



nadační fond avast

Analýza situace rané péče
v České republice za rok 2015

©Nadační fond Avast 2016

Centrum podpory transformace o.p.s., Praha, 2016

Zpracovatelé analýzy: Terezie Hradilková, Jan Klusáček, Marie Klusáčková, Milan Šveřepa.

Analýza situace rané péče v ČR vznikla v součinnosti MPSV ČR.

Poděkování patří všem poskytovatelům rané péče, kteří vyplnili dotazník a účastnili se fokusních skupin, za čas a spolupráci věnovanou vzniku analýzy. Bez jejich spolupráce a poskytnutých informací by nemohla analýza vzniknout. Za vyplnění dotazníků děkujeme také všem perinatologickým centrům a Mgr. Jiřímu Zemanovi ze sociálního odboru Královéhradeckého kraje.



nadační fond avast

www.nadacnifond.avast.cz



www.podporatransformace.cz

1 Vymezení pojmu 6

- 1.1 Vymezení pojmu raná péče 6
- 1.2 Ukotvení rané péče v ČR 7

2 Metodologie analýzy 8

- 2.1 Aplikační cíl analýzy 8
- 2.2 Výzkumné cíle 8
- 2.3 Období, za které byla sbírána data 8
- 2.4 Kvantitativní šetření 8
- 2.5 Fokusní skupiny 9
- 2.6 Šetření mezi perinatologickými centry 10
- 2.7 Šetření mezi obcemi s rozšířenou působností 10
- 2.8 Analýzy dokumentů 10
- 2.9 Další podklady 10

3 Odhad potřebnosti rané péče 11

- 3.1 Potenciální uživatelé 11
- 3.2 Využívání rané péče - Počet rodin - klientů rané péče 11
- 3.3 Děti v ústavní péči v ČR 12

4 Uživatelé služby raná péče 13

- 4.1 Počet uživatelů (rodin dětí s postižením) 13
- 4.2 Žadatelé o službu 13

5 Poskytovatelé 15

- 5.1 Organizace registrovaných poskytovatelů a služeb rané péče 15
- 5.2 Právní forma poskytovatele 15
- 5.3 Forma poskytování služeb 16
- 5.4 Regionální působnost poskytovatelů 16
- 5.5 Specializace poskytovatelů podle cílových skupin 17
- 5.6 Dobrá praxe poskytovatelů rané péče 19
- 5.7 Personální zajištění služeb rané péče 22

6 **Financování rané péče 26**

- 6.1 Výše příjmů a nákladů poskytovatelů 26
- 6.2 Financování rané péče – veřejné zdroje 28
- 6.3 Vzdělávání a rozvoj pracovníků 38
- 6.4 Vliv velikosti služby na financování, nákladnost či vzdělávání 43

7 **Ukotvení rané péče 46**

- 7.1 Resortní působnost - MPSV 46
- 7.2 Meziresortní spolupráce – MPSV a MZ 46

8 **Dostupnost služby raná péče 47**

9 **Informovanost o rané péči 54**

- 9.1 Jak informují poskytovatelé 54
- 9.2 Informovanost o rané péči v resortu zdravotnictví 55
- 9.3 Informace o rané péči dostupné na obcích s rozšířenou působností (ORP) 59

10 **Závěry, vyhodnocení, doporučení 62**

- 10.1 Závěry 62
- 10.2 Vyhodnocení 64
- 10.3 Doporučení 65

11 **Seznam použitých zdrojů a přílohy 66**

- 11.1 Dokumenty 66
- 11.2 Materiály od poskytovatelů 66
- 11.3 Přílohy 67

1 Vymezení pojmu

1.1 Vymezení pojmu raná péče

Termín raná péče má v České republice dva významy: ¹

A) užší, označující sociální službu, která je souborem podpor poskytovaných dítěti se zdravotním postižením (či ohroženým ve vývoji ze zdravotních příčin) a jeho rodině v domácím prostředí. Tak se tato služba od roku 1989 vyvíjela v praxi nestátních neziskových organizací a účelových zařízení církve, v roce 2006 byla v souladu s kompetenčním zákonem (pod původním názvem) zakotvena v resortu Ministerstva práce a sociálních věcí. Tento význam výrazu raná péče je v Česku již vžitý a rozšířený, přestože používání výrazu „péče“ pro službu, kde se při výkonu služby o péči v klasickém i odborném významu slova nejedná (využívá podpory).

B) širší, označující různé činnosti a intervence ve prospěch dětí s ohroženým vývojem v raném věku (nejčastěji do 3 let), a to působící v resortu zdravotnictví, sociálního či školského nebo na jejich pomezí. Lze shrnout, že je používána tam, kde jde o péči, terapii či podporu dětí do tří let, jejichž vývoj je ohrožen sociálními či biologickými faktory. Používání tohoto významu pro výraz raná péče je minimální a ustupuje popisným výrazům např.: podpora vývoje dítěte v raném věku.

Termín **raná péče** se vžil a ustálil v 90. letech 20. století v souvislosti se vznikem profesionálních programů pro rodiny dětí s postižením (Poradna rané péče České unie nevidomých a slabozrakých, raná péče Diakonie ČCE v Praze...), zakládaných nestátními organizacemi. Vznik tohoto oboru a jeho standardizace probíhaly současně a za spolupráce s programem sanace rodiny. Se vznikem Zákona 108/2006 o sociálních službách se programy rozdělily a raná péče byla zákonem vymezena jako sociální služba pro rodiny dětí s postižením od 0 do 7 let, zatímco podpora rodin dětí ohrožených sociálními faktory v raném věku byla zařazena pod sociálně aktivizační službu.

Výraz **včasná intervence** byl v prvních letech vzniku programů pro rodiny dětí s postižením v Česku používán někdy jako ekvivalent výrazu raná péče. Po roce 2006, kdy vyšel Zákon o sociálních službách s definicí rané péče jako sociální služby, se ustálil pro označování programů pro děti ze znevýhodňujícího sociálního prostředí (poskytování včasné péče dětem se sociokulturním znevýhodněním) nebo pro činnost školského zařízení Speciálně pedagogická centrum, kdy pracovník centra zajišťuje speciální potřeby u žáka/klienta bez ohledu na věk – od narození do rané dospělosti. Dále je používán obecně tam, kde při sociální práci ve prospěch klienta je rozhodující včasnost podpory, zásahu, intervence.

Výraz **včasná péče** používá Nadace Open Society Fund Praha jako označení pro „...univerzální služby, které zahrnují cílené intervence s cílem zajistit přednostní začleňování nejzranitelnějších osob – Romů, dětí se speciálními potřebami a dalších marginalizovaných skupin (chudé děti, děti migrantů, atd.).“ ² Výraz také odpovídá překladu Early Intervention, ale spíše jeho pojetí a praxe v USA, kde jsou takto označovány souhrnně programy pro všechny znevýhodněné děti.

Zahraniční termíny pro ranou péči:

Anglicky Early intervention, německy Frühförderung, slovensky včasná intervencia, francouzsky intervention précoce.

¹ <http://www.inkluzivniskola.cz/content/vyznam-vcasne-intervence-v-ranem-vyvoji-ditete-metodicka-prirucka>

² <http://osf.cz/cs/blog/zacit-vcas-znamena-zacit-dobre/>

1.2 Ukotvení rané péče v ČR

Raná péče je služba v gesci MPSV – je zákonem zařazena v sociálních službách jako preventivní sociální služba:

„...**služby sociální prevence** mají zabránit sociálnímu vyloučení lidí, kteří jsou jím z různých důvodů ohroženi. Cílem služeb je napomoci uživatelům služeb k překonání nepříznivé sociální situace vedoucí k sociálnímu fungování ve společnosti a současně ochrana společnosti před vznikem a šířením společensky nežádoucích jevů (mezi služby patří např. raná péče, telefonická krizová pomoc, azylové domy, domy na půl cesty, sociálně aktivizační služby pro rodiny s dětmi, terénní programy, kontaktní a intervenční centra, nízkoprahová zařízení pro děti a mládež, terapeutické komunity)...“.

„...**Sociální služby/ Sociální služby prevence/Raná péče**

Raná péče je terénní služba, popřípadě doplněná ambulantní formou služby, poskytovaná dítěti a rodičům ve věku do 7 let, které je zdravotně postižené, nebo jehož vývoj je ohrožen v důsledku nepříznivého zdravotního stavu. Služba je zaměřena na podporu rodiny a podporu vývoje dítěte s ohledem na jeho specifické potřeby. Služba obsahuje výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, sociálně terapeutické činnosti a pomoc při uplatňování práv a oprávněných zájmů. Služba se poskytuje bez úhrady...“³

Zákon 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů (novela z roku 2009) definuje ranou péči takto:

Raná péče je terénní služba, popřípadě doplněná ambulantní formou služby, poskytovaná dítěti a rodičům dítěte ve věku do 7 let, které je zdravotně postižené, nebo jehož vývoj je ohrožen v důsledku nepříznivého zdravotního stavu. Služba je zaměřena na podporu rodiny a podporu vývoje dítěte s ohledem na jeho specifické potřeby.

³ Portál MPSV <http://www.mpsv.cz/cs/18661>

2 Metodologie analýzy

2.1 Aplikační cíl analýzy

- Podklad pro rozhodnutí, jak zaměřit konkrétní podporu rané péče v Česku. Analýzu zadal Nadační fond Avast pro účely nového programu Spolu do života, jehož pilotní ročník je zaměřen na posílení rané péče a systémové změny s ní spojené (k zadání výzvy byly využity potřeby zjištěné v rámci této analýzy k 31. 8. 2016).
- Nadační fond Avast již zadání zpracování analýzy a definování potřeb vnímá jako svůj první příspěvek k podpoře rozvoje rané péče v Česku.
- Protože jde o první zmapování situace v poskytování sociální služby raná péče v Česku, Nadační fond Avast získal pro širší uplatnění analýzy součinnost MPSV. Analýza tak poslouží jako podklad pro zadavatele, donátory, státní a místní správu, vzdělávací instituce a klientské skupiny.

2.2 Výzkumné cíle

- Zjistit rozsah a dostupnost rané péče v Česku, možnosti podpory rodinám dětí s různými druhy postižení nebo ohrožení, síť služeb a poskytovatelů, zejména pak slabá (případně bílá) místa v dostupnosti rané péče rodinám.
- Identifikovat zásadní charakteristiky rané péče v Česku.
- Popsat potřeby organizací poskytujících ranou péči v oblasti kapacit, dostupnosti a rozvoje rané péče.

2.3 Období, za které byla sbírána data

- Rok 2015.
- V kapitole 6 Financování bylo použito několik tabulek poskytující přehled vývoje financování za časovou řadu let (poskytnuto MPSV).

Pro zpracování analýzy situace rané péče v ČR byl zvolen smíšený výzkumný design zahrnující jak kvantitativní šetření, tak kvalitativní výzkum.

Konkrétně byly pro naplnění vytyčených cílů Analýzy provedeny následující kroky:

2.4 Kvantitativní šetření

V období od dubna do června 2016 probíhal sběr dat od poskytovatelů rané péče. Do září probíhaly další opravy a doplnění případných chybějících údajů od poskytovatelů. Poskytovatelům byl zaslán dotazník o 96 položkách zaměřený na zjišťování informací z oblastí: specializace na cílovou skupinu, působnost, rozsah a forma služeb, pracovníci, (zdroje) financování, fundraising a vzdělávání.

Bylo osloveno a jednáno se všemi **48 poskytovateli rané péče** v registru MPSV v roce 2015.

Pro potřeby této analýzy a zpřehlednění a zachování vypovídající hodnoty sebraných dat, uvádíme výčet termínů, které různé organizace použily v různých kombinacích či samostatně, a data jsme třídili podle tohoto dělení:

- **organizace** - zřizující mimo ranou péči i jiné sociální služby (např. Diakonie ČCE, Slezská Diakonie, Oblastní Charita) i organizace zřizující pouze služby rané péče

- **poskytovatel** - registrovaná zařízení poskytující jednu či více služeb rané péče
- **služby** - středisko nebo centrum, které poskytuje službu rané péče s vymezením specifické cílové skupiny, regionu, pracoviště, personálu, rozpočtu, metodik
 - **sídlo organizace**
 - **pracoviště poskytovatele** se samostatnou registrací či pracoviště jeho oddělené služby
 - **detašované pracoviště** – zázemí poskytovatele v daném kraji či regionu

Návratnost v případě kvantitativního šetření:

Ze 48 poskytovatelů dotazník vyplnilo 40 poskytovatelů, z nichž 2 provozují 2 služby pro odlišné cílové skupiny. Do analýzy se tedy zapojilo 42 z 50 služeb (84%) rané péče v ČR.

Část poskytovatelů, kteří se zapojili, u některých otázek neposkytla data, nejsou tedy k dispozici odpovědi na všechny otázky za všech 42 služeb. 8 poskytovatelů původně odmítlo spolupráci, nakonec se podařilo od 7 získat data o právní formě, formě poskytování, cílových skupinách, úvazcích a výnosech – v případě těchto otázek jsou tedy k dispozici data za 49 z 50 služeb rané péče v ČR (98%).

Vzhledem k výše uvedenému platí, že větší část prezentovaných výsledků vychází z dat za 42 služeb (spolupracujících poskytovatelé, kteří vyplnili dotazník), některé výsledky jsou založené na odpovědích od nižšího počtu služeb a část výsledků naopak vychází z dat za 49 služeb (42 spolupracujících a 7, které odpověděly během dodatečného telefonického šetření nebo dostupná data byla doplněna z registru poskytovatelů sociálních služeb MPSV). Počet služeb, za které jsou dostupná data, je uveden u jednotlivých tabulek buď přímo v tabulce, nebo pod tabulkou označený *.

2.5 Fokusní skupiny

V červenci a srpnu 2016 proběhlo 6 fokusních skupin pro sběr podkladů ke kvalitativní části analýzy. Skupiny byly plánovány časově (v průběhu dvou měsíců) a místně (v Praze, Ostravě, Brně a Olomouci) tak, aby se jich mohl zúčastnit co nejvyšší počet poskytovatelů. Zúčastnilo se 39 osob z 37 služeb rané péče, ze 13 krajů. K účasti byli pozváni vedoucí služeb, ti mezi účastníky převažovali (vedoucí služeb a metodici, v několika málo případech zastoupila vedoucí metodička nebo poradce rané péče).

Cílem fokusních skupin bylo vygenerovat témata, která jsou pro udržitelnost, rozvoj, dostupnost a kvalitu rané péče v Česku zásadní. Dále zjistit situaci poskytovatelů, jejich slabé i silné stránky, doplnit a ilustrovat kvantitativní data z dotazníků a posílit plastičnost a objektivitu zjištění.

Na fokusní skupiny byli pozváni poskytovatelé, kteří vyplnili dotazník, dostali pozvánku s uvedeným místem, časem, formátem a tématy k diskusi. Pro jednotnou strukturu a průběh fokusních skupin a možnost vyhodnocení srovnatelných výstupů byla zvolena metoda SWOT (silné, slabé stránky, ohrožení a výzvy poskytování rané péče).

V případě témat, která se ukázala jako významná a problematická pro více poskytovatelů, zpracovatelé analýzy požádali poskytovatele o materiály dokládající danou problematiku (ze Zlína kazuistiky o nespokojených žádostech náhradních rodin, z Brna doklady o lišících se přístupech ve financování v jednotlivých krajích, z Ostravy postup depistáže, z Pardubic ukázky z vyhodnocení odpovědí, odkud se rodiče dozvěděli o rané péči a z Českých Budějovic případ úspěšnosti programu depistáže).

2.6 Šetření mezi perinatologickými centry

Všem 12 perinatologickým centrům v České republice byl zaslán dotazník týkající se informovanosti o rané péči. Návratnost dotazníků byla stoprocentní. Dále proběhla návazná diskuse nad dotazníkem na setkání neonatologů v Praze.

2.7 Šetření mezi obcemi s rozšířenou působností

Proběhly strukturované telefonické rozhovory s vedoucími odborů ze sedmi vybraných ORP. Výběr proběhl tak, že se v polovině (sedmi) krajů ČR náhodně vybrala ORP, která byla oslovena. Všechny oslovené obce poskytly odpovědi prostřednictvím pracovníků příslušného odboru (sociální, sociálně-zdravotní).

2.8 Analýzy dokumentů

Byly analyzovány dokumenty: týkající se strategií, plánování, financování sociálních služeb na státní úrovni, v krajích, informační zdroje ORP a materiály poskytovatelů jako webové stránky, letáky...

2.9 Další podklady

Dalším zdrojem informací byly volně dostupné podklady od poskytovatelů, informace z webového portálu MPSV, informace o financování rané péče z Královéhradeckého kraje, podklady, zprávy a kazuistiky od poskytovatelů...

3 Odhad potřeby rané péče

3.1 Potenciální uživatelé

Počet dětí s příspěvkem na péči (2015):

- Počet dětí s příspěvkem na péči (pnp) ve věku 1 - 7 let (včetně) : **9 400** ⁴
- Odhadovaný počet dětí s potřebou podpory 0 - 7 let (včetně) : **10 970**

Další potenciální využití rané péče:

- Počet dětí 3 - 7 let se zdravotním postižením **v ústavní péči MPSV** (ohrožené děti) :
- DOZP a týdenní stacionáře **116** dětí s postižením (2014) ⁵
- Odhadovaný počet dětí 0 - 3 se zdravotním postižením **v ústavní péči MZ** v Kojeneckých ústavech a v Dětských centrech):
- v KÚ a DC **150** dětí s postižením (2014)
- Odhadovaný počet dětí 3 - 7 let se zdravotním postižením **v ústavní péči MŠ** v dětských domovech⁶:
- **jednotky**

3.2 Využívání rané péče - Počet rodin - klientů rané péče

Počet rodin dětí s postižením ve věku 0 - 7, které byly v roce 2015 klienty služeb poskytovatelů zapojených do výzkumu:

3 197 rodin s 3 201 dítětem⁷, přičemž konzultací v domácím prostředí těmto klientským rodinám bylo poskytnuto v roce 2015: **17 394**.

Pokud odhadneme počet rodin - klientů rané péče - těch služeb, které se nezapojily do sběru dat analýzy, tak odhadem je počet všech rodin - klientů rané péče v Česku cca 3500, což činí zhruba 1/3 z rodin, které by službu mohly využívat (v porovnání s odhadem počtu dětí s potřebou podpory 0 -7 let na 10 970).

(Poskytovatelé - jejich zástupci - na fokusních skupinách organizovaných k analýze uváděli jako příčinu nedostatečnou informovanost o rané péči mezi potenciálními klienty. Tedy situaci, kdy se k rodině nedostane informace o rané péči ve chvíli, kdy by ji potřebovala. Nedostatky jsou jak v informovanosti o rané péči v povědomí veřejnosti na celostátní společenské úrovni, tak systémové - odborníků a úředníků resortů zdravotnictví a sociálních věcí a v jejich spolupráci).

⁴ Poznámka k výhledu: Za rok 2014 činil počet dětí do 7 let včetně s pnp v průměru cca 9,3 tis./měsíc, za rok 2015 se jednalo o cca 9,4 tis./měsíc.

⁵ Data kolik dětí z toho mělo nařízenou ústavní výchovu a kolik dětí je v ústavních zařízeních na základě smlouvy o poskytování služeb s rodiči nejsou na MPSV k dispozici.

⁶ Kvalifikovaný odhad Lumos na základě dat ze Statistické ročenky školství (viz www.uiv.cz), podle které je podíl dětí se zdravotním postižením ve školských dětských domovech minimální (vyjma tzv. „lehkého mentálního postižení“).

⁷ Rozdíl mezi počtem klientů rodin a dětí s postižením je způsoben tím, že někteří poskytovatelé evidují každé dítě s postižením v rodině jako zvláštního klienta (pokud je v rodině více než 1 dítě s postižením).

3.3 Děti v ústavní péči v ČR

V ČR tedy je přibližně 11 tisíc dětí do 7 let se zdravotním postižením. Z toho bylo k 31. 12. 2015 pouze 72 dětí do 7 let v domovech pro osoby se zdravotním postižením (DOZP).⁸

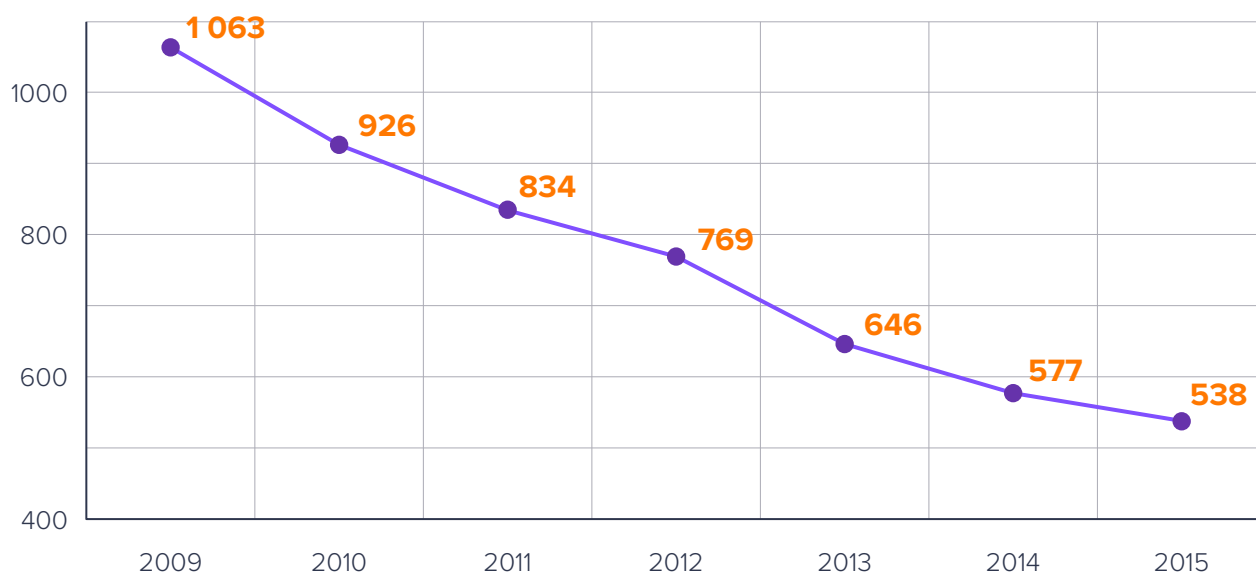
Kromě toho pobývá přibližně 100 až 150 dětí se zdravotním postižením v ústavní péči pro děti do 3 let (kojeneckých ústavech)⁹ a dále budou pobývat jednotky dětí se zdravotním postižením do 7 let v ústavní péči MŠ v dětských domovech.¹⁰

Můžeme tedy říci, že v ústavní péči v České republice vyrůstá kolem 200 dětí do 7 let, což představuje přibližně 2% z 11 tisíc dětí se zdravotním postižením do 7 let.

Díky rozvoji podpor a komunitních služeb pro rodiny (a zavedení příspěvku na péči), došlo za posledních 6 let k výraznému poklesu celkového počtu dětí v domovech pro osoby se zdravotním postižením – viz následující graf. (Nemáme informace o tom, zda je to způsobeno tím, že děti odešly z ústavů do rodin či jiných zařízení, nebo zda se jen posunuly do vyšší věkové kategorie.)

Pravděpodobné je to, že velký podíl na snižování počtu dětí se zdravotním postižením umisťovaných do ústavní péče mají právě služby rané péče poskytující podpory rodinám, které vychovávají dítě s postižením doma.

Graf č 1: Vývoj počtu dětí do 18 let se zdravotním postižením v DOZP



⁸ Informace poskytnutá MPSV.

⁹ Kvalifikační odhad organizace Lumos na základě toho, že podíl dětí se zdravotním postižením v kojeneckých ústavech se pohybuje kolem 10 % a dětí v těchto ústavech pobývalo přibližně 1200. Viz KUCHAROVÁ, V. et al. (2010). *Zhodnocení a optimalizace řízení systému sociálně-právní ochrany (ohrožených) dětí a rodin ve vybraných regionech*. Praha: Výzkumný ústav práce a sociálních věcí. Dostupné z: <http://www.pravonadetstvi.cz/stahnout-soubor/socpravniochranadeti-analyza> [ověřeno 20. 10. 2016].

¹⁰ Kvalifikační odhad Lumos na základě dat ze Statistické ročenky školství (viz www.uiv.cz), podle které je podíl dětí se zdravotním postižením ve školských dětských domovech minimální (vyjma tzv. „lehkého mentálního postižení“).

4 Uživatelé služby raná péče

Uživatelé sociální služby raná péče se může stát **rodina**, která vychovává **dítě s postižením**, nebo jehož vývoj je **ohrožen v důsledku nepříznivého zdravotního stavu, ve věku od narození do sedmi let**.

1.1 Počet uživatelů (rodin dětí s postižením)

42 služeb, které poskytly data, poskytovalo služby 3 197 rodinám (uživatelům, klientům).

1.2 Žadatelé o službu

V roce 2015 se poskytovatelům přihlásilo 1181 žadatelů o službu, 149 žadatelů o službu bylo odmítnuto. (39 ze 42 služeb uvedlo, že odmítli žadatele z různých důvodů – viz níže).

Přitom nelze ze sebraných dat analýzy zjistit, zda žadatel (např. rodina dítěte se zrakovým postižením), který byl odmítnutý službou (např. pro rodiny dětí se sluchovým postižením) z důvodu jiné specifické cílové skupiny, poté uspěl jako žadatel u příslušné služby s cílovou skupinou rodiny (pro rodiny dětí se zrakovým postižením).

Poskytovatelé na fokusních skupinách uvedli, že při informování rodičů spolupracují a pomáhají žadatelům o službu najít právě tu službu, která se věnuje specifickým jejich dítěte. Jako ustálenou praxi uvedli, že odmítnutým žadatelům z důvodů jiné specifické cílové skupiny zprostředkují kontakt na příslušnou službu s odpovídající specializací.

(Poskytovatel rané péče EDA provozuje celorepublikovou krizovou linku a chat pro rodiny dětí po úrazu, po zjištění závažné diagnózy či ohrožení vývoje. Jejím prostřednictvím rodiče mohou získat kontakty na poskytovatele rané péče se všemi různými specializacemi.)

Tab. č. 1: Počty žadatelů a uživatelů (klientských rodin dětí s postižením)

	Průměr	Median	Minimum	Maximum
Počet uživatelů (rodin)	76,12	60,50	5,00	264,00
Počet žadatelů o službu 2015	28,12	20,50	0,00	115,00
Počet neuspokojených žadatelů o službu 2015	3,82	0,00	0,00	39,00
Kolik procent žadatelů bylo neuspokojených?	8,90	0,00	0,00	37,00

* data za 42 služeb

Nejvyšší počet neuspokojených žadatelů měly služby, které se specializují na děti se zrakovým postižením, přičemž nejvyšší průměr neuspokojených žádostí měly služby specializující se na děti se sluchovým postižením, jak je vidět z následující tabulky:

Tab. č. 2: Počty neuspokojených žadatelů podle druhu postižení dítěte 2015

CÍLOVÁ SKUPINA	Průměrná hodnota na 1 službu	CELKEM
Mentální, tělesné i zrakové	2,50	10,00
Mentální postižení, autismus a tělesné postižení	2,45	49,00
Autismus pouze	1,20	6,00
Mentální (a tělesné) postižení pouze	.	.
Sluchové postižení pouze	13,00	26,00
Zrakové postižení pouze	8,29	58,00
Různé druhy vyjma smyslového	.	.
Téměř vše, včetně zrakového a sluchového	.	.

* data za 39 služeb

To lze interpretovat tak, že služby, které se specializují pouze na určité postižení, nepřijímají rodiny - žadatele, kteří mají dítě s jiným druhem postižení, a takové rodiny – žadatele odkazují na příslušná pracoviště rané péče.

Právě specifická cílová skupina podle druhu postižení dítěte většina poskytovatelů na fokusních skupinách udávala jako kritérium kvality služby. Z tabulky je zřejmé, že nejvíce odmítnutých žadatelů měly služby zaměřené jen na smyslové postižení, z toho lze vyvodit spojitost mezi kvalitou služby a specializací služby na smyslová postižení. Viz také níže.

Z fokusních skupin vyplynulo také postavení rodičů/uživatelů rané péče vzhledem ke službě:

Rodiče dětí s postižením mají minimální vliv na to, zda se o rané péči dozví a zda jim bude poskytnuta. Ve chvíli, kdy se stanou uživateli služby, mají různé možnosti, jak ji ovlivnit: „dotazníky a i další způsoby: anketa, rozhovory, telefonicky, rozhovor s vedoucím nebo metodikem na závěr služby...“. Zjišťování zpětné vazby a „upravovat podle toho směřování (služby)“ bylo na dvou fokusních skupinách uvedeno jako silná stránka poskytovatelů rané péče.

5 Poskytovatelé

5.1 Organizace registrovaných poskytovatelů a služeb rané péče

V České republice poskytovalo ranou péči v roce 2015 celkem 48 registrovaných poskytovatelů, z toho 2 poskytovatelé provozovali 2 služby pro odlišné cílové skupiny, celkem tedy v České republice v roce 2015 působilo 50 služeb rané péče.

(Jeden poskytovatel služby s registrací byl 1. 1. 2016 zrušen, když v červnu 2016 skončil sběr dat, poskytovatelů bylo tedy 47 a služeb působilo 49).

Některé organizace jsou zřizovateli více poskytovatelů s registrací služby raná péče v různých krajích pro specifickou cílovou skupinu (podle postižení dítěte), například Slezská Diakonie pro rodiny dětí s mentálním, tělesným postižením a s autismem (5 pracovišť v krajích MSK a JMK) nebo Centrum pro dětský sluch Tamtam, o.p.s. pro rodiny dětí se sluchovým postižením (2 pracoviště, pro region Čechy v Praze a pro region Morava v Olomouci).

Diakonie ČCE – poskytuje různé podpory a sociální služby pro osoby s mentálním a tělesným postižením, mezi nimi i ranou péči, v několika regionech. Středisko Diakonie ČCE Praha zřizuje službu raná péče, ta má vlastní pracoviště a jednu registraci a působí ve 4 krajích (Praha, SČK, ULK a PLK - k tomu v posledních dvou krajích využívá detašovaná pracoviště).

Většina poskytovatelů se specializuje na specifickou cílovou skupinu (podle postižení dítěte).

Někteří poskytovatelé mají více služeb s jednou registrací (například Středisko rané péče SPRP Olomouc má dvě služby – každá z nich pro jinou specifickou cílovou skupinu, s jiným týmem, pracovištěm, rozpočtem a klientelou). Ačkoli se v tomto případě jedná z hlediska registrace o jednoho poskytovatele, v analýze se pracuje s těmito službami jako se dvěma různými službami, (navíc má služba Středisko rané péče SPRP pro rodiny dětí se zrakovým postižením dvě detašovaná pracoviště v ZK a KVK).

5.2 Právní forma poskytovatele

Většinu služeb rané péče zřizují a provozují nestátní neziskové organizace (dále jen NNO), podíl příspěvkových organizací měst (2 služby) i státu (1 služba) je minimální.

Dohromady je služeb raná péče 50. U 34 z nich má poskytovatel formu NNO (zapsaný ústav, o.p.s., zapsaný spolek), 13 patří pod církev a náboženské společnosti, 2 jsou příspěvkové organizace města a 1 zřizuje příspěvková organizace státu.

(Jediná služba, která je součástí Centra sociálních služeb zřizovaného MPSV, při zpracování analýzy odmítla spolupráci, nebylo možné tedy srovnat sledované ukazatele podle právní formy poskytovatele.)

Další podrobnosti, jako např. právní subjektivita jednotlivých poskytovatelů či pracovišť nebyly předmětem zkoumání této analýzy.

Tab. č. 3: Právní forma poskytovatele služby raná péče

	Počet služeb	Procenta
NNO	34	68 %
Církevní	13	26 %
Příspěvková organizace města	2	4 %
Příspěvková organizace státu	1	2 %
CELKEM	50	100 %

5.3 Forma poskytování služeb

Zákonem je služba raná péče definována jako terénní, kterou je možné doplnit ambulantní formou.

Tři čtvrtiny (36) služeb využívají pro svoji klientelu jak terénní (pro všechny klienty), tak i ambulantní formu (doplňkově některé aktivity). Z toho jeden poskytovatel dokonce uvedl, že pracuje převážně ambulantní formou (v rozporu se zákonnou úpravou).

Zbývající (12) služby uvedly, že poskytují službu všem klientům jen terénní formou.

Tab. č. 4: Forma poskytování služby raná péče

	Počet služeb	Procenta
Jen terénní	12	24 %
Terénní a k tomu ambulantní (z toho převážně ambulantní)	36 (1)	72 % (2 %)
Neodpověděly	2	4 %
CELKEM	50	100 %

5.4 Regionální působnost poskytovatelů

Podle místního dosahu (u terénní služby se označuje jako dojezd) služby lze rozlišit:

- regionální poskytovatelé: působí v jednom kraji (např. Středisko rané péče EDUCO Zlín, z. s. ve ZK), ve dvou (např. Slezská Diakonie) nebo třech krajích (např. Centrum Lira)
- nadregionální poskytovatelé: působí ve více než třech krajích (např. Společnost pro ranou péči, Diakonie ČCE Praha)
- celorepublikoví poskytovatelé: působí ve všech 14 krajích – reálně přijímají klienty ze všech regionů (Centrum pro dětský sluch Tamtam o.p.s. a Kolpingova rodina Smečno)

Z hlediska metodiky financování preventivních služeb ze státní dotace žádají regionální poskytovatelé o státní dotaci na kraji, celorepublikoví žádají na MPSV, nadregionální poskytovatelé mohou o místě uplatnění žádosti o dotaci jednat. S financováním je úzce spojeno plánování, rozvoj a zajištění sítě služeb.

Např. Moravskoslezský kraj v roce 2014 určil poskytovatelům rané péče ve svém kraji, aby registraci a dotaci uplatnili jen na území svého kraje, tedy pro občany žijící na území kraje. Proto služby rané péče registrované na území MSK, které měly působnost i v sousedním kraji (např. v OK), předaly klienty organizacím poskytujícím ranou péči registrovaným na území příslušného kraje.

Tab. č. 5: Regionální působnost poskytovatelů služby raná péče

POSKYTOVATEL	Počet pracovišť	Působnost	Různé registrace
Slezská Diakonie	5	2 kraje	Ano
Centrum LIRA	2	3 kraje	Ano
Centrum pro dětský sluch Tamtam	2	Celorepubliková 14 krajů	Ano
SPRP	6 + 2 detašovaná	10 krajů	5

5.5 Specializace poskytovatelů podle cílových skupin

5.5.1 Věk dítěte

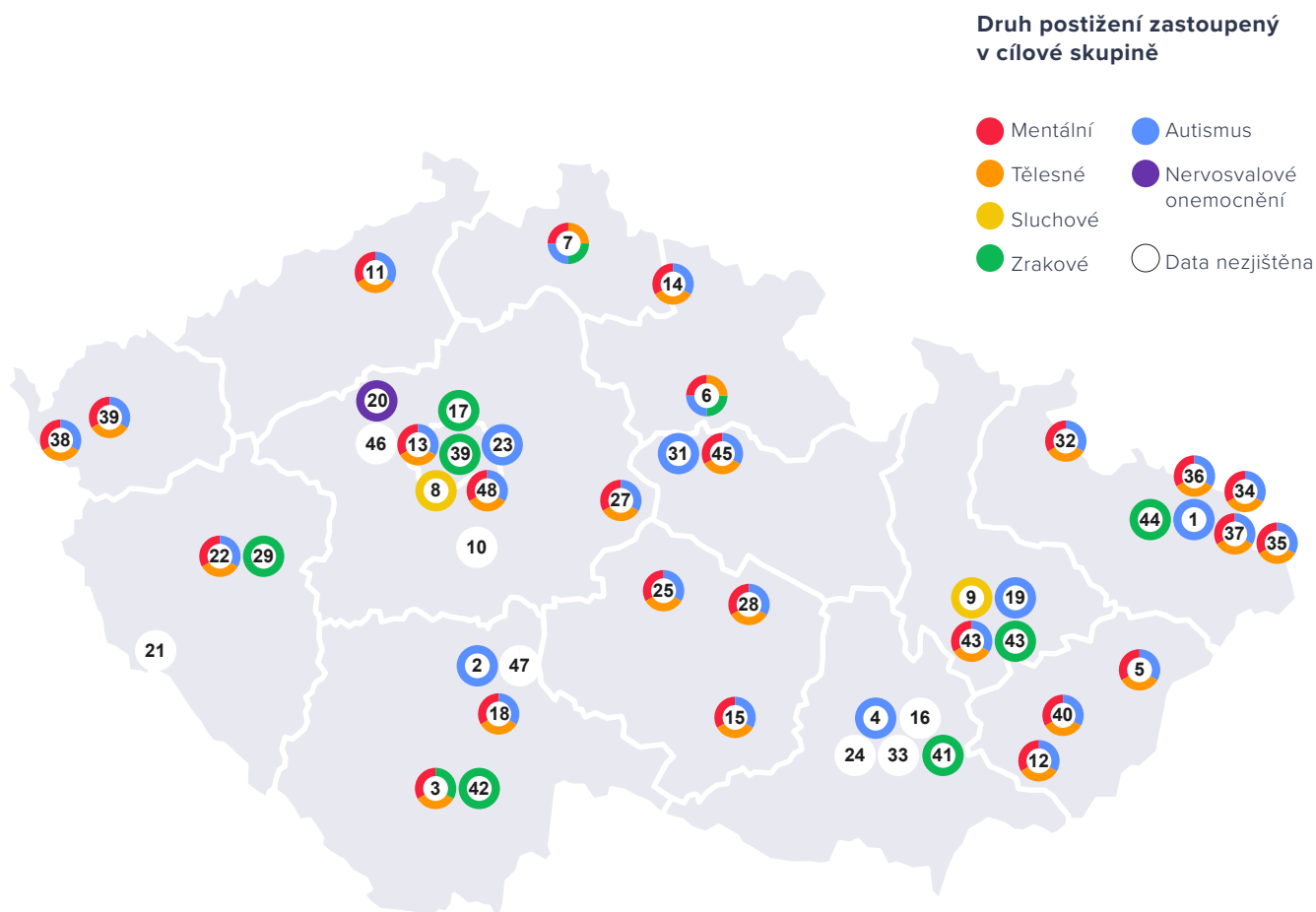
Ve 48 případech poskytovatelé udávají jako cílovou skupinu rodinu s dítětem od narození do sedmi let (využívají celého věkového rozsahu, který zákon umožňuje), ve dvou případech poskytovatelé v dotazníku udávají, že jejich cílová skupina jsou rodina s dítětem od jednoho roku do 7 let (na fokusních skupinách uvedli, že se tak rozhodli na doporučení inspekce, neboť jejich klienty jsou rodiny s dětmi s poruchou autistického spektra, kde dochází k diagnostikování nejčastěji až po třetím roce života, ale nejdříve mezi prvním a druhým rokem života).

5.5.2 Specifické cílové skupiny - podle druhu postižení dětí

V Česku se ustálila praxe, že se poskytovatelé převážně specializují na určitý druh/y postižení dítěte a to i s kombinací dalších zdravotních problémů, postižení nebo znevýhodnění (dětí s izolovaným druhem postižením je mezi uživateli rané péče menšina, většinu tvoří děti s kombinovaným postižením). Poskytovatelé sami to uvádí jako jedno z kritérií kvality poskytované služby. Ustálily se tak kategorie cílových skupin.

MAPA Pracoviště rané péče podle cílových skupin (data za 49 služeb z 50)

(pro mapy jednotlivých cílových skupin viz přílohu [11.3.4. Mapy sítě služeb rané péče v Česku](#))



V následujících tabulkách jsou uvedeny počty služeb se specializací na různé cílové skupiny a počty služeb podle ustálených kategorií.

Celkem jsou k dispozici data za 49 služeb. Nicméně v případě 42 služeb, které se účastnily dotazníkového šetření, proběhla ověření specializace služeb na fokusních skupinách. V případě 7 služeb, které se nezapojily, byla informace o specializaci získána z registru poskytovatelů sociálních služeb a následně ověřena pouze telefonicky. Data za 49 služeb tedy nelze považovat za stejně věrohodná jako data za 42 služeb, kde proběhlo ověření praxe na fokusních skupinách. Z toho důvodu jsou v následujících tabulkách uváděny jak výsledky za 49 služeb, tak v závorce výsledky za 42 služeb – například specializaci na rodiny s dítětem s mentálním postižením uvedlo 32 ze 49 (64 %) služeb a 26 ze 42 (62 %) služeb.

Tab. č. 6: Počty služeb rané péče podle druhu postižení dítěte zastoupených v cílové skupině

DRUH POSTIŽENÍ DĚTÍ ZASTOUPENÝ V CÍLOVÉ SKUPINĚ		% ze všech	Z toho jen pro tuto cílovou skupinu
Mentální	32 (26)	64 (62) %	1
Tělesné	30 (26)	60 (62) %	0
Sluchové	3 (2)	6 (5) %	2
Autismus	35 (31)	70 (74) %	8
Zrakové	12 (11)	24 (26) %	7
Jiné ¹¹	(1)	(2 %)	1
z toho nervosvalové onemocnění	1	2%	1

* data za 49 (42) služeb

Pokud se podíváme, jak časté byly kombinace postižení dítěte, je vidět, že větší část (58 %) služeb má v kategorii cílové skupiny více než jeden druh postižení. Zdaleka nejčastější je specializace na mentální postižení v kombinaci s autismem a tělesným postižením. Ale u smyslového postižení to tak není: kombinaci se smyslovým postižením (zrakou) udaly v dotazníku pouze 4 služby, kombinaci s postižením sluchu žádná.

Jedna služba uvedla jako kategorii cílové skupiny specializaci na všechny druhy postižení, jednalo se však o službu, která nespolupracovala a v jejímž případě informace o tom, jaká je skutečná skladba uživatelů služby, nebyla zjištěna.

Tab. č. 7: Počty služeb rané péče podle kategorie cílové skupiny (skladby druhů postižení)

Služby podle udané cílové skupiny (kombinace postižení dítěte)	Počet služeb	Procent	Počet uživatelů (rodin)
Zrakové postižení pouze	7	14 %	710
Sluchové postižení pouze	2	4 %	277
Autismus pouze	9 (8)	18 (19) %	532
Mentální (a tělesné) postižení pouze	3 (0)	6 (0) %	/nejsou data
Mentální postižení, autismus a tělesné postižení	22 (20)	44 (48) %	1039
Mentální postižení, autismus, tělesné a zrakové postižení (vše vyjma sluch.)	4	8 %	402

¹¹ - 16x s ohroženým, nerovnoměrným, opožděným vývojem (např. rodinám s dětmi předčasně narozenými, dětem, kde doposud není stanoveno zdravotní postižení, ale jejich vývoj není standardní)
 - 1x vzácné choroby (např. glykogenóza), poúrazové stavy
 - 1x dítě, jehož vývoj je ohrožen v důsledku nepříznivé sociální situace

Všechny druhy postižení	1 (0)	2 (0) %	/nejsou data
Nervosvalové onemocnění pouze	1	2 %	63

* data za 49 (42) služeb / Za dvě kategorie nejsou data, protože je udávají jako cílovou skupinu poskytovatelé, kteří nespolupracovali.

Z 18 služeb, které uvedly v dotazníku „jiné“ postižení (než zrakové, sluchové, mentální, autismus, tělesné), se jedná o 17 služeb, které toto uvádí navíc k hlavní cílové skupině, v jednom případě (Kolpingova rodina) jde o celorepublikovou službu, jejichž jedinou cílovou skupinou je rodina s dítětem s nervosvalovým onemocněním.

Poskytovatelé považují za výzvu:

- reagovat na nové skupiny dětí se znevýhodněním – afázie, celkově vývojově opoždění, kombinace se sociálním znevýhodněním či ohrožením ...
- raná péče pro děti s tělesným postižením

5.6 Dobrá praxe poskytovatelů rané péče

Raná péče jako služba i obor vznikala a rozvíjela se v Česku v nestátním sektoru (jakož i další komunitní služby). Na státní úrovni je upravena pouze definicí v zákonu, na krajské úrovni v jednom kraji existuje koncepce rané péče ve spolupráci s poskytovateli, v dalších krajích koncepce vznikají nebo kraje vycházejí ze způsobu a metodiky financování (tzn. definování vyrovnávací platby).

Na fokusních skupinách uvedli poskytovatelé (což doložily poskytnuté materiály), že poskytovatelé rané péče za 25 let profesionálního působení v Česku si vybudovali pevnou pozici na poli podpory rodiny a při eliminaci následků postižení na vývoj dítěte s postižením, dále nabízejí profesionální služby, zaznamenávají, vyhodnocují a sdílí dobrou praxi oboru, pořádají konference, semináře a další odborné a osvětové akce pro veřejnost a odborníky.

Metodiky a postupy vznikaly (dle vysvětlení na fokusních skupinách) na základě zjišťování potřeb konkrétních rodin, zahrnování současných terapeutických a podpůrných programů do vlastní činnosti ve spolupráci se zahraničními institucemi a organizacemi.

5.6.1 Kritéria kvality poskytovatelů rané péče

Z fokusních skupin vyplynulo, že většina zúčastněných poskytovatelů rané péče má interní kritéria kvality, která byla vypracována pro praxi rané péče, někteří poskytovatelé používají soubor kritérií kvality rané péče, standardy rané péče nebo druhové standardy rané péče. Jak uvedli poskytovatelé, tato pravidla jsou přísnější než pravidla poskytování sociálních služeb (standardy kvality sociálních služeb), na které navazují. V současné době se již různí podle regionů, k tomu poskytovatele nutí požadavky a podmínky financování a evidence konkrétních krajů.

Tyto charakteristiky služby, jak je uvádějí poskytovatelé, jsou rozpoznatelné, případně kontrolovatelné podle stávající metodiky inspekce:

- Terénní forma služby - zaměřená na jednotlivce (tj. dle znění Zákona o sociálních službách nabízí a garantuje všem rodinám podporu v jejich přirozeném prostředí)
- Služba pro rodinu - vyváženě se věnuje eliminaci důsledků postižení na dítě i celou rodinu a její funkce, součástí rané péče je podpora rodiny (vedle stimulace a podpory vývoje dítěte s postižením a osvěty)
- Regionální vymezení (spolu s vymezením kapacity = potenciál poskytovatele) - znamená poskytování služby na srovnatelné úrovni kvality služby rodinám v regionu

Jiné, podle poskytovatelů důležité charakteristiky a znaky kvality, inspekce (státní kontrola) sociálních služeb ve stávající podobě zjistit nemůže. Jedná se o tyto znaky:

- specializace pracoviště a specializace pracovníků podle druhu postižení dítěte v rodině - ve výkonu i vzdělávání konkrétních pracovníků
- počet klientských rodin / poradce rané péče

Na dotaz (v dotazníku pro poskytovatele), zda má služba nastaven maximální počet klientů na jednoho pracovníka odpovědělo 24 služeb (ze 42) poskytovatelů:

Tab. č. 8: Maximální počet klientů na jednoho poradce rané péče

	Počet rodin	Počet odpovědí
Odpovědi /minimum	15	1
	15-20	8
	21-24	2
	25	13
/maximum	26	1
CELKEM ODPOVĚĎELO	z 42	24

- součástí činnosti poskytovatele rané péče je depistáž - aktivní vyhledávání potenciálních klientů
- rodiče/klienti jsou součástí týmu služba rané péče, cíle spolupráce vychází z potřeb a cílů rodiny
- odborná příprava, kompetence a průběžné vzdělávání pracovníků v rané péči specifické pro cílovou skupinu
- doplnění týmu o externí odborníky podle potřeb konkrétních rodin
- dodržování pravidel a metodik (standardů kvality rané péče) nad rámec zákona 108/2006 o sociálních službách podle kritérií/druhových standardů kvality rané péče
- spolupráce se zdravotní péčí

Kritéria kvality sociálních služeb obecně (daná vyhláškou zákona) jsou měkčí než interní pravidla a dobrá praxe v rané péči. Podle poskytovatelů tak inspekce může jen těžko zjistit, jaká je kvalita služby.

Další znaky kvality poskytování rané péče účastníci fokusních skupin formulovali následovně:

- podporu pro rodiny staví na kompetenci rodičů, nepřebírá za ně odpovědnost; uschopňování rodin, snižování závislosti rodin na sociálním systému
- získávání zpětné vazby od rodin a jejich zapojení do rozhodování o službě
- poskytovatelé na fokusních skupinách uvedli různé způsoby zapojení rodičů: „...Dotazník rodičům dáváme osobně, e-mailem; zjišťujeme, jaká chtějí/potřebují témata řešit na seminářích, doma, skupinově i individuálně, máme zavedený systém hodnocení služby rodinou s týmem rané péče, metodiky, telefonické hodnocení (metodik, vedoucí), dotazníky na konci a v průběhu služby, nástěnka
- komplexnost podpory pro děti a jejich rodiny za využití různých formálních i neformálních zdrojů tak, aby byla intervence co nejpřínosnější pro konkrétní rodinu a její status

- care (case) management – tzn., že služba zprostředkovává rodině ty služby, které sama neposkytuje a to prioritně v komunitě místní nebo skupině: s návaznými službami a propojením s dalšími a s komunitou (např. s komunitou neslyšících a skupin s postižením)
- odbornost poradců, kteří mají zázemí z oblasti sociální práce i speciální pedagogiky, mají základy krizové intervence, vzdělání a kompetence pracovníků jak v oblasti podpory vývoje a vzdělávání dětí, tak i komplexní podpory rodiny
- týmový přístup a spolupráce v interním týmu: transdisciplinární nebo multidisciplinární tým, ve kterém pracují poradci se vzděláním, speciální pedagogové i sociální pracovníci, fyzioterapeuti nebo psychologové
- týmový přístup a spolupráce v externím týmu: podpory, které neposkytuje pracoviště, jsou poskytovatelé zvyklí rodičům zajistit či doporučit v regionu – služby rané péče se specializací na druh postižení dítěte, návazné, paralelní služby, terapie, odlehčovací služby, a to napříč resorty zdravotnictví, sociálního a školství
- existuje základní – standardní - penzum typů a druhů činností a jejich frekvence na jednu rodinu
- souběh více poskytovatelů rané péče pro jednu rodinu není mezi poskytovateli doporučován, pouze v odůvodněných případech (vyjednaných), poskytovatelé zmínili případy dětí s duálním postižením, zrakovým a sluchovým, kdy poskytovatelé specializovaných služeb spolupracují
- základní a nejpoužívanější formou je konzultace v rodině, služba reaguje flexibilně na měnící se potřeby konkrétních rodin v konkrétních situacích, nabízí rodině to, co v danou chvíli rodiče potřebují jako podporu
- zohlednění počtu dětí s postižením v rodině, uzavření smlouvy na každé dítě s postižením, adekvátní počet konzultací v rodině
- komplexnost služby – zajištění podpory vývoje dítěte, zdraví, sociální integrace, mezilidských vztahů, příprava na před/školní vzdělávání, sdílení mezi rodiči
- flexibilita poskytovatelů – „...dokážeme i v tak nejistém systému a při stále se měnících podmínkách poskytovat rodičům služby a podpory šité jim na míru a v jejich prostředí.“

Jako výhodu uvedli poskytovatelé skutečnost, že individuální práce a její kontinuita je daná charakterem a nastavením služby.

Jako problém s kritérii kvality bylo na dvou fokusních skupinách formulováno, že se nedaří kritéria kvality rozšířit mimo oblast poskytovatelů rané péče a že různé podmínky krajů je nutí z kritérií kvality ustupovat.

5.6.2 Sdílení teorie a dobré praxe mezi poskytovateli, společná advokacie rané péče

Poskytovatelé na fokusních skupinách uvedli, že se setkávají a spolupracují:

- na celostátní úrovni v rámci organizace Asociace pracovníků v rané péči, jejímž posláním je podpora pracovníků a poskytovatelů rané péče a garance kvality služby rané péče nebo v rámci organizací působících nadregionálně a celostátně, např. Společnost pro ranou péči, Slezská Diakonie nebo Centrum pro dětský sluch pořádají setkání, semináře a konference služeb rané péče na celostátní úrovni

- na regionální úrovni, zejména podle krajů napříč specializacemi. Na těchto setkáních řeší odborná témata, kazuistiky a spolupráci týkající se obhajoby rané péče a sítě v daném kraji

- na úrovni služeb pro specifické kategorie – druhy postižení, na které se specializují. Na setkáních sdílí a řeší zejména

specifické a metodické postupy pro určitá postižení dítěte, spolupráci se zdravotnickými a školskými zařízeními, speciálně-pedagogickými centry (pro rodiče nejčastější následný program po rané péči).

Zřejmě v souvislosti s přechodem financování na kraje a důsledky pro poskytovatele rané péče, mezi výpověďmi poskytovatelů převažovaly zkušenosti ze spolupráce na krajské úrovni, již poskytovatelé v aktuální situaci přisuzovali velký význam. V několika krajích působí pracovní skupiny poskytovatelů napříč specializacemi, které přenášejí zkušenosti, požadavky a potřeby na krajskou úroveň, např. v MSK jsou spolupracujícím subjektem pro kraj.

Potřebu zefektivnit činnost Asociace pracovníků v rané péči si v roce 2015 uvědomily zástupkyně této organizace, „...na shromáždění APRP jsme začaly mluvit o změnách v organizační struktuře a změnách ve fungování asociace a napadla nás myšlenka napsat na tyto změny projekt...“ Projekt „Profesionalizace Asociace pracovníků v rané péči“ byl přijat a podpořen MPSV (2016), jeho realizací by měl být posílen potenciál Asociace jako střešní organizace.

5.7 Personální zajištění služeb rané péče

Podle výpovědí ve fokusních skupinách vzhledem ke specializaci týmů poskytovatelů rané péče dochází ve většině organizací u jednotlivých pracovníků ke kumulaci rolí, týmových činností a prolínání pracovních pozic.

Mezi aktivity, které je třeba zajistit poradci rané péče (pracovníky v přímé péči), mimo přímé poradenství v rodinách, jmenovali poskytovatelé: informovanost o službě, propagaci, depistáž, osvětu, účast na komunitním plánování a prezentaci služeb na akcích ORP, spolupráci s dalšími poskytovateli, místní správou, kraji, organizacemi rodičů, zajištění údržby majetku (např. auta, půjčoven pomůcek...), přípravu a organizaci seminářů pro rodiče, dokumentaci a evidenci služby, zpracování podpůrných materiálů pro rodiče, úpravu speciálních hraček a pomůcek pro konkrétní děti...

Největší zátěž uváděli vedoucí služeb, kteří vedle řízení týmu, personálních činností, řízení kvality služby a dalších manažerských činností často vykonávají či se podílejí na administrování projektů, na vyhledávání zdrojů a sponzorů, podávání dotačních žádostí, psaní grantů, vykazování evidence služby a úkonů, dokladování pro kontroly od donorů a další.

Většina organizací též uvedla, že pro naplnění potřeb rodin zaměstnávají či najímají další odborníky, jako je psycholog, logoped, ergoterapeut, instruktor stimulace zraku apod.

Za nepostradatelnou považují všichni poskytovatelé komunikaci a spolupráci se zdravotnickými zařízeními, která zabírá hodně času pracovníkům v přímé péči (při jednáních s konkrétními pracovníky či zdravotníky pro konkrétní klienty) i vedoucím pracovníkům (při jednání o zajištění informací pro rodiče perinatologickými centry a specializovanými pracovníky). Více v kapitole 9 Informovanost.

Všechny organizace řeší potřebu mít vlastního fundraisera, PR pracovníka, personalistu, který by vedl, hodnotil a řídil pracovníky a pomohl zajišťovat efektivitu práce, techniku, programové vybavení a správu sítě. Většina organizací uvádí, že jim chybí finance na pracovníky v nepřímé péči – koordinátor, administrativa, fundraiser, na externí therapy a že jim v týmu zcela chybí právník.

Všechny činnosti musí poskytovatelé vykazovat zvlášť na nepřímou a přímou péči o klienty a podle tohoto poměru se poskytovatelům přidělují finance z veřejných zdrojů a regulují i ostatní příjmy. Důsledkem výše zmíněné kumulace rolí v pracovních náplních, která je způsobená zřejmě systémem regulace úvazků a ne/přímé péče, je podle poskytovatelů přetížení pracovníků v týmech a problematická až nemožná vzájemná zastupitelnost jednotlivých pracovníků.

Jako ohrožení pracovníků v rané péči uváděli poskytovatelé:

- nízké platy pracovníků,

- nízké požadavky na vzdělání a platové ohodnocení (Zákon 108 umožňuje, aby pozici poradce rané péče vykonávali i pracovníci v sociálních službách), než je třeba pro kvalifikovanou práci a odpovídající kvalitu v rané péči.

Jako potřebu uváděli poskytovatelé:

- možnost zastoupit pracovníky během vzdělávání, stáží a advokačních činností (zastupitelnost)
- vzájemné sdílení zkušeností a technik řízení mezi vedoucími (strategií na celorepublikové i krajské úrovni)

Jako výzvu uváděli poskytovatelé:

- možnost, že by poradce rané péče byla samostatná profese
- větší zapojení dobrovolníků do organizační a podpůrné práce.

5.7.1 Počty pracovníků

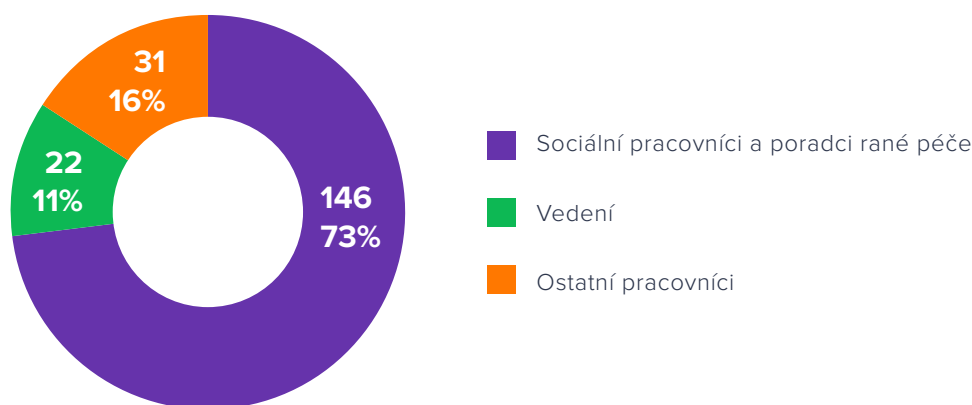
Dotazníkem se zjišťovaly tyto tři kategorie pracovníků: sociální pracovník/poradce rané péče, vedení služby a ostatní pracovníci.

Jak se ukázalo v průběhu zpracování dat a výsledků fokusních skupin, bylo by pro výpovědní hodnotu o skladbě týmu služby užitečné, aby byla kategorie ostatní pracovníci ještě specifikována. Takto obsahuje jak pracovníky odborné (sociální pracovník, psycholog, ergoterapeut, metodik...), tak i organizační (koordinátor služeb, správce sítě) nebo administrativy.

Celkem pracovalo v 49 službách, za které byla data, 444 osob na 199 úvazků:

- 250 sociálních pracovníků/ poradců rané péče – ovšem pouze na celkem 146 úvazků
- 58 pracovníků vedení služby – ovšem pouze celkem na 22 úvazků
- 136 ostatních pracovníků – ovšem pouze na 31 úvazků

Graf č. 2: Personální zajištění podle druhu zařízení pracovníků v rané péči (kategorie dotazníku)



Dle výpovědí ve fokusních skupinách je v některých regionech (například Karlovarský kraj, Plzeňský kraj) nedostatek vhodných zájemců o práci v rané péči (na pozici sociální pracovník/poradce rané péče). Vedoucí pracovníci služeb rané péči to přičítají tomu, že u pracovníků rané péče kladou vysoké požadavky na kompetence a další vzdělávání a zároveň jim mohou nabídnout velmi nízké ohodnocení, často mohou nabídnout uzavření smlouvy na dobu určitou (na projekt) a nemají pro ně k dispozici zaměstnanecké výhody, jaké jsou v příspěvkových organizacích.

Pracovníci rané péče mají nižší platy než osoby se stejným vzděláním ve školství. Dle vedoucích pracovníků je velmi složité hledat prostředky na dorovnání platů pro pracovníky, kteří mají vysokou školu, aby jim mohli zajistit příjem srovnatelný s jinými oblastmi.

Počty pracovníků v jednotlivých službách byly následující:

Tab. č. 9: Počty pracovníků v jednotlivých službách

	Průměr	Median	Minimum	Maximum
SOC. PRACOVNÍCI/ PORADCI RANÉ PÉČE 2015: zaměstnané osoby	5,10	5,00	0,00	20,00
SOC. PRACOVNÍCI A PORADCI RP 2015: úvazky	2,98	2,60	0,00	10,70
VEDENÍ SLUŽBY 2015: zaměstnané osoby	1,19	1,00	0,00	3,00
VEDENÍ SLUŽBY 2015: úvazky	0,44	0,35	0,00	1,33
OSTATNÍ PRACOVNÍCI 2015: zaměstnané osoby	2,78	2,00	,00	12,00
OSTATNÍ PRACOVNÍCI 2015: úvazky	0,63	0,40	0,00	2,09
Celkový počet úvazků	4,05	3,41	0,21	13,30
Celkem sociálních pracovníků a vedoucích (osob)	6,29	6,00	,00	22,00
Celkem osob zapojených do služby (včetně ostatních, externistů)	9,07	7,00	1,00	30,00
Úvazků na osobu: sociální pracovníci	0,62	0,61	0,16	01,00
Úvazků na osobu: vedoucí	0,40	0,30	0,00	1,00
Úvazků na osobu: ostatní, externisté	0,34	0,20	0,00	1,00
Úvazků na osobu: sociální pracovníci a vedoucí	0,55	,54	0,16	0,98
Úvazků na osobu: celkem	0,48	0,43	0,07	0,96

* data za 49 služeb

Mezi poskytovateli rané péče je častou praxí zaměstnávání na méně než celý úvazek.

Sociální pracovníci/poradci rané péče byli v průměru zaměstnáni na 0,62 úvazku, vedoucí na 0,4 úvazku.

Tab. č. 10: Počty úvazků v jednotlivých službách

	Průměr	Median	Minimum	Maximum
Úvazků na osobu: sociální pracovníci a poradci	0,62	0,61	0,16	1,00
Úvazků na osobu: vedoucí	0,40	0,30	0,00	1,00
Úvazků na osobu: ostatní, externisté	0,34	0,20	0,00	1,00
Úvazků na osobu: sociální pracovníci a vedoucí	0,55	0,54	0,16	0,98
Úvazků na osobu: celkem	0,48	0,43	0,07	0,96

* data za 49 služeb

Tab. č. 11: Celkové počty úvazků

ODPOVĚDĚLO	Počet	Procent	Kumulativních procent
do 2	13	26,5 %	26,5 %
2-5	21	42,9 %	69,4 %
5-10	12	24,5 %	93,9 %
10 a více	3	6,1 %	100,0 %
CELKEM	49	100,0 %	

* data za 49 služeb

Sociální pracovníci a poradci rané péče – úvazky:

Tab. č. 12: Počty úvazků pracovníků přímo pracujících s rodinami v jednotlivých službách

ODPOVĚDĚLO	Počet	Procent	Kumulativních procent
do 2	23	46,9 %	46,9 %
2-5	20	40,8 %	87,8 %
5-10	5	10,2 %	98,0 %
10 a více	1	2,0 %	100,0 %
Celkem	49	100,0 %	
CELKEM	50		

* data za 49 služeb

Tab. č. 13: Počty uživatelů - rodin, které připadají na 1 úvazek pracovníka v přímé péči

	Průměr	Median	Minimum	Maximum
Uživatelů (rodin) na 1 úvazek v přímé práci	27,09	22,22	11,25	113,00
Návštěv na 1 úvazek v přímé práci	161,51	118,50	0,00	753,00

* data za 42 služeb

6 Financování rané péče

Pro potřeby analýzy byly zjišťovány a zpracovávány údaje o financování služby rané péče. Poskytovatelé na fokusních skupinách a v poznámkách dotazníku uváděli, že financování dalších programů a činností (rozvoj kapacit, pobytové a skupinové akce pro rodiny, vývoj pomůcek, publikační činnost, pořádání seminářů a konferencí...) vedou odděleně a nejsou v analýze zahrnuty.

Nebylo možné zpracovat data za všechny poskytovatele srovnatelně v oblasti výnosů a nákladů – výnosy jsou dostupné za 48 z 50 služeb (za dvě služby poskytovatelů, kteří nespolupracovali, nebyly dohledány), náklady za 42 služeb (jen za ty, které spolupracovaly a vyplnily dotazník).

6.1 Výše příjmů a nákladů poskytovatelů

Celkem obdrželo 48 služeb finančních prostředků na službu raná péče:

Tab. č. 14: Výnosy poskytovatelů

VÝNOSY 48 SLUŽEB, ZA KTERÉ BYLA DATA	Částka	Podíl
Výnosy celkem 2015 (tis. Kč)	103 562	100%
Veřejný sektor dotace celkem (tis. Kč)	89 484	86%
Soukromý sektor dotace celkem (tis. Kč)	14 078	14%
Dotace od státu 2015 (tis. Kč)	60 108	58%
Dotace od kraje 2015 (tis. Kč)	15 735	15%
Veřejné dotace prostřednictvím individuálního projektu kraje 2015 např. prostřednictvím zakázky (tis. Kč)	419	0%
Dotace od obcí 2015 (tis. Kč)	11 373	11%
Granty EU (ESF, Norské fondy apod.) 2015 (tis. Kč)	1 849	2%
Granty a nadační příspěvky 2015 (tis. Kč)	9 626	9%
Sponzorské příspěvky 2015 (tis. Kč)	4 452	4%

Výnosy a náklady jednotlivých organizací byly následující:

Tab. č. 15: Náklady poskytovatelů rané péče

	Průměr	Medián	Minimum	Maximum
Celkové náklady 2015 (tis. Kč)	2342	1573	117	10908
Výnosy celkem 2015 (tis. Kč)	2265	1463	117	10178
Veřejný sektor dotace celkem (tis. Kč)	1941	1430	79	6017
Soukromý sektor dotace celkem (tis. Kč)	324	185	0	4161
Dotace od státu 2015 (tis. Kč)	1313	915	0	5169
Dotace od kraje 2015 (tis. Kč)	344	126	0	3019
Veřejné dotace prostřednictvím individuálního projektu kraje 2015 např. prostřednictvím zakázky (tis. Kč)	9	0	0	374

Dotace od obcí 2015 (tis. Kč)	231	205	0	991
Granty EU (ESF, Norské fondy apod.) 2015 (tis. Kč)	44	0	0	965
Granty a nadační příspěvky 2015 (tis. Kč)	221	17	0	3177
Sponzorské příspěvky 2015 (tis. Kč)	103	27	0	984

* data o výnosech za 48 služeb, data o nákladech za 42 služeb

Podíly jednotlivých zdrojů financování byly následující:

Tab. č. 16: Rozložení výnosů podle zdroje

Zdroj	Průměr	Median	Minimum	Maximum
Veřejný sektor celkem podíl	87,89 %	92,52 %	30,25 %	100,00 %
Soukromý sektor celkem podíl	12,11 %	7,48 %	0,00 %	69,75 %
Státní dotace podíl	54,04 %	63,98 %	0,00 %	99,75 %
Krajské dotace podíl	16,78 %	6,03 %	0,00 %	84,32 %
Individuální projekt kraje podíl	1,18 %	0,00 %	0,00 %	49,60 %
Obecní dotace podíl	12,96 %	10,48 %	0,00 %	48,84 %
Evropské dotace podíl	2,93 %	0,00 %	0,00 %	62,39 %
Nadační granty a příspěvky podíl	6,85 %	1,64 %	0,00 %	43,90 %
Sponzorské příspěvky podíl	5,27 %	1,18 %	0,00 %	69,75 %

* data za 48 služeb

Náklady a výnosy v přepočtu na 1 uživatele (rodinu) byly následující:

Poznámka: tyto údaje je třeba považovat za orientační, dle sdělení poskytovatelů ve fokusních skupinách některé výnosy - projekty přecházejí účetně z roku na rok, někteří poskytovatelé uvedli na fokusních skupinách, že dostali na některé klienty finanční prostředky až v roce 2016.

Tab. č. 17: Náklady na jednu rodinu

	Průměr	Median	Minimum	Maximum
Náklady na 1 uživatele (rodinu) 2015 (tis. Kč)	31,80	30,50	11,07	63,66
Výnosy celkem na 1 uživatele (rodinu) 2015 (tis. Kč)	29,90	28,95	0,00	63,69
Výnosy z veřejného sektoru na 1 uživatele (rodinu) 2015 (tis. Kč)	26,07	25,44	0,00	63,46

* data za 42 služeb

Náklady a výnosy v přepočtu na 1 úvazek byly následující:

Tab. č. 18: Náklady a výnosy na 1 úvazek

	Průměr	Median	Minimum	Maximum
Náklady na 1 úvazek (celkem) 2015 (tis. Kč)	557,33	518,12	144,97	1763,75
Výnosy na 1 úvazek (celkem) 2015 (tis. Kč)	533,33	497,23	144,97	1763,75
Výnosy z veřejného sektoru na 1 úvazek 2015 (tis. Kč)	471,67	439,53	43,85	1663,75

* data za 48 služeb

Mezi službami registrovanými v různých krajích ČR byly poměrně velké rozdíly v nákladech i výnosech na rodinu či úvazek:

Tab. č. 19: Náklady a výnosy na rodinu

KRAJ, KDE SLUŽBA SÍDLÍ	Náklady na 1 uživatele (rodinu) 2015 (tis. Kč) PRŮMĚR	Výnosy z veřejného sektoru na 1 uživatele (rodinu) 2015 (tis. Kč) PRŮMĚR	Náklady na 1 úvazek (celkem) PRŮMĚR	Výnosy z veřejného sektoru na 1 úvazek 2015 (tis. Kč) PRŮMĚR
Praha	27,63	20,60	525,83	400,94
Středočeský kraj	21,83	20,92	447,63	428,97
Jihočeský kraj	29,32	22,00	423,71	324,03
Plzeňský kraj	39,04	30,59	589,56	436,19
Karlovarský kraj	27,92	17,16	438,74	296,38
Ústecký kraj	63,66	63,46	495,11	493,56
Liberecký kraj	35,20	32,39	583,42	537,61
Královéhradecký kraj	35,08	32,79	752,02	679,77
Pardubický kraj	32,98	26,75	423,06	354,03
Kraj vysočina	33,83	27,30	748,60	619,12
Jihomoravský kraj	31,14	15,89	567,99	391,90
Olomoucký kraj	41,92	36,87	885,89	800,06
Moravskoslezský kraj	27,79	26,26	399,55	380,12
Zlínský kraj	26,22	21,24	623,95	503,64

* data za 42 služeb v případě nákladů na uživatele, za 48 služeb v případě nákladů na úvazek

6.2 Financování rané péče – veřejné zdroje

Raná péče je jako sociální preventivní služba financována z veřejných zdrojů prostřednictvím státní dotace, z grantů krajů, případně obcí. Uživatelé rané péče tuto službu získávají zdarma, tedy na ni nepřispívají z příspěvku na péči. Prostředky na službu pro rodiny musí zajistit poskytovatelé prostřednictvím žádosti o dotaci.

6.2.1 Státní dotace na poskytování sociální služby

Na dotaz „Jaké má MPSV vypsání dotační tituly na žádost o dotaci na ranou péči (investiční nebo neinvestiční)“ byla poskytnuta následující odpověď:

„O dotaci MPSV mohou žádat registrovaní poskytovatelé sociálních služeb prostřednictvím aplikace OK služby poskytovatel. Regionální poskytovatelé sociálních služeb žádají o dotaci z prostředků MPSV kraj nebo hl. město Prahu (Program A), služby s nadregionální či celostátní působností mohou žádat o dotaci přímo MPSV (Program B).

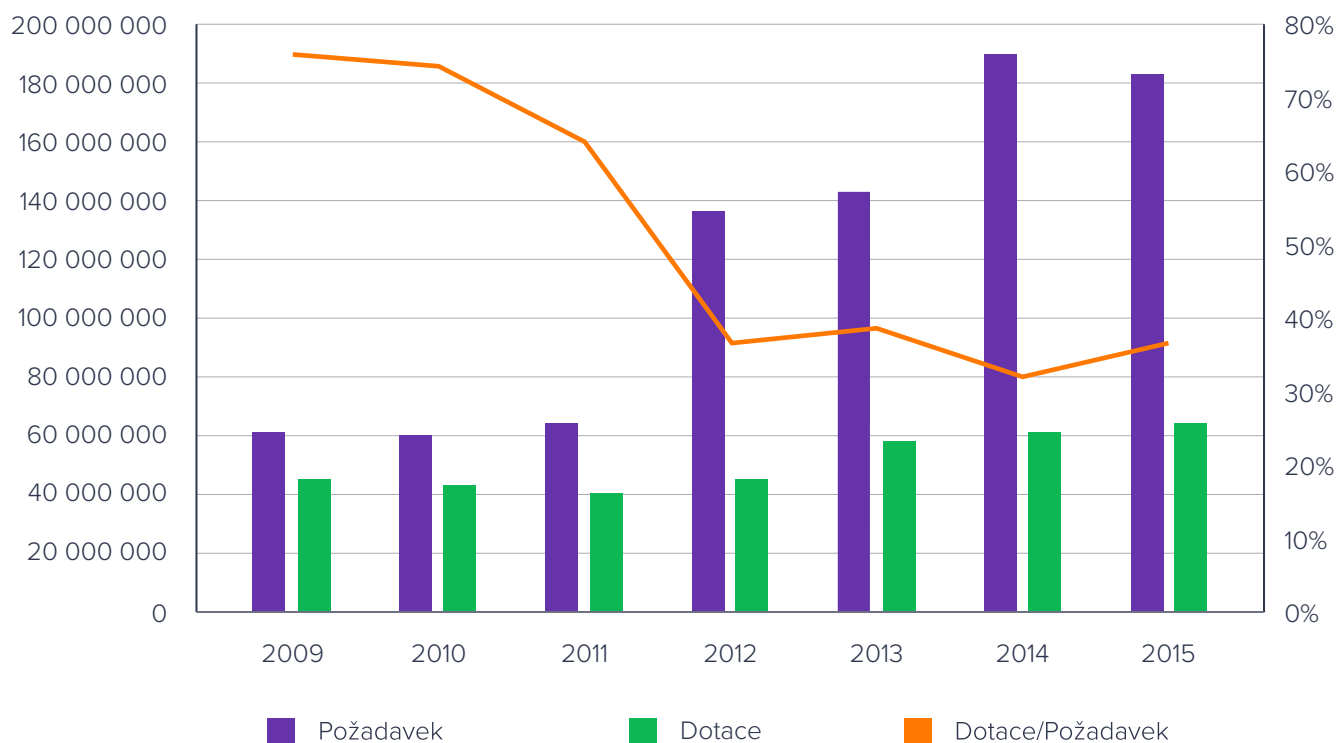
Dotační řízení pro regionální poskytovatele bývá vypisováno na webu krajů (zpravidla v období října roku předcházejícího roku dotace) a ve stejném období bývá vypisováno dotační řízení pro nadregionální, či celostátní služby na webu MPSV. Následně jsou dotace hodnoceny a po zasedání dotačních komisí, či zastupitelstev kraje bývají kolem února dotačního roku rozesílána rozhodnutí o poskytnutí dotace. Samotné připsání na účet poskytovatele proběhne většinou v průběhu března, či dubna daného dotačního roku.“

Pro ilustraci vývoje financování rané péče jsme zvolili ukázkou časového vývoje poměru mezi požadovanou výší dotace a přidělenou dotací MPSV.¹²

Tab. č. 20 Časový vývoj poměru mezi požadovanou výší dotace a přidělenou dotací ze strany MPSV

Požadavky na dotaci a dotace MPSV (v Kč) službám rané péče							
ROK DOTACE	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Požadavek	62 348 332	59 105 734	65 706 364	132 231 092	144 253 205	189 908 199	186 746 541
Dotace	47 298 765	43 891 000	41 763 000	46 937 000	54 280 500	61 446 212	67 341 100
Dotace/Požadavek	75,86%	74,26%	63,56%	35,50%	37,63%	32,36%	36,06%

Graf č. 3: Časový vývoj výše požadované a poskytnuté dotace MPSV na ranou péči a poměru mezi těmito dvěma údaji



¹² Tabulka zaslaná pracovníkem MPSV na žádost.

6.2.2 Program Rozvoj a obnova materiálně technické základny sociálních služeb

V odpovědi z MPSV byl zmíněn ještě **další dotační titul**: *...Dále je vypsán program Rozvoj a obnova materiálně technické základny sociálních služeb, který se logicky také vztahuje na ranou péči*.¹³

Z analýzy zadání výzvy programu a z materiálu poskytnutého poskytovateli ale vyplývá, že tento dotační program byl stanovenými podmínkami a zněním zaměřen na pobytové, případně ambulantní služby a neumožňoval využití pro terénní služby. Jeden z poskytovatelů rané péče přesto podal v tomto dotačním programu žádost „Nákup automobilů pro zajištění komplexních služeb pro rodiny s dětmi s opožděným psychomotorickým vývojem, těžkým zrakovým či kombinovaným postižením, s tělesným, mentálním a kombinovaným postižením, včetně dětí s PAS“, ale žádost nebyla schválena s odůvodněním, že nevyhovovala podmínkám programu. K investičnímu záměru a žádosti byly přitom doloženy vyjádření potřeby z jednotlivých krajů, kde jsou sídla jednotlivých Středisek rané péče žadatele.

Poskytovatel (žadatel o dotaci) uvedl ve zprávě, že v prvních hodnoceních investiční komise dostaly přednost projekty na dostavby a opravy pobytových služeb a v druhé byla zpráva o vyřazení žádosti, protože se nejednalo o automobily na převoz klientů.

Za problematické v oblasti státní dotace uvedli poskytovatelé na fokusních skupinách zejména toto:

- chybí dotační titul na investice a rozvoj kapacit poskytovatelů rané péče
- z dotací nelze platit zahraniční vzdělávací cesty, neakreditované kurzy a akreditované jen do povinných 24 hodin na pracovníka, řízení BOZP, referentské zkoušky, dálniční známky, parkování, případně školení řidiče – což jsou pro terénní službu, kde většina pracovníků musí být mobilní, zásadní položky
- pevné položkové rozpočty
- nejednotnost dotační praxe a administrace ve čtrnácti krajích, např. pro poskytovatele ve více krajích je problematické jen podání žádosti na kraj, které mají různou formu a různé termíny
- načasování přidělování prostředků – žádost se podává v září, uznaná výše dotace je jim oznámena v únoru až březnu, a část dotace dostanou někdy až v prosinci – je velmi problematické překlenout období na začátku roku, než přijdou přidělené finance, poskytovatelé si musí na provoz půjčovat
- výše dotace nezohledňuje aktuální počet žadatelů a klientů služby ani minimální rezervu pro nárůst žadatelů

6.2.3 Přehled o vývoji poměru financování služeb péče a preventivních služeb

Raná péče je součástí sociálních služeb prevence (služba charakterem komunitní a terénní), je poskytována zdarma a klienti na ni nepřispívají, jako taková je i financována. Financování, plánování a udržitelnost rané péče závisí na státní politice a systému sociálních služeb, který je ve velké míře charakterizován poměrem množství služeb péče a prevence a výše prostředků, které jsou vynakládány ze státního rozpočtu právě na tato dvě odvětví sociálních služeb.

Národní strategie rozvoje sociálních služeb (NSRSS) na rok 2015, v analytické části na straně 22 uvádí poměr zastoupení služeb: **54% služeb péče, 35% služeb prevence** (a poradenství 11%). V NSRSS na období **2016 – 2025** je v analytické části uveden poměr **57% služeb péče, 33% služeb prevence** (a poradenství 10%).

Zdá se, že se v ČR množství služeb péče zvyšuje a počet preventivních služeb a poradenství se snižuje.

¹³ Více informací na webové stránce <http://www.mpsv.cz/cs/4243>

Výše poskytnutých dotací na tyto dva druhy služeb byl v roce 2015:

sociální péče: **6 556 518 274** (80,6 %)

sociální prevence: **1 578 518 765** (19,4 %), jejich poměr je tedy zhruba 4:1 ve prospěch služeb péče.

Poměr nákladů by ještě zvýšilo připočtení částky vynaložené na služby sociální péče z prostředků krajů, zřizovatelů (převážně krajů), na investice a z projektů z prostředků ESIF (v roce 2015 služby prevence nečerpaly).

Nabízí se otázka, zda deklarativní vyjádření o plánech na posilování sítě dostupných komunitních služeb poskytovaných v přirozeném prostředí a ústup od ústavních a pobytových služeb ve stejných strategických materiálech jsou v souladu s reálnou podporou z veřejných prostředků:

V NSRSS je uvedeno:

Opatření A. 2. 1: Podpořit kraje, obce a poskytovatele sociálních služeb v procesu zavádění sociálních služeb komunitního typu a snižování kapacit sociálních služeb ústavního charakteru.

Doba realizace: 2018

Popis opatření: Cílem tohoto opatření je připravit a využít nástroje na podporu zvyšování sociálních služeb komunitního typu, určené zejména osobám se zdravotním postižením, a snižování sociálních služeb ústavního charakteru.¹⁴

Tab. č. 21: Časový vývoj výše poskytovaných dotací na služby péče / preventivní služby MPSV¹⁵

Dotace (v Kč) MPSV na podporu poskytování sociálních služeb					
Rok	2007	2008	2009	2010	2011
Sociální péče	6 032 894 700	5 460 273 900	5 766 580 433	5 801 719 000	5 364 858 100
Sociální prevence	642 861 100	974 676 700	996 621 659	768 388 700	634 791 800

Rok	2012	2013	2014	2015
Sociální péče	5 100 994 129	5 276 623 726	6 121 086 610	6 556 518 274
Sociální prevence	1 037 904 519	1 077 368 146	1 325 018 175	1 578 518 765

Zdroj MPSV

6.2.4 Mzdy

Jak bylo zmíněno v analýze, nízké ohodnocení v sociálních službách znamená pro poskytovatele rané péče velký problém. Mohou je řešit najímáním méně kvalifikovaných nebo kompetentních pracovníků nebo na mzdy pracovníkům přidávat ze sponzorských prostředků.

Mzdy pracovníků v oblasti sociálních služeb jsou výrazně nižší, než je průměrná mzda v ČR. Pracovníci v přímé péči pobírají mzdu pohybující se okolo 12 tis.–15 tis. Kč hrubého a sociální pracovníci – odborníci, kteří pro výkon profese musejí splňovat odborné předpoklady na úrovni vyšší odborné, respektive vysoké školy, pobírají cca 18 tis.–22 tis. Kč hrubého. Přitom průměrná mzda v ČR činí 25 159 Kč. (Zdroj MPSV)

¹⁴ Národní strategie rozvoje sociálních služeb <http://www.mpsv.cz/cs/26520>

¹⁵ Tabulka zaslaná pracovníkem MPSV na žádost.

6.2.5 Vyrovnávací platba

Od roku 2015 jsou dotace ze státního rozpočtu na sociální služby rozdělovány kraji a to podle „kalkulačního vzorce“, tzv. vyrovnávací platbou. Odůvodnění je uvedeno v NSRSS na rok 2015: „...Využití kalkulačního vzorce umožní modelování nákladovosti optimální úrovně kvality. Zavádění prvků vyrovnávací platby zpřehlední dotační řízení a přinese poskytovatelům možnost finančně plánovat v delším horizontu. Všechna uvedená opatření směřují k naplnění základní úlohy státu v oblasti sociálních služeb – garance adekvátní kvality a dostupnosti sociálních služeb...“

Podle poskytovatelů důsledky této metody nejsou tak jednoznačně pozitivní.

Co se zdá poskytovatelům na vyrovnávací platbě největší problém, je situace, že dochází ze strany kraje k regulaci:

- počtu pracovníků,
- poměru pracovníků v ne/přímé péči,
- částky, kterou může na poskytování rané péče použít.

Pokud poskytovatel na službu raná péče získá k dotaci z veřejných prostředků ještě finanční prostředky od soukromých dárců nad částku určenou krajem jako „optimální“ nebo „oprávněnou“, bude od něj požadováno vrátit „nadměrnou platbu“ zpět do státního rozpočtu.

V souvislosti s tím, že kraj určuje i kapacitu služby, poskytovatelé uváděli na fokusních skupinách, že to snižuje schopnost reagovat na žádosti o službu, na potřeby rodin, tedy rozšířit kapacitu služby podle situace a potřeb rodin v regionu.

V praxi to znamená, že kraj určí optimální nákladovost pro každou službu, dále, kolik z veřejných prostředků na ni poskytovateli poskytne: „Vyrovnávací platba je výše souhrnných veřejných finančních prostředků, kterými je potřeba dofinancovat poskytovatele sociálních služeb do výše ekonomicky oprávněných nákladů na poskytování sociální služby. Vychází z výpočtu optimálních nákladů sociálních služeb a výnosů za poskytování sociálních služeb...“

Jak je vidět níže (tab. 21 Přehled výše vyrovnávací platby), je výpočet vyrovnávací platby a komponenty kalkulace v různých krajích různá.

Protože systém výpočtu je poměrně složitý a každý kraj jej používá jinak, na vyžádání nám poskytl Královéhradecký kraj odpovědi na dotazy k systému financování rané péče (Dotazník pro kraje viz Příloha 10.1.3):

1. Jaký je postup při financování preventivní sociální služby raná péče poskytovatelům ve vašem kraji?

a) Jaký je ve vašem kraji rozdíl mezi dotací a vyrovnávací platbou?

Vyrovnávací platba je výše souhrnných veřejných finančních prostředků, kterými je potřeba dofinancovat poskytovatele sociálních služeb do výše ekonomicky oprávněných nákladů na poskytování sociální služby. Vychází z výpočtu optimálních nákladů sociálních služeb a výnosů za poskytování sociálních služeb.

V průběhu roku vycházíme ze zohledněných skutečných ekonomicky oprávněných nákladů daných pro řádně řízenou sociální službu a zohledňujeme skutečně získané příjmy za poskytování sociální služby. I skutečný oprávněný rozsah služby.

Vyrovnávací platbu lze snížit s ohledem na příjmy, které obdrží poskytovatel soc. služeb v souvislosti s realizací sociální služby.

b) Jakou jednotku volíte pro výpočet nákladů na ranou péči?

Pro výpočet optimálních nákladů služby vycházíme z přepočtu na pracovníka přímé práce splňující kvalifikační předpoklady dle § 115 zákona o sociálních službách. Úvazek je vnímán jako základní výkonová jednotka, od níž se odvíjí časová kapacita sociální služby. Úvazek je naplňován nejen vykonáváním práce v pracovním poměru, ale také dohodami konanými mimo pracovní poměr dle zákoníku práce a případně pracemi vykonávanými subdodavately.

c) Jak stanovíte výši optimálních a reálných nákladů na službu raná péče?

Optimální náklady vychází z výpočtu rozsahu služby sjednaného s poskytovatelem v síti sociálních služeb a mediánových hodnot stanovených pro daný druh služby (buď na úrovni KHK nebo z dat pro celou ČR, vždy volíme pro poskytovatele sociálních služeb výhodnější propočty). Ve výpočtu mediánové hodnoty jsou zohledněny některé pro daného poskytovatele historicky vykazované náklady považované pro daný druh za ekonomicky oprávněné (jedná se např. o výši nákladů za pohonné hmoty u terénních služeb apod.).

Reálná výše se odvíjí od plánu poskytovatele sociálních služeb. Zohledňujeme zde finanční alokaci veřejných rozpočtů na daný rok. Může být tak nižší nebo vyšší než stanovený optimální výpočet. Obvykle obdrží-li poskytovatel sociálních služeb jiné plnění spojené s poskytováním sociálních služeb (obvykle např. granty či dary) zohledňujeme skutečný objem plnění sociálních služeb a výši ekonomicky oprávněných nákladů a to v porovnání po daný druh sociální služby. Není obvyklé, abychom přistupovali ke krácení plánované vyrovnávací platby z důvodu nadměrného plnění.

d) Jak stanovíte výši dotace ze státních prostředků?

Dotace ze státních prostředků je určena několika faktory:

- výši optimální vyrovnávací platby
- výši kofinancování služby ze strany krajské a obecní samosprávy (což je dáno z části historickými vlivy a více či méně racionálními důvody (např. prevalencí cílové skupiny, sídlem služby ve městě).

2. Pokud dostane poskytovatel sociálních služeb nadační příspěvek, za jakých podmínek nebo situace by nedošlo ke krácení veřejných finančních prostředků přidělených krajem?

Obvykle nadační příspěvky nejsou důvodem ke krácení vyrovnávacích plateb ze strany Královéhradeckého kraje.

Rozhodně by nedošlo ke krácení v případech kdy:

- poskytovatel reaguje rozšířením personálního zabezpečení služby s ohledem na nedostatečně pokrytou potřebu
- využije prostředky na nákup a obnovu a vybavení, příspěvek je použit na pořízení investice
- jedná se o příspěvek v řádech do 10 % vyrovnávací platby.

Vzhledem k tomu, že nadační příspěvky bývají obvyklou součástí financování nákladů rané péče, jsou zohledňovány tyto příjmy do ekonomicky oprávněných nákladů rané péče, díky těmto příspěvkům tak dostávají rodiny využívající ranou péči službu ve větším rozsahu, dříve nebo i ve vyšší kvalitě (nákup a půjčování pomůcek) než by bylo možné financovat z veřejných zdrojů.

Tyto příspěvky vnímáme především jako zdroje využívané pro rozvoj služeb.

3. Stanovujete počet úvazků v nepřímé péči v návaznosti na počet úvazků v přímé péči, které mohou být financovány ze státní dotace? Ano / Ne

Ne

– stanovujeme pouze minimální rozsah přímé práce, který je poskytovatel povinen zajistit za poskytnuté veřejné zdroje. U nepřímé práce je poskytovatel vázán pouze obecnými principy účelnosti a hospodárnosti a výši poskytnutých finančních prostředků.

6.2.6 Různé metodiky krajů pro výpočet vyrovnávací platby

Přehled výše vyrovnávací platby a finanční podpory v regionu působnosti pracovišť SPRP pro rok 2016; zpracováno září 2016¹⁶

Tab. č. 22: Přehled výše vyrovnávací platby v různých krajích

KRAJ	KOEFICIENT FINANČNÍ PODPORY	Započtené úvazky (PP- úvazky přímé péče; NP-úvazky nepřímé péče)	Povinný podíl spolufinancování obcí	Maximální výše finanční podpory kraje	Vyrovnávací platba
Hl. m. Praha	37500		10%	neuveďeno	416.964,- Kč na 1 PP
Jihočeský kraj	45000	PP+NP	10%	45000 x 12 x započtené úvazky - 10%	45000 x 12 x započtené úvazky
Jihomoravský kraj	41000	PP+0,2 NP na 1PP	24%	41000 x 12 x započtené úvazky - 24%	Výše vyrovnávací platby se stanoví jako rozdíl mezi skutečnými (optimálními) náklady, které příjemci vzniknou v souvislosti s poskytováním sociální služby a výnosy vzniklémi v souvislosti s poskytováním sociální služby.
Karlovarský kraj	37000	PP+0,3 NP na 1PP	10%	37000 x 12 x započtené úvazky - 10%	488.400,- Kč na 1 PP
Moravskoslezský kraj	30000	PP'+0,5 NP na 1PP (u menší působnosti +0,25 NP na 1 PP)	-	neuveďeno	Částka rozdělena na oprávněné provozní náklady - 534.000,-Kč x úvazek; osobní náklady 360.000,- Kč x započtené úvazky
Olomoucký kraj	45000	PP+0,3 NP na 1 PP	20%	45000 x 12 x započtené úvazky - 20%	1.140.000,- na 1 PP
Pardubický kraj				individuální projekt	
Středočeský kraj	nestanoveno	PP	17%	neuveďeno	693.713,- Kč na 1 PP
Kraj Vysočina	40000	PP+NP	10%	40000 x 12 x započtené úvazky - 10%	40000 x 12 x započtené úvazky
Zlínský kraj	nestanoveno	PP			Výpočet obvyklých nákladů je vypočítán ze 2 předešlých let - celkový počet hodin poskytnutých intervencí na průměrný přepočtený úvazek PP/rok

¹⁶ Zpracovala a poskytla K. Němcová, vedoucí Střediska rané péče SPRP Brno, září 2016

Tab. č. 23: Přehled výše vyrovnávací platby v dalších krajích

KRAJ	KOEFICIENT FINANČNÍ PODPORY	Započtené úvazky (PP- úvazky přímé péče; NP-úvazky nepřímé péče)	Povinný podíl spolufinancování obcí	Maximální výše finanční podpory kraje	Vyrovnávací platba
Královéhradecký kraj	neuveдено				sociální náklady na 1 PP (medián) x počet PP
Liberecký kraj	35000	PP + 0,3 NP na 1 PP	15%	35000 x 12 x započtené úvazky - 15%	nezjišťováno
Pizeňský kraj	40000	PP + NP	10%	40000 x 12 x započtené úvazky - 10%	nezjišťováno
Ústecký kraj	35 - 45000	PP + 0,2 NP na 1 PP	10%		nezjišťováno

Poskytovatelé v rámci fokusních skupin sdíleli následující zkušenosti s dotačními řízeními v jednotlivých krajích:

1) Časová náročnost administrace žádostí o finance

Organizace ve všech fokusních skupinách si stěžovaly na vysokou náročnost administrace dotačních žádostí. Požadované vykazování sociálních služeb je příliš podrobné, zabírá mnoho času. Některé kraje požadují registraci v dotyčném kraji, rozpočítávání úvazků, příliš podrobné a někdy i zbytečné vykazování, každý grant má vlastní podmínky pro vyúčtování, je velmi mnoho kontrol.

2) Evidence služeb a dotační praxe v jednotlivých krajích je nejednotná

Dle výpovědí poskytovatelů, kteří působí ve více krajích, je dotační systém často nestabilní, nepředvídatelný a mění se. Každý kraj má jinou evidence služeb i jinou terminologii („intervence“, „setkání“, „ambulance“, atd.) a požadují od poskytovatelů odlišná data. Ze 14 krajů jen některé požadují průběžné vyúčtování, jinak celkově probíhá vyúčtování malých příspěvků v různých termínech a různým způsobem.

3) Povinné spolufinancování ze strany obce

Některé kraje požadují, aby poskytovatelé získali určitou část nákladů na poskytování služby z rozpočtu obcí (například od obcí 20 % výše nákladů a/či garanci obcí). To je velmi časově náročné pro poskytovatele, vykazovat část prostředků jinému donorovi, komunikovat s dalším subjektem.

„Strávíme hodně času s administrací a s psaním žádostí na obce a s vedením odděleného účetnictví a vyúčtováním často malých částek“.

4) Kraj nezohledňuje ve financování specifika rané péče

Kraj nezohledňuje dostatečně specifika služby raná péče. Mezi ně patří terénní charakter služby (přípravu a cestu ke klientovi, vzdálenost rodiny), poměr přímé a nepřímé péče, specifické potřeby klientů (psycholog, specialista, atd.).

Metodiky financování často nezohledňují počet klientů na jednoho pracovníka v přímé péči.

¹⁷ Zpracovala K. Němcová, vedoucí Střediska rané péče SPRP Brno, září 2016

5) Časový charakter přidělování dotací

Mnoho organizací má dle výpovědí ve fokusních skupinách problém kontinuálně financovat službu klientům, když o finance žádají v září, na počátku následujícího roku pak teprve zjistí, jak vysokou dotaci dostanou a peníze dostanou až v průběhu roku. Poskytovatelé si proto musí půjčovat peníze, aby mohli překlenout období, než dostanou celou dotaci, což je velmi obtížné.

6) Metodiky omezují výši dotace při financování z jiných zdrojů

Některé kraje pojetím vyrovnávací platby omezující i zdroje soukromé. Sponzorské dary a dary od nadací jsou zahrnuty do tzv. maximální výše veřejné podpory.

7) Některé kraje mají seznam neuznatelných nákladů

Některé kraje mají nastavenou výši dotace na vzdělávání na úvazek, a ne na osobu, a tak organizace, které mají více osob na jeden úvazek, dostanou poměrně méně peněz na vzdělávání. Z dotace tak často nelze financovat nezbytné položky pro terénní službu (viz výše).

6.2.7 Soukromé zdroje, sponzorské příspěvky/dary

Tab. č. 23 Podíl dalších získaných prostředků (mimo státní, krajské a obecní dotace)

Zdroj	Průměr	Medián	Minimum	Maximum
Evropské dotace podíl	2,93 %	0,00 %	0,00 %	62,39 %
Nadační granty a příspěvky podíl	6,85 %	1,64 %	0,00 %	43,90 %
Sponzorské příspěvky podíl	5,27 %	1,18 %	0,00 %	69,75 %

Současný způsob financování rané péče prostřednictvím vyrovnávací platby nemotivuje poskytovatele k získávání dalších zdrojů z nadačního a soukromého sektoru (protože by museli poměrnou částku z takto získaných peněz vrátit kraji).

6.2.8 Získávání zdrojů na službu rané péče - fundraising

Tab. č. 24 Kdo zajišťuje fundraising?

Odpověď	Počet	Odpovědělo Procent	Kumulativních Procent
Vedení organizace	28	75,7 %	75,7 %
Jiný člen týmu	3	8,1 %	83,8 %
Fundraiser střešní organizace	1	2,7 %	86,5 %
Specializovaný fundraiser	5	13,5 %	100,0 %
Celkem	37	100,0 %	
Nejsou data	13		
CELKEM	50		

Pouze 3 služby uvedly úvazek u fundraisera, jedna úvazek 0,2, jedna úvazek 0,3 a jedna úvazek 0,75.

Tab. č. 25: Odpovědi na doplňkovou otázku v dotazníku, „kdo je jiným než specializovaným fundraiserem“?

		Počet	Procent služeb
Jiný fundraiser	Vedení organizace	18	58,1%
	Koordinátor služby	13	41,9%
	Fundraiser střešní organizace	7	22,6%
	Hospodářské středisko/ekonom	2	6,5%
	Celý tým	3	9,7%
CELKEM		43	100,0 %

* data za 32 služeb (počet odpovědí je vyšší než 32, protože některé služby uvedly více než 1 osobu)

Tab. č. 26: Kdo zajišťuje psaní dotačních a grantových žádostí?

		Počet	Odpovědělo Procent	Kumulativních Procent
Odpovědělo	Vedení organizace	28	82,4 %	82,4 %
	Koordinátor služby	1	2,9 %	85,3 %
	Fundraiser organizace	4	11,8 %	97,1 %
	Fundraiser + vedoucí RP	1	2,9 %	100,0 %
	Celkem	34	100,0 %	
Nejsou data		16		
CELKEM		50		

Tab. č. 27: Kdo zajišťuje oslovování firemních dárců?

		Počet	Odpovědělo Procent	Kumulativních Procent
Odpovědělo	Vedení organizace	22	73,3 %	73,3 %
	Fundraiser	7	23,3 %	96,7 %
	jiný způsob	1	3,3 %	100,0 %
	Celkem	30	100,0 %	
Nejsou data		20		
CELKEM		50		

Tab. č. 28: Kdo zajišťuje oslovování individuálních dárců?

		Počet	Odpovědělo Procent	Kumulativních Procent
Odpovědělo	Vedení organizace	21	67,7 %	67,7 %
	Fundraiser	8	25,8 %	93,5 %
	jiný způsob	2	6,5 %	100,0 %
	Celkem	31	100,0 %	
Nejsou data		19		
CELKEM		50		

Tab. č. 29: Kdo zajišťuje sbírky, akce?

		Počet	Odpovědělo Procent	Kumulativních Procent
Odpovědělo	Vedení organizace	17	60,7 %	60,7 %
	Fundraiser	8	28,6 %	89,3 %
	jiný způsob	3	10,7 %	100,0 %
	Celkem	28	100,0 %	
Nejsou data		22		
CELKEM		50		

Pouze 5 ze všech organizací má specializovaného fundraisera, vždy pouze na část úvazku, ve všech těchto případech píšou dotační žádosti vedoucí pracovníci. V organizacích jsou nejčastěji fundraisingem pověřeni vedoucí pracovníci nebo se jím zabývá koordinátor služby, celý tým, ekonom. Oblastní charita fundraising realizuje prostřednictvím svého hospodářského a ekonomického oddělení.

Dle výpovědí ve fokusních skupinách je fundraising časově a kapacitně zatěžující, zejména pro menší organizace, potažmo týmy, ve kterých je vysoká míra kumulace činností.

Strategické a finanční plánování není snadné a často ani úplně možné ve finanční a personální nejistotě. Financování zároveň probíhá podle projektů, a je tedy nesnadné zajistit udržitelnost nabídky nových činností a služeb podle aktuálních potřeb klientů i po ukončení projektu.

6.3 Vzdělávání a rozvoj pracovníků

Další vzdělávání a rozvoj pracovníků považují poskytovatelé rané péče za klíčové pro kvalitu služby. Odůvodnění a shrnutí lze nalézt v Závěrečné zprávě projektu „Evaluace poskytování sociálních služeb v Moravskoslezském kraji, skupiny 7, raná péče¹⁸

¹⁸ http://www.msk.cz/assets/eu/evaluace_zaverecna_zprava_07.pdf

Služba zajištěná kvalitními odborníky v přímé péči se zaměřením na specifika daných cílových skupin umožňuje rodinám získat včasnou, účinnou a cílenou pomoc tak, aby se nepříznivá sociální situace rodiny v souvislosti s péčí a výchovou dítěte s postižením dále nezhoršovala a rodiče (pěstouni, pečující osoby) si věděli rady a dokázali podpořit dítě v jeho rozvoji.

Cílová skupina a charakter služby kladou na úroveň a rozsah znalostí a dovedností poradců rané péče vysoké nároky. Poradce rané péče není jen běžným pracovníkem sociálních služeb, ale musí být odborníkem hned v několika oblastech. Jde zejména o okruh podpory jednotlivých složek vývoje dítěte, znalosti podpůrných terapií, znalosti v oblasti alternativní a augmentativní komunikace, v oblasti příjmu potravy, polohování dítěte, v oblasti kompenzačních pomůcek atp. Poradce rané péče tedy musí mít kvalitní znalosti speciální pedagogiky, ale taktéž širokou škálu poradenských dovedností. Je totiž nutné, aby dokázal pracovat nejen s dítětem s postižením, ale i s celou rodinou, především s rodiči a také s jejími dalšími členy. K tomu potřebuje umět vést poradenský rozhovor, naslouchat, řídit proces poskytování služby, reagovat na individuální potřeby dítěte a rodičů. Musí se orientovat v oblasti sociální práce, sociálního poradenství a v trendech v oblasti podpory rodiny, jakožto nedílných součástí služby. Role poradce rané péče předpokládá také určité osobnostní kvality, jako jsou samostatnost, respekt k rodině, ochota spolupracovat a neustále se učit. Nezbytné jsou také řídičské dovednosti.

Absolvent vysokoškolského či vyššího odborného studia zaměřeného na sociální práci nebo speciální pedagogiku (často však ani zkušený pracovník, který pracoval v oblasti sociálních služeb, ale dosud nepracoval v rané péči) není po nástupu na pracoviště rané péče schopen s cílovou skupinou samostatně pracovat. Zpravidla je nutné, aby zaměstnavatel novému poradci rané péče poskytl několikaměsíční zaškolení v metodách práce a dalších potřebných oblastech, zajistil mu supervizní a intervizní podporu.

Jak je zřejmé i z diskuse poskytovatelů ve fokusních skupinách, nároky na odbornost pracovníků služeb rané péče jsou vysoké a je klíčové, aby měli odpovídající vzdělání, možnost dalšího vzdělávání a supervizi.

Následující tabulky přibližují, jaká je situace v oblasti vzdělávání pracovníků v rané péči.

Tab. č. 30: Počty dní absolvovaných vzdělávacích akcí podle druhu - pracovníci v přímé péči

VZDĚLÁVÁNÍ SOCIÁLNÍCH PRACOVNÍKŮ ZA 42 SLUŽEB, ZA KTERÉ BYLA DATA	Počet dnů	Podíl
Akreditované kurzy: SOC. PRACOVNÍCI A PORADCI RP (počet dnů)	783,90	36%
Neakreditované kurzy: SOC. PRACOVNÍCI A PORADCI RP (počet dnů)	588,50	27%
Supervize: SOC. PRACOVNÍCI A PORADCI RP (počet dnů)	293,13	14%
Domácí konference: SOC. PRACOVNÍCI A PORADCI RP (počet dnů)	281,50	13%
Zahraniční konference: SOC. PRACOVNÍCI A PORADCI RP (počet dnů)	5,50	0%
Domácí stáže: SOC. PRACOVNÍCI A PORADCI RP (počet dnů)	163,25	8%
Zahraniční stáže: SOC. PRACOVNÍCI A PORADCI RP (počet dnů)	39,00	2%
Celkem vzdělávání pro prac. v přímé práci	2154,78	100%

Tab. č. 31: Počty dní absolvovaných vzdělávacích akcí podle druhu – vedoucí pracovníci

VZDĚLÁVÁNÍ VEDENÍ ZA 42 SLUŽEB, ZA KTERÉ BYLA DATA	Počet dnů	Podíl
Akreditované kurzy: VEDENÍ SLUŽBY (počet dnů)	126,13	31%
Neakreditované kurzy: VEDENÍ SLUŽBY (počet dnů)	96,50	24%
Supervize: VEDENÍ SLUŽBY (počet dnů)	82,25	20%
Domácí konference: VEDENÍ SLUŽBY (počet dnů)	65,50	16%
Zahraniční konference: VEDENÍ SLUŽBY (počet dnů)	0,00	0%
Domácí stáže: VEDENÍ SLUŽBY (počet dnů)	22,13	6%
Zahraniční stáže: VEDENÍ SLUŽBY (počet dnů)	9,00	2%
Celkem vzdělávání pro vedení	401,50	100%

Tab. č. 32: Počty dní absolvovaných vzdělávacích akcí – celkem

VZDĚLÁVÁNÍ CELKEM ZA 42 SLUŽEB, ZA KTERÉ BYLA DATA	Počet dnů	Podíl
Celkem vzdělávání pro prac. v přímé práci	2154,78	84%
Celkem vzdělávání pro vedení	401,50	16%
Celkem vzdělávání	2556,28	100%

Tab. č. 33: Vzdělávání pracovníků podle typu vzdělávání

	Průměr	Median	Minimum	Maximum
Celkem vzdělávání pro pracovníky v přímé práci	43,10	27,50	0,00	200,77
Celkem vzdělávání pro vedení	9,56	8,50	0,00	26,00
Akreditované kurzy: SOC. PRACOVNÍCI A PORADCI RP (počet dnů)	15,68	8,50	0,00	95,00
Akreditované kurzy: VEDENÍ SLUŽBY (počet dnů)	2,52	2,00	0,00	19,00
Neakreditované kurzy: SOC. PRACOVNÍCI A PORADCI RP (počet dnů)	11,77	6,00	0,00	97,50
Neakreditované kurzy: VEDENÍ SLUŽBY (počet dnů)	1,93	1,00	0,00	13,00
Supervize: SOC. PRACOVNÍCI A PORADCI RP (počet dnů)	5,86	3,00	0,00	37,00
Supervize: VEDENÍ SLUŽBY (počet dnů)	1,65	1,00	0,00	7,00
Domácí konference: SOC. PRACOVNÍCI A PORADCI RP (počet dnů)	5,63	3,00	0,00	34,50
Domácí konference: VEDENÍ SLUŽBY (počet dnů)	1,31	0,25	0,00	8,00
Zahraniční konference: SOC. PRACOVNÍCI A PORADCI RP (počet dnů)	0,11	0,00	0,00	2,00

Zahraniční konference: VEDENÍ SLUŽBY (počet dnů)	0,00	0,00	0,00	0,00
Domácí stáže: SOC. PRACOVNÍCI A PORADCI RP (počet dnů)	3,27	0,00	0,00	42,25
Domácí stáže: VEDENÍ SLUŽBY (počet dnů)	0,44	0,00	0,00	4,00
Zahraniční stáže: SOC. PRACOVNÍCI A PORADCI RP (počet dnů)	0,78	0,00	0,00	25,00
Zahraniční stáže: VEDENÍ SLUŽBY (počet dnů)	0,21	0,00	0,00	5,00

V přepočtu na jednoho pracovníka vypadá situace, pokud jde o vzdělávání, následovně:

Tab. č. 34: Počet dnů vzdělávacích akcí v přepočtu na 1 pracovníka

	Průměr	Median	Minimum	Maximum
Akreditované kurzy na 1 pracovníků v přímé práci (počet dnů)	4,16	2,38	0,00	21,33
Akreditované kurzy na 1 pracovníků vedení (počet dnů)	2,33	1,55	0,00	19,00
Celkem vzdělávání na 1 pracovníka v přímé práci (počet dnů)	10,41	9,50	0,00	64,00
Celkem vzdělávání na 1 pracovníka vedení (počet dnů)	8,66	7,00	0,00	26,00
Vzdělávání na 1 osobu v přímé práci či vedení (počet dnů)	8,97	7,00	0,00	59,00

Nabídka vzdělávání pro sociální pracovníky/poradce rané péče

Tab. č. 35: Vyjádření k nabídce vzdělávání

	Počet	Procent	Odpovědělo Procent	Kumulativních Procent
Odpovědělo Nabídka vzdělávacích institucí je dostatečná	17	34,0	45,9	45,9
Nestačí , co nabízejí vzdělávací instituce, organizujeme vlastní školení	18	36,0	48,6	94,6
Nestačí , co nabízejí vzdělávací instituce	1	2,0	2,7	97,3
Nabídka nestačí , hledáme kurzy zaměřené na specifika naší CS	1	2,0	2,7	100,0
Celkem	37	74,0	100,0	
Nejsou data	13	26,0		
CELKEM	50	100,0		

Tab. č. 36: Vyjádření k nabídce vzdělávání

	Počet	Procent	Odpovědělo Procent	Kumulativních Procent
Odpovědělo Nabídka vzdělávacích institucí je dostatečná	25	50,0	71,4	71,4
Nestačí , co nabízejí vzdělávací instituce, organizujeme vlastní školení	8	16,0	22,9	94,3
Nestačí , co nabízejí vzdělávací instituce	1	2,0	2,9	97,1
Nabídky přicházejí z jiných měst	1	2,0	2,9	100,0
Celkem	35	70,0	100,0	
Nejsou data	15	30,0		
CELKEM	50	100,0		

Většina poskytovatelů považuje za svou silnou stránku vysoké požadavky kladené na odbornost a kompetence poradců a dalších pracovníků RP a jejich profesionalitu. Na fokusních skupinách poskytovatelé uváděli následující důvody pro velký význam dalšího průběžného vzdělávání pracovníků v rané péči:

- absolventi škol nejsou připraveni na ranou péči či terénní službu a práci s klientelou rané péče (děti s postižením či ohroženým vývojem v raném věku, rodiče – dospělí), nejčastěji udávali, že jim po studiu chybí kompetence a vědomosti z oblasti komplexní podpory rodiny jako celku
- nové pracovníky je třeba vyškolit a specializovat jejich odbornost – pozice je na pomezí sociální práce a speciální pedagogiky.

Jako problematické v oblasti vzdělávání uváděli:

- proškolení pracovníků v povinném penzu (24 hodin na pracovníka) je často podle obecných potřeb celé organizace, tedy ne specifikované podle cílových skupin klientů, tedy pro praxi rané péče jen málo užitečné
- výše prostředků na vzdělávání se odvíjí od počtu osob, nikoliv úvazků, což diskriminuje pracovníky s částečnými úvazky
- situaci vedoucích, kteří potřebují vzdělávání ve více oblastech a (zejména u malých služeb) navíc často na část úvazku pracují v přímé péči
- nedostatečnou nabídku a možnost vzdělávání managementu.

Proto většina organizací na fokusních skupinách uvedla jako nezbytné financovat svým pracovníkům další specializované kurzy. Většina organizací financuje pracovníkům kurzy i další vzdělávání a supervize, často ze sponzorských příspěvků nebo z grantů.

Některé organizace sestavují vlastní kurzy a školení pro pracovníky, na to ale shánějí finanční prostředky nad rámec služby. Ovšem sami poskytovatelé uvádějí tuto svou schopnost sestavit vlastní kurz na míru poradcům jako svou silnou stránku.

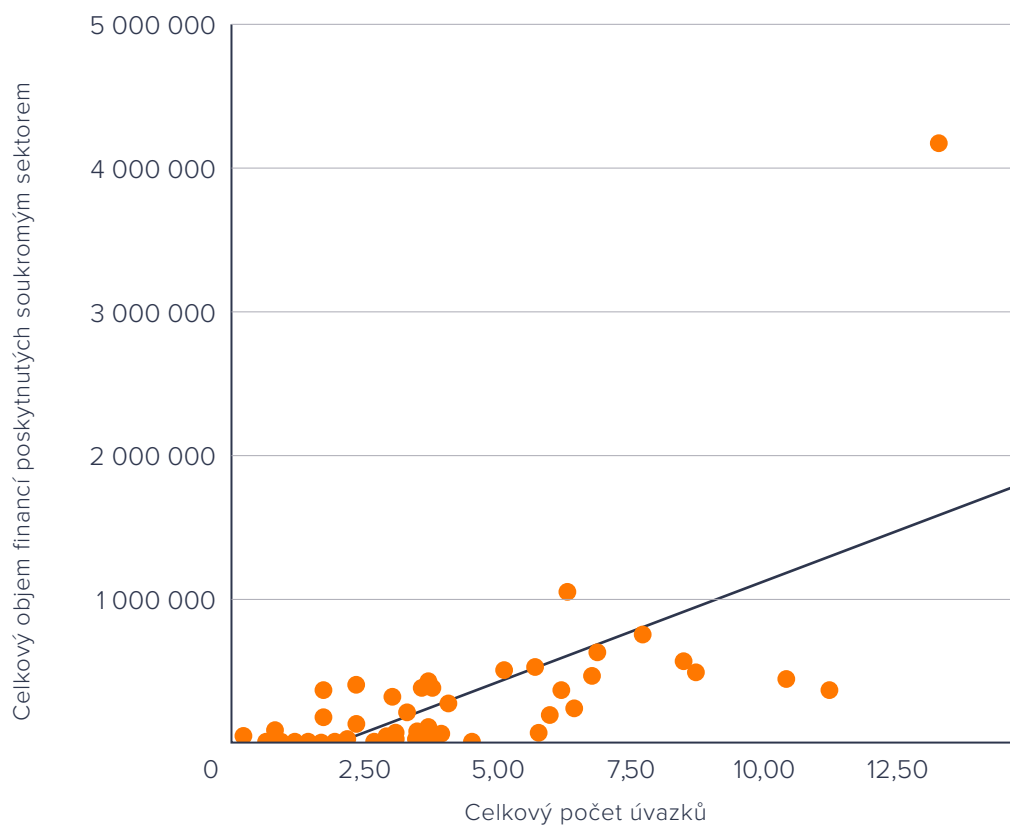
6.4 Vliv velikosti služby na financování, nákladnost či vzdělávání

Byla provedena analýza toho, zda má velikost služby vliv na financování, nákladnost či vzdělávání (metodou lineární regrese).

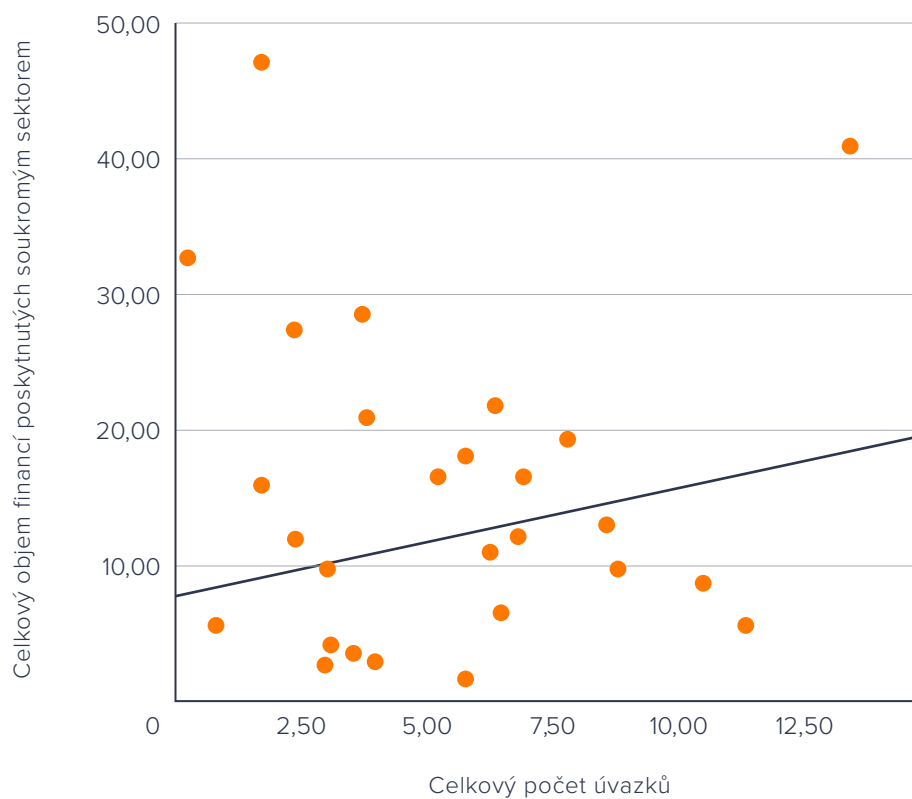
Ukázalo se překvapivě, že neexistuje prakticky žádná souvislost mezi velikostí služby a:

- podílem prostředků, který získá ze soukromých zdrojů (neplatí, že by větší služby dokázaly získat větší podíl ze soukromých zdrojů – ačkoli platí, že větší služby získaly větší absolutní částky ze soukromých zdrojů)

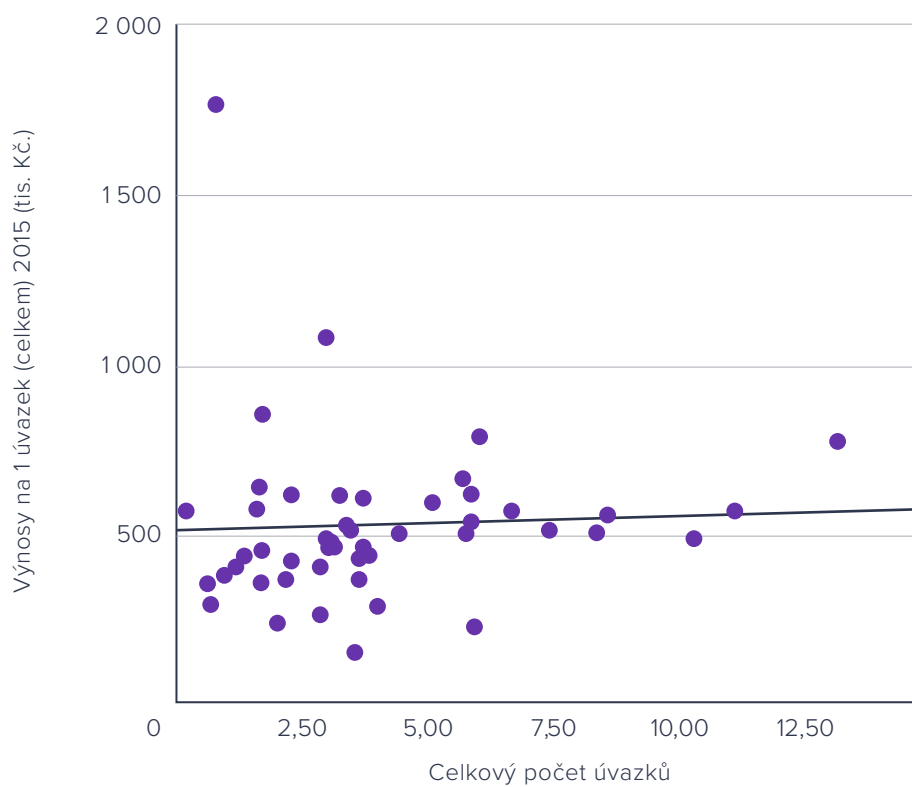
Graf č. 4: Vztah mezi velikostí služby (počet úvazků) a objemem získaných prostředků ze soukromých zdrojů



Graf č. 5: Vztah mezi velikostí služby (podle počtu úvazků) a podílem získaných prostředků ze soukromých zdrojů

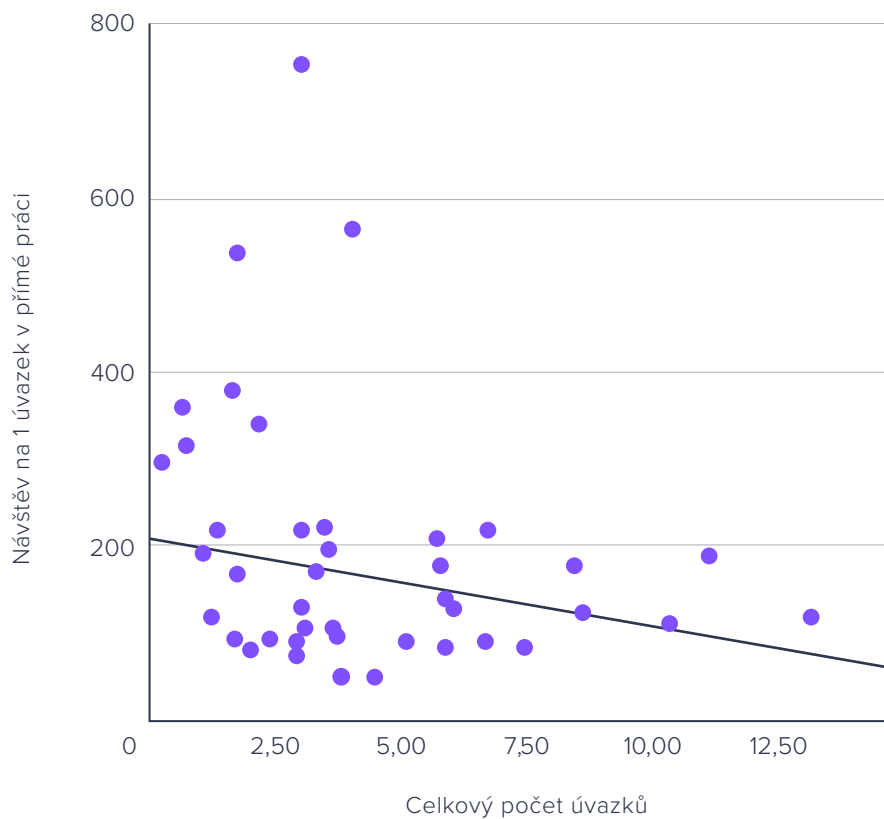


Graf č. 6: Vztah mezi velikostí služby (počet úvazků) a výnosy na 1 úvazek



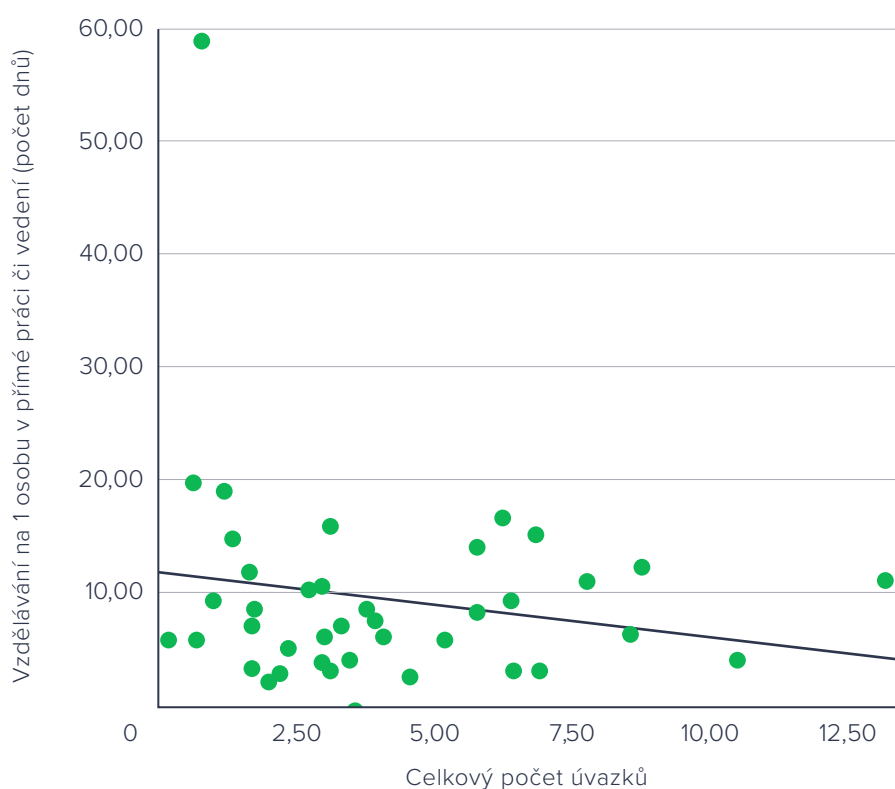
Graf č. 7: Vztah mezi velikostí služby (počet úvazků) a počtem návštěv na 1 úvazek

- Návštěv na úvazek (předpokládali jsme, že větší služby si mohou „dovolit“ méně návštěv na 1 úvazek, to se nepotvrdilo)



Graf č. 8: Vztah mezi velikostí služby (počet úvazků) a počtem dnů vzdělávání

- Absolvovaného vzdělávání na 1 osobu v přímé práci, či vedení. Neplatí tedy, že by si větší služby mohly dovolit více vzdělávání



7 Ukotvení rané péče

7.1 Resortní působnost - MPSV

Zakotvení rané péče je rozvedeno v kapitole 1 Vymezení pojmu. Z výpovědí poskytovatelů rané péče na fokusních skupinách vyplývá, že vnímají Vymezení pojmu ukotvení rané péče jako nedostatečné a nejisté. A to zejména v oblasti systémové a metodologické.

Poskytovatelé postrádají od Ministerstva práce a sociálních věcí systémovou a koncepční podporu rané péči, plánování rozvoje služby, její dostupnosti a kapacity pro potenciální uživatele.

Poskytovatelé na fokusních skupinách mluvili o nedostatcích jak ve strategických politikách a opatřeních týkajících se obhajoby a rozvoje rané péče, tak i v konkrétních krocích k rozvoji rané péče i v komunitních, terénních službách obecně, ve strategickém plánování na státní úrovni a v přetrvávajícím důrazu kladenému na pobytové sociální služby. Dále vyjadřovali, že na MPSV se nemají na koho obrátit, kdo by se zabýval porovnáváním praxe, teorie a dopadů legislativy a financování na situaci poskytovatelů rané péče, natož rodinami s dětmi s postižením.

7.2 Meziresortní spolupráce – MPSV a MZ

Raná péče jako sociální služba spadá sice pod resort MPSV, nicméně tam, kde by se měli potenciální uživatelé rané péče a zájemci o službu o službě dozvědět, jsou zdravotnická zařízení. Tam diagnostikují dítěti zdravotní postižení či vývojové opoždění, tam sdělují rodičům prognózu a v té chvíli by jim měla být poskytnuta také informace o následných službách zdravotní i sociální péče. Pokud se tak nestane, může být cesta rodičů k sociální službě raná péče složitá a zbytečně dlouhá, rodiče ztratí zbytečně síly a dítě čas, kdy by mohlo být již vhodně stimulováno (více viz kapitola 9 Informovanost Informovanost o rané péči).

Podle poskytovatelů není zajištěna dostatečně meziresortní spolupráce. Úloha MPSV by podle nich měla spočívat v tom, aby dávalo signál ostatním resortům jak a proč spolupracovat, a to zejména resortu zdravotnictví a školství (např. informovanost rodiče o rané péči ve zdravotnictví - MZČR nevnímá návazné služby sociálního charakteru jako spadající pod povinnosti dané Zákonem o zdravotní péči). Poskytovatelé se na fokusních skupinách vyjadřovali, že proto musí meziresortní spolupráci zajišťovat sami na té nejnižší, regionální úrovni. Poskytovatelé uváděli, že to, že lékaři ani sociální pracovníci neinformují rodiče o rané péči a jejích možnostech podpory a pomoci rodičům považují za následek nedostatečně aktivní součinnosti sociálního a zdravotního resortu.

Kvůli nedostatečně pevné pozici rané péče mezi ostatními registrovanými službami (zejména pobytovými, ústavními, které zřizují kraje) je pro poskytovatele zatěžující a složité po každých volbách, kdy se mění ministři, radní a úředníci, znovu a znovu s nimi začínat jednání, vysvětlovat jim principy, význam a výsledky rané péče. Tuto situaci umocňuje fakt, že financování sociálních služeb přešlo roku 2014 na kraje, což pro poskytovatele znamená posunout strategie informování a advokacie potřeb rodin i rané péče z celostátní úrovně na krajskou, kdy navíc každý kraj volí vlastní cestu v přístupu tvorby sítě, priorit a metodik ve financování služeb (více viz kapitola 6 Financování rané péče).

S častými změnami politiků souvisí i změny v legislativě a výkladu legislativy. Poskytovatelé vyjádřili, že se obávají nových změn v Zákonu o sociálních službách, benevolentnějšího způsobu registrace sociálních služeb a důsledků ve snižování kvality služeb rané péče.

8 Dostupnost služby raná péče

Dostupnost služby jsme zjišťovali následovně, podle:

- rozložení sítě služeb rané péče v Česku: zastoupení poskytovatelů služeb podle druhu postižení a podle zvolené kategorie (kombinace druhů postižení) v krajích
- kapacity pracovišť – tedy nabídky pro stávající a potenciální klienty/rodiny dětí s postižením
- informovanosti o rané péči pro potenciální zájemce – viz kapitola 9 (následující)

8.1.1 Dostupnost služby dle druhu postižení dítěte

Dostupnost služby dle druhu postižení dítěte lze zjistit podle toho, zda existují na úrovni kraje služby, které nabízejí rodinám dětí službu raná péče zaměřenou na specifický druh postižení. Ze zjištění vyplývá, že v Česku ve všech krajích působí alespoň jedna služba se specializací na každou specifickou cílovou skupinu.

Tab. č. 37: Počty služeb rané péče s působností v krajích podle zastoupení druhu postižení

	Specifická cílová skupina – druh postižení (Počet)					
	MENTÁLNÍ postižení	TĚLESNÉ postižení	SLUCHOVÉ postižení	AUTISMUS	ZRAKOVÉ postižení	NERVOSVALOVÉ onemocnění
Jihočeský kraj	3 (2)	3 (2)	2 (1)	3 (2)	3 (2)	1
Jihomoravský kraj	3 (1)	2 (1)	1	3 (2)	1	1
Hlavní město Praha	1	1	1	2	2	1
Karlovarský kraj	2	2	1	2	1	1
Královéhradecký kraj	3	3	1	3	2	1
Liberecký kraj	1	1	1	1	1	1
Moravskoslezský kraj	5	5	1	6	1	1
Olomoucký kraj	3	3	1	4	1	1
Pardubický kraj	1	1	2	2	2	1
Plzeňský kraj	3 (2)	3 (2)	1	3 (2)	1	1
Středočeský kraj	4 (2)	3 (2)	1	3	2	1
Ústecký kraj	3	3	1	4	2	1
Vysočina	3	3	1	3	2	1
Zlínský kraj	3	3	1	3	2	1

* data za 49 (42) služeb

Podle ustálené praxe poskytovatelů byla zjišťována i dostupnost podle specializace poskytovatelů na kategorie cílové skupiny podle druhu postižení (či jejich kombinace). Ze zjištění vyplývá, že v Česku je raná péče dostupná pro rodiny dětí se všemi kategoriemi specifického postižení dítěte. Přičemž všichni poskytovatelé udávají, že je samozřejmostí, že poskytují služby i dětem, které mají kombinaci (či více kombinací) s hlavním postižením, na něž se specializují.

Viz také přílohu 11.3.4. Mapy

Tab. č. 38: Počty služeb podle vymezené kombinace druhů postižení (specifické cílové skupiny) v krajích

	Zrakové postižení pouze	Sluchové postižení pouze	Autismus pouze	Mentální (a tělesné) postižení pouze	Mentální postižení autismus a tělesné postižení	Nervo-svalové onemocnění pouze	Mentální postižení, autismus, tělesné a zrakové postižení (vše vyjma sluch.)	Všechny druhy postižení
Jihočeský kraj	1	1	1	0	1	1	1	1 (0)
Jihomoravský kraj	1	1	1	1 (0)	2 (1)	1	0	0
Hlavní město Praha	2	1	1	0	1	1	0	0
Karlovarský kraj	1	1	1	0	1	1	0	0
Královéhradecký kraj	0	1	0	0	1	1	2	0
Liberecký kraj	0	1	0	0	0	1	1	0
Moravskoslezský kraj	1	1	1	0	5	1	0	0
Olomoucký kraj	1	1	2	0	2	1	0	0
Pardubický kraj	2	2	1	0	1	1	0	0
Plzeňský kraj	1	1	0	0	3 (2)	1	0	0
Středočeský kraj	2	1	1	2 (0)	2	1	0	0
Ústecký kraj	1	1	1	0	2	1	1	0
Vysočina	2	1	0	0	3	1	0	0
Zlínský kraj	2	1	1	0	2	1	0	0

* data za 49 (42) služeb

Pokud se podíváme na počty služeb podle kraje, v nichž sídlí, vypadá situace následovně:

Tab. č. 39: Služby podle kraje, kde mají pracoviště

	Počet služeb s pracovištěm v kraji	Počet služeb s působností v kraji	Procent s pracovištěm v kraji (ze všech 50 služeb)
Jihočeský kraj	5	7	12 %
Jihomoravský kraj	6	8	8 %
Hlavní město Praha	2	5	10 %
Karlovarský kraj	3	7	6 %
Královéhradecký kraj	2	5	4 %
Liberecký kraj	2	2	2 %
Moravskoslezský kraj	7	9	4 %
Olomoucký kraj	4	7	4 %
Pardubický kraj	2	7	4 %
Plzeňský kraj	3	6	6 %
Středočeský kraj	6	6	12 %
Ústecký kraj	4	9	8 %
Vysočina	1	7	14 %
Zlínský kraj	3	7	6 %
CELKEM	50		100 %

* data za 50 (49) služeb

8.1.2 Dostupnost rané péče podle kapacit

Kapacitu (počet uživatelů služby) určují kraje a podle tohoto určení přidělují poskytovatelům finanční prostředky.

O prostředky žádají přitom poskytovatelé často rok nebo rok a půl před tím, než finanční prostředky budou potřebovat, bez ohledu na to, zda se jim zvýší počet zájemců - například po úspěšně realizovaném informování o službě, které provedlo ve spolupráci se zdravotnickými pracovišti.

Dle výpovědí ve fokusních skupinách má velká část poskytovatelů rané péče problém s plánováním kapacit pro rodiny, uživatele, neboť dopředu neví, kolik rodin bude daný rok potřebovat službu raná péče. Mají také problémy s plánováním personálu na kapacitní zajištění služby, pracovníci bývají zaměstnaní na dobu určitou, po dobu trvání projektu nebo čerpání dotace (které organizace často dostanou zpětně).

Vzhledem k napjatým rozpočtům organizací, a tedy finanční a personální nejistotě, je pro ně těžké reagovat na přirozenou proměnu potřeb rodin a poptávku v regionech a zajistit udržitelnost nabídky služeb a činností.

Někteří poskytovatelé na fokusních skupinách uvedli, že museli během roku přestat přijímat nové žadatele o službu a zařadit zájemce do pořadníků čekatelů na službu. Poskytovatelé si uvědomují, jak je důležité poskytnout rodinám podporu včas a vnímají tuto situaci jako velmi stresovou a problematickou pro svou práci a za rozpor s posláním služby rané péče. K dokreslení této situace jsou uvedeny dvě kazuistiky:

Středisko rané péče mělo v roce 2015 povolenu kapacitu 100 rodin. Tuto kapacitu lze navýšit pouze na povolení krajského úřadu, a to až v roce 2017. Kapacita rodin je vázána na kapacitu úvazků pracovníků v přímé péči. Na tuto je vázána státní dotace na poskytování služby. Pokud bychom kapacitu rodin překročili, hrozí nám sankce. V některých měsících tohoto roku jsme měli v pořadníku na čekací listině až 6 rodin.

Problém nedostatečné okamžité kapacity rané péče dokládáme dvěma kazuistikami rodin pečujících o dítě v náhradní rodinné péči:

*Rodiče oslovili středisko 9. 3. 2015 se zájmem o službu. Děvčátku bylo 11 měsíců, mělo mnoho zdravotních komplikací, rodiče měli děvčátko v přechodné pěstounské péči a zajímali se o celkovou podporu vývoje dítěte, rozvoj hrubé motoriky a oblasti příjmu potravy. Po třech týdnech proběhlo jednání se zájemcem v domácím prostředí (v oblasti na hranicích se Slovenskem, kde nejsou dostupné služby, ani jiné rané péče pro tuto cílovou skupinu), ale pro nedostatek okamžité kapacity byla rodina zařazena do pořadníku. **Znovu jsme oslovili rodinu za 7 týdnů, kdy se uvolnila kapacita. Rodiče již o službu neměli zájem.***

*Rodiče oslovili středisko 12. 7. 2015. Děvčátku bylo 14 měsíců, mimo jiných závažných zdravotních komplikací trpělo ještě silnou epilepsií (mělo velmi časté a intenzivní epileptické záchvaty) – v rodině bylo na přechodnou dobu jednoho roku (nyní už 3 a půl měsíce). Rodina je z obce vzdálené 15 km od Zlína. Jiná služba rané péče pro stejnou cílovou skupinu v podobném dosahu není. Jednání se zájemcem proběhlo 10. 8. 2015 a z důvodu plné kapacity byli zařazeni do pořadníku. **Znovu osloveni byli 29. 9. 2015, kdy se uvolnila kapacita. Rodiče již o službu neměli zájem.***

Pro rodiny, které mají děti v přechodné pěstounské péči, je tato situace, kdy služba není okamžitě k dispozici, obzvlášť obtížná. Mohou ztratit důvěru v podporu z veřejných prostředků a připravit tak sebe i dítě s postižením o mnohostrannou podporu celé rodiny.

8.1.3 Plánování a rozvoj služby raná péče na úrovni krajů

Ze střednědobých plánů rozvoje sociálních služeb jednotlivých krajů byly zjišťovány zmínky o rané péči, její potřebnosti, a zda je mezi rozvojovými prioritami kraje. Následuje přehled zjištění podle krajů.

Tab. č. 40: Raná péče v plánech jednotlivých krajů

	Zrakové postižení pouze	Sluchové postižení pouze	Autismus pouze	Mentální (a tělesné) postižení pouze
Středočeský kraj	Žádná zmínka o RP, pouze že chtějí „podpořit rodiny s dětmi, programy zaměřené na...rodiny, se zvláštním důrazem na rodiny ohrožené sociálním vyloučením, rodiny pečující o děti se zdravotním postižením...“	„Služba má vyjádřenou potřebnost a podporu obce, v jejichž spádové oblasti budou služby poskytovány. Toto opatření není určující pro všechny druhy služeb, u vybraných druhů služeb je možné nevyjádřenou potřebu zohlednit v rámci působnosti a cílové skupiny dané služby (např. raná péče).“	Nezmíněno	Nezmíněno
Plzeňský kraj	V tabulce registrovaných sociálních služeb je o rané péči informace, že v kraji je 5 poskytovatelů, 295 ambulantních klientů, 230 terénních kontaktů.	V plánu je popsána raná péče v Horažďovicích: „Raná péče v Horažďovicích působí v regionu již delší dobu, počet klientů je proměnlivý a je dán spíše četností dětí se zdravotním postižením, ale i přes nižší počet klientů má tato služba pro region velmi důležitou roli, neboť jsou to právě pracovníci této služby, kteří rodinám pomáhají vyrovnat se s handicapem a zde na venkově často i se sociálním vyloučením.“	Nezmíněno	Zmínka o tom, že dle analýzy potřeb je v Plzeňském kraji požadované zesílení služeb rané péče.
Karlovarský kraj	V tabulce registrovaných sociálních služeb je o rané péči informace, že raná péče je poskytována terénní formou (2 organizace), 1 organizace poskytuje ranou péči ambulantní a terénní formou.	V plánu je formulace „Rozvoj sociálních služeb pro osoby se zdravotním postižením (včetně osob s mentálním postižením, osob s duševním onemocněním) na celém území kraje (zejména ...raná péče, aj).“	Nezmíněno	V plánu je formulováno, že „Důležitý je rovněž rozvoj služeb sociální prevence, z nichž některé na území kraje zcela chybí nebo jsou poskytovány pouze v omezené míře (např. raná péče...).“ Dále stojí: „raná péče je ZÁKLADNÍM prostředkem s ROZVOJOVÝM potenciálem pro naplnění strategických cílů 2.1. a 3.1. Cílem je zachování stávajícího rozsahu poskytovaných služeb, v případě dostatečného objemu finančních prostředků postupný rozvoj sítě sociálních služeb. Základním předpokladem pro rozvoj sítě služeb rané péče je dostatečný objem finančních prostředků; přípustné je navýšení finanční podpory rané péče: za účelem dosažení výše uvedené požadované územní dostupnosti služby (tzn. v případě rozšíření územní působnosti služby pro danou cílovou skupinu).“

Liberecký kraj	Zmínka o rané péči: „Díky individuálnímu projektu „IP1-Služby sociální prevence v Libereckém kraji“ byly financovány sociální služby pro osoby se zdravotním postižením v období let 2009-2012 v těchto druzích služeb: ...raná péče.“	Nezmíněno	Nezmíněno	Nezmíněno
Olomoucký kraj	V tabulce registrovaných sociálních služeb je o rané péči informace, že v kraji je 5 poskytovatelů, 189 rodin, 4 998 počet hodin přímé péče/rok 2014, raná péče: 63 % pracovníků v přímé sociální práci.	Nezmíněno	Nezmíněno	V plánu zmíněna podpora rozvoje sociální služby raná péče zaměřené na potřeby osob se zdravotním postižením v Olomouckém kraji. 1. Zajištění působnosti služby rané péče pro rodiny s dětmi s tělesným, mentálním a kombinovaným postižením s kapacitou max. 10 rodin s dětmi v rámci Olomouckého kraje 2. Zajištění působnosti služby rané péče pro rodiny s dětmi se zrakovým a kombinovaným postižením s kapacitou max. 10 rodin s dětmi v rámci Olomouckého kraje 3. Zajištění působnosti služby rané péče pro rodiny s dětmi se sluchovým postižením s kapacitou max. 9 rodin s dětmi v rámci regionu Přerovska
Zlínský kraj	„Mezi nejvíce využívané druhy sociálních služeb cílovou skupinou rodiny s dětmi patří...raná péče“.	Nezmíněno	Nezmíněno	Nezmíněno
Jihomoravský kraj	V tabulce registrovaných sociálních služeb je o rané péči informace, že raná péče má v kraji 6 poskytovatelů.	Nezmíněno	Nezmíněno	Rámcová strategie 2015-2017 zahrnuje rozšíření stávajících služeb rané péče, ale neuvádí konkrétní způsoby podpory. V akčním plánu pro rok 2016 přitom ukládá garanci 20 % nákladů na služby získat z rozpočtu obce.
Královéhradecký kraj	V tabulce registrovaných sociálních služeb je o rané péči informace, že v kraji jsou 3 poskytovatelé s kapacitou 138 osob. V souvislosti s ranou péčí uvádí důležitost podpory pečujících osob – vzdělávání a podpůrné programy	Nezmíněno	Nezmíněno	Plán zmiňuje zvýšení kapacity rané péče: „Zachovat stávající rozsah rané péče. Vyjasnit nabídku, kapacity a cílové skupiny služeb rané péče, včetně poptávky po službách. Na tomto základě příp. zvýšit kapacitu služeb rané

<p>Kraj Vysočina</p>	<p>V tabulce registrovaných sociálních služeb je o rané péči informace, že počet poskytovatelů v kraji je 6. Plán definuje maximální kapacitu služby na 11 úvazků a 0 lůžek.</p>	<p>Nezmíněno</p>	<p>Nezmíněno</p>	<p>V kraji je pracovní skupina poskytovatelů služeb pro osoby s mentálním a kombinovaným postižením a osoby s autismem. V plánu je formulován cíl: „Místní a časová dostupnost sociálních služeb, opatření: Na základě analýz potřeb uživatelů optimalizovat síť poskytovatelů služeb pro tuto cílovou skupinu a rozšířit kapacity poskytování terénních služeb ve venkovském území Vytvoření Konceptu poskytování rané péče pro všechny cílové skupiny v Kraji Vysočina</p>
<p>Ústecký kraj</p>	<p>V tabulce registrovaných sociálních služeb je o rané péči informace, že počet poskytovatelů v kraji je 7, okamžitá kapacita 29 osob.</p>	<p>Nezmíněno</p>	<p>Nezmíněno</p>	<p>Nezmíněno</p>
<p>Pardubický kraj</p>	<p>V tabulce registrovaných sociálních služeb je o rané péči informace, že počet poskytovatelů v kraji je 6, s kapacitou 644 klientů, v roce 2015 to bylo 158 rodin. Ke stručnému popisu služby raná péče plán přidává: „Na činnost rané péče zpravidla navazuje systém školství, v rámci kterého je zajištěno vzdělávání v základních nebo speciálních školách, a systém navazujících sociálních služeb. To umožňuje setrvání dětí v jejich rodinách a snížení poptávky po pobytových službách sociální péče. Aktuálně roste poptávka po sociálních službách, které zajistí péči o děti a dospělé se zdravotním postižením, kteří ukončili školní docházku. Služby pro rodiny s dětmi se zdravotním postižením jsou dostupné na celém území kraje, tj. ve všech obcích kraje dle zjištěných potřeb v území.“</p>	<p>Vzhledem k potřebnosti služby kraj formuluje cíle: „Prioritně zachovat dostupnost rané péče na území Pardubického kraje a dalších služeb zaměřených na podporu rodin s postiženým dítětem. Prioritně zajistit dostupnost služeb rané péče pro rodiny s dětmi. Služba zajišťuje komplexní péči v rozsahu regionálních karet sociálních služeb optimálně pro různé druhy zdravotního postižení a duševního onemocnění. Zajistit dostupné podpůrné služby pro rodiny a náhradní rodiny s postiženým dítětem (které nelze realizovat v rámci dohody o výkonu pěstounské péče dle § 47b zákona č. 359/1999 Sb., o sociálně právní ochraně dětí).“</p>	<p>Nezmíněno</p>	<p>Nezmíněno</p>

<p>Jihočeský kraj</p>	<p>V tabulce registrovaných sociálních služeb je o rané péči informace, že RP má v kraji 6 poskytovatelů a orientační počet uživatelů je 136, služba je poskytována v celém kraji.</p>	<p>Vzhledem k potřebnosti RP plán formuluje aktivitu „Zachování kapacity rané péče poskytované v rámci komplexu činností uceleného systému rehabilitace pro děti se zdravotním postižením. Cílem aktivity je zachování stávající sítě služeb rané péče poskytované v rámci komplexu činností uceleného systému rehabilitace pro děti se zdravotním postižením v přepokládané kapacitě 20 uživatelů denně na území kraje.“ a také aktivitu „Zachování kapacity terénní rané péče. Cílem Aktivity je zachování stávající sítě terénní rané péče pro rodiny dětí se zdravotním postižením v přepokládané kapacitě 116 uživatelů na území kraje.“</p>	<p>Nezmíněno</p>	<p>Nezmíněno</p>
<p>Moravskoslezský kraj</p>	<p>V tabulce registrovaných sociálních služeb je o rané péči informace, že počet služeb v kraji je 7, okamžitá terénní kapacita služeb je 218, okamžitá ambulantní kapacita 88. Jako jediný kraj realizují opakovaně podrobnou evaluaci poskytování sociálních služeb, kde věnují jednu část vyhodnocení služby rané péče.</p>	<p>Evaluace poskytovatelů sociálních služeb obsahuje podrobnou analýzu kapacit poskytovatelů v MS kraji, a formuluje rozvojový cíl navýšit kapacity služeb tak, aby byly naplněny z 95% a tím tak zůstal prostor pro nečekané klienty.</p>	<p>Na rozvoj kvality služeb RP v MSK se zaměřuje volné sdružení poskytovatelů RP v MSK – dle místních poskytovatelů je partnerství organizací v daném kraji efektivnější pro zkvalitňování, než zapojení v celostátní APRP, neboť reaguje na místní podmínky a nastavení v rámci MSK.</p>	<p>Evaluace poskytování sociálních služeb v Moravskoslezském kraji pracovní skupina RP v kapitole Návrh rozvoje služby raná péče formuluje cíle rozvoje služby raná</p>
<p>Hlavní město Praha</p>	<p>V plánu je o rané péči: „raná péče má celopražskou působnost a terénní formu poskytování, která může být doplněna ambulantní formou. Jde o prioritní sociální službu z pohledu správce sítě. V současné době je pro území HMP zajištěno 17 přepočtených úvazků pracovníků u 6 poskytovatelů sociálních služeb. Při poskytování sociálních služeb jde převážně o naplňování kompenzační a rehabilitační funkce. Služba by měla mít dočasný průběh poskytování.“</p>	<p>Vzhledem k potřebnosti služby je zde záměr „Zvýšit finanční podporu služby osobní asistence a raná péče o 1,5 % ročně (v letech 2013, 2014 a 2015) v rámci finančních prostředků alokovanou pro tuto cílovou skupinu.“</p>	<p>Nezmíněno</p>	<p>„Cílem je navýšit počet úvazků na 22 přepočtených úvazků u současných šesti poskytovatelů sociálních služeb. Hustota sítě sociálních služeb je z pohledu správce pro roky 2016 – 2018 dostatečná, postupně je cílem navýšovat objem hodin přímé péče Aktivita Zvýšit kapacitu služby raná péče o min. 8 přepočtených pracovních úvazků.“</p>

Moravskoslezský kraj jako jediný má strategické i pracovní dokumenty týkající se konkrétně rané péče, krajský úřad zorganizoval ve spolupráci s poskytovateli rané péče v MSK pracovní skupinu pro ranou péči a jednou za 2 roky provádějí evaluaci plánu a situace rané péče. Viz Závěrečná zpráva pracovní skupina č. 7, raná péče, projektu Evaluace poskytování sociálních služeb v moravskoslezském kraji.¹⁹

¹⁹ <http://docplayer.cz/1860556-Zaverecna-zprava-pracovni-skupina-c-7-rana-pece-projektu-evaluace-poskytovani-socialnich-sluzeb-v-moravskoslezskem-kraji.html>

9 Informovanost o rané péči

Na dotaz ohledně informovanosti rodin dětí s postižením - potenciálních klientů rané péče o této službě MPSV poskytlo následující vyjádření o tom, jak informují rodiny o možnosti služby raná péče:

„Na webu Ministerstva práce a sociálních věcí je dostupný registr poskytovatelů sociálních služeb, kde je možné hledat konkrétní sociální služby podle různých kritérií, např. dle druhu služby, cílových skupin, regionu (<http://iregistr.mpsv.cz>). Na webu Ministerstva jsou dále v sekci „Zdravotní postižení“ informace pro osoby se zdravotním postižením, např. Příručka pro osoby se zdravotním postižením v roce 2014, kde je v nabídce sociálních služeb uvedena i raná péče.“²⁰

9.1 Jak informují poskytovatelé

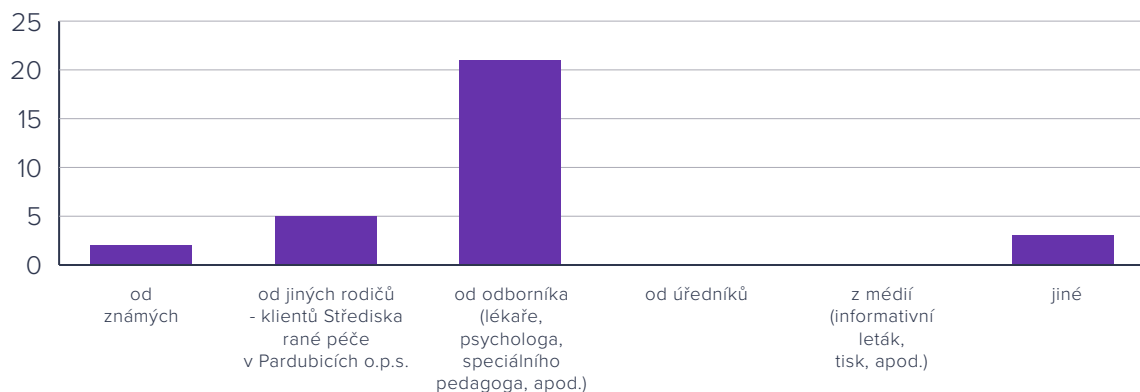
Dle vyjádření poskytovatelů a získaných materiálů považují poskytovatelé rané péče za nejdůležitější z hlediska potenciálních zájemců o tuto službu směřovat informace na zdravotnická pracoviště (porodnice, perinatologická centra, odborné lékaře/podle specifické kategorie cílové skupiny – podle druhu postižení dítěte) a věnují tímto směrem i nejvíce úsilí, času a prostředků.

Následující postupy uvedli poskytovatelé jako osvědčené v informování veřejnosti a potažmo potřebných rodin o službě raná péče:

- Zjišťování, odkud získala rodina kontakt na službu

Příklad: Výpis z materiálu Vyhodnocení odpovědí Evaluačních dotazníků na posouzení kvality služby rané péče poskytované Střediskem rané péče v Pardubicích o.p.s., určených klientům za období leden-prosinec 2015:

Zdroj informací o SRP



Otázka č. 2: Kde jste získali informace o možnosti poskytování raně poradenských služeb ve Středisku rané péče?²¹

- Publikování článků v novinách
- Umisťování letáků tam, kam chodí rodiny (úřad práce, kliniky, lékaři, atd.)
- Kvalitní a aktuální webové stránky, odkazy z jiných souvisejících webů

²⁰ Informace poskytnutá MPSV na základě žádosti

²¹ Vyhodnocení odpovědí Evaluačních dotazníků na posouzení kvality služby rané péče poskytnuto Střediskem rané péče v Pardubicích o.p.s

- Organizování regionálních setkání zainteresovaných stran: rodiče, lékaři, rehabilitační pracovníci, logopedi, speciální pedagogové, zaměstnanci školek, psychologové, pracovníci SPC
- Šíření povědomí a informací o rané péči mezi odbornou veřejnost, mezi pracovníky samospráv a obcí s rozšířenou působností

Na dvou fokusních skupinách byly formulovány následující výzvy v oblasti informovanosti:

- Zaměřit se při informování vždy na konkrétní cílovou skupinu a volit přitom různé nástroje
- Dostat informace o rané péči do vysokých škol, ve kterých se připravují možní budoucí poradci (např. sociální práce, sociální pedagogika, speciální pedagogika, medicína, atd.)
- Zaměřit informace na odbornou veřejnost (studenti medicíny, zdravotníci)
- Zapojit kraj do motivování zdravotnických zařízení, aby získané informace od poskytovatelů dále předávali rodinám
- Průběžně vyhodnocovat aktivity a úsilí v oblasti depistáže a informování o rané péči a efektivitu zvolených způsobů a nástrojů
- Zaměřit se v informování na pediatry
- Spolupracovat mezi poskytovateli, využívat zastřešující organizace poskytovatelů
- Informovat rodiče a veřejnost o službě bez ohledu na vlastní kapacitu - o možnosti této služby, právu na tuto službu
- Zaujmout odpovědné osoby/místa prvního kontaktu s rodinami k tomu, aby ony informovaly rodiče

9.2 Informovanost o rané péči v resortu zdravotnictví

Lékaři a zdravotníci jsou první osoby (osoby prvního kontaktu), kteří mohou rodiče informovat o další možné podpoře mimo zdravotní péči. Zdravotnická pracoviště jsou místa, kde se rodiče dozvědí nejen o míře a charakteru postižení dítěte, ale i o tom, jak a kdo může dítěti, případně rodině být nápomocen.

Z toho důvodu je pro rodiče dětí s postižením zásadní zdroj informací o rané péči resort zdravotnictví. V zákoně o zdravotních službách je uvedeno, že „*Jestliže to zdravotní stav nebo povaha onemocnění pacienta vyžadují, je poskytovatel oprávněn sdělit osobám, které budou o pacienta osobně pečovat, informace, které jsou nezbytné k zajištění této péče nebo pro ochranu jejich zdraví*“²².

Pro účinné a včasné informování neexistuje ve zdravotnictví žádné pravidlo nebo postup, informace získávají zdravotnická pracoviště od poskytovatelů.

Přestože informování perinatologických center věnují poskytovatelé velkou pozornost, v některých regionech stále přichází od nich informováno minimálně rodičů.

Na dvou fokusních skupinách poskytovatelé uvedli, že se jim „*daří zajišťovat, aby neonatologové dávali rodinám*

²² Zákon 372/2011 Sb., ze dne 6. listopadu 2011 o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování část čtvrtá, postavení pacienta a jiných osob v souvislosti s poskytováním zdravotních služeb, hlava I, práva a povinnosti pacienta a jiných osob, Informace o zdravotním stavu pacienta a o navržených zdravotních službách, § 31, (6)

informace“ o službě rané péče a na dvou uvedli, že z neonatologických pracovišť v daném roce „nepřišla ani jedna rodina“.

Nejméně často zaznamenávají poskytovatelé rané péče informování o své službě od pediatriů.

Nejvíce rodičů přichází žádat o ranou péči na doporučení odborných lékařů.

Následující postupy uvedli poskytovatelé jako osvědčené v navazování spolupráce se zdravotnickými zařízeními:

- Účast na konferencích lékařů a zdravotníků, prezentování metod a výsledků
- Organizování seminářů pro celý tým zdravotnického pracoviště (kliniky, nemocnice, centra)
- Organizování kazuistických setkání s lékaři
- Zvaní lékařů na akce rané péče

Na třech fokusních skupinách více poskytovatelů konstatovalo, že ačkoliv informují lékaře, pediatriy, dětská a porodnická oddělení, specializovaná (oftalmologická) zařízení a dodávají jim letáky pro rodiče i jejich informování, zdravotníci dále informace rodinám nepředávají, anebo předávají, ale ne v dostatečné míře.

Někteří poskytovatelé se domnívají, že problém způsobuje to, že oni sami neumí o své práci srozumitelně a zajímavě referovat a prezentovat službu a také to, že nemají kapacity na informování různých zdravotnických zařízení v rozsáhlém regionu. Jiní poskytovatelé zase přikládali váhu tomu, že lékaři k tomu nejsou vedeni během studia ani na to neexistuje žádný předpis ani postup MZ. Většina se shodovala na tom, že záleží na osobnosti lékaře, zejména primáře a jeho zkušenosti s ranou péčí a motivaci rodině všestranně pomoci: „ je to o konkrétních lidech “.

Právě z porovnání evidence poskytovatelů o jejich informačních aktivitách s evidencí odkud přichází informování rodiče, vyplynulo zajímavé zjištění: frekvence a intenzita informování ze strany poskytovatelů není přímo úměrná informovanosti rodičů ze strany zdravotnických pracovišť.

Jako **příklad** uvádíme ostravskou evidenci o depistáži a místech, kde doporučili službu příchozím rodičům (tab. Evidence – Středisko rané péče SPRP Ostrava) a z přehledu uskutečněných kontaktů – depistáži tohoto pracoviště (Zpráva o depistáži za rok 2015 vedoucí pracoviště ze dne 11. 8. 2016):

Pořadí rodiny	Doporučení na naši službu rodiny ve 2015 obdržely od:
1	internet
2	jinde - od kamarádky
3	jiný odborník - FNO
4 - 6	jiný odborník - Vidum, Mgr. Prymusová
7	jiný odborník - Kamila Vašutová Magistrát Ostrava
8	jiný odborník - Vidum + Raná péče Matana Krnov
9 - 18	oční lékař
19	oční oddělení FNO - plakát
20	od jiných klientů/uživatelů
21	Raná péče Salome Bohumín (Slezská diakonie)
22	SPRP Ostrava (sourozenec je klient/uživatel)

Z evidence míst, kde získali rodiče informaci o službě rané péče (Tab. Evidence výše), vyplývá, že jedna nová rodina (pořadí 3) přišla informována z Fakultní nemocnice Ostrava. Přičemž na tomto pracovišti byly od ledna do září 2015 vykonány 4 informační kontakty, z čehož jeden byl seminář pro tým perinatologického centra, při každém byly na pracoviště předány letáky a informace o nabídce rané péče (jak je zaznamenáno v evidenci o depistáži v poskytnuté Zprávě).

Shrnutí: zjištění od poskytovatelů dokládají, že to, že poskytnou zdravotnickému pracovišti informace o rané péči, ještě neznamená, že tuto informaci zdravotníci rodině s dítětem s postižením předají. Žádalo by si podrobnějšího šetření, co podporuje a co naopak brání zdravotníkům informovat rodiče a jak zvolený způsob informování má vliv na to, zda rodiče o službu požádají či ne.

Uvedený příklad ukazuje, že kvalita informace a motivovanost pracovníka, který informuje rodiče, mohou být zásadní:

„Dobrý start“ program depistáže a spolupráce s místní neonatologií Střediska rané péče SPRP v Českých Budějovicích. (Zpráva vedoucích Střediska rané péče SPRP České Budějovice z 30. 9. 2016)

Výsledky evidence z roku 2014 (a za předchozích 5 let) ukázaly, že rodiny, které požádaly o službu na našem pracovišti, byly informovány lékaři z regionu pouze ve 25 % (z toho z neonatologického pracoviště jen v 1 případě). Ostatní rodiny získaly informace na specializovaných pracovištích v Praze.

Na situaci jsme reagovali zpracováním a realizací projektu (financovaného grantem z Norských fondů), v kterém jsme se zaměřili na včasné informování rodin rizikových novorozenců o rané péči ve dvou místních porodnicích. Do projektu jsme zapojili rodiče, jednali jsme s primáři neonatologie, uspořádali semináře pro týmy a poskytli letáky.

V roce 2015 se situace nezměnila, z neonatologie nepřišla ani jedna rodina.... Zajímali jsme se o to, jakým způsobem jsou rodině informace předávány, a vyvstala potřeba spolupracovat s konkrétním zdravotníkem, který by se informování a provázení rodičů věnoval. Primář neonatologie v ČB pověřil zdravotní sestru, která absolvovala školení v krizové intervenci a stáž na pracovišti rané péče. Teprve poté se rodičům dostávaly informace o rané péči a významu včasné stimulace dítěte.

V roce 2016 (od ledna do srpna) bylo informováno tímto způsobem 63 rodin, na ranou péči se obrátilo 32 rodin (nárůst oproti loňsku o 88%), z toho 21 rodin s doporučením z neonatologie (65 % ze všech nových žadatelů).

Poznámka: před ukončením analýzy zpracovatelé na vyžádání získali informaci, že Jihočeský kraj nepovolil Středisku rané péče SPRP v Českých Budějovicích zvýšení kapacity (tzn., že nedostane finanční prostředky na zvýšený počet klientských rodin, které byly informovány ve výše popsaném programu).

9.2.1 Výsledky šetření mezi perinatologickými centry

Z dotazníků pro pracovníky perinatologických center vyplynulo, že mezi poskytováním informací o rané péči rodinám, které by ji potřebovaly, jsou rozdíly mezi jednotlivými pracovišti, což působí rozdíly v informovanosti rodin v různých regionech.

Většina pracovišť navázala spolupráci s poskytovateli rané péče, její pracovníci mají k dispozici informace o poskytovatelích rané péče v regionu. Prostřednictvím osobního kontaktu s organizacemi poskytujícími ranou péči spolupracuje 9 z 12 perinatologických center, která kromě toho čerpají i ze seminářů a letáků a webových stránek poskytovatelů rané péče. Masarykova nemocnice Ústí nad Labem má k dispozici letáčky, nicméně na ranou péči rodiny neodkazuje, odkazuje pouze na "následnou zdravotní péči".

Fakultní nemocnice Brno má k dispozici adresář poskytovatelů služeb pro osoby se zdravotním postižením a letáky, informace o službě rané péče se rodinám "snaží" předávat ústně při ambulantní kontrole nebo prostřednictvím klinického psychologa.

Příkladem dobré praxe aktivní depistáže je středisko SPRP v Jihočeském kraji, které dlouhodobě spolupracuje s perinatologickým centrem v **Českých Budějovicích** a realizuje ve spolupráci s ním program depistáže. Toto perinatologické centrum má navázanou dlouhodobou spolupráci s organizacemi poskytujícími ranou péči, pořádá každoročně konferenci nelékařských profesí, kde se setkávají lékaři s dalšími odborníky. Informací se zde dostává rodinám koordinovaně od lékařů, sester, speciálních pracovníků pro krizovou intervenci a dalších ošetřujících lékařů. Informace o předání kontaktů na služby rané péče zaznamenávají do ambulantní i další zdravotní dokumentace.

Zvláštní příklad je spolupráce **Fakultní nemocnice s poliklinikou Ostrava**, jejíž perinatologické centrum se službami rané péče dlouhodobě spolupracuje a zve zástupce rané péče na své semináře. Ošetřující a propouštějící lékař spolu s dalšími specialisty podávají rodinám informace o službách rané péče. Předání kontaktu na ranou péči však nikde nezaznamenávají, pouze ústně se ptají, zda rodina službu kontaktovala.

Předávání informací o službě rané péče rodinám funguje i ve **Fakultní nemocnici Hradec Králové**, kde informace předává přímo ošetřující lékař a lékař poradny pro rizikové novorozence. Záznam o předání kontaktů rodinám však uvádí v ambulantní zprávě jen u vybraných pacientů (blíže nespecifikují).

Ve **Fakultní nemocnici Olomouc** je dlouhodobá spolupráce s organizacemi poskytujícími ranou péči (posilována též oboustrannou vzájemnou účastí na pořádaných akcích) a kontakt na ranou péči je předáván všem dětem, u nichž je prokázáno zdravotní znevýhodnění nebo jeho možnost, informace předává většinou specialista - neurolog, oční lékař, dále je význam informace zdůrazněn při propuštění příslušným propouštějícím lékařem, rodičům je vysvětlena důležitost služeb poskytovaných ranou péčí. V nespecifikovaných případech to uvedou do dokumentace.

Následují **perinatologická centra**, která s organizacemi poskytujícími ranou péči kontakt navázaný mají, nicméně informace z různých důvodů poskytují rodinám jen někdy. Příkladem může být **Fakultní nemocnice Plzeň**, která dlouhodobě se službami rané péče spolupracuje, nicméně ranou péči doporučuje pouze v *"indikovaných případech, při propuštění nebo kdykoli později v průběhu dlouhodobého sledování v CVP"* či **Baťova krajská nemocnice Zlín**, která též spolupracuje se službami rané péče, ale informace rodinám nedává při propuštění z nemocnice (pouze v případech Downova syndromu), ale *"až během prvních návštěv v ambulanci rizikových novorozenců a kojenců a některé rodiny mají informace také z neurologické ambulance, kde jsou děti sledovány"*. Pozitivní je, že obě perinatologická centra zaznamenávají informování rodiny o službě RP do dokumentace.

Dalším takovým případem je **Fakultní nemocnice Motol**, jež funguje ve spolupráci s Centrem komplexní péče pro děti s poruchami vývoje ve FNM a má kontakty a informace od lokálních pracovníků rané péče, další informace získává z webů a letáků a seminářů organizací, které poskytují ranou péči. Informace a letáky o službách rané péče však rodinám sdělují „individuálně“, dle stavu a situace většinou až v poradně pro děti s perinatální zátěží. Předání kontaktu na RP zaznamenávají do propouštěcí zprávy či do dokumentace poradny pro děti s perinatální zátěží.

Ústav pro péči o matku a dítě Praha s ranou péčí dlouhodobě spolupracuje, nicméně informace předávají až v ambulanci pro dlouhodobé sledování rodinám s dítětem s indikovaným zdravotním znevýhodněním, a to ústně s odkazem na webové stránky poskytovatelů RP. V propouštěcí zprávě doporučují rodinám pouze specializovaná pracoviště, informace o RP poskytují až v ambulanci a zaznamenávají do dokumentace tam.

Problematická je situace v **Nemocnici Most**, kde perinatologické oddělení nemá navázanu přímou spolupráci s ranou péčí, a nechávají iniciativu na rodinách. Nemají přehled či letáky o konkrétních organizacích v regionu, ví jen o existenci rané péče. Rodiče dětí se zdravotním postižením ústně upozorní na existenci rané péče a výhod, které jim může tato služba přinést. Předání informace nezaznamenávají.

Specifický případ je **Všeobecná fakultní nemocnice Praha 2**, kde mají pracovníci „základní informace o existenci služby rané péče“, nicméně žádné konkrétní informace nemají, neboť všechny rizikové děti posílají na sledování do Centra komplexní péče pro děti s perinatální zátěží při Klinice dětského a dorostového lékařství VFN v Praze. Potřeba rané péče je zjištěna tam a zajišťována z tohoto centra, které s poskytovateli rané péče spolupracuje. Při Klinice dětského a dorostového lékařství působí i Centrum provázení, které „provází“ rodiče odděleními neonatální péče i CKP a které má detailní informace o sociálních službách včetně rané péče.

9.3 Informace o rané péči dostupné na obcích s rozšířenou působností (ORP)

Informovanost obcí s rozšířenou působností (dále jen ORP) byla zjišťována v polovině krajů ČR, v každém ze sedmi krajů byla náhodně vybrána jedna ORP (dotazník a seznam vybraných obcí viz Příloha 10.1.2.). Zjištění byla získána jednak telefonicky strukturovaným rozhovorem s pracovníkem/pracovnicí příslušného odboru, jednak prostudováním a vyhodnocením informací o sociálních službách na webu příslušné ORP.

Ze vzorku dotázaných (odbor sociální nebo zdravotní a sociální) bylo zjištěno, že informace o rané péči podávají sociální pracovníci oddělení sociálních služeb nebo sociálně-právní ochrany dětí. Pracovníci mají v jednotlivých ORP rozdělené působení podle cílových skupin velmi rozdílně – někde podle věku, podle druhu postižení, rodiny s dětmi mají většinou na starosti pracovníci OSPOD, které ale většinou nepracují s rodinami dětí s postižením, pokud na takovou rodinu nemá založený spis na základě ohrožení dítěte ze sociálních důvodů.

9.3.1 Na dotaz ohledně podávání informací o rané péči rodičům

Odpovídali nejčastěji, že „jen pokud se na ně rodina přímo obrátí „a „zřídka“.

9.3.2 Pokud ano, jak?

Na webu ORP (mapa, seznam, katalog poskytovatelů) 4x

Osobně 5x

Letáček, brožura, katalog poskytovatelů ORP tištěný 4x

Letáčky od poskytovatelů 3x

Vyhledáme poskytovatele na internetu 2x

Informace získáváme jen od poskytovatelů, jinak je nezjišťujeme 5x

9.3.3 Zdroje pro informace o rané péči

5 ze 7 dotázaných pracovníků ORP se vyjádřilo, že zjišťují informace o rané péči od poskytovatelů rané péče během komunitního plánování, nebo když poskytovatelé žádají o příspěvek (dotaci) pro rodiny spadající do jejich působnosti, další uvedlo, že informace vítají, 1x že se jim nebrání.

Žádný ze 7 dotázaných pracovníků ORP neudal jako zdroj informací o rané péči registr sociálních služeb MPSV nebo portál příslušného kraje.

Dostupnost informací pro občany: na webových stránkách byly 5x vyhledány poměrně snadno přes odkaz na sociální služby nebo odbor sociálních služeb, 1x až na základě informace pracovnice se objevily pod odkazem na komunitní plánování, 1x ani sociální pracovnice nepomohla informace vyhledat.

9.3.4 Kvalita informací o sociálních službách, respektive o rané péči na webu ORP

- dokument v pdf, nelze filtrovat, vyhledávat 6x
- spolky, sociální služby, zdravotní a školské služby neroztříděné 3x
- řazené podle abecedy – podle názvu organizace 1x
- není zřejmé, zda jsou informace aktuální - nedatované 3x
- informace starší než 5 let 1x
- zmínky v komunitním plánu, který není koncipován pro veřejnost 2x
- leták, verze pro tisk i na webu, přehledný 1x

9.3.5 Dotaz na znalost nabídky služeb rané péče v regionu ORP

Odpovídající znali alespoň jednu službu a to tu, která má sídlo v jejich regionu.

Největší přehled projeví v ORP v MSK, kde znali všechny 3 služby regionální a 1 celorepublikovou ze 2, a v ORP ve SČK, kde znali 2 regionální služby ze 4 a 1 celorepublikovou ze 2; obě pracovnice uvedly, že je znají proto, že požádaly obci o dotaci na službu pro konkrétní rodiny.

Ostatní ORP věděla o jedné službě, jednou pracovníci uvedli, že jim uvedená služba zprostředkovává kontakty a informace na další služby. Lze říci, že ORP ze vzorku vědí častěji o místních službách a méně o celorepublikových. Všichni odpovídající uvedli, že by se pro další informace o nabídce služeb rané péče v regionu podívali na webové stránky nebo tištěnou verzi katalogu služeb v ORP. Jenže na webu nebyly ani v jednom případě uvedeny všechny služby rané péče v regionu registrované a poskytující tam služby.

9.3.6 Zaznamenáváte, komu jste jakou službu rané péče doporučili?

Ne, u anonymních nebo jednorázových je to intervence pro rodiče (ano jen u rodin, s kterými dlouhodobě pracujeme) 5x
Ne 2x

Pozn. 1 „... my sociální pracovníci pracujeme v jednotném informačním systému (program JIS MPSV), tam není možné tuto informaci (rozuměj: komu jsme službu doporučili) statisticky dohledat – nám by se to líbilo, mít přehled, jaké služby lidé potřebují, ale tak systém nefunguje, ...když odevzdáváme statistiku, tak musíme vypisovat ručně i to, co je v JIS!...“

Pozn. 2 „ my o nich nevíme, dozvíme se o poskytovateli, až když u nás na odboru požádá o příspěvek na službu pro nějaké konkrétní rodiče žijící v působnosti naší ORP“ 3x

9.3.7 Kdy naposledy jste doporučil/a službu rané péče nějakým rodičům? A kolika?

- nepamatují se, nevím 1x - (jednalo se o pracovníci OSPOD - nemá zkušenosti se sociálními službami, nedělá rozdíl mezi mateřskými centry a centry sociálních služeb a registrovanou sociální službou)
- nepamatují se přesně, určitě poslední 1-2 roky ne 4x (ale víme, že poskytovatelé žádají o dotace na naši ORP, takže nějaké rodiny ji využívají 2x)
- naposledy před 6 měsíci, tak 5 -10 za rok
- naposledy to bylo cca před měsícem a letos se jednalo o šest rodin, u kterých to bylo zaznamenáno ve spisu. (Jednalo se o případy rodin podporovaných OSPOD).

Pozn. 1: „Oni se takhle na nás rodiny moc neobrací, najdou si službu sami nebo jim to asi řekne doktor.“

Pozn. 2: „Naposledy jsem slyšela od kolegyně před pěti lety, že doporučovala ranou péči. Ale to jsme ještě dělali dávky a rodiče k nám chodili.“

Pozn. 3: „Myslíme si, že nejlepší by bylo, kdyby informovali lékaři“

9.3.8 Závěry:

Sociální pracovníci ORP se setkávají s rodiči dětí s postižením velmi zřídka, potřebné rodiny nevyhledávají (2x zaznělo, že na to nemají čas, 1x že na to nemají právo).

Při sběru informací o nabídce rané péči pro občany na web nebo do letáků ORP spoléhají na poskytovatele. V materiálech se objevují převážně ty poskytovatelé, kteří se přímo účastní komunitního plánování, aktivně navštíví ORP a zanechají zde letáky pro rodiny. Nebo pokud požádají o dotaci na konkrétní rodinu v regionu, kde i ORP působí. Materiály na webu neobsahovaly všechny služby rané péče působící v daném regionu.

Informace o rané péči na webových stránkách ORP jsou často (zejména pro neinformované rodiče neorientované v systému služeb) těžce dohledatelné, ukrývají se mezi desítkami názvů organizací, institucí a zařízení.

10 Závěry, vyhodnocení, doporučení

10.1 Závěry

10.1.1 Vymezení služby

Odborné: ze strany poskytovatelů dostatečné, existuje zejména na úrovni dobré praxe a jejího tříbení a sdílení mezi poskytovateli, na metodické úrovni používají poskytovatelé zpracované metodiky a postupy ověřené a sestavené podle odborných tuzemských a zahraničních pramenů. Na úrovni kvality a jejího řízení používají poskytovatelé sdílená kritéria kvality a jejich soubory (druhé standardy kvality rané péče SPRP a Asociace pracovníků v rané péči).

Z pozice zadavatelů – krajů je velmi různé, v některých krajích žádné.

Právní: nedostatečné z hlediska dostupnosti pro potenciální uživatele - dosažení na službu ze strany rodičů.

10.1.2 Zakotvení

V zákoně 108/2006 Sb., o sociálních službách, v národní strategii nezmíněno, v krajských plánech a strategiích jen výjimečně.

10.1.3 Financování

Z veřejných prostředků prostřednictvím dotací na poskytování preventivní sociální služby rané péče, v současné době rozdílné ve 14 krajích ČR. Ze zjištění vyplývá, že metodiky krajů omezují rozvoj kapacit a kvality služby regulací celkových získávaných prostředků. Kraje nastavily vyrovnávací platby tak, že regulují jak množství pracovníků v rané péči, případně poměr v ne/přímé péči, tak i kapacity poskytovatelů a úhrn prostředků na ně získaných. To snižuje motivaci získávání finančních prostředků na službu rané péče ze soukromých zdrojů.

10.1.4 Informovanost

Nízká, nedostatečná, rodiče nejsou vždy informováni v porodnici nebo na perinatologickém pracovišti, od pediatrů téměř vůbec (vyplývá to z evidencí, které si vedou sami poskytovatelé), nejčastěji o rané péči informují odborní lékaři, kteří s pracovišti rané péče spolupracují při léčbě dítěte.

Nedostatečná meziřesortní spolupráce a absence postupů informovat rodiče ve zdravotnických pracovištích dělá z informování otázku osobní zainteresovanosti zdravotních pracovníků.

Ale i v samotném resortu MPSV (státní správa, sociální odbory a OSPOD, obce a MČ) není informování rodičů o rané péči zajištěno. Informační systém obcí je nejednotný, roztržitý, často pro běžného občana nedostupný nebo nesrozumitelný a rodiče dětí s postižením se na ně neobracejí osobně.

MPSV na svém portálu poskytuje jen základní (citace definice rané péče ze zákona) informace a provozuje registr poskytovatelů sociálních služeb, který nebývá využíván rodiči jako zdroj informací.

10.1.5 Dostupnost

Zásadní charakteristikou pro dostupnost rané péče v Česku je minimální vliv rodičů na to, zda se rané péče domohou či ne. Obecně je známo, že cílová skupina rodičů dětí s postižením v prvních měsících a letech života dítěte není dostatečně schopná prosadit si službu a jednat se zadavateli. Rodina je oslabena stresem, strachem o dítě a situací, která vyžaduje od všech členů zvýšený výkon při péči o dítě a jeho zdraví.

Podmínky a prostředí, které lze ovlivnit, jsou na straně poskytovatelů:

- zda k zadavateli doručí informace o zájmu ze strany rodičů
- zda doručí ke zdravotníkům informaci, že mají nabídku pro rodiče dětí s postižením
- zda přesvědčí zadavatele o potřebnosti služby
- zda získají prostředky na provoz služby

Přítom na informování rodin (dostupnosti rané péče) mají největší vliv zdravotnická pracoviště, kde zjistí (diagnostikují) zdravotní postižení dítěte.

Zásadní vliv na dostupnost rané péče mají zadavatelé – stát a kraje. Plánují a regulují kapacitní potenciál a síť poskytovatelů, určují a metodicky řídí činnost sociálních pracovníků ORP (to, zda informují o sociálních službách dostatečně a aktivně), zajišťují meziresortní spolupráci...

To, zda vůbec rodina službu získá, záleží na zadavateli: zda službu financuje a plánuje v dostatečném rozsahu a kvalitě a zda reaguje flexibilně na počet žadatelů o službu v regionu.

Místní: dobrá, dostatečná síť (rozložení pracovišť a terénní forma služby zajišťuje dobrou dosažitelnost intervence v domácím prostředí), síť 50+²³ pracovišť na území ČR, s působností terénní práce s dojezdem ve všech krajích pro všechny cílové skupiny).

Pro specifické cílové skupiny: podle druhu postižení se nevyskytuje v síti poskytovatelů pracoviště se zaměřením „pouze“ na děti s tělesným postižením.

Finanční: pro rodiny vynikající (služba musí být poskytnuta zdarma).

Časová: dobrá, problém časové dostupnosti vznikne pro rodiny, které požádají o službu pracoviště, které má v dané době naplněnou kapacitu (zadavatelé nepočítají pro poskytovatele s rezervou) a nemohou pro nové zájemce o službu zajistit službu vůbec či ve standardním rozsahu. Zda rodina dostane informace včas po zjištění diagnózy a po tom, kdy požádá o ranou péči (respektive v jakém věku dítěte se stane rodina klientem služby rané péče), nebylo předmětem zkoumání analýzy.

Kapacitní: nedostatečná, řídí ji kraj, který schvaluje počty pracovníků v rané péči, poskytovatelé rané péče nemohou reagovat pružně na žádosti informovaných rodičů o službu (cca 1/3), ani nejsou dostatečně informováni rodiče, kteří by ranou péčí potřebovali, ale neví, že o ni mohou požádat (2/3).

10.1.6 Rozvoj, plánování

Na úrovni státu (národních strategií) je raná péče zahrnuta pod plánování a případný rozvoj služeb sociální prevence. Jako taková není konkrétně zmíněna v národních strategiích, v krajských pouze v některých.

Přítom podle poměru vynakládaných prostředků na služby péče a prevence a podle možností čerpat veřejné prostředky (investiční a neinvestiční) prostřednictvím výzev ze státního rozpočtu a prostředků ESIF, v Česku přetrvává důraz na služby péče.

Rozvoj kapacit rané péče je dán (v praxi limitován) ze strany zadavatelů.

²³ 50 pracovišť je číslo, které vyplývá ze zjištění analýzy, kdy každá z 50 služeb rané péče v ČR působí z vlastního pracoviště. Navíc ale z fokusních skupin vyplynulo (a bylo ověřeno z výročních zpráv poskytovatelů), že některé služby mají v krajích další detašovaná pracoviště)

10.2 Vyhodnocení

Raná péče se významně podílí na systému podpory rodin a dětí s postižením v prvním období života. Plní funkci prevence institucionalizace péče o děti s postižením (či s ohrožením vývoje).

Podpora, případně rozvoj rané péče závisí v obecné rovině na systému sociálních služeb v ČR a na podpoře, případně rozvoji komunitních služeb. V **Česku jsou stále v převaze pobytové sociální služby (počtem i výší dotací)**, což se zdá být v rozporu s deklaratorní částí národních strategií a jejich cíli i účinnosti přijaté legislativy, případně plněním mezinárodních úmluv.

Síť rané péče (resp. její potenciál) jako terénní služby je až na výjimky dostatečná

Potenciál kapacity a rozložení sítě rané péče je v Česku dostatečný. Jak ale ukazuje poměr mezi počtem klientů stávající sítě poskytovatelů a potenciální cílovou skupinou, **kapacita míst pro rodiny dětí s postižením a její plánování vzhledem k potenciální potřebnosti cílové skupiny (viz kapitola 2) se jeví jako nedostatečná.**

V nabídce rané péče jsou dostupné místem služby všech specializací na postižení dítěte. Je patrné, že v síti služeb rané péče **nejsou poskytovatelé (služby), kteří by se věnovali pouze rodinám dětí s tělesným postižením.** Zda je to proto, že rodiny dětí výhradně s tělesným postižením (bez další kombinace) jsou malá skupina, ranou péčí nepotřebují pro dostatek zdravotní a rehabilitační péče, jiných podpor a neformálních podpor nebo je to způsobeno jinými faktory, tato analýza neukazuje.

Na ne/dostupnosti rané péče pro rodiny se jistě podílí nedostatečná informovanost o rané péči - včas po zjištění postižení či vážného ohrožení dítěte, jak ukázalo šetření mezi zdravotnickými pracovišti (perinatologickými centry) a mezi obcemi (ORP). Přitom zdrojem informací o rané péči jsou pro zdravotnická pracoviště i sociální odbory ORP převážně sami poskytovatelé rané péče.

Aktuální situace rané péče je poznamenána změnou ve financování sociálních služeb (rozdělování státní dotace na sociální služby), které přešlo v roce 2014 z MPSV na jednotlivé kraje.

10.3 Doporučení

Na základě vyhodnocení a třídění dat a rozboru výstupů z fokusních skupin je možné formulovat některá doporučení, která by podle zpracovatelů zvýšila dostupnost a kapacity služeb rané péče v Česku a umožnila podporu vyššímu počtu rodin dětí s postižením.

10.3.1 Pro zadavatele

- Zajistit včasnou informovanost rodičů dětí s postižením a ohroženým vývojem o nabídce rané péče. To předpokládá aktivní součinnost MPSV s MZ s cílem vyřešit návaznost zdravotní péče a sociální služby pro rodiny dětí s postižením.
- Výzvy na žádosti o finanční prostředky z veřejných zdrojů (investiční i neinvestiční) formulovat tak, aby umožňovaly čerpání prostředků pro terénní komunitní služby, resp. ranou péči (zřizovanými převážně nestátními subjekty) a umožnily tak jejich udržitelnost a rozvoj srovnatelně s pobytovými službami (zřizovanými převážně kraji, obcemi či státem).
- Pro výpočty výše finanční dotace poskytovatelům použít jako jednotku rodinu místo přepočtu na jednoho pracovníka – to by vedlo k větší transparentnosti poskytování rané péče, sledování její efektivity a hlavně k vyšší adresnosti pro rodiče (a tak pravděpodobně i k motivaci rodičů se hlásit o službu u zadavatele).

10.3.2 Pro poskytovatele

- Pracovat s daty.
- Sledovat efektivitu činností (poměr výkon/výsledek).
- Vyhodnocovat, určovat nástroje a plánovat činnosti podle očekávaného výsledku.
- V oblasti informovanosti a depistáže: u informování volit různé nástroje pro různé cílové skupiny a výsledek hodnotit podle dopadu na míru informovanosti rodin (nikoliv cílových skupin).
- Sladit evidenci (např. o původu informace o rané péči...) dat a spolupracovat při jejich sběru a vyhodnocování na celorepublikové úrovni.

11 Seznam použitých zdrojů a přílohy

11.1 Dokumenty

Národní plán strategie rozvoje sociálních služeb na rok 2015

Národní plán rozvoje sociálních služeb na léta 2016 -25

Pojetí rané péče v Moravskoslezském kraji Krnov, červen 2005

Portál MPSV

Registr poskytovatelů sociálních služeb MPSV

Strategie Královéhradeckého kraje v oblasti sociálních služeb: Plán rozvoje sociálních služeb v Královéhradeckém kraji 2011 – 2016

Střednědobý plán rozvoje sociálních služeb v Libereckém kraji (SPRSS LK) na období 2014 - 2017

Střednědobý plán rozvoje sociálních služeb v Karlovarském kraji: Akční plán rozvoje sociálních služeb v Karlovarském kraji na rok 2017

Střednědobý plán rozvoje sociálních služeb v Jihomoravském kraji na období 2015–2017

Střednědobý plán rozvoje sociálních služeb ve Zlínském kraji pro období 2016 – 2018

Střednědobý plán rozvoje sociálních služeb na území hl. m. Prahy na období 2016 - 2018

Střednědobý plán rozvoje sociálních služeb Středočeského kraje na období 2015 – 2019

Střednědobý plán rozvoje sociálních služeb v Olomouckém kraji pro roky 2015 – 2017

Střednědobý plán rozvoje sociálních služeb v Plzeňském kraji na období 2015 – 2018

Střednědobý plán rozvoje sociálních služeb Jihočeského kraje pro rok 2016

Střednědobý plán rozvoje sociálních služeb v Ústeckém kraji na období 2016-2018

Střednědobý plán rozvoje sociálních služeb Pardubického kraje na období 2016-2018

Střednědobý plán rozvoje sociálních služeb Kraje Vysočina na roky 2016 - 2018

Závěrečná zpráva (pracovní skupina č. 7, raná péče) projektu „Evaluace poskytování sociálních služeb v Moravskoslezském kraji , reg. č. CZ.1.04/3.1.00/A9.00019

11.2 Materiály od poskytovatelů

Zpráva vedoucí Střediska rané péče SPRP České Budějovice o programu „Dobrý start“

Zpráva o depistáži za rok 2015 vedoucí Střediska rané péče SPRP Ostrava

Vyhodnocení odpovědí Evaluačních dotazníků na posouzení kvality služby rané péče poskytované Střediskem rané péče v Pardubicích o.p.s.

Zpráva k omezené kapacitě Střediska rané péče EDUCO v roce 2015 – dvě kazuistiky

Kritéria kvality interní Centrum pro dětský sluch Tamtam.

11.3 Přílohy

11.3.1 Dotazník pro perinatologická centra

Otázky pro 12 perinatologických center v ČR:

JAK INFORMACE O NÁSLEDNÉ SLUŽBĚ ZÍSKÁVÁTE

1. Má tým vašeho pracoviště informace o organizacích poskytujících ranou péči - v regionu vaší působnosti? ...

Odkud informace získáváte? ...

V jaké podobě?

JAK INFORMACE O NÁSLEDNÉ SLUŽBĚ PŘEDÁVÁTE

2. Informujete všechny rodiče s propouštěným novorozencem se zdravotním znevýhodněním či postižením o následné službě/pomoci rané péči? ...

Kdo to má na starosti?

Jakým způsobem informace rodičům předáváte?

ZDA/JAK PŘEDÁNÍ KONTAKTU ČI INFORMACE O NÁSLEDNÉ SLUŽBĚ ZAZNAMENÁVÁTE:

3. uvádíte odkaz či doporučení na následnou péči/službu rané péče do propouštěcí zprávy?....

Vedete o tom jiné záznamy nebo nezaznamenáváte písemně doporučení o následné službě pacientům při propouštění?

...

11.3.2 Dotazy pro rozhovory s pracovníkem obce s rozšířenou působností

Otázky pro telefonické zjišťování na ORP o informování rodin dětí s postižením o rané péči

Kdo má u vás na starosti informace o rané péči?

Informujete rodiny dětí s postižením o rané péči?

Pokud ano, jak?

Jaká je nabídka ve vašem regionu?

Zaznamenáváte, komu jste jakou službu doporučili?

Kdy jste naposledy doporučili na vašem odboru službu rané péče nějakým rodičům? (Kolik asi?)

Poznámky:

Zkoumaná kvalita a dostupnost informací

Materiál, seznam, katalog sociálních služeb působících v regionu - na webu ORP

Kraje a v nich náhodně vybrané ORP:

Ústecký kraj: Lovosice

Karlovarský kraj: Karlovy Vary

Moravskoslezský kraj: Frýdek-Místek

Středočeský kraj: Kralupy nad Vltavou

Plzeňský kraj: Klatovy

Pardubický kraj: Svitavy

Olomoucký kraj: Jeseník

11.3.3 Dotazník pro kraje k metodice financování

Analýza situace rané péče v ČR – část financování, kraje

1. Jaký je postup při financování preventivní sociální služby raná péče poskytovatelům ve vašem kraji?

a) Jaký je ve vašem kraji rozdíl mezi dotací a vyrovnávací platbou?

VAŠE ODPOVĚD:

b) Jakou jednotku volíte pro výpočet nákladů na ranou péči?

VAŠE ODPOVĚD:

c) Jak stanovíte výši optimálních a reálných nákladů na službu raná péče?

VAŠE ODPOVĚD:

d) Jak stanovíte výši dotace ze státních prostředků?

VAŠE ODPOVĚD:

2. Pokud dostane poskytovatel sociálních služeb nadační příspěvek, za jakých podmínek nebo situace by nedošlo ke krácení veřejných finančních prostředků přidělených krajem?

VAŠE ODPOVĚD:

3. Stanovujete počet úvazků v nepřímé péči v návaznosti na počet úvazků v přímé péči, které mohou být financovány ze státní dotace?

VAŠE ODPOVĚD: Ano NE

Pokud Ano, jak (jakým způsobem)? VAŠE ODPOVĚD:

4. Údaje za rok 2015 (ke statistickému zpracování):

Jaká byla výše prostředků z veřejných zdrojů ve vašem kraji na služby rané péče v roce 2015?

a) Výše poskytnuté dotace ze státního rozpočtu VAŠE ODPOVĚD:

b) Výše poskytnuté dotace z rozpočtu kraje VAŠE ODPOVĚD:

c) Výše poskytnuté dotace z rozpočtů obcí VAŠE ODPOVĚD:

d) Jaký byl počet ve vašem kraji v roce 2015 počet rodin, kterým byla poskytována služba rané péče? VAŠE ODPOVĚD:

e) Jaký byl počet plánovaných/realizovaných úvazků poskytovatelů rané péče ve vašem kraji v roce 2015:

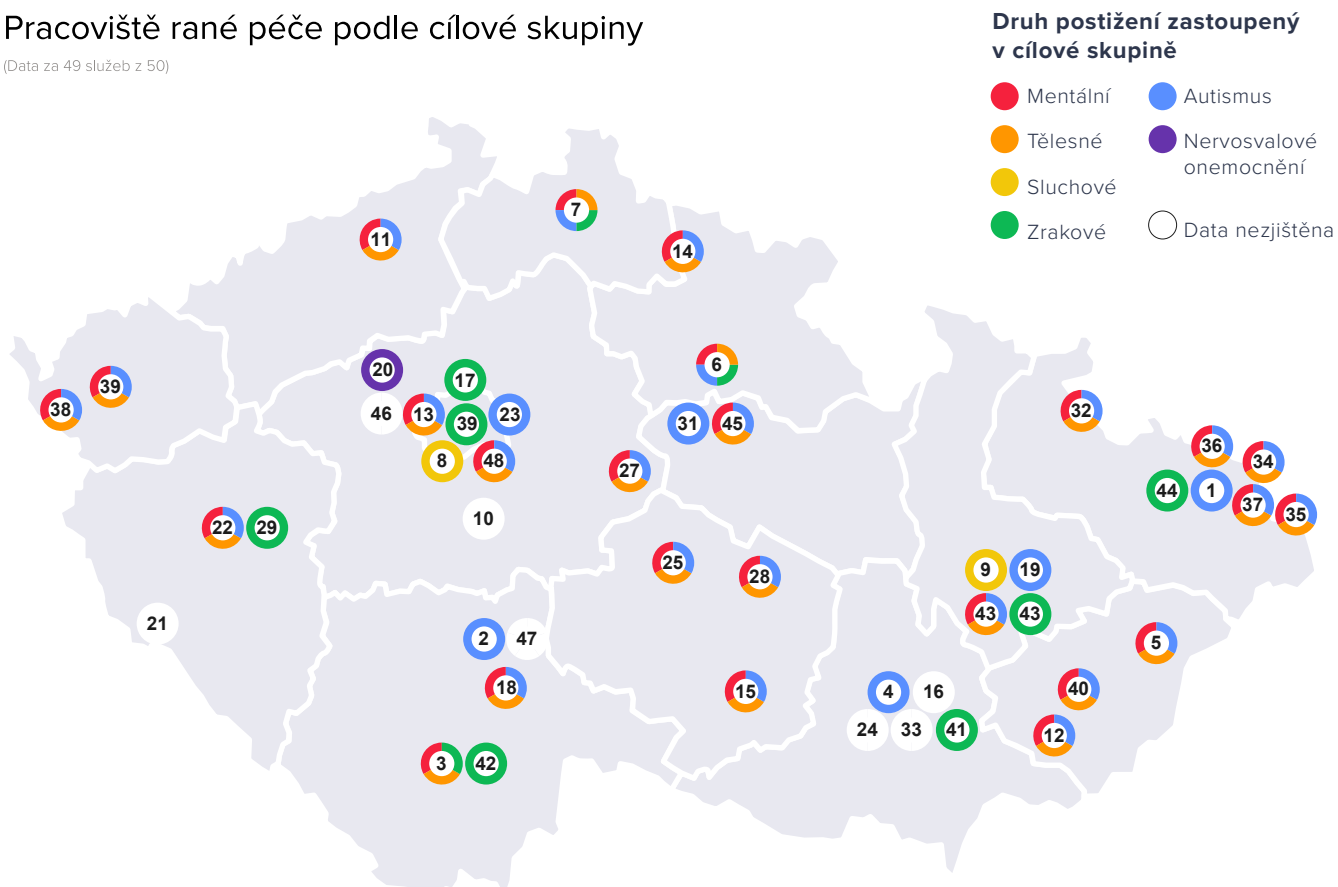
V přímé péči VAŠE ODPOVĚD: /

V nepřímé péči VAŠE ODPOVĚD: /

11.3.4 Mapy sítě služeb rané péče v České republice

Pracoviště rané péče podle cílové skupiny

(Data za 49 služeb z 50)

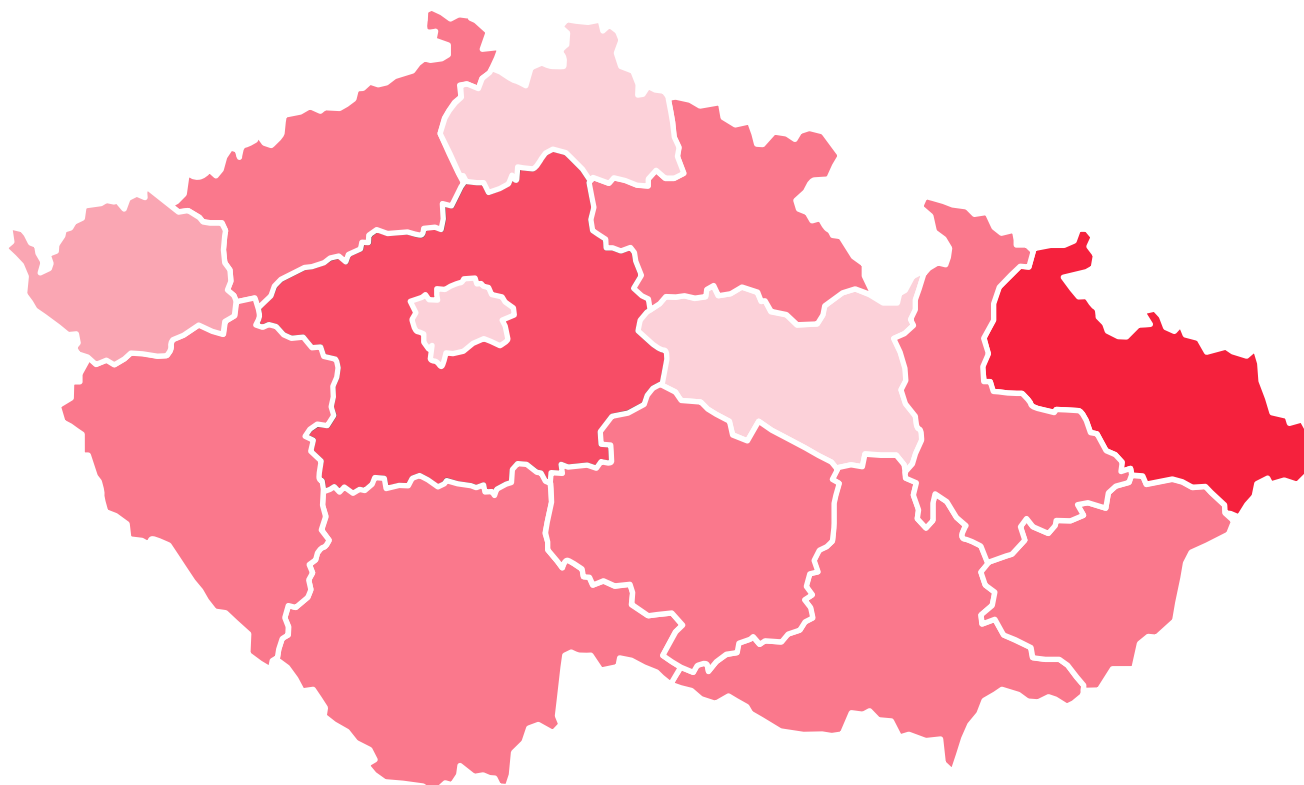
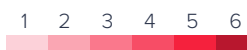


Počet služeb s působností v kraji

Mentální postižení dítěte v cílové skupině

(Data za 49 služeb z 50)

Počet služeb



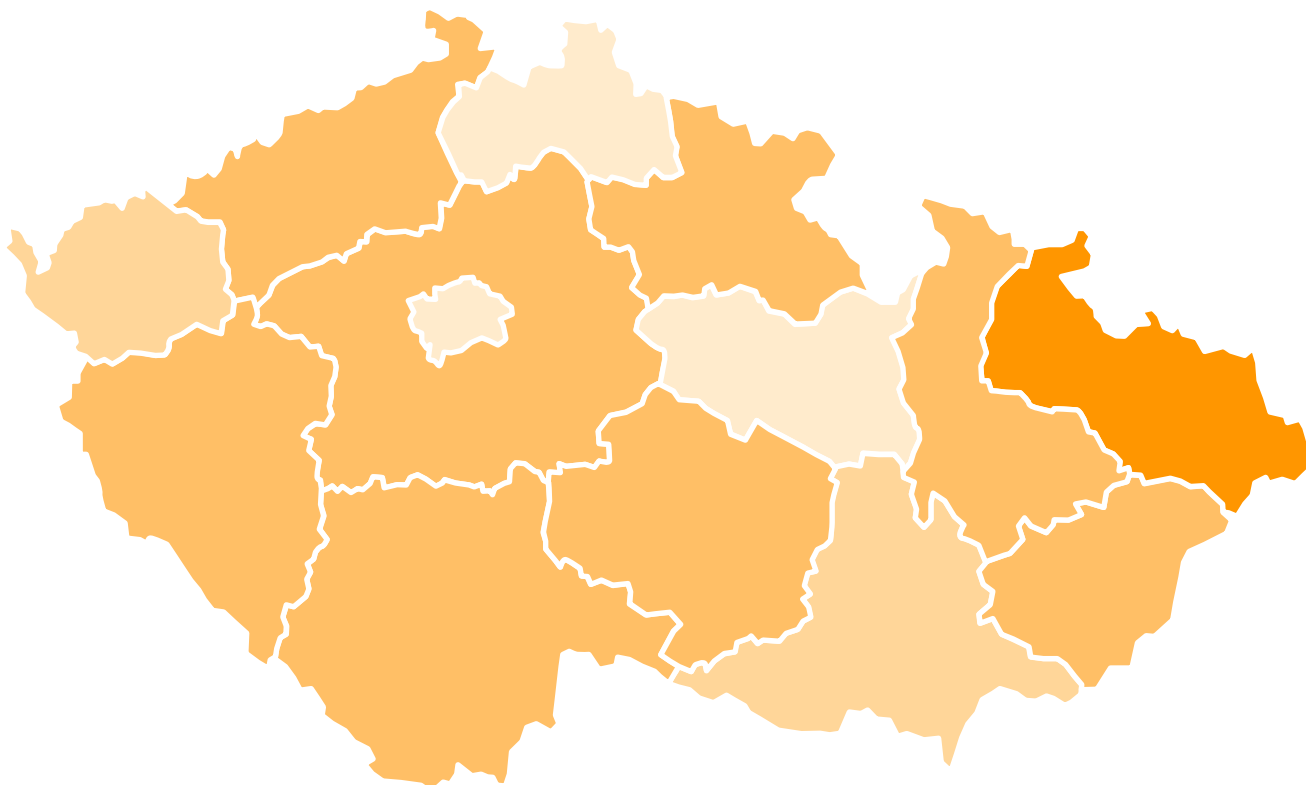


Počet služeb s působností v kraji

Tělesné postižení dítěte v cílové skupině

(Data za 49 služeb z 50)

Počet služeb

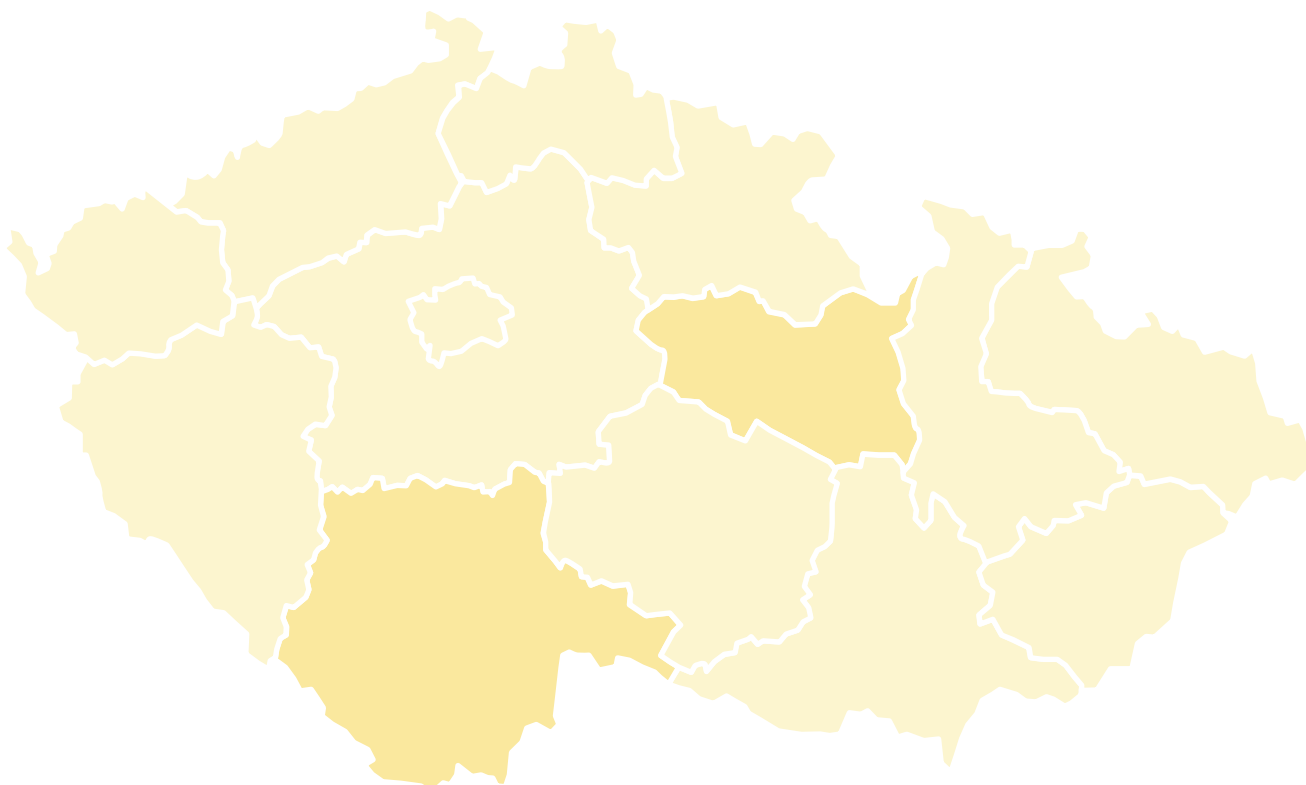


Počet služeb s působností v kraji

Sluchové postižení dítěte v cílové skupině

(Data za 49 služeb z 50)

Počet služeb



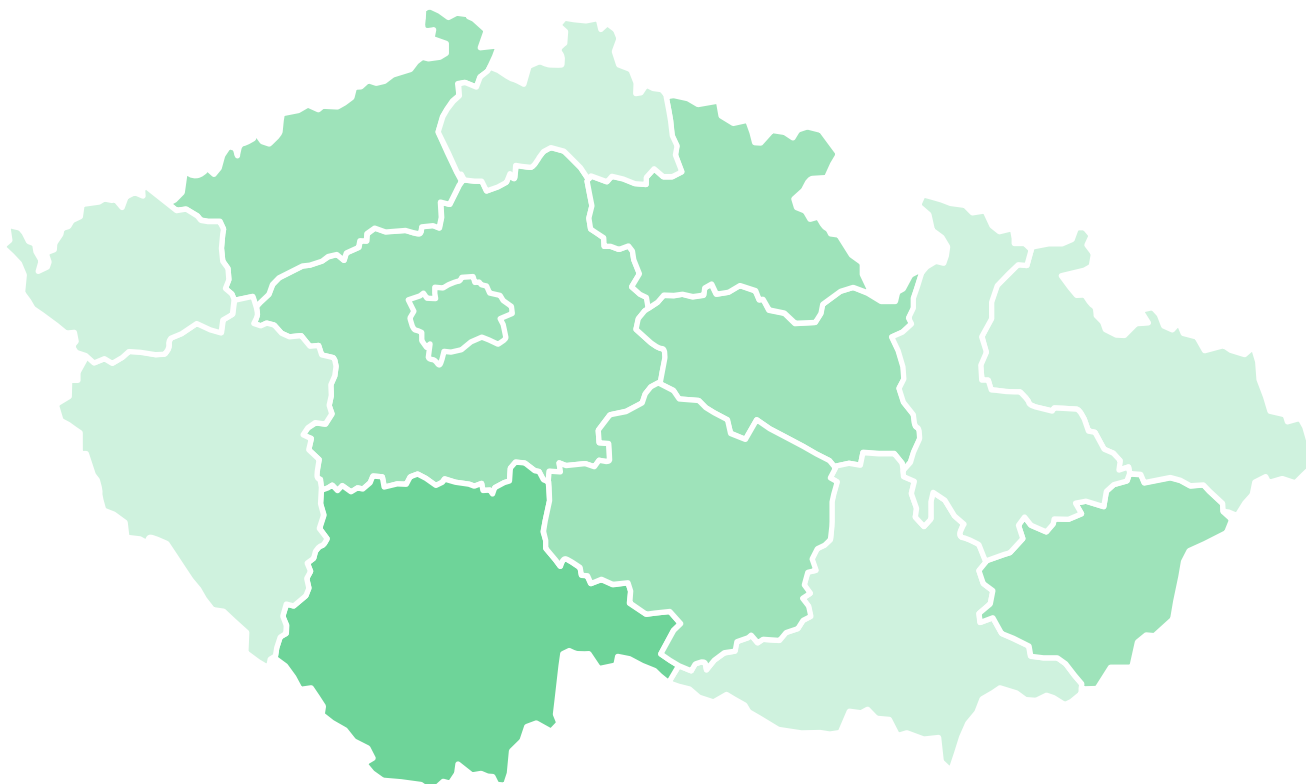


Počet služeb s působností v kraji

Zrakové postižení dítěte v cílové skupině

(Data za 49 služeb z 50)

Počet služeb

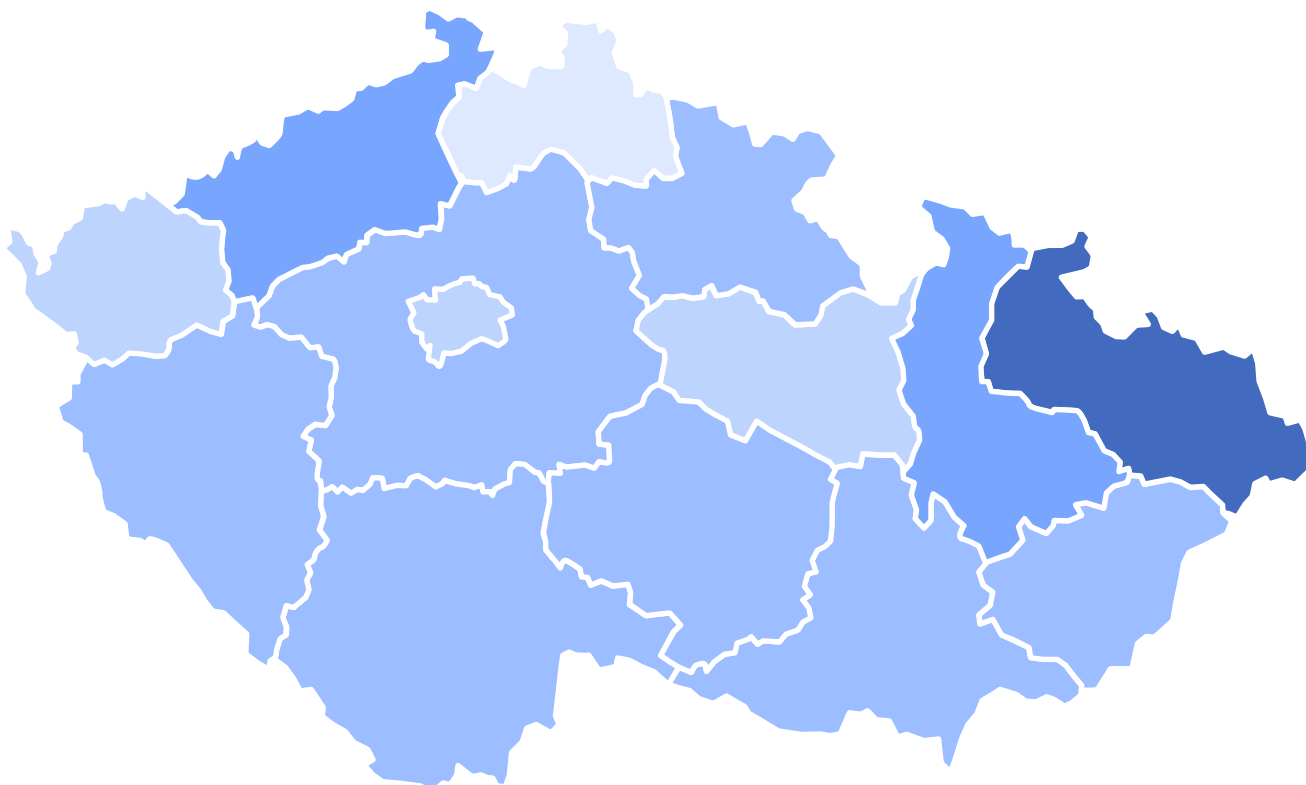


Počet služeb s působností v kraji

Autismus dítěte v cílové skupině

(Data za 49 služeb z 50)

Počet služeb





Počet služeb s působností v kraji

Nervosvalové onemocnění dítěte v cílové skupině

(Data za 49 služeb z 50)

Počet služeb

