvoje sociálních služeb jsou vesměs široce zapojeny organizace poskytující služby pro osoby s PAS a také samotní klienti, resp. jejich rodiny.

Metodologie

Analýza byla zpracována v období od února do července 2018. Proběhla v šesti fázích (viz níže). Po provedení desk research autor zpracoval rozsáhlé dotazníky o devíti kapitolech (oblastech):

1. Oblast DOSTUPNOSTI SOCIÁLNÍCH SLUŽEB
2. Oblast DRUHŮ SOCIÁLNÍCH SLUŽEB
3. Oblast PODPORY RODINY A PEČUJÍCÍCH OSOB
4. Oblast KOORDINACE A POSKYTOVÁNÍ SOCIÁLNÍCH SLUŽEB
5. Oblast FINANCOVÁNÍ SOCIÁLNÍCH SLUŽEB
6. Oblast LEGISLATIVY A ODPOVĚDNOSTI VE VEŘEJNÉ SPRÁVĚ
7. Oblast STRATEGIE A ROZVOJE
8. Oblast SBĚRU DAT A STATISTIK
9. Oblast VYHODNOCOVÁNÍ KVALITY SOCIÁLNÍCH SLUŽEB

Dotazníky rozeslal expertům z vybraných organizací ve vybraných zemích, se kterými předtím provedl rozhovor, na základě kterého respondent potvrdil závazek dotazník zpracovat a následně pokračovat ve spolupráci při dalším dotazování, nebo při osobní návštěvě v místě poskytování služeb.

Soupis vybraných expertů a organizací je přílohou této analýzy.

Fáze zpracování analýzy:

1. fáze (únor 2018)

- × studium podkladů a informací o trendech v poskytování sociálních služeb pro osoby s PAS v Evropě
- × přehled evropských zemí s rozvinutými sociálními politikami na podporu osob s PAS

2. fáze (březen 2018)

- * účast na konferenci organizované Autism Europe v Madridu, osobní rozhovory se zástupci organizací a zemí
- * sestavení dotazníku pro poskytovatele služeb nebo aktéry veřejných politik v oblasti autismu

3. fáze (duben 2018)

- * určení zemí, ve kterých bude šetření probíhat, určení organizací a expertů, které/kteří budou osloveny k vyplnění dotazníku, a/nebo rozhovoru, a/nebo osobní návštěvě na místě
- * rozeslání dotazníků do zemí, ve kterých analýza proběhla

4. fáze (květen–červen 2018)

- * podpora osloveným organizacím pro vyplnění dotazníku
- * telefonické a skype rozhovory se zástupci organizací
- * vytipování zařízení k hloubkové případové studii (Dánsko – Hedensted), vycestování do zařízení poskytovatelů sociálních a vzdělávacích služeb v Dánsku
- * sběr dalších podkladů (otevřené zdroje – legislativní a strategické prostředí poskytování sociálních služeb pro osob s PAS ve vybraných zemích), analyzování podkladů

5. fáze (červen–červenec 2018)

- * zpracování pracovní verze analýzy

6. fáze (srpen–září 2018)

- * vydání analýzy

Dotazníkové šetření proběhlo také v Rakousku; doposud však nebylo uzavřeno.

Anglie

Přístup k sociálním službám v Anglii jak pro děti, tak pro dospělé se zdravotním postižením, je založen na potřebě a nikoliv na znevýhodnění (diagnóze). Pokud je dítě zdravotně hendikepované, i když není formálně diagnostikováno, a potřebuje služby popsané v zákoně o chronicky nemocných a invalidních osobách z roku 1970 a podle zákona o dětech z roku 1989, je obec povinna vyhodnotit situaci tohoto dítěte a zjistit, jaké služby potřebuje s ohledem na svá znevýhodnění a postižení.

U dospělých jsou vnitrostátní kritéria tzv. způsobilosti, tedy nároku na službu, stanovena v nařízeních zavedených podle zákona o péči z roku 2014.^{31 32} Tato kritéria stanoví různé oblasti každodenního života, v nichž mohou mít zdravotně postižení lidé (vč. lidí s PAS) potíže, a které je omezují na běžném fungování v životě, a při nichž je zastupitelstvo obce odpovědné za poskytnutí adekvátní podpory. Obec musí podle zákona o péči vyhodnotit situaci každého člověka, který může na základě své aktuální situace potřebovat služby komunitní péče.

Tento princip je ve vztahu k osobám s PAS posílen také prostřednictvím zákona o autismu z roku 2009.³³ Kromě toho je obsažen také v pokynech k výkladu zákona o autismu.³⁴ Ve skutečnosti je formální diagnóza relevantní, neboť při identifikaci potřebné podpory hraje v praxi významnou roli, a slouží pro zastupitelstvo obce jako důkaz o nároku na poskytnutí služby.

Rodičům dětí s postižením je k dispozici oficiální praktický informační manuál, který zprostředkovává informace o možnostech poskytování služeb sociální péče (Getting social care services when your child has additional needs).³⁵ Za sociální péči se pova-

31 www.legislation.gov.uk/ukdsi/2014/9780111124185

32 Místní zastupitelstva jsou povinna:

- podle § 47 odst. 1 zákona o zdravotní péči a péči o komunitu z roku 1990 (a dále také podle zákona o péči z r. 2014) posoudit osobu, která může potřebovat podporu:
- toto posouzení může iniciovat sám občan, nebo poskytovatel služeb,
- tato povinnost se vztahuje také na osoby s PAS, a nerozhoduje, zda byly formálně diagnostikovány,
- tato povinnost se vztahuje také na osoby s Aspergerovým syndromem.

33 www.legislation.gov.uk/ukpga/2009/15/contents

34 assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/422338/autism-guidance.pdf

35 contact.org.uk/media/1159919/getting_social_care_services.pdf

žují „všechny formy osobní péče a další praktická pomoc pro děti, mládež a dospělé, kteří potřebují další podporu“. To může zahrnovat také podporu prostřednictvím místní zdravotní služby (místní pobočka Národní zdravotní služby).³⁶

Oddělení sociálních služeb obcí jsou právně odpovědná za zajištění podpory pro zdravotně postižené děti, ale také jejich sourozence a jejich rodiče/pečovatele. Místní úřady jsou povinny zveřejňovat „nabídku“, jež obsahuje informace o poskytování služeb. Ta musí obsahovat mj. informace o tom, jak mohou rodiče/pečovatelé požádat o vyhodnocení situace dítěte za účelem poskytování služeb.

Obec povinně:

- * vede registr postižených dětí / dětí s potřebou podpory,
- * poskytuje informace o službách pro děti s potřebou podpory,
- * zajišťuje hodnocení a posouzení potřeb zdravotně postižených dětí,
- * poskytuje služby k uspokojení těchto potřeb.

Vyhodnocení potřeb dítěte, ale také jeho sourozenců a pečujících, je podmínkou pro další poskytování služeb. Vyhodnocením potřeb tedy celý proces začíná. Pokud je to potřeba, podpora musí být dítěti a jeho pečujícím poskytnuta bezodkladně, dokonce i před dokončením samotného posuzování. Vyhodnocování by mělo být hotové co nejrychleji, podle zákona však nejdéle do 45 dní.

Za provedení vyhodnocení potřeb je odpovědný a provádí ho pověřený sociální pracovník obce. Některé obce dokonce mají za tímto účelem ustavena oddělení v rámci sociálních odborů, která toto hodnocení provádí. Vyhodnocování potřeb probíhá zpravidla v domácnosti dítěte, se souhlasem rodičů/pečujících. Dotazování jsou všichni členové domácnosti a pečující, a je-li to možné, i samotné dítě. Toto vyhodnocování je označováno jako tzv. „needs-led“ assessment, sociální pracovník tedy zkoumá, jaké služby jsou zapotřebí k zajištění potřeb dítěte i pečujících.³⁷ Lékaři a další specialisté se na vyhodnocování v místě bydliště nepodílejí. Zdravotnické vyšetření a stanovená diagnóza, pokud je přidělena, slouží sociálnímu pracovníkovi jako jeden z podkladů pro vyhodnocování potřeb.

Zatímco jak v případě dětí, tak dospělých, jsou za poskytování sociálních služeb odpovědné obce, za stanovení zdravotnické diagnózy jsou odpovědné tzv. Clinical Commi-

36 Dtto, str. 4.

37 Dtto, str. 13 a dále.

ssioning Groups (CCG; skupiny pro klinické testování – podrobněji dále v textu). Ty po stanovení diagnózy spolupracují s obcí na zajištění podpory a poskytují expertizu pro stanovení adekvátních služeb v souladu s diagnózou konkrétního dítěte či dospělého.³⁸

Přestože diagnóza není podmínkou poskytování služeb, může být pro některé lidi důležitá, stejně jako má zásadní vliv na skladbu služeb, jež mohou být znalostí diagnózy upraveny podle moderních lékařských poznatků. I proto je povinností obcí mít dostupnou diagnostickou službu, ať již přímo ve své struktuře, nebo jinak – např. smluvní spoluprací.

Mezi dostupné služby pro děti patří zejména:³⁹

- × praktická pomoc v domácnosti, jako např. pomoc s osobní péčí o dítě (například při ukládání a zvedání z postele, osobní asistence),
- × vybavení pro odpočinek a volný čas,
- × odlehčovací služby,
- × podpora pro pracovní a společenské aktivity,
- × podpora vzdělávání a vybavení pro vzdělávání, vč. domácího, nebo naopak stipendia pro vzdělávání ve školách,
- × podpora mobility (asistence při cestování),
- × domácí úpravy a zařízení a vybavení pro zdravotně postižené,
- × dovolená a volný čas, oddych,
- × strava,
- × sociální poradenství.

Po vyhodnocení musí být sestaven plán péče. O něm rozhoduje orgán pověřený obcí (odborný panel), stejně jako o souboru služeb, jež budou rodině poskytovány. V plánu je obsažen nejen výčet služeb, které budou poskytovány, ale také doba, po kterou budou potřeba, cíle poskytování služeb, datum dalšího zhodnocení situace dítěte a jeho rodiny. Mezitím však probíhá průběžná kontrola naplňování plánu péče ze strany sociálního odboru obce.⁴⁰ Služby jsou obcí hrazeny buď zcela, nebo jsou klientem spolufinancovány, nebo si je klient hradí sám, vždy s přihlédnutím ke klientově ekonomické situaci a majetku, vč. úspor. Zatímco ceny služeb pro dospělé jsou stanoveny pevně na úrovni celé Anglie, ceny za služby pro děti mohou obce upravovat a vyjednávat o nich s posky-

38 assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/422338/autism-guidance.pdf

39 contact.org.uk/media/1159919/getting_social_care_services.pdf (str. 10)

40 Dtto. Str. 22.

tovateli. Financování sociálních služeb přitom zabezpečují veřejné rozpočty, a to kombinovaně stát a obce. Součástí plánu, jak je uvedeno výše, je i podpora pro pečovatele/rodiče. V případě, že je jejich přínos v domácí péči o dítě s postižením prokazatelný, mají nárok na podporu, včetně finanční podpory k zajištění této péče.

Alternativou k poskytování služeb hrazených přímo z rozpočtu obce za definovaný balíček služeb je tzv. personal budget, neboli osobní účet.⁴¹ Pro jeho využití se rodina může rozhodnout alternativně, a s přidělenými prostředky následně hospodaří, tzn. rozhoduje, jaké služby, a zda v domácím prostředí či v zařízení, zvolí, a za jakou cenu. I v tomto případě tento osobní rozpočet financuje obec, mohou jej však využívat jen ti, jimž je podpora hrazena v plném rozsahu a nemají tedy povinnost spolufinancování. Definitivní rozhodnutí o tom, že osobní účet může být v konkrétním případě využit, dělá opět obecní odborný panel, který posoudí jeho vhodnost v každém konkrétním případě, a to zejména s ohledem na potřeby a kompetence klienta a jeho pečujících.

Důležitým milníkem v poskytování služeb je dosažení věku 18 let dítěte. Před tím je třeba zpracovat nové hodnocení situace dítěte a doporučit nová opatření a služby pro dospělé.

Služby a jejich dostupnost

Služby jsou místně dostupné v obcích, které jejich síť a dostupnost dovedou plánovat v souvislosti s potřebami svých obyvatel odpovědně. To přirozeně nejsou všechny obce v Anglii, tedy dostupnost služeb a naplňování této zákonné povinnosti obcí se místně liší. Nicméně: pokud služba není v místě dostupná, může ji obec zakoupit u jiné obce, ve které je kapacita k dispozici. Tuto povinnost zajišťují všechny obce bez výjimky; to je možné především proto, že správní území obcí v Anglii jsou nesrovnatelně větší, a počty jejich obyvatel vyšší, než v ČR, kde jsou obce samosprávné i s velmi malým územím a počtem obyvatel.

To přirozeně souvisí s čekací dobou na poskytnutí služeb. Vzhledem k velké variabilitě celého systému (vysoký počet služeb, vysoký počet obcí) nejsou k dispozici žádná data o čekacích dobách na poskytnutí služby.

Průzkumy provedené National Autistic Society ukazují, že největší nedostatek služeb pro děti je v oblasti vrstevnických programů, odlehčovacích služeb a programů a služeb pro volný čas dětí. Pro dospělé je největší nedostatek služeb rozvíjejících sociální a pracovní dovednosti a podpory zaměstnanosti.

Plánování dostupnosti služeb je primárně v kompetenci obce. Některé obce však plány nezpracovávají a nedodržují tak ustanovení zákona.

41 Dtto. Str. 26.

Podle zákona o autismu mají obce povinnost vést evidenci osob s PAS a zpracovávat plány rozvoje služeb v závislosti na těchto zjištěních. Jde o plány služeb pro dospělé, specificky zaměřené na oblast autismu. Naproti tomu služby pro děti s PAS mohou být součástí širěji pojatého strategického plánu rozvoje služeb pro děti se zdravotním postižením.

Od přijetí zákona o autismu mají nicméně obce nově povinnost zpracovávat evaluaci sítě služeb a jejich dostupnost každých 18 měsíců. Inspekce, prováděné ke kontrole plnění těchto povinností napříč všemi oblastmi (sociální péče a služby, zdraví a vzdělávání) prokazují, že pravidelná hodnocení vedou ke zlepšování dostupnosti služeb v obcích.

Ještě je nutné dodat, že vedle obecních služeb jsou hlavními poskytovateli sociálních služeb soukromé společnosti, neziskové organizace, charitativní a církevní organizace a státní organizace. I u nich platí, že je stát pro uživatele hradí, pokud jsou součástí plánu péče, a uživatel přitom nemá dostatečné příjmy či úspory na jejich úhradu.

Jak je uvedeno výše, ceny sociálních služeb pro dospělé jsou stanoveny. Naproti tomu ceny služeb pro děti nejsou fixované zákonem, ale jsou ovlivňovány nabídkou a poptávkou, i vyjednáváním mezi objednateli služeb (obcí) a poskytovateli. Náklady na služby pro náročné klienty jsou vyšší. Náklady na sociální služby hradí obce ze svých rozpočtů, z té části daní, které jsou vybírány přímo pro obce.

Rezidenční služby a služby pro osoby s náročným chováním

Pro děti s PAS, zejména s náročným chováním, jsou v Anglii velmi dobře dostupné rezidenční školy. Děti v nich mohou pobývat celoročně, nebo jen po určitá období.

Pro dospělé s autismem, zejména s náročným chováním, se vyhodnocuje, zda je pro ně vhodnější pobytová sociální služba, nebo domácí péče s podporou. Vládní dokumenty a strategie stále zpřísňují podmínky pro provozování rezidenčních služeb, resp. snižují počty lůžek v jednom zařízení, maximální kapacita by mohla být výhledově v Anglii stanovena na šest lůžek.

Obecně platí, že lidé s PAS mají přístup ke všem službám tak, jako jiní zdravotně postižení lidé. Některé oblasti v Anglii však disponují specializovanými službami na podporu zaměstnanosti pro osoby s PAS. Osoby s PAS (nebo jejich zaměstnavatelé) mohou požádat o financování příspěvku ke mzdě a úpravě pracovního místa, aby vyhovovalo potřebám pracovníka. Spolupracovníkům a vedoucím pracovníkům osob s PAS lze z veřejných prostředků uhradit specifické školení pro spolupráci s osobou s PAS.

Osoby s PAS jsou vhodnými klienty rezidenčních služeb s nízkou kapacitou lůžek. Přestože se do nich postupně stále více přesouvají, platí, že v Anglii byly ještě donedávna nadbytečně umisťovány do zdravotnických zařízení na jednotky ATU (Assessment and Treatment Unit; Oddělení diagnostiky a léčby). Nezřídka se stávalo, že náročné chování bylo vyhodnoceno jako podnět k léčbě ve zdravotnickém zařízení. V současné době je v oddělení ATU více než 2 000 lidí, a asi polovina z nich jsou stále osoby s PAS. Tuto situaci aktuálně řeší vláda prostřednictvím akčního plánu zpřístupnění rezidenčních služeb těmto osobám.⁴²

Zdravotní služby (zdravotně-sociální pomezí)

Vláda vydává každoročně tzv. The Government's mandate to NHS England (Vládní pověření pro Národní zdravotní službu v Anglii).⁴³ Vláda v mandátu pro NHS deklaruje, že zdravotní služby musí být komplexní a dostupné všem, bez ohledu na jejich ekonomickou situaci, a naopak s ohledem na jejich potřeby. Tento mandát vláda každoročně obnovuje s tím, že do něj vkládá strategické cíle v péči o zdraví obyvatel na další období. Vláda pověřuje NHS odpovědností za zajištění poskytování zdravotních služeb a služeb péče na území celé Anglie.

NHS (Národní zdravotní služba) je ze zákona pověřena dohlížet na rozpočet zdravotních služeb, jejich efektivní plánování a zabezpečení jejich poskytování, stejně jako za funkční procesy posuzování potřeb klientů („commissioning“).

NHS se skládá z více než 8 300 samostatných organizací, ve kterých pracuje více než 1,3 milionu zaměstnanců. Poskytují zdravotní služby a služby péče více než milionu pacientů každých 36 hodin. Mezi služby, které NHS zabezpečuje, patří mj. primární péče, integrovaná péče (koordinované poskytování více zdravotních služeb dohromady) nebo péče o mentální zdraví obyvatel.⁴⁴ NHS zřizuje pět regionálních komisí pro posuzování a pověřování k poskytování služeb.

Vláda, konkrétně Ministerstvo pro péči a podporu, dále v roce 2015 vydalo metodický manuál pro obce a organizace NHS,^{45 46} kterým podporuje implementaci národní strategie pro dospělé osoby s PAS a implementaci zákona o autismu.

42 www.england.nhs.uk/learning-disabilities/natplan/

43 assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/600604/NHSE_Mandate_2016-17.pdf

44 www.england.nhs.uk/ourwork/

45 Statutory guidance for Local Authorities and NHS organisations to support implementation of the Adult Autism Strategy (Statutární pokyny pro místní zastupitelstva a organizace NHS).

46 assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/422338/autism-guidance.pdf

Od roku 2010 bylo v systému zdravotních služeb přijato velké množství změn. Do systému byly nově zařazeny tzv. Clinical Commissioning Groups (CCG; skupiny pro klinické testování). Pobočky Národní zdravotní služby jsou nově na místní úrovni vedeny právě místními CCG.

CCG systematicky spolupracují s obcemi. Operují na lokální úrovni, čímž se posílila participace obcí a lokálních poskytovatelů nejen zdravotních, ale i sociálních služeb na fungování systému služeb zdravotní péče. Tím se přibližují blíže potřebám konkrétních lidí a individualizaci péče. A zároveň se tím lépe propojují služby organizované obcemi v sociální péči se službami zdravotní péče. To je pro osoby s PAS klíčové.

CCG jsou plně odpovědné za diagnostické procesy a dále za poskytování zdravotnických služeb, zejména primární péče, služby péče v některých nemocnicích, dále služby komunitní zdravotní péče, ale i ambulance a zdravotní služby pro mentálně postižené. CCG naopak nejsou odpovědné za poskytování sociálních služeb (tuto odpovědnost mají – jak je popsáno výše – obce).

Zřízením platformy CCG na místní úrovni se tedy vláda rozhodla podpořit propojení zdravotnické a sociální pomoci, přičemž zdravotnická péče je nadále v kompetenci státu (NHS, CCG), ale sociální péče je v kompetenci obcí. Platformy CCG však dovedou tyto rozdělené kompetence mezi státem a obcemi čím dál efektivněji propojovat.

Nyní tedy platí, že NHS operuje a zřizuje zdravotní služby na národní úrovni, a CCG na místní úrovni. NHS má zároveň povinnost dohlížet na činnost CCG a pravidelně je kontrolovat.

Strategie autismu – implementace a vyhodnocování

Vedle změn, přenášejících odpovědnost a kompetence na nižší patra veřejné správy, mělo rovněž velmi pozitivní efekt přijetí vládní koncepce pro osoby s PAS v roce 2010 a následně v 2014 (Think Autism – Fulfilling and Rewarding Lives, the strategy for adults with autism in England: an update).⁴⁷

Tato strategie je primárně určena k podpoře postupného naplňování zákona o autismu, který upřesňuje činnosti, jež mají jednotlivé orgány veřejné správy, vč. obecních úřadů a obcí jako takových, provádět při zjišťování a naplňování potřeb osob s PAS.

Sarah Lambert z National Autistic Society k tomu dodává: “Budeme pokračovat v naplňování strategií a implementaci zákona. Pravidelně vyhodnocujeme, co se již podařilo naplnit, a co ještě nikoliv. Nyní vidíme, že funkční diagnostika a proces hodnocení potřeb osob s PAS jsou dostupné v podstatě na celém území Anglie. Vedle toho ovšem

⁴⁷ assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/299866/Autism_Strategy.pdf

vidíme, že čekací lhůty na některé služby jsou v určitých částech Anglie nadále výzvou. Přesto je velmi dobrou zprávou, že potřeby osob s PAS jsou mnohem více reflektovány v lokálních sítích sociálních a zdravotních služeb. Přibývá služeb, které reagují na potřeby osob s PAS, roste povědomí o autismu, podařilo se zajistit pokračování financování některých služeb, které byly ohroženy zánikem.“

Jako jeden z klíčových nástrojů sledování naplňování strategií a zákona jsou tzv. sebehodnotící testy (Autism Self-Assessment Exercise).⁴⁸

V roce 2016 byl proveden čtvrtý sebehodnotící test. Účelem testování je pomoci lokálním týmům v obcích vyhodnotit jejich místní strategii pro autismus, resp. její naplňování a konkrétní změny v poskytování podpory lidem s autismem. Testování se provádí pomocí dotazníků, které se rozesílají všem obecním úřadům. Návratnost dotazníků je mimořádně vysoká; ze všech úřadů obcí jich dotazník vyplnilo 95 % (145 ze 152). Obce hodnotí své zlepšení (popř. propad) v 31 oblastech podpory osob s PAS, které jsou popsány ve strategii a plně korespondují s oblastmi zákona o autismu. K hodnocení se užívá vedle kvalitativních popisů a kvantitativních údajů také zhodnocení naplňování jednotlivých agend na škále semaforu (červená-oranžová-zelená). Úřady se sebehodnotí samy, účelem je pomoci úřadům zjistit vlastní vnitřní kapacity k naplňování strategie a zákona. Na své sebehodnocení návazně získávají zpětnou vazbu, jež jim mj. pomáhá získat informace o skutečném stavu jejich kapacit.

Mezi nejdůležitější výstupy z testu v roce 2016 patří:

- * převažují pozitivní zlepšení v provádění hodnocení potřeb dětí a mládeže s PAS, což se mj. projevuje ve zvýšené kvalitě a relevanci tzv. Joint Strategic Needs Assessments (JSNA), které jsou mj. nástrojem ke sběru dat o osobách s PAS a jejich potřebách na místní úrovni. 82 % místních úřadů hlásí, že systematicky a pravidelně tyto informace shromažďuje a využívá,
- * 52 % místních úřadů uvedlo nejvyšší (zelené) hodnocení diagnostického a hodnotícího procesu osob s PAS,
- * 67 % místních úřadů uvádí, že má specializované služby zaměřené na autismus,
- * zlepšila se participace osob s PAS a jejich rodinných příslušníků a opatrovatelů v procesu plánování rozvoje služeb,
- * podařilo se proškolit pracovníky policie, soudů a advokáty o specifikách osob s PAS,

48 assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/621233/Autism_self_assessment_framework_2016_report.pdf

- * dílčí zhoršení bylo zaznamenáno v oblasti školení pracovníků sociálních odborů úřadů o PAS, přesto 17 % místních úřadů hodnotilo způsob školení jako velmi dobrý (nejvyšší, zelené hodnocení), a 63 % zaznamenalo určité zvýšení hladiny informovanosti pracovníků úřadu o autismu,
- * více než polovina místních úřadů (55 %) uvedla, že spolupracuje s jinými místními organizacemi a orgány při realizaci části nebo všech priorit strategie,
- * většina místních orgánů (68 %) intenzivně spolupracovala s NHS a CCG, což napomáhá koordinaci nejdůležitějších autorit v místě,
- * významná většina (93 %) místních úřadů již zavedla strategické řízení a vedení agendy pro dospělé s autismem, 55 % zřídilo pozici koordinátora pro autismus,
- * téměř 2/3 místních úřadů (60 %) již zavedly samostatné provozní vedení služeb pro dospělé s autismem,
- * 22 % místních úřadů již zřídilo jediné kontaktní místo s komplexním poradenstvím a službami pro osoby s autismem,
- * 91 % úřadu uvedlo, že lidé s autismem, kteří nejsou podle zákona o péči způsobilí, mají přesto přístup k podpoře,
- * 9 % místních úřadů přijalo a implementuje místní strategii bydlení se specifickou částí zaměřenou na rezidenční služby pro osoby s PAS,
- * 31 % místních úřadů hodnotilo své služby při podpoře zaměstnanosti pro osoby s autismem jako zelené.

Proces sebehodnocení a hodnocení aktuálně probíhá po páté. Není zaveden primárně jako nástroj kontroly, ale naopak podpory k dalšímu rozvoji.

Legislativa

Od roku 2010 se zásadně změnily statutární pokyny (Statutory guidance for Local Authorities and NHS organisations to support implementation of the Adult Autism Strategy),⁴⁹ které stát vydává pro obce v oblasti poskytování sociálních služeb. Významný vliv na to má právě přijetí zákona o autismu v roce 2009.

Jde o obecnější legislativní princip: jednotlivé zákony, které mají vliv na poskytování sociálních (a také zdravotních či vzdělávacích) služeb, obecně definují povinnosti obcí, které dále zpřesňují vládou vydávané pokyny.

49 www.gov.uk/government/publications/adult-autism-strategy-statutory-guidance

Další posílení role obcí v plánování a poskytování sociálních služeb přinesla novela zákona o péči z roku 2014 (The Care Act 2014)⁵⁰, kterou samotná příloha novely zákona popisuje jako největší systémovou změnu za posledních 60 let. Přináší požadavek, aby obce zcela pokrývaly identifikované potřeby svých občanů v oblasti sociální péče, a věnovaly pozornost také účinné prevenci rizikových situací, zanedbání péče, týrání, apod. Zákon je vystavěn okolo „*well-being principle*“, tedy principu dobrého (kvalitního) života, jenž musí být dosažitelný pro každého.

Poprvé definuje možnost využití individuálního účtu (personal budget) sledujícího individuální potřeby každého jednotlivce a možnosti volby jejich uspokojování.

Zákon o autismu z roku 2009 je zcela v souladu s těmito novými principy v systému, ale je napsán velmi stručně a deklaratorně. Je rozdělen na šest částí, přičemž dominantními povinnostmi, které stanovuje, je pravidelné zpracování, schválení a implementace národní strategie autismu. Současně povinnost zpracovat strategii v oblasti péče o osoby s PAS ukládá také obcím.

Ustanovuje vydávání statutárních pokynů pro obce; tyto pokyny vydává a dozoruje Secretary of State (státní sekretariát vlády), který také obcím poskytuje metodické vedení a řídí je při přípravě a implementaci místních strategií.

50 www.legislation.gov.uk/ukpga/2014/23/contents/enacted

Belgie

V Belgii je zaveden nárok na poskytování sociální služby na základě diagnózy od r. 2004. V tomto roce vláda doplnila autismus mezi kategorie zdravotního postižení „s nárokem na podporu v lékařské, sociální a výchovné péči z fondu pro zdravotně postižené osoby“. Konstatovala, že kategorizace postižení z roku 1967 je „zastaralá a neodpovídá současné realitě“, resp. že „kategorie postižení již neodpovídají vývoji vědeckých poznatků v oboru nebo standardům péče“⁵¹.

Nárok na službu posuzuje tzv. referenční centrum autismu (centre de références autisme).⁵² V Belgii jich funguje celkem 8 (4 ve Flandrech a 4 ve Valonsku a v Bruselu). Od roku 2005 jsou systematicky financovány Národním institutem nemocenského a invalidního pojištění (INAMI – Institut national d’assurance maladie-invalidité).⁵³ Jedná se o veřejné instituce financované a zřizované vládou.

Úkolem center je provádět diagnostiku všech dětí, dospívajících a dospělých s podezřením na vývojovou poruchu autistického spektra. Jedná se tedy o centralizovaný systém diagnostiky. Centra provádějí tzv. diagnostický program, který realizuje multidisciplinární tým složený z neurologa, logopeda, psychomotorického terapeuta, psychologa, psychiatra, sociálního pracovníka a genetika. Výstupem z diagnostického programu je doporučení konkrétní podpory, vč. služeb v tzv. koordinovaném programu. Centra mají dále za úkol organizovat a koordinovat zajištění financování této podpory.

Součástí koordinačního programu je také vypracování intervenčního plánu pro klienty s PAS. Centrum dále koordinuje naplňování tohoto intervenčního plánu, a to ve spolupráci s blízkými a ošetřujícími osobami. Úkolem centra je podrobně informovat rodinu a pečovatele o tom, jakou formou autismu klient trpí, připravit rodinu a pečující na jeho projevy a doporučit jim vhodnou formu péče a podpory klienta. Centrum dále provádí návaznou rediagnostiku, resp. posuzuje pokrok u klienta, který zaznamenává do zpráv.

Ve spolupráci s rozličnými službami a poskytovateli péče (asistence, domácí péče atd.), se koordinační centrum snaží udržet klienty v domácí péči. Až pokud to již není možné, navrhuje pobytové sociální služby. Při doporučování vhodných služeb vždy přihlíží k odbornému názoru ošetřujícího lékaře. Podpora, péče a další opatření jsou poskyto-

51 www.lalibre.be/actu/belgique/l-autisme-reconnu-comme-handicap-51b882bae4b0de6db9a9f318

52 www.participe-autisme.be/go/fr/trouver-des-ressources/le-guide-pratique/fiche.cfm?id=6&question=45

53 www.inami.fgov.be/fr/inami/Pages/missions-inami.aspx#.WwWZWu6FOM-

vány prostřednictvím návštěv v domácím prostředí a jednorázových schůzek. Centrum garantuje klientům absolutní rozhodovací pravomoc a svobodnou volbu při rozhodování o vhodné skladbě služeb.

Na konci procesu stanovení diagnózy jsou centra povinna napsat dvě souhrnné zprávy: první pro koordinátory poskytování služeb (regionální agentury), potažmo pro poskytovatele sociálních služeb (především neziskové organizace), druhou pro diagnostikovanou osobu a její rodiče nebo pečující.

Diagnostické a koordinační služby center jsou pro klienty zdarma. Návazné služby jsou klienty spolufinancovány, nárok na částečnou či plnou úhradu služeb se odvíjí od jeho identifikovaných potřeb, ale záleží také na jeho osobních zdrojích a na aktuálně dostupných veřejných zdrojích. Pro stanovení rozsahu nároku slouží tzv. hodnotící tabulky.

Služby v provinciích

Od r. 2004 byly v Belgii některé kompetence v oblasti zdraví a sociální pomoci převedeny do regionů. Část kompetencí se tedy přenesla z národní úrovně referenčních center autismu na provinciální úroveň. Síť referenčních center autismu zůstala především diagnostická úloha, nadále také navrhuje vhodnou skladbu služeb pro každého klienta, a později provádějí rediagnostiku. Za poskytování služeb jsou však odpovědné jednotlivé provincie.

Například Valonsko proto založilo organizaci veřejného zájmu, která na celém území provincie spravuje činnost v oblasti zdravotních a sociálních služeb, rehabilitací, ale také např. některých sociálních dávek. Jde o agenturu AViQ (Agence pour une vie de qualité - Agentura pro kvalitní život)⁵⁴. Na obecné úrovni agentura odpovídá za naplňování hlavních cílů sociálních a zdravotních politik ve Valonsku, koordinaci služeb i administrativu.⁵⁵

AViQ zřizuje celkem sedm regionálních kanceláří, jejichž úlohou je přijímat a zpracovávat všechny žádosti předložené osobami se zdravotním postižením, kteří mají bydliště v oblasti jejich působnosti. Každá kancelář má přijímací jednotku, která je zodpovědná za informování a poradenství klientům o dostupných službách a pomoci.

Agentura zřizuje specializované multidisciplinární týmy, které přebírají z referenčních center jednotlivé žádosti a navržené intervence, zjišťují, zda má daná osoba na pomoc skutečně nárok, popř. doplňují dokumentaci klienta o další nezbytná zjištění pro rozhodnutí, které následně činí krajský úřad.

54 www.aviq.be/handicap/

55 Bruselský region pověřil touto činností agenturu PHARE.

Multidisciplinární týmy jsou sestaveny z lékařů, psychologů, sociálních pracovníků, pracovních terapeutů a dalších profesionálů. Následně tyto týmy také vyhodnocují efektivitu a úspěšnost intervence a mají možnost navrhnout změny v intervenčním plánu každé jednotlivé osoby se zdravotním postižením.

Při plánování poskytování služeb tedy referenční centra autismu úzce spolupracují s regionálními agenturami (AViQ a PHARE).

Na webových stránkách „*Valonská wikipedie pro osoby se zdravotním postižením*“⁵⁶ (oficiální informační stránky regionu pro osoby se zdravotním postižením) je na první stránce k dispozici odkaz na vyhledání pomoci u nejbližší pobočky AViQ. Je zde také výčet dostupných služeb, o které může klient požádat v závislosti na svém handicapu. Jde zejména o služby včasné intervence, pomoci při integraci, služby doprovodu, rodinné podpůrné služby, podpůrné služby pro každodenní život, odlehčovací služby, služby na podporu zaměstnanosti, služby bydlení pro děti, mládež i dospělé, denní a noční stacionáře, atd. Současně je na stránkách popsáno, jaké podmínky musí žadatel splnit, aby byl oprávněn služby čerpat.

Poté, co se klient přihlásí k některé ze sedmi regionálních kanceláří AViQ, je pozván na osobní schůzku k přezkumu jeho diagnostického zjištění a návrhu podpory. Pracovník AViQ následně doporučuje využití konkrétních služeb. V případě pobytových služeb následuje ještě další setkání s upřesněním poptávky a následným zařazením na čekací listinu k uvolnění potřebné kapacity.

Součástí systémových změn v přenosu odpovědnosti za poskytování sociálních služeb na úroveň provincií bylo obnovení činnosti tzv. subregionálních komisí, jež jsou organizovány na principu spolupráce občanů (klientů), organizací a veřejných institucí a jsou partnerem veřejné správy.

Jejich posláním a působností je zejména:

- × mapovat a zjišťovat potřeby osob se zdravotním postižením v území,
- × identifikovat zdroje, jež jsou využitelné na podporu osob se zdravotním postižením,
- × napomáhat spolupráci a koordinaci sociálních a zdravotních služeb zaměřených zejména (nikoliv však výlučně) na osoby s postižením,
- × navrhovat úpravy politiky podpory osob se zdravotním postižením,
- × rozvíjet inovace v oblasti podpory osob se zdravotním postižením, připravovat a realizovat projekty.

⁵⁶ wikiwiph.aviq.be/Pages/Demander-une-aide-%C3%A0-l%27AViQ-branche-Handicap-pourquoi-et-comment.aspx

Subregionální komise pracují vždy v konkrétním vymezeném území. Fungují na principech otevřené spolupráce, partnerství a konzultací. Mohou zakládat pracovní skupiny. Na svých internetových stránkách vyzývají občany, rodiny a pečující ke spolupráci, pořádají nábory.

Ačkoliv je tato struktura spolupráce velmi participativní a otevřená, nejsou subregionální komise dostatečně reprezentativní a funkční ve všech oblastech. Někde pracují spíše formálně, zatímco jinde jsou skutečným hybatelem rozvoje služeb i spolupráce mezi veřejnou správou a občany.

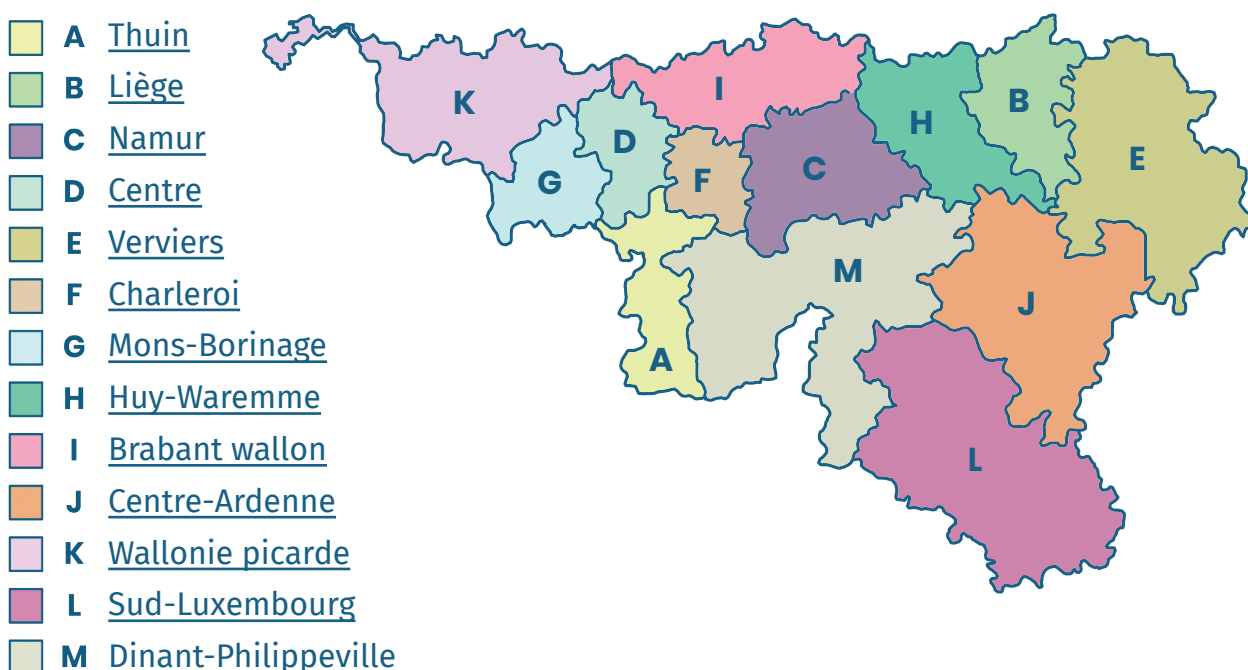
Subregionální komise jsou zřizovány zpravidla na 5 let, po této době jsou znovuobnovovány.

Jsou složeny z těchto kategorií členů:

- * osoby se zdravotním postižením, jejich rodiče nebo jejich zástupci (sdružení),
- * osoby ze specializovaných služeb (speciální vzdělávání, služby pro osoby s PAS),
- * lidé z obecných služeb (obce, nemocnice, ostatní sociální služby, společnosti provozující sociální a veřejné bydlení).

Subregionální komise jsou nezávislé, využívají však koordinační a administrativní podporu správy společností AViQ a PHARE. AViQ a PHARE jsou současně metodickým vedoucím práce komisí a zároveň díky nim mají komise velmi úzký kontakt se zástupci klientů, rodičů, rodičovských organizací a dalších poskytovatelů služeb.

Mapa 13 subregionálních komisí:



Dostupnost služeb

Podle Isabelle Resplendino z občanského sdružení rodičů pro Rozvoj Osob s Poruchou autistického spektra (APEPA) nejsou místně dostupné všechny druhy sociálních služeb nezbytné pro klienta podle jeho diagnózy. Např. ve Valonsku jsou služby dostupné jen v jeho některých částech, v Bruselu je služeb celkový nedostatek. Největší aktuální problém představuje neexistence referenčních center autismu ve dvou provinciích, a to konkrétně Namur a Lucemburk. Referenční centra jsou přitom veřejným orgánem, který svým rozhodováním de facto vytváří základní rovnováhu mezi poptávkou (vydaná diagnostická rozhodnutí se stanovenými nároky na služby) a nabídkou (podíl na financování služeb z veřejných rozpočtů) služeb. Pokud referenční centrum v provincii chybí, síť služeb je nahodilá, a neexistuje žádná odpovědná instituce, která by nedostatek služeb mapovala a řešila. Otevření obou chybějících center je v současné době v plánu.

Liší se také čekací lhůty na zajištění služeb, a to zejména podle jednotlivých provincií, a také podle druhu služby. Čekací lhůty se pohybují od několika měsíců do několika let. O několik měsíců se zpravidla jedná v případech diagnostiky a včasné (rané) intervence. Několikaleté čekací lhůty jsou naopak při zajišťování ubytování či chráněného bydlení.

Celoplošně tedy neexistuje rovnováha mezi poptávkou a nabídkou služeb. Na všech úrovních veřejné správy však je prováděna kontrola dostupnosti; na národní úrovni ji provádí Národní institut zdravotního pojištění a zdravotně postižených (INAMI), na úrovni provincií pak agentury (Ve Valonsku to tedy je AviQ). K dispozici nejsou žádná data o počtu osob s poruchou autistického spektra, výčet jejich potřeb je proto jen velmi částečný. AviQ však vypracoval seznam všech druhů zdravotního postižení a osob s těmito postiženími, které jsou zapsány k čerpání některé služby, což umožňuje poměrně podrobné sledování potřeb klientů a jejich uspokojování, resp. nedostatků v uspokojování.

Specifická pozornost je věnována dostupnosti včasné péče. Naopak podpora rodin a pečujících osob není systémová. V této oblasti fungují neziskové organizace, ne však plošně. Podporu lze hledat například u valonských a bruselských sdružených asociací⁵⁷, které reprezentují zájmy pečujících a rodinných příslušníků osob se zdravotním postižením. Podle Isabelle Resplendino je nedostatek krizových služeb, v zařízeních sociálních služeb chybí pohotovostní místa.

57 www.aidants-proches.be/

Tyto nedostatky v poskytování služeb vyústily v aktivitu vlády, která v dubnu 2016 schválila „*Průřezový plán autismu pro zlepšení kvality života lidí s autismem a pečující osoby*“ (Plan Transversal Autisme Pour une amélioration de la qualité de vie des personnes autistes et de leur entourage).⁵⁸

Hlavním cílem plánu je umožnit individualizaci podpory každému člověku s poruchou autistického spektra po celou dobu života podle jeho potřeb a maximálně umožnit jeho zapojení do společnosti. Plán byl přijat na federální úrovni pro celé území Belgie s tím, že pro jeho jednotlivé části mohou být opatření specificky upravena. Plán je postaven na podrobné inventuře nedostatku v systémovém zajištění podpory osobám s PAS i nedostatku v poskytovaných službách.

V plánu je zdůrazněna potřeba včasného screeningu. Nicméně se zde konstatuje, že autismus „*je v podstatě klinické povahy a v současné době neexistuje žádný přesvědčivý test k identifikaci poruch autistického spektra. Přesto musí být tato diagnostika provedena nejdéle ve dvou letech věku dítěte, nicméně si musíme být vědomi toho, že čím více se diagnostika dělá, tím větší je riziko falešně pozitivních nálezů, což vede ke špatné orientaci v řešení potíží dítěte. To může být stejně škodlivé, jako zpoždění diagnózy. Včasná diagnóza musí zůstat hypotézou.*“⁵⁹

Podle plánu je potřeba posílit kapacity pediatriů a praktických lékařů detekovat potenciální diagnózu PAS. Byla zahájena realizace projektu zaměřeného na výcvik lékařů a dalších pracovníků institucí, kteří jsou v pravidelném kontaktu s dětmi.

Vedle toho se plánuje posilování samotných referenčních center autismu. Větší důraz má být kladen zejména na činnost multidisciplinárního týmu, který vedle kvalitní diagnostické práce může vhodně podpořit samotnou pomoc klientovi a koordinaci služeb. Zvláštní důraz je kladen na informování rodičů a rodinných příslušníků osob s PAS (prostřednictvím webových stránek i jinak), aby měli dostatek informací již při podezření na PAS.

Podle plánu je nezbytné, aby v případě podezření u konkrétního dítěte na PAS zasedl v referenčním centru bezodkladně multidisciplinární tým odborníků a při potvrzení diagnózy zaručil zpracování individuálního plánu podpory. Pozornost je v plánu věnována také přechodovým fázím mezi dětstvím a dospíváním a dále dospělostí klienta s PAS tak, aby na sebe služby pro klienta navazovaly a mezidisciplinárně se propojovaly (rehabilitace, vzdělávání, zaměstnanost, bydlení, atd.).

Tato významná reforma systému však současně vedla k dočasnému zmrazení rozvoje a financování služeb pro osoby s PAS ve valonském regionu na dobu 20 let (žádná

58 phare.irisnet.be/2017/02/03/plan-transversal-autisme/

59 phare.irisnet.be/app/download/6504970662/Plan+Transversal+Autisme-2.pdf?t=1486120075

nově vytvářená místa kromě individuálních dohod o prioritních případech)⁶⁰. Toto zmrazení souvisí se snahou vlády zastavit trvalý nárůst veřejných výdajů na sociální služby. Moratorium valonská vláda později zmírnila a iniciovala realizaci rozvojových projektů. Nicméně celá síť poskytovaných služeb nadále prochází významnou reformní proměnou. Pro představu: v roce 2007, na začátku platnosti moratoria, AViQ ve Valonsku registroval a financoval 400 sociálních služeb, které zaměstnávají necelých 8 000 ekvivalentů plného pracovního úvazku za cca 500 milionů eur ročně.

Financování sociálních služeb

Dominantním poskytovatelem sociálních služeb jsou neziskové organizace. Hlavním zdrojem pro poskytovatele sociálních služeb jsou veřejné rozpočty – národní a regionální. Náklady na služby (služby na podporu rodiny, vybavení domácností, asistenty péče, ubytování, atd.) jsou však spolufinancovány jejich příjemci, a to podle jejich příjmové situace. Veřejné rozpočty zcela hradí služby spojené se vzděláváním, školní přípravou a dopravou do školy. Některé nadstandardní služby, např. logopedie a psychomotorika, jsou financovány tehdy, pokud je dítě zapsáno ve speciálním vzdělávání, nebo v závislosti na diagnóze.

Veřejné financování je tedy dominantní, ale výše spolufinancování je problematická pro domácnosti s nízkými příjmy. Z toho důvodu jsou pro některé klienty ze socioekonomicky znevýhodněného prostředí určité služby nedostupné.

Ceny jednotlivých služeb jsou pevně stanoveny státem.

Co naopak podléhá individuálnímu schválení pro každého klienta, je kombinace těchto služeb, a to na základě tzv. hodnotících tabulek. Jedná se o seznam cca 200 otázek ve strukturovaném dotazníku, které sledují a vyhodnocují míru klientovy sebeobslužnosti, kompetencí a způsobilosti k běžným úkonům. Zjištění z hodnotících tabulek jsou tedy podkladem pro rozhodnutí a schválení o poskytování konkrétních služeb. Příklad hodnotící tabulky – viz odkaz v poznámce pod čarou.⁶¹

Vzhledem k tomu, že neexistuje přehled osob se zdravotním postižením, nelze určit chybějící množství prostředků v systému sociálních služeb. Jediné, podle čeho se lze částečně orientovat, jsou čekací lhůty na poskytnutí některých, zejména pobytových služeb.

Vedle veřejného financování služeb funguje pro určitou část handicapovaných klientů tzv. osobní účet (nebo také účet osobní asistence) – Le budget d'assistance perso-

60 pro.guidesocial.be/articles/actualites/awiph-levee-partielle-de-moratoire.html

61 www.aviq.be/handicap/pdf/awiph/projets_nationaux/logement/outils/2008grilleevaluationlogementsapha.pdf

nnelle (BAP)⁶². Nejde o příjem, ale o roční rozpočet vyčleněný pro konkrétní zdravotně postiženou osobu nebo jejího zákonného zástupce. Tuto částku určí AViQ (PHARE). BAP umožňuje osobám se zdravotním postižením zůstat v domácím prostředí, organizovat každodenní život podle svých potřeb a očekávání. Klient identifikuje své potřeby a volí služby i poskytovatele, které je naplňují. S účtem hospodaří samostatně.

BAP naopak nelze použít k léčbě, terapii nebo lékařskému vyšetření a ošetření, materiální pomoci, či k podpoře ve vzdělávání. BAP nelze čerpat, pokud je klient hospitalizován v nemocnici, pobývá v rehabilitačním středisku, nebo čerpá rezidenční službu schválenou agenturou.

Klient nehospodaří s prostředky, ale s virtuálním účtem, jenž je limitován výší schválené pomoci. Není nárokový a je určený jen pro osoby, které zůstávají v domácím prostředí. Podléhá schválení agenturou EVA (Association de bénéficiaires du budget d'assistance personnelle; Sdružení příjemců osobních rozpočtů), která účty administruje.⁶³

Částka vynakládaná na „rozpočet osobní asistence“ je vyhodnocována na základě analýzy potřeb postižené osoby. Rozhodnutí agentury stanoví dobu trvání intervence a maximální roční částku. Maximální roční úhrady a postup výpočtu finančního příspěvku pro příjemce jsou stanoveny vyhláškou ministerstva. Úhrady není možné mezi sebou kombinovat.

Jsou odstupňovány takto:

- × pro denní i noční asistenci: 35 000 €,
- × pro denní a víkendovou asistenci: 20 000 €,
- × pro denní asistenci: 15 000 €,
- × pro pomoc při dopravě a cestování: 5 000 €.

Posilování principu subsidiarity a přenos kompetencí v sociálních službách ze státu na nižší správní celky nejsou v Belgii tak silné, jako v některých jiných sledovaných zemích. Lze říci, že nejzásadnější roli v systému mají referenční centra, která sice působí v regionech, ale jsou zřizována a financována státní institucí Národním institutem nemocenského a invalidního pojištění (viz výše). Zásadní roli mají také regionální agentury, které si jednotlivé provincie zřizují, nebo pověřují koordinací služeb pro klienty. Jsou to nejčastěji neziskové organizace. Ty jsou pro referenční centra hlavními partnery. Rovnováha mezi poptávkou a nabídkou služeb vzniká ve spolupráci referenčních center a regionálních agentur. Role obcí v systému je naopak marginální ve srovnání s neziskovými organizacemi, které jsou hlavním poskytovatelem sociálních služeb.

62 www.eva-bap.be/qu-est-ce-que-le-bap

63 www.eva-bap.be/

Dánsko

Nárok na poskytnutí služby nezakládá samotná diagnóza klienta. Dánská legislativa nárok na péči a službu definuje obecněji, v závislosti na konkrétních potřebách každého člověka. Podklad pro rozsah a financování služeb připravuje sociální pracovník obce, který posuzuje funkční úroveň dítěte/dospělého klienta a jeho skutečné potřeby.

Výše podpory je limitována, a to s ohledem na stupeň zdravotního postižení a také obvyklé ceny služeb, které konkrétní klient potřebuje podle posouzení sociálním pracovníkem.

Dostupnost služeb v čase a místě závisí na akutnosti potřeby. Tj. akutní případy jsou obvykle uspokojeny bez odkladu, pro ostatní může být služba poskytnuta s časovým odstupem. Zároveň je možné vyjednávat poskytnutí služby i v jiné obci/regionu, než v místě bydliště, s tím, že ji uhradí obec, v níž má klient trvalé bydliště.

V roce 2007 Dánsko reformovalo systém veřejné správy a daní. Nadále je veřejná správa organizována ve třech stupních – státní, regionální a municipální. V Dánsku existuje pět regionů a 98 samospráv (měst). Po reformě občané odvádí daně vládě a municipalitám, regiony nemají žádný přímý výnos z daní. To do značné míry ovlivňuje rozdělení odpovědností za financování a poskytování sociálních služeb v Dánsku.

Podle zákona o sociálních službách jsou municipality plně odpovědné za poskytování sociálních služeb v rozsahu, který odpovídá potřebám klienta.

Potřeby klienta stanovuje multidisciplinární tým, ve kterém jsou zastoupeni: sociální pracovník obce, rodiče dítěte nebo opatrovníci dospělého klienta, zástupce poskytovatele služeb. Následně probíhá jednání o uspokojení těchto potřeb konkrétními službami, přičemž odpovědnost za jejich poskytnutí má obec.

Podle zákona o sociálních službách je obec také povinna poskytovat podle potřeb klienta sociální byty. Ty může zajistit sama, nebo je může alternativně zajistit v jiných obcích.

Sociální služby pro osoby s PAS poskytuje obec zpravidla sama. U těžších forem autismu a kombinovaných postižení poskytují služby obvykle regionální samosprávy s tím, že úhradu za služby poskytují municipality.

Ceny (náklady) služeb nejsou obligatorně stanoveny, objednatelé (obce) o nich jednají s poskytovateli (jinými, než obecními; tedy především s regiony) zpravidla 1x za rok, popř. 1x za dva roky. V regionu Midtjylland se využívá systém třech cenových (nákladových) sazeb. Je věcí jednání o úhradě za každého klienta, jaká sazba bude s ohledem

na náročnost jeho potřeb využita. Stejnému zařízení, které zřizuje a provozuje region Midtjylland, tedy obce jako objednatelé služeb pro své občany, mohou platit za různé klienty tři různé sazby, a to vždy s ohledem na náročnost potřeb konkrétních klientů.

Obce postupně samy poskytují stále více služeb také pro klienty s chováním náročným na péči. Jednak se to postupně naučily, jednak si tím snižují náklady na služby (ceny nemusí vyjednávat s regionálními poskytovateli). Obce se tedy postupně pravděpodobně stanou zcela dominantním poskytovatelem všech druhů sociálních služeb.

V Dánsku existuje tzv. Portál nabídek⁶⁴, jehož prostřednictvím může rodina hledat vhodné služby. Portál nabídek nenahrazuje systém navrhování a přidělování služeb, je však pomocníkem zejména pro rodiče, ale také pro sociální pracovníky při hledání vhodných služeb zejména při nedostatku kapacit v místě.

Nabídkový portál shromažďuje informace s nabídkami služeb, je provozován celostátně, registrace poskytovatele služeb na portálu je povinná. Portál je organizován a kontrolován státem.

Podle Dorthy Hölck z organizace Go Between, která pro účely této analýzy poskytla ucelené informace, je v Dánsku největší nedostatek služeb bydlení pro mladé lidi a dále služeb pro rodiny, kde poruchou autistického spektra trpí rodiče.

Pokud jde o monitoring potřeb osob s PAS, neexistuje v Dánsku žádná centrální databáze. Nicméně obce i regiony mají poměrně ucelené informace o potřebách občanů na svých územích, a to zejména díky značné odpovědnosti za poskytování péče a podpory osobám s PAS.

Významnou roli v dohledu nad dostupností služeb má Národní rada pro zdraví a sociální péči. Rada dohlíží nad poskytováním sociálních služeb, včetně hodnocení kvality. Za tím účelem shromažďuje různé druhy informací, a to jak statistických údajů či auditů, tak výstupů z jednání a inspekční činnosti. Spolupracuje s regiony a s pěti pověřenými obcemi – hlavními městy pěti dánských regionů, které mají kompetenci provádět inspekční činnost nad výkonem sociálních služeb v ostatních obcích. Rada za tím účelem vydala mj. Příručku pro inspektory⁶⁵. Pokud má rada podezření na nevyhovující postup při poskytování služeb, je povinna vyrozumět Ministerstvo dětí a sociálních věcí.

Podle § 4 zákona o sociálních službách⁶⁶ je obec povinna zajistit potřebnou nabídku sociálních služeb. Tuto povinnost může plnit samostatně, nebo ve spolupráci s dalšími

64 tilbudsportalen.dk/

65 socialstyrelsen.dk/tvaergaende-omrader/socialtilsyn/redskaber-for-tilsynsforende/redskaber-for-tilsynsforende

66 www.retsinformation.dk/forms/r0710.aspx?id=175036#id5b1f6861-0b25-45d1-9c19-7ffa45bf55f2

obcemi, regiony či soukromými poskytovateli. Podle zákona o sociálním pojištění⁶⁷ je obec povinna konkrétní osobě připravit návrh (nabídku) na poskytování služeb podle jejích potřeb. Tento návrh podléhá schválení obecní radou. V případech, kdy je naléhavě, bezodkladně nutné zajistit službu, vč. pobytové služby, a dosud není schválena vhodná nabídka na poskytování služeb, může být nabídka přijata až na 3 týdny bez souhlasu obce. Pokud to vyžadují zvláštní důvody, může být tato neschválená nabídka použita po dobu dalších 3 týdnů.

Proto jsou obce významně zapojeny do plánování rozvoje sociálních služeb na svých územích. Prakticky to dělá všech 98 obcí v Dánsku. Plánování rozvoje sociálních služeb provádí také všech pět regionů. Jsou totiž poskytovateli služeb, které jsou na obecní úrovni obvykle nedostupné, přestože jejich financování probíhá prostřednictvím individuálních plateb za jednotlivé klienty z obcí. Strategickou úroveň plánování rozvoje sociálních služeb s přesahem do legislativy má na starosti vláda.

Specifická pozornost je věnována včasné péči o děti. Národní rada pro zdraví a sociální péči vydala metodický materiál „*Serviceovens – en tidlig og forebyggende indsats*“⁶⁸ (Zákon o službách – raná a včasná péče), který odkazuje k § 11 odst. 3 zákona č. 573 ze dne 24. června 2015 o sociálních službách, jež mj. definuje povinnost obecního zastupitelstva spolupracovat s rodiči, kteří potřebují bezodkladnou podporu při péči o své dítě. Obecní rada musí nabídnout preventivní opatření pro dítě i rodinu tak, aby uspokojila jejich potřeby. Obec může nabídnout různá podpůrná opatření, založená na poradenství a spolupráci při podpoře rodiny. Může dále rozhodnout o poskytnutí finanční podpory opatrovníkovi, nebo k úhradě jiných výdajů, jež budou preventivně působit ve prospěch zdravého vývoje dítěte.

Obec je dále povinna vedle základního poradenství rodině poskytnout možnost vyšetření a diagnostiky poruch chování, fyzických a mentálních handicapů dítěte. Rodině, v níž je dítě ve věku do 18 let ohrožené na zdravém vývoji, musí obec nejdéle do třech měsíců od identifikace potíží nabídnout podporu sociálním pracovníkem. Pokud se dítě věkem přibližuje dospělosti, obec pro něj zpravidla připravuje jinou, navazující službu pro dospělé. Pokud taková služba není k dispozici bezodkladně, může zůstat v zařízení pro děti až do věku ukončených 22 let.

Obce si nemohou dovolit ignorovat (nenaplnovat) potřeby klientů, a to jednak proto, že jim plnou péči o klienty nařizuje zákon o sociálních službách, dále kvůli silným kontrolám, které provádí ministerstvo/vláda, a konečně také kvůli silnému tlaku médií a veřejnosti, které jsou citlivé na porušení povinností obcí v oblasti poskytování služeb.

67 www.retsinformation.dk/Forms/R0710.aspx?id=194396

68 socialstyrelsen.dk/udgivelser/inspirationsmateriale-serviceovens-ss-11-stk-3

Kromě toho mohou obce poskytovat rodinám klientů s PAS přímou podporu například i na přestavbu domu/bytu pro využití osobou s PAS, na vybavení domácnosti, nebo na trénink a vzdělávání v péči o osobu s PAS.

V metodickém materiálu Národní rady pro zdraví a sociální péči se mj. vyzdvihují přednosti využití včasné intervence z pohledu dítěte a jeho dalšího osobního rozvoje, ale také s ohledem na společenský přínos a ekonomickou efektivitu. Materiál pomáhá přenést ustanovení zákona do praxe obcí, formuluje úskalí včasné péče a navrhuje postupy k praktickému použití včasné péče v obcích, a to s ohledem na její aplikaci v rodinách, v mateřských školách a v dalších zařízeních. Dorte Hölck k tomu poznamenává, že ne všechna zařízení, zejména mateřské školy, dosud nejsou dostatečně připravena poskytovat včasnou péči.

Podle Dorte Hölck je v Dánsku věnována v oblasti sociální péče značná pozornost osobám s PAS. Vyzdvihuje zvýšenou pozornost zejména v regionu Midtjylland. Zmiňuje také iniciativu Centra sociálního rozvoje⁶⁹, jež je zaměřeno na předcházení násilí a násilnému jednání, a to také v kontextu péče o klienty s náročným chováním. Tato iniciativa vznikla v roce 1988, a postupně získala veřejný vliv. Vydala metodiku „LA2“ jako praktický nástroj, který mohou občané a odborníci aplikovat při péči o mladé lidi a dospělé s duševními obtížemi, kognitivními poruchami a sociálními problémy. LA2 je inspirován přístupem Low Arousal⁷⁰. LA2 je zpracován ve třech úrovních – preventivní, pomáhající a vzdělávací. Podle tohoto materiálu lze připravit konkrétní a podrobné plány pro klienty, a to jak na úrovni pečující osoby (neprofesionála), tak pečujícího profesionála. Plány významně pomáhají k dosažení dobré životní pohody, prevenci agresivního a sebepoškozujícího jednání. Pečujícím osobám nabízí podporu pro zvládnutí náročného chování klientů. Metodiku LA2 využívají také některé obce při zpracování plánů podpory pro občany s PAS. Ambivalentně hodnotí Dorte Hölck také snahy o vyšší míru inkluze dětí i dospělých s PAS v posledních letech. Konstatuje, že vedle dobře zvládnutých integračních procesů byla také řada nepodařených, ve kterých klienti s PAS v kontaktu s prostředím nezvládli značná očekávání a výzvy, které na ně prostředí kladlo.

V případě, že klient není spokojen s poskytovanými službami, může se obrátit na VISO (Den nationale videns-og specialrådgivningsorganisation⁷¹) – národní poradenskou organizaci, která může poskytovat jak poradenství v oblasti sociálních služeb a sociální péče, tak zahájit šetření o poskytované službě. VISO však nedisponuje kompetencemi vůči veřejným i neveřejným poskytovatelům služeb, může pouze vydávat doporučení.

69 voldsomudtryksform.dk/nyheder/la-sopra-samarbejdsredskab-bedre-trivsel-mindsket-vold/

70 www.lowarousal.com/

71 socialstyrelsen.dk/viso

Ceny a financování služeb

Sociální služby jsou financovány primárně daněmi, výdaje kryjí obce. Součástí financování sociální péče je podpora dávkami, které rozdělují také obce. Služby poskytované obcemi, regiony a doplňkově také neziskovými organizacemi jsou občanům poskytovány zdarma, bez spolufinancování.

Naopak služby, které poskytují soukromá zařízení na komerční bázi, nejsou v systému hrazeny a úhradu provádí klient. Může k tomu částečně využít zdravotní pojištění.

Ceny za služby nejsou stanoveny mandatorně, ale jsou předmětem jednání mezi autoritami – objednatelem služby (obcí) a poskytovatelem služby (obecním nebo krajským zařízením). Ceny tedy stanovuje veřejná správa vyjednáváním.

Tento proces stanovování cen ve vztahu ke každému jednotlivému klientovi, resp. službám, jež jsou mu rozhodnutím zastupitelstva obce přiznány, může být vnímán jako zárodek systému osobního účtu. Rodina/klient má podíl na rozhodování o poskytovaných službách (v rámci práce multidisciplinárního týmu) a ceny služeb jsou v důsledku vždy stanoveny individuálně. Nicméně klient nemá možnost s prostředky hospodařit, resp. je podle vlastní úvahy deponovat, či naopak spořit.

Lze dovodit, že ceny za služby pro klienty s náročným chováním jsou vyšší, resp. částky, které hradí obce za služby pro klienty s náročným chováním, odpovídají jejich zvýšeným potřebám. Touto cestou jsou kryty i vyšší personální náklady na klienty s náročným chováním.

Případová studie Hedensted – Dánsko

Region Midtjylland poskytuje vedle služeb pro dospělé trpící duševními chorobami také psychiatrické služby pro děti a dospívající. Jde o služby pobytového charakteru, akutní a intenzivní péče, diagnostiky a léčby. Tuto agendu má v regionálním úřadu Midtjylland na starosti Odbor psychiatrie a sociálních služeb, jehož součástí je také Specialområde Autisme.

Specialområde Autisme provozuje celkem 26 zařízení sociální péče. Poskytuje mj. chráněné bydlení, tzv. flexibilní a mobilní bydlení, podporované bydlení, supervidované bydlení, služby vzdělávání a zaměstnanosti, ale také poradenství, konzultace, výzkum, vzdělávání sociálních pracovníků a výuku studentů atd.

Hlavním cílem je poskytovat služby a rozvíjet podmínky pro dobrý život a rozvoj dospělých klientů s autismem. Zaměřuje se na klienty s poruchou autistického spektra kombinovanou s mentální retardací (tzv. chováním náročným na péči). V roce 2018 poskytuje služby více než 300 dospělým klientům s poruchami autistického spektra, kteří jsou buď klienty zařízení, nebo čerpají jiné formy podpory a poradenství, přičemž zůstávají v domácím prostředí.

Specialområde Autisme má celkem 400 zaměstnanců v různých odborných profesích. V oblasti sociálních služeb region Midtjylland po dohodě s obcemi provozuje řadu specializovaných služeb a institucí zejména pro autisty s náročným chováním a kombinovanými poruchami.

Součástí Odboru psychiatrie a sociálních služeb je také Specialområde Børn og Unge (SBU) – „Speciální oddělení pro děti a mládež“, které zabezpečuje péči o děti a dospívající ve věku 0–18 let, s možností poskytování služeb až do věku 23 let. I proto má SBU vedle zařízení pro děti a mládež také dočasné ubytovací zařízení pro dospělé.

Cílovou skupinou SBU jsou děti a mladí lidé s:

- × psychosociálními, kognitivními a emocionálními problémy
- × s duševními poruchami a/nebo fyzickými handicapy
- × s hlubokými nebo specifickými vývojovými poruchami
- × s kombinovanými postiženími, včetně složitých poranění mozku nebo v terminální fázi
- × symptomy RAD (poruchy citových vazeb), poruchami pozornosti a chování, úzkostmi, obsedantně kompulzivními poruchami a Touretteovým syndromem

V regionu Midtjylland provozuje SBU 11 zařízení sociální péče, dvě základní školy a jednu mateřskou školu. Dále poskytuje služby poradenství a péče v rodinách klientů a podporu zaměstnanosti.

Celková kapacita zařízení SBU je 125 převážně pobytových a v menší míře respitních míst pro děti a mládež ve věku do 18 let a 20 míst pro mladé dospělé ve věku do 23 let. Dále 14 míst ve škole a 6 míst v mateřských školách. K zajištění tohoto rozsahu služeb působí v SBU celkem 400 zaměstnanců.



Zařízení Bækketoft pro dospělé klienty s chováním náročným na péči v Hedensted Bækketoften je 24/7 pobytové zařízení pro dospělé s diagnózou poruchy autistického spektra kombinované s dalšími poruchami ve formě těžké mentální retardace, často bez slovního jazyka. Provozuje jej právě Specialområde Autisme ve městě Hedensted.

Klienti zařízení potřebují intenzivní podporu pro zvládnutí každodenních základních činností i pro rozvoj základních dovedností. Pro každého klienta je sestaven individuální plán. Velká část aktivit, které pracovníci zařízení dělají s klienty, se uskutečňuje

jako podpora 1:1 (pracovník:klient) v bytech (apartmánech). „Zaměstnanci se zaměřují na vytváření struktury, předvídatelnosti a bezpečnosti v každodenním životě klientů. Ústředním bodem přístupu Bækkeoftenu je podpora rozvoje vlastních zdrojů a kompetencí jednotlivce tak, aby získal větší nezávislost navzdory pokračující (narůstající) potřebě významné podpory. Zaměstnanci zařízení sledují dílčí pokroky klientů a věnují zásadní pozornost předcházení stresu klientů. Pracují interdisciplinárně v týmu psychologů, pedagogů, pracovních terapeutů a sociálních pracovníků.“⁷² Klienti jsou v zařízení zpravidla celoživotně, jejich pobyt v něm není nikterak limitován.

Region Midtjylland patří mezi nejodpovědnější poskytovatele služeb a služby u něj nakupují také obce z jiných regionů Dánska. Zároveň pracovníci Specialområde Autismo poskytují vzdělávání obcím a regionům v poskytování služeb pro osoby s PAS. Jednou za rok probíhá mezi regionální a obecní samosprávou jednání na úrovni sociálních pracovníků obce a zástupců Specialområde Autismo o spolupráci při poskytování služeb.

Zařízení Specialområde Autismo v podstatě nemají čekací listiny, resp. jsou podle ředitele připraveni uspokojit poptávku kohokoliv, kdo aktuálně potřebuje rezidenční služby, a Specialområde Autismo mu je zajistí, i kdyby k tomu bylo zapotřebí využít nějakou formu „flexibilního“ ubytování. Pokud však rodina klienta chce využít určité specifické služby Specialområde Autismo, např. v některém konkrétním zařízení, může se zařadit na čekací listinu, dokud se v zařízení neuvolní místo. Do té doby mu bude nabídnuta jiná alternativa, nebo může podle vlastního rozhodnutí zatím zůstat v domácí péči.

Ředitel Specialområde Autismo deklaruje, že službu zajistí každému, kdo ji potřebuje. V případě nedostatku lůžek v zařízení zajistí dočasné zázemí (tzv. flexible houses). Specialområde Autismo pravidelně vyhodnocuje nabídku svých zařízení a poptávku klientů ve střednědobém a dlouhodobém horizontu a podle toho plánuje nákup, nájem a rekonstrukci nemovitostí pro svá zařízení.

Všechny služby jsou pro klienty hrazeny z veřejných prostředků. Klienti platí z osobní renty (dávky) příspěvek na bydlení, jídlo a předměty osobní potřeby. Významné investice do nemovitostí a vybavení však bývají hrazeny ze soukromých/nadačních zdrojů. Podle ředitele Specialområde Autismo je zapotřebí s ohledem na narůstající poptávku stále stavět či rekonstruovat nová zařízení a zvyšovat kapacitu.

Pracovníci v zařízení Bækkeoft

Odborní sociální pracovníci a ostatní odborný personál absolvuje ihned po nástupu roční kurz o specifikách autismu. Ostatní, pomocné a asistenční pozice absolvují půlroční kurz. Graduovaní sociální pracovníci totiž nemají specifické znalosti k PAS.

V týmu je 80 % profesionálů se vzděláním. Podle zákona mohou být doplněni o 20 % pracovníků, kteří nemají vzdělání v sociální práci nebo v jiných odbornostech. Do týmu jsou zapojujováni krátkodobí pomocníci, např. na dva až několik měsíců, často výpomoc za mateřskou dovolenou, apod. Absolvují 6 osmihodinových školení a mohou začít pracovat s klienty; mohou klienta doprovázet v jeho denním programu, ten však nemohou samostatně sestavovat.

Průměrná délka zaměstnání profesionála v zařízení je asi 5–6 let. Mzda se pohybuje na úrovni 390 tisíc DK (asi 1 350 tis. Kč) ročně.

Denní program klientů je silně strukturovaný. Všichni klienti v zařízení vykazují náročné chování, někteří z nich nemluví vůbec, jiní komunikují v různé míře srozumitelnosti. Přesto se klienti v maximální míře podílí ve spolupráci se sociálními pracovníky na přípravě programu.

Program je zaznamenáván do nástěnného kalendáře, na který lze pod sebe nalepovat piktogramy jednotlivých činností. Klient má neustále fixovanou strukturu dne a jednotlivých činností. Postupně může přebírat odpovědnost za jejich naplňování a také je jinými piktogramy hodnotit.



Denní program se mění jen minimálně, nicméně se může postupně vyvíjet, mohou do něj být zařazovány nové aktivity, a následně se zkoumá, zda je zařazení nových aktivit produktivní. Jednou za 14 dní se tým pracovníků sejde k poradě, na které projednává všechny jednotlivé klienty zařízení, jejich individuální plány a spolupráci se sociálními pracovníky a dalšími odborníky.

Každý klient má individuální složky nejen s anamnézou, ale především plánem činností a pravidelným záznamem o prosperitě. Pracovníci posuzují také náladu/rozpoložení klienta a na škále zelená-žlutá-červená jej označují a zaznamenávají od složky. To je důležité také při střídání pracovníků ve směnách.

Každý pracovník obsluhuje zpravidla tři klienty, v odůvodněných případech dva, při extrémně náročném chování jednoho. Při náročných aktivitách je podpora klienta vždy 1:1 (pracovník:klient).

Ingeborg Ellegaard, jedna z vedoucích pracovníků v zařízení, k tomu říká: „*Jakmile se nám podaří najít klíč ke klientovi, můžeme sestavit adekvátní program a zásadně minimalizovat klientovo náročné chování.*“



Budova zařízení Specialmødet Autismo v Hedenstedu je relativně čerstvě zrekonstruovaná. Je vystavěna ve tvaru kříže; uprostřed je zázemí managementu a služeb, v jednotlivých křídlech budovy jsou byty/apartmány klientů. Jsou vždy se dvěma vchody – z centra zařízení, ale také z venku. Klienti si mohou samostatně regulovat využití vchodu směrem ven z centra; do apartmánu vstupuje klient zpravidla svým vlastním vchodem, který pracovník nikdy nepoužívá.

Zařízení má kapacitu 8+8+8+6 klientů ve čtyřech traktech budovy. Každý apartmán má vlastní předzahrádku, která je upravena podle potřeb klienta. Buď je ohraničena plotem a živým plotem do výše pasu (u klientů, kteří poptávají vlivy okolí), nebo do výše postavy (u klientů, kteří jsou vlivy okolí rušeni). Apartmány jsou upraveny podle potřeb každého klienta – vybavením, předměty, ale i ochrannými prvky (zejména proti úrazu). Apartmány mají také kuchyňku, a to zpravidla plně vybavenou. Klienti je podle svých možností obhospodařují (např. se podílí na mytí nádobí spuštěním myčky, někteří se v rámci zaměstnání snaží podílet na úklidu umytého nádobí, apod.). U klientů je jak v péči o domácnost, tak v denních činnostech, podporována maximální participace, až samostatnost.

Okolo celé budovy vede asfaltový chodník v šířce asi 1,5 m. Je silně dominantní horizontální stavbou, klienti na něj mohou vstoupit bezprostředně z předzahrádky. Chodník, pracovníky familiárně nazývaný „*highway*“, strukturuje pohyb klientů. Ti jej s oblibou využívají k samostatným procházkám (nebo podle potřeby s doprovodem). Chodník je pro klienty bezpečný, ohraničený prostor, ve kterém se dobře orientují, a to i při návalu stresu, který se pohybem po chodníku často mírní.

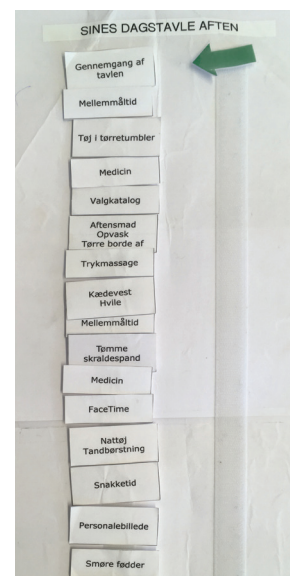
Kolem zařízení je vybudována praktická zahrada s řadou sportovních, pracovních a relaxačních prvků. Tyto prvky mohou klienti využívat v rámci svého denního programu, např. při pravidelných zaměstnáních. K prvkům je doprovází pracovníci zařízení, zároveň však podporují maximální samostatnost klienta při využití prvku.

V budově je samozřejmě instalován sofistikovaný systém alarmu, který se aktivuje zejména tehdy, pokud klient jedná v záchvatu. Pracovníkům, kteří jsou ve službě, signalizuje potřebu akutního zásahu pager, který stále nosí při sobě.

Specialområde Autismo provozuje v Hedenstedu ještě druhé zařízení, které je umístěno v jiné části města, cca 8 minut jízdy na kole. Pracovníci bicykly pro pohyb mezi oběma zařízeními běžně používají.

Toto druhé zařízení nebylo primárně budováno pro účely péče o klienty s autismem, proto je budova vnitřně uspořádána jednodušeji. Tvoří ji široká chodba se vstupy do jednotlivých pokojů. V budově je variabilní společenská místnost, ve které je možné měnit uspořádání a členit prostor tak, aby vyhovoval potřebám jednotlivých klientů.

Klienti v tomto zařízení jsou rovněž převážně osoby s chováním náročným na péči, nicméně vesměs srozumitelně komunikují a dosahují rychlejších pokroků při učení a osvojování nových činností. Proto je zde modifikovaný systém tvorby a naplňování denního programu. Zůstává nástěnný kalendář, ale piktogramy nahrazují slova.



Zařízení má kapacitu 8 stálých klientů a 1–2 respitní pokoje (pro krátkodobé a odlehčovací pobyty). Pokoje pro respitní péči není v systému úhrad mezi obcemi a regiony jednoduché financovat, neboť nejsou dlouhodobě vázány na konkrétního klienta.

V tomto zařízení je přetlak poptávky nad nabídkou kapacit, existuje zde čekací list. Stále přitom platí, že pro každého klienta je neprodleně vyčleněna podle jeho potřeb adekvátní služba, a pokud se klient (jeho rodina) rozhodnou ji nevyužít (např. dočasně zůstat v domácí péči, nebo řešit péči jiným způsobem) a vyčkat na uvolnění kapacity služby v zařízení, které preferují, je to možné.

Vyjednávání mezi obcí a rodinou klienta je běžné, obec a klient se domlouvají na vhodném způsobu poskytování služeb a adekvátním zařízení, ve kterém služba bude poskytována. Rodina může volit mezi nabídnutým zařízením (s odpovídající službou), nebo se nechat zařadit na čekací list jiného, vyhlédnutého zařízení.

Zařízení Fogedvænget AREA pro děti a mládež s chováním náročným na péči v Hedensted

Fogedvænget poskytuje služby denního a nočního stacionáře a chráněného bydlení pro děti a dospívající ve věku 5-18 let, s možností prodloužení poskytování služby do věku 23 let. Cílová skupina jsou primárně děti a mládež s hlubokými vývojovými a tělesnými poruchami, např. poruchami autistického spektra a vzácnými postiženími.

Fogedvænget v Hedenstedu provozuje mj. Dům AREA pro děti a mládež. V zařízení Fogedvænget je práce s klienty založena na metodě Low Arousal. Jedná se o holistický přístup ke klientovi zaměřený na rozvoj jeho vlastních zdrojů a na zajištění předvídatelného a bezpečného prostředí pro každodenní život i nepřetržitý rozvoj mladého člověka.

V zařízení má každý klient vlastní byt (apartmán), což mj. zajišťuje co nejméně komplikovaný přechod do dospělého života, ve kterém by klienti podle svých možností měli být co nejvíce soběstační.

Denní péče probíhá 24 hodin. Je členěna do 9 tarifních pásem podle náročnosti poskytovaných služeb a potřeb klienta. Od ledna 2018 se cenové sazby péče o klienta pohybují od 2 434 dánských korun do 8 006 dánských korun denně. Všechny 9 pásem je definováno výkony v sociálních službách; jde o standardizované popisy služeb poskytovaných

Regionem Midtjylland, a to konkrétně:

- × Děti a mladiství s redukovanými více vadami.
- × Děti a dospívající s mentálním postižením.
- × Děti a dospívající s vývojovými poruchami a mentálními poruchami.
- × Děti a dospívající s výrazným mentálním postižením a tělesným postižením.
- × Děti a dospívající s výrazným mentálním postižením.
- × Mladí lidé s poruchami autistického spektra a s těžkými poruchami chování.
- × Děti a dospívající s těžkým vývojovým postižením a tělesným postižením.
- × Dospělí do 25 let s poruchami vývoje a/nebo tělesnými postiženími a/nebo duševními problémy.
- × Dospělí do 25 let s poruchami autistického spektra a s těžkými poruchami chování.

V zařízení AREA je aktuálně 10 klientů v režimu stálého 24/7 pobytu, a 18 klientů v režimu respitní péče, resp. střídavých pobytů v zařízení a v rodině. Vzhledem k náročnosti chování klientů je dominantní poměr péče 1:1 (klient:pracovník). U některých klientů je poměr 1:2, resp. 1:3. I proto má zařízení 35 odborných pracovníků, z toho 30 se vzděláním v oboru, a 5 v režimu bez oborového vzdělání. Další personál zařízení tvoří podpůrné profese, zejm. učitelé, noční personál, ale také další organizační a administrativní podpora.

O umístění klienta do zařízení rozhoduje podle zákona obec, a to v týmové spolupráci mezi sociálními pracovníky obce, rodiči, popř. neziskovými organizacemi, pokud jsou do podpory vývoje dítěte nějakým způsobem zapojeny. Společně řeší při sledování nejlepšího zájmu dítěte optimální skladbu služeb. Součástí stanovení nároku na služby je také vyjednávání o jejich ceně, kterou zařízení poskytující služby v plné výši uhradí obec. Pokud je to možné, preferuje se – s ohledem na cenu služby – respitní péče. Poskytovaná služba musí být vždy efektivní nejen s ohledem na potřebu klienta, ale rovněž s ohledem na náklady.

V zařízení AREA jsou dětské klienty ve věku od 6 let. U mladších dětí se preferuje pobyt v rodinách, pro děti od dvou let věku docházka do mateřské školy. Od dosaženého šestého roku života dítěte řeší multidisciplinární tým, zda dítě může nastoupit docházku do základní školy, nebo je nutné jej vzdělávat ve specializovaném zařízení SBU.

Multidisciplinární tým pracuje zpravidla od raného věku dítěte, dominantně ve složení sociální pracovník obce, lékař, pedagog mateřské školy, a pokud je zapojen, pak také pracovník neziskové organizace.

Dětské lékařské týmy mají povinnost kontaktovat sociálního pracovníka obce při podezření na zdravotní či jiné komplikace ve zdravém vývoji dítěte. Obec (child protection department) poté zahájí systematickou péči o dítě, jež se odehrává v popsaném multidisciplinárním přístupu. Obec má pravomoc v extrémním případě jednat invazivně v zájmu dítěte, tj. také odebráním dítěte z rodiny do náhradní péče v institucionálním zařízení, prakticky k tomu však přistupuje jen velmi ojediněle, a to jak s ohledem na nejlepší zájem dítěte, tak z ekonomických důvodů, neboť institucionální péče je velmi drahá.

Důvodem, proč v multidisciplinárních týmech pracují pracovníci neziskových organizací jen ojediněle, je fakt, že neziskový sektor nemá v oblasti péče o klienty s PAS dominantní roli. Tu má naopak obec se svými zařízeními, a v případě klientů s náročným chováním ji má region provozující svá zařízení. Neziskové organizace pak fungují jako dílčí doplněk komplexního systému organizovaného a financovaného veřejnou správou. Určitou dílčí roli hrají také soukromá zařízení, která si ovšem za úhradu vybírá zlomek movitých klientů. Páteří síť sociálních pracovníků proto najdeme v obcích a v zařízeních zřizovaných obcemi a regiony.

Ředitel AREA Jesper Christiansen potvrzuje, že mezi poptávkou po místech v zařízení a jejich nabídkou je dlouhodobá rovnováha. Management zařízení ve spolupráci s vedením regionů vyhodnocuje dlouhodobou poptávku a ve svých strategických rozhodnutích tomu přizpůsobuje kapacity zařízení, jež setrvale mírně narůstají. Jesper Christiansen říká: „*Pokud je k nám přiděleno dítě s potvrzenou potřebou péče, kterou mu může naše zařízení poskytnout, prostě jej umístíme. I kdybychom za tím účelem museli dočasně zbudovat nějakou flexibilní kapacitu.*“ Ředitel Christiansen připouští, že i v této oblasti rozhodují finanční prostředky. Pokud například klient ve 22 letech jeho zařízení opouští, nemůže si dovolit udržet nenaplněnou kapacitu a místo musí rychle obsadit. Současně platí, že i obce hledají úspory a snaží se udržet dětského klienta co nejdéle v domácí péči (buď s podporou), než jej umístí do zařízení, resp. než se v některém zařízení uvolní místo.

Spolupráce zařízení s obcí je ovšem velmi úzká. Případová konference ke každému klientovi se koná 2x ročně. Během této konference, které se vedle obecních sociálních pracovníků a pracovníků zařízení účastní také rodiče, jsou stanovena zpravidla 2–3 rozvojové cíle klienta pro následující období. Současně s tím zařízení rovněž 2x ročně sestaví klientskou zprávu, tu předá městu a rodičům. Součástí stanovování rozvojových cílů na další období je také optimalizovaný denní program. Pro sledování vývoje dítěte je vyvinutý specifický software. Vedle toho se pravidelně testuje mentální věk dítěte, což umožňuje dále upravovat a strukturovat intervenční schéma i denní program dítěte.

Stejně jako v zařízení v Bækkeoftenu, v zařízení AREA využívají obdobnou metodu pro strukturování denního programu dětského klienta, ovšem přizpůsobenou potřebám dětí s velmi málo rozvinutými komunikačními schopnostmi. Nástěnný kalendář s piktogramy je doplněn elektronickým zařízením pro komunikaci, připomínajícím dětskou hračku k učení písmen a slov. Klient může své pocity a potřeby vyjadřovat pomocí tohoto zařízení stlačením příslušných tlačítek s obrázky.

V zařízení trvale žijí klienti s velmi omezenými schopnostmi komunikace a velmi náročným chováním. Ředitel Jesper Christiansen k tomu říká: „*Intenzivně pracujeme s úrovní stresu dětí. Naším cílem je minimalizovat stres klienta, a naopak maximálně navozovat pocit bezpečí a klidu. Nechceme používat sílu. Pokud sílu musíme použít, je to vždy naše chyba.*“



V zařízení proto postupně upravili různé postupy, které dříve využívali v domněnání, že jsou pro klienty užitečné. „Například jsme téměř odstranili společné obědy a večeře v jídelně. Ukázalo se, že to některé z dětí silně stresuje. Děti proto mohou obědovat ve svých pokojích, samostatně, s rodiči, nebo s pracovníky, a i to výrazně zvyšuje jejich pocit bezpečí a životní pohody.“



Zařízení je rozděleno do různých sektorů (pro bydlení, pro vzdělávání, volný čas a jiné zájmové činnosti). Každý dětský klient má svůj apartmán, přičemž standardem je vlastní pokoj. Nadstandardem je dvoupokojový apartmán, který se využívá např. pro bydlení dětského klienta, jenž je v zařízení po většinu času, a současně s ním zde hodně času (přes den i v noci) tráví jeho rodiče. Ti zde mají zázemí

postele a osobních věcí, podle potřeby a možností zde nocují a účastní se programu. Apartmán je proto rozdělen na menší pokoj, který je určen pouze pro klienta, a větší pokoj, který slouží jako obývací místnost se zázemím také pro rodiče.

Městský úřad Hedensted

Jak je uvedeno výše, zákonná povinnost v ochraně dítěte je přidělena obci.

Ve struktuře obecního úřadu najdeme oddělení zaměřené na podporu rodiny, dětí a mládeže. Vedle toho však funguje ještě specializované oddělení pro zdravotní handicap a psychiatrii. Toto oddělení má v kompetenci také agendu PAS.

Pro dospělé klienty oddělení nabízí zejména komplexní poradenství, poradenství a pomoc s příjmy, bydlení a chráněné zaměstnání. Úřad deklaruje individuální přístup ke každému klientovi, jemuž v souladu s jeho potřebami a legislativou nabídne podporu. Její součástí může být také jednorázová nebo dlouhodobá podpora, prostřednictvím dávek nebo grantu, pokrývající výdaje vzniklé v souvislosti s postižením, resp. integrací do života. Grantová podpora je určena také pro specifickou jednorázovou či opakovanou léčbu.

Pro dětské klienty do věku 18 let oddělení nabízí nejen poradenství a finanční podporu a pomoc, ale také celou řadu „měkkých“ služeb, jako je zejména mentoring pro pečující rodiče (prostřednictvím rodinných poradců). Oddělení organizuje také odlehčovací služby, při kterých si pečující rodiče mohou krátkodobě ulevit ze zátěže náročné péče. Oddělení nabízí pobyty pro děti na víkend, ale také během všedních dnů nebo i prázdnin.

Oddělení také organizuje síť spolupráce rodičů dětí s postižením, podporuje výměnu zkušeností rodičů, vzájemnou inspiraci a podporu. Specificky se zaměřuje také na podporu sourozenců dětí s postižením, pomáhá jim zvládnout náročnou úlohu v soužití s handicapovaným sourozencem.

Na první stránce webu je umístěn odkaz na standardy kvality péče, které byly naposledy aktualizovány v roce 2016 (Kvalitetsstandarder - Børn og Familie⁷³). Podle nich má město Hedensted povinnost usilovat o včasnou a systematickou pomoc dětem podle jejich potřeb a nejlepších zájmů a na podporu jejich dalšího rozvoje. Standardy kvality jsou nástrojem úřadů města k zajištění garantované úrovně služeb, ale také k vytvoření koherentního přístupu politického a úředního aparátu města k zajištění péče a služeb pro občany města. Standardy definují nejen kvalitu služeb, ale také to, komu jsou služby určeny, jak probíhá spolupráce obce s rodinou a klientem a se zařízeními poskytujícími péči.

Činnost obou oddělení, které mají dětské klienty v kompetenci, přibližuje Marianne Holst Støjberg, vedoucí týmu Børnehandicap zaměřeného na zneužívané děti.

Na městském úřadě působí celkem osm sociálních pracovníků. Mají základní přehled o všech dětech v Hedenstedu, ovšem nejsou s to provádět samostatnou depistáž do rodin. Nejčastěji proto intervenují a pomáhají na vyzvání od rodičů, ze školy, nebo od lékařů. Poté, co jsou upozorněni na konkrétní dítě, provádí šetření. Zjišťují informace od rodičů, od lékaře a ze školy. Podle této první anamnézy rozhodují o potřebě podpory a konkrétních služeb.

Podpora může být poskytována krátkodobě, nebo dlouhodobě či trvale. Vedle služeb je často využívána finanční pomoc prostřednictvím dávek (zejména náhrady mzdy pro rodiče pečující o dítě). Umístění do zařízení je alternativou, kterou volí jako poslední řešení, pokud to odpovídá nejlepšímu zájmu dítěte. V současné době má oddělení v péči cca 250 dětí, z nichž většina je v domácí péči.

Specifická péče je poskytována dětem ve věku 16-17 let. V tomto období jsou děti připravovány na přechod do dospělosti, multidisciplinární tým se proto schází 3x ročně. Plánují se rovněž optimální kapacity služeb, které bude klient potřebovat v dospělém věku, vč. případného místa v bytovém zařízení pro dospělé klienty.

Podle Marianne Holst Støjberg si některé služby dokáže město Hedensted zajišťovat samo, ale zejména služby pro náročné klienty čerpá (nakupuje) od regionu Midtjylland. Město Hedensted tedy provozuje také vlastní zařízení. „Úhradu nákladů na služby pro-

vedeme vždy, ať už je klient v městském, nebo regionálním zařízení. Vždy si však musíme být jisti, že jde o efektivní výdaje, které jsou v souladu s nejlepším zájmem dítěte,“ popisuje Marianne Holst Støjberg.

Kapacita a dostupnost služeb je podle ní adekvátní. *„Pokud na základě doporučení multidisciplinárního týmu rozhodneme, že dítě potřebuje trvalou pobytovou službu, nebo jinak termínovanou pobytovou službu, musíme místo zajistit. Potřeby dítěte musím uspokojit. Nelze potřebu definovat, a pak ji nenaplnit.“*

Marianne Holst Støjberg zdůrazňuje přednost péče o dítě v domácím prostředí. *„Poskytujeme masivní podporu rodičům a pečujícím. Nejde jen o náhrady mzdy, ale jde i o metodickou podporu rodinám a pečujícím, a o odlehčovací služby. Naši pracovníci dochází do rodin, metodicky pomáhají, ale také přímo v domácnosti přebírají na určitý čas péči o klientské dítě, aby si rodiče mohli ulevit a odpočinout.“*

Podle Marianne Holst Støjberg mají sociální pracovníci dobrou pozici. Patří mezi respektované profese s dobrou reputací a relativně vysokým společenským statutem.

Irsko

Irsko má ve srovnání s ostatními zkoumanými zeměmi poměrně centralizovaný systém posuzování potřeb osob se zdravotním postižením a poskytování a financování zdravotních a sociálních služeb pro zdravotně postižené.

V roce 2004 byl zřízen zákonem o zdravotní péči „*Výkonný zdravotnický servis*“ (HSE - Health Service Executive). Jedná se o národní instituci, která je odpovědná za poskytování a financování zdravotních a sociálních služeb pro všechny občany žijící v Irsku. HSE zřizuje a vede Ministerstvo zdravotnictví, jež je vedle zdravotnických služeb odpovědné současně také za poskytování a financování sociálních služeb v Irsku.

Zřízením HSE došlo ke sjednocení poměrně složitého a roztržitého systému služeb. HSE nahradila deset regionálních zdravotních rad, regionální zdravotní úřad a řadu dalších různých agentur a organizací. Vznikla velká státní instituce, která je největším zaměstnavatelem v Irsku s více než 67 000 přímými zaměstnanci a dalšími 40 000 v organizacích zdravotní péče. Má roční rozpočet přesahující 13 miliard eur, což je více než jakákoliv jiná organizace veřejného sektoru.

Vedle HSE vláda ustavila za účelem implementace národní politiky a strategií v oblasti zdravotního postižení také The National Disability Unit (Národní fórum pro zdravotně postižené), který je řízen HSE. Národní fórum funguje na vnitrostátní, regionální a místní úrovni s cílem zajistit spolupráci a efektivní plánování, koordinaci, poskytování a vyhodnocování poskytování služeb. Členy fóra jsou zástupci HSE, poskytovatelů služeb a uživatelů.

Výše prostředků, které vláda alokuje pro zdravotní a sociální služby⁷⁴ (a tedy i pro HSE), se vždy odvíjí od předchozího roku s odpovídajícím navýšením vycházejícím ze zásady přírůstkového rozpočtování. Na úrovni vlády lze také rozhodovat o přidělení zvláštních prostředků konkrétním programům, včetně programu pro zdravotně postižené osoby. Jako klíčový podklad slouží roční národní plán služeb, který je HSE každoročně povinna vypracovat. Tento plán musí být také schválen ministrem zdravotnictví. Plánování rozvoje služeb v návaznosti na jejich financování je tedy rovněž centralizované.

Tento mechanismus financování přirozeně neodráží potřeby uživatelů služeb v plném rozsahu. Zároveň konzervuje síť služeb ve stavu, který je v určité rovnováze z předchozích období. Prakticky to znamená, že služby, které jsou již podporovány, budou pravděpodobně financovány i nadále, a naopak služby, které vznikají nově, mohou mít s financováním potíže. Mezi HSE a poskytovateli služeb existuje relativně formalizovaný vztah, reprezentovaný dohodou, podle které se řídí vzájemné ekonomické vztahy nutné

74 health.gov.ie/wp-content/uploads/2014/03/VFM_Disability_Services_Programme_2012.pdf

pro funkční a spravedlivé financování sociálních služeb. Podle této dohody se stanovují očekávané výsledky a ukazatele výkonnosti služeb, jež strukturují financování jednotlivých poskytovatelů a jejich služeb. Tento mechanismus financování je rovněž v určitém nesouladu s trendy reprezentovanými tzv. New Directions (viz dále), neboť se a priori nesoustředí na potřeby individuálních klientů, ale pracuje s kapacitami sociálních služeb.

V HSE je ustavena tzv. Divize sociální péče⁷⁵, která řídí poskytování služeb zejména pro seniory a osoby se zdravotním postižením. Podle dat, které má HSE k dispozici z censu 2011, má 13 % obyvatel Irska nějakou formu zdravotního postižení. I proto se poptávka po všech typech služeb včetně bydlení a odlehčovacích služeb kontinuálně zvyšuje. V databázích uživatelů služeb lze dohledat, že celkem 15 tisíc klientů služeb v současné době poptává změnu či zvýšení podpory v sociálních službách, z toho dvě třetiny v denních (ambulantních, odlehčovacích) službách.

Podle Briana McDonalda z organizace Ability West, který pro účely této analýzy poskytl rozsáhlé informace, však sociální divize HSE není zcela dostatečně připravena reagovat na potřeby osob s PAS, resp. na osoby s náročným chováním a potřebou zvýšené míry podpory. HSE zpravidla nevyjednává o rozsahu péče a objemu finančních prostředků nutných k jejímu zabezpečení přímo s klientem či jeho rodinou, ale pouze s poskytovatelem. Přitom hledání adekvátní služby pro osobu s PAS je často věcí samotné rodiny či pečujících, kteří s poskytovateli vyjednávají o jejich kapacitě a připravenosti klienta do služby přijmout a zabezpečit jeho potřeby. Přesto se rodina/pečující jen zřídka dostanou do kontaktu s HSE, aby mohli o úhradě vyjednaných služeb také vyjednávat. I tím se Irsko liší od ostatních sledovaných zemí, které se naopak snaží klientovi vytvořit prostor pro jednání o skladbě a poskytování služeb s odpovědným pracovníkem obecní nebo regionální samosprávy.

Další omezení v dostupnosti služeb představují finanční prostředky, ať už jsou poskytovány přímo klientovi, nebo poskytovateli sociálních služeb. Podle Briana McDonalda je výše poskytovaných prostředků limitována, a to i v případě, že jsou prokázány potřeby konkrétního klienta, jež nemohou být bez dalšího finančního příspěvku naplněny. Zároveň však platí, že jakmile HSE schválí podporu pro konkrétní službu (je zařazena do plánu), pak bude financována. Při každoročním sestavování plánu HSE vyvíjí úsilí, aby v plánu reagovala na nepokryté potřeby klientů a zajišťovala dostupnost služeb v bydlišti klientů. To se týká zejména denních a respitních služeb. Systém však není dostatečně dynamický, aby dokázal promptně reagovat na měnící se potřeby klientů, ať už ve struktuře potřebných služeb, nebo na území, ve kterých jsou zapotřebí.

Podle Briana McDonalda však část klientů není přes veškeré úsilí HSE uspokojena nikdy, a to zejména kvůli nedostatku veřejných prostředků na financování sociálních

75 www.hse.ie/eng/about/Who/socialcare/

služeb. I kvůli tomu vznikla a funguje „*Národní federace dobrovolníků*“⁷⁶, která poskytuje služby osobám s mentálním postižením a do určité míry supluje (či doplňuje) činnost HSE. Současný systém vykazuje podle Briana McDonalda systémové vady také ve financování již poskytovaných služeb, na které prakticky neexistuje ekonomické krytí. V řadě zdokumentovaných případů docházelo a dochází k situacím, kdy HSE schválí konkrétnímu klientovi nárok na poskytování služby, která však není dostupná, nebo na ni není ve veřejném rozpočtu dostatek prostředků. Pokud ji poskytovatel služby přesto začne klientovi poskytovat, může se stát, že nebude uhrazena ani předem, ani ex-post, což generuje rozpočtový schodek HSE. I proto HSE věnuje úsilí efektivnějšímu sběru dat o potřebách klientů, jež bylo systematicky zavedeno od října roku 2017, a které má přispět k lepšímu plánování dostupnosti sociálních služeb a rovnováhy v jejich financování.

Přes závady v dostupnosti sociálních služeb pobytového charakteru je nutné uvést, že v Irsku jsou poskytovány výhradně v malých zařízeních – domovech s kapacitu 4-6 osob, jež jsou umístěny v běžné městské zástavbě. Neexistují jiné, větší či velkokapacitní zařízení pobytového charakteru.

V síti služeb je rovněž značné množství služeb zaměřených specificky pouze pro osoby s PAS. Například v Dublinu a okolí operuje Beechpark Services⁷⁷, jež poskytuje podporu dětem do 18 let, které mají diagnostikované poruchy autistického spektra, ale žádné významné intelektuální postižení. Děti obvykle chodí do běžných předškolních zařízení a základních škol, ve kterých jim Beechpark Services podle potřeby asistují. Poskytují podporu také učitelům. Pro rodiče nabízení rozličné odlehčovací služby a komplexní podporu a poradenství.

Také v oblasti podpory dalšího vzdělávání a vstupu na trh práce je podpora komplexní. Od úrovně středního vzdělávání existují pro mládež se zdravotním postižením specifické podpůrné programy – ať už přímo ve výuce, nebo prostřednictvím stipendií. V Irsku funguje asociace AHEAD (Association for Higher Education Access and Disability – Asociace pro přístup k vysokoškolskému vzdělávání pro zdravotně postižené), jež asistuje studentům nejen při studiu, ale také při přípravě na vstup na trh práce. Úřad pro vysokoškolské vzdělávání (The Higher Education Authority) zřizuje a provozuje fond pro studenty se zdravotním postižením, včetně osob s PAS. Cílem fondu je zajistit, aby se studenti mohli plně podílet na akademických programech a nebyli znevýhodněni z důvodu zdravotního postižení. IASE (The Irish Association of Supported Employment – Irská asociace pod-

76 www.fedvol.ie/Introduction/Default.758.html

77 www.hse.ie/eng/services/publications/disability/a%20guide%20to%20services%20for%20children%20with%20disabilities%20dnc.pdf

porovaného zaměstnávání) nabízí podporu lidem se zdravotním postižením při hledání a udržení práce podle vlastního výběru. Zároveň asistuje zaměstnavatelům při zaměstnávání zdravotně postižených osob a využití jejich potenciálu.

V systému sociálních služeb je naopak podle Briana McDonalda slabé místo, když mladý člověk s PAS přechází do raně dospělého věku. Poskytování služeb pro dítě se přeruší a není obvykle organicky navázáno službami pro dospělé.⁷⁸ Jiným podobně problematickým přechodovým časem je ukončení poskytování služeb rané péče. Po ukončeném šestém roku stárí dítěte totiž záleží, zda, jaké a v jakém objemu má od HSE přiznané sociální služby. A i pokud jsou služby v místě k dispozici v plném rozsahu, nemusí být financovány zcela, bez potřeby spolufinancování klientem, resp. jeho rodiči/opatrovateli.

Hodnocení potřeb

Rodiče dětí se zdravotním postižením mohou získat podrobné informace o možnostech sociálních, zdravotních a vzdělávacích služeb pro své děti na webovém portále Citizens Information⁷⁹.

Každé dítě má v případě podezření na zdravotní postižení nárok na provedení „needs assessment“ (hodnocení potřeb)⁸⁰. Rodiče/pečovatelé se obrátí na místní pobočku HSE a požádají o provedení hodnocení potřeb. To opět probíhá pod vedením HSE, byť jej prakticky vede specialista, který je nezávislý na HSE. S výsledkem hodnocení je seznámen „klíčový pracovník“ HSE, který navrhne vhodnou skladbu zdravotních a sociálních služeb. Rodiče/pečovatelé se mohou proti rozhodnutí klíčového pracovníka, pokud s ním nejsou spokojeni, odvolat.

Zdravotní a sociální služby jsou zpravidla plně hrazeny z rozpočtu HSE, pokud je klient držitelem zdravotní karty (zdravotního pojištění). V opačném případě jim služba nemusí být poskytnuta bezúplatně. Na internetovém portálu Citizens Information se uvádí, že i držitelé zdravotní karty mohou být požádáni o spolufinancování při poskytování některých sociálních služeb, byť není zřejmé, za jakých okolností.

Sociální služby, jež jsou dětem a mládeži k dispozici, jsou podle legislativy pojmenovány „služby komunitní péče“⁸¹. Poskytuje je opět především HSE, nebo případně nezis-

78 www.thejournal.ie/hse-disability-services-3931372-Mar2018/

79 www.citizensinformation.ie/en/

80 www.citizensinformation.ie/en/health/health_services/health_services_for_people_with_disabilities/assessment_of_need_for_people_with_disabilites.html

81 www.citizensinformation.ie/en/health/health_services/care_in_your_community/community_care_services.html

kové organizace s pověřením HSE. Mezi služby komunitní péče se řadí mj. asistenti péče, domácí pečovatelská služba, ale také např. fyzioterapie nebo respitní péče a denní centra.

V Irsku není legislativně ukotven nárok na poskytování sociálních služeb pobytového nebo respitního charakteru pro osoby s diagnózou PAS. Děti mají zákonné oprávnění (zákon o zdravotním postižení, 2005) k posouzení potřeby, ale v důsledku tohoto posouzení neexistuje záruka poskytování služeb sociální péče. Přesto platí, že jakmile je u dítěte diagnostikována PAS, je neprodleně napojeno na služby rané intervence. Na oficiální internetové stránce „*Informing Families*“⁸² lze získat velmi podrobné informace o možnostech podpory pro dítě s diagnózou PAS ve zdravotní, vzdělávací i sociální oblasti. Rozcestník nabízí informace o samotné diagnóze PAS, doporučení ke spolupráci s odborníky, informaci o dávkové a jiné podpoře, na kterou má rodina nárok, a také o službách rané intervence, které jsou pro děti s PAS k dispozici.

Naopak existuje právní nárok na poskytování vzdělání. Pokud byla diagnóza PAS potvrzena pracovníkem HSE, mohou se rodiče/opatrovníci obrátit na specializované oddělení v sekci zvláštního vzdělávání na ministerstvu školství a vědy.⁸³ Oddělení poskytuje finanční prostředky školám v závislosti na počtu a potřebách jednotlivých dětí. Alternativně může být poskytnuto financování pro domácí výuku a rodiče mohou čerpat příspěvek na úhradu pedagogického pracovníka.

Preferuje se zařazování dětí se specifickými vzdělávacími potřebami, včetně dětí s diagnózou PAS, do běžných škol, s individuální podporu podle jejich potřeb. K tomu musí být sestaven individuální vzdělávací plán a zajištěno pravidelné psycho-pedagogické hodnocení, které není určeno k diagnostickým či rediagnostickým účelům, ale pouze pro vyhodnocování úspěšnosti naplňování vzdělávacího plánu a jeho dalším úpravám. Ředitel školy též může požádat o specifickou podporu psychologem a/nebo asistentem pedagoga. Pokud multidisciplinární tým ve spolupráci s rodiči vyhodnotí, že pro dítě není zařazení do běžné školy s podporou produktivní, lze jej vzdělávat ve speciální třídě, jež je součástí běžné školy, ale funguje jako samostatná jednotka – třída o maximálním počtu 6 dětí s diagnózou PAS.

82 www.informingfamilies.ie/information-for-families-of-children-with-disabilities/early-information.194.html

83 autismireland.ie/education/

New Directions

Nedostatky v systému a snaha o další rozvoj segmentu sociálních služeb vedly vládu k přijetí již zmiňovaného dokumentu New Directions (Nové směřování)⁸⁴ – Review of the HSE Day Services and Implementation Plan 2012-2016. Dokument byl zpracováván v konzultaci s odborníky, poskytovateli služeb, ale také jejich uživateli. Představuje masivní analytické zázemí o stavu a kvalitě poskytování služeb pro zdravotně postižené v Irsku.

Podle New Directions poskytovalo v roce 2008 služby 81 organizací celkovému počtu 25 302 uživatelů. Z celkového počtu 817 lokalit, ve kterých byly služby poskytovány, jich HSE pokrývá 244, ostatních 573 pokrývají ostatní organizace a poskytovatelé služeb. 54 % uživatelů služeb jsou osoby s mentálním postižením, 1 % uživatelů tvoří specificky lidé s PAS.⁸⁵ Pro představu, v roce 2007 činil celkový rozpočet denních služeb financovaných HSE 306,7 milionů eur. Kromě toho poskytovatelé získali dalších 21,5 milionu eur na spolufinancování a vlastní financování.

Pro osoby s mentálními handicapem poskytují služby z více než 90 % především neziskové organizace a další poskytovatelé služeb, a to jak s ohledem na tradici v této oblasti (organizace vznikaly v minulosti z iniciativy pečujících rodin), tak s ohledem na trend poskytovat služby pro zdravotně postižené v menších komunitách a malých zařízeních, v domácím či komunitním prostředí.

V sociálních službách dominuje podle New Directions princip individualizace služby. Poskytování služeb je orientováno podle individuálních plánů klientů, služby se přesouvají do malých komunit nebo domácího prostředí, obohacují se o integrační, ale také volnočasové a zábavní aktivity. Rozšiřuje se dobrovolnictví. Výsledkem těchto trendů je vyšší míra začlenění uživatelů služeb do společnosti, ve které hrají smysluplné sociální role.⁸⁶

New Directions dále definují principy pro poskytování služeb, které dále podrobně rozvádějí jako východisko pro systémové změny. **Definují tři základní hodnoty a přístupy:**

- × osobnostní orientace a zaměření na jednotlivce,
- × začleňování do společnosti a aktivní občanství,
- × kvalita služeb.⁸⁷

84 www.inclusionireland.ie/sites/default/files/documents/Reports/new_directions.pdf

85 New Directions, str. 39.

86 New Derecions, str. 43.

87 New Derecions, str. 71.

V implementační části New Directions se konstatuje, že klíčová změna bude kulturního charakteru. „Došlo k významným posunům v kulturních normách, které formují poskytování služeb mezinárodně, i v Irsku. Nejvýznamnější změnou byl přechod od lékařského modelu k sociálnímu modelu poskytování služeb (přesun od léčby ve zdravotnických zařízeních do asistované péče v domácím prostředí s podporou ambulantních a terénních, především sociálních služeb) a uznání základního práva osob se zdravotním postižením být plně začleněni do komunity s nárokem na aktivní občanství.“⁸⁸ V rámci New Directions byl schválen i „*A National Change Management Plan*“⁸⁹, který obsahuje celkem 21 doporučení. Ústřední změny se týkají kvality a dostupnosti služeb, a to pro všech 12 základních služeb.

Národní přehled o autismu

HSE vydala v roce 2012 Národní přehled o autismu (National Review of Autism Services – Past, Present and Way Forward).⁹⁰ Konstatovala, že úlohou HSE je – prostřednictvím poskytovatelů služeb, registrovaných i dobrovolnických – zajistit poskytnutí vhodné služby osobám se zdravotním postižením, vč. osob s PAS, a to včetně financování, od dětského do dospělého života. HSE přiznává, že dostupnost služeb je místně velmi různá a limitovaná. Zatímco na některých místech jsou k dispozici robustní, komplexní a integrující služby, jinde pouze izolované, neúplné a často neefektivní služby. Značná nedostupnost je u pobytových sociálních služeb pro dospělé. HSE se zavázala zmapovat, jaké modely v současné době existují při poskytování zdravotních a sociálních služeb pro osoby s PAS, a identifikovat mezery v dostupnosti služeb. Prozkoumat, jakým způsobem je možné potřeby osob s PAS zaznamenávat systematicky do databáze a posuzovat jejich potřeby.

V dokumentu se uvádí, že osoby s PAS tvoří velmi heterogenní skupinu, což předznamenává potřebu individualizovaných služeb. Poskytování služeb musí brát v úvahu jak tuto individualizaci, tak potřebu celoživotní, kontinuální podpory, kterou lze předvídat a plánovat, přičemž je zřejmé, že potřeby se s věkem silně mění a vyvíjejí.

Naprosto klíčová je včasná diagnostika a poskytování služeb rané péče. Zpráva zdůrazňuje nejen potřebnost individualizace podpory pro konkrétního klienta, ale také jeho rodiny a prostředí, ve kterém žije. Podpora musí být zajištěna kvalifikovanými odborníky a v meziodvětvovém přístupu, jehož podmínkou jsou funkční multidisciplinární týmy, které vede kompetentní klíčový pracovník. Zásadou je přitom poskytování služeb co nejvíce v domácím prostředí klienta, a to – pokud je to možné – i u velmi specializo-

88 Dtto, str. 110.

89 Dtto, str. 162.

90 www.fedvol.ie/_fileupload/Next%20Steps/autismreview2012.pdf

vaných služeb, jež poskytují Týmy primární péče (Primary Care Teams), či poskytovatelé specializovaných služeb pro děti a mládež v oblasti duševního zdraví (Child and Adolescent Mental Health Services).

Dokument zdůrazňuje, že osoby s PAS patří mezi uživateli služeb mezi ty, které nejvíce trpí změnami struktur jejich poskytování i poskytovatelů samotných, a to v přechodových fázích z dětství do dospívání a dále do dospělosti. Dokument popisuje potřebu zajištění plynulého přechodu mezi těmito fázemi a tedy i koordinovaného prolínání a přizpůsobování poskytování služeb v těchto „tranzitních bodech“.

V návaznosti na reformní změny reprezentované New Directions a National Review of Autism Services zorganizovala vláda a HSE v říjnu 2017 jednorázové šetření potřeb osob s PAS. Vznikla národní databáze NASS (National Ability Supports System)⁹¹, která slouží k identifikaci potřeb osob se zdravotním postižením.⁹² Systém NASS je moderní, ale stále je v testovací fázi. Do NASS byly sloučeny dvě dosud fungující databáze – národní databáze osob s mentálním postižením a národní databáze osob s psychickým a smyslovým postižením. Podrobná znalost potřeb osob se zdravotním postižením, včetně osob s PAS, by měla vést k lepšímu plánování rozvoje sociálních služeb a uspokojování potřeb klientů.

Vláda také vydala tzv. National Guidelines on Accessible Health and Social Care Services (Národní směrnice o službách zdravotní a sociální péče)⁹³. Tato směrnice poskytuje praktické pokyny všem zaměstnancům v oblasti zdravotní a sociální péče tak, aby byly v souladu s novými trendy v poskytování služeb.

Dalším z výstupů implementace New Directions jsou nové standardy poskytování služeb a podpora pro osoby se zdravotním postižením (Interim Standards for New Directions, Services and Supports for Adults with Disabilities)⁹⁴, vydané v listopadu 2015.

91 www.fedvol.ie/HRB_announce_the_merging_of_the_National_Intellectual_Disability_Database_NIDD_and_the_National_Physical_and_Sensory_Disability_Database_NPSDD/Default.2179.html

92 www.hrb.ie/data-collections-evidence/disability-service-use-and-need/how-data-is-collected/

93 www.hse.ie/eng/services/yourhealthservice/access/natguideaccessibleservices/section1.html

94 www.hse.ie/eng/services/list/4/disability/newdirections/interim-standards-for-new-directions-services-and-supports-for-adults-with-disabilities1.pdf

Španělsko

V roce 1982 byl ve Španělsku přijat zákon č. 13/1982 o sociálním začleňování osob se zdravotním postižením, který zavedl podporu formou peněžitých dávek, sociálních služeb a integrace na pracovní trh. O 15 let později jej doplnil zákon č. 51/2003 o rovných příležitostech, nediskriminaci a univerzální přístupnosti služeb pro osoby se zdravotním postižením, který zavedl sankce za porušování zásad rovných příležitostí a nedostupnost služeb pro zdravotně postižené. Podle Confederación Autismo España proto nelze v zákoně a následně ani v praxi nalézt plný nárok na poskytnutí služby osobě, které je diagnostikována PAS, a to mj. proto, že samosprávy v španělských regionech mají nejen výkonnou, ale také zákonodárnou pravomoc, a mohou určitou část legislativního prostředí modifikovat. Naopak plný nárok na poskytování služeb včasné péče mají podle výkladu zákona všechny děti ohrožené na zdravém vývoji do věku 6 let.

Dostupnost služeb

Podle Confederación Autismo España jsou sociální služby obecně poměrně dobře dostupné. Naproti tomu služby specificky zaměřené na osoby s PAS nejsou vždy k dispozici. Dostupnost se liší podle jednotlivých regionů (oblastí/autonomních oblastí), závisí také na legislativě jednotlivých regionů. Výrazné odlišnosti mezi regiony jsou také ve financování služeb, což samozřejmě silně ovlivňuje jejich dostupnost. Podle Confederación Autismo España jsou v některých regionech nedostatky zdrojů na sociální služby. Existují tedy regiony, ve kterých jsou sociální služby pro osoby s PAS dostupné bez prodloužení, a naopak regiony, ve kterých klient na zajištění sociální služby čeká několik let. Nejvíce nedostupné jsou rezidenční sociální služby. Větší nedostatky jsou ve službách pro dospělé klienty.

Confederación Autismo España tvrdí, že významné nedostatky jsou také v dostupnosti včasné péče pro děti. A to jak s ohledem na zdroje, tak na rozdíly v legislativě v jednotlivých regionech. Podle CAE se v některých regionech Španělska dětem v riziku nebo s potvrzenou diagnózou zdravotního postižení nedostává služeb bezodkladné včasné péče, a to přesto, že na národní úrovni je nárok na podporu službou pro děti do 6 let definován. CAE přitom vychází zejména z informací neziskových organizací sdružených v asociacích. Tyto asociace systematicky sledují a hodnotí potřeby lidí s PAS a jejich uspokojování sociálními službami.

Mechanismus sdružování neziskových organizací do asociací je ve Španělsku tradiční. Například Confederación Autismo España sdružuje 62 organizací. Vznikla v roce 1994 a většina jejích členů jsou rodičovská sdružení, některá též odborná a smíšená rodičovská a odborná. Některé asociace vznikly již na začátku 80. let minulého století z pod-

nětu rodičů dětí se zdravotním postižením a osob se zdravotním postižením. Mezi jedny z nejstarších asociací patří například Nuevo Horizonte (působnost Madrid, vznik 1980), Autismo Valladolid (Castilla y León, 1981), Autismo Burgos (Castilla y León, 1984).

Tyto asociace mají v regionech silné, často dominantní postavení a jsou nejbližším partnerem regionálních vlád. De facto organizují poskytování sociálních služeb skrze své členské organizace na regionální i místní úrovni. V podstatě fungují ve všech regionech Španělska, byť jsou mezi nimi značné rozdíly. Na celém území Španělska však platí, že největšími poskytovateli sociálních služeb jsou tyto asociace sdružující neziskové organizace, a organizátorem a donátorem sítě sociálních služeb jsou regionální vlády.

V roce 2013 vydalo Ministerstvo zdraví, sociálních služeb a rovnosti „*Catálogo de Referencia de Servicios Sociales*“ (Referenční katalog sociálních služeb)⁹⁵. Katalog je důležitý i s ohledem na to, že jednotlivé regiony mají poměrně velkou legislativní nezávislost, jež se silně projevuje také v oblasti sociálního zabezpečení a sociálních služeb. Touto cestou se tedy španělská vláda ujímá metodické role, kterou vůči regionům uplatňuje.

Katalogu proto dominují tzv. inspirační principy, jimiž ministerstvo metodicky navrhuje jednotlivé regiony k dodržování určitých principů při poskytování služeb. Vyjmenovává jednotlivé druhy služeb a stanovuje rámec pro posuzování jejich kvality. Katalog se věnuje také oblasti sociálních dávek a příjmů osob se zdravotním postižením. Vyjmenovává různé druhy ekonomické podpory, jako jsou minimální solidární dávka, zaručený příjem, podpora k sociální integraci, apod. Vyplácení těchto podpor je vázáno na zpracování individuálního plánu, přizpůsobeného skutečným potřebám a schopnostem klienta. Zpracovatelem individuálního plánu je zpravidla pracovník asociace; o jeho financování rozhoduje regionální úřad.

Prostřednictvím katalogu se propojuje také vyplácení dávek s čerpáním služeb nebo podporou pro péči v domácím prostředí neprofesionálním pečovatelem. V katalogu se nicméně zdůrazňuje, že výlučné kompetence v oblasti sociálních služeb mají regiony (a autonomní oblasti) podle vlastních zákonů. Proto je výčet služeb (a jejich financování) svázaný se systémem sociálního zabezpečení pouze referenčním rámcem pro jednotlivé regiony. Zásadní roli v organizaci a financování sociálních služeb zabezpečuje zákon č. 39/2006 o podpoře autonomních oblastí.⁹⁶ Podle něj se mj. ustanovuje tzv. Consejo Territorial de Servicios Sociales y del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (Územní rada sociálních služeb). Územní rada sociálních služeb je primárně nástrojem koordinace a spolupráce mezi státní správou (Ministerstvem zdravotnictví, sociálních služeb a rovnosti) a regiony/autonomními oblastmi.

95 www.msssi.gob.es/ssi/familiasInfancia/ServiciosSociales/docs/CatalogoServiciosSociales.pdf

96 www.boe.es/buscar/pdf/2006/BOE-A-2006-21990-consolidado.pdf

Územní rada má za úkol řešit zejména samotnou mezuregionální spolupráci, stanovovat kritéria pro poskytování služeb, shodnout se na podmínkách poskytování a cenách/nákladech sociálních služeb, stanovit kritéria pro vstup klienta do systému podpory, atd. Rada dále podporuje přípravu a realizaci společných projektů, společný rámec pro hodnocení a evaluaci systému poskytování sociálních služeb, apod.

Státní správa reprezentovaná ministerstvem převezme výstupy z jednání Územní rady a na jejich základě připraví návrh financování sociálních služeb pro další rok, s tím, že ekonomicky garantuje minimální úroveň podpory v systému sociální ochrany a sociálních služeb pro každého klienta podle stupně jeho závislosti a postižení. Od této minimální úrovně ochrany se následně odvíjí výše veřejných prostředků poskytnutých vládou do systému. Následně ministerstvo jedná s jednotlivými autonomními oblastmi o cílech, prostředcích a zdrojích na poskytování sociálních služeb a sociálních dávek tak, aby v každé oblasti (regionu) byla dosažena minimální garantovaná úroveň sociálního zabezpečení, popř. byla vyšší. Dohoda se zabezpečí smluvně.

Autonomní oblasti mají povinnost plánovat, objednávat, koordinovat a řídit na svém území rozvoj sociálních služeb a sociálního zabezpečení (při plné podpoře autonomie klientů), vytvářet a aktualizovat registr středisek a služeb, kontrolovat a případně sankcionovat porušení předpisů a standardů kvality při poskytování služeb, pravidelně vyhodnocovat fungování systému na svém území. Nicméně podle CAE neexistuje na regionální ani státní úrovni žádný formalizovaný plán rozvoje sociálních služeb. Podle Christiana Garcii Serny z Autismo Burgos je prostor pro registrování a financování každé sociální služby závislý na celé řadě faktorů. Na jedné straně vytváří základní rámec pro fungování sítě sociálních služeb legislativa a dohoda Územní rady sociálních služeb, na straně druhé také vůle asociace (jako poskytovatele služeb) alokovat na službu určité prostředky, a také možnost spolufinancování služeb ze strany dárců či klientů/rodin. Služby jsou nejčastěji hrazeny z cca 80 % z veřejných rozpočtů, dále z 10 % z darů firem, CSR a dalších soukromých dárců, a z 10 % příspěvky klientů.

Rozmanité sítě sociálních služeb vznikly ve Španělsku právě v reakci na potřeby klientů. Nové služby jsou odůvodňovány potřebnostmi, na kterou se úzce váží disponibilní prostředky na úhradu služby. Tento proces tvorby a financování sítě sociálních služeb s vysokou autonomií regionálních vlád a asociací však nahrává značné diverzitě a přizpůsobivosti potřebám klientů.

Lidé se zdravotními handicapy mohou čerpat státní sociální dávky přímo, pokud zůstávají v domácí péči. Pokud však klient čerpá podporu přímo od poskytovatele sociálních služeb, dávkou nedisponuje a podpora z veřejných rozpočtů přechází přímo na poskytovatele. Nicméně platí, že i když klient využívá k pokrytí svých potřeb pouze služeb asociace/poskytovatele, nejsou hrazeny z veřejných rozpočtů v plné výši a klient je musí spolufinancovat.

Asociace však často podporují jednotlivé klienty, kteří nemají dostatek prostředků na spolufinancování služeb, z vlastních zdrojů. Využívají k tomu vlastní volné prostředky a prostředky dárců.

Klienty s chováním náročným na podporu, jejichž potřeby jsou zpravidla větší, a uspokojení těchto potřeb obvykle až několikanásobně dražší než průměr, řeší přímo prezident asociace. O těchto klientech, resp. financování zabezpečení sociálních služeb, jedná prezident asociace s regionální, popř. i národní vládou. Vychází přitom z hodnocení, které provedl sociální pracovník asociace, který sice do jednání nevstupuje, ale díky své znalosti situace klienta pro ně připravuje podklady.

U klientů s potřebou nákladné podpory je tento postup uplatňován často. Velmi záleží na konkrétní asociaci, do jaké míry se jí podaří vyjednat adekvátní financování veřejnými prostředky, a kolik prostředků je ochotna poskytnout na spolufinancování služeb ze svých volných prostředků (např. od soukromých dárců).

Podle Christiana Garcii Serny je region Burgos nadprůměrně dobře zabezpečený sociálními službami. Mezi klienty, které zná nebo s nimi spolupracuje, jsou také ti, kteří se do oblasti přistěhovali právě kvůli vyšší dostupnosti služeb.

Národní strategie pro osoby s PAS

Z výše uvedeného vyplývá, že zajistit ve Španělsku jednotný systém a úroveň poskytování sociálních služeb, resp. služeb pro osoby s PAS, je velmi obtížné. Národní vláda proto uplatňuje směrem k regionům a autonomním oblastem především metodické postupy.

V roce 2015 proto přijala první národní strategii pro zlepšení kvality života lidí s poruchou autistického spektra.⁹⁷ Tímto dokumentem vláda zavádí referenční rámec, který uznává potřebu stanovit minimální parametry, jež pomohou zabránit územním rozdílům, a to zejména na regionální úrovni.

I proto ke zpracování strategie přizval nejen kompetentní úředníky ministerstev a zástupce regionů a autonomních oblastí, ale také asociací a dalších poskytovatelů služeb, experty a zástupce veřejnosti. Na této platformě byly po přijetí strategie zahájeny práce na akčním plánu, který se má zaměřovat především na provázání sociálních služeb se zdravotní péčí, upřednostňovat multidisciplinární přístup ke klientům, a obecně zvýšit dostupnost sociálních služeb na místní (komunitní) úrovni.

97 www.lamoncloa.gob.es/consejodeministros/Paginas/enlaces/06112015-autismo.aspx

Zdroje

Všechny zdrojové dokumenty jsou citovány v textu analýzy vč. překladu do českého jazyka a odkazu na dostupné umístění na internetu.

Anglie

- × The Care and Support (Eligibility Criteria) Regulations 2014
- × Autism Act 2009
- × Statutory guidance for Local Authorities and NHS organisations to support implementation of the Adult Autism Strategy
- × Getting social care services when your child has additional needs (Information for parents of disabled children in England)
- × Building the right support - A national plan to develop community services and close inpatient facilities for people with a learning disability and/or autism who display behaviour that challenges, including those with a mental health condition (2015)
- × The Government's mandate to NHS England for 2016-17
- × Think Autism Fulfilling and Rewarding Lives, the strategy for adults with autism in England: an update.
- × Autism Self-Assessment Exercise 2016 Detailed report and thematic analyses
- × Care Act 2014

Belgie

- × La Libre Belgique 2004: L'autisme reconnu comme handicap
- × Plan transversal Autisme (2016)
- × Compétences utiles pour vivre dans son propre logement

Dánsko

- × Håndbog for tilsynsførende
- × Bekendtgørelse af lov om social service
- × Inspirationsmateriale Servicelovens § 11, stk. 3
- × LA2 – Samarbejds-Redskab til bedre og mindsket vold
- × Kvalitetsstandarder Børn og Familie 2016

Irsko

- × Value for Money and Policy Review of Disability Services in Ireland
- × A Guide to Services for Children with Disabilities
- × Assessment of need for people with disabilities
- × NEW DIRECTIONS – Review of HSE Day Services and Implementation Plan 2012–2016
- × National Review of Autism Services Past, Present and Way Forward
- × National Guidelines on Accessible Health and Social Care Services
- × Interim Standards for New Directions, Services and Supports for Adults with Disabilities

Španělsko

- × Real Decreto Legislativo 1/2013, de 29 de noviembre, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley General de derechos de las personas con discapacidad y de su inclusión social
- × Catálogo de Referencia de Servicios Sociales
- × Primera Estrategia Nacional para la mejora de la calidad de vida de las personas con Trastorno del Espectro del Autismo

Seznam expertů a organizací, kteří poskytnou informace pro tuto analýzu

Anglie

Sarah Lambert
Organizace: The National Autistic Society (Národní společnost pro autismus)
Pozice: Ředitelka Odboru politik a veřejné správy
Sarah Lambert je ředitelkou Odboru politik a veřejné správy Národní společnosti pro autismus již 13 let. V této pozici se mj. intenzivně podílela na vypracování první národní strategie pro osoby s PAS, která byla vypracována a schválena vládou v návaznosti na přijetí Zákona o autismu. Předtím pracovala deset let v neziskových charitativních organizacích zaměřených na zdravotní péči.

Irsko

Brian McDonald
Organizace: Ability West
Pozice: Positive Behaviour Support Manager (manažer podpory pozitivního jednání)
Brian McDonald působí 27 let jako manažer klinické terapie, trenér a lektor. Má zkušenosti jako pečovatel i specialista podpory pozitivního jednání klientů. Zaměřuje se na sociální služby pro zdravotně handicapované. Vzděláním je zaměřen na oblasti rozvoje politik a auditorství, držitel M.A. v behaviorální terapii, aplikované behaviorální analýze a kognitivní psychoterapii na University College Cork.

Belgie

Resplendino Isabelle
Organizace: Association de parents pour l'épanouissement des personnes autistes (Občanské sdružení rodičů pro Rozvoj Osob s Poruchou autistického spektra)
Pozice: Administrátorka
Prezidentka veřejně prospěšné nadace Portail de références pour l'enfant à besoins spécifiques (Referenční portál pro děti se specifickými potřebami), prezidentka Spolku pro Francouze se zdravotním postižením v Belgii, administrátorka Občanského sdružení rodičů pro Rozvoj Osob s Poruchou autistického spektra, mluvčí tří spolupracujících sdružení – Spolek rodičů a odborníků okolo mnohočetně hendikepovaných, členka Vyšší Rady Speciálního Vzdělávání, představitelka rodičovské platformy UFAPEC/FAPEO, administrátorka Spolku pro Nezávislý Život EVA-BAP, členka skupiny sdružení „Růst společně/Grandir Ensemble“, přispěvatelka do online časopisu: Handimobility.

Dánsko

Dorthe Hölck
Organizace: Go Between
Pozice: vlastník
Kandidátka sociálních věd. Specializuje se na vzdělávání dětí, mládeže a dospělých s autismem. Lektoruje kurzy pro Autism National Association (Národní asociace autismu). Před sedmi lety si založila soukromou praxi v poradenství pro péči a služby pro osoby s PAS.

Experti v rámci případové studie v Hedensted v Dánsku

Zařízení Bækkeoft

- × Sine Ahnfeldt Kjeldsen – psycholog
- × Ingeborg Ellegaard – vedoucí pracovního týmu
- × Louise Kastrup Scheibel – vedoucí komunikace

Zařízení AREA, Fogedvænget

- × Jesper Christiansen - ředitel

Městský úřad Hedensted

- × Marianne Holst Støjberg – vedoucí týmu zaměřeného na zneužívané děti

Ostatní experti

Španělsko

- × Christian Garcia Serna, Autismo Burgos
- × Ruth Vidriales, Autismo España

Seznam nejdůležitějších pojmů a zkratk

- × **CS** – cílová skupina
- × **DOZP** – domov pro osoby se zdravotním postižením
- × **DZR** – domov se zvláštním režimem
- × **KÚ** – krajský úřad
- × **KVOP** – kancelář veřejného ochránce práv
- × **MKN 10** – mezinárodní klasifikace nemocí
- × **MPSV** – Ministerstvo práce a sociálních věcí
- × **NAUTIS** – Národní ústav pro autismus
- × **NNO** – nestátní neziskové organizace
- × **o.p.s.** – obecně prospěšná společnost
- × **o.s.** – občanské sdružení
- × **ORP** – obec s rozšířenou působností
- × **PAS** – poruchy autistického spektra
- × **PAS+** – poruchy autistického spektra s přidruženým chováním náročným na péči
- × **PL/PN** – psychiatrická léčebna/nemocnice
- × **PPP** – pedagogicko psychologická poradna
- × **SPC** – speciálně pedagogické centrum
- × **SPRSS** – střednědobý plán rozvoje sociálních služeb
- × **ÚZIS** – Ústav zdravotnických informací a statistik
- × **VVZPO** – Vládní výbor pro zdravotně postižené občany
- × **WHO** – World Health Organization/Světová zdravotnická organizace
- × **z.s.** – zapsaný spolek
- × **ZSS** – zákon o sociálních službách

Přílohy

- × [Příloha č. 1](#) – Akční plán rozvoje sociálních služeb na období 2017–2018
- × [Příloha č. 2](#) – Doporučený postup č. 1/2012
- × [Příloha č. 3](#) – Financování sociálních služeb
- × [Příloha č. 4](#) – Princip financování sociálních služeb s místním či regionálním charakterem
- × [Příloha č. 5](#) – Vyhodnocení dotazníků ze sběru dat Olomouckého kraje
- × [Příloha č. 6](#) – Legislativa a poskytování sociálních služeb pro osoby s PAS+
- × [Příloha č. 7](#) – Aktéři v procesu poskytování služeb osobám s PAS+

Příloha č. 1

Akční plán rozvoje sociálních služeb na období 2017–2018

k „Národní strategii rozvoje sociálních služeb na období 2016–2025“

Strategické cíle:

- A.** Zajistit přechod od institucionálního modelu péče k podpoře osob v přirozeném prostředí.
- B.** Zajistit dlouhodobou udržitelnost financování sociálních služeb, které bude odpovídat potřebám uživatelů.
- C.** Prostřednictvím dostupných sociálních a zdravotních služeb naplňovat potřeby uživatelů/pacientů.
- D.** Zlepšit postavení pečujících osob a pečující rodiny.
- E.** Upravit nastavení systému inspekcí s důrazem na sledování kvality sociálních služeb.
- F.** Upravit způsob vstupu do systému sociálních služeb.
- G.** Rozvoj sociální práce a profese sociálního pracovníka. Rozvoj povolání pracovníků v sociálních službách.
- H.** Vytvářet sítě sociálních služeb, které reagují na nepříznivou sociální situaci obyvatel.
- I.** Zajistit jednotné chápání a používání základních pojmů, včetně revize současných druhů sociálních služeb.
- J.** Podporovat tripartitní vyjednávání v oblasti rozvoje sociálních služeb.

Příloha č. 2

DOPORUČENÝ POSTUP Č. 1/2012, K VÝKONU SOCIÁLNÍ PRÁCE NA OBCI:

1. Při výkonu své činnosti se řídí předpisy v oblasti sociální práce obecního úřadu a vnitřními předpisy úřadu.
2. Vytváří koncepční materiály (metodické a analytické) pro sociální práci obecního úřadu a sociální či související služby.
3. Spolupracuje s jinými státními, samosprávnými či neziskovými institucemi.
4. Podílí se na propagaci a seznamování občanů s nabídkou obecního úřadu v agendě sociální práce.
5. Pomocí depistáže vyhledává a navazuje kontakt s potenciálním klientem v jeho přirozeném prostředí.
6. Provádí sociální šetření v rámci výkonu agendy sociální práce obecního úřadu.
7. Provádí posouzení životní situace klienta.
8. Provádí přímou sociální práci s klientem zaměřenou na změnu klienta.
9. Provádí zplnomocnění klientů, aby dokázali sami ovlivňovat své sociální prostředí a měnit podmínky svých životů.
10. Provádí sociální práci zaměřenou na změnu sociálního prostředí „*obce a klienta*“.
11. Spolupracuje s navazujícími organizacemi při řešení životní situace klienta.
12. Spoluvytváří a koordinuje preventivní aktivity, jejichž cílem je předcházet vzniku nepříznivých životních situací klientů.
13. Pomáhá klientovi s formulací zakázky, provází klienta tvorbou, realizací a vyhodnocením individuálního plánu.
14. Monitoruje a spolupracuje se subjekty, které navazují na vlastní výkon svojí pracovní činností, za účelem koordinace jejich aktivit ve prospěch klienta (budování neformální a formální sítě).
15. Realizuje metody sociální práce vůči klientovi podle potřeby řešení sociálního problému.
16. Zpracovává Standardizovaný záznam sociálního pracovníka a další dokumentaci.
17. Vede podklady a zpracovává údaje pro souhrnné statistiky a další dokumentaci.
18. Poskytuje základní i odborné sociální poradenství.
19. Vzdělává se ve svém oboru.

20. Dodržuje ustanovení zákona o ochraně osobních údajů, interní předpisy, pokyny a všechna další opatření, která byla přijata z důvodu zajištění ochrany osobních údajů.

21. Dodržuje etické zásady sociálního pracovníka.

22. Nakládá s osobními údaji, k nimž má z důvodu své pracovní činnosti přístup, a to takovým způsobem, aby nemohlo dojít k neoprávněnému nebo nahodilému přístupu jiných osob k těmto údajům, k jejich zneužití, zničení či ztrátě, neoprávněnému zpracování, poskytování jiným osobám nebo použití k jinému účelu, než k jakému je oprávněn je používat v souvislosti s výkonem svojí pracovní činnosti.

23. Zachovává mlčenlivost o všech osobních (důvěrných) údajích.

Příloha č. 3

FINANCOVÁNÍ SOCIÁLNÍCH SLUŽEB

Program podpory A – podpora poskytování sociálních služeb, které mají místní či regionální charakter, poskytovaných uživatelům služeb v souladu s místními či regionálními potřebami (podpora podle § 101 zákona o sociálních službách).

V rámci tohoto programu je uskutečňována podpora sociálních služeb, za podmínek stanovených metodikou (každý kraj vydává vlastní metodiku pro poskytování dotací), s výjimkou těch, které naplní podmínky stanovené pro program podpory B. Popis financování služeb v programu A je blíže vymezen v příloze č. 4.

Program podpory B – podpora sociálních služeb, které mají celostátní či nadregionální charakter (podpora podle § 104 odst. 3 písm. a) zákona o sociálních službách). V rámci tohoto programu je podporován NAUTIS.

V rámci tohoto programu je podporováno výhradně poskytování takových sociálních služeb, které jsou prováděny v národním měřítku a které jsou zaměřeny na cílovou skupinu uživatelů služby (na okruh osob, kterým je sociální služba určena), u nichž riziko sociálního vyloučení nemá jen regionální charakter, ale dopadá na celou společnost.

Oblast podpory je směřována na konkrétní pomoc a podporu uživatelům sociální služby. Tyto sociální služby musí vzhledem k požadavku na nadregionální a celostátní charakter dále splňovat povinně podmínku místa realizace sociální služby, tj.:

- a)** poskytování sociální služby musí přesahovat území minimálně 3 sousedících krajů a vzhledem k charakteristikám poskytované služby nelze efektivně uskutečňovat podporu služby v rámci jednotlivých krajů samostatně (nadregionální působnost) nebo
- b)** poskytování sociální služby bude probíhat na celém území ČR, bude mít dopad na celou cílovou skupinu uživatelů služby a zároveň při poskytování sociální služby musí být vytvářen systémový přístup k řešení problematiky určité cílové skupiny v rámci celé ČR a vzhledem k charakteristikám poskytované služby nelze uskutečňovat podporu služby v rámci jednotlivých krajů samostatně (celostátní působnost).

Financování sociálních služeb – SOHZ (služeb obecného hospodářského zájmu)/SGEI (services of general economic interest)

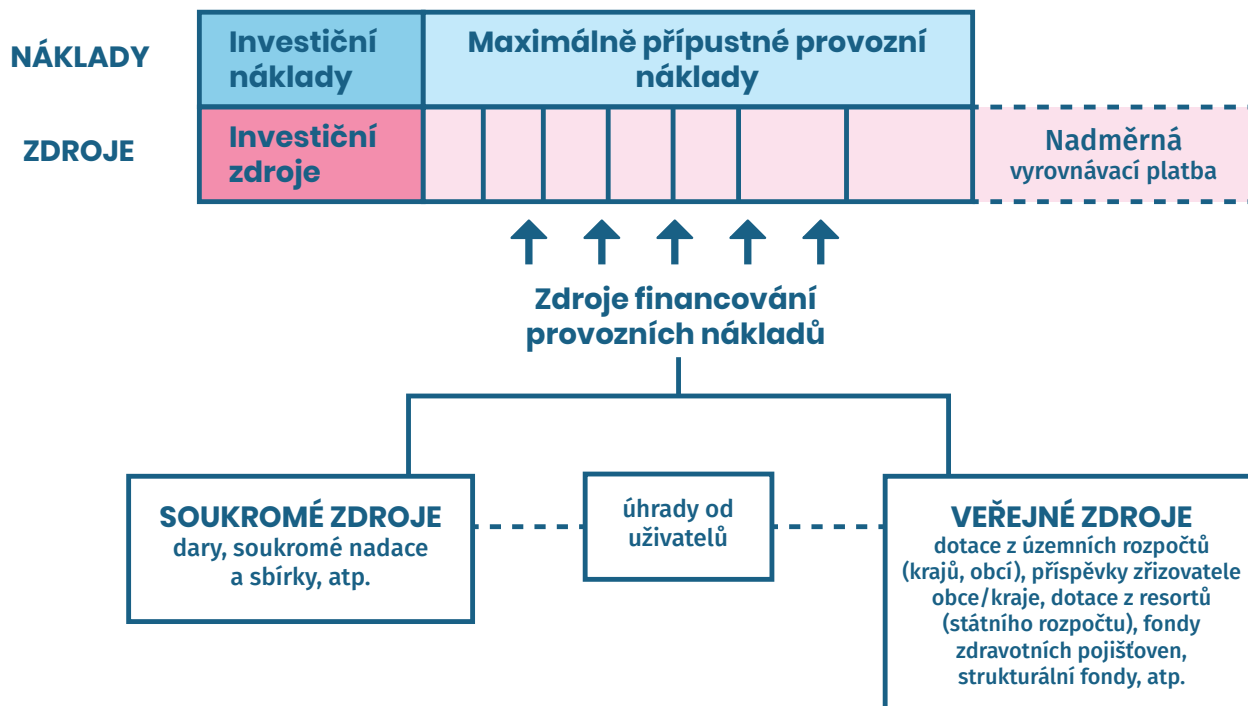
- 1.** Sociální služby jsou považovány za služby obecného hospodářského zájmu (services of general economic interest, také SGEI) coby pojmu evropského práva.
- 2.** Sociální služby jsou financovány formou vyrovnávací platby, upravené Rozhodnutím Komise č. 2012/21/EU ze dne 20. prosince 2011 o použití čl. 106 odst. 2 Smlouvy o fungo-

vání Evropské unie na státní podporu ve formě vyrovnávací platby za závazek veřejné služby udělené určitým podnikům pověřeným poskytováním služeb obecného hospodářského zájmu („Rozhodnutí č. 2012/21/EU“).

Kraje tak zajišťují:

- a)** rovný přístup ke všem poskytovatelům sociální služby bez ohledu na jejich právní formu;
 - b)** výpočet vyrovnávací platby jednotným nediskriminujícím způsobem (objektivizovaným výpočtem) pro všechny poskytovatele sociálních služeb bez ohledu na jejich právní formu – vyrovnávací platba se vypočítává každý rok a v každém kraji mají jiné „nacenění“ jednotek (lůžko/úvazek).
- 3.** Vyrovnávací platba je poskytována pouze na služby, které jsou zařazeny v krajské síti, tudíž jsou registrovány v registru poskytovatelů.
- 4.** Vyrovnávací platbu kraj stanoví jako celkovou výši prostředků z veřejných rozpočtů (včetně prostředků z Evropského sociálního fondu, dále jen ESF), kterou sociální služba potřebuje k zajištění dostupnosti poskytování sociální služby.
- 5.** Optimální vyrovnávací platbu za službu kraj stanoví jako rozdíl obvyklých nákladů a obvyklých výnosů z vlastní činnosti poskytovatele sociální služby (tj. úhrady za poskytování sociálních služeb od uživatelů).
- 6.** Ve výpočtu obvyklých nákladů/výnosů kraj použije dostupné údaje o skutečných nákladech/výnosech sociálních služeb za předchozí rok (roky), především data získaná ze sběru dat od poskytovatelů sociálních služeb uskutečněného na začátku roku, popř. další zdroje jakými jsou data ze žádostí o dotaci.
- 7.** Ve výpočtu vyrovnávací platby v případě pobytových/lůžkových forem sociálních služeb kraj ve většině případech použije jednotku lůžko, v případě ambulantních a terénních forem sociálních služeb je do výpočtu vyrovnávací platby zahrnuta jednotka zohledňující personální zajištění služby, tj. pracovníci v přímé péči (průměrný přepočtený úvazek pracovníka v přímé péči). Jednotka, která je při výpočtu použita, je shodná s jednotkou, kterou má poskytovatel sociálních služeb uvedenou v krajské síti sociálních služeb.

VYROVNÁVACÍ PLATBA = MAXIMÁLNÍ FINANČNÍ PODPORA Z VEŘEJNÝCH ZDROJŮ
(povolená veřejná podpora slučitelná s trhem EU)



Příloha č. 4

PRINCIP FINANCOVÁNÍ SOCIÁLNÍCH SLUŽEB S MÍSTNÍM ČI REGIONÁLNÍM CHARAKTEREM

Zdroj: QQT, s.r.o., Příručka pro žadatele

Finanční podpora sociálních služeb od 2015 vychází z úpravy obsažené v zákoně o sociálních službách (ZSS), konkrétně v § 101a, a nařízení vlády, které stanovuje bližší podmínky pro čerpání dotace, lhůty pro výplatu dotace (splátky dotace) kraji, formu a obsah žádosti kraje o dotaci a lhůtu pro podání žádosti, obsah seznamu služeb uvedených v žádosti kraje, formu a obsah přehledu o čerpání dotace krajem za příslušný rozpočtový rok.

Úprava obsažená v § 101a ZSS se týká především sociálních služeb s místní a regionální působností, tj. poskytovaných na území příslušného kraje.

Do roku 2015 se o poskytování dotací na sociální služby s regionální a místní působností v každém kraji rozhodovalo na úrovni státu, resp. MPSV. Dotační řízení vyhlášovalo MPSV a taktéž určovalo veškeré podmínky pro poskytnutí a čerpání dotace. Taktéž o výši konkrétních dotací na jednotlivé sociální služby fakticky rozhodovalo MPSV, přičemž administrace dotačního řízení byla rozdělena mezi MPSV a Krajský úřad daného kraje.

Od roku 2015 kompetence v rozhodování o výši finanční podpory jednotlivým sociálním službám přešly na úroveň krajů, tj. došlo k částečné decentralizaci dotačního řízení z úrovně MPSV na úroveň kraje. V tomto systému je i nadále zachován vliv MPSV na způsob rozdělování prostředků na krajské úrovni. (Kraj například uvádí v žádosti o dotaci mimo jiné způsob rozdělení a čerpání dotace, který je předmětem hodnocení ze strany MPSV, žádost kraje podléhá schválení MPSV. Kraj plní informační povinnosti při rozdělování dotací vůči MPSV.)

Podpora jednotlivých sociálních služeb (a její výše) na území kraje je tedy v kompetenci kraje, přičemž kraj při rozhodování o podpoře jednotlivých služeb musí vycházet ze Střednědobého plánu rozvoje sociálních služeb daného kraje.

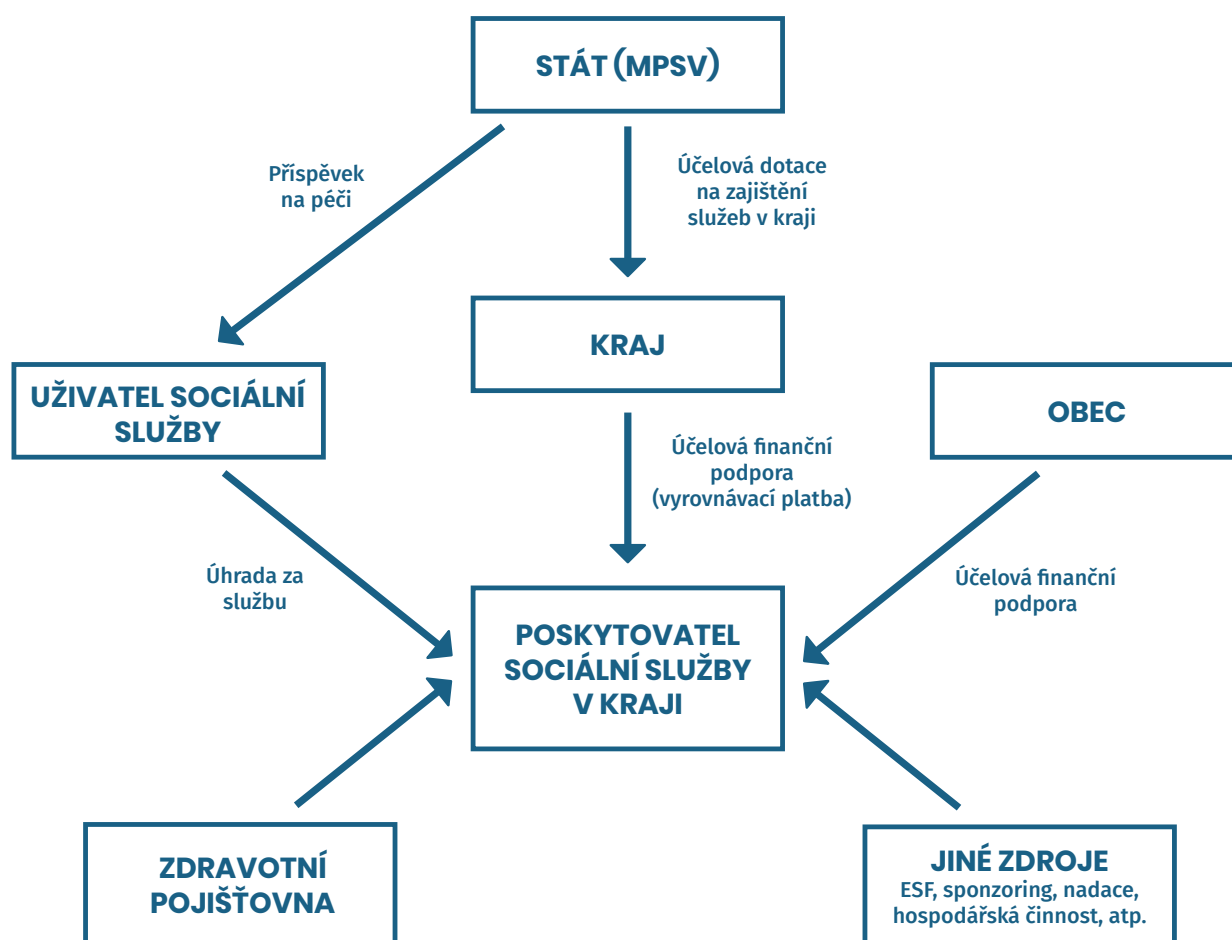
Kraj o podpoře jednotlivých služeb rozhoduje v samostatné působnosti v souladu se zákonem č. 250/2000 Sb., o rozpočtových pravidlech územních rozpočtů, ve znění pozdějších předpisů, a zákonem č. 129/2000 Sb., o krajích (krajské zřízení), ve znění pozdějších předpisů.

Účel dotace poskytované Ministerstvem práce a sociálních věcí kraji je možné na základě příslušných ustanovení zákona o sociálních službách vymezit následovně:

- ✱ dotace je účelově určena na financování běžných výdajů souvisejících s poskytováním základních druhů a forem sociálních služeb v rozsahu stanoveném základními činnostmi u jednotlivých druhů sociálních služeb,
- ✱ dotace může být poskytnuta pouze na služby zapsané v registru poskytovatelů sociálních služeb, které jsou součástí krajské sítě sociálních služeb (jsou poskytovány v souladu se střednědobým plánem rozvoje sociálních služeb kraje).

V následujícím schématu je znázorněn systém financování sociálních služeb s regionální/místní působností od roku 2015.

Schéma financování sociálních služeb s regionální/místní působností od roku 2015.



zdroj: QQT, s.r.o.

RÁMEC FINANČNÍ PODPORY

Celkový finanční rámec podpory služeb v kraji je dán výší dotace poskytnuté ze státního rozpočtu prostřednictvím MPSV kraji.

Základní parametry pro určení výše dotace kraji jsou stanoveny zákonem o sociálních službách.

Výše dotace danému kraji se tedy vypočítá na základě **procentuálního podílu kraje** na celkovém ročním objemu finančních prostředků vyčleněných ve státním rozpočtu na podporu poskytování sociálních služeb pro příslušný rozpočtový rok, **který se vypočte na základě podílu kraje na⁹⁸:**

- * celkové výši dotací požadovaných jednotlivými kraji v žádosti o poskytnutí dotace na příslušný rok, kterou kraj zpracovává a podává Ministerstvu práce a sociálních věcí,
- * objemu vyplacených příspěvků na péči a
- * kapacitách poskytovaných sociálních služeb.

ZPŮSOB POSKYTNUTÍ FINANČNÍ PODPORY Z ROZPOČTU DANÉHO KRAJE

Finanční podpora na sociální služby z úrovně kraje poskytovatelům služeb je poskytována v rámci tzv. **řízení k poskytnutí vyrovnávací platby formou dotace nebo příspěvku na sociální služby**, zkráceně v rámci řízení k poskytnutí vyrovnávací platby.

Způsob výpočtu vyrovnávací platby na jednotlivé druhy sociálních služeb je uveden níže. Vyrovnávací platba **na základě tohoto výpočtu je stanovena jednotným nediskriminujícím způsobem** (objektivizovaným výpočtem) pro všechny poskytovatele služeb bez ohledu na jejich právní formu. V rámci řízení k poskytnutí vyrovnávací platby žádají o finanční podporu na sociální služby i krajské příspěvkové organizace, kterým vypočtená vyrovnávací platba je do jejich rozpočtů poskytována formou tzv. „*příspěvku*“ v souladu se zákonem č. 250/2000 Sb., v případě ostatních poskytovatelů služeb je vyrovnávací platba na sociální službu poskytnuta formou „*dotace*“ na základě Smlouvy uzavřené s daným krajem.

Vyrovnávací platba je stanovena na **základní „výkonovou“ jednotku služby** – lůžko (pro pobytové/lůžkové formy služeb) a úvazek zaměstnance (pro ostatní nepobytové/nelůžkové formy služeb).

98 1 Viz ustanovení §101a odst. 4 a 5 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů.

Při výpočtu vyrovnávací platby **se vychází z obvyklých (průměrných) nákladů příslušného druhu služby na jednotku**, zjištěných v rámci analýzy pro jednotlivé druhy služeb, přičemž **se zohledňují (odečítají) obvyklé příjmy služby** (úhrady od uživatelů, platby z veřejného zdravotního pojištění, spolufinancování služby ze zdrojů samospráv a popř. jiných zdrojů).

Řízení k poskytnutí vyrovnávací platby na úrovni kraje je nastaveno **v souladu se zákonem o sociálních službách a evropskou legislativou v oblasti tzv. veřejné podpory**, konkrétně v souladu s Rozhodnutím komise ze dne 20. prosince 2011 o použití čl. 106 odst. 2 Smlouvy o fungování Evropské unie na státní podporu ve formě vyrovnávací platby za závazek veřejné služby udělené určitým podnikům pověřeným poskytováním služeb obecného hospodářského zájmu (dále jen „*Rozhodnutí SGEI*“). Finanční prostředky jsou poskytovateli služby poskytnuty formou Smlouvy uzavřené mezi krajem a poskytovatelem služby, která má charakter **tzv. Pověření** ve smyslu výše uvedeného Rozhodnutí SGEI.

O finanční podporu sociální služby může žádat poskytovatel služby (oprávněný žadatel) v případě, že:

- × **Sociální služba je registrovaná** (zapsaná v registru poskytovatelů sociálních služeb) na základě zákona o sociálních službách, tj. nelze žádat o finanční podporu v případě, kdy organizace nemá vydané **rozhodnutí o registraci** podle § 81 zákona o sociálních službách nebo není služba zapsaná v registru poskytovatelů sociálních služeb – v případě sociálních služeb zdravotnických zařízení lůžkové péče. Přičemž sociální službu **lze podpořit pouze v rozsahu její platné registrace**, např. nelze žádat o podporu na cílovou skupinu, která není uvedena v rozhodnutí o registraci apod.
- × Je-li žadatelem před nebo v době podání žádosti o finanční podporu **podána i žádost o změnu platné registrace sociální služby** a tato žádost doposud nebyla registrujícím orgánem schválena, bude tato žádost o změnu registrace sociální služby přiložena k formuláři žádosti poskytovatele služby o finanční podporu sociální služby. Podmínkou je, aby tato žádost o změnu registrace byla plně v souladu se Střednědobým plánem rozvoje sociálních služeb kraje a Akčním plánem. V opačném případě bude tato žádost pro nesplnění formálních podmínek pro podání žádosti vyřazena.
- × **Sociální služba je součástí krajské sítě sociálních služeb** a její poskytování je v souladu se Střednědobým plánem rozvoje sociálních služeb kraje.

- × **Sociální služba je uvedena v „Seznamu sociálních služeb“**, který vymezuje krajskou síť sociálních služeb a je nedílnou součástí Akčního plánu na daný rok, který je každoročně zpracováván na základě Střednědobého plánu rozvoje sociálních služeb daného kraje,
- × Poskytovatel sociální služby **nemá daňové nedoplatky**, nemá nedoplatek na pojistném a na penále na veřejné zdravotní pojištění a na pojistném a na penále na sociální zabezpečení a příspěvku na státní politiku zaměstnanosti.

FINANČNÍ PODPORU LZE ŽÁDAT NA NÁSLEDUJÍCÍ DRUHY SOCIÁLNÍCH SLUŽEB:

1. Služby sociální péče:

- × centra denních služeb
- × denní stacionáře
- × domovy pro osoby se zdravotním postižením
- × domovy pro seniory
- × domovy se zvláštním režimem
- × chráněné bydlení
- × odlehčovací služby
- × osobní asistence
- × pečovatelská služba
- × podpora samostatného bydlení
- × průvodcovské a předčitatelské služby
- × soc. služby poskytované ve zdravotnických zařízeních lůžkové péče
- × tísňová péče
- × týdenní stacionáře

2. Služby sociální prevence:

- × azylové domy
- × domy na půl cesty
- × intervenční centra
- × kontaktní centra
- × krizová pomoc
- × nízkoprahová denní centra

- × nízkoprahová zařízení pro děti a mládež
- × noclehárny
- × raná péče
- × služby následné péče
- × SAS pro rodiny s dětmi
- × SAS pro seniory a osoby se zdravotním postižením
- × sociálně terapeutické dílny
- × sociální rehabilitace
- × telefonická krizová pomoc
- × terapeutické komunity
- × terénní programy
- × tlumočnické služby

3. Odborné sociální poradenství

Konkrétní výběr sociálních služeb musí být upraven na základě konkrétní situace v daném kraji v návaznosti na Střednědobý plán sociálních služeb kraje a Akční plán na příslušný rok (např. z regionální úrovně nejsou zajišťovány a podporovány terapeutické komunity) a podpoře sociálních služeb z jiných zdrojů (např. v rámci individuálních projektů kraje podpořených z Evropského sociálního fondu apod.).

MECHANISMUS VÝPOČTU VYROVNÁVACÍ PLATBY NA JEDNOTLIVÉ DRUHY SOCIÁLNÍCH SLUŽEB

Obecný mechanismus výpočtu vyrovnávací platby podle Rozhodnutí SGEI

Dle Rozhodnutí SGEI výše vyrovnávací platby nesmí přesáhnout rozsah nezbytný k pokrytí čistých nákladů vynaložených při plnění závazků veřejné služby, a to včetně přiměřeného zisku.

Čisté náklady lze počítat jako rozdíl mezi náklady a příjmy.

Náklady = veškeré náklady poskytovatele sociálních služeb, který vykonává pouze činnosti v rozsahu služby obecného hospodářského zájmu, nebo náklady vztahující se pouze na poskytování služby obecného hospodářského zájmu, pokud poskytovatel sociální služby vykonává i činnosti mimo rozsah služby obecného hospodářského zájmu, přičemž platí, že

- × Náklady připisované službě obecného hospodářského zájmu mohou zahrnovat veškeré přímé náklady vynaložené při poskytování služby obecného hospodářského zájmu a odpovídající podíl nákladů společných službě obecného hospodářského zájmu a jiným činnostem a
- × náklady spojené s investicemi, zejména do infrastruktury, mohou být zohledněny, pokud jsou nezbytné pro poskytování služby obecného hospodářského zájmu.

Příjmy = veškeré příjmy ze služby obecného hospodářského zájmu.

VÝPOČET VYROVNÁVACÍ PLATBY NA SOCIÁLNÍ SLUŽBY POSKYTOVANÉ V DANÉM KRAJI

Pro účely stanovení výpočtu vyrovnávací platby jsou sociální služby rozděleny do 4 skupin, na které je aplikován stejný mechanismus výpočtu vyrovnávací platby.

SLUŽBY SOCIÁLNÍ PREVENCE – AMBULANTNÍ A TERÉNNÍ FORMA SLUŽBY (nezahrnují se úhrady od uživatelů)

- × **VP** je stanovena jako rozdíl **celkových obvyklých (průměrných) nákladů na úvazek pracovníka a povinného podílu spolufinancování služby** (zejména z rozpočtů samospráv a dalších veřejných zdrojů).
 - V případě **kontaktních center, služeb následné péče a terénních programů poskytovaných cílové skupině osob závislých na návykových látkách** je povinný podíl spolufinancování služby z jiných zdrojů stanoven ve **výši 50 % celkových obvyklých (průměrných) nákladů** na úvazek pracovníka. Tento podíl je stanoven s ohledem na financování protidrogové politiky v rámci dotací z Úřadu vlády ČR.
 - **V případě ostatních druhů služeb ve výši 10 % celkových obvyklých (průměrných) nákladů na úvazek pracovníka.**

SLUŽBY SOCIÁLNÍ PÉČE – AMBULANTNÍ A TERÉNNÍ FORMA SLUŽBY (v rámci této skupiny je samostatně řešena obdobným mechanismem výpočtu služba tísňová péče),

- × VP je stanovena jako rozdíl **celkových obvyklých (průměrných) nákladů na úvazek pracovníka a těchto příjmů (zdrojů):**
- × Úhrady od uživatelů služby.
- × Povinný podíl spolufinancování služby z jiných zdrojů je stanoven jednotným procentem, a to ve výši 30 % celkových obvyklých (průměrných) nákladů na úvazek pracovníka v případě pečovatelské služby a ve výši 20 % v případě ostatních

ambulantních a terénních druhů sociálních služeb. Do jiných zdrojů se započítávají veškeré ostatní zdroje nad rámec úhrad od uživatelů služby. Tj. zejména se jedná o prostředky z rozpočtů samospráv.

SLUŽBY SOCIÁLNÍ PREVENCE – POBYTOVÁ A AMBULANTNÍ FORMA SLUŽBY S LŮŽKOVOU KAPACITOU,

- VP je stanovena jako rozdíl celkových obvyklých (průměrných) nákladů na úvazek pracovníka a těchto příjmů (zdrojů):
- úhrady od uživatelů služby a
- povinný podíl spolufinancování služby (zejména z rozpočtů samospráv).

SLUŽBY SOCIÁLNÍ PÉČE – POBYTOVÁ FORMA SLUŽBY.

- * VP je stanovena na lůžko se zohledněním těchto příjmů (zdrojů):
- * úhrady od uživatelů služby,
- * povinné spolufinancování služby z jiných zdrojů (zejména z rozpočtů samospráv).

VZOREC VÝPOČTU

Pro domovy pro seniory, domovy pro osoby se zdravotním postižením, pro domovy se zvláštním režimem a týdenní stacionáře:

$$VP_s = (k * VP * L) - (SU * L) - (SZ * LU) - 0,1 * (k * VP * L)$$

VP_s = vyrovnávací platba na lůžko se zohledněním struktury uživatelů služby – úhrada od uživatelů služby na lůžko – úhrada ze zdravotního pojištění na lůžko – povinný podíl spolufinancování služby

Pro odlehčovací služby, chráněné bydlení, sociální služby poskytované ve zdravotnických zařízeních lůžkové péče:

$$VP_s = (k * VP * L) - (SU * L) - 0,1 * (k * VP * L)$$

VP_s = vyrovnávací platba na lůžko se zohledněním struktury uživatelů služby

Vzhledem k tomu, že je nadále zachován systém vícezdrojového financování služeb a existuje různá míra podpory služeb z dalších zdrojů, je vždy nutné respektovat následující:

- × **vypočtená hodnota vyrovnávací platby je stanovena jako maximální – optimální hodnota podpory služby bez ohledu na výši veřejných zdrojů,**
- × **reálná hodnota vyrovnávací platby je stanovena s ohledem na výši disponibilních zdrojů (dotace přidělená kraji od MPSV na podporu sociálních služeb v kraji),**
- × **reálná hodnota vyrovnávací platby nesmí překročit výši požadavku uvedeného v žádosti poskytovatele služby o finanční podporu.**

KATEGORIE VYROVNÁVACÍ PLATBY

Rozlišují se dvě kategorie vyrovnávací platby z pohledu celkové výše prostředků určených na zajištění krajské sítě sociálních služeb (prostředky poskytované kraji ze státního rozpočtu, vlastní prostředky kraje).

Optimální výše vyrovnávací platby je stanovena na základě analýzy nákladů a výnosů jednotlivých druhů sociálních služeb. Analýza je prováděna na základě dostupných dat za předchozí roky. Optimální vyrovnávací platba je obecně stanovena:

- × v případě ambulantních a terénních sociálních služeb jako obvyklá/průměrná hodnota celkových nákladů na úvazek pracovníka, přičemž se zohledňují obvyklé příjmy u jednotlivých služeb,
- × v případě pobytových sociálních služeb jako obvyklá/průměrná hodnota celkových nákladů na lůžko, přičemž se zohledňují obvyklé příjmy u jednotlivých služeb.

Reálná výše vyrovnávací platby je stanovena na základě celkového objemu prostředků, který je přidělen Ministerstvem práce a sociálních věcí na základě Rozhodnutí o poskytnutí dotace danému kraji na podporu sociálních služeb v příslušném roce a případně prostředků vyčleněných na podporu sociálních služeb z rozpočtu daného kraje.

Reálná výše vyrovnávací platby se uplatňuje v případě, že krajem požadovaná dotace je vyšší než MPSV přidělená dotace kraji na základě Rozhodnutí o poskytnutí dotace. Přičemž výše krajem požadované dotace v žádosti předložené na MPSV je stanovena na základě posouzení žádostí poskytovatelů sociálních služeb a výpočtu optimální výše vyrovnávací platby na jednotlivé sociální služby. V tomto případě kraj musí přistoupit ke snížení – **redukci** optimální výše vyrovnávací platby.

Redukční koeficienty jsou stanoveny každoročně s ohledem na celkovou výši dotace, kterou MPSV přidělilo kraji pro příslušný rok. **Koeficienty jsou nastaveny v souladu se Střednědobým plánem rozvoje sociálních služeb daného kraje a Akčním plánem pro příslušný rok a reagují tak na stanovené potřeby sítě a priority v jejím financování.**

REDUKČNÍ KOEFICIENTY PRO DANÝ ROK:

Redukční koeficienty obsahují obecnou a specifickou část, přičemž váha obou částí je totožná, tj. uplatní se v poměru 50%:50%.

*** Obecná část redukčního koeficientu**

Je nastavena v % samostatně pro jednotlivé druhy služeb – v tomto případě se uplatňuje stejné procentní krácení vypočtené optimální výše vyrovnávací platby u všech služeb v rámci příslušného druhu/skupiny služby, případně se zohledněním cílové skupiny uživatelů služeb, územní působnosti služeb.

Ve vyhlášení řízení k poskytnutí vyrovnávací platby jsou jednotlivé druhy služeb rozděleny do 3 skupin na základě **priority**, kterou mají z hlediska míry podpory daného druhu služby (vysoká, střední, nízká priorita). Na prioritu se následně aplikuje stejné % krácení podpory, tj. jsou stanoveny v % redukční koeficienty (3 úrovně výše redukčních koeficientů) v takové výši, aby byla dodržena celková výše kraji přidělené dotace. Procento krácení lze stanovit **až na základě stanovené celkové výše rozdělovaných finančních prostředků** na sociální služby pro příslušný dotační rok.

*** Specifická část redukčního koeficientu**

Specifická část redukčního koeficientu přímo vychází ze Střednědobého plánu rozvoje sociálních služeb daného kraje a Akčního plánu pro příslušný rok, navazuje tak na **v plánu stanovené priority** v poskytování a financování služeb, vymezenou síť sociálních služeb v její optimální (potřebné) a reálné (nezbytné, základní) podobě, včetně vymezení služeb s rozvojovým či nerozvojovým potenciálem, apod.

Způsob redukce je stanoven **individuálně s ohledem na význam, důležitost služby z pohledu krajské sítě sociálních služeb, dalších možností financování služeb a místních specifik**, a to pro jednotlivé druhy a formy sociálních služeb, cílové skupiny uživatelů sociálních služeb tak, aby byl zajištěn alespoň základní rozsah krajské sítě sociálních služeb.

V případě specifické části redukčního koeficientu není tedy uplatňováno jednotné procentní krácení, **ke každé službě je přistupováno individuálně** s ohledem na její důležitost v rámci krajské sociální sítě služeb. **Individuální pohled však musí jednoznačně**

vycházet z vymezené krajské sítě a priorit v jejím financování uvedených v rámci Střednědobého plánu rozvoje sociálních služeb daného kraje a Akčního plánu pro příslušný rok.

ROZPOČET SLUŽBY, UZNATELNÉ NÁKLADY – NA CO JE MOŽNÉ FINANČNÍ PODPORU OD KRAJE ŽÁDAT

Finanční prostředky lze použít **pouze na úhradu nákladů souvisejících s poskytováním základních činností služby stanovených zákonem o sociálních službách pro příslušný druh a formu sociální služby**. V případě domovů pro osoby se zdravotním postižením (§ 48 zákona o sociálních službách) lze finanční prostředky použít i na osobní vybavení, drobné předměty běžné osobní potřeby a některé služby poskytované nezaopatřeným dětem podle § 48 odst. 3 zákona o sociálních službách.

Náklady lze rozdělit na přímé a nepřímé:

- × **Přímé** – jsou vynaloženy pouze na příslušnou sociální službu (základní činnosti) – (např. osobní náklady na úvazky pracovníků v sociálních službách),
- × **Nepřímé** – společné náklady, které vznikají jak v souvislosti s poskytováním příslušné sociální služby, tak i ve vztahu k jiným činnostem poskytovatele (např. náklady spojené s administrací služby – účetní organizace, která zajišťuje účetnictví i pro jiné činnosti a služby organizace, společné nájemné budovy, energie apod.).

Z pohledu uznatelnosti lze náklady rozdělit na:

- × **Uznatelné** – lze hradit z poskytnuté podpory (vyrovnávací platby),
- × **Neuznatelné** – nelze hradit z poskytnuté podpory (vyrovnávací platby).

Neuznatelné náklady – z poskytnuté finanční podpory nelze hradit např. tyto náklady (výdaje): nesouvisející s poskytováním základních činností příslušné sociální služby, na zdravotní péči poskytovanou podle § 36 zákona o sociálních službách, tato péče je hrazena podle § 17a zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, ve znění pozdějších předpisů, na pořízení nebo technické zhodnocení dlouhodobého hmotného a nehmotného majetku, odpisy, příspěvky na penzijní připojištění, životní pojištění, dary k životním jubileím a pracovním výročím, příspěvky na rekreaci apod., finanční leasing – výjimkou je pouze finanční leasing vozidla (automobilu) využívaného výhradně pro poskytování terénní formy sociální služby, např. pro terénní pečovatelskou službu.

Uznatelné náklady: osobní a další provozní náklady služby, které **jsou nezbytné pro poskytování základních činností služby poskytované na území kraje nebo pro občany kraje**.

1. Provozní náklady, které jsou nezbytné pro poskytování sociální služby v rozsahu stanoveném základními činnostmi služby a které jsou identifikovatelné, účetně evidované, ověřitelné, podložené originálními dokumenty a uvedené v rozpočtu schválené žádosti a jejich výše nepřesahuje obvyklou výši v daném místě a čase.

2. Osobní náklady – včetně odvodů sociálního a zdravotního pojištění, které hradí zaměstnavatel za své zaměstnance, a dalších osobní náklady, které je zaměstnavatel za zaměstnance podle platných právních předpisů povinen odvádět.

Jedná se o náklady na tyto zaměstnance pracující u zaměstnavatele (na pracovní smlouvy, dohody o pracovní činnosti nebo dohody o provedení práce):

- * pracovníci v přímé péči,
- * zdravotničtí pracovníci,
- * vedoucí pracovníci (vedoucí organizace, vedoucí služby, ostatní vedoucí pracovníci),
- * administrativní pracovníci (sekretářské a asistenční pozice, účetní, ostatní administrativní pracovníci),
- * obslužný personál (údržba, úklid, apod.).

ZPRACOVÁNÍ A OBSAH ŽÁDOSTI

Vyrovňovací platba na sociální službu z rozpočtu kraje se poskytuje žadatelům na základě předložené Žádosti poskytovatele sociální služby o finanční podporu na sociální službu na daný rok (dále jen „žádost“), žádost musí být zpracována v souladu s Pravidly pro poskytování vyrovnávacích plateb formou dotace/příspěvku z rozpočtu kraje na sociální služby (každoročně vydává daný kraj).

Žádost se předkládá v písemné a elektronické podobě. Poskytovatel sociální služby zpracovává a podává **samostatnou žádost pro každou** registrovanou sociální službu (nebo službu zapsanou v registru poskytovatelů sociálních služeb), kterou poskytuje.

Žádost obsahuje:

- * Údaje o poskytovateli služby
- * Údaje o sociální službě

POSOUZENÍ ŽÁDOSTI

Posouzení žádosti spočívá:

- * ve formální kontrole povinných náležitostí žádosti,
- * ve věcném hodnocení sociální služby.

Formální kontrola žádosti

Formální kontrolu žádosti provádí pracovník/pracovnice poskytovatele podpory podle kontrolního listu, který obsahuje jednotlivá formální kritéria formou odpovědí ANO/NE. Vyplněný kontrolní list je podepsán kontrolujícím pracovníkem/pracovnicí a přiložen k žádosti. Pokud je žadatel vyzván k nápravě nedostatků, je tato skutečnost na kontrolním listu zaznamenána.

Věcné hodnocení sociální služby

Sociální služba je posouzena na základě 5 věcných kritérií, kterými jsou:

Kritérium 1 – Soulad služby s plánem rozvoje sociálních služeb

Kritérium hodnotí, zda je sociální služba v souladu se SPRSS daného kraje a zpracovaným Akčním plánem pro příslušný rok. Zda je služba zařazena do seznamu sociálních služeb tvořících krajskou síť sociálních služeb, pokud je tento seznam podporovaných sociálních služeb poskytovaných konkrétními poskytovateli služeb součástí SPRSS či Akčního plánu pro příslušný rok.

Soulad je posuzován s ohledem na cílovou skupinu služby, druh a formu služby a rozsah/kapacitu služby v rámci kraje.

Soulad je posuzován i s ohledem na územní potřebu poskytování sociální služby, včetně propojení územní dostupnosti a kapacitní dostupnosti služby (např. zda terénní služba je v potřebné kapacitě poskytována na území příslušných obcí, zda spádové území pobytové služby a její kapacita pro toto spádové území je v souladu s identifikovanými potřebami cílové skupiny v rámci SPRSS/Akčního plánu apod.).

Kritérium dále hodnotí, zda sociální služba patří mezi priority v zařazení do seznamu financovaných služeb. V případě, že služba patří mezi „útlumové“ služby, je toto také nutno v rámci posouzení kritéria zohlednit.

Volba „Ano s výhradou“ se zaškrtně v případě, kdy sociální služba tak, jak je popsána v žádosti, je pouze částečně v souladu se SPRSS a Akčním plánem, např. služba má širší územní působnost, než je potřeba identifikovaná v SPRSS, v žádosti uvedená kapacita služby neodpovídá SPRSS (seznamu služeb) apod.

V případě, že sociální služba není v souladu se SPRSS a Akčním plánem (odpověď „NE“ na hodnotící otázku 1 a/nebo 2), není dále hodnocena na základě dalších kritérií.

Kritérium 2 – Způsob zajištění a poskytování sociální služby (kvalitativní indikátory)

V rámci kritéria se hodnotí:

- ✱ časová dostupnost služby – provozní doba služby,

- * potřeby uživatelů, které služba řeší v návaznosti na regionální karty sociálních služeb, stanovování cílů sociální práce s uživatelem, naplňování, vyhodnocování potřeb uživatelů, způsob poskytování služby, metody sociální práce,
- * nabídka služby – specifikace základních činností v návaznosti na zjištěné potřeby uživatelů,
- * nastavení právních vztahů s uživatelem (smlouva) apod.

Kritérium 3 – Personální zajištění služby

V rámci personálního zajištění se posuzuje:

- * *složení pracovníků (pracovní pozice) zajišťujících základní činnosti služby – přímou péčí,*
- * *přiměřenost úvazků „ostatních pracovníků“,*
- * *přiměřenost počtu úvazků pracovníků vzhledem k plánovaným hodnotám indikátorů služby,*
- * *adekvátnost okamžitého počtu úvazků pracovníků v přímé péči vzhledem k provozní době služby a plánovaným hodnotám indikátorů služby.*

Kritérium 4 – Stanovení indikátorů (kvantitativních)

V rámci kritéria se posuzuje:

- * *Soulad plánovaných hodnot indikátorů s obdobnými údaji v registru poskytovatelů služeb (obdobnými údaji uváděnými v registru se rozumí zejména maximální kapacita poskytované služby – počet lůžek, uživatelů, intervencí, kontaktů, hovorů a časový rozsah poskytování sociální služby).*
- * *Zda plánované hodnoty indikátorů odpovídají personálnímu zajištění (úvazkům pracovníků v přímé péči) a provozní době služby.*
- * *V případě služeb sociální péče – zda plánovaná struktura uživatelů služby z hlediska stupně příspěvku na péči odpovídá příslušnému druhu služby sociální péče, včetně potřeby zajištění zdravotní péče.*
- * *Zda jsou vysvětleny meziroční změny v hodnotách (nárůst/pokles) indikátorů oproti údajům za předchozí rok/roky.*

Poskytovatelé sociálních služeb jsou **povinni vést evidenci kvantitativních indikátorů.**

Sankcí při nesplnění hodnot indikátorů nebo nedosažení minimální úrovně splnění hodnot indikátorů je:

- * vrácení poskytnuté vyrovnávací platby v plné výši, nebo
- * krácení poskytnuté vyrovnávací platby o x %.

Kritérium 5 Kalkulace nákladů a příjmů – zdrojů financování služby

V rámci kritéria se posuzují plánované náklady a výnosy služby (zdroje financování služby).

Náklady

- × *Zda odpovídá celková výše plánovaných nákladů sociální služby v přepočtu na jednotku (lůžko/den, přepočtený úvazek pracovníka) jejich obvyklým/průměrným hodnotám stanoveným pro výpočet vyrovnávací platby (tj. posuzuje se ve vztahu k výpočtu vyrovnávací platby).*

Výnosy

V rámci kritéria se posuzuje:

- × *Zda jsou zahrnuty úhrady od uživatelů služby a zda odpovídá jejich výše obvyklým/průměrným hodnotám (ve vztahu k výpočtu vyrovnávací platby) – posuzuje se pouze v případě sociálních služeb poskytovaných za úhradu od uživatelů služby.*
- × *Zda jsou zahrnuty platby z veřejného zdravotního pojištění a zda odpovídá jejich výše obvyklým/průměrným hodnotám (ve vztahu k výpočtu vyrovnávací platby) – posuzuje se pouze v případě domovů pro seniory, domovů pro osoby se zdravotním postižením, domovů se zvláštním režimem a týdenních stacionářů.*
- × *Zda jsou zahrnuty příjmy z rozpočtů obecních samospráv a případně z dalších zdrojů a zda v součtu dosahují tyto příjmy minimálního procentního podílu stanoveného ve výpočtu vyrovnávací platby.*
- × *Zda s ohledem na složení a výši finančních zdrojů za předchozí dva roky existuje riziko „přefinancování“ služby, nadměrné vyrovnávací platby (zejména v případě, kdy výnosy jsou vyšší než náklady, a tento rozdíl je vyšší než hodnota průměrného zisku).*
- × *Zda je zahrnut průměrný zisk (plánované příjmy jsou vyšší než náklady služby) a zda odpovídá jeho výše (tj. je průměrná).*

Hodnocení podle jednotlivých kritérií probíhá na základě hodnotících otázek. Hodnotící otázky jsou uvedeny u každého kritéria.

Celkem 5 z hodnotících otázek je označeno jako „**zásadní kritérium**“. V případě, že hodnotitel neuvede kladnou odpověď na příslušnou hodnotící otázku (volba „ANO“, popř. volba „ANO s výhradou“), tj. uvede odpovědi „NE“ nebo „téměř NE“ alespoň na jednu z otázek, která je označena jako „**zásadní kritérium**“ nelze službu finančně podpořit, tj. vyrovnávací platba nebude na tuto službu poskytnuta.

Výsledek hodnocení:**Službu nelze podpořit pokud:**

- × je hodnoceno odpovědí „NE“ nebo „téměř NE“ na alespoň jednu z hodnotících otázek, které jsou označeny jako „zásadní kritérium“, nebo
- × hodnocená sociální služba získala na základě hodnocení X a méně bodů (pozn. služba je způsobilá k financování, pokud získala X více bodů).

Řešení situace, kdy existují dva a více poskytovatelů služeb, kteří nabízejí shodnou sociální službu co do druhu, formy a cílové skupiny

Je přibližně shodná kapacita těchto služeb (počet lůžek, uživatelů, úvazky zaměstnanců v přímé péči apod.)?

Je shodná územní dostupnost služeb (lokality působnosti)?

Konkurují si tito poskytovatelé z hlediska nabízené kapacity služby a působnosti služby pro příslušné území?

Pak z hlediska výběru konkrétní služby k podpoře je rozhodující získaný počet bodů! Tj. je podpořen ten poskytovatel služby, který v rámci bodového hodnocení sociální služby získal vyšší počet bodů.

Rozhodování o výši vyrovnávací platby

O poskytnutí vyrovnávací platby na základě stanoveného výpočtu a výsledků věcného hodnocení sociální služby rozhoduje na základě doporučení odboru rada kraje nebo zastupitelstvo kraje na návrh rady kraje a výboru pro zdravotnictví a sociální věci.

Zveřejnění výsledků řízení k poskytnutí vyrovnávací platby

Výsledky řízení k poskytnutí vyrovnávací platby jsou do určité lhůty (stanovené krajem) od jejich schválení zveřejněny na www stránkách kraje. Žadatelé budou o výsledcích řízení k poskytnutí vyrovnávací platby vyrozuměni taktéž elektronicky (kontaktní emailové adresy).

Výše přidělené vyrovnávací platby na jednotlivé sociální služby na příslušný rok je krajským úřadem zapsána do elektronického registru poskytovatelů sociálních služeb v souladu se zákonem o sociálních službách. Tuto povinnost musí krajský úřad splnit do 30. dubna příslušného roku, na který je finanční podpora poskytnuta.

Uzavření smluv s poskytovateli sociálních služeb

Se žadateli, jimž se schválí poskytnutí vyrovnávací platby na sociální službu, uzavře kraj Smlouvu o poskytnutí vyrovnávací platby z rozpočtu kraje poskytovateli sociální služby v souladu s platnými obecně závaznými právními předpisy a schválenými Pravidly.

Ve smlouvě je vymezena sociální služba, na kterou je vyrovnávací platba určena (označení poskytovatele služby, vymezení sociální služby prostřednictvím cílové skupiny uživatelů služby, územní působnosti, uvedení druhu a formy sociální služby, provozní doby služby, apod.), výpočet vyrovnávací platby za poskytování sociální služby, povinnosti spojené s čerpáním vyrovnávací platby, sankce za neplnění těchto povinností, povinnosti v oblasti kontroly a monitoringu čerpání vyrovnávací platby a další (viz vzor smlouvy).

Bez uzavření smlouvy nelze vyrovnávací platbu poskytnout. Následující tabulka představuje časový harmonogram procesů řízení k poskytnutí vyrovnávací platby.

Časový harmonogram procesů řízení k poskytnutí vyrovnávací platby, 1. část

proces	nositel procesu	termín	lhůta	poznámka
Zpracování a schválení pravidel pro poskytování vyrovnávacích plateb z rozpočtu daného kraje na sociální služby	kraj	květen–srpen		schválení pravidel před vyhlášením (dotačního) řízení k poskytnutí vyrovnávací platby
Vyhlášení řízení k poskytnutí vyrovnávací platby	kraj	do 15. 8. předcházejícího roku	min. 30 kalendářních dnů ode dne vyhlášení (počátku příjmu žádostí) do ukončení příjmu žádostí	
Zpracování a předložení žádostí poskytovateli sociálních služeb	poskytovatel služby	do 15. 9. předcházejícího roku		
Posouzení žádostí poskytovatelů sociálních služeb	kraj	do 31. 10. předcházejícího roku	do 45 kalendářních dnů od ukončení příjmu žádostí poskytovatelů sociálních služeb	
a				
Návrh optimální výše vyrovnávací platby na jednotlivé sociální služby				
Zpracování krajské žádosti o poskytnutí dotace	kraj		do 3 pracovních dní od ukončení předchozího procesu	
Schválení předložení krajské žádosti o poskytnutí dotace orgány kraje a její předložení MPSV	kraj	do 15. 11. předcházejícího roku		

Posouzení a projednání žádosti kraje	MPSV	do 15. 12. předcházejícího roku	do 30 kalendářních dnů od jejího podání	
Schválení státního rozpočtu na příslušný rok a stanovení faktické výše dotace kraji	PSP ČR	listopad–prosinec předcházejícího roku		
	MPSV			
Vydání rozhodnutí o poskytnutí dotace kraji	MPSV	leden roku, na který je dotace poskytnuta		
Stanovení reálné výše vyrovnávací platby na sociální služby	kraj	prosinec–leden		v návaznosti na schválení zákona o státním rozpočtu a vydání Rozhodnutí o poskytnutí dotace
Projednání a schválení výše vyrovnávacích plateb na sociální služby orgány kraje	kraj	leden – únor roku, na který je dotace poskytnuta		

Časový harmonogram procesů řízení k poskytnutí vyrovnávací platby, 2. část

proces	nositel procesu	termín	lhůta	poznámka
Uzavření smluv s poskytovateli sociálních služeb o poskytnutí vyrovnávací platby	kraj	max. do března roku, na který je dotace poskytnuta		
Výplata 1. splátky dotace z MPSV do rozpočtu kraje	MPSV	únor roku, na který je dotace poskytnuta	do 30 kalendářních dnů od vydání Rozhodnutí o poskytnutí dotace kraji	
Výplata 1. splátky vyrovnávací platby z rozpočtu kraje poskytovatelům sociálních služeb	kraj	do 30. 4. roku, na který je dotace poskytnuta		
Zpracování a předložení průběžného přehledu o čerpání dotace MPSV	kraj	do 30. 4. roku, na který je dotace poskytnuta		
Zápis výše poskytnuté dotace na jednotlivé sociální služby do elektronického registru poskytovatelů sociálních služeb	kraj	do 30. 4. roku, na který je dotace poskytnuta		Povinnost stanovená ZSS krajskému úřadu
Schválení průběžného přehledu o čerpání dotace	MPSV			termín MPSV nestanoven
Výplata 2. splátky dotace z MPSV do rozpočtu kraje	MPSV	asi do 31. 5. roku, na který je dotace poskytnuta		termín MPSV nestanoven

Výplata 2. splátky vyrovnávací platby z rozpočtu kraje poskytovatelům sociálních služeb	kraj	do 30. 6. roku, na který je dotace poskytnuta		
Zpracování závěrečné zprávy o čerpání vyrovnávací platby poskytovateli sociálních služeb	poskytovatel služby	do 15. 1. následujícího roku		
Kontrola závěrečných zpráv poskytovatelů služeb o čerpání vyrovnávací platby	kraj	do 15. 2. následujícího roku		
Zpracování a předložení konečného přehledu o čerpání dotace MPSV	kraj	do 15. 2. následujícího roku		
Zpracování finančního vypořádání dotace v souladu s vyhláškou MF a jeho předložení MPSV	kraj	do 15. 2. následujícího roku		

zdroj: QQT, s.r.o., ilustrační tabulka

Příloha č. 5

Předběžné vyhodnocení dotazníků ze sběru dat Olomouckého kraje

Zdroj: Olomoucký kraj

Celkem přijato dotazníků: 68x, z toho 21x online verzí, 47x v písemné podobě.

Z toho se znaky agrese či autoagrese (těžko zvládnutelné problémové chování osob s PAS):

ve věku 4–6 let: 5 osob (2x Olomouc, 1x Prostějov, 2x Šumperk)

ve věku 7–18 let: 15 osob (4x Olomouc, 1x Šternberk, 1x Zábřeh, 7x Šumperk, 2x Jeseník)

ve věku 19–21 let: 2 osoby (1x Olomouc, 1x Šumperk)

Pozn. Všechny výše uvedené osoby mají určitou formu mentální retardace a jedná se o potenciální uživatele pobytových sociálních služeb se specificky zaměřeným přístupem pro osoby s PAS.

Většina z nich jsou muži (pouze 2 ženy). Pouze 2 osoby s PAS (muži) výše uvedení jsou již umístěni v pobytové sociální službě s celoročním provozem (vhodné by bylo uvažovat o zřízení služeb na Šumpersku a rozšíření kapacit či nové služby na Olomoucku).

ZJIŠTĚNÍ POTŘEB NA ÚROVNI JEDNOTLIVÝCH ORP

Pozn. Nyní nemáme k dispozici žádné dotazníky z Přerovska, Hranicka, Lipenska.

Olomouc – 20 dotazníků

Dg. Dětský autismus 14x, Středně těžká až těžká MR + autistické rysy 3x, Tuberózní skleróza +autistické rysy 1x, Aspergerův syndrom 3x

- × **Školství:** Pokud osoby s Dětským autismem či autistickými rysy plní povinnou školní docházku, využívají MŠ i ZŠ speciální, praktickou školu, které jsou v této lokalitě zřízeny. Osoby s Aspergerovým syndromem jsou integrovány do běžné školy.
- × **Volnočasové aktivity:** Nedostatečně zabezpečeny, pouze ojediněle v rámci SAS pro OZP a seniory – pohybový kroužek.
- × **Zdravotní služby:** Dostupnost praktických lékařů pro děti a dorost i praktických lékařů pro dospělé (možnost výběru). Dostupní i lékaři – specialisté. Občas se objevuje nespokojenost s poskytovanými zdravotními službami či ochotou vzít do péče osobu s PAS.

- × **Sociální služby:** DOZP, denní stacionáře, týdenní stacionáře, osobní asistence, SAS pro OZP a seniory. Nedostupnost odpovídajících sociálních služeb pro osoby s problémovým chováním – znaky agrese či autoagrese, jež by měly přizpůsobenu nabídku činností potřebám této skupiny osob.
- × **Obecné nedostatky:** Nedostatečně zajištěny sociální služby pracovníky v přímé péči. Nedostatečně kapacitně zajištěny služby domovů se zvláštním režimem, osobní asistence, odlehčovací služby (všechny její formy). Nezajištění asistenta pedagoga na volnočasové aktivity. Podpora ze strany SPC pouze formálního charakteru. Neustálý boj o přidělení kompenzačních pomůcek. Nedostatek specializovaných tříd pro osoby s PAS. Regionální nedostupnost terénních a pobytových forem odlehčovacích služeb pro tyto osoby. Nedostatečné zajištění lokality službami chráněných dílen či možnostmi využití chráněných pracovních míst pro tyto osoby.
- × U osob s Aspergerovým syndromem je nedostatečně zabezpečena oblast získání kompenzačních pomůcek a zdravotnických prostředků. Vnímají i nedostatečnou podporu ze strany SPC.

Litovel – 1 dotazník

Dg. PAS – blíže nespecifikovaný

- × **Školství:** Spokojeni se zajištěním této oblasti, dítě s PAS dojíždí do Šumperka, kde přes týden plní povinnou školní docházku a je na internátě.
- × **Volnočasové aktivity:** Nezabezpečeny.
- × **Zdravotní služby:** Dostupné, případně k lékařům – specialistům dojíždějí do Olomouce.
- × **Sociální služby:** Sociální služby pro tuto cílovou skupinu osob nejsou v této lokalitě dostupné. Prozatím tato osoba s PAS služby nepožaduje.

Prostějov – 2 dotazníky

Dg. Dětský autismus, Aspergerův syndrom

- × **Školství:** Nespokojenost se zabezpečením regionu MŠ speciální. Chlapec s Aspergerovým syndromem integrován do běžné ZŠ za podpory asistenta pedagoga.
- × **Volnočasové aktivity:** Nezabezpečeny.
- × **Zdravotní služby:** Dostupné.

- × **Sociální služby:** Nyní u dítěte s Dětským autismem využívána pouze služba rané péče. Prozatím další možnosti služeb nepožadovány.
- × **Obecné nedostatky:** Chlapec s Aspergerovým syndromem finančně nedosáhne na podporu při případném využívání sociálních služeb.

Šternberk – 1 dotazník

Dg. Dětský autismus

- × **Školství:** Dojíždění do ZŠ speciální v Šumperku.
- × **Volnočasové aktivity:** Nezabezpečeny.
- × **Zdravotní služby:** Dostupné základní zdravotní služby. K lékařům – specialistům dojíždějí do Olomouce.
- × **Sociální služby:** Regionálně nedostupné služby osobní asistence, ambulantní, terénní i pobytové formy odlehčovací služby, proto dojíždí do Šumperka. Potřeba vzniku služby chráněného bydlení pro tyto osoby.
- × **Obecné nedostatky:** Nedostatečné zajištění lokality službami chráněných dílen či možnostmi využití chráněných pracovních míst pro tyto osoby.

Uničov – 1 dotazník

Dg. Dětský autismus

- × **Školství:** Dojíždějí do ZŠ speciální v Olomouci.
- × **Volnočasové aktivity:** Nemá potřebu zajistit. V lokalitě nejsou volnočasové aktivity dostupné.
- × **Zdravotní služby:** Dostupné základní zdravotní služby. K lékařům – specialistům dojíždějí do Olomouce.
- × **Sociální služby:** Dojíždí do denního stacionáře v Olomouci.

Zábřeh – 2 dotazníky

Dg. Dětský autismus, hluchota (kombinace více postižení)

- × **Školství:** Dojíždí do ZŠ speciální (Šumperk).
- × **Volnočasové aktivity:** Regionálně nezabezpečeny.
- × **Zdravotní služby:** Dostupné zdravotní služby. K lékařům – specialistům dojíždějí do Olomouce.

- * **Sociální služby:** Dojíždí za službami osobní asistence, odlehčovacími službami a službou sociální rehabilitace do Šumperka.
- * **Obecné nedostatky:** Regionální nedostupnost služby chráněného bydlení, oblast všech forem odlehčovacích služeb (hlavně pobytových). Nedostatečné zajištění lokality službami chráněných dílen či možnostmi využití chráněných pracovních míst pro tyto osoby.

Šumperk – 30 dotazníků

Dg. Dětský autismus 17x, Středně těžká až těžká forma MR + Atypický autismus 4x, Středně těžká až těžká MR + autistické rysy 3x, Rettův syndrom 1x, PAS blíže nespecifikovaný 3x, Aspergerův syndrom 2x

- * **Školství:** Dostupné MŠ, ZŠ, střední škola speciální, praktická škola jednoletá.
- * **Volnočasové aktivity:** Nedostatečně zabezpečeny (kroužky, víkendové i jednodenní akce). Finančně nákladné pro tyto osoby.
- * **Zdravotní služby:** Dostupnost praktických lékařů pro děti a dorost. Dostupní i lékaři – specialisté. Problém s najitím praktického lékaře pro dospělé, který by vzal do péče osobu s PAS. Občas se objevuje nespokojenost s poskytovanými zdravotními službami či ochotou vzít do péče osobu s PAS.
- * **Sociální služby:** Osobní asistence, odlehčovací služby, sociální rehabilitace (Šumperk – dojíždí).
- * **Obecné nedostatky:** Regionální nedostupnost služby chráněného bydlení či jiných forem pobytových sociálních služeb pro tuto cílovou skupinu osob, i včetně vyšší dostupnosti kapacit odlehčovacích forem služby. Nedostatek informací z oblasti opatrovnictví osob, dávek důchodového pojištění, získání nepojistných sociálních dávek, příspěvků na zakoupení zvláštních pomůcek a zdravotnických prostředků. Zaměstnanci z oblasti školství nedostatečně informováni o péči o osobu s Rettovým syndromem a o jejich potřebách. Opakované nepřiznání příspěvku na zvláštní pomůcku nutnou ke komunikaci a učení.
 - Nedostatečné zajištění regionu vhodnými středními školami s návaznou možností pracovního uplatnění pro osoby s Aspergerovým syndromem. Nedostatečně zabezpečená oblast zaměstnávání osob s PAS.
 - V dotaznících uvedeno, že více rodin se přestěhovalo na Šumpersko z důvodu zabezpečení potřeb jejich dětí s PAS.

Jeseník – 4 dotazníky

Dg. Dětský autismus 3x, Aspergerův syndrom 1x

- × **Školství:** využití MŠ i ZŠ speciální. Dívka s Aspergerovým syndromem integrována do běžné školy ZŠ.
- × **Volnočasové aktivity:** Nezabezpečeno.
- × **Zdravotní služby:** Regionálně neodstupní lékaři – specialisté, kteří by vzali do péče osoby s PAS, proto tyto osoby za specialisty dojíždějí.
- × **Sociální služby:** V regionu jsou využívány služby rané péče. Byl by zájem o odlehčovací terénní a pobytovou formu služby.
- × **Obecné nedostatky:** Nedostatek informací o problematice osob s PAS. Přetíženost pečujících osob z důvodu nedostupnosti odlehčovacích služeb či osobní asistence.

Červená Voda (okres Ústí nad Orlicí – Pardubický kraj) – 1 dotazník

Dg. Dětský autismus

- × **Školství:** MŠ speciální 30 km od místa bydliště – denně dojíždí (Šumperk).
- × **Volnočasové aktivity:** Nedostatečně zabezpečeno.
- × **Zdravotní služby:** Nespokojení se zajištěním odpovídajících zdravotních služeb (za lékaři – specialisty dojíždí do FN Olomouc).
- × **Sociální služby:** Nyní sociální služby nevyužívají.
- × **Obecné nedostatky:** Definována potřeba dalšího sebevzdělávání v problematice osob s PAS – nedostupnost potřebných praktických informací.

Anonymy – 6x

Dg. Dětský autismus, atypický autismus, autistické rysy, ADHD, Aspergerův syndrom, lehká až středně těžká mentální retardace. Spíše se jedná o lehčí stupně autismu.

- × **Školství:** Spokojení.
- × **Volnočasové aktivity:** Nedostačující.
- × **Zdravotní služby:** Nedostatek dostupných lékařů – specialistů, kteří jsou ochotni vzít do péče osobu s PAS.
- × **Sociální služby:** Pokud využívají sociálních služeb, většinou jen ambulantní či terénní formy. Do budoucna pobytovou formu sociální služby nevyžadují.

Příloha č. 6

Související legislativa

Poskytování sociálních služeb je vymezeno v zákoně 108/2006 Sb. o sociálních službách, který dále upravuje prováděcí vyhláška 505/2006 Sb. Dále se osob s PAS týká zákon 329/2011 Sb. o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením a jeho prováděcí vyhláška č. 388/2011 Sb., v některých případech i zákon č. 111/2006 Sb. o pomoci v hmotné nouzi. Právo na rovné zacházení a zákaz diskriminace, jež se může týkat případů, kdy je osobě s PAS odmítnuta sociální služba, upravuje zákon č. 198/2009 Sb., o rovném zacházení a o právních prostředcích ochrany před diskriminací, tzv. antidiskriminační zákon.

Zákon č. 108/2006 Sb. o sociálních službách

Zákon je platný od roku 2007 a jeho hlavním cílem je vytvářet podmínky pro uspokojování přirozených potřeb lidí, zejména takovou formou pomoci při zvládání péče o vlastní osobu a v soběstačnosti, která je nezbytná pro plnohodnotný život. Sociální služby definované zákonem zprostředkovávají člověku, ohroženému sociálním vyloučením, účast na běžném životě společnosti (MPSV, 2006).

Zákon skrze definované sociální služby upravuje podmínky, za kterých jsou pomoc a podpora poskytovány. Dále upravuje podmínky výkonu veřejné správy, registrace a inspekce sociálních služeb, financování a předpoklady pro výkon činnosti v sociálních službách. V neposlední řadě upravuje podmínky přiznání příspěvku na péči a financování sociálních služeb.

Vyhláška 505/2006 Sb. k zákonu o sociálních službách

Vyhláška 505/2006 Sb. upravuje podmínky poskytování a rozsah úkonů sociálních služeb, platby od uživatelů a kvalifikaci pracovníků. Dále upravuje podmínky pro zpracování a strukturu střednědobého plánu rozvoje sociálních služeb – část VII. Zakládá tak povinnost krajů vypracovávat plán podle jasných a jednotných pravidel. Obsahem příloh této vyhlášky je pak vymezení schopnosti zvládat základní životní potřeby, obsah standardů kvality a oborů vzdělání, při jejichž dosažení se nevyžaduje absolvování kvalifikačního kurzu pro pracovníky v sociálních službách.

V roce 2017 se nepodařilo schválit dlouho připravovanou tzv. velkou novelu zák. 108/2006 Sb. o sociálních službách, jež bude opět projednávána pravděpodobně na podzim roku 2019. Tato novela mimo jiné měnila výši příspěvku na péči ve stupni IV (úplná závislost) z částky 13 200 na 19 200 Kč. Jednou z dalších diskutovaných změn je také financování

sociálních služeb formou mandatorních výdajů. Jedná se o prostředky, které je stát povinen vynaložit. Jejich výši při sestavování rozpočtu není možné nijak měnit. Platnost těchto údajů však nelze v tento okamžik jakkoliv více upřesnit.

Zákon 329/2011 Sb. o poskytování dávek OZP

Tento zákon upravuje příspěvek na mobilitu, příspěvek na zvláštní pomůcku a průkaz osoby se zdravotním postižením. O přidělení dávky rozhoduje Úřad práce ČR. V příloze č. 4 prováděcí vyhlášky č. 388/2011 Sb. k tomuto zákonu jsou definovány stavy, které lze považovat za podstatné pro účely přiznání průkazu osoby se zdravotním postižením (Vyhláška č. 388/2011 Sb.). Zde jsou, jakožto na jediném místě v české legislativě, definovány stupně poruch autistického spektra jako nízko funkční, středně funkční a vysoko funkční. Z výše popsaného je patrné, že pokusy o rozdělení forem PAS již existují a dalo by se na ně v rámci celého systému patrně navázat a více je rozpracovat. Nicméně odborníci na problematiku namítají, že rozdělení výše podpory dle formy PAS je stále v mezích medicínského posuzování potřeb, což nezahrnuje komplexní pohled na situaci postižené osoby a jejího okolí v kontextu životní situace. Nárok na podporu tak není posuzován dostatečně objektivně a nerespektuje základní princip rovnosti.

Zákon č. 111/2006 Sb. o pomoci v hmotné nouzi

Tento zákon upravuje systém pomoci v hmotné nouzi. Jedná se o pomoc osobám s nedostatečnými příjmy a je tak opatřením, kterým Česká republika bojuje proti sociálnímu vyloučení. O přidělení dávek v hmotné nouzi rozhoduje Úřad práce ČR. Dávky, které by měly řešit pomoc v hmotné nouzi, jsou příspěvek na živobytí, doplatek na bydlení, mimořádná okamžitá pomoc.

Příloha č. 7

Aktéři v procesu poskytování služeb osobám s PAS+

SVĚT A MEZINÁRODNÍ OCHRANA

Zásadním dokumentem mezinárodního práva pro osoby se zdravotním postižením, mezi něž se osoby s PAS řadí, je Úmluva o právech osob se zdravotním postižením (dále jen Úmluva). Jedná se o mezinárodní smlouvu o lidských právech a základních svobodách, jež je založena na principu rovných práv. Zaručuje osobám se zdravotním postižením podporu v jejich aktivitách, plné uplatnění všech lidských práv a podporuje jejich plné zapojení do života společnosti. Úmluva byla přijata 13. prosince 2006 na Valném shromáždění OSN, v březnu následujícího roku ČR text úmluvy podepsala. Proces ratifikace Úmluvy, nikoli však jejího Opčního protokolu⁹⁹, tak byl dokončen v roce 2009. K ratifikaci Opčního protokolu Česká republika zatím nepřistoupila (MPSV, 2016). Úmluva nezakládá nová práva či nároky. Jejím účelem je zejména podpora, ochrana a zajištění rovného využívání lidských práv a svobod všemi osobami se zdravotním postižením (OSN, 2009).

Lidská práva – stát je povinen je respektovat, chránit a zajistit podmínky k jejich naplňování. Jedná se o základní rámec práv, který jednotlivé státy garantují svým občanům a zároveň na tomto rámci staví své politiky.

RESPEKT – stát je povinen respektovat základní lidská práva.

OCHRANA – stát aktivně chrání lidi před porušováním lidských práv.

NAPLŇOVÁNÍ – stát činí opatření k naplňování lidských práv.

WHO

Světový akční plán WHO ke zdravotnímu postižení na období 2014–2020 s názvem *Lepší zdraví pro všechny osoby se zdravotním postižením* je dalším závazným dokumentem, který na svém 67 zasedání přijalo Světové zdravotnické shromáždění. Mezi tři cíle tohoto plánu se řadí:¹⁰⁰

1. odstranění bariér a zlepšení přístupu ke zdravotnickým službám;
2. posílení a rozšíření rehabilitace a pomocných technologií, podpůrné služby a rehabilitaci v přirozeném prostředí;

99 Opční protokol slouží jako záruka pro využívání mechanismu podávání stížností v případech, kdy stát porušuje či nedodržuje Úmluvu. Schválení Opčního protokolu je jedním z opatření Národního plánu podpory rovných příležitostí na období 2015–2020.

100 EU, 2014. Evropský sociální fond. Evropská komise.

3. posílení sběru relevantních a mezinárodně srovnatelných dat o zdravotním postižení, podpora výzkumu zdravotního postižení a souvisejících služeb.

EU

- × Základní dokumenty tvořící rámec pro sociální politiku EU jsou:
- × Všeobecná deklarace lidských práv;
- × Mezinárodní pakt o občanských a politických právech;
- × Evropská úmluva o ochraně lidských práv a svobod;
- × Evropská sociální charta;
- × Deklarace OSN o právech osob s mentálním postižením;
- × Úmluva o právech osob se zdravotním postižením – státy se v ní zavazují zajistit a podporovat plnou realizaci všech LP a svobod osobám se zdravotním postižením bez diskriminace.

Nejvýznamnějšími dokumenty, jež tvoří evropský systém ochrany lidských práv, jsou *Evropská úmluva o ochraně lidských práv a svobod* a *Evropská sociální charta*, jež se právům zdravotně postižených věnuje zejména v článcích 9, 10 a 15, které definují právo na přípravu a poradenství při volbě povolání, na rehabilitaci a sociální adaptaci. Stěžejním dokumentem, který zastřešuje sociální politiku EU je Evropská strategie pro pomoc osobám se zdravotním postižením 2010–2020 s názvem *Obnovený závazek pro bezbariérovou Evropu* (ČR, 2014). Tento dokument je zaměřen primárně na odstraňování překážek, které zdravotně postiženým osobám znemožňují aktivní účast na životě ve společnosti ostatních lidí. Celkem bylo určeno osm základních oblastí, v nichž je třeba učinit opatření pro zlepšení přístupnosti: zapojení do společnosti, rovnost, zaměstnanost, vzdělávání a odborná příprava, sociální ochrana, zdraví a vnější činnost. Každá z oblastí je definována jednotlivými kroky a strategickými cíli na úrovni EU.

Evropské fondy a financování

Jedná se o více než polovinu finančních prostředků, jež členskými zeměmi poskytuje Evropská unie. Jsou spravovány Evropskou komisí a poskytovány prostřednictvím pěti strukturálních a investičních fondů.

ESIF – *Evropské strukturální a investiční fondy* jsou složeny z celkem pěti různých fondů, z nichž všechny spadají pod působnost nařízení Evropského parlamentu a Rady (EU) č. 1303/2013, neboli tzv. „nařízení o společných ustanoveních“. Politika soudržnosti je mezi lety 2014–2020 financovaná výhradně z těchto fondů.¹⁰¹

ESF – *Evropský sociální fond* vznikl v roce 1958 a svými příspěvky podporuje přizpůsobivost pracovníků, podniků a služeb, přístup k zaměstnanosti a účasti na trhu práce, sociální začleňování osob se znevýhodněním, boj proti diskriminaci a podporu partnerství ve všech těchto oblastech. Během programovacích období jsou vyhlašovány programy zprostředkovávající čerpání finančních prostředků z fondů v daných oblastech. Pomocí těchto financí poskytovatelé spolufinancují sociální služby. V programovém období 2014–2020 MPSV řídí OP Zaměstnanost.¹⁰²

STÁT ČR

Jednou z kompetencí státu v sociální oblasti je garance sociálních práv (právo na sociální zabezpečení a odpovídající péči) a podpora daných služeb pro osoby v obtížné životní situaci.

Národní dokumenty související s PAS, které zavazují stát k jejich plnění:

- ✱ Listina základních práv a svobod
- ✱ Úmluva o právech osob se zdravotním postižením (ratifikace v roce 2009). Stát se zavazuje zajistit a podpořit plnou realizaci všech lidských práv a základních svobod pro všechny osoby se zdravotním postižením. Např. podle:¹⁰³
 - čl. 19, čl. 23 a čl. 25 zajistí přístup ke službám, život v rodinném prostředí, nebo v odpovídající zdravotní či soc. službě;
 - čl. 31 shromažďuje odpovídající statistické informace, které mu umožní formulovat a provádět politiky zaměřené na plnění závazků Úmluvy;
 - čl. 34 zřídí Výbor pro práva OZP, který působí od roku 2014 při Úřadu vlády.

ÚŘAD VLÁDY

Úřad vlády (dále jen ÚV) je jedním z centrálních orgánů státní správy, jehož působnost je vymezena zákonem č. 2/1969 Sb., o zřízení ministerstev a jiných ústředních orgánů státní správy. ÚV koordinuje a zajišťuje sběr podkladů od dalších úřadů a minister-

101 EU, 2014. Evropské strukturální a investiční fondy. Evropská komise.

102 EU, 2014, ref. 34.

103 MPSV, 2016. Úmluva OSN o právech osob se zdravotním postižením.

stev pro přípravu plánu práce vlády na dané období. Dále je v jeho kompetenci kontrola plnění úkolů ostatními ministerstvy a dalšími ústředními správními úřady. Mimo činností spojených se zajištěním fungování vlády jsou při ÚV dále zřízeny nadresortní poradenské orgány, zabývající se tématy, která nemohou být řešena pouze jedním resortem (Tomeš, 2009). Pro problematiku PAS jsou významné tyto:¹⁰⁴

- * Rada vlády pro lidská práva, v jejíž kompetenci je zejména sledování respektování a naplňování Ústavy ČR, Listiny základních práv a svobod a dalších mezinárodních lidskoprávních dokumentů. Na základě takového monitoringu Rada vlády pro lidská práva hodnotí, posuzuje, odhaluje možné nedostatky a zpracovává pro vládu návrhy opatření pro jejich řešení a tvorbu politik v oblasti ochrany lidských práv a svobod, jež vycházejí z výše zmíněných dokumentů. Při své činnosti Rada vlády pro lidská práva kooperuje s orgány samosprávy a dalšími organizacemi, které se zabývají lidskoprávní oblastí.
- * Výbor pro práva dítěte je trvalým orgánem Rady vlády pro lidská práva. Výbor zpracovává pro Radu vlády pro lidská práva dokumenty, jež upozorňují na stav a úroveň dodržování lidských práv v ČR. Vydává doporučení a návrhy opatření pro zvýšení míry dodržování lidských práv a spolupracuje na přípravě Zprávy o stavu lidských práv v České republice.
- * Vládní výbor pro zdravotně postižené občany – na základě svých kompetencí funguje jako koordinační, iniciativní a poradní orgán pro problematiku života a podpory zdravotně postižených občanů. Usnesením ze dne 28. listopadu 2014 byla zřízena odborná skupina při Vládním výboru pro zdravotně postižené občany, jež má hledat systémové řešení problematiky života osob s poruchou autistického spektra.

Mezi základní kompetence této skupiny patří zejména formulace konkrétních podnětů, doporučení a návrhů, které by měly následně směřovat ke stabilizaci a rozvoji podpory života osob s PAS ve všech rovinách dané problematiky. Nejvýznamnější aktivitou skupiny je schválení Podnětu k řešení situace života osob s poruchou autistického spektra, na jehož základě byly realizovány tyto aktivity.¹⁰⁵

- * Základní komunikační soubor pro komunikaci s lidmi s PAS – modifikace pro jednotlivé skupiny adresátů formou metodických pokynů. (MPSV, MŠMT, MZ, MV)
- * Vyšetření za účelem včasného zachytu PAS v rámci preventivní prohlídky v 18 měsících. (Zákon 70/2012 Sb. o preventivních prohlídkách)

104 VLÁDA ČR, 2018. Úřad vlády.

105 VLÁDA ČR, 2016. Podnět k řešení situace života osob s poruchou autistického spektra a jejich rodin.

- * Další rozpracované aktivity skupiny se týkají oblastí diagnostiky, terapie, posudkové praxe, vzdělávání, sociálních služeb, zaměstnávání a statistiky.

MPSV

Hlavními úkoly MPSV v oblasti sociálních služeb jsou prevence sociálního vyloučení, podpora života v přirozeném společenství, ochrana zranitelných skupin obyvatelstva před porušováním jejich občanských práv a před neodborným poskytováním služeb. Pro zabezpečení těchto úkolů MPSV stanovilo kritéria kvality, která jsou definována standardy kvality sociálních služeb. V kompetenci MPSV jsou vzhledem k tématu služeb pro PAS tyto oblasti:¹⁰⁶

- * **řízení a kontrola výkonu státní správy** v oblasti sociálních služeb, včetně činností sociální práce v oblasti sociálních služeb;
- * **národní strategie rozvoje sociálních služeb**, kterou MPSV zpracovává, sleduje a vyhodnocuje její plnění a dále ve spolupráci s dalšími správními subjekty určuje parametry dostupnosti sociálních služeb. Jedná se o základní rámcový dokument politiky sociálních služeb, který utváří rámec pro aktivity širokého spektra aktérů, zapojených do systému sociálních služeb v ČR. Tato strategie zahrnuje ústřední orgány ČR, poskytovatele sociálních služeb (příspěvkové organizace, neziskové organizace, ostatní typy organizací a neformální pečovatele) až po příjemce, jimiž jsou uživatelé služeb. Hlavním strategickým cílem je „*nastavit dlouhodobě udržitelný systém dostupných sociálních služeb a podpory neformální péče pro osoby v nepříznivé sociální situaci*“. Z Národní strategie rozvoje sociálních služeb vychází Akční plán rozvoje sociálních služeb, vždy na období jednoho roku. Ministerstvo práce a sociálních věcí dohlíží a koordinuje naplňování strategických cílů akčního i národního plánu rozvoje sociálních služeb (Pospíšil, 2015). Strategické cíle Akčního plánu na období 2017–2018 jsou obsahem přílohy č. 1;
- * **dotace a financování sociálních služeb** (z rozpočtové kapitoly 313) – MPSV formou dotace každoročně přiděluje jednotlivým krajům dotace na základě směrného čísla¹⁰⁷. Přehled programů podpory a financování je obsahem přílohy č. 3;
- * **zřizovatel některých sociálních služeb** – MPSV může zřídit zařízení sociálních služeb jako státní příspěvkovou organizaci. Ministerstvo vydá zřizovací listinu

106 MPSV, 2017. Sociální služby.

107 Směrné číslo je výše dotace v úhrnu pro určitý kraj. Toto číslo stanovuje ministerstvo na základě algoritmů, které procházejí schvalovacím procesem. Směrné číslo je vždy stanoveno až v období po schválení celkového rozpočtu MPSV (MPSV, 2017).

tohoto zařízení. Státní příspěvková organizace vzniká dnem stanoveným ve zřizovací listině. V ČR mezi takové příspěvkové organizace, mající PAS jako svou cílovou skupinu, patří zařízení sociálních služeb Tloskov a Kociánka;

- × legislativa MPSV – ministerstvo má ve své gesci navrhování a přípravu legislativy v sociální oblasti. Pro problematiku PAS jsou to zejména:
 - zák. č. 108/2006 Sb. o sociálních službách;
 - prováděcí vyhláška 505/2006 Sb. k zákonu o sociálních službách;
 - zák. č. 117/1995 Sb. o státní sociální podpoře;
 - zák. č. 11/2006 Sb. o pomoci v hmotné nouzi;
 - zák. č. 329/2011 Sb. o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením;
 - zák. č. 73/2011 Sb. o úřadu práce;
 - další zákony a vyhlášky, které mohou mít vliv na nastavení služeb pro osoby s PAS;
- × Dále má ministerstvo ve své kompetenci vydávání metodik a doporučení pro jednotlivé sociální oblasti. Významné v systému služeb pro osoby s PAS jsou zejména:
 - metodiky pro financování a rozdělování dotací – jedná se o Metodiku pro poskytování dotací ze státního rozpočtu krajům a Hl. městu Praze, kterou MPSV každoročně současně s vyhlášením dotačního řízení vydává a upravuje v ní pravidla a podmínky pro poskytnutí dotace. Konkrétně se jedná o postup pro podání žádosti, pravidla a postup pro posouzení žádosti, hodnocení rozpočtu, požadavku na dotaci, stanovení maximální výše dotace. Metodika dále obsahuje pokyn pro stanovení optimální a reálné výše dotace a stanovuje kompetence a role MPSV a krajských úřadů, které se podílejí na hodnocení žádosti o dotaci a stanovení návrhů výše dotace pro jednotlivé poskytovatele sociálních služeb v daném dotačním programu. Blíže pak upravuje kompetence krajských úřadů a postup stanovení výše dotace, pravidla a podmínky pro čerpání, kontrolu a finanční vypořádání dotace;¹⁰⁸
 - metodiky pro plánování sociálních služeb;
 - metodiky a doporučené postupy pro výkon sociální práce;

108 MPSV, 2017. Financování sociálních služeb.

- * Registr poskytovatelů sociálních služeb, jehož správcem elektronické podoby je dle § 86 zákona o sociálních službách MPSV. Správcem listinné podoby registru je pak Krajský úřad;
- * poradní orgány – při MPSV je od roku 2011 zřízena pracovní skupina pro Dostupnost sociálních služeb pro osoby s PAS, která v současné době pracuje na personálním a materiálně-technickém standardu pro pobytové služby pro osoby s PAS a souběhem problémového chování.

ÚŘAD PRÁCE ČR

Kontaktní pracoviště Úřadu práce (dále jen ÚP) plní v oblasti nepojistných sociálních dávek úkoly správního orgánu prvního stupně. Agenda ÚP se řídí ustanoveními zákona č. 73/2011 Sb. o Úřadu práce. Dle zákona o státní sociální podpoře, zákona o pomoci v hmotné nouzi, zákona o sociálních službách, zákona o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením a zákona o sociálně-právní ochraně dětí plní ÚP zejména tyto úkoly:¹⁰⁹

- * přiznává příslušné dávky – ve správním řízení,
- * vede evidenci žádostí o dávky v informačním systému, zpracovává údaje potřebné pro rozhodování o dávce do informačního systému,
- * vyřizuje agendu posouzení zdravotního stavu pro účely nepojistných sociálních dávek, zajišťuje agendu dávek pěstounské péče.

ÚP kontroluje a vyplácí tyto dávky (MPSV, 2017):

- * dávky státní sociální podpory,
- * rodičovský příspěvek (v případě, že je dítě uznáno za zdravotně postižené nebo dlouhodobě těžce zdravotně postižené),
- * přídavek na dítě,
- * sociální příplatek – ten je od letošního roku přiznáván pouze rodinám se zdravotně postiženým členem,
- * příspěvek na bydlení,
- * dávky pro osoby se zdravotním postižením,
- * příspěvek na péči.

109 MPSV, 2017. Úřad práce České republiky.

Role Úřadu práce je pro osoby s PAS a jejich rodiny důležitá zejména z důvodu prvního kontaktu se státní správou. Kontaktní pracoviště Úřadu práce bývá prostřednictvím svých pracovníků jedním z prvních orgánů státní správy, který se dostane do přímého kontaktu s osobou s PAS při řízení o příspěvku na péči. Úřad práce by se tak mohl stát jedním ze stěžejních zdrojů dat o počtech osob s PAS v dané lokalitě.

KRAJE

Od roku 2015 přešly některé kompetence MPSV na kraje. Jednou ze zásadních kompetencí kraje je rozdělování dotací, jež jsou na základě novely zákona o sociálních službách přidělovány podle výše procentního podílu (tzv. směrného čísla) každého kraje na celkovém ročním objemu finančních prostředků vyčleněných ve státním rozpočtu. Zvýšila se též návaznost dotací na střednědobé plány rozvoje sociálních služeb jednotlivých krajů. O dotacích pro jednotlivé poskytovatele tak přímo rozhodují kraje, nikoliv MPSV, jak tomu bylo do roku 2015. Na druhé straně je zvýšená povinnost krajů definovat síť sociálních služeb na základě zjištěných potřeb obyvatel daného kraje (MPSV, 2014). Mezi hlavní úkoly kraje tak patří *financování sociálních služeb, správa registru sociálních služeb a střednědobé plánování rozvoje sociálních služeb*.

- × **Financování sociálních služeb** (viz příloha č. 3 Financování) v režimu Služeb obecného hospodářského zájmu na základě § 101a zák. č. 108/2006 Sb. o sociálních službách. Základní zásady (MPSV, 2017):
 - MPSV krajům poskytuje účelové dotace na financování sociálních služeb na základě žádosti, jejíž nedílnou součástí je Střednědobý plán rozvoje sociálních služeb. Dotace ze státního rozpočtu (kapitola 313 – MPSV) se poskytuje k financování běžných výdajů, souvisejících s poskytováním sociálních služeb v souladu se zpracovaným střednědobým plánem rozvoje sociálních služeb kraje, tj. bude podporováno poskytování sociálních služeb, které jsou součástí střednědobých plánů rozvoje sociálních služeb krajů (výjimku tvoří sociální služby s celostátní působností – program B).
 - kraj o dotaci poskytovatelům rozhoduje dle zák. č. 250/2000 Sb. o rozpočtových pravidlech územních rozpočtů a předpisů EU;
 - kraj stanovuje způsob a výši dotace, včetně redukčních koeficientů (reálná výše dotace);
 - finanční podporu kraj stanovuje na základě předem známého mechanismu pro jednotlivé druhy služeb (výpočtové vzorce);
 - výše finanční podpory je vztažena ke specifikovaným výkonům, činnostem, kapacitě, jednotkám – lůžko, úvazek;

- kraj nastavuje maximální možnou hodnotu podpory z veřejných zdrojů na specifikovanou jednotku, dle referenčních výpočtů efektivní nákladovosti jednotlivých služeb – vyrovnávací platba (viz příloha č. 3 Financování).
- * Žádost krajů o účelové dotace na MPSV musí obsahovat:¹¹⁰
 - popis způsobu výpočtu optimální výše finanční podpory sociálních služeb (krajské metodiky),
 - popis způsobu stanovení redukčních mechanismů a reálné výše finanční podpory (krajské metodiky),
 - popis mechanismu přidělení a čerpání finanční podpory na jednotlivé služby (krajské metodiky),
 - povinnou přílohou žádosti kraje o dotaci je Střednědobý plán rozvoje sociálních služeb, který obsahuje ekonomickou analýzu identifikovaných potřeb a způsobu jejich finančního zajištění (dle vyhlášky č. 505/2006 Sb., část VII).
- * Správa registru sociálních služeb je dalším úkolem Kraje. Dle zák. č. 108/2006 Sb. se Kraje řídí následujícími ustanoveními:¹¹¹
 - § 78 definuje, že o registraci rozhoduje Krajský úřad příslušný podle místa trvalého nebo hlášeného pobytu fyzické osoby nebo sídla právnické osoby, podle § 81 pak Krajský úřad vydává rozhodnutí o registraci.
 - § 85 dále ustanovuje Krajský úřad jako vedoucí orgán registru poskytovatelů sociálních služeb, do něhož zapisuje poskytovatele sociálních služeb, jimž bylo vydáno rozhodnutí o registraci. Registr dle zákona o sociálních službách obsahuje:¹¹²
 - základní identifikační údaje, název, druhy poskytovaných služeb, okruh osob, pro které je sociální služba určena, popřípadě jejich věková hranice nebo druh zdravotního postižení, časový rozsah poskytování služeb,
 - dále dle zákona registr obsahuje: údaje o kapacitě, materiálním, technickém a personálním zabezpečení, údaje o poskytování základních a fakultativních činností a financování jednotlivých sociálních služeb; údaje o žadatelích, osobách, kterým je sociální služba poskytována; údaje o osobách, s nimiž nemohla být uzavřena smlouva o poskytnutí sociální služby z důvodů uvedených v § 91 odst. 3; údaje o počtu osob, u nichž byla použita opatření omezující pohyb osob, a o četnosti jejich použití podle druhů těchto opat-

110 MPSV, 2018. Metodika MPSV pro poskytování dotací ze státního rozpočtu. MPSV.

111 108/2006, Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách.

112 108/2006, ref. 44.

ření; a to pro účely analytické a koncepční činnosti ministerstva. Poskytovatel sociálních služeb, který je zapsán v registru, je povinen tyto údaje sdělovat krajskému úřadu.

Střednědobé plánování rozvoje sociálních služeb (dále jen SPRSS) patří mezi další úkoly Kraje. Jedná se o dokument samosprávy jednotlivých regionů, jímž jsou představeny priority v rozvoji sociálních služeb na jejich území. Jedná se o dokument, který je v souladu s ustanoveními § 3 a § 95 zákona o sociálních službách.¹¹³

Povinnost kraje zpracovávat Střednědobý plán rozvoje sociálních služeb vyplývá z ustanovení § 95 písm. d) zákona o sociálních službách:¹¹⁴

„Kraj zpracovává střednědobý plán rozvoje sociálních služeb ve spolupráci s obcemi na území kraje, se zástupci poskytovatelů sociálních služeb a se zástupci osob, kterým jsou poskytovány sociální služby, a informuje obce na území kraje o výsledcích zjištěných v procesu plánování, při zpracování plánu kraj přihlíží k informacím obce sděleným podle § 94 písm. e)¹¹⁵ a k údajům uvedeným v registru podle § 85 odst. 5,“ (Zákon č. 108/2006, § 95).

SPRSS (po schválení zastupitelstvem kraje) vyjadřuje plán podpory kraje vzhledem k sociálním službám na jeho území. SPRSS by měl též obsahovat plán zajištění dostupnosti poskytování sociálních služeb (podle § 95, písm. g). Vytváření sítě služeb a koordinace jejich poskytování je tak proces, který přímo vychází ze SPRSS.

Síť sociálních služeb je krajem stanovený, koordinovaný a financovaný komplex činností, poskytovaných v rámci sociálních služeb. Tyto musí reagovat na zjištěné potřeby obyvatel dané oblasti. Činnostmi jsou definovány v § 35 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. Jednou z podmínek optimálního nastavení sítě služeb jsou relevantní a validní data v celém souboru zjišťovaných potřeb. Kraj je povinen při sestavování sítě uplatňovat základní hodnotící kritéria, jimiž jsou potřebnost, kvalita, dostupnost a nákladovost dané služby. Na splnění těchto kritérií se přímo váže zařazení takové služby do sítě služeb a její následné financování. Střednědobý plán rozvoje sociálních služeb pak vymezuje síť služeb v období platnosti plánu a zároveň definuje prostředky (personální, finanční, materiální atd.), které jsou nutné pro její zajištění.¹¹⁶

113 108/2006, ref. 44.

114 108/2006, ref. 44.

115 obec sděluje kraji informace o potřebách poskytování sociálních služeb osobám nebo skupinám osob na území obce, o možnostech uspokojování těchto potřeb prostřednictvím sociálních služeb a o jejich dostupných zdrojích (Zákon 108/2006, § 94e)

116 MPSV, 2018. Metodika MPSV pro poskytování dotací ze státního rozpočtu.

- × **Akční plány** slouží především k pravidelnému vyhodnocování plnění střednědobého plánu, na jejichž základě dochází k přehodnocování a zpřesňování sítě služeb. V rámci Akčního plánu lze provádět pohotové a účinné změny, reagující na aktuální situaci, což dlouhodobě nastavený střednědobý plán neumožňuje. Flexibilní povaha Akčních plánů vždy směřuje k naplňování dlouhodobých cílů střednědobého plánu.
- × **Metodiky** – kraje zpracovávají své metodiky pro poskytování finančních prostředků na zajištění sociálních služeb v daném roce. Metodiky obsahují zejména:¹¹⁷
 - podmínky poskytování a čerpání dotace – žádost, vyúčtování, monitoring a kontrola poskytnutých finančních prostředků na služby;
 - postupy pro podávání žádosti poskytovatelů;
 - stanovení způsobu a výše dotace, včetně reálné výše dotace (tzv. redukčních koeficientů). Finanční podpora pro jednotlivé služby je vyměřena na základě předem vymezeného mechanismu pro dané druhy služeb (tzv. výpočtové vzorce). Výše dotace je pak vztažena ke specifickým výkonům, činnostem, kapacitě, jednotkám, jimiž jsou lůžko a úvazek. V metodice je také určena maximální možná hodnota dotace z veřejných zdrojů na specifikovanou jednotku, dle referenčních výpočtů efektivní nákladovosti jednotlivých služeb – vyrovnávací platba.

Dle zákona o sociálních službách je kraj povinen zajišťovat síť dostupných služeb na svém území. K tomu, aby takovou povinnost mohl naplnit, potřebuje kraj dostatek informací o chybějících službách a nenaplněných potřebách obyvatel dané lokality. Dle zákona mu k tomu mají dopomáhat především obce, poskytovatelé a uživatelé služeb, tedy ti, kdož by měli mít dostatečný přehled o potřebách na svém území.

OBCE

Sociální práce na obcích se řídí **zákonem č. 108/2006 Sb.** o sociálních službách, zejména pak § 92 a § 93 a § 94, v nichž je tato definována tak, že obec by měla zejména koordinovat a zajišťovat poskytování sociálních služeb na svém území. Dále je v zákoně uvedena povinnost obce spolupracovat s krajským úřadem a krajskou pobočkou Úřadu práce.¹¹⁸

¹¹⁷ STŘEDOČESKÝ KRAJ 2018. Financování a plánování.

¹¹⁸ 108/2006, ref. 44.

Zákonem č. 111/2006 Sb. o hmotné nouzi je v oblasti sociální práce stanoven rozsah výkonu státní správy v přenesené působnosti. V § 63, § 64 a § 65 jsou stanoveny povinnosti a oprávnění orgánů pomoci v hmotné nouzi, pověřených obecních úřadů, obecních úřadů s rozšířenou působností a jejich zaměstnanců. § 65a pak uvádí povinnost ministerstva poskytnout na zajištění činnosti sociální práce obecních úřadů příspěvek formou účelové dotace. Tato je poskytnuta podle **zákona č. 218/2000 Sb.**, o rozpočtových pravidlech prostřednictvím kraje.¹¹⁹

Zákon č. 128/2000 Sb. zákon o obcích ve svém § 61 – definuje typy obcí I., II. a III. stupně. Všechny typy obcí mají tzv. samostatnou působnost. To znamená, že mají veškerou agendu ve své samostatné správě. Stejně tak tyto obce vykonávají státní správu v tzv. přenesené působnosti, tj. stát ukládá obcím plnění realizace sociální práce (Zákon č. 28/2000).

Dalším závazným dokumentem pro výkon činnosti sociální práce na obcích je **Doporučený postup č. 1/2012**, jehož cílem je metodická podpora sociální práce na obcích a krajích, obzvláště při zabezpečování a koordinaci poskytování sociálních služeb. Základní povinnosti a kompetence sociálního pracovníka při výkonu sociální práce na obci, jež ukládá Doporučený postup č. 1/2012, jsou uvedeny v příloze č. 2.¹²⁰

Sociální pracovníci jsou povinni při výkonu sociální práce na obcích vést **Standardizovaný záznam sociálního pracovníka**, jenž je uveden ve vyhlášce č. 332/2013 Sb. k zákonu o Úřadu práce. Tento záznam se zároveň stává podkladovým materiálem pro pracovníky Úřadu práce ČR, což znamená, že z něj mohou čerpat v rámci své práce s daným klientem (Vyhláška č. 323/2013).¹²¹

Mimo samotný výkon sociální práce se obce podílejí na spolufinancování poskytovatelů sociálních služeb. Dle výročních zpráv poskytovatelů se nejčastěji jedná o jednotky procent z celkového rozpočtu dané sociální služby.

Role obcí při plánování sítě sociálních služeb je nezastupitelná, protože jsou jedním z významných informačních zdrojů v celém systému. Během přípravy střednědobého plánu rozvoje sociálních služeb by obce měly s krajem spolupracovat a předávat validní informace o potřebách, poptávce a nabídce sociálních služeb v dané lokalitě.

119 111/2006, Zákon č. 111/2006 Sb., o hmotné nouzi.

120 1/2012, Doporučený postup č. 1/2012.

121 323/2013, Vyhláška č. 323/2013 Sb., o náležitostech formulářů na podávání návrhů na zápis, změnu nebo výmaz údajů do veřejného rejstříku a o zrušení některých vyhlášek.

POSKYTOVATELÉ

Dle zákona o sociálních službách jsou poskytovateli sociálních služeb územní samosprávné celky a jimi zřizované právnické osoby, další právnické osoby, fyzické osoby, ministerstvo a jím zřizované organizační složky státu, které mají oprávnění k poskytování sociálních služeb, jímž je registrace u krajského úřadu v dané lokalitě.¹²²

Některé sociální služby pro osoby s PAS jsou poskytovány přímo MPSV (Tloskov, Kociánka). Ze střednědobých plánů rozvoje sociálních služeb v jednotlivých krajích je patrné, že kraje jsou zejména poskytovateli pobytových služeb. Služby ambulantní a terénní jsou poskytovány především nestátními neziskovými organizacemi.

Sociální služba je dle zákona o sociálních službách „činnost nebo soubor činností zajišťujících pomoc a podporu osobám za účelem sociálního začlenění nebo prevence sociálního vyloučení“ (Zákon č. 108/2006, § 3a). Poskytovat sociální službu je možné pouze na základě oprávnění k poskytování sociálních služeb, které vzniká rozhodnutím o registraci, vydaným příslušným Krajským úřadem.¹²³

Žádost o registraci musí obsahovat základní identifikační údaje, odbornou způsobilost, vlastnické nebo jiné právo k objektu, zajištění personálních, materiálních a technických podmínek odpovídajících druhu poskytovaných sociálních služeb, název, druhy poskytovaných služeb, okruh osob, pro které je sociální služba určena, popřípadě jejich věková hranice nebo druh zdravotního postižení, popis realizace služby, personální zajištění, časový rozsah poskytování služeb, kapacita, plán finančního zajištění a další.¹²⁴

Na základě registrace pak může poskytovatel žádat o dotaci na jednotlivé služby, již po splnění podmínek vyplácí krajský úřad. Jak je již výše zmíněno, od roku 2015 dotace pro poskytovatele rozděluje místní krajský úřad na základě metodiky, kterou každý rok vydává MPSV. Kraj pak vydává metodiku pro poskytování finanční podpory poskytovatelům sociálních služeb, v níž jsou stanoveny podmínky pro poskytnutí dotace na daný rozpočtový rok a popis postupu stanovení vyrovnávací platby.

SLUŽBY PRO OSOBY S PAS

Dle zákona o sociálních službách je sociální služba soubor činností, jejichž cílem je pomoc a podpora osobám při řešení nepříznivé sociální situace.¹²⁵ Tou je v případě osob s PAS zejména nepříznivý zdravotní stav, který může osobu s PAS a její rodinu ohrozit sociál-

122 108/2006, ref. 44.

123 108/2006, ref. 44, §78.

124 108/2006, ref. 44.

125 108/2006, ref. 44.

ním vyloučením v důsledku dlouhodobé izolace. S pomocí sociálních služeb by mělo být toto riziko snižováno a měla by být zajištěna co nejvyšší samostatnost a důstojnost života osob s PAS a jejich rodin. Následující odstavce stručně představí sociální služby pro osoby s PAS.

Raná péče je terénní služba sociální prevence, někdy též doplněná ambulantní formou služby, poskytovaná zdravotně postiženému dítěti a rodičům dítěte ve věku do 7 let. Služba je zaměřena na podporu rodiny a podporu vývoje dítěte s ohledem na jeho specifické potřeby.¹²⁶ Raná péče je základní první pomocí pro rodiny v okamžiku podezření na PAS. V takové chvíli je stěžejní včasná intervence, mající zásadní vliv na další vývoj dítěte s PAS.¹²⁷ Dle aktuálního výzkumu veřejného ochránce práv je raná péče nejčastěji poskytovanou sociální službou dětem s PAS.¹²⁸

Osobní asistence je terénní službou sociální péče, která je poskytována osobám se sníženou soběstačností. U osob s PAS zejména z důvodu chronického onemocnění nebo zdravotního postižení, kdy jejich situace vyžaduje pomoc jiné fyzické osoby. Služba je poskytována v přirozeném sociálním prostředí osob a je částečně hrazena klientem.¹²⁹ V současné době je pro poskytovatele osobní asistence problémem nedostatek personálu. Služby je tak nutno v některých případech omezovat (NAUTIS, 2017).

Odlehčovací služby jsou terénní, ambulantní nebo pobytové služby sociální péče, poskytované osobám se sníženou soběstačností. U osob s PAS zejména z důvodu chronického onemocnění nebo zdravotního postižení, o něž je jinak pečováno v jejich přirozeném sociálním prostředí; cílem služby je umožnit pečovateli nezbytný odpočinek.¹³⁰

Denní stacionáře poskytují ambulantní služby osobám majícím sníženou soběstačnost. U osob s PAS zejména z důvodu chronického onemocnění nebo zdravotního postižení, kdy jejich situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby.¹³¹

Pobytové služby jsou služby sociální péče, poskytované osobám se sníženou soběstačností. U osob s PAS zejména z důvodu chronického onemocnění nebo zdravotního postižení. U osob s PAS sem patří týdenní stacionáře (§ 47 zákona o sociálních službách), domovy pro osoby se zdravotním postižením (§ 48 zákona o sociálních službách) a domovy se zvláštním režimem (§ 50 zákona o sociálních službách). Tyto služby jsou

126 108/2006, ref. 44, § 54.

127 THOROVÁ, Kateřina, 2016. Poruchy autistického spektra.

128 KANCELÁŘ VEŘEJNÉHO OCHRÁNCE PRÁV 2018. Dostupnost sociálních služeb pro osoby s poruchou autistického spektra. Nepublikováno.

129 108/2006, ref. 44, § 39.

130 108/2006, ref. 44, § 44.

131 108/2006, ref. 44, § 46.

poskytovány za úhradu dle § 73 zákona o sociálních službách. Strava a ubytování se hradí z důchodu a příspěvku na péči, jež slouží v plné výši k úhradě potřebné pomoci poskytovateli pobytové služby, kde je klient ubytován.¹³² V současné době je jen velmi málo zařízení poskytujících osobám s PAS specializovanou pobytovou péčí.

Poradenské služby jsou služby krátkodobého i dlouhodobého charakteru. Sociální poradenství zahrnuje základní sociální poradenství (informace k řešení nepříznivé situace) a odborné sociální poradenství (informace zaměřené na potřeby jednotlivých okruhů sociálních skupin).¹³³ Jedním z nejznámějších poskytovatelů odborného poradenství pro osoby s PAS je v ČR Národní ústav pro autismus, z.s.

Některé služby mají na svých webových stránkách přímo definován důvod pro odmítnutí poskytování služby. Je jím ustanovení vyhlášky 505/2006, které zní: „*chování osoby by z důvodu duševní poruchy závažným způsobem narušovalo kolektivní soužití*“.¹³⁴ Dalšími důvody, které však již nejsou v zákonném rámci, jsou (*zdroj: webové stránky jednotlivých poskytovatelů*):

- * služba není určena osobám s výraznějšími poruchami chování, zejména s agresivními projevy, které není možné dostatečně zvládnout psychofarmaky;
- * domov neposkytuje sociální služby této cílové skupině, tj. osobám s autismem;
- * služba není určena pro osoby s mentálním postižením středně těžkého až hlubokého stupně, popř. s kombinovaným postižením a poruchou autistického spektra;
- * autismus a další specifické syndromy.

Nabídka odlehčovacích a pobytových služeb pro osoby s PAS je velmi nízká, zejména z důvodu nutnosti poskytování specifické péče, která je finančně náročná a klade též vysoké nároky na schopnosti a výdrž personálu. V poslední době je toto téma stále aktuálnější a začíná rezonovat i laickou veřejností. Děti a dospělí s PAS spolu se svými rodinami však stále čekají na okamžik, kdy budou moci zažít pocit jistoty, že na to již nebudou sami a budou si moci vybrat takovou službu, která pro ně bude optimální nejen svou kvalitou, ale také vzdáleností od jejich bydliště.

132 108/2006, ref. 44.

133 108/2006, ref. 44, § 37.

134 505/2006, Vyhláška č. 505/2006 Sb., §36.

KLIENT A JEHO RODINA

Nejen, že se rodiny musejí potýkat s odlišnými projevy dítěte s PAS, které postihují celou škálu rodinných aktivit a celého jejího života. Musejí též čelit nejrůznějším reakcím okolí, které mnohdy zapříčiní enormní sociální izolaci, což má často negativní vliv na další vývoj sociálních vztahů uvnitř i vně rodiny. Existují však také rodiče, kteří naopak zakládají sdružení, spolky a iniciativy, kladoucí si za cíl aktivně měnit situaci v péči o osoby s PAS.

Takové *soběstačné rodiny* kolem sebe mají dostatečně pevnou sociální síť a zdroje, s jejíž pomocí si dokáží zajistit dostatečnou podporu. Díky tomu pak „*nepropadnou*“ systémem a zajistí si určité služby, které často kombinují s pomocí ze strany přátel a širší rodiny. Často deklarují, že „*měli štěstí*“, „*byla to náhoda*“ atp. Nejedná se tedy o systémovou pomoc, ale o schopnosti a dovednosti dané rodiny. Druhou skupinou jsou *rodiny osamělé*, rozpadlé a traumatizované, s velmi slabým zázemím a řídkou sociální sítí. Často jsou velmi uzavřené a není výjimkou, že ani nejbližší sousedé nevědí, že se jedná o rodinu s nějakým druhem postižení. To je jedním z důvodů, proč jsou velmi ohrožené (*zdroj: vlastní rozhovory s rodinami a poskytovateli, 2018*).

Výše zmíněná neřešená situace a kumulace problémového chování má za následek zhoršení celé situace a následný akutní stav, kdy je osoba s PAS umístěna v psychiatrické nemocnici. Kapacity služeb v dané lokalitě jsou nedostatečné v rámci plánování a monitoringu potřeb, nemohou tedy stačit a v okamžiku akutní potřeby zůstává rodina bez odpovídající pomoci.



DĚTI ÚPLŇKU



www.detiuplnku.cz



www.facebook.com/detiuplnku



[www.youtube.com/c/DětiúplňkuŽivě](https://www.youtube.com/c/DetiuplnkuŽivě)



info@detiuplnku.cz