

Sociální služby
ve světle připravovaných reforem
(III. díl)

Poznatky z terénních šetření realizovaných ve VÚPSV v letech 1993 až 1998 a další náměty vztahující se k některým částem návrhu záměru zákona o sociální pomoci

PhDr. Jitka Veselá

Praha květen 1999

Obsah

1. Úvod	3
2. Záměr předkladatele návrhu věcného záměru zákona o sociální pomoci	4
3. Počty potenciálních příjemců příspěvku na péči	6
4. Účel příspěvku na péči	11
5. Rozhodování o přiznání příspěvku na péči	14
6. Sociální služby - předpoklad realizace zákona o sociální pomoci	15
7. Vybavenost obce a kvalita bytového fondu jako předpoklad možnosti poskytování sociální pomoci v domácnosti klienta	17
8. Zabezpečení pečujícího rodinného příslušníka	19
9. Příspěvek na péči ve vztahu k některým dalším současným zákonům	22
10. Ochrana občana odkázaného na péči druhé osoby	27
11. Počty pracovníků podílejících se na realizaci zákona o sociální pomoci	28
12. Kvalifikace některých poskytovatelů péče	30
13. Závěr	32
14. Přílohy	34
1. Tabulky	34
2. Vybrané názory pracovníků okresních úřadů	41
3. Kasuistiky	43
Rodiny pečující o postižené dítě v domácnosti	
Rodiny mající dítě umístěno v ÚSP s celoročním provozem	46
4. Názory rodičů zdravotně postiženého dítěte vychovávaného v rodině	48
Použitá literatura	58

1. Úvod

V současné etapě příprav zákona o sociální pomoci vystupuje do popředí potřeba podrobné znalosti životních podmínek potenciálních příjemců uvažovaného příspěvku na péči i znalost ostatních okolností s problematikou souvisejících.

Práce vychází z poznatků získaných v rámci terénních šetření Výzkumného ústavu práce a sociálních věcí v letech 1993 až 1998 a je zaměřena na vybrané problémové okruhy vládou schváleného záměru připravovaného zákona o sociální pomoci. Orientuje se zejména na problematiku nově navrhované dávky - příspěvku na péči a problematiku činnosti subjektů poskytujících sociální služby v nových podmínkách.

Výchozími materiály pro zpracování předložené práce jsou dílčí poznatky z jednotlivých studií zaměřených především na problematiku občanů zdravotně postižených a občanů v důchodovém věku, které by podle našeho názoru mohly event. být při pracích na některých částech zákona o sociální pomoci využity. Dále využíváme poznatky z konzultací s pracovníky z terénu a z některých našich návštěv v rodinách respondentů. Využíváme i dopisů a poznámek, kterými naši respondenti mnohdy odpovědi na otázky dotazníků upřesňovali či doplňovali. Pro dokreslení situace jsme zařadili i několik kasuistik a názorů pracovníků sociálních referátů okresních úřadů.

Kurzívou uvádíme v textu citaci znění návrhu věcného záměru zákona o sociální pomoci.

2. Záměr předkladatele návrhu věcného záměru zákona o sociální pomoci

Sociální pomoc je třetím ze základních systémů sociální ochrany, je určen k zabezpečení základních životních potřeb občanů, kteří se ocitnou v obtížné sociální situaci. Zahrnuje sociální prevenci, sociálně právní ochranu, řešení sociální nouze, řešení hmotné nouze a zabezpečení zvláštních potřeb.

Záměrem předkladatele návrhu věcného záměru zákona o sociální pomoci je snaha vytvořit moderní systém, odpovídající podmínkám a potřebám demokratického státu s tržní ekonomikou, v němž má občan povinnost a také reálnou možnost zabezpečit se pro široký okruh sociálních situací jednak vlastními silami a jednak s pomocí rodiny.

„Návrh zásad“ přináší proto mj. i zásadní změny v oblasti poskytování sociálních služeb a způsobu jejich financování. Jde především o koncepční změnu spočívající v opuštění principu financování služby a zavedení principu dotace na hlavu, tj. posílení příjmu osob, které podle názoru státu potřebují péči s tím, že si sociální službu zabezpečí podle vlastní volby.

Jedním z nástrojů realizace záměru připravovaného zákona by měl být tzv. příspěvek na péči. Mezi jeho potenciální příjemce by měli patřit zejména obyvatelé ústavů sociální péče, osoby (děti i dospělí) tělesně, smyslově či mentálně postižené a dlouhodobě nemocné, poživatelé starobních a invalidních důchodů, kteří vzhledem ke svému věku a zdravotnímu stavu vyžadují péči druhé osoby a osoby, kterým je poskytována pečovatelská služba.

Účelem zamýšleného příspěvku přiznávaného na základě posouzení zdravotního stavu je přispět osobám závislým na péči jiné osoby na úhradu potřebné služby sociální péče. Předpokládá se, že potřební občané budou s přihlédnutím k míře jejich závislosti zařazováni do čtyř kategorií.

Navrhovaná výše příspěvku na péči činí: pro kategorii: I. - 500 Kč; II. - 1 500 Kč; III. - 5 000 Kč; IV. - 7 500 Kč.

U příspěvku na péči se předpokládá každoroční valorizace podle indexu průměrných neinvestičních výdajů na jednotlivé typy sociálních služeb v předchozím roce a určitá diferenciací jeho výše.

V případě nezaopatřených dětí umístěných v zařízení s celoročním pobytem by měla být jeho výše stanovena podle kategorií vyšší až o 30%.

Vyšší příspěvek by měl náležet také účastníkům odboje a pozůstalým manželům (manželkám po účastnících odboje) starším 70 let, a to u I. kategorie o 40%; u II. kategorie o 30%; u III. kategorie o 20% a u IV. kategorie o 10% z výše příspěvku.

Pokud budou péči poskytovat rodinní příslušníci, činila by výše příspěvku pro kategorie III. a IV. 80% uvedených částek.

V regionu s nezaměstnaností vyšší o 25% než činí celostátní průměr nezaměstnanosti za poslední 3 měsíce, by měla výše příspěvku činit 90% uvedených částek.

Zdůvodnění navrhovatele: Náklady na provoz zařízení pro děti jsou objektivně vyšší, neboť potřeba péče o děti je nákladnější než o dospělé osoby, a to především z hlediska potřeby zabezpečení více pracovníků, zejména kvalifikovaných vychovatelů. Rovněž podíl úhrady od rodičů, kdy řada z nich nemůže zaplatit úhradu plně nebo vůbec, má značný dopad na možné finanční zdroje těchto zařízení (podíl úhrady od rodičů na celkových nákladech představuje v současné době průměrně 5% oproti 30% v domovech sociálních služeb pro dospělé.

Zvýšení příspěvku na péči u účastníků odboje a pozůstalých manželů po nich vyplývá z jejich zvýhodnění dle současných právních předpisů.

Převážnou část nákladů související se zabezpečením péče o osoby tvoří mzdové náklady na pracovníky, kteří péči poskytují. Při poskytování péče rodinnými příslušníky jsou tyto náklady objektivně nižší, neboť nezahrnují příspěvky na sociální a zdravotní pojištění a daň z příjmu fyzických osob, které musí jiný subjekt do těchto nákladů promítnout. Tato skutečnost se však nezohledňuje v plné výši, ale pouze částečně, a to z důvodu podpory rodiny při péči o svého člena. Snížení příspěvku na 90% uvedených částek může pozitivně ovlivnit nezaměstnanost v regionu, ve kterém je oproti celostátnímu průměru vyšší o 25%.

3. Počty potenciálních příjemců příspěvku na péči

Kap. IV.2. Již v současnosti je „v péči“ celkem 182 tis. osob, z toho cca 63 tis. osob je v ústavní péči, 86 tis. osob je příjemci pečovatelské služby, 40 tis. je v péči rodiny (příspěvek při péči o blízkou osobu). Zařazení do těchto systémů je podmíněno určitým stupněm závislosti a potřeby péče. Vedle toho ovšem jen 135 tis. osob má přiznáno zvýšení důchodu pro tentýž důvod, tj. pro bezmocnost a tedy závislost. Vymezení podmínek nároku na nově navrhovaný příspěvek na péči je blízké až totožné s podmínkami nároku zvýšení důchodů pro bezmocnost. Dále je možno uvést, že např. v ústavech sociální péče je umístěno celkem cca 63 tis. osob, zatímco III. stupeň zvýšení pro bezmocnost má přiznáno pouze 10 tis. osob (vzhledem ke zrušení hranice souběhu výše důchodu s jeho zvýšením pro bezmocnost lze předpokládat zvýšení počtu přiznaných „bezmocností III. stupně“ o cca 5 tis.).

Určitá dílčí rizika mírného nárůstu počtu osob, jimž by v porovnání se současným stavem vznikl nárok na poskytování sociálních služeb a tedy i na poskytování příspěvku na péči lze proto spatřovat pouze u minimální míry závislosti. Možnosti tohoto nárůstu vyplývají především z toho, že v porovnání se současným stavem se navrhuje nově přispět rodině na krytí potřeby v případě trvání závislosti na péči kratší než jeden rok.

Lze vyvodit odhad, že v souvislosti se zavedením nového způsobu financování sociálních služeb by nárok na příspěvek na péči vznikl u cca 275 tis. osob (z toho u cca 30 - 50 tis. osob krátkodobě po dobu cca 3 měsíců), a to v členění:

- příspěvek na péči I. stupně - cca 120 tis. osob, z toho 20 - 30 tis. osob krátkodobě,
- příspěvek na péči II. stupně - cca 90 tis. osob, z toho 10 - 20 tis. osob krátkodobě,
- příspěvek na péči III. stupně - cca 40. tis. osob,
- příspěvek na péči IV. stupně - cca 25 tis. osob.

Zjistit, či objektivně odhadnout počet potenciálních příjemců příspěvku na péči považujeme za téměř nemožné. Důvodem je jednak neúplné statistické vykazování příslušných dat, jednak v současné době poskytování péče více subjekty.

Použijeme-li za sociální resort jako příklad statistiku zpracovanou Českým statistickým úřadem¹⁾ zjistíme, že ač existují dva ústavy pro smyslově postižené dospělé občany (Brno, Praha) nejsou tyto zmíněnou statistikou vykazovány. Podobně je tomu v případě, potřebujeme-li se dobrat objektivních čísel se záměrem zjistit, kolik je příjemců ústavní sociální péče s týdenním, především pak denním režimem. Statistická data specifikující typ zařízení podle délky pobytu a kapacity zařízení jsou vykazována dvakrát. Jednou ve sloupci pro celoroční pobyt, podruhé pak pro pobyt kratší. Přitom by znalost těchto

údajů nastínila, kolika občanům je potřebná péče poskytována v součinnosti rodiny a instituce, což pravděpodobně bude po platnosti zákona o sociální pomoci i nejčastěji užívaná forma pomoci, zejména u dětí a mládeže. Z běžně dostupné statistiky rovněž nelze zjistit, s výjimkou imobility, mobility s dopomocí druhé osoby a nákladného stravování, diagnostickou skladbu svěřenců a obyvatel stávajících zařízení, především však jejich funkční nedostatečnost, ať již fyzického či psychického původu. Nelze tedy mimo jiné potvrdit, ale ani zamítnout hypotézu, že nestátní instituce ve svých denních zařízeních poskytují ve své většině péči jen občanům s lehčím postižením, i když naše zjištění by toto spíše potvrzovala.²⁾ Přibližný přehled o ústavních službách podávají tab. č. 1 a 2 přílohy.

Ke stejnému poznatku dojdeme při potřebě zjištění objektivních dat u osob jež mají svůj důchod zvýšený pro bezmocnost. Zde se může projevit jednak okolnost dříve platné hranice pro souběh důchodu a uvedeného zvýšení³⁾, jednak neinformovanost občanů, kterou jsme zjistili při řešení studie zaměřené na problematiku seniorů starších šedesáti let, ale i okolnost nutnosti o tuto dávku požádat.⁴⁾ V současné době podnět k řízení o přiznání stupně bezmocnosti může dát buď občan sám nebo jeho ošetřující lékař. Na to, že ne vždy jsou tyto cesty využívány, upozorňuje tab.č. 3 přílohy sestavená z podkladů pro výše uvedenou studii. Porovnáme-li počty občanů majících u vybraných ukazatelů⁵⁾ shodnou míru závislosti s počty těch, kteří mají bezmocnost přiznanu a s počty občanů neinformovaných, může se stát, že s platností zákona o sociální pomoci dojde k dosti výraznému navýšení podávaných žádostí, zvláště u občanů s menší mírou závislosti⁶⁾. Je logické, že se zvyšující se mírou závislosti klesá počet občanů, kteří některý ze stupňů

1) ČSÚ, edice statistické informace, Síť vybraných zařízení sociální péče v České republice podle krajů za rok 1997

2) Veselá J., Slezáková L.: Terénní sociální služby ve vybraných okresech, VÚPSV, prosinec 1997

3) Tuto okolnost návrh zákona o sociální pomoci zahrnuje

4) Janata Z., Veselá J.: Sociální služby ve světle připravovaných reforem, II. díl, Postoje občanů důchodového věku k připravovanému zákonu o sociální pomoci

5) míra závislosti je stanovena na základě subjektivního hodnocení schopnosti respondenta

6) Toto návrh záměru zákona o sociální pomoci rovněž předpokládá

bezmocnosti přiznán nemají. Zarážející jsou však počty občanů o možnosti zvýšení důchodu pro bezmocnost neinformovaných a námi zjištěné rozdíly v přiznaných stupních bezmocnosti při stejné míře závislosti našimi respondenty subjektivně vyjádřené (na problém upozorňuje již studie zabývající se problematikou seniorů⁷⁾. K poznatku, že v praxi není běžným jevem přiznávat zvýšení důchodu pro bezmocnost, jsme došli i v šetření mezi seniory umístěnými v LDN.⁸⁾ Průměrný věk těchto klientů se pohyboval v rozmezí 77 - 80 let a většina z nich (86%) důchod z důvodu bezmocnosti zvýšen neměla. Zvýšení pro částečnou bezmocnost jsme zaznamenali u 4%, pro převážnou u 3% a úplnou bezmocnost u 1% těchto respondentů.

Také ze zkušeností pracovníků z praxe je zřejmé, že současný způsob přiznávání zvýšení důchodu pro bezmocnost má celou řadu nedostatků. Z jejich sdělení vyjímáme:

- zdravotní stav žadatele o bezmocnost posuzuje posudkový lékař a ve většině případů posuzuje žadatele bez osobního kontaktu, pouze na základě papírové žádosti s lékařskou zprávou vyplněnou praktickým lékařem,
- praktické příklady potvrzují, že někdy je přiznána bezmocnost člověku, který je úplně „mocný“ a člověku, který je „bezmocný“ je žádost zamítnuta,
- někdy stačí zamítnutou žádost poslat za pár měsíců opakovaně a je vyřízena kladně,
- sumarizované vyplácené částky za bezmocnost nelze považovat za směrodatné, řada lidí o možnosti příplatku na bezmocnost neví.

K výše uvedeným poznatkům praxe lze k problému přiznávání bezmocnosti dále uvést, že klientovi, pokud mu podmínky pro její přiznání vznikly během jeho pobytu v ÚSP, nebývá tato dávka někdy přiznávána s „odůvodněním“, že je o něj v ústavu všestranně postaráno.

7) Janata.Z., Veselá, J.: Sociální služby ve světle připravovaných reforem, II. díl, Postoje občanů důchodového věku k připravovanému zákonu o sociální pomoci

8) Janata Z., Scháněl M.: Postoje pacientů léčeben dlouhodobě nemocných. In: Brudhansová a kol., Sociální služby ve světle připravovaných reforem, I. díl, Praha, prosinec 1998

V roce 1993 schválila vláda České republiky Národní plán opatření pro snížení negativních důsledků zdravotního postižení. Pro tento materiál byl proveden kvalifikovaný odhad vycházející z toho, že četnost zdravotních postižení je v zemích s obdobnou úrovní rozvoje obdobná.

“Odhaduje se, že v ČR je zhruba 1 200 000 občanů se zdravotním postižením. Zpráva o situaci zdravotně postižených a nejnaléhavějších úkolech, které je třeba vyřešit uvádí pro vládu ČR tyto odhady:⁹⁾

- 60 000 zrakově postižených, z toho 17 000 velmi těžce postižených (do vizus 6/60)
- 300 000 sluchově postižených, z toho asi 15 000 zcela hluchých
- 60 000 lidí s poruchami řeči
- 1 500 slepohluchých
- 300 000 mentálně postižených
- 300 000 lidí s vadami pohybového ústrojí
- 530 000 diabetiků, z toho 70 000 inzulínovaných
- 150 000 osob po cévních a mozkových příhodách
- 140 000 osob postižených epilepsií
- 100 000 duševně nemocných
- 200 000 psoriatiků.

Kromě těchto postižení existuje samozřejmě ještě značné množství osob postižených např. vrozenými vývojovými vadami, těžkým onemocněním ledvin a močových cest, reumatismem, onkologickými onemocněními, respiračními onemocněními a astmatem, dermatózami, fenylketonurií, cystickou fibrózou, spinou bifidou, hydrocefalem, mozkovou obrnou, hemofilií, roztroušenou sklerózou, muskulární dystrofií, parkinsonismem, hypofysárním nanismem, Turnerovým syndromem, Bechtěrevovým syndromem atd.“

I když jsme si vědomi, že ne všem uvedeným občanům by byl příspěvek na péči přiznán, zdá se nám odhad počtu osob uvedený v kapitole IV.2. Návrhu věcného záměru zákona o sociální pomoci neobjektivní. Důvodem je i

skutečnost poskytování péče zdravotnickým resortem prostřednictvím agentur domácí péče (ADP).

Podle našeho názoru by před platností zákona o sociální pomoci mělo dojít k meziresortní dohodě o úhradě poskytovaných služeb. Je třeba stanovit, které služby budou hrazeny klientem (příspěvkem na péči) a které budou občanům poskytovány v rámci zdravotního pojištění.

Z údajů za ČR vykazovaných Ústavem zdravotnických informací a statistiky vyplývá, že převážné většině (63,5%) klientů ADP je poskytována pouze zdravotní péče. Uváděná zdravotní a sociální péče je poskytována 14,7% klientů a komplexní péče 15,8% klientů. Klienty ADP jsou občané všech věkových kategorií, nejpočetnější je zastoupení věkové skupiny 65 a více let (78,8%). Z počtu klientů, jimž ADP poskytují své služby, je více než polovina (51,1%) závislých na cizí pomoci (částečně závislých je 39,4% a plně závislých je 11,7%).¹⁰⁾ Tab. č. 4 přílohy uvádí počty příjemců PS a péče poskytované ADP ve vybraných okresech ve vztahu k počtu obyvatel okresu.¹¹⁾

9) Národní plán opatření pro snížení negativních důsledků zdravotního postižení. Dokument schválený usnesením vlády ČR č. 493 ze dne 8. září 1993

10) Veselá J., Slezáková L. "Terénní sociální služby ve vybraných okresech, VÚPSV, prosinec 1997

11) Veselá J., Slezáková L.: Terénní služby ve vybraných okresech, prosinec 1997

4. Účel příspěvku na péči

Kap. 13.3.2. Příspěvek na péči náleží osobám, které pro nepříznivý zdravotní stav jsou závislé na péči jiné osoby na základě posouzení míry závislosti.

Kap.14. 7. Ke dni účinnosti zákona pozbudou účinnosti příslušná ustanovení právních předpisů upravujících příspěvek při péči o blízkou a jinou osobu, zvýšení důchodu pro bezmocnost, odpočitatelné položky daně z příjmu fyzických osob a osob, kterým byly přiznány mimořádné výhody III. stupně a které jsou příjemci invalidního nebo částečně invalidního důchodu.

Záměrem navrhovatele zákona je umožnit příjemci příspěvku na péči koupit potřebné služby, volbu její formy a poskytovatele.

Z kasuistik 1 - 3 je zřejmé, že např. rodiče zdravotně postižených dětí mohou chápat příspěvek na péči jako finanční částku, která by měla pokrýt potřeby jejich dítěte ve všech směrech. Neberou v úvahu, že na řadu uváděných výdajů jim bylo přispěno podle vyhlášky č. 182/ 1991 Sb., v platném znění nebo ze zdravotního pojištění. A i když z lidského hlediska chápeme např. situaci popsanou v kapitole „Názory rodičů zdravotně postiženého dítěte vychovávaného v rodině“ bod 4), kdy rodina hledá pomoc u dalších a dalších odborníků nebo „také odborníků“ nebo např. drží dva byty, lze jen těžko takovéto výdaje do oprávněných výdajů na zdravotně postižené dítě zahrnovat. Na druhé straně však existuje řada rehabilitačních metod či pomůcek, které současné právní normy nezohledňují. Popsaná situace nás proto utvrzuje v přesvědčení o nutnosti upřesnění a doplnění připravovaného zákona ve smyslu určení, co vše je za sociální službu považováno a o nutnosti zpracování standardů služeb.

Podle našeho názoru, bude příspěvek na péči pravděpodobně účelně využíván zdravotně postiženými občany, kteří jsou plně orientovaní a schopni zvolit vyhovující službu. Obdobně obyvatelé ÚSP příspěvek použijí na úhradu služeb poskytovaných ústavem. Jako problémový se nám jeví příspěvek pro staré dezorientované občany, zvláště osamělé, kteří nebudou schopni danou službu vyhledat ani zajistit. Problém může nastat i v souvislosti s adekvátním využíváním příspěvku u dětí a mladistvých, především mentálně postižených. Rodiče těchto dětí, v současné době umístěných v ústavním zařízení s

celoročním pobytem, jak vyplývá z našich šetření,¹²⁾ často nevědí, jaká péče by pro jejich dítě byla s ohledem na míru jeho postižení, adekvátní. Také rodiči uváděné důvody pro umístění dítěte do celoročního ústavního zařízení signalizují nutnost zaměření kontroly a pomoci právě těmto rodinám.

Rovněž z názoru pracovníků sociálních referátů Okresních úřadů vyplývá, že skupina mentálně postižených, důchodců a dětí bude velmi snadno zneužitelná a jen malé procento rodičů či opatrovníků, nebo naopak dětí a potenciálních dědiců využije dávku na klienta pro jeho potřeby. Na základě zkušeností uvádějí, že většina rodin, která již nyní dostává různé dávky a příspěvky není s to zajistit ani to nejdůležitější, jako je oblečení, hygiena apod. Myslí si, že jakmile tyto rodiny dostanou domů dávku na klienta, okamžitě ji budou z velké části zneužívat pro svou obživu a své zajištění a dávka nebude účelově využita.

Z diskusí vedených zdravotně postiženými, laickou veřejností, ale mnohdy i odborníky se zdá, že zamýšlený příspěvek na péči je chápán jako finanční příspěvek pro všechny zdravotně postižené občany. Podle návrhu záměru zákona o sociální pomoci je však příspěvek na péči jednoznačně určen občanům, kteří potřebují pro uspokojení svých potřeb pomoc druhé osoby. Již ze samotné dikce návrhu tedy vyplývá, že ne každému zdravotně postiženému občanu by byl tento příspěvek přiznán.

V současné době jsou potřeby zdravotně postižených občanů zabezpečeny řadou právních předpisů, které je oproti zdravé populaci v mnohých směrech zvyhodňují.

Jsou jim poskytovány příspěvky na potřebné pomůcky a další potřeby, jsou zvyhodněni v systému sociální podpory, mají ochranu v zaměstnání, daňové úlevy a další. Některé z těchto výhod, především finančních, mají být do příspěvku na péči zahrnuty. Je proto jistě na místě položit si otázku, jak budou po uvedení zákona o sociální pomoci v platnost zabezpečeni zdravotně postižení občané, na něž se zákon vztahovat nebude.

12) Brudhansová D. a kol.: Sociální služby ve světle připravovaných reforem, I. díl

Řešení bychom spatřovali ve zpracování samostatného zákona o zdravotně postižených. Takovýto zákon by měl pro zdravotně postižené vytvořit podmínky pro co nejvíce možnou integraci do života majoritní společnosti. Jako dílčí podklad pro jeho zpracování by mohla být použita též práce V.Kuchařové využívající reprezentativní data sociologického výzkumu zdravotně postižených, který provedla agentura STEM v roce 1994 a poznatky pilotážního průzkumu mezi pracovníky sociálních referátů a úřadů práce.¹³

13) Kuchařová V., Lhotská V.: Podkladový materiál pro diskusi o státní intervenci ve prospěch zdravotně postižených, VÚPSV, září 1995

5. Rozhodování o přiznání příspěvku na péči

Kap. 13.3.5. Míra závislosti se stanoví u dospělých osob po posouzení 10 indikačních kritérií (zdravotní stav, psychický stav, duševní výkonnost, denní rytmus, sociální komunikace, schopnost integrace s okolím, orientační schopnosti, rozsah a dosah pohybových schopností, ošetrovatelská péče, stravování, osobní hygiena a oblékání, vedení domácnosti a údržba bytu, sociální a zájmové aktivity), u dětí po posouzení 8 indikačních kritérií (zdravotní stav, rozsah a dosah pohybových schopností, hrubá a jemná motorika, návyky-hygiena, oblékání, stravování, rozumový vývoj, myšlení a intelekt, integrace s okolím (v rámci rodiny, dětského kolektivu), řeč, schopnost komunikace, schopnost plnit navozené aktivity (chování, reaktivita) orientační schopnosti, potřeba ošetrovatelské péče). Každé indikační kritérium je rozděleno na čtyři položky, u nichž podpoložka 1. odpovídá 1 bodu, podpoložka 2. odpovídá 2 bodům, podpoložka 3. odpovídá 3 bodům a podpoložka 4. odpovídá 4 bodům. Bodovým hodnocením každého indikačního kritéria od 0 (soběstačnost, bez poruch funkce), dále 1 (minimální porucha), přes 2 (lehká porucha), dále přes 3 (středně těžká porucha) až po 4 (těžká porucha) se získá výsledná číselná hodnota, která určí míru závislosti. Z míry závislosti stanovené počtem bodů se následně určí kategorie závislosti na pomoci druhé osoby.

Kap. 13.3.6. Výsledkem posouzení indikačních kritérií je stanovení míry závislosti podle čtyř kategorií: Kategorie I - minimální závislost; Kategorie II - lehká závislost; Kategorie III - středně těžká závislost; Kategorie IV - těžká závislost

...Využívání příspěvku podléhá kontrole. Předmětem kontroly je zejména zjištění stavu osoby a její domácnosti (především zajištění stravy a hygieny).

Zpracovatel „návrhu“ ve zdůvodnění uvádí: Jde o princip kontroly s cílem zjistit, zda osoba použila příspěvek na péči pro účely sociálních služeb.

O přiznání příspěvku na péči má podle záměru návrhu zákona rozhodovat Indikační rada okresního úřadu na základě bodového hodnocení 10 (u dětí 8) „schopností“. Na počtu dosažených bodů bude pak záviset zařazení do příslušného stupně závislosti a tím i výše příspěvku.

Posouzení a stanovení míry závislosti považujeme pro přiznání příspěvku na péči za stěžejní záležitost. Aby však přiznaný příspěvek splnil svůj účel, považujeme za nezbytně nutné stanovit i rozsah služeb, které musí mít příjemce příspěvku s ohledem na sníženou míru své soběstačnosti zajištěn, což bude samozřejmě odlišné u dětí, dospělých i seniorů. Stanovením „optimální služby“ pro konkrétního příjemce příspěvku na péči by byl položen i základ pro objektivní kontrolu.

U dětí a mladistvých nelze počítat s tím, že postižení mají blíž k problematice zdravotní. Je nutné brát člověka jako celek a zajistit péči o něj v rámci tří resortů (MPSV, MŠMT, MZ) a péči komplexně provázat. Za „optimální službu“ je v těchto případech nutno stanovit i míru vzdělatelnosti a event. i přípravy na povolání nebo pracovní rehabilitaci. Důvodem je i skutečnost, že

rodiče zdravotně postižených dětí za umístění dětí do vzdělávacích zařízení platí.

6. Sociální služby - předpoklad realizace zákona o sociální pomoci

Předpokladem realizace zákona o sociální pomoci je dostatečně pestrá nabídka sociálních služeb. Tyto jsou v současné době poskytovány ústavní nebo terénní formou. Po roce 1990 se kromě státu stali zřizovateli služeb i další subjekty, především obce, církve, občanská sdružení, ale i fyzické osoby. Z tabulky č. 2 přílohy je však zřejmé, že u téměř 80% zařízení sociální péče je jejich zřizovatelem okresní úřad, magistrát a městský či obecní úřad, a že tedy pouze přibližně pětina stávajících zařízení byla zřízena jiným subjektem a lze o nich pravděpodobně i tvrdit, že vznikla po roce 1989. Získat však ucelený přehled o všech subjektech a jimi poskytovaných službách považujeme na základě našich zkušeností za téměř nemožné a z toho důvodu i za dosti problematické např. odhadnout objektivní počty potenciálních příjemců sociálních služeb poskytovaných v domácnostech.

Jak jsme již uvedli, podílí se na poskytování terénních služeb kromě státu řada nestátních subjektů včetně fyzických osob. Z počtu nestátních subjektů v sociální oblasti vzniklých po roce 1990 by se mohlo zdát, že základ konkurenčnímu prostředí v poskytování sociálních služeb již byl položen. Šetření ve vybraných okresech¹⁴⁾ však ukazuje, že v současné době není mnoho nestátních subjektů, které by poskytovaly pečovatelské služby v rozsahu dříve poskytovaném státem. Pokud tyto subjekty, s výjimkou obcí, pečovatelské služby uvádějí, jedná se většinou o úkony úzce související s jejich hlavní činností. Spíše lze tvrdit, že vznikly subjekty zaměřené na řešení specifických problémů jednotlivých zájmových skupin. K největšímu rozvoji terénních služeb došlo v oblasti zdravotních služeb zaměřených na pomoc

14) Veselá J., Slezáková L. " Terénní sociální služby ve vybraných okresech, VÚPSV, prosinec 1997

občanům prostřednictvím agentur domácí péče. Dále se nestátní subjekty zaměřují na poskytování některých úkonů pečovatelské služby a další specializované služby - pracovní uplatnění v chráněných dílnách, chráněné bydlení pro zdravotně postižené a bydlení v azylových domech, pomoc nemocným občanům, nácvik sebeobsluhy a používání kompenzačních pomůcek včetně jejich prodeje a oprav, prevenci trestné činnosti a drogové závislosti, poskytování ošacení, duchovní péči a vyřizování úředních záležitostí za občany. Uvedeným šetřením bylo také zjištěno, že připravovaným zákonem zamýšlené asistenční služby a osobní asistence jsou v současné době již v některých případech poskytovány. Bylo však také zjištěno, že práci osobních asistentů vykonávají nekvalifikované síly, obvykle ženy, doporučené úřadem práce.

7. Vybavenost obce a kvalita bytového fondu jako předpoklad možnosti poskytování sociální pomoci v domácnosti klienta

Pro poskytování sociální pomoci v domácnosti bude mít bezesporu velký význam vybavenost obce a vybavenost domácnosti příjemce sociálních služeb. Na situaci ve vybavenosti obcí jsme v souvislosti s možností poskytovat sociální pomoc již upozorňovali.¹⁵⁾ Dá se předpokládat, že absence některého vybavení obce či domácnosti může mít nepříímý vliv na vznik určité sociální události, kterou bude potřeba řešit formou sociální pomoci, může však být i příčinou, která poskytování péče v domácnosti bude komplikovat či znemožňovat. V.Kuchařová v této souvislosti mj. uvádí: Ve vztahu k velikosti místa bydliště nacházíme v menších sídlech nižší míru vybavenosti domácností a příjem na hlavu, ve větších městech naopak nižší hodnotu majetku (zřejmě pod vlivem častějšího vlastnictví rodinných domků na venkově, jejich hodnota je ovšem na venkově i ve městech vyrovnaná).¹⁶⁾

Nejhůře vybaveny z pohledu uspokojení základních potřeb občanů jsou obce velikostní skupiny do 199 obyvatel. Problémy malých obcí spočívají mj. v tom, že při jejich horším vybavení (mnohdy chybí vodovod, kanalizace, telefon, zařízení ambulantní péče apod.)¹⁷⁾ je zde relativně větší počet starších občanů závislých na pomoci dalších osob. Návrh zákona předpokládá, že nositelem sociální pomoci budou kromě rodin i nestátní subjekty. V našem šetření jsme však zjistili, že v malých obcích se v podstatě neuplatňuje při sociální péči činnost církve a občanských sdružení na území obce. Je tedy zřejmé, že tam, kde selže pomoc rodiny a komunity, bude tuto muset zabezpečit obec či stát ať již budováním potřebných zařízení nebo např. dalším posílením koupěschopnosti příjemce sociální služby. Z tohoto důvodu by proto bylo možná vhodné využít v návrhu záměru zákona uvažované snížení výše

15) Veselá J.: Poskytování sociální pomoci v obcích různých velikostních skupin, VÚPSV, květen 1994

16) Kuchařová v.: Staří lidé ve společnosti a v rodině. Část I. Životní podmínky rodin osob v poproduktivním věku v ČR, červen 1996

17) Veselá J.: Poskytování sociální pomoci v obcích různých velikostních skupin, VÚPSV, květen 1994

příspěvku při poskytování pomoci v rodině k další diferenciaci (předpokládá se již jeho zvýšení v souvislosti s nezaměstnaností) v závislosti na velikosti obce a kvalitě bydlení. Jako vodítko by mohly být použity údaje uvedené v publikaci „Obyvatelstvo, bydlení a bytový fond v územích České republiky 1961 - 1991.“¹⁸⁾ Kvalita bydlení je zde posuzována podle 9 ukazatelů, jejichž přítomnost byla podkladem pro vytvoření typologie okresů podle kvality bydlení. Hodnoceny byly následující ukazatele: počet bytů na 100 cenových domácností; podíl bytů I. a II. kategorie; průměrná obytná plocha na osobu; průměrný počet osob na 1 obytnou místnost; podíl bytů v domech z let 1946-1991; podíl bytů s plynem, vodovodem, napojených na veřejnou kanalizaci, s ústředním nebo etážovým topením. Velmi dobrá úroveň kvality bydlení je vykazována v 11 (14,5%) okresech, nadprůměrná v 15 (19,7%), průměrná ve 20 (26,3%), podprůměrná ve 24 (31,6%) a špatná v 6 (7,6%) okresech. Tabulka č.5 přílohy uvádí pořadí okresů podle uvedeného členění.

18) TERPLAN a.s.Praha: Obyvatelstvo, bydlení a bytový fond v územích České republiky 1961-1991, Definitivní výsledky sčítání lidu, domů a bytů 1991. Okresy-analýza, duben 1993

8. Zabezpečení pečujícího rodinného příslušníka

Příspěvek na péči je koncipován ve smyslu zabezpečení dostatku finančních prostředků na koupi potřebné sociální služby pro občana potřebujícího pomoc druhé osoby.

Potřeby pečujícího člena rodiny jsou v dosud platné právní úpravě zabezpečeny prostřednictvím nároku na příspěvek při péči o blízkou a jinou osobu. Vyplácená částka činí v závislosti na počtu ošetřovaných osob 1,6 nebo 2,7-násobku částky potřebné k zajištění výživy a ostatních základních potřeb pečující osoby. Bližší podmínky pro poskytnutí uvádějí příslušné právní předpisy.

Doba péče o rodinného příslušníka je považována podle zákona o důchodovém pojištění za dobu pojištěnou. Podmínkou je péče o dítě ve věku do 18 let, je-li dlouhodobě těžce zdravotně postižené a vyžaduje mimořádnou péči, a péče o blízkou převážně nebo úplně bezmocnou osobu nebo blízkou částečně bezmocnou osobu starší 80 let.

Splynutím příspěvku při péči o blízkou a jinou osobu se zamýšleným příspěvkem na péči nejsou, pokud bylo z naší strany návrhu záměru zákona o sociální pomoci správně porozuměno, řešeny nároky pečujících osob z důvodu nemoci ani důchodového pojištění. Předpokládáme však, že v této věci bude převzata současně platná právní úprava. Potom je však třeba zakalkulovat do nákladů na zavedení příspěvku i odvody na zdravotní a sociální pojištění, pokud je bude za pečujícího hradit stát. Tím, že návrh věcného záměru zákona o sociální pomoci vůbec nezmiňuje zabezpečení životních potřeb pečujícího člena rodiny, lze si dikci „návrhu“ vysvětlit i v tom smyslu, že příjemce příspěvku bude pečovatele z řad rodinných příslušníků „zaměstnávat“. Potom by příslušná pojištění měl pečovaný za „svého zaměstnance“ hradit. Nedovedeme si však takovéto řešení dost dobře představit v případě, že příjemcem příspěvku bude nezletilé dítě či nesvéprávný dospělý občan. Vzhledem k tomu, že naši respondenti na uvedenou skutečnost upozorňovali, považujeme za nutné uvést v paragrafovém znění zákona o sociální pomoci odkazy na zákony související.

V zájmu zvýšení odpovědnosti rodiny, ale i v zájmu vytvoření příznivých podmínek pro poskytování péče v rodině bychom považovali za vhodné umožnit všem členům rodiny se na péči v rámci rodiny podílet. Máme na mysli změnu současného zákonného opatření, kdy péče o rodinného příslušníka je pro účely důchodového pojištění započítávána tomu, kdo pečuje v převážné míře. Bylo-li by možné při péči např. o dementního seniora započítat pro nárok na důchod poskytovanou péči všem pečujícím dětem, byla by tato okolnost jistě administrativně náročná, na druhé straně by to však mohlo posílit soudržnost rodiny, ale především by mohlo dojít k posílení odpovědnosti dětí vůči rodičům.

V souvislosti s připravovaným zákonem o sociální pomoci by měla být rovněž řešena i další oprávnění pečujícího člena rodiny. Jde především o právo poskytovaný příspěvek za jeho příjemce převzít¹⁹. Problém nenastane v případech, kdy sám oprávněný bude schopen příspěvek převzít či ho bude přebírat ustanovený opatrovník. V případě těžce nesoběstačných seniorů, event. u mentálně postižených dospělých nezbavených svéprávnosti, bychom považovali za vhodné volit obdobný postup a podmínky, jako je tomu při výplatě důchodu - tj. ustanovit tzv. jiného příjemce. Vzhledem k tomu, že záměrem připravovaného zákona je poskytnout příjemci příspěvku co možná nejdelší pobyt v rodině, považovali bychom rovněž za vhodné rozšířit oprávnění k převzetí i v jiných případech, např. zásilek určených do vlastních rukou. Za vhodné bychom považovali i umožnit pečujícímu členu rodiny (ale i nepečujícímu) podávat za dospělého, nesoběstačného občana nezbaveného svéprávnosti potřebné žádosti. Současná praxe, kdy žadatelem musí být sám oprávněný a žádost jím musí být vlastnoručně podepsána, nutí k falšování podpisu. Jde o to, aby pečující osoba, v případě např. starých dementních rodičů, nebyla stresována nutností podávat žádost o zbavení svéprávnosti, nehledě na dlouhé lhůty soudů.

V souvislosti se změnou zákona bychom dále považovali za vhodné přizpůsobit situaci i potřebné tiskopisy. Současný obsah tiskopisu žádosti o

19) Návrh věcného záměru zákona o sociální pomoci toto předpokládá

umístění do ÚSP pro dospělé při použití např. pro nástup do domova důchodců považujeme ve stresové situaci, jakou sepisování žádosti do DD pro starého člověka bezesporu je, za přinejmenším nevkusný. Jsou jím totiž zjišťovány zajisté potřebné údaje (např. kdo zajistí pohřeb, zda je žadatel členem spolku Krematorium a další), ty však lze zjistit i jiným způsobem, např. při sociálním šetření v rodině, rozhovorem s rodinným příslušníkem apod.

9. Příspěvek na péči ve vztahu k některým dalším současným zákonům

13.3.10. Nárok na příspěvek vzniká splněním všech podmínek stanovených zákonem. Nárok na výplatu příspěvku vzniká splněním podmínek stanovených zákonem pro vznik nároku na příspěvek a na jeho výplatu a podáním žádosti o jeho přiznání. Změní-li se v období, na něž byl příspěvek přiznán, skutečnosti rozhodné pro nárok na příspěvek nebo jeho výši, posoudí se nově nárok na příspěvek a jeho výši ke dni, ke kterému k takové změně došlo.

Pro změnu příspěvku a jeho výplatu se stanoví tato pravidla:

Nárok na výplatu příspěvku nebo jeho části zaniká uplynutím jednoho roku ode dne, za který příspěvek nebo jeho část náleží.

Nárok na příspěvek zaniká, nebyl-li uplatněn do jednoho roku od naplnění skutečností rozhodných pro jeho přiznání.

Je-li oprávněná osoba ve vazbě nebo ve výkonu trestu odnětí svobody, zaniká jí nárok na příspěvek ode dne následujícího po uplynutí prvního kalendářního měsíce vazby nebo výkonu trestu odnětí svobody.

Nárok na příspěvek zaniká dnem smrti oprávněného.

Poznámka zpracovatele „návrhu zásad“: Jedná se o úpravu hmotně právního nároku na příspěvek na péči, zásada bude řešit okamžik, od kterého osobě nárok na výplatu příspěvku náleží i z hlediska zpětné účinnosti.

11.1.19. Služby sociální péče financuje poskytovatel služby a osoba. Obec může poskytnout příspěvek nestátním subjektům nebo jiné obci, které zajišťují poskytování služeb sociální péče občanům obce. Pokud nebude osoba schopna zaplatit ze svého příjmu cenu služby, může jí být poskytnut příspěvek na živobytí (viz 2.1.1.).

2.1.1. Osoba se nachází v hmotné nouzi, jestliže její příjem a příjem společně s ní posuzovaných osob nedosahuje částek životního minima, stanovených zákonem č.463/1991 Sb., o životním minimu, v platném znění, a nemůže si tento příjem zvýšit vzhledem ke svému věku, zdravotnímu stavu nebo z jiných vážných důvodů vlastním přičiněním, zejména vlastní prací nebo využitím majetku, a zabezpečení jejich základních životních potřeb je tak vážně ohroženo.

Při posuzování hmotné nouze osoby, která pobírá příspěvek na péči ve III. a IV. stupni a které je poskytována péče v domovech sociálních služeb, se zvyšuje částka životního minima o rozdíl mezi jeho disponibilními zdroji (tj. mezi výší příspěvku na péči a příjmem osoby vč. úspor) a výší nákladů na potřebnou péči uvedenou v akreditačních podmínkách.

Zákon o sociální pomoci předpokládá u dítěte přiznávání příspěvku na péči od věku tří let ve vazbě na biologické zvláštnosti dítěte, což je jistě s ohledem na v tomto věku nutnou péči rodičů správné. Avšak s ohledem na význam např. nutné včasné rehabilitace a případných nákladů s ní spojených, bychom za vhodné řešení považovali poskytování příspěvku na péči od co možná nejútlejšího věku (z přiložených kasuistik např. vyplývá, že rodiče některé druhy poskytované rehabilitace hradí, je vyžadováno školné ve stacionářích apod.).

Zákon č.155/1995 Sb., o důchodovém pojištění v § 42 odst. 1 uvádí podmínky pro přiznání plného invalidního důchodu a jeho výši v mimořádných případech. Podle znění tohoto zákona má na plný invalidní důchod nárok též osoba, která dosáhla aspoň 18 let věku, má trvalý pobyt na území České republiky a je plně invalidní, jestliže plná invalidita vznikla před dosažením 18 let věku a tato osoba z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu nemohla být účastna pojištění.

V souvislosti s uvažovaným zákonem o sociální pomoci se vtírá otázka, zda by situace osob, jimž dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav neumožnil se na důchodovém pojištění podílet, neměla být v celém rozsahu řešena prostřednictvím příspěvku na péči a v připravovaném zákoně zamýšleným příspěvkem na živobytí.

K úvaze nás vede např. současná praxe úhrady nákladů ústavní péče mentálně postiženými, kterým byl přiznán invalidní důchod za mimořádných podmínek. Ze šetření²⁰ provedeného v ÚSP pro mentálně postižené je zřejmé, že výše úhrady ústavní péče spolu ze zákonem stanovenou částí životního minima, která musí obyvateli zůstat, v současné době v podstatě kopíruje výši přiznaného invalidního důchodu.

V rámci ústavní péče je obyvatelům ústavů podle jejich schopností umožněna rehabilitace formou zapojení se do pracovní činnosti, za kterou jsou tito odměňováni. Část z těchto prostředků je ukládána na osobní účet postiženého a slouží k uspokojení jeho potřeb nad rámec, který mu může poskytnout ústav. Tyto částky nebývají za života obyvatele spotřebovány a jsou součástí dědictví, které pak připadá rodině, která se o postiženého nestarala. Jak vyplynulo z šetření v ústavech sociální péče pro mentálně postižené,²¹ dochází velmi často k přetrhání vazeb mezi postiženým a jeho rodinou, mnozí mentálně postižení jsou do ústavů umístěováni z důvodu nařízení ústavní výchovy. Počet rodin, které svého mentálně postiženého příslušníka v ústavu

20) Postoje rodičů mentálně postižených dětí umístěných v ústavech s celoročním provozem, In: Brudhansová D. a kol.: Sociální služby ve světle připravovaných reforem, I. díl

21) Brudhansová D. a kol.: Sociální služby ve světle připravovaných reforem, I. díl

vůbec nenavštěvuje se blíží jedné polovině, počet rodin, které si ho domů neberou se blíží jedné třetině. V úvahu by měly být brány i názory pracovníků ústavů, kterými zdůvodňují, proč by u některých svých svěřenců či obyvatel návrat do rodiny nedoporučili (viz tab. č. 1 - 3 zprávy Brudhansová a kol.: Sociální služby ve světle připravovaných reforem, I. díl, kap. 3. Postoje rodičů mentálně postižených dětí umístěných v ústavech s celoročním provozem).

U mentálně postižených bychom proto v rámci zákona o sociální pomoci považovali za vhodné řešit i dědická práva po obyvatelích ústavů sociální péče s celoročním pobytem v tom smyslu, aby některé finanční částky spadající do dědictví připadly zařízení, které péči postiženému poskytovalo.

Připravovaný zákon by měl řešit i dědická práva příspěvku na péči. Nezdá se nám správné, aby tato státní dávka byla součástí dědictví (u důchodu tak tomu je) jak k tomu v současné době dochází u zvýšení důchodu pro bezmocnost. V souladu s platným dnešním výkladem, zvýšení důchodu pro bezmocnost totiž může mít v rozhodnutí zpětnou platnost a stát tak vyplácí takto zvýšený důchod pozůstalým.

Otázka rozsahu dědictví ve vztahu k „ušetřeným“ státním dávkám či vkladům na kontech obyvatel ÚSP vzniklých z pracovní činnosti či jiným způsobem (např. při terénním šetření zaznamenán případ ukládání nespotřebované částky důchodu na vkladní knížku obyvateľky za dobu jejího opakovaného pobývání v psychiatrické léčebně, kde jí je péče poskytována „zdarma“), se nám zdá důležitá i z hlediska možné pozitivní nebo naopak negativní motivace jednání potenciálních pozůstalých. Nehledě na to, že příspěvek na péči, který by měl být přiznáván i se zpětnou platností, je ve své podstatě „dobrovolnou“ dávkou státu občanovi, který nemá prostředky na zajištění adekvátní péče z toho důvodu, že nemohl pro své zdravotní postižení pracovat, nebo proto, že se o něj jeho rodina nechce nebo nemůže starat.

V současné době je pečovatelská služba dospělým zdravotně postiženým a starým občanům poskytována za plnou nebo částečnou úhradu podle příslušné vyhlášky. Přihlíží se k věku, zdravotnímu stavu, příjmu a majetkovým poměrům občana a jeho rodinných příslušníků. Zabezpečení nezbytných životních potřeb se poskytuje bezplatně.

Návrh záměru zákona předpokládá, že příjemci služby sociální péče ve vlastní domácnosti by byl přiznán I. až III. stupeň příspěvku na péči. (I. stupeň při poskytování omezeného počtu úkonů pečovatelské služby (dovoz oběda), II. stupeň při poskytování komplexní pečovatelské služby, III. stupeň při v současnosti poskytovaném příspěvku při péči o blízkou osobu). Podle našeho názoru by tento příspěvek neměl být poskytován v navrhované paušální výši, ale v zájmu adresnosti vyplácení příspěvku by mělo být přihlíženo ke skutečným potřebám jeho příjemce, což by samozřejmě zvýšilo náročnost rozhodovacího řízení. V úvahu by měl být brán jako kritérium i věk 75 let, kdy, jak vyplývá z našeho šetření²², dochází u seniorů k většímu zlomu schopností (tab.č.6 přílohy). Navrhovaná výše příspěvku by tak mohla více vyjadřovat náročnost služby, která bude poskytována. Zajisté nelze klást rovnítko mezi náklady vynaložené pouze na dovoz jídla do domácnosti a poskytováním všech indikovaných úkonů pečovatelské služby, nehledě na to, že příspěvkem při péči o blízkou osobu byly zabezpečovány potřeby pečujícího. Záměr návrhu zákona přitom vychází z údaje, že pečovatelská služba je v současnosti poskytována cca 86 tis. osob. Z našeho šetření terénních služeb ve vybraných okresech však vyplývá, že je to právě dovoz jídla, který je seniory nejčastěji vyžadován - viz tab.č.7 přílohy, a že staří občané odhlašují některé úkony pečovatelské služby, což zdůvodňují vysokými úhradami.²³

Podmínky pro stanovení úhrady za ústavní péči jsou stanoveny vyhláškou č. 82/1993 Sb., v platném znění. Na základě její dikce je ústavní péče u dospělých hrazena z příjmu umístěného, obvykle důchodu a event. ze zvýšení důchodu pro bezmocnost s tím, že občanu musí zůstat jako kapesné z jeho příjmů stanovené % z částky ŽM potřebné k zajištění výživy a ostatních osobních potřeb.

U dětí a mládeže, pokud nejsou poživateli důchodu, nebo jsou-li poživateli sirotčího důchodu jednostranně osiřelého dítěte, hradí náklady za

22) Janata Z., Veselá J.: Sociální služby ve světle připravovaných reforem, II. díl, Postoje občanů důchodového věku k připravovanému zákonu o sociální pomoci

23) Veselá J., Slezáková I.: Terénní služby ve vybraných okresech, VÚPSV, prosinec 1997

pobyt rodiče nebo rodič, případně jiná osoba povinná výživou dítěte. Kapesné v tomto případě poskytuje ústav, jeho výše je stanovena uvedenou vyhláškou.

Tato vyhláška také umožňuje při oznámeném pobytu mimo ústavní zařízení snížení úhrady za pobyt. U dětí a mládeže pak, pokud jsou ústavu vypláceny přídavky na děti, se o jejich výši úhrada za pobyt rovněž snižuje. Ke snížení úhrady či k jejímu nevyžadování může dojít i v případě, že by příjem (obvykle rodiny) po zaplacení úhrady za pobyt klesl pod částku životního minima.

Návrh zásad zákona o sociální pomoci předpokládá u příjemců příspěvku na péči umístěných v ústavní péči s celoročním pobytem s jeho vyplácením tomuto zařízení. Není zmiňována výše podílu úhrady z ostatních příjmů (obvykle důchodů) obyvatel, či podíl rodičů na úhradě nákladů ústavní péče.

Ze šetření v ústavech sociální péče pro mládež²⁴ vyplynulo, že velká většina „dětí“ starších 18 let (73,1%) pobírá vlastní důchod. Úhrada ústavní péče byla stanovena 22,6% rodin a 4,3% rodin stanovena nebyla.

V zájmu dětí, které si rodiče z ústavu domů na přechodnou dobu berou, bychom považovali za vhodné, převzít v souvislosti s připravovaným zákonem tuto stávající úpravu a za dobu nepřítomnosti dítěte v zařízení poskytnout rodině alikvotní část příspěvku na péči. Podle našich zjištění, je téměř 70% dětí umístěných v ústavech pro mentálně postižené s celoročním pobytem bráno rodiči na přechodnou, různě dlouhou dobu domů.

24) Janata z., Veselá J. " Postoje rodičů mentálně postižených dětí umístěných v ústavech s celoročním provozem. In.: Sociální služby ve světle připravovaných reforem

10. Ochrana občana odkázaného na péči druhé osoby

Poskytování péče rodinnými příslušníky s sebou může přinést řadu negativních jevů, které bude v rámci platnosti zákona o sociální pomoci nutné eliminovat či řešit.

U starých občanů v praxi často dochází k situaci, že rodina pobírá sociální dávky, ale ve skutečnosti jim potřebnou péči neposkytuje. Lékaři tvrdí, že mnoho důchodců trpí nejen tím, že si jich příbuzní nevšímají, nemluví s nimi, ale mnohdy jim nedávají ani dost jídla, pití a léky.

Na rozdíl od týraných dětí nemůže lékař nebo sociální pracovník u strádajících starých lidí zasáhnout bez jejich souhlasu, pokud jsou svéprávní. Staří lidé však také zpravidla nechtějí, aby jim někdo v této situaci pomáhal, stydí se za to, že se k nim příbuzní špatně chovají, doufají, že za peníze, které jim odevzdávají, získají jejich náklonnost. Rovněž mentálně postižení nemusí pro svoji nedostatečnost umět svoji situaci posoudit.

Pokud o příjemce příspěvku bude pečovat rodina a kontrolou bude zjištěna špatná péče a zneužívání příspěvku, bude nutno řešit zabezpečení adekvátní náhradní péče. Garantem jejího zabezpečení by měl být podle našeho názoru stát, poskytovatelem subjekt, na který by praktický výkon péče byl státem delegován. V případě nezletilých dětí, ale rovněž v případě starých a dezorientovaných, popř. psychicky nemocných příjemců, navrhuje proto iniciovat soudní řízení o ustanovení opatrovníka, možnost nařízení ústavní péče a popř. další sankce podle okolností jednotlivých případů, včetně trestního stíhání.

11. Počty pracovníků podílejících se na realizaci zákona o sociální pomoci

Kap. IV.3. Věcný záměr zákona předpokládá vytvoření nové profese pracovníků sociální pomoci - care manager - což si vyžádá cca 450 pracovníků, z nichž určitá část může být převedena ze stavu současných pracovníků zabývajících se sociální péčí o staré a zdravotně postižené občany. Vytvoření funkce inspektorů sociální pomoci si vyžádá postupný nárůst cca 50 pracovních míst, které bude možné zabezpečit v rámci současné systemizace MPSV (v souvislosti s vytvořením VÚSC). Maximální náklady na vytvoření těchto pracovních míst činí 180 mil. Kč ročně....

Vzhledem k tomu, že návrh ponechává výplatu dávek sociální pomoci v působnosti pověřených obecních úřadů, není třeba ani zvyšovat počet pracovníků, kteří tuto činnost zabezpečují. Skutečnost, že je navrhováno, aby jednorázové dávky poskytované dosud obcemi v samostatné působnosti byly poskytovány rovněž pověřenými obcemi různými formami příspěvku na živobytí (opakující se, jednorázový, ve věcné nebo finanční formě) a zvláštního příspěvku, představuje rozšíření možných forem pomoci v rámci činnosti jednoho subjektu, avšak nebude bezprostředně znamenat nárůst objemu aktivit vyžadující posílení počtu zaměstnanců.

Návrh věcného záměru zákona o sociální pomoci předpokládá vytvoření nové profese pracovníků sociální pomoci - care manager a vytvoření funkce inspektorů sociální pomoci.

Podle zpracovatele návrhu záměru zákona nebude třeba zvyšovat počty pracovníků na pověřených obecních úřadech. Z našeho šetření realizovaného v roce 1992²⁵ ve třech vybraných okresech však vyplývá, že počty pracovníků jsou na těchto úřadech poddimenzované a jejich kvalifikace jen u části z nich odpovídá vykonávané práci. Tím samozřejmě nechceme říci, že svoji práci vykonávají špatně. O tom zda jsou počty pracovníků na těchto úřadech přiměřené, velké či malé, by bylo možno vést diskuse. Porovnáme-li však počty dávek, které jeden pracovník v tom kterém pověřeném obecním úřadu vyplácí, zjistíme jeho nerovnoměrné zatížení jednak v porovnání s ostatními pověřenými obecními úřady v rámci okresu, ale i v meziokresním měřítku. V úvahu je nutno

25) Veselá, J. "Poskytování sociálních pomoci v obcích různých velikostních skupin, VÚPSV, květen 1994

brát i nerovnoměrný počet obcí, které pod správu jednotlivých pověřených obcí spadají, a v neposlední řadě i rozlehlost katastrálního území, na kterém se tyto obce nacházejí (tab. č. 8, 9 přílohy převzaté z uvedené práce).

12. Kvalifikace některých poskytovatelů péče

Kap. 6.3.2. Všechny subjekty poskytující sociální služby musí být akreditovány. MPSV nebo okresní úřady poskytující sociální služby prostřednictvím fyzických či právnických osob povinnosti akreditace nepodléhají, akreditují se pouze tyto fyzické či právnické osoby. Akreditaci nepodléhají:

- *rodinní příslušníci poskytující péči odpovídající povaze sociální služby v rámci rodiny*
- *fyzické osoby, které poskytují sociální služby zdarma na základě svého náboženského přesvědčení,*
- *fyzické osoby poskytující sociální pomoc podle jiných právních předpisů (živnostenský zákon, občanský zákoník).*

Podle návrhu věcného záměru zákona o sociální pomoci mohou také potřebnou péči poskytovat rodinní příslušníci a fyzické osoby nepodléhající akreditaci. Řečeno jinými slovy, nemusí mít někteří poskytovatelé péče speciální znalosti, aby tuto mohli poskytovat. Při poskytování péče však mohou nastat situace, které pečovatel nebude umět řešit nebo nebude znát prostředky, které by mu poskytování služby ulehčily (záchvaty agresivity, pomůcky pro zdravotně postižené apod.). Nehledě na naše zjištění, kdy rodiče mentálně postižených dětí umístěných v současné době v ústavu sociální péče s celoročním pobytem měli nižší vzdělání, než je tomu u ostatní populace a jen ztěží tedy mohou bez výrazné institucionální odborné pomoci svým dětem adekvátní pomoc poskytovat. Výrazný podíl nízkého vzdělání jsme zjistili zvláště u matek. Neukončené základní vzdělání mělo 20,8% matek (13,7% otců) a ukončené základní vzdělání 25,5% matek (17,9% otců).²⁶

V těchto případech není řešena také právní ochrana pečujícího ani opečovávaného jak proti neúmyslnému ublížení tak i proti případnému zneužití.

Nebylo by tedy od věci uvažovat v rámci realizace zákona o sociální pomoci i o zřízení funkce instruktora péče, zvláště pro případy, kdy péči bude poskytovat pouze rodinný příslušník či osoba nepodléhající akreditaci. Takovýto pracovník by měl za úkol naučit příslušníky rodiny úkony, které jsou v rámci poskytované péče potřebné, mohl by rodiny instruovat o situacích, které

mohou v souvislosti s poskytovanou péčí nastat, neboť některé změny mohou mít dramatický průběh a potenciální pečovatel by o nich měl být předem poučen.

Jiným řešením by v těchto případech mohla být i povinnost neakreditovaného poskytovatele péče včetně pečujících rodinných příslušníků registrovat se u akreditovaného subjektu, který by pak mohl být nositelem potřebných informací a event. v oprávněných případech i náhradním poskytovatelem potřebné péče.

13. Závěr

Z našich poznatků lze vyvodit nepřipravenost „terénu“ v oblasti sociálních služeb pro tak radikální úpravu, jak z hlediska odbornosti, tak z hlediska veřejnosti, zájemců o tyto služby i rodinných příslušníků.

Vzhledem k tomu, že se jedná o právní normu, která ve svých důsledcích znamená zásadní změnu dosavadního systému financování a existence sociálních služeb a navrhuje nové, dosud neověřené prvky sociální pomoci, je nezbytné, aby zároveň s předloženým návrhem zákona byly předloženy i všechny vyhlášky, předpisy, pravidla a další odkazy na které se návrh záměru zákona o sociální pomoci odvolává.

Velkým problémem bude pravděpodobně i všeobecná dostupnost potřebných služeb a způsob, jakým budou řešeny případy realizace nároku na příspěvek při nedostupnosti služeb, především v malých odlehlých obcích.

Staří a dezorientovaní příjemci příspěvku se budou těžko orientovat na trhu poskytovaných služeb. Toto riziko je zejména v oblastech mimo větší města, kde jistě bude nabídka služeb větší a obyvatelé měst budou lépe orientováni.

Největší problém nastane zřejmě při kontrole využívání příspěvku za služby poskytované rodinným příslušníkem u starých a přestárých osob, u osob nesvéprávných a mentálně postižených včetně dětí .

Z důvodů uvedených v práci bychom považovali za vhodné zvážit, zda by některá z následujících doporučení nemohla být při praxi na zákonu o sociální pomoci, realizována:

- uvést do souladu se skutečností vykazovaná statistická data a upravit vykazování statistických dat tak, aby byla v souladu s transformujícím se sociálním systémem
- doplnit a upřesnit výčet sociálních služeb a zpracovat jejich standardy
- zvážit, zda by problematika zdravotně postižených neměla být v obecném smyslu řešena zvláštním zákonem

- uložit indikační radě jako povinnost stanovit v rámci řízení o přiznání příspěvku na péči, každému jeho příjemci konkrétní druh služby, která mu musí být poskytnuta
- zvážit, zda by nebylo vhodné stanovit finanční částky připadající na jednotlivé stupně závislosti v rozmezí tak, aby bylo možno více adresně vyjádřit podmínky, ve kterých budou sociální služby poskytovány, namísto již zamýšlených fixních částek (dnes zohledněna pouze regionální nezaměstnanost, péče poskytovaná ústavem a rodinou)
- v rámci zákona o sociální pomoci doporučujeme řešit i nároky pečujícího člena rodiny (důchodové a nemocenské pojištění, zabezpečení výživy a ostatních potřeb)
- upravit podpisová práva u žádostí o poskytování sociálních služeb a současně přizpůsobit obsah používaných tiskopisů
- zvážit u dítěte věk pro přiznávání příspěvku na péči, případně stanovit v některém jiném souvisejícím zákonu (např. námi navrhovaném zákonu o zdravotně postižených) příspěvky, kterými by bylo možno adresně pokrýt rehabilitační potřeby nejmladších dětí
- zvážit, zda by „invalidita z mládí“ nemohla být řešena nově v rámci navrhovaného zákona namísto přiznávání invalidního důchodu za mimořádných podmínek,
- zvážit, zda by z důvodů, které ve zprávě uvádíme, neměla být řešena i dědická práva po mentálně postižených obyvatelích ústavů sociální péče s celoročním provozem a dědická práva příspěvku na péči.

14. Přílohy

1. Tabulky

Tabulka 1 Počet zařízení sociální péče - ČR za rok 1997

druh zařízení	počet zařízení			
	státní	obecní	církevní	celkem
Domov důchodců	186	110	13	309
Domov-penzion pro důchodce	42	96	6	144
Ústav pro tělesně postižené dospělé občany	6	-	-	6
Ústav pro tělesně postižené dospělé občany s přidruženým mentálním postižením ^{x)}	-	-	-	-
Ústav pro tělesně postižené občany s více vadami ^{x)}	-	-	-	-
Ústav pro smyslově postižené dospělé občany ^{x)}	-	-	-	-
Ústav pro mentálně postižené dospělé občany	44	10	-	54
Ústav pro chronické alkoholiky a toxikomany ^{x)}	-	-	-	-
Ústav pro chronické psychotiky a psychopaty	-	3	-	3
Ústav pro tělesně postiženou mládež	3	-	-	3
Ústav pro tělesně postiženou mládež s přidruženým mentálním postižením	6	-	4	10
Ústav pro tělesně postiženou mládež s více vadami	-	-	3	3
Ústav pro mentálně postiženou mládež	105	36	5	146
Zvláštní zařízení pro výkon pěst. péče vč. vesničky SOS	24	8	-	32
Domov pro matky s dětmi	5	11	6	22
Azylové domy-pro občany společ. nepřizpůsobené a bezdomovce	10	20	10	40
Charitní domov pro řeholnice-obdoba domovů důchodců	-	-	22	22
ostatní zařízení	-	4	6	10
celkem	431	298	75	804

^{x)} ČSÚ za rok 1997 zařízení nevykazuje

Pramen: Síť vybraných zařízení sociální péče v České republice podle krajů za rok 1997, ČSÚ 1998

Tabulka 2 Počty zařízení sociální péče podle zřizovatele -stav k 31.12.1997

zřizovatel	abs.	%
Ministerstvo práce a sociálních věcí	11	1,9
Magistrát hl. m. Prahy	43	5,07
Česká katolická charita	22	2,59
Charita	15	1,77
Židovská obec	1	0,11
Obecní úřad	19	2,24
Okresní úřad	417	49,23
Městský úřad	188	22,19
Česká církev evangelická	14	2,24
Občanské sdružení	25	2,95
Diakonie české církve evangelické	1	0,11
Církev	6	0,70
Armáda spásy	7	0,82
Magistrát města	49	5,78
Evangelická církev metodistická	1	0,11
Církev československá husitská	1	0,11
Občanská charita	11	1,29
Fyzická osoba	6	0,70
Dětská vesnička	1	0,11
Diakonie	5	0,59
Český červený kříž	3	0,35
Arcibiskupství	1	0,11
celkem	847	100,0

Pramen: Přehled zařízení sociální péče v České republice (podle stavu k 31.12.1997), Zpravodaj Ministerstva práce a sociálních věcí, 6/1998

Tabulka 3 Počty dotazovaných podle deklarovaných schopností, přiznané bezmocnosti a informovanosti

Míra závislosti (komb. schopnosti)				Z nich počet dotazovaných, kteří:			
zajištění výživy	údržba bytu	chůze	osob. hyg.	počet respon. uvádějící komb. schop. (celkem)	mají přiznán některý stupeň bezmocnosti	o možnosti přiznání bezmocnosti neví	o možnosti přiznání bezmoc. jsou informováni
0	0	0	0	438	4	98	336
0	0	1	0	59	5	15	39
0	1	0	0	65	2	14	49
0	1	1	0	56	2	14	40
0	1	2	0	10	2	2	6
1	0	1	0	14	2	2	10
1	1	0	0	35	1	11	23
1	1	0	1	5	1	1	3
1	1	1	0	50	5	18	27
1	1	1	1	26	6	7	13
1	1	2	0	16	2	3	11
1	1	2	1	22	5	5	12
1	2	1	1	9	2	3	4
1	2	2	0	13	5	3	5
1	2	2	1	17	7	5	5
2	1	1	0	5	1	2	2
2	1	2	0	2	1	1	0
2	2	1	2	4	1	1	2
2	2	1	1	10	3	5	2
2	2	2	0	10	5	2	3
2	2	2	1	18	12	3	3
2	3	1	1	3	1	2	0
2	3	2	0	6	3	2	1
2	3	2	1	13	9	2	2
2	3	2	2	8	5	1	2
2	4	2	2	4	3	1	0
4	4	3	2	4	4	0	0

Míra závislosti (podle Kaplan, Torová, Vostrovská): 0-samostatnost, 1-minimální závislost, 2-lehká závislost, 3- střední závislost, 4-těžká závislost

Pramen: Janata Z., Veselá J.: Sociální služby ve světle připravovaných reforem, II. díl, Postoje občanů důchodového věku k připravovanému zákonu o sociální pomoci, VÚPSV, leden 1999

Tabulka 4 Počty příjemců pečovatelské služby a péče poskytované Agenturami domácí péče ve vybraných okresech ve vztahu k počtu obyvatel okresu

	okres číslo				celkem
	1	2	3	4	
počet obyvatel okresu celkem	125 090	112 326	162 861	118 525	518 802
počet obyvatel nad 60 let věku	17 648	20 091	30 804	19 210	87 735
počet příjemců PS	727	859	1 023	736	3 345
počet klientů ADP	1 674	737	416	780	3 607

Pramen: Statistická ročenka z oblasti práce a sociálních věcí-údaje za rok 1995; sdělení poskytovatelů pečovatelské služby; Výkaz o činnosti ZZ A(MZ) 1-01-domácí péče stav k 31.12.1995

Tabulka 5 Konečné pořadí okresu podle úrovně kvality bydlení 1991

okres	konečné pořadí okresu	úroveň bydlení	okres	konečné pořadí okresu	úroveň bydlení
Most	1	velmi dobrá	Jablonec nad Nisou	39	průměrná
Ústí nad Labem	2		Prachatice	40	
Chomutov	3		Mělník	41	
Ostrava-město	4		Šumperk	42	
Teplice	5		Rokycany	43	
Plzeň-město	6		Havlíčkův Brod	44	
Sokolov	7		Rychnov nad Kněžnou	45	
Opava	8		Jindřichův Hradec	46	
České Budějovice	9		Hodonín	47	podprůměrná
Brno - město	10		Náchod	48	
Pardubice	11		Blansko	49	
		nadprůměr-			

Česká Lípa	12	ná
Karviná	13	
Nový Jičín	14	
Cheb	15	
Litoměřice	16	
Hradec Králové	17	
Český Krumlov	18	
Mladá Boleslav	19	
Frýdek-Místek	20	
Tábor	21	
Kroměříž	22	
Karlovy Vary	23	
Zlín	24	
Pehlřimov	25	
Strakonice	26	
Louny	27	průměrná
Příbram	28	
Bruntál	29	
Liberec	30	
Jihlava	31	
Přerov	32	
Písek	33	
Kladno	34	
Tachov	35	
Praha	36	
Děčín	37	
Olomouc	38	

Vsetín	50	
Uherské Hradiště	51	
Jičín	52	
Trutnov	53	
Klatovy	54	
Praha-východ	55	
Třebíč	56	
Břeclav	57	
Prostějov	58	
Domažlice	59	
Ústí nad Orlicí	60	
Vyškov	61	
Rakovník	62	
Plzeň-sever	63	
Semily	64	
Žďár nad Sázavou	65	
Benešov	65	
Chrudim	66	
Beroun	67	
Kolín	68	
Svitavy	69	
Praha-západ	70	špatná
Brno-venkov	72	
Nymburk	73	
Kutná Hora	74	
Plzeň-jih	75	
Znojmo	76	

TERPLAN a.s. Praha: Obyvatelstvo, bydlení a bytový fond v územích České republiky 1961-1991. Definitivní výsledky sčítání lidu, domů a bytů 1991, okresy-analýza, duben 1993

Tabulka 6 Schopnosti seniorů podle věku

sledovaná schopnost	věková kategorie					
	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85+
dokáží si bez problémů nakoupit a uvařit	78,6	68,3	61,0	53,4	31,9	23,3
všechny domácí práce si jsem schopen obstarat sám	72,1	64,7	44,4	36,6	20,2	13,3
chůze jsem schopný bez obtíží	75,5	65,3	51,9	40,4	21,3	20,0
osobní hygienu si obstarávám zcela samostatně	91,3	85,3	83,0	73,3	54,3	51,7

Pramen: Janata Z. Veselá J.: Sociální služby ve světle připravovaných reforem, II. díl, Postoje občanů důchodového věku k připravovanému zákonu o sociální pomoci, VÚPSV, leden 1999

Tabulka 7 Počty poskytovaných úkonů PS ve vybraných okresech - podle druhu a pořadí četnosti

poskytovaný úkon PS	počet poskytovaných úkonů		
	pořadí	abs.	%
donáška nebo dovoz oběda nebo jiného teplého jídla	1	2149	35,6
nákupy a nutné pochůzky	2	964	15,9
ošetření nohou (pedikúra), masáž, vodová ondulace, zástřih vlasů	3	689	11,4
práce spojené s udržováním domácnosti	4	661	10,9
velký úklid bytu, mytí spol. prostor domu, malování apod.	5	427	7,1
praní drobného osobního prádla včetně jeho žehlení a drobné úpravy	6	330	5,4
celková koupel včetně umytí vlasů ve středisku hygieny	7	248	4,1
praní velkého prádla, prádla značně znečištěného ve středisku osobní hygieny	8	115	1,9
jednoduché ošetřovatelské úkony	9	111	1,8
běžné úkony osobní hygieny, pomoc při oblékání, pomoc při přesunu na vozík, na lůžko, pomoc při použití WC	10	100	1,7
celková koupel včetně umytí vlasů v domácnosti příjemce	11	67	1,1
příprava a uvaření snídaně nebo oběda, případně svačiny nebo večeře	11	67	1,1
dohled nad dospělým občanem od 6-22 hod	12	52	0,9
doprovod na vyšetření, doprovod do zaměstnání, při krátkodobém pobytu mimo domov, pomoc při denních rehabilitačních, rekreačních, kulturních, vzdělávacích, zájmových nebo pracovních aktivitách	13	33	0,5
donáška vody nebo topení v kamnech, popřípadě čištění kamen	14	3	0,1
průvodcovská služba pro nevidomé na lékařské vyšetření a vyřizování úředních záležitostí	15	1	0,01

Pramen: Veselá J., Slezáková L.: Terénní sociální služby ve vybraných okresech, VÚPSV, prosinec 1997

Tabulka 8 Podíl vyplácených sociálních dávek pověřenými obecními úřady vybraných okresů

pověřený obecní úřad	počet spravovaných obcí	úhrn obyvatelstva	počet aktuálně vyplácených dávek k 31.12.1992		počet aktuálně vyplácených dávek k 31.12.1992 připadajících na 1 prac POÚ ^x		počet pracovníků soc. referátu pověřeného úřadu	
			vyplácených dávek celkem	z toho jednorázových	celkem	z toho jednor	současný stav pracov.	potřeba při 100 klient. 1 prac.
Louny	33	38.400	1.236	582	155	73	8	12,4
Podbořany	11	15.27	843	201	120	29	7	8,4
Žatec	17	32.513	2.016	797	224	89	9	20,2
okres Louny celkem ^{xx}	61	86.640	4.095	1.580	170	66	24	40,9
Havlíčkův Brod	33	39.683	292	24	58	5	5	2,9
Golčův Jeníkov	8	4.610	161	62	161	62	1	1,6
Chotěboř	32	23.507	277	15	69	4	4	2,8
Ledeč n.Sázavou	16	10.543	116	3	39	1	3	1,2
Přibyslav	10	6.897	nezjištěno	nezjištěno	-	-	-	-
Světlá n.Sázavou	10	10.871	188	88	47	22	4	1,8
okres Havlíčkův Brod celkem	109	96.113	1.034	192	61	11	17	10,3
Mladá Boleslav	78	74.845	1.341	264	192	38	7	13,4
Bělá pod Bezdězem	3	5.744	nezjištěno	nezjištěno	-	-	-	-
Benátky nad Jizerou	12	11.065	87	5	29	2	3	0,8
Mnichovo Hradiště	22	20.040	nezjištěno	nezjištěno	-	-	3	-
sledované okresy celkem	285	294.477	6.557	2.041	221	38	54	65,6
okres Mladá Boleslav celkem	285	11.694	1.428	269	110	21	13	14,3

^{x)} Pověřený obecní úřad

^{xx)} Počet dávek vyplácených pověřenými obecními úřady v okrese Louny je ovlivněn počtem dávek vyplácených z titulu nezaměstnanosti

Pramen: Veselá J.: Poskytování sociální pomoci v obcích různých velikostních skupin, VÚPSV, květen 1994

T a b u l k a 9 Kvalifikační struktura pracovníků sociálních referátů pověřených obecních úřadů ve vybraných okresech

pověřený obecní úřad	dosažené školní vzdělání			
	nižší než střední s maturitou	střední sociálně právní škola	jiní střední odborné nebo střední všeobecné vzdělání s maturitou	vysokoškolské vzdělání
Louny	-	2	5	1
Podbořany	1	3	3	-
Žatec	1	-	8	-
Okres Louny	2	5	16	1
Havlíčkův Brod	1	-	4	-
Golčův Jeníkov	-	-	1	-
Chotěboř	neuveďeno	neuveďeno	neuveďeno	neuveďeno
Ledeč nad Sázavou	-	-	3	-
Přibyslav	neuveďeno	neuveďeno	neuveďeno	neuveďeno
Světlá nad Sázavou	-	-	4	-
Okres Havlíčkův Brod	1	-	12	-
Mladá Boleslav	neuveďeno	neuveďeno	neuveďeno	neuveďeno
Bělá pod Bezdězem	neuveďeno	neuveďeno	neuveďeno	neuveďeno
Benátky nad Jizerou	-	1	2	-
Mnichovo Hradiště	-	-	2	1
Okres Mladá Boleslav	-	1	4	1

Veselá J.: Poskytování sociální pomoci v obcích různých velikostních skupin, VÚPSV, květen 1994

2. Vybrané názory pracovníků okresních úřadů

1) V praxi je možné, že budou velmi časté případy, kdy klient nebude používat prostředky na poskytování služeb - zejména u starých a invalidních občanů z důvodu všeobecně známé šetrnosti, nebo neschopnosti ze zdravotních důvodů. U rodin s dětmi lze počítat i s tím, že rodina použije prostředky na jiné účely a dojde k zneužití dávky. U geriatrických případů a dementních je pravděpodobné, že klient zneužití nezaviní přímo - zákon by měl

upravit tzv. náhradního příjemce a zvážit, kdo může být náhradním příjemcem v případě absence rodinného příslušníka, ev. blízké osoby.

2) Máme vážné obavy, že zvláště u dětí dojde ke zhoršení jejich rozvoje, neboť rodiny, které se o ně nechtěly nebo neuměly starat (děti byly v kolektivním zařízení) budou si chtít příspěvkem zlepšit svou ekonomickou situaci, ale péči zajišťovat nebudou, ať již z nedbalosti nebo neschopnosti.

3) Někteří občané s tělesným postižením (i vozíčkáři) podle našich zkušeností svůj handicap nezvládají a kompenzují svou situaci alkoholem. Využití příspěvku na předpokládaný účel je zde též vážně ohroženo. Vzhledem k tomu, jak rostou náklady na bydlení a zajištění živobytí, lidé neschopní dobře hospodařit utratí peníze za tyto položky rozpočtu a na služby jim nezbude tolik, kolik by s ohledem na své postižení potřebovali.

4) Problém bude u některých starších občanů, kteří nejsou již dostatečně orientováni a v neposlední řadě zde často působí negativně rodina (odebírání i důchod apod.) Mám obavy, zda občané těmito penězi nebudou suplovat chybějící peníze na domácnost, nájemné apod. a zůstanou nadále v terénu bez pomoci. V zákoně by mělo být jasně uvedeno, že celou částku musí občan použít na sociální služby.

5) Z praxe je známo, že finanční dávky, a to zejména dávky ve vyšším finančním ohodnocení jsou zneužívány rodinnými příslušníky nejvíce. Někteří občané pobírající příspěvek nebo příslušníci rodiny nebudou schopni (ochotni) sdělit negativní skutečnosti týkající se péče.

6) I přes jistě dobré úmysly se změnou zákonné úpravy na tomto úseku máme obavy, aby se našlo dostatek zařízení, jež by péči poskytovala. Na jejich provozu totiž nikdy nelze vydělat a těžko předpokládat charitativní pohnutky v tak velkém měřítku. Jak řešit situaci, kdy ve spádovém území např. nebude (třeba i jen přechodně) žádná nabídka potřebných zařízení a jiné "cizí" zařízení bude chtít za poskytování péče nemalé příplatky?

7) Domníváme se, že konkurence v dané oblasti v našem regionu nebude tak velká, že by zrušené služby byly okamžitě nahrazeny jiným

subjektem. Navrhujeme zapracovat do návrhu zákona sankce poskytovatelům služeb, včetně finančních postihů (pokut, úhrady nákladů vzniklých státu v souvislosti se zajištěním péče o potřebné občany apod.) v případě, že budou svoje povinnosti porušovat.

8) Zjištění a posouzení nevyužívání nebo zneužívání příspěvku na péči o zdravotně postižené nezletilé děti bude velmi problematické s ohledem na různou sociální úroveň rodin a odlišných představách rodičů o rozsahu a úrovni nutných potřeb dítěte. Zvláštní příjemce by mohl být využíván především u primitivních rodin, které žijí na nízké sociální úrovni a problém využití příspěvku je v jejich neschopnosti a není záměrné.

9) Vzhledem k tomu, že tento příspěvek má být poskytován osobám, které pro svůj nepříznivý zdravotní stav jsou závislé na péči jiné osoby, věříme, že bude kladen veliký důraz k zabezpečení kontroly využívání příspěvku pro jeho daný účel.

3. Kasuistiky

Rodiny pečující o postižené dítě v domácnosti

1) Úplná rodina s jedním dítětem. Otcí je třicet pět let, matce třicet čtyři let a dítěti šest let. Otec je zaměstnán, dosáhl nižšího středního vzdělání, matka má vyšší střední vzdělání a v současné době je se svým postiženým dítětem doma, na mateřské dovolené.

Ekonomické zabezpečení této rodiny v roce 1997 tvořily dále následující příjmy: čistý měsíční příjem otce ze zaměstnání - 15 000 Kč, rodičovský příspěvek - 2 200 Kč, přídavek na dítě - 230 Kč, příspěvek na provoz motorového vozidla - 583 Kč (za rok 7000 Kč). Celkem měla tato rodina měsíčně k dispozici 18 013 Kč. Svoji finanční situaci hodnotí v tom smyslu, že má občas potíže vyjít s penězi.

Dítě bylo posudkovou komisí uznáno za dlouhodobě těžce zdravotně postižené, je držitelem mimořádných výhod III. stupně. Péči kterou dítě potřebuje zabezpečuje matka v kombinaci s péčí poskytovanou integrační školou (rozsah do 4 hodin denně).

Jedná se o chlapce s DMO - spastická diparesa. Podle sdělení rodičů chlapec chodí, ale špatně, neujde daleko, mentálně je naprosto v pořádku.

Rodina si za svůj perspektivní cíl vytýčila připravení syna pro nezávislý život, pro tento výsledek vyvíjí maximální úsilí.

Zkušenosti rodiny směřující k dosažení vytyčeného cíle (citace):

- matka nemůže pracovat, musí s chlapcem 2x - 3x denně cvičit, dítě se musí vozit do speciálního zařízení (potřeba přiměřeného kolektivu pro dítě), jako doplňkovou terapii poskytuje rodina chlapci hipoterapii a cvičení v bazénu

- pravidelné měsíční platby pro potřeby dítěte uvádí rodina ve výši cca 2 500 Kč, dílčí položky vyčísluje následovně:

koně : 2x týdně á 70 Kč = 560 Kč + benzin

voda : 1x týdně á 140 Kč = 560 Kč + benzin

rehabilitace: 1x týdně zácvik á 200 Kč = 800 Kč

školné integrační školky aj. = 600 Kč

- velké jsou zejména jednorázové částky:

rehabilitační stůl = 7000 Kč

rehabilitační balóny = 600 - 1200 Kč

rehabilitační kočárky = 60000 - z toho 20000 Kč hradí pojišťovna

ortopedické boty = 5000 Kč - z toho 50% hradí pojišťovna (dítě potřebuje

nejméně 4 páry ročně = 2500 x 4 = 10000 Kč)

úprava kola na tříkolku = 5000 - 7000 -50% hradí úřad

- další množství nejrůznějších pomůcek (kulaté tužky, speciální úchytky na přístroje atd.) - pojišťovna hradí jen nejnutnější.

2) Úplná rodina s oběma vlastními rodiči, se dvěma dětmi ve věku 11 a 9 let, postižené dítě se narodilo jako druhé v pořadí. Otci je 46 let, je vysokoškolák. Matka má rovněž vysokoškolské vzdělání, je jí 44 let, je v domácnosti.

Zdravotně postižené dítě bylo posudkovou komisí uznáno za dlouhodobě těžce zdravotně postižené, je držitelem průkazu ZTP/P, pečuje o ně matka v kombinaci s pobytem dítěte ve stacionáři do 4 hodin denně.

Na otázku, jak hodnotí rodina svoji finanční situaci uvádí, že pociťuje trvalý nedostatek financí. Čistý měsíční příjem otce ze zaměstnání v roce 1977 byl 12 000 Kč. Ze sociálních dávek rodina pobírala: přírůstek na dítě,

rodičovský příspěvek, příspěvek při péči o blízkou osobu a příspěvek na provoz motorového vozidla - jejich celková výše podle sdělení činila měsíčně 4 500 Kč.

Běžné měsíční výdaje na postižené dítě uvádí rodina ve výši 4 300 - 5 200 Kč. Uváděné konkrétní měsíční výdaje má podle sdělení rodina následující:

nadstandardní strava - 500 Kč

pleny (podle stáří) - 700 - 1 500 Kč

masážní prostředky - 300 Kč

benzin - 500 Kč

prostředky alternativní medicíny - 1 000 Kč

rehabilitace - 400 Kč

léky - 300 - 400 Kč

telefon (lékař, rehab. školka) - 500 Kč

svoz - 100 Kč.

Jako jednorázové výdaje spojené s péčí o postižené dítě v rodině byla uvedena částka 54 800 Kč. V této sumě konkrétní položky činí:

nezbytné doplňky ke kočárku - 12 000 Kč

rehabilitační podložka 5 000 Kč

rehabilitační míč 800 Kč

perličková koupel 10 000 Kč

autosedačka 1500 Kč

postýlka (byla klec) 12 000 Kč.

Mezi jednorázovými částkami uvedla rodina ještě sumu 5 500 Kč (ortopedické boty - 1 500 Kč a 4 000 Kč - nečitelné).

3) Úplná rodina s oběma vlastními rodiči, matce je 39 let, je v domácnosti, stará se o své postižené dítě, využívá možnosti denního pobytu dítěte ve stacionáři s délkou docházky do 4 hod. denně. Otcí je 41 let, pobírá plný invalidní důchod. Oba rodiče jsou středoškoláci. Rodina má dvě děti ve věku 17 a 15 let. Mladší dítě bylo posudkovou komisí uznáno jako dlouhodobě těžce zdravotně postižené, je držitelem průkazu ZTP/P.

Čistý měsíční příjem vykazuje tato rodina ve výši 13 300 Kč. V této částce je zahrnut invalidní důchod otce ve výši 3 800,- Kč, příjem 9 500,- Kč je tvořen sociálními dávkami (přídavek na dítě, sociální příplatek, příspěvek při péči o blízkou osobu, některý z příspěvků: na bydlení, na nájemné, na zvýšení cen tepla, na zvýšení cen energií a doplatek do životního minima).

Rodina považuje za nejlepší způsob poskytování potřebné péče výchovu v rodině. V budoucnu, až by se rodiče nemohli starat, by volili buď další pobyt dítěte doma za pomoci placeného pečovatele nebo možnost života v chráněném bytě.

Rodiny mající dítě umístěno v ÚSP s celoročním provozem

4) Neúplná rodina v čele s otcem a dvěma dětmi, z nichž jedno je postiženo těžkou mentální retardací a je umístěno v ÚSP s celoročním pobytem. Jedná se o dvacetiletého chlapce, který je mobilní, jeho mentální postižení je kombinováno s poruchami psychiky. Chlapec je v ústavní péči již 13 let, rodina ho vůbec nenavštěvuje, ani si ho nebere domů. Úhrada nákladů za pobyt svěřence v ÚSP je hrazena ve výši 3 480 Kčs z jeho důchodu. Rodina uvádí, že umístění dítěte jí zcela vyhovuje, protože dítě má v ústavu zajištěny všechny své potřeby a péči by těžko zvládla.

Podle pracovníků ústavu nepřipadá v úvahu, že by si rodina dítě domů vzala z důvodu jejího nezájmu. Pracovníci by návrat do rodiny u tohoto chlapce ani nedoporučovali, neboť potřebuje komplexní péči a stálý dozor a rodiče by toto nebyli schopni zajistit.

Chlapcovu situaci dokresluje dopis matky, který byl k dotazníku přiložen:

„ Vážený ústave!

Je pravda, že jsem podruhé vdaná za pana Balšánka, ale ten také pobírá jako já plný invalidní důchod. Je duševně nemocný, má schizofrenii a už se léčí 15 let. Žádné peníze na Fandika Vám posílat nemůžeme, protože důchody nám stačí akorát tak na obživu. Fandika si vzít domů v žádném případě nemůžeme, jelikož jsme oba duševně nemocní a často jsme oba dva na léčení. Jsme každou chvíli buď v léčebně v Horních Beřkovicích nebo v Litoměřicích na psychiatrii. Správně by si mého syna měl vzít domů můj bývalý

muž Soukup František. Při rozvodu se dohodlo, že na mého syna bude platit on.“

5) Neúplná rodina v čele s 56 letou matkou (otec neudán), která je obyvatelekou ústavu pro mentálně postižené, neumí číst a psát, ani podle sdělení vedoucí ústavu není schopna otázky dotazníku pochopit. Dceři je 17 let, od svých 4 let je umístěna v ÚSP s celoročním pobytem. Jedná se o mobilní dívku se střední mentální retardací vyžadující komplexní péči. Matce byla vyměřena úhrada ústavní péče ve výši 826 Kč.

6) Úplná rodina s oběma vlastními rodiči a 3 dětmi. Matce je 59 let, otci 60 let, oba jsou starobní důchodci a mají ukončené základní vzdělání. Rodina žije v malé obci (do 499 obyvatel). Volbu rodičů pro umístění dítěte do ÚSP s celoročním pobytem ovlivnily následující okolnosti: ohled na výchovu ostatních sourozenců; péči, kterou dítě potřebovalo neuměli zajistit; péče byla časově příliš náročná; v okolí bydliště nebylo denní zařízení pro postižené děti; nenašli nikoho, kdo by jim radil při výchovných problémech s dítětem; dítě potřebovalo péči, která byla příliš finančně náročná; matka, která o dítě pečovala, nemohla nastoupit do zaměstnání a klesla ekonomická úroveň rodiny; rodiče si mysleli, že jejich dítěti bude nejlépe mezi dětmi stejně postiženými.

Dítěti je v současné době 24 let, v ústavu je od svých 15 let. Je postiženo střední mentální retardací kombinovanou s tělesným postižením, je imobilní. Úhrada nákladů ústavní péče je hrazena z důchodu, který dítě pobírá ve výši 5 055 Kč. Rodina dítě v ústavu navštěvuje asi jednou za půl roku, doma dítě tráví asi 50 dnů v roce. Rodiče uvádějí, že žádná finanční částka není tak vysoká, aby uvažovali o možnosti návratu dítěte do rodiny, protože potřebnou péči by těžko zvládli. Podle pracovníků ústavu by rodiče byli schopni pro dítě zajistit adekvátní péči, jeho návrat do rodiny by však nedoporučovali z důvodu primitivních bytových podmínek a pro stáří a nemoc rodičů.

V přiloženém dopise rodiče uvádějí: “Naše dítě je postiženo tak, že si je domů vzít nemůžeme. Má obrnu půl těla, je na lůžku. Jsme oba důchodci, takže se na to necítíme. Dceru si bereme tak na 2 měsíce ročně, aby se vůbec podívala domů”.

7) Úplná rodina s oběma vlastními rodiči a dvěma dětmi, matce je 45 a otci 47 let. Rodina bydlí v Praze. Dítě domů z ÚSP s celoročním pobytem by si vzala za předpokladu, že by výše příspěvku na péči byla tak vysoká, že by nebylo nutné žádat o další sociální dávky. Rozhodnutí pro celoroční zařízení bylo podmíněno především okolností, že v místě bydliště nebylo denní zařízení a také okolnost poklesu ekonomické úrovně rodiny zapříčiněná péčí matky o dítě a tudíž nemožnosti jejího zaměstnání. Rozhodování zčásti ovlivnily i další okolnosti: obava, že dítě výchovně nezvládnou; ohled na výchovu ostatních sourozenců; náročnost speciální péče; absence poradenství a předpoklad, že dítěti bude nejlépe mezi stejně postiženými.

4. Názory rodičů zdravotně postiženého dítěte vychovávaného v rodině

1) V příloze k dotazníku byl vysvětlující dopis. V něm se uvádí, že v případě poskytování péče rodinnými příslušníky bude výše příspěvku ve III. a IV. skupině snížena o 20, resp. 10%. Není zde vysvětleno, zda se jedná o péči zajišťovanou pouze rodinou nebo převážně (kombinace stacionář dopoledne, jinak rodina) nebo zcela ústavem. Dále mi není jasná návaznost péče o postiženého a regionální nezaměstnanost. Mám obavy, že částka, byť se zdá ve IV. kat. dosti vysoká, po zvážení cen služeb (např. rehabilitace dle prof. Vojty doma, asistence, hlídání apod.) vystupuje v jiném světle.

Náklady na ostatní pomůcky, např. autosedačka, počítač atd. nejsou bohužel zakalkulovány nikde. Získat na sociálním odboru fakultativní dávku je téměř nemožné.

Do celkové situace rodiny je třeba započít také ztrátu kvalifikace pečujícího rodiče. Neexistuje respitní péče, takže rodič nemá nárok na jakýkoli odpočinek, ani dovolenou, ačkoli je placen státem. Jeho situace se zhoršuje tím více čím déle je s dítětem doma, tzn. v případě velmi těžkých postižení.

2) Ráda bych Vám k dotazníku, který jsem dostala k vyplnění, napsala několik námětů vycházejících z praxe osmiletého pečování o tři syny, z nichž nejmladší je psychomotoricky retardovaný a nekomunikující (ve svých téměř 8

letech mentálně odpovídá zhruba ročnímu dítěti, navíc silně krátkozraký (-9 dioptrií) a téměř hluchý; přes své handicapy je to dítě opětuující projevovanou lásku a pozornost). Předem se omlouvám, ale vzhledem k obsáhlosti tématu mám obavy, že se mi nepodaří být stručná.

Dosavadní systém sociální péče naprosto ignoruje postavení rodičů pečujících doma o své postižené děti a mám obavy, že nový systém tento nevšímavý postoj přejímá. Mám pouze neúplné informace z tisku (např. časopisu Sociální politika, který vydává MPSV), a proto bych byla velmi ráda, kdyby se někdo znalý problému a kompetentní k rozhodování alespoň pokusil zjistit, dříve než bude nový zákon předložen ke schvalovacímu řízení, zda je v novém zákoně pamatováno i na tento poněkud opomíjený problém, který se určitě týká všech osamělých matek, které se, přes všechny problémy, rozhodnou postarat se o své postižené děti a neodloží je do ústavu, aby se postaral stát.

Příspěvek (ať už „na péči..“ nebo „při péči...“) přestává být příspěvkem, jedná-li se o jediný zdroj peněz pro rodinu. Pokud se matka rozhodne postarat o své postižené dítě podle jeho potřeb, nemá žádný vlastní příjem (osamělé matky nemají ani vlastní ani žádný jiný) a v podstatě ho vlastně ani mít nemůže (což vysvětlím v dalším bodě).

Ze statistik vyplývá, že výrazně nadpoloviční většina matek zůstává se svými postiženými dětmi sama a tudíž, kromě výživného na děti, přídavků na děti a dalších státních „příspěvků“, nemá jiný zdroj příjmu. V této souvislosti mi připadá tendence při formulování zákonů předpokládat, že pečující rodina je úplná, jako předpoklad neodpovídající skutečnosti a také proto pak nemohou zákony a předpisy fungovat tak, jak by byla potřeba.

Kromě toho se vůbec nebere ohled na to, že osamělé matky často pečují ještě o další zdravé děti, které, jsou-li školou povinné, jsou odkázané na stejné finanční zdroje, jejichž výše není určována počtem rodinných příslušníků, kteří jsou na nich závislí. Výsledkem je životní úroveň takovéto rodiny na hranici ŽM.

Bylo by dobré také brát v úvahu i to, že po nějaký čas lze z omezených finančních zdrojů žít, ale rozhodnete-li se postarat o postižené dítě, není to obvykle na omezenou dobu, ale ve svých důsledcích vlastně do konce života.

Pokud tento problém nebude posuzován komplexně i s důsledky, budou vznikat teorie, že cizí člověk pečující o postiženého má nárok na 100% dávky, kdežto osamělá matka, bez jakéhokoliv dalšího příjmu, pouze 80%. Upřímně by mě zajímaly myšlenkové pochody, které vedly k této teorii.

Z vlastní zkušenosti vím, jak se může lišit proklamovaná teorie od praxe, prostě proto, že předpisy se vzájemně vylučují. Jako matka postiženého dítěte jsem, kromě „zvýšení sociálního příplatku ze zdravotních důvodů dítěte“ brala naprosto stejné peníze jako matka kteréhokoli zdravého dítěte, tedy že není žádný rozdíl mezi tím, jestli nepracujete, protože nemůžete, a tím, jestli nepracujete, protože nechcete. Podle mého názoru v tom rozdíl je a měl by být v zákoně vyjádřen.

Možnost přivydělat si a důchodové zabezpečení: Momentální systém funguje tak, že pokud se matka rozhodne starat se o své postižené dítě doma, odsoudí sama sebe k doživotní závislosti na částkách na hranici ŽM, bez jakékoli možnosti tento stav ovlivnit. Buď zůstane doma, odkázána na „Příspěvek při péči o osobu blízkou“, pak má nárok na 1,6 ŽM bez ohledu na to, kolik lidí z tohoto „přídělu“ žijí a nesmí si k tomu přivydělat ani korunu (každou vydělanou korunu je povinna hlásit obecnímu úřadu, který jí vydělanou částku od „Příspěvku..“ odečte i kdyby se jednalo třeba o úklid na 2 hodiny denně) nebo musí jít do práce. Léta strávená doma péčí o postižené dítě se sice, pokud vím, započítávají jako odpracované roky do nároku na důchod, ale už nikde není řečeno, z čeho se tento důchod bude počítat - z „Příspěvku...“? Ať tak či jinak, trůfám si odhadnout, že se opět bude pohybovat na hranici minimálního důchodu. A to všechno jenom proto, že se nám místo zdravých dětí narodily děti postižené a my, místo abychom je „rozumně“ odložily někde v ústavu a staraly se samy o sebe a své finanční zajištění současné i to v důchodovém věku, staráme se o své postižené děti, prostě proto, že jsou to naše děti. Obojí najednou prostě dělat nelze! A stát, místo, aby nám tuto životní situaci nějak ulehčil, nás poněkud nechává napospas osudu.

Postavení vůči zaměstnavateli: Do 7-mi let věku dítěte můžeme být s dítětem doma na prodloužené mateřské dovolené. Potom buď rozvázat

pracovní poměr (a zůstat v podmínkách popsaných v předchozím odstavci až do důchodového věku) nebo se pokusit získat jako osamělá matka s postiženým dítětem práci. V tomto okamžiku matka opět narazí na, řekla bych, právní vakuum.

Práci někdy těžko shánějí i zdraví lidé, podstatně hůře jsou na tom postižení, kteří mají určitou právní ochranu (která, bohužel, velmi často nefunguje). Matky postižených dětí nemají ni to - v postavení vůči zaměstnavateli jsou na tom úplně stejně jako matky zdravých dětí. Neexistuje žádná zákonná norma, která by zaměstnavateli umožňovala poskytnout matkám postižených dětí nějakou pracovní úlevu (například zkrácenou pracovní dobu). Argument zaměstnavatele, který byl použit proti mému zkrácenému úvazku zněl tak, že by podobnou úlevu pak mohla požadovat i kterákoli jiná matka a oni by prý nemohli odmítnout. V dnešní době se spoléhat na to, co zaměstnavatel může udělat, pokud projeví dostatek lidského pochopení, mi přijde značně idealistické. Není-li jednoznačné znění zákona, má člověk jen velmi malou šanci. Je mi zároveň jasné, že v případě zájmu, je možné v podstatě použít cokoli proti komukoliv.

Jde mi jen o to, že na jedné straně mám papír, že mám „dlouhodobě zdravotně těžce postižené dítě vyžadující zvýšenou péči“, ale hledám-li zaměstnání, žádná zákonná ochrana z toho nevyplývá. Nejsem postižená já, ale mám „jenom“ postižené dítě. Zastávám názor, že matky postižených dětí (obzvláště osamělé) mají podobně ztížené životní podmínky, jako částeční invalidé a tudíž by měly podobnou zákonnou ochranu získat (včetně finanční náhrady za ušlou část výdělku z důvodu péče o postižené dítě). I v tomto případě se totiž nerozlišuje, jestli někdo dělá na půl úvazku, protože na víc nemůže (třeba z důvodu péče o postižené dítě) nebo jestli se mu na delší úvazek prostě jít dělat nechce (třeba proto, že manžel vydělává dostatek peněz a žena jde do práce, aby taky přišla trochu mezi lidi - i to jsem zažila). Z toho pak vyplývá, že důchod bude vypočítáván z polovičního platu, z čehož jednoznačně pak vyplývá i to, že se nutně bude pohybovat někde na hranici minimálního důchodu. Není naše vina, že se nám místo zdravých dětí narodily

děti postižené a například nájem, elektřinu, plyn i potraviny platíme stejně draho jako všichni ostatní.

Jsem přesvědčená o tom, že velice podobné zkušenosti jako já budou mít i ostatní osamělé matky pečující doma o své postižené děti a že moje zkušenosti lze brát jako obecně platné, s tím, že se dá předpokládat, že komplikace životních podmínek jsou přímo úměrné zdravotním potížím dítěte.

Stále se mluví o rovných šancích pro postižené. Z praxe vím, že podobnou pozornost zákonodárců by si zasloužily i osamělé matky pečující doma o své postižené děti, které nemají životní omezení zapříčiněná vlastním postižením, ale postižením svého dítěte. Kromě toho, že většinou přijdou o partnera, který je kvůli postižení dítěte opustí, přijdou i o společenské postavení, pracovní uplatnění a pokud jim nepomohou rodiče (ať už nemohou nebo nechtějí), dostávají se osamělé matky s trvale minimálními finančními příjmy do naprosté izolace od okolního světa „zdravých“, ale do určité míry i od světa postižených. Systém péče o postižené má zatraceně daleko k dokonalosti, ale z vlastní zkušenosti vím, že zájem státu o životní podmínky těch, kteří se rozhodnou o své děti (ať již jsou jakkoli „bezperspektivní“) postarat doma, je ještě menší.

Dokud se k rodinám (úplným i neúplným) pečujícím o své postižené děti nepřestane stát chovat poněkud přezíravě nebo se na ně dívat dokonce jako na někoho, kdo se bezdůvodně domáhá výhod na úkor ostatních, situace těchto rodin se nezmění a to, jak dlouho postižené děti zůstanou v péči rodiny, bude v podstatě záviset pouze na tom, jak dlouho rodina vydrží bezúspěšný boj s úředním šimlem o věci, které jsou většinou pro rodiny se zdravými dětmi naprosto normální a samozřejmé (například nárok na dovolenou, aniž by se příslušný úředník nezačal okamžitě starat o to, jestli matka, která využije nabídky týdenní respitní péče, by neměla za tuto dobu vrátit sociální dávky, protože přece týden neměla dítě ve své péči). S pocitem naprosté uštvanosti rodiče nakonec své dítě do ústavu dají, ne proto, že by to považovali za správné, ale proto, že nedomyšlenosti sociálního systému a z toho vyplývající životní komplikace (i ty finanční) je k tomu prostě doženou.

Snaha o zlepšení životní situace postižených samotných je evidentní a velice si jí cením. Mám ale obavy, že nedostane-li se do právě navrhovaného zákona jakákoliv změna k lepšímu i pro rodiny pečující doma o své postižené děti, bude opět trvat velmi dlouho, než se podaří někoho kompetentního přimět k tomu, aby se o nápravu alespoň pokusil.

3) Patnáctiletá zkušenost v péči o zcela bezmocného syna a tříletá péče o zcela bezmocného tatínka a tchána nám dala dost zkušeností k následujícím tvrzením. Samozřejmě tyto úvahy směřujeme pouze do oblasti s níž máme zkušenost, tedy v péči o lidi nejvíce potřebné a zcela odkázané na pomoc druhých ve všech věcech a životních úkonech. Dovolíme si tvrdit, že pokud se nezlepší postavení osob, které o takto postižené pečují, stávají se tito pečovatelé sami výhledově postiženými klienty.

Při péči o blízkou osobu se nyní koncepčně připouští pouze jediná osoba, tedy fyzicky jeden člověk na celou celodenní péči. Tato premisa má dvě zásadní chyby:

a) Neuvažuje se a neřeší situace, kdy pečující osoba sama onemocní nebo má jiné přechodné překážky nebo zcela přirozené nároky a potřeby jako je volno na odpočinek a dovolená.

b) Pečující osoba je v situaci, kdy musí mnohokrát denně vynakládat značné množství fyzické síly a přesto situace často nezvládne. Bylo by zejména potřeba zdůraznit v dikci rozdíl mezi péčí a úkony, které jsou sice s péčí spojeny, avšak vyžadují tak neúměrné fyzické zatížení, že je mohou zvládnout pouze dvě či více osob. Mám na mysli přenášení a manipulaci s člověkem obecně, zdolávání překážek a bariér.

4) Byla jsem požádána, abych se jako matka pečující doma o zdravotně postižené dítě vyjádřila k připravovanému příspěvku na péči. Naše situace je velmi složitá. Žijeme na vesnici, vzdálené od Prahy 40 km, kde manžel pracuje jako vědecký pracovník v Astronomickém ústavu AV ČR. Jeho výdělek v rozpočtové organizaci činí okolo 10 000,- měsíčně čistého a z něho živí naši celou rodinu (donedávna ještě 5-ti člennou - dcera se sice nyní provdala, ale

protože ještě studuje, naše poměry se tudíž moc nezměnily, jen sociální příplatek je o 2600,- Kč nižší - dříve 4000,- Kč, nyní 1400,- Kč.).

S naším desetiletým synem postiženým těžkou formou DMO (+ epilepsie, těžká PMR) dojíždím každý týden do stacionáře Modrý klíč na Praze 4 (kde mám malý byt i trvalé bydliště právě z toho důvodu, aby syn mohl stacionář navštěvovat a měl určité zázemí do budoucna. Platíme tedy vše 2x, v Praze i na vesnici.

Do stacionáře syn chodí 3x týdně, platíme kolem 900,- Kč měsíčně. Pokud by syn docházel celý týden (v pracovní dny) a využívali bychom svozu do stacionáře za 40,- Kč denně (což si nyní nemohu dovolit), platili bychom přes 2 000,- měsíčně (zatím jezdíme MHD, někdy též autem). Navíc se platí hipoterapie - 1 jízda 40,- Kč a dále kraniosakrální terapie - 1 ošetření 100,- Kč (což si také nemůžeme dovolit).

Se synem docházíme na alternativní komunikaci do centra AAK - 1 návštěva stojí 100,- Kč, což se mi zdá mnoho a uvažuji o omezení návštěv.

Dojížděli jsme na rehabilitaci do Teplic, platili jsme 150,- Kč za 1 návštěvu, ale z finančních důvodů jsme již přestali jezdit (400,- jsme tam platili za vyšetření a měření pro homeopatickou léčbu).

Dále doplácíme na některé léky (např. Tanokan 120,- Kč na jedno balení), někdy se doplácí i léky na epilepsii (např. 1 bal. Timonilu jsme dopláceli 110,- Kč dle momentálního ceníku v číselníku léků, který se stále mění).

Syn často bývá nemocný - trpí častými bronchopneumoniemi a otitis, proto jsou nutné různé multivitamíny nebo přípravky na zvýšení imunity (např. Bronchovaxon, který nyní užíváme, se doplácí 140,- Kč, podpůrné léky - Propex - 160,- Kč, Juwin- 80,- Kč, Sojový lecitin - 200,- Kč, Carnitargin - 250,- Kč, Recalvit 80,- Kč, Pangamin nebo imugamin - 56,- Kč, E vitamin (na svalovou hypotamii) 35,- Kč atd.

Syn potřebuje rehabilitační pomůcky (které VZP nehradí), např. jsme zakoupili RHB míč prům. 80 cm za 1000,- Kč, dřevěnou houpací plošinu pro nacvičování rovnováhy - 950,- Kč, pomůcky na alternativní komunikaci - spouštěč na ozvučené pomůcky za 450,- Kč a různé fonetické ozvučené

hračky po 300 - 400,- Kč (potřebovali bychom mluvítko- jedno stojí 1300,- Kč, které nám nabízí SAAK, a to minimálně 2 kusy, na to však nejsou finance).

Výdaje jsou veliké, např. telefony měsíčně platíme celkem přes 1000,- Kč

(v Ondřejově 400-500,- Kč a v Praze 600-700,- Kč).Telefonáty: neurologická vyšetření; oční vyšetření; psychologická vyšetření; léčebny (v Košumberku, Kostelci n/Čl.); alternativní a ang. komunikace s AAK; protetika; ortopedie; pojišťovna (revizní lékaři); opravy kočárků a schvalování poukazů; Mediana - vyřizování plen; dětské středisko, nemocnice (epilepsie); domluvy hlídání, asistence apod.

Modrý klíč pořádá na jaře a na podzim „školu v přírodě“ - cena okolo 1800,- Kč -. Syn se zúčastnil pouze 1x (na týden je to velmi nákladné a nemůžeme si to dovolit).

Každý rok se zúčastňujeme táborů pro rodiny s postiženými dětmi v Bělči (od církve ČCE), psychorehabilitačních pobytů od Asociace rodičů, od SPMP-rehabilit. pobytů ve Štúrovu nebo ve Střelských Hašticích. Cena pro celou rodinu činí okolo 5500,- Kč. Postižené dítě s doprovodem mívá slevu. Na jiné pobyty nežli dotované a se slevami nemáme finance.

Jsem velmi ráda, že na serpentín péči jsem dostávala příspěvek od Nadace Dětský mozek, protože studuji dálkově Speciální výchovu ZP na FTVS a bylo třeba zajistit hlídání syna. Za 1 víkend (1x měsíčně) jsem platila něco přes 1000,- Kč (50,- Kč/hod.). Bez příspěvku bych si tuto službu nebyla schopna zaplatit.

Navrhovaná částka příspěvku na péči činí 7 500,- Kč. V regionu s nezaměstnaností - 10% tj. 6 750,- Kč; při péči jen rodinné - 20% tj. 6 000,- Kč.

Měsíční náklady v současné době:

3 400,- Kč - Příspěvek při péči o blízkou osobu - bude zrušen

200,- Kč - příspěvek na ošacení - o toto přijdeme

1 000,- Kč - zhruba příspěvek na benzin a povinné ručení

1 000,- Kč - stacionář (3 dny v týdnu a 6 hod)

1 200,- Kč -telefony

300,- Kč - minimálně měsíčně na léky a doplátky

300,- Kč -minimálně na pomůcky a poplatky za služby (SAAK, RHB)

7 400,- Kč celkem

Nejsou zde skutečné náklady na ošacení, na stravu atd. Jak tedy z částky 6000,- Kč (resp. 6 750,-) nebo i kdyby celé částky 7 500,- mohou zbýt ještě finance na tolik potřebnou serpentin péči (osobní asistenci)?

Chodí-li dítě do stacionáře 3x týdně, potřebuji alespoň někdy pohlídat dítě o víkendu - pokud mám školu, či rodina nějakou „akci“. Je spousta dalších věcí, které si nemůžeme dovolit.

Vím, že náklady na ústavní péči na 1 dítě jsou nesrovnatelně vyšší až dvojnásobné - až 15 000,- Kč), péče o dítě těžce postižené je zde ale nepřijatelná - zabezpečuje pouze základní biologické potřeby.

Takováto „podpora“ rodiny nepřímo upřednostňuje ústavní péči - ztrácí jak stát, tak i dítě. Rodina pečující o těžce postižené dítě by měla být finančně zabezpečena tak, aby její životní úroveň byla srovnatelná s životní úrovní běžné populace. Zatím zvládáme péči velmi těžko finančně i fyzicky - rodina trpí trvalou rozlukou každý týden, neboť na vesnici ani v okolí není nic. Pokud přijede asistentka z Prahy - výjimečně musím samozřejmě hradit navíc i její cestovné.

Předsedkyně Sdružení rodin a přátel zdravotně postižených dětí KORUNA v Lanškrouně nám sdělila, že se uvažuje o částce 10 000,- Kč na péči. Nevím, kde získala tuto informaci, ale tato částka se mi zdá již přijatelná.

5) Přimlouvám se o zviditelnění problému s nárokem na zlevněnou jízdenku na MHD v Praze. Poněvadž nejsem poživatel starobního ani invalidního důchodu, nemám nárok na zlevněnou tramvajenku, i když můj příjem (= péče o osobu blízkou) snad ani nedosahuje výše minimálního důchodu. Je pravda, že mám jízdné zdarma v případě, že doprovázím své dítě (má průkazku ZTP/P), ale to je natolik mentálně postižené, že by doprava prostředky MHD nebyla možná. A když k němu mám placené hlídání, musím hodně popojíždět, abych vyřídila rychle nákupy, lékaře - svoje i dětské, vyřizuji výplatu sociálních dávek každé čtvrtletí - tomu musí předcházet potvrzení o tom, že máme zaplacený za předchozí čtvrtletí nájem, potvrzení od Správy sociálního zabezpečení o výši nemocenských dávek manžela, potvrzení o

výdělku od jeho zaměstnavatele, lékařské zprávy o tom, že postižení dítěte trvá, přesto, že je posudkovou komisí uznán za těžce nemocného rovnou do 18 let apod. Po vypočtení dávek je musím zase odvézt na Obvodní úřad, abych měla přiznánu péči o osobu blízkou atd.

6) Posudky jsou prováděny podle zákona ČNR č. 582/1991 Sb. v platném znění § 8. Problém tkví v tom, že tak, jako jsou poskytovány státní dávky z důvodu postižení dítěte podle různých zákonů, tak každý z těchto zákonů má vyhlášku, která stanoví závazná a odlišná pravidla, jak zdravotní stav posoudit: Pro zákon o státní sociální podpoře je to vyhláška MPSV č. 207/1995 Sb., pro zákon o sociální potřebnosti je to vyhláška MPSV č. 284/1995 Sb., pro mimořádné výhody pro těžce zdravotně postižené občany je to vyhláška MPSV č. 182/1991 Sb.

Chce-li matka nebo rodina uplatnit nárok na dosavadní sociální dávky, musí předstoupit před tři různé referáty státní správy na okresní nebo místní úrovni. Tyto referáty pak požadují na stejné dítě tři lékařské posudky OSSZ. Posudky se ze zákona liší v kvalifikaci postižení dítěte. Tak je běžné, že celoživotně zdravotně postižené dítě absolvuje za svůj dětský věk bezpočet lékařských posouzení OSSZ, přitom podkladem pro tyto posudky je stále táž základní a odborná lékařská zpráva. Jako příklad lze uvést diagnózu Downův syndrom, u níž jde o trvalé postižení podléhající jen mírným výkyvům v závislosti zejména na péči matky. Přesto posudkové komise opakovaně zjišťují, zda jde o dítě zdravotně postižené.

Tento byrokratický systém je umocňován uplatňováním vnitřních předpisů a vyhlášek OSSZ, podle kterých posudkoví lékaři přiznávají stupeň postižení. Odborným lékařům nejsou tyto podklady k dispozici. A tak zmínka (byť jinak povzbudivá) o tom, že dítě udělá tři samostatné kroky rovná se popsání „téměř zdravého dítěte“ - tudíž bez nároku na cokoli. Že se jedná však o téměř čtyřleté dítě, které je k tomu mentálně retardované atd., nemusí být z pohledu posudkového lékaře podstatné.

Představa, že postižený občan bude zcela závislý na libovůli posudkového lékaře - neboť to bude opět on, kdo určí stupeň a tím výši částky,

kteřá by měla pokrýt náklady na zajištění dostatečné péče, je pro mne zcela nepřijatelná.

Bude-li ústav či jiné zařízení závislé pouze na těchto příjmech (příspěvek na péči), pak je zcela jisté, že v blízké době tady nebudou už ani služby dosavadní (byť špatné) - kde sežene rodina či občan (postižený) zbytek požadované sumy, která může být i 10 000 Kč?

Má-li být rodina motivována k péči o své těžce postižené dítě, neměla by být zároveň ponižována byrokratickým systémem a nezájmem sociálních pracovníků, neustálým přepočítáváním jejich majetků a odvoláváním se na něj. Vždy budou ti, kteří svého postižení využijí a zneužijí nabízenou pomoc. Těch, kteří ji ale opravdu potřebují bude vždy mnohem více.

Použitá literatura

Kuchařová V., Lhotská V.: Podkladový materiál pro diskusi o státní intervenci ve prospěch zdravotně postižených, VÚPSV , červen 1995

Kuchařová V: Staří lidé ve společnosti a v rodině, VÚPSV, září 1996

Veselá J: Analýza sociálních činností obcí, VÚPSV, prosinec 1993

Veselá J: Poskytování sociální pomoci v obcích různých velikostních skupin, VÚPSV, květen 1994

Veselá J., Slezáková L: Terénní sociální služby ve vybraných okresech VÚPSV, prosinec 1997

Brudhansová D. a kol.: Sociální služby ve světle připravovaných reforem I. díl, VÚPSV prosinec 1998

Janata Z., Veselá J.: Sociální služby ve světle připravovaných reforem, II. díl, Postoje občanů důchodového věku k připravovanému zákonu o sociální pomoci, VÚPSV leden 1999

Torová,J., Vostrovská,H., Kaplan E.: Vypracování modulů jednotlivých úrovní sociálních služeb v péči o osoby závislé na pomoci jiné osoby, Praha 1995

TERPLAN a.s.Praha: Obyvatelstvo, bydlení a bytový fond v územích České republiky 1961-1991, Definitivní výsledky sčítání lidu, domů a bytů 1991, okresy-analýza, duben 1993

