

**Zdravotně sociální služby
v kojeneckých ústavech a dětských domovech
pro děti do tří let věku**

Daniela Bruthansová
Anna Červenková
Marie Pechanová

externí spolupráce: Zdeněk Novotný
František Schneiberg

Obsah

| | |
|--|----|
| 1. Úvod | 3 |
| 2. Metodika, prameny | 6 |
| 3. Kojenecké ústavy a dětské domovy pro děti do 3 let (minulost, současnost a vývojové trendy) | 9 |
| 4. Mezinárodní srovnání | 16 |
| 4.1 Evropa a my | 16 |
| 4.2 Mezinárodní srovnání podle projektu Daphne | 22 |
| 5. Názory zřizovatelů | 30 |
| 6. Názory vedení jednotlivých zařízení | 35 |
| 7. Náklady | 45 |
| 8. Současná právní úprava a návrhy na její zlepšení | 49 |
| 8.1 Právní postavení ústavů | 49 |
| 8.2 Svěření do náhradní rodinné péče | 50 |
| 8.3 Příspěvky rodičů na zaopatření dětí | 54 |
| 9. Závěry a doporučení | 57 |
| 9.1 Závěry | 57 |
| 9.2 Doporučení | 57 |
| Literatura | 59 |
| Seznam tabulek a grafů v textu | 60 |
| Přílohy | |
| I Metodický pokyn Ministerstva zdravotnictví pro činnost kojeneckých ústavů a dětských domovů pro děti do 3 let věku | 61 |
| II Počet zdravotnických pracovníků na 100 dětí | 67 |
| III Propuštěné děti podle délky pobytu | 68 |
| IV Sociální indikátory podle MPSV | 71 |

1. Úvod

Ve společnosti existuje skupina dětí, jejichž vlastní biologická rodina jim z nejrůznějších důvodů není schopna poskytnout adekvátní péči. Řešením pro tyto děti je buď náhradní rodinná péče (kam patří zejména adopce, pěstounská péče individuální, pěstounská péče skupinová - např. v SOS dětské vesničce - apod.) nebo péče ústavní.

Ústavy pečující o tyto děti spadají u nás do gesce tří ministerstev, které však (většinou) nejsou zřizovateli uvedených institucí (ty zřizují kraje, obce, církve, neziskové organizace a soukromé osoby), ale pouze je metodicky řídí a vykonávají nad nimi dozor.

1. Ústavy pro nejmladší děti (do tří, výjimečně do šesti let) spadají pod Ministerstvo zdravotnictví.

2. Zdravé děti od tří do 18 let jsou v péči dětských domovů Ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy.

3. Děti s vážnými zdravotními potížemi (handicapy) jsou zařazovány do ústavů sociální péče, které metodicky řídí Ministerstvo práce a sociálních věcí.

Předmětem výzkumné práce jsou kojenecké ústavy a dětské domovy pečující o všestranný rozvoj dětí ve věku do tří let (KÚ+DD1-3), které se podle § 38 zákona č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu (v platném znění) přiřazují jako zařízení léčebně preventivní péče do soustavy zdravotnických zařízení.

Předmětem našeho výzkumu není otázka vhodnosti nebo nevhodnosti ústavní výchovy, o níž se vedou rozhořčené spory. Je nesporné, že KÚ+DD1-3 u svých svěřenců plně uspokojují životně důležité *potřeby biologické*, kam patří zejména potrava, teplo, bezpečí (ochrana před úrazem, týráním apod.), které musí být zajištěny, aby malé dítě mohlo vůbec přežít. Otázkou je, zda ve stejné míře uspokojují i *potřeby psychické*.

Podle dětského psychologa Z. Matějčka lze pět základních psychických potřeb dítěte charakterizovat takto:

1. *Potřeba určitého množství, kvality a proměnlivosti vnějších podnětů.*

Takový přívod podnětů člověku umožňuje, že se nebude nudit ani, že nebude soustavně podněty přetěžován.

2. *Potřeba určité stálosti, řádu a smyslu v podnětech.*

Naplnění této potřeby umožňuje, aby se z podnětů, které k nám prostřednictvím všech našich smyslů přicházejí, staly zkušenosti, poznatky a pracovní strategie. Kdybychom totiž všechno dění ve svém okolí vnímali jen jako náhodné, vznikl by z toho chaos a ničemu bychom se nemohli naučit. Jde tedy o základní potřebu umožňující učení.

3. *Potřeba prvotních citových a sociálních vztahů, tj. vztahů k osobám prvotních vychovatelů.*

Náležité uspokojení této potřeby přináší dítěti pocit životní jistoty a je podmínkou pro žádoucí vnitřní uspořádání jeho osobnosti.

4. *Potřeba identity, tj. potřeba společenského uplatnění a společenské hodnoty.*

Z náležitého uspokojení této potřeby vychází zdravé vědomí vlastního já. Toto vědomí pak je dále podmínkou pro to, aby si člověk mohl na své vývojové dráze osvojit užitečné společenské role a stanovit si hodnotné cíle pro svá snažení.

5. *Potřeba otevřené budoucnosti neboli životní perspektivy.*

Její uspokojení dává lidskému životu časové rozpětí, což přeloženo do psychologické řeči znamená rozpětí mezi otevřeností a uzavřeností osudu, mezi nadějí a beznadějí, mezi životním rozletem a zoufalstvím.

Ačkoliv kojenecké ústavy a dětské domovy pro děti do 3 let věku všemožně usilují o to, aby vedle biologických byly naplněny i psychické potřeby dítěte (dostatek podnětů zajišťují poměrně nákladnými hračkami a zařízeními, získávanými i prostřednictvím

sponzorů, stabilita vztahů je pěstována systémem „rodinných buněk“ apod.) přece jen – zejména z hlediska vytváření identity a životní perspektivy – rodinu plně nahradit nemohou.

Další nevýhodou ústavní péče proti péči rodinné je fakt, že je relativně velmi drahá, přičemž otázky jejího financování nejsou zcela vyjasněny. Vzdor tomu, že KÚ+DD1-3 patří do soustavy zdravotnických zařízení, poskytují vedle léčebně preventivní péče i péči všeobecnou, kterou jinak zajišťuje rodina. Přitom se na financování KÚ+DD1-3 nepodílí ani rodina dítěte a zpravidla ani jeho zdravotní pojišťovna.

Kojenecké ústavy podle § 20 vyhlášky č. 242/1991 Sb. (v platném znění) poskytují ústavní a výchovnou péči dětem, jejichž vývoj je ohrožen nevhodným domácím prostředím, a to zpravidla do věku jednoho roku. Součástí poskytované péče je i výchovná a sociální péče. Důvody pro přijetí do kojeneckého ústavu mohou být různé. Vedle medicínských důvodů jsou to nezřídka i důvody sociální – děti opuštěné, zanedbané, týrané. Možné jsou i krátkodobé pobyty matky s dítětem, která se ocitla v těžké sociální situaci. Výše uvedená vyhláška dále stanoví, že nové kojenecké ústavy se již nezřizují

Dětské domovy podle téhož právního ustanovení poskytují ústavní a výchovnou péči dětem, o něž nemá kdo pečovat nebo jimž nelze ze sociálních důvodů zajistit péči, ve vlastní rodině, popřípadě náhradní rodinnou péči a to ve věku od jednoho do tří let, pokud ze zdravotních nebo sociálních důvodů ji není nutné poskytovat starším dětem. V dětských domovech v resortu ministerstva zdravotnictví tak mohou být i děti starší, a to zpravidla do pěti let věku.

Kojenecký ústav a dětský domov je možno podle místních podmínek spojit do společného zařízení.

Začlenění výše uvedených zařízení do resortu ministerstva zdravotnictví vychází z předpokladu, že děti v kojeneckém a batolecím věku potřebují převážně zdravotní péči. Proto základ personálu těchto zařízení tvoří zdravotní sestry.

Z výše uvedeného vyplývá, že medicínské důvody pro přijetí do výše uvedených zařízení nejsou vždy primární. Podle statistik ÚZIS tvoří podíl dětí, přijatých ze sociálních důvodů zhruba polovinu celkového počtu přijatých dětí (viz tabulka 2 kapitola 3). Vzhledem k tomu, že sociální a zdravotní důvody se často prolínají, je podíl dětí přijatých z ryze sociálních důvodů o něco nižší – podle odhadu Společnosti sociální pediatrie České lékařské společnosti tvoří jejich podíl o něco více než jednu třetinu z celkového počtu.

Zdravotnické zařízení takto nezřídka supluje nejen rodinnou, ale i sociální péči, přitom žádnému z těchto zařízení zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění (v platném znění) neumožňuje uzavřít smlouvu se zdravotními pojišťovnami. Podle § 15 odst. 15 zákona o veřejném zdravotním pojištění je zdravotní péče poskytovaná v kojeneckých ústavech, dětských domovech a jeslích hrazena z rozpočtu zřizovatele (toto právní ustanovení navíc de facto i de iure vylučuje možnost vybírání příspěvků zákonných zástupců na děti umístěné ve výše uvedených zařízeních).

To znamená, že ačkoliv zdravotní pojišťovny (vlastně jde o VZP) inkasují ze státního rozpočtu pojistné na děti umístěné v kojeneckých ústavech a v dětských domovech v resortu ministerstva zdravotnictví, nepodílí se na úhradě zdravotní péče poskytované dětem umístěným ve výše uvedených zařízeních, a to včetně úhrady léků a zdravotnických pomůcek. Vystává tedy otázka nalezení adekvátního způsobu financování.

V současné době probíhá legislativní proces přijetí zákona o sociálních službách. Vzhledem k výše uvedenému, je třeba si uvědomit, že sociální služby se netýkají pouze dospělých osob zvláště ve vyšším věku, ale že jejich příjemci mohou být i nezletilé děti, a to i ve velmi nízkém věku (v ČR je umístěno v kojeneckých ústavech a dětských domovech do tří let věku snad nejvíce dětí ze zemí EU. Za tento stav je ČR opakovaně kritizována). V neposlední řadě stávající způsob financování těchto zařízení není optimální.

Cíl projektu:

Cílem projektu není hodnocení pobytu dětí v KÚ+DD 1-3 z hlediska jejich vývoje po stránce zdravotní, psychologické a emocionální. Cílem je nalézt adekvátní způsob pokud možno vícezdrojového financování, kdy by se na financování péče o děti v kojeneckých ústavech (KÚ) a dětských domovech (DD) v resortu ministerstva zdravotnictví podílely kromě státního rozpočtu (resp. rozpočtu územních samosprávných celků) i další subjekty, zejména zdravotní pojišťovny a rovněž zákonní zástupci dítěte.

V systému vícezdrojového financování by se zdravotní pojišťovny podílely na úhradě zdravotní péče a zákonní zástupci dítěte by přispívali na stravu a pobyt. Zavedení povinnosti rodičů (zákonných zástupců) spolupodílet se na financování pobytu dítěte v KÚ a DD by mohlo přispět k větší zodpovědnosti rodin a – zejména u nefunkčních rodin – k odstranění zbytečného otálení při vydání souhlasu s předáním dítěte do náhradní rodinné péče.

Očekávané výstupy projektu

Výstupem projektu bude studie, která navrhne způsob pokud možno vícezdrojového financování, kdy by se na financování péče o děti v kojeneckých ústavech (KÚ) a dětských domovech (DD) v resortu ministerstva zdravotnictví podílely kromě státního rozpočtu (resp. rozpočtu územních samosprávných celků) i další subjekty, zejména zdravotní pojišťovny a rovněž zákonní zástupci dítěte.

Použitá metodika

- excerptce dat zdravotní a sociální statistiky (viz kapitola 2),
- dotazníkové šetření osobních i věcných nákladů v kojeneckých ústavech a dětských domovech (KÚ+DD 1–3) v resortu ministerstva zdravotnictví,
- dotazníkové šetření, týkající se názorů ředitelů KÚ+DD 1-3 na legislativní a finanční problémy, týkající se těchto zařízení,
- dotazníkové šetření u krajských úřadů jako zřizovatelů KÚ+DD 1-3.

Na tomto místě bychom chtěli poděkovat všem respondentům za přesné a zevrubné odpovědi, které obsahovaly cenné připomínky a náměty na zlepšení legislativní i finanční situace KÚ+DD 1–3.

2. Metodika, prameny

Jak již bylo uvedeno v úvodu, jednou z metod výzkumu je excerptce sekundárních zdrojů dat, zejména dat Ústavu zdravotnických informací a statistiky České republiky (ÚZIS) a Českého statistického úřadu (ČSÚ). Na tomto místě bychom chtěli poděkovat pracovníkům ÚZIS, zejména Mgr. Heleně Chodounské, kteří nám s nevšední ochotou poskytli potřebné materiály.

V této kapitole uvedeme obsah nejdůležitějších ukazatelů, s nimiž se v další analýze pracuje. Úplné bibliografické odkazy na jednotlivé prameny jsou uvedeny v kapitole „Literatura“.

Statistický formulář A (MZ)1-01: Roční výkaz o činnosti zdravotnických zařízení pro obor Kojenecké ústavy a Dětské domovy.

Nejdůležitější údaje z tohoto výkazu jsou každoročně publikovány v Aktuálních informacích ÚZIS (viz seznam literatury).

Evidenční počet zaměstnanců a počet zaměstnavatelů vybraných kategorií pracovníků

Charakteristika jednotlivých kategorií pracovníků je určena zákonem č. 95/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání odborné způsobilosti a specializované způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání lékaře, zubního lékaře a farmaceuta a zákonem č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních).

Počet přijatých dětí celkem

Zde se znovu nezapočítávají děti, jejichž pobyt v ústavu byl dočasně přerušen hospitalizací, pobytem v léčebně nebo ozdravovně. Započítávají se však zde děti, které se vrátily zpět do dětského zařízení z neúspěšné adopce.

Důvod přijetí (pobyту) dítěte (viz též „Metodický pokyn“ v příloze I)

- **zdravotní** - jednak ze strany dítěte (nutnost trvalé či dlouhodobé zdravotní a ošetrovatelské péče – odsávání, použití sond, léčba kyslíkem aj., nutnost rehabilitační péče, izolace před nemocnými rodiči apod.), jednak je příčina na straně rodičů (hospitalizace matky, pobyt matky v léčebně, infekce v rodině aj.), i když by jinak mohlo žít v rodině;
- **sociálně-zdravotní** - všechny situace, kdy dítě pro své postižení - handicap - nemůže vyrůstat v rodině, i když nevyžaduje výše uvedenou ošetrovatelskou péči (půjde zpravidla o děti umístěné resp. odložené rodiči právě pro jejich postižení);
- **sociální** – všechny důvody, které vedly k umístění dítěte do ústavní péče, ačkoliv by jinak, vzhledem ke svému zdravotnímu stavu, mohlo žít v rodině (rodiče ve výkonu trestu, dítě před umístěním do náhradní rodinné péče, rozvrat v rodině aj.). U těchto dětí bude zpravidla vydáno předběžné opatření nebo nařízena ústavní výchova. Sem zařazujeme i děti týrané, pokud následkem není zdravotní postižení vyžadující některou výše uvedenou zdravotně ošetrovatelskou péči.

Počet přijatých matek

Uvedou se všechny matky, které byly přijaty s dítětem v průběhu roku, případně i ty, které jsou umístěny v zařízení před porodem.

Počet propuštěných dětí

Zde se nezapočítávají děti, jejichž pobyt v ústavu byl dočasně přerušen hospitalizací, pobytem v léčebně nebo ozdravovně. V případě, že dítě bylo trvale umístěno do náhradní rodiny na základě řádného rozhodnutí o adopci pak se do počtu propuštěných dětí započítává.

Skutečná kapacita zařízení v počtu ošetřovacích dnů - je součet denních stavů provozuschopných míst, tj. *počet míst x 365(366) - počet dnů vyřazení míst z provozu*. Provozuschopným místem rozumíme každé místo, na které lze přijmout kojence či dítě do ošetřování.

Počet ošetřovacích dnů celkem - je součet denních stavů dětí v zařízení. Do úhrnného počtu ošetřovacích dnů se započítávají i ty dny, kdy pobyt dítěte v ústavu byl dočasně přerušen hospitalizací nebo dítě bylo na návštěvě ve vlastní či náhradní rodině (místo v ústavu je i nadále obsazené). Nezapočítávají se však ty dny, kdy dítě bylo trvale umístěno do náhradní rodiny na základě řádného rozhodnutí o adopci.

Počet dětí nad věkovou hranicí - rozumí se počet dětí, které jsou věkem nad stanovenou věkovou hranicí stanovenou zřizovatelem (do 1, do 3, popř. do 6 let)

Počet dětí s handicapem - za handicapované lze považovat takové děti, které pro svůj tělesný nebo duševní stav, vrozenou nebo získanou vadu nebo chronické onemocnění projevují nedostatky životních a sociálních funkcí a potřebují zvláštní pomoc a podporu společnosti. Započítávají se děti od narození bez ohledu na to, zda jsou nebo nejsou vedeny v evidenci dětí s tělesnými, duševními a smyslovými vadami.

Počet dětí týraných - rozumí se vědomé i nevědomé fyzické či psychické, nenáhodné poškozování dítěte, které vede k poruše jeho zdraví a vývoje a ohrožuje jeho blaho a práva. Započítávají se děti s prokázaným i suspektním týráním.

NÁKLADY na výchovu a výživu dětí v roce 2003, Praha, ČSÚ 2004

Vzhledem k tomu, že statistika rodinných účtů nesleduje vydání na děti podle věku, uskutečnil Český statistický úřad mimořádné jednorázové šetření o nákladech na výchovu a výživu dětí za rok 2003.

Šetření bylo organizováno v rámci pravidelného šetření statistiky rodinných účtů v průběhu celého roku 2003. Jediné šetření téhož typu proběhlo v roce 1988. Aktuální data za rok 2003 tak poskytují svým způsobem ojedinělé informace o zatížení současných rozpočtů domácností v souvislosti se zajišťováním výchovy a výživy dětí v ČR. Jednotkou výběru je hospodařící domácnost, která je definována jako soubor osob, které podle vlastního prohlášení společně bydlí a hospodaří. Pro šetření bylo vybráno 1906 hospodařících domácností.

a) Při určení osoby, resp. osob, ke kterým se vydání vztahuje, se vyskytovaly dva typy výdajů:

a) **Přímé výdaje** - vydání přímo určená pro individuální spotřebu určité osoby (tj. konkrétního dítěte nebo dospělých osob), resp. takové, jejichž charakter se jednoznačně vztahuje k určité osobě. Přímými výdaji jsou i ty výdaje, které byly určeny pro spotřebu dvou nebo tří dětí současně. Do přímých vydání byly zařazeny např. nákupy oblečení a obuvi, sportovních potřeb, vybavení dětských pokojů (i pro dvě nebo tři děti současně) ale i úrazové pojištění dítěte.

b) **Společné výdaje** - vydání určená pro společnou spotřebu dospělých i dětí současně, tj. **výdaje celé domácnosti**, tzn. na jejich spotřebě se podíleli všichni členové domácnosti, typickým příkladem mohou být vydání na prací a čisticí prostředky, nákup ledničky, pojištění domácnosti apod. a dále **společné výdaje dospělého (dospělých) a dítěte (dětí)** u těchto výdajů musí být splněna podmínka, že výdaj je určen pro spotřebu současně alespoň jednoho dítěte a jednoho dospělého.

Některé druhy výdajů byly svým charakterem definovány pouze jako přímé (vedle potravin a nápojů též výdaje za oděvy a obuv, zdravotní péči, některé druhy dopravy, vzdělávání, stravování, ubytování aj.) nebo naopak pouze jako společné (např. poplatek za rozhlas a televizi, výdaje za výrobky a práce související s výstavbou domu, bytu). U většiny vydání však byly přípustné obě varianty, protože nebylo možno předem odhadnout konkrétní

situaci v domácnostech při určení osoby, resp. osob, ke kterým se určité vydání může vztahovat. Na druhé straně např. televizor zakoupený v domácnosti rodičů s měsíčním dítětem byl výdajem pouze dospělých bez ohledu nato, že v budoucnu se dítě na užívání televizoru bude podílet.

Tímto způsobem byly přesnými zápisy v denících vytvořeny podmínky pro spolehlivé určení přímých nákladů na jednotlivé děti, resp. na dvě nebo tři děti současně, společných nákladů na dítě (děti) a dospělých osob (některé z dospělých osob) a společných výdajů sloužících celé domácnosti. Celkové výdaje jsou pak součtem výdajů přímých a společných.

Jednotlivé položky pak byly „rozklíčovány“ na jednotlivé členy rodiny způsobem, jehož popis přesahuje rámec této práce. Zájemci si mohou metodiku zjistit přímo u citovaného pramene.

Za nezaopatřené dítě se považují děti předškolního a školního věku, dále děti starší (do 26 let), které se soustavně připravují na své budoucí povolání nebo pro svůj duševní nebo tělesný stav nejsou schopny si zajistit vlastní obživu a ještě nepobírají invalidní důchod. Pokud dítě patří do hospodařící domácnosti, není rozhodující, zda jde o dítě vlastní, nevlastní, resp. dítě druha (družky), adoptivní nebo v pěstounské péči.

Čistá peněžní vydání nezahrnují vklady, splacené bezhotovostní půjčky, splacené úvěry a půjčky soukromým osobám, zahrnují však částky zdravotního a sociálního pojištění a zálohy na daně z příjmů.

Základní položky vydání jsou členěny podle klasifikace CZ-COICOP (Klasifikace individuální spotřeby podle účelu), což je česká verze mezinárodního standardu Classification of Individual Consumption According to Purpose. Klasifikace je třístupňová, má 12 oddílů, 54 skupin a 145 tříd a je závazná pro všechna statistická zjišťování.

ZÁKLADNÍ UKAZATELE z oblasti práce a sociálního zabezpečení v České republice ve vývojových řadách a grafech, Praha, MPSV 2004

Handicapované děti přecházejí z DD 1-3 do ústavů sociální péče (ÚSP) a jiných zařízení v resortu MPSV, případně do péče rodiny s podporou neziskových organizací. ÚSP pro děti a mládež se dělí na ústavy pro tělesně postiženou mládež, tělesně postiženou mládež s přidruženými vadami a mentálně postiženou mládež. Zařízení typu „ostatní“ zahrnují dětské vesničky SOS, zvláštní zařízení pro výkon pěstounské péče, azylové domy pro matky s dětmi.

Seznam zkratk

KÚ - kojenecký ústav

DD 1-3 - dětský domov pro děti do tří let

NRP - náhradní rodinná péče (adopce, pěstounská péče)

ÚSP - ústav sociální péče v resortu MPSV

3. Kojenecké ústavy a dětské domovy pro děti do 3 let (minulost, současnost a vývojové trendy)

MUDr. František Schneiberg, předseda Společnosti sociální pediatrie ČLS JEP

Kojenecké ústavy a dětské domovy pro děti do 3 let patří podle Zákona č. 20/1966 Sb. jako zvláštní dětská zařízení pod resort zdravotnictví. Poskytují všestrannou komplexní péči dětem, kterým ji nemůže zajistit rodina.

Péče o děti bez vlastního rodinného zázemí má v českých zemích dlouholetou tradici. Již Zákon o zemské péči o mládež z roku 1920 dával právě v této oblasti mnoho povinností státu a obcím. Rozvinuly se různé formy obdobné dnešní pěstounské péči a také tehdy pokrokové formy péče o opuštěné děti v různých zařízeních. V roce 1922 vznikl první kojenecký ústav v Praze - Krči, o něco později další v Ostravě. Děti byly přijímány nejen z důvodu svého osiřetí, ale také především z různých důvodů zdravotních, jako byla ochrana před tuberkulózními rodiči, neprospívání, nutnost zajištění dlouhodobé umělé výživy u nejmenších dětí a mnohé jiné. Dá se říci, že zdravotnický charakter dominoval. Svědčí o tom i první zdravotní škola pro dětské sestry fungující právě při pražském kojeneckém ústavu v době ředitelování dr. Manna, která vychovala řadu vynikajících specializovaných dětských sester, což bylo v dané době obrovské novum výrazně zvyšující kvalitu péče o děti vůbec.

Výrazným zásahem do činnosti těchto zařízení byl počátek 50.let 20.století. Pokračující komunistická ideologie se snažila potlačit úlohu rodiny v péči o dítě, z rodičů udělat pouhý pracovní nástroj státu, a proto podporovala zřizování různých kolektivních zařízení pro kratší či dlouhodobý pobyt dětí mimo rodinu (celotýdenní jesle, celotýdenní školky aj.) V roce 1951 byla dokonce zrušena pěstounská péče a cca 6 000 dětí ztratilo své rodiny a muselo být umístěno do rychle zřizovaných kojeneckých ústavů a dětských domovů, které byly také významně podporovány jako možný nástroj indoktrinace nejmladší populace státní ideologií. Neblahý osud potkával i děti odebírané politickým odpůrcům režimu.

Kojenecké ústavy a dětské domovy pro děti do 3 let si však stále ještě zachovávaly svůj zdravotnický charakter. Děti byly nadále přijímány pro nutnost izolace od tuberkulosních rodičů, pro nutnost trvalé umělé výživy, tehdy obtížně dostupné, pro neprospívání, ale i z dalších medicínských důvodů (např. v pražském kojeneckém ústavu byly prováděny první operace rozštěpů patra zakladatelem této moderní léčby, akademikem Burianem.)

Podpora státu věnovaná kolektivním zařízením měla paradoxně i mnohá pozitiva, z nichž tato zařízení mohou těžit dosud. Kojenecké ústavy i dětské domovy do 3 let byly kvalitně personálně obsazeny, v jejich čele vždy stál erudovaný pediatr, o děti pečovaly specializované dětské sestry, velmi často s postgraduálním vzděláním v oblasti pedagogiky (tzv. 100 hodinové kurzy pedagogiky a psychologie), které zastávaly funkci tzv. výchovných sester sledujících právě výchovu a práci s dětmi, byl dostatek dětských psychologů v zařízeních atd. Tím se náš systém ústavní péče podstatně odlišoval od samého počátku, kdy tuto péči garantoval na relativně vysoké úrovni stát, od většiny evropských zemí, kde péče o děti v zařízeních byla spíše doménou charity jako sociální služba, nikoliv jako péče odborná, komplexní, byť na medicínské bázi. Nemohlo tomu být ani jinak, neboť jak známo socialistický stát sociální problémy popíral a systém sociálních služeb neexistoval (to je dnes ovšem občas vytýkáno jako medikalizování sociální péče).

Když počátkem 60. let přichází ve známost možnost psychické deprivace dětí vyrůstajících mimo rodinné prostředí, byli to právě ředitelé těchto zařízení, kteří ve spojení s dětskými psychology (za všechny jen dvě jména - Matějček, Langmeier), kteří toto učení potvrzovali právě u dětí v ústavní péči, se snažili nebezpečí deprivace dětí minimalizovat či odstraňovat. Hledali cesty jak přizpůsobit pobyt dítěte v zařízení pobytu v rodině. Velké zásluhy má především prim. Dr. Damborská, která v Kojeneckém ústavu v Luhačovicích

zavedla metodu tzv. rituálů, kdy každá sestra při jakékoliv rutinní práci s dítětem (krmení, přebalování, koupání) s ním musí komunikovat jako v rodině matka, na dítě mluvit, zpívat mu, laškovat s ním, udržovat s ním oční kontakt, opěťovat jeho úsměvy atd. Tato metodika se stala pak běžnou součástí práce personálu ve všech podobných zařízeních.

Tím se však dostáváme do začátku 60 let, kdy se mění struktura důvodů, pro které jsou děti přijímány. Díky rozvoji pediatrické terénní péče, zlepšení životních a hygienických podmínek, zavedení povinného očkování apod. ubývá stále více zdravotních důvodů přijetí a začínají převažovat klasické sociální důvody přijetí (matka či rodiče ve výkonu trestu, rozvrat v rodině, nevhodné bytové podmínky, nezletilá matka, ale i matka vysokoškolačka, dítě počaté mimomanželsky atd.). Z dnešního pohledu byla mnohá předběžná opatření o umístění dítěte vydána na podkladě skutečně malicherných důvodů. Objevují se však i první diagnózy týraného a zanedbávaného dítěte, dítěte postiženého, které rodiče odmítají aj.

Těchto zdravotně sociálních důvodů, kdy je dítě umisťováno sice s nějakým handicapem, je mu poskytnuta rehabilitační a další potřebná péče, ale rodiče se něj nezajímají či nechtějí zajímat, často s odkazem na neexistující právo na narození zdravého dítěte, významně přibývá v druhé polovině 70.let. Zároveň ubývají důvody přijetí jako nevhodný byt, matka samoživitelka, vysokoškolačka apod. Důvody zdravotně sociální a klasické sociální se vyrovnávají. Tím se také začíná měnit struktura dětí, ubývá dětí zdravých s dobrou rodinnou a osobní anamnézou, přibývá dětí postižených či dětí přijímaných pro klasické sociální důvody (matka ve vězení, rozvrat rodiny), které pocházejí z nízkých společenských vrstev s nejistou či dokonce neznámou rodinnou a osobní anamnézou. Tento stav trvá přibližně až do poloviny 90. let.

Změny po roce 1989 znamenají i pro uvedená zařízení významný mezník v jejich existenci, a to z mnoha důvodů.

1. V důsledku demografického vývoje ubývá významně počet narozených dětí, a tím i dětí přijímaných do uvedených zařízení. Proto se redukuje počet těchto zařízení z původních 52 na současných 37 (pokles vznikl také slučováním některých kojeneckých ústavů s domovy pro děti od 1 do 3 let). Klesá také lůžková kapacita z původních téměř tři tisíc míst na začátku 80. let na současných necelých 1 600 lůžek. Klesají také počty přijímaných, a tedy i propouštěných dětí z původního počtu ročně 3 500 přijímaných na současných 1 800 dětí ročně.

T a b u l k a 1 Počet KÚ a DD 1-3 v resortu zdravotnictví

| rok | počet zařízení | počet míst |
|------|----------------|------------|
| 1980 | 52 | 2 986 |
| 1985 | 51 | 2 861 |
| 1990 | 49 | 2 626 |
| 1995 | 41 | 2 285 |
| 2000 | 39 | 2 060 |
| 2001 | 39 | 2 060 |
| 2002 | 38 | 2 040 |
| 2003 | 38 | 2 049 |
| 2004 | 37 | 1 570 |

Pramen: Aktuální informace ÚZIS

2. Díky rozvoji sítě různých typů nestátních ambulantních zařízení pro děti s postižením ubývá výrazně počet dětí přijímaných k trvalému či dlouhodobému pobytu v KÚ a DD pro své postižení. Z dětí postižených pak zůstávají v zařízeních pouze děti s tak velkým postižením, které rodiče jinak ani s pomocí nestátních organizací nemohou zvládnout (dětí vyžadující trvale přívod kyslíku, výživu sondou).

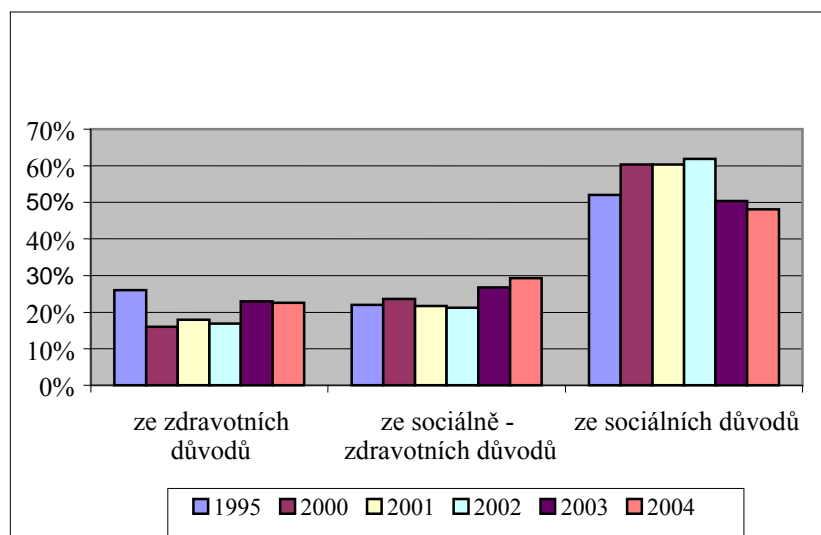
3. Díky stoupajícímu počtu drogově závislých vůbec a zejména žen i těhotných matek přibývá výrazně počet dětí s touto problematikou v anamnéze, která s sebou nese i výrazně zvýšený podíl dětí s různými zdravotními riziky či přímo postiženími. Tak stoupá podíl dětí s pozitivním nálezem sérologickým různých forem hepatitidy přenesených zejména od matek narkomanek, mnohé děti vykazují i aktivní formu onemocnění, stoupá počet dětí od matek s různými psychiatrickými diagnózami (schizofrenie). Takže se to jeví jako vzestup zdravotních důvodů přijetí, resp. důvodů zdravotně sociálních vzhledem k anamnéze dítěte. Vývoj počtu přijatých dětí podle důvodů přijetí je patrný z grafu 1. Zatímco celkový počet přijatých dětí v letech 1995-2004 poklesl, pozorujeme vzestup podílu důvodů zdravotních a sociálně-zdravotních při současném poklesu důvodů čistě sociálních.

Tabulka 2 Počet přijatých dětí a podíly podle důvodu přijetí v % (1995-2004)

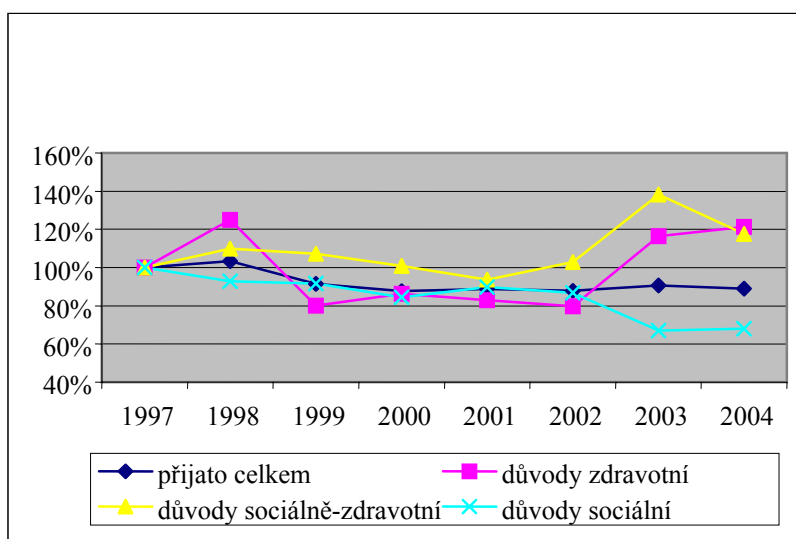
| rok | Počet přijatých dětí celkem | v tom z důvodů (v %) | | |
|------|-----------------------------|----------------------|----------------------|------------|
| | | zdravotních | sociálně-zdravotních | sociálních |
| 1995 | 2 202 | 26,1 | 22,2 | 51,7 |
| 1997 | 2 102 | 23,9 | 16,5 | 59,6 |
| 1998 | 2 171 | 28,9 | 17,5 | 53,5 |
| 1999 | 1 923 | 21,0 | 19,3 | 59,7 |
| 2000 | 1 842 | 23,6 | 19,0 | 57,4 |
| 2001 | 1 867 | 22,3 | 17,4 | 60,3 |
| 2002 | 1 845 | 21,7 | 19,3 | 58,9 |
| 2003 | 1 905 | 30,7 | 25,2 | 44,1 |
| 2004 | 1 871 | 32,6 | 21,8 | 45,6 |

Pramen: Výpočet VÚPSV podle podkladů ÚZIS (výkaz A-410)

G r a f 1 Podíly dětí podle důvodů přijetí



Graf 2 Vývoj počtu přijatých dětí podle důvodu přijetí (1997=100)



4. Z tohoto pohledu stoupá stále náročnost i na ošetrovatelský personál, který musí poskytovat stále speciálnější odbornou medicínskou péči.
5. V rozporu s tím jsou možnosti vzdělávání sester pro tuto oblast. Dětská sestra jako základní obor byla zrušena, je pouze specializací všeobecné sestry. Postgraduální vzdělávání dětských sester v oblasti pedagogiky a psychologie, kdy se vzdělávaly zejména sestry pro jesle, ale i pro uvedená zařízení, v podstatě také nefunguje.
6. Omezené finanční zdroje vedou k redukci počtu míst odborných pracovníků, mnohá zařízení dnes mají lékaře jen na částečný úvazek, mnohá nemají psychologa či sociální pracovníci v trvalém pracovním poměru. V čele mnoha zařízení stojí nezdravotničtí pracovníci, což může být pozitivní z hlediska managementu, méně pozitivní z hlediska rozvoje odbornosti v zařízení.

T a b u l k a 3 Propuštěné děti absolutně a v %

| rok | počet propuštěných dětí celkem | z toho (v %) | | | | |
|------|--------------------------------|-------------------|-----------|-------------------|----------------|-------|
| | | do vlastní rodiny | do adopce | do jiné formy NRP | do DD nebo ÚSP | jinam |
| 1990 | 3 414 | 58,3 | 10,7 | 4,7 | 26,3 | |
| 1995 | 2 168 | 48,6 | 20,9 | 6,2 | 24,3 | |
| 1997 | 2 044 | 47,7 | 22,3 | 7,8 | 15,2 | 7,0 |
| 1998 | 2 034 | 50,8 | 21,1 | 6,6 | 14,9 | 6,4 |
| 1999 | 1 920 | 45,4 | 25,7 | 8,4 | 16,1 | 4,5 |
| 2000 | 1 838 | 46,0 | 24,8 | 9,8 | 15,8 | 3,6 |
| 2001 | 1 907 | 48,1 | 27,9 | 7,8 | 11,2 | 5,0 |
| 2002 | 1 768 | 48,2 | 26,8 | 8,0 | 12,1 | 4,9 |
| 2003 | 1 897 | 49,1 | 26,5 | 8,6 | 10,5 | 5,1 |
| 2004 | 1 887 | 46,6 | 28,7 | 8,9 | 10,3 | 5,6 |

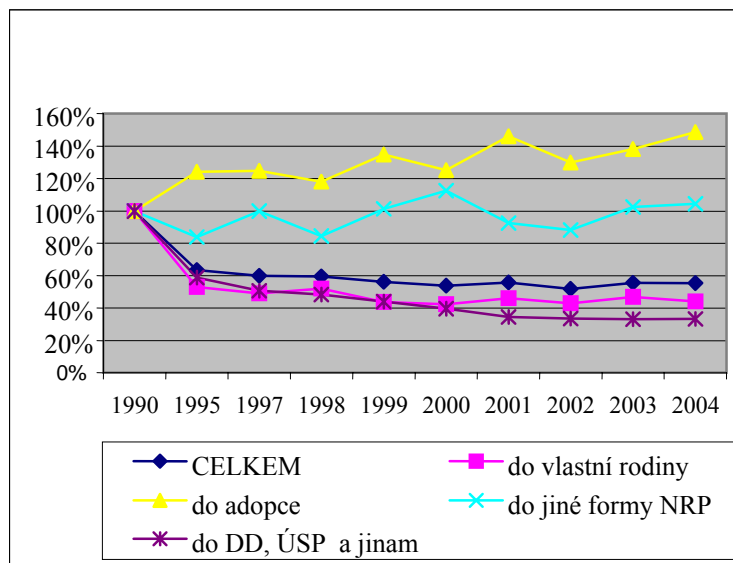
Vysvětlivky: NRP = náhradní rodinná péče, DD = dětský domov v resortu školství pro děti od 3 let
 ÚSP = ústav sociální péče pro děti a mladistvé v resortu MPSV

Pramen: Aktuální informace ÚZIS

7. Přes tyto jakoby negativní ukazatele se daří zvyšovat počty dětí odcházejících do náhradní rodinné péče, popř. zpět do vlastní rodiny. Tak do osvojení se dostává z původních cca 10% dětí ze všech propuštěných v roce 1990 v současnosti již 28,7 % ze všech

propuštěných. Názorně jsou tyto tendence patry na grafu 3. A toto by měl být odraz kvality péče. Zde je vidět také do jisté míry zkvalitněná práce terénních sociálních pracovníků a relativně slušně fungující systém zprostředkování náhradní rodinné péče.

G r a f 3 Vývoj počtu propuštěných dětí (rok 1990=100%)



8. Ve společnosti pod vlivem mnohých dobrovolných sdružení stoupá tendence zpochybňovat kvalitu péče o děti v zařízeních jako následek socialistického přístupu pod falešnou rouškou lidskosti s argumentem, že není důležité kdo a jak, jaký erudovaný odborník, poskytuje speciální péči, ale hlavní je mít dítě rád a vše ostatní je zbytečné. Proto jsou zařízení napadána, že medikalizují problém, politici i laická veřejnost a část odborné, např. pediatrické veřejnosti se domnívá, že by tato zařízení měla přejít pod resort sociálních věcí či školství, popř. být zcela zrušena a všechny děti by měly vyrůstat v nějaké formě náhradní rodinné péče. Bez ohledu na to, že poslední požadavek je zcela nereálný, nejsou kojenecké ústavy a dětské domovy do 3 let chápány jako odborná zdravotnická zařízení, ale jako pouhá „odkladiště“ zdravých, pěkných, opuštěných dětí čekajících na svou rodinu, které si tam pracovníci drží jen proto, aby se sami užívali. Bohužel těmto představám napomáhá i dosud platné výkaznictví o činnosti těchto zařízení. Realita je však zcela jiná.

- a) Metodický pokyn pro vyplňování těchto výkazů považuje za zdravotní důvody přijetí pouze nutnost trvalé či dlouhodobé zdravotní a ošetrovatelské péče ze strany dítěte, popř. nemoc matky či její pobyt v nemocnici či léčebně ze strany rodičů. Domníváme se však, že zdravotní důvody přijetí jsou mnohem širší:
 - aa) týrané dítě je jasnou zdravotní indikací přijetí, vyžaduje nejen mast na hematomy, ale v duchu definice zdraví podle WHO zdravotní pomoc psychologickou, popř. psychoterapeutickou, během pobytu je diagnostikováno, jak mnoho ho týrání poznamenalo ve vývoji, jaké to zanechalo následky a podpůrnou péčí a pomocí se je snažíme minimalizovat,
 - ab) novorozené dítě, určené k adopci je komplexně vyšetřeno tak, aby byla stanovena co nejpřesněji jeho prognosa, vyloučeny kontraindikující diagnóza – tedy rovněž diagnostická zdravotní péče
 - ac) přijetí dítěte novorozeneckého či raně kojeneckého věku je zdravotní indikací, takové děti vyžadují převážně ošetrovatelskou péči.

- b) Mezi sociální indikace nepatří již zmíněné týrání dítěte uváděné v metodickém pokynu k vyplňování výkazů. Podle představ odborné Společnosti sociální pediatrie ČLS JEP lze za sociální indikaci přijetí považovat pouze příjem takového dítěte, které je jinak zdravé a nevyžaduje žádnou diagnostickou či terapeutickou lékařskou či ošetrovatelskou péči. Podle odhadů je takových dětí maximálně kolem 30% ze všech přijatých dětí. Tedy cca 70% dětí má důvody přijetí zdravotní či kombinované. Tyto nové reálné skutečnosti byly zohledněny i v novém metodickém pokynu pro činnost kojeneckých ústavů a dětských domovů pro děti do 3 let, který je přílohou tohoto materiálu.
9. Výše uvedené skutečnosti ohledně zdravotního stavu dětí v zařízeních a také obecnější společenské tlaky směřující proti výchově dětí v zařízeních vedou kojenecké ústavy a dětské domovy přibližně ke třem výrazným trendům:
- a) posilování rodinných prvků v péči o děti v zařízeních. Vytváření rodinných „buněk“ - skupin sourozenců různého věku se stálým vychovatelem,
 - b) snaha o co největší kontakt dítěte s vlastní rodinou, pokud tomu nebrání právní omezení (možnosti pravidelných návštěv rodičů v zařízení vícekrát týdně, možnost přijímání matek k zácviku v péči o dítě, možnost dočasných propustek do péče rodiny po dohodě s orgány péče o děti aj.),
 - c) reprofilizace stávajících zařízení na zařízení komplexní interdisciplinární péče o ohrožené a postižené děti ve formě dětských center, především po vzoru Německa.
10. Transformací zdravotnictví v ČR byla zasažena i zvláštní dětská zařízení. Převážná část fungovala jako příspěvkové organizace příslušných okresních úřadů, později krajů, popř. městských úřadů. Jejich financování zůstává dosud nevyřešeno. V ideálním případě by mělo být vícezdrojové, což je v současnosti vlastně nemožné. Kromě příspěvku od zřizovatele a sponzorských darů jiné možnosti vlastně zařízení nemá. Podle zákona č. 48/1997 Sb. nepatří mezi zdravotnická zařízení, jimž péči hradí zdravotní pojišťovny, nálezem Ústavního soudu z r. 1997 byla zrušena možnost poplatků rodičů na zaopatření dítěte.

Současné problémy těchto zařízení je třeba řešit postupně v těchto úrovních:

1. Ve **výkaznictví** nově specifikovat zdravotní, zdravotně sociální a sociální důvody přijetí. Současný stav neukazuje objektivně situaci, neboť se zdá, že je mnohem více sociálních důvodů než zdravotních či sociálně zdravotních.
2. Na základě těchto analýz je pak potřeba dořešit **vícezdrojové financování**. Zdravotní péče by měla být hrazena z prostředků zdravotního pojištění, protože všechny umístěné děti jsou zdravotně pojištěny, není důvod, aby jim tato péče nebyla proplácena. Klasické sociální důvody pobytu by měly být hrazeny z prostředků sociálních věcí. Rodiče by měli přispívat na zaopatření dítěte (vyhláška je připravena, čeká se na Zákon o zdravotní péči, který MZ umožní takovou vyhlášku vydat). Provoz by pak měl být hrazen z prostředků zřizovatele. Samozřejmě se počítá i nadále s dárci a sponzory.
3. **Provoz** a činnost těchto zařízení by měla být upravena samostatnou normou, raději vyšší právní síly. Zatím je třeba se spokojit s právě vydaným metodickým pokynem MZ, který řeší alespoň nejnnutnější problémy a nahrazuje staré předpisy z r. 1972. Zahrnuje také nové definice důvodů přijetí (*viz příloha*).

Budoucí trendy spočívají zejména:

1. V další **redukci** počtu zařízení a lůžek. Lze očekávat potřebu cca 25 - 28 zařízení rozprostřených tak, aby zajišťovala potřebu svého kraje, který je převážně zřizovatelem. Tedy cca 2 zařízení na kraj. Zatímco např. Jihočeský kraj nemá žádné podobné zařízení, střední Čechy naopak 4 taková zařízení.

2. V **perspektivě dalšího rozvoje**, kterou mají pouze zařízení poskytující skutečně komplexní péči včetně odborné zdravotní a rehabilitační péče, schopné zajistit péči o děti zneužívané a týrané, o děti s různými typy handicapů, schopné přijímat matky k zácvičku v péči o dítě, umožňující tzv. diskrétní porody atd.
3. V přizpůsobování pobytu dítěte životu v rodině, tedy **vytváření rodinného typu zařízení**.
4. Ve **vícezdrojovém financování**, jak je popsáno výše.

Příloha 1: Metodický pokyn Ministerstva zdravotnictví

4. Mezinárodní srovnání

4.1 Evropa a my

MUDr. Zdeněk Novotný, ředitel DD 1-3 v Ostravě - Zábřehu

Způsob života ve společnosti není nijakým náhodným jevem. Zde v Evropě velmi snadno vystopujeme mnohé charakteristiky chování nás současných Evropanů v helénisticko judaistické tradici. Máme tedy mnohé společné, ale zároveň, jak si snadno na cestách po různých zemích všimneme, existují rozdíly.

Užil jsem slova tradice. Ta je součástí komplexu charakterizujícího společnost, respektive kulturu společnosti. Ta tradice je velmi důležitá. Ta nás činí takovými, jací jsme. Pokud ji popřeme, nebo dokonce pokud nemáme jakousi kontrolu starší generace nad námi, nad tím, jak tuto tradici dodržujeme, snadno podléháme anarchii, která se nám zprvu jeví jako svoboda, volnost, seberealizace. Absurdnost našeho počínání si ale uvědomíme až mnohem později, třeba, když se vrátíme zpět do své původní komunity.

Mohu uvést několik příkladů. Když jsem bydlel v Pardubicích, pozoroval jsem, jak přicházející polští dělníci (pracovali na stavbě přístavu ve Chvaleticích) zprvu navštěvovali bohoslužby a s pravidelností švýcarských hodinek měsíčně chodili ke zpovědi. Mne jako ministranta vždy šokovalo, že chtěli účast u zpovědi písemně potvrdit. S postupem času ale jejich zaběhnutý stereotyp doznával stále výraznějších změn až nakonec přestali praktikovat vžitý „aktivní“ duchovní život. Ti, kteří přišli s otcem či tchánem, chodili ke zpovědi podstatně déle. Mnozí z těch, co našli „svobodu“, se velmi obtížně aklimatizovali po návratu domů.

Jiným příkladem může být imigrace Romů po válce. Ti, kteří přišli samotní (muži jako dělníci na Ostravsko), ti nejen, že byli nuceni sdílet společenství s kolegy z rodů, s nimiž by normálně kontakt ani nenavázali, ale dokonce museli ve snaze o přežití a pod jistou nátlakovou formou okolí přijmout způsob života majority, tedy „gádžů“. Tito ztratili své romství (Romipen) mnohem dříve a více než ti, co například v Českém Krumlově přišli se svými rodiči, tedy společně dvě generace.

O tradici a kultuře v kapitole o péči o děti v zahraničí píši zcela záměrně. Chci se zmínit o mnoha pohledech, které mohou imponovat jako výrazně lepší než systém praktikovaný u nás. My ale žijeme v České republice a máme svoji tradici, svůj způsob výchovy dětí a péče o ně. Zcela určitě máme kulturně blíže k německému (germánskému) vzorci chování než například k anglosaskému. Přesto se mnozí „odborníci“ vzhledli právě v té vzdálenější kultuře a tu mnohdy slepě bez ohledu na naši tradici vehementně prosazují.

V celé Evropě, dnes snad v celém světě má rodina dominantní a privilegované postavení v péči o dítě. Platí také, že se zároveň všude najdou lidé, kteří zplodí dítě a jejich péče o ně je více než sporná, a to jak z hlediska dítěte, tak jindy z hlediska rodičů. Obraz naší společnosti není vůbec žádnou výjimkou.

Podíváme-li se na kontinent, zjistíme, že se liší způsob péče o dítě, které není v rodině. Mimo rodinu se dítě dostává v případě, že se „jeho lidé“ - tj. rodiče nebo nejbližší příbuzní - neumějí, nemohou nebo nechťejí o ně postarat. Pro připomenutí uveďme, že jsou dvě základní formy náhradní péče o dítě - péče náhradní rodinná (NRP, tj. adopce, pěstounská péče) a péče ústavní.

Cílem této kapitoly je zamyslet se nad různými formami ústavní péče v rámci našeho kontinentu. Zcela cíleně jsem na začátku trochu podrobněji psal o tradici. Ta má skutečně svůj velký význam, i když se na první pohled zdá, že rozhodujícím faktorem jsou finance. Ona chudoba, tedy peníze, je také důsledkem tradice, kultury, historie.

Podívejme se nejprve na východ, na situaci na Slovensku, v Rumunsku a na Ukrajině, načež si všimneme zkušeností na západě - ve Velké Británii, speciálně v Anglii.

Slovensko

S námi je pro velmi dlouhou společnou cestu srovnatelné Slovensko. Tamní ústavy odpovídající našim kojeneckým ústavům (dojčenské ústavy) nespádají pod resort zdravotnictví jako u nás, ale zastřešuje je sociální péče stejně, jako školské dětské domovy. Navíc je zde více bořena věková hranice 3 let. V rámci ústavní péče existují na Slovensku profesionální rodiny, kdy „rodiče“ jsou zaměstnanci příslušného dětského domova. Slováci tvrdí, že se touto cestou péče o děti výrazně zlepšila. Na objektivní posouzení musíme ale ještě několik let počkat.

Rumunsko

Rumunsko kráčí kupředu mílovými kroky. Za komunistické vlády byla spousta dětí, které nemohly z nějakých důvodů žít doma, umístěná v ústavech. Ty byly dětmi přeplněny, personál nejen že neměl na děti čas, protože ho bylo málo, ale byl i nekvalifikovaný. Z té doby pochází i spousta HIV pozitivních dětí, dnes již dospělých jedinců.

V první polovině 90 let změny probíhaly nesmírně rychle. Snížil se počet dětí v ústavech, protože byly otevřeny nové, vstoupil do této oblasti i nestátní sektor, a to za přispění mezinárodní spolupráce. Pamatuji se na to, jak se v roce 1996 v Baile Herculane rumunští odborníci divili funkčnosti a smysluplnosti pěstounské péče. Dnes? Dnes je péče v této zemi na vysoké úrovni. Zařízení jsou dobře vybavena. Jsou na úrovni státní i nestátní. Zcela běžnou praxí je mezinárodní adopce, i když i zde jsou problémy. Legislativa kopíruje mezinárodní dokumenty (Charta práv dítěte, Haagská úmluva). Na rozdíl od nás, Rumuni stavěli a stavějí zcela nový systém. To je mnohem jednodušší, než opravovat ten starý, zaběhlý.

Ukrajina

Na Ukrajině dodnes najdete děti na ulici. Seznámil jsem se s problematikou v oblasti Dnepropetrovska. Existují samozřejmě ústavy jak státní, tak nestátní. Dle legislativy mají podniky možnost poskytovat nejen sponzorské dary do oblasti sociální péče, ale pokud chtějí, mohou se rozhodnout tímto směrem zasílat i pomoc, kterou následně odečtou z daní. Žel, dle dostupných informací, i v této oblasti existuje korupce, a tak ti privilegovaní mají lepší zdroj financí než ti mimo okruh známých. Tak tomu je například v zařízení v „Žoltych vodach“, kde v nestátním soukromém dětském domově žije několik desítek dětí pouze a jedině z darů dobrovolníků, kdy stát údajně neposkytuje skoro žádnou podporu. Přes chudobu a svízelnou finanční situaci jsou zdejší děti (původně většinou děti ulice) šťastny. Mají pravidelně stravu, jsou v teple, poskytována jim je zdravotní péče a je jim vštěpován nějaký systém, jsou vychovávány. Samozřejmě i zde nejsou děti beránci, a tak někteří odmítají podrobit se řádu a odcházejí.

Charitativní činnost v péči o děti je zajímavá i pro pravoslavnou církev, která například v Soči provozuje domov pro chlapce z ulice. Dříve než otec Aljoša omezil svoji duchovní činnost a než začal budovat ubytovny pro tyto prepubertální chlapce z ulice, byli tito hoši předmětem zájmu různých kriminálních živlů, kteří od nich za poskytnutou stravu a přístřeší vyžadovali poskytování sexuálních služeb bohatým turistům z různých zemí.

Státní sektor disponuje také dětskými domovy, kde jsou odborníci, ale ve výchově dětí stále dominují kolektivistické rysy péče. Samozřejmě nelze toto tvrzení generalizovat, ale pro mne byl námětem k přemýšlení fakt, že mi byl striktně odmítnut vstup do takového zařízení. Důvod? Hygienický, abych prý v zařízení děti nenakazil. Touto etapou jsme samozřejmě prošli před 20 lety také u nás.

Systém NRP na západ od naší hranice

Pokud se týká náhradní rodinné péče na západ od naší hranice, tam zcela suverénně dominuje pěstounská péče nad adopcí. V pěstounské péči je mnohem častější forma s účastí rodičů. U nás je o tento způsob péče o děti zájem minimální. U nás žadatelé stále více touží

po adopci, a pokud se rozhodnou pro pěstounství, pak počet klasických nepříbuzných pěstounů souhlasících s participací biologických rodičů na výchově dítěte je zcela sporadický.

V Anglii, Rakousku, ale i ve Francii (zde však ne tak výrazně) je s pěstounskou péčí problém zcela jiného druhu. Dokonalost systému kazí fakt, že mnohé děti jsou po určitém časovém úseku předávány z jedné rodiny do druhé. Tato forma profesionální pěstounské péče pak není - nejen podle mého mínění, ale i dle mnohých odborníků i ve Velké Británii - zrovna tím nejlepším řešením pro vývoj dítěte. Já osobně se domnívám, že mnohem lepší je kvalitní ústav než vystřídání 23 rodin ve věku od 10 do 18 let (konkrétní dívka v Rakousku).

Velká Británie

Uspořádání NRP ve Velké Británii je u nás mnohými, hlavně nestátními organizacemi dáváno jako ideální vzor. Je ovšem třeba mít na paměti, že způsob života se zde od našeho diametrálně liší. Vypsání rozdílů přesahuje rámec tohoto sdělení.

V 80 letech probíhala v Británii celonárodní diskuse o péči o děti mimo rodinu. V té době bylo v ústavní péči 36 000 dětí a během hledání cesty, do vydání zákona „Children Act 1989“ klesl počet dětí v ústavech na třetinu. V Zákoně o dětech z roku 1989 byl kladen důraz na týmovou spolupráci (Working Together). To bylo svým způsobem novum v péči o děti. Avšak s postupem času se zjistilo, že se vytvořily superspecializované týmy odborníků, avšak pouze v rámci resortů. Nedošlo k propojení mezi resorty. Díky tomuto nedostatku v posledních letech v Británii zemřelo několik dětí, ač o nich systém péče o děti věděl, že jsou v nějaké nouzi. Nedošlo však ke komunikaci mezi jednotlivými odbory, a tak se pomoc omezila pouze na péči sociální nebo pouze zdravotní či pouhou evidenci policíí.

I když národ (profesionálové i laici) byly pro Zákon o dětech z roku 1989 velmi nadšeni, došlo k velkému zklamání. Přes dokonalost právního systému došlo k několika zbytečným úmrtím a strádání dětí. Tato skutečnost vedla k revizi legislativy a byl vytvořen zákon nový „Every Child Matters“, který byl jako green paper (tedy ještě bylo možno zákon upravovat) publikován v roce 2003 a jako white paper, tedy jako zákonná norma, byl přijat sněmovnou v roce letošním. Jako novum zde je, že existující týmy jsou navzájem propojeny. Zákonem je dáno, že například v týmu zdravotníků pracuje odborník z řad policie a naopak mezi policisty chodí zdravotník a sociální pracovník. Angličané si slibují, že tímto řešením vymizí díry v síti péče o dítě. Jak tomu ale bude, to ukáže zase až čas.

Co se mi na Angličanech líbí, je to, že aktivně činí, po celonárodní diskusi se nějak dohodnou a přijatým směrem (konceptí) všichni společně jdou. Když zjistí, že jejich závěry nebyly nejlepší, jsou ochotni diskutovat znovu a následně provést revizi. Dále se mi na nich líbí, že ctí svůj vlastní systém péče o děti a nenechávají se slepě ovlivňovat zahraničím. Jsou otevření diskusi, ale nikdo je nezlomí tak, jako mnohdy nás, kdy slepě importujeme zahraniční modely do péče o naše české děti.

Dle britských zákonů je právní zodpovědnost v oblasti trestní činnosti od 10 let. Navštívil jsem několik zařízení, která nesou obecný název „Lock Unit“. V Oxfordu například v zařízení pro 3 děti pracuje 10 lidí (odborníků). Co mne ohromilo, bylo to, že jsem se setkal v jiném zařízení s dvanáctiletým chlapcem odsouzeným na doživotí pro sérii 4 vražd.

S násilím se setkáváme i v naší zemi. Osobně nejsem přesvědčen, že cesta pouhé kriminalizace je tou nejlepší, hlavně pokud kromě penalizace nenabídneme dítěti nic jiného a pokud něco nezačneme se společností dělat. V této souvislosti je třeba zmínit se o tom, že ve Velké Británii v takovýchto zařízeních - dle mě dostupných informací - převažují děti pocházející z majoritní společnosti, a to hlavně ty, které se narodily ve starých anglických rodinách. Jen zcela ojediněle jsou mezi nimi děti imigrantů. Jeden psycholog mi sdělil, že si myslí, že důvodem tohoto stavu je jisté přílišné sebevědomí národa, kdy se Angličané domnívali, že mají systém nejlepší, a tak trochu se na sebe zapomněli podívat. Nevím, jestli to je pravda, ale faktem je, že jsem v takových zařízeních moc snědých dětí neviděl.

Za obdivuhodné na Velké Británii naopak považují systém financování. Peníze jsou z centra poukazovány na counties - tedy hrabství, kde již mají sociální pracovníce mnohem lepší představu o tom, které dítě potřebuje pomoc a jak mu je třeba pomoci. Je zcela evidentní, že Angličané hledají cestu, jak vytvořit systém a specifické zařízení, kterými by byl řešen problém konkrétního dítěte. Mají snahu, aby jejich systém byl v péči o konkrétní dítě jako by ušit na míru. Péči negeneralizují. Nikde netvrdí - myslím nyní - že právě tento a tento systém je ten nejlepší. Není zde zatracována péče ústavní a péče náhradní v rodině není glorifikována. Stojí zde více systémů péče o děti vedle sebe, které si jsou ekvivalentní.

Také velmi pozitivní rys je to, že jedna sociální pracovníce má na starost během roku jen několik desítek klientů, kdežto u nás jich je tak kolem tří set. Angličanka má potom čas nejen na vlastní sociální diagnostiku a terapii, ale i na prevenci. Už dávno neplatí staré anglické hanlivé rčení, že „...dobrá sociální pracovníce, mrtvá sociální pracovníce...“. Musím konstatovat, že mi je našich sociálních pracovníc ve srovnání s jejich anglickými kolegyněmi velmi líto. Spíše mi ty naše ženy a dívky připadají jako sociální úřednice. Měl jsem opakovaně možnost bydlet v rodině jedné takové Angličanky, která se tak úzce specializuje, že pracuje pouze a jedině s hluchými dětmi (zodpovídá na 40 děti!!). V rámci města Coventry ale není sama.

Velmi zajímavý projekt, s nímž jsem se setkal zatím pouze v Anglii, je zařízení pro celé rodiny, kdy se zvažuje odebrání dítěte z rodiny. Doporučuji na tomto místě všimnout si toho, že i ve Velké Británii existuje možnost odebrat dítě z rodiny a nakonec zbavit rodiče jejich zodpovědnosti (ale to trvá alespoň 5 let - pokud se jedná o nezáměr o dítě). Do tohoto nestátního zařízení přicházejí rodiny (oba rodiče) i s dětmi na dobu 13 týdnů, kdy je jim poskytnuto adekvátní bydlení a nic jim není zakázáno, pokud toto nekoliduje se zákonem. Dokonce jim ani není zakázáno konzumovat alkohol ve zvýšené míře. Pokud ale k této konzumaci dochází a pití je důvodem zhoršení péče o dítě, je rodině například doporučeno toto pití omezit. Rodina má na výběr, buď dobrovolně změnit způsob života, a tím dokázat, že svoji proklamaci, že se o dítě chtějí starat, že péči zvládnou, nebo prosadí své chvilce a o dítě přijdou. Týdně se scházejí na „assembly“ se svým terapeutem (více méně sociálním pracovníkem) a je hodnocen jejich vývoj. Zcela otevřeně jim jsou sdělovány klady a zápory v jejich chování. Po 4 týdnech probíhá tak zvané „velké assembly“ za přítomnosti vedoucího zařízení a jedná se o tom, zda další pobyt rodiny v zařízení má nebo nemá smysl. Asi polovina rodičů prochází pobytem jako úspěšní, druhá polovina je buď vyloučena pro nedodržování základních společenských pravidel nebo sami nejsou s to umenšit své ego nad kompromisem ve vztahu k dítěti. Z těch 50% úspěšných následně údajně ještě asi 10% rodičů selže. Jinými slovy: pro 45% dětí je uchována jejich vlastní rodina.

Samozřejmě, že tato péče je velmi drahá. Vyrovná se péči o dítě v Lock Unit, kdy na jedno dítě vynakládá město Coventry cca 5 000 (pět tisíc) liber týdně. Dítě v dětském domově - pokud se nachází v rámci města - stojí cca 1 600 liber, pokud je dítě v pěstounské péči, vynakládá se na ně komplexně 1 750 liber. Tedy více než na dítě v ústavu. Informace pro mne podivuhodná mi byla vysvětlena tím, že není problém vyřešen tím, že se dítě umístí v náhradní rodině, ale že tato rodina potřebuje také nějaký servis. Toto si mnozí naši odborníci zatím neuvědomují. Musím opět zdůraznit, že péče v rodině je jistě mnohem lepší než v ústavu. Ale ne každé dítě je vhodné do rodiny, ne každé dítě do rodiny chce jít. I v tomto směru mne zase oslovila Británie.

Projekt „Look After“ není pěstounskou péčí, ale prostě jedinec od 19 do 70 nebo 99 let - tu horní hranici přesně nestanovili - může nabídnout jistou formu kamarádství, vedení, výchovy jedinci, který není zvládnán doma, ale zase na tom není tak špatně, aby musel být v uzavřené jednotce nebo jiném specializovaném zařízení. Takovýto třeba sedmnáctiletý mladík má svůj pokoj a žije pod jistou supervizí svého staršího kamaráda, kterému mnohdy věří více než svým rodičům. Tato forma péče je symbolicky placena.

K Anglii bych rád ještě řekl následující. Je to pohled mne, Čecha a ani trochu to není kritika anglického systému, není to kritika anglické rodiny. V naší zemi může být žena po porodu doma 3 až 4 roky. V Anglii cca půl roku. Přitom v Británii platí, že dítě do 15 let nesmí být samo, musí být pod kontrolou. V Anglii se chodí do práce později než u nás. Děti jsou ve škole déle než u nás a jsou také více zapojeny do klubové činnosti. V podstatě tam nenajdete děti volně pobíhající jako u nás.

K zajištění péče o děti, když žena nastupuje po mateřské dovolené, velmi dobře slouží institut au pair girls. Setkal jsem se opakovaně jak s těmito dívkami, tak i s maminkami, Angličankami. Obě strany mi potvrdily, že dítě stráví velkou část dne s au pair girl a s matkou méně. Ta je potom frustrována tím, že dítě více inklinuje k cizí osobě a ta se za život ještě několikrát vymění. Pohledem mne, Čecha je přijatelnější náš způsob života. Institut au pair girls má své opodstatnění, nevidím na něm tolik špatného, přesto ta cizí dívka supluje matku a to pro dítě určitě není ideální. Na rozdíl od Anglie mají naše maminky možnost strávit s dětmi více času. Kladu si otázku, zda právě zde není příčina toho, že počet maminek mladších 15 let je v Anglii suverénně nejvyšší v rámci Evropy.

Mrzí mne, že ze zkušeností této země, která se skutečně poctivě snaží najít optimální způsob péče o své nejmenší občánky, si u nás někteří lidé berou pouze a jedině výtržky systému a aniž by ctili tradici, snaží se anglický způsob aplikovat na naše podmínky. Samozřejmě, že je neštěstím, když anglický odborník prezentuje našim občanům nebo dokonce odborníkům naši ústavní péči tak, jaká byla na Ukrajině nebo v Rusku či v Rumunsku někdy před 15 - 20 lety. To pak musíme zcela vážně uvažovat o demagogii. Nikdy nelze importovat slepě cizí dokonalé systémy, neboť ty u nás mohou být těmi nejhoršími.

Severské země

Myslím si, že by bylo dobře zmínit i systém severský. V poválečném nadšení Norové, ale i ostatní Skandinávci zrušili péči o děti v ústavech. V Bergenu jsem měl možnost vidět takové malé jednotky, domky v běžné zástavbě, kde byly skupiny po maximálně deseti dětech (většinou jich bylo 7 - 8) v péči 11 - 12 odborníků. Nezasvěcený by nepoznal, že se jedná o takové maličké ústavy. Ty jsou koncipovány přísně rodinně. Takováto péče ale stojí hodně peněz. Město Bergen si to může dovolit, protože na sociální péči vynakládá 80% městského rozpočtu. To si myslím nemůže dovolit v naší zemi ani ta nejbohatší obec. Pokud jsem v Norsku viděl děti v ústavech, pak to bylo zařízení pro jedince s handicapem. Např. v komunitě Camphillského hnutí nebyly děti mladší 15 let.

Ke Skandinávii se sluší poznamenat i to, že zde není možné zbavit rodiče jejich zodpovědnosti. Pokud platí tento zákon, pak je nasnadě, že adoptovat malé dítě pocházející ze Skandinávie je v podstatě nemožné. Také proto zde musí dominovat pěstounská péče s účastí rodičů. V Anglii je tomu obdobně. Vlastně tato legislativa je vodou na mlýn realizaci mezinárodních adopcí i z naší země, kde stále ještě mnozí žadatelé tvrdošjně lpějí na rasových předsudcích, které jsou Angličanům a Seveřanům absolutně cizí (pokud se jedná o děti).

Srovnáme-li systém ve Skandinávii například s Rumunskem nebo Ukrajinou před cca 20 lety, pak máme vedle sebe 2 systémy. Jeden téměř absolutizující ústavní péči a druhý tento systém odmítající. Odborníci na obou stranách vidí nedostatky těchto extrémů. Opakovaně zdůrazňují, že dítě patří do rodiny. Ale jsou situace, kdy prostě není jiného řešení, než tuto rodinu nějak nahradit. Ve Skandinávii, ale ještě více v USA, vyvstává nerudovský problém „kam s ním“? Tím problémem je HIV pozitivní dítě. Jsou kladeny i otázky, jak moc lze zatížit náhradní rodinu dítětem s výraznou poruchou chování. Z vlastní zkušenosti, ze své vlastní rodiny vím, že ne každé dítě chce jít do náhradní rodiny.

Naopak sami vidíme, že absence náhradní rodinné péče není ideální, neboť v ústavu dítěti, respektive mnohým dětem chybí máma a táta. Při jednom kongresu o náhradní rodinné

pěči v Bergenu jsem měl možnost setkat se s mladými lidmi, kteří prožívají dětství v pěstounských rodinách. Jejich paralelní program zcela jasně vyzněl v „ANO“, rodina je správný směr, ale musí to být rodina, která přijme dítě takové, jaké je, tedy plně je respektuje a je ochotna mu nabídnout cestu k dospělosti. Jako tristní byly prezentovány kasuistiky dětí posílaných po necelých 6 měsících z jedné rodiny do druhé.

Rád bych na tomto místě upozornil ještě na jeden zajímavý pohled. Na západě od našich hranic se prosazuje více než u nás, aby dítě (i když jde do adoptivní rodiny) mělo povědomí o biologické rodině. Tato snaha směřuje k tomu, že je na jedné straně chráněn zájem dítěte, ale stále více je hájeno právo dospělého, který toto dítě zplodil. Je otázkou, kde bude nalezen kompromis, kam až lze dojít. To ale ukáže čas. Já však chci poukázat na jiný aspekt, na právo a následně jeho interpretaci. V naší legislativě je uzákoněno, že matka může být zbavena rodičovské zodpovědnosti, pokud projeví o své dítě „absolutní nezájem“ (tedy po porodu 2 měsíce neprojeví žádnou aktivitu k dítěti) nebo o dítě může matka přijít, neprojevuje-li „opravdový zájem o dítě“ (dnes už nestačí poslat pohled, ale matka se musí opravdu snažit situaci řešit). Angličané, jak psáno výše, hodnotí nezájem o dítě pokud tento není opravdový, po dobu 5 let. V severských zemích zákon zrušení rodičovské zodpovědnosti neřeší vůbec. Tedy dítě je stále v právním vztahu k rodiči, který o ně třeba nejeví vůbec žádný zájem. Čtenář nechť si sám udělá obrázek o tom, který systém je pro dítě lepší. Názory jsou různé.

Západoevropský trend je směřovat dítě do rodiny, pokud to je možné. Zajímavé je řešení ve Francii. V Bretani jsem měl tu čest navštívit zařízení ekvivalentní našemu dětskému domovu v kombinaci s výchovným ústavem a kojeneckým ústavem. Je pravdou, že v zařízení je podstatně méně dětí než v našich ústavech. Legislativa přesně určuje, kolik dětí může být v jedné jednotce a kolik jednotek může být v jednom zařízení. Maximum je 12 dětí na jednotku a 3 jednotky na zařízení. Personální vybavení odpovídá našemu. Dětské domovy jsou ale integrovány pro děti různých věkových skupin, kdy u starších dětí je dodržován systém zachování celistvosti rodiny. Pro ty nejmenší děti tomu tak ale není. Tedy stav zcela odpovídající systému našemu.

Z hlediska naší praxe bylo zajímavé sdělení, že do vlastní biologické rodiny se vrací pouze necelá čtvrtina z těch nejmenších dětí. Jinak jdou do rodin náhradních (u nás je poměr zcela opačný). Byl jsem potěšen, že problém délky pobytu dítěte v zařízení není pouze ostudou České republiky, ale že i Francouzi bojují s rodiči, kteří nechávají děti v zařízení dlouho.

Srovnal-li bych vybavení zařízení pro děti v Anglii, Francii a u nás, pak musím zcela otevřeně prohlásit, že naše zařízení jsou nejenom srovnatelná se zařízeními v Evropě, ale jak personálně, odborně, ale i materiálně jsou na tom v mnohých aspektech lépe. Je úplně jedno, kde dítě strádá nedostatkem mateřské lásky - jestli v Británii nebo Rakousku či u nás.

Rakousko

V Rakousku jsem měl možnost vidět zařízení pro postižené děti, kam chodí na několik hodin denně, tedy obdoba našich stacionářů. V bohatších zemích, tedy i v Rakousku, je na rozdíl od nás více zařízení pro rodiče (hlavně matky) a děti, kde mohou být společně - jedná se o zařízení pro sociálně slabé, neporadné, ale i pro rodiče s dětmi s handicapem. V Salcburku mi byl představen jiný zajímavý projekt. SE-WO (Selhat Wohnen). Idea tohoto projektu vychází z následující myšlenky. Dítě - většinou již adolescent nebo pubertální dítě se domnívá, že se svět bude točit kolem něj. Nejsou s ním nijaké velké problémy, ale doma naprosto neposlouchá a čeká, že se všichni o něj postarají. Dítě se cítí dospělé a vše si dokáže zajistit samo. Některým z těchto dětí, které nesmějí vykazovat kriminální činnost, je nabídnuta možnost bydlet ve skupině cca 10 stejných dětí různého věku, kdy v domě pro ně vybaveném není žádný dospělý. Jen určená sociální pracovníce má právo kontroly v jakýkoliv okamžik. Děti si musí sami navařit, uklidit, musí chodit do školy nebo do práce. Kolektiv si

sám hlídá plnění povinností, protože v případě závažnějšího pochybení je všem známo, že následnou instancí by mohla být „polepšovna“. Děti se sami dokonce starají o okolí domu. Dolní věková hranice je 14 let.

Závěr: nezbytnost tolerance

Jiný velmi zajímavý projekt jsem poznal v Izraeli. Tato země poskytuje vlast nejen židům, ale i Arabům. Přijal jsem pozvání do jednoho soukromého dětského domova, kde byly pouze arabské děti, respektive nežidovské děti. Zvláštností bylo to, že v tomto soukromém dětském domově byla plně respektována osobnost dítěte, respektive náboženská příslušnost. Při prohlídce jsem si uvědomil, že v naší zemi by alespoň jedno takovéto zařízení pro děti z naší největší minority, vedené samotnými Romy, nebylo špatným počinem. Vlastně v tomto domově jsem dostal řádnou lekci v umění tolerance mezi lidmi. Na vlastní oči jsem vyslechl při děti, kdy jedno z nich bylo jiným chlapcem hanlivě nazváno kvůli barvě pleti. Ostatní děti samy spontánně verbálního agresora pacifikovaly.

Většina mého sdělení se týkala dětí, které jsou umísťovány v ústavech z důvodů sociálního selhání rodičů. Dalo by se psát i o dětech s různým handicapem. V této oblasti máme sice ústavní péči na velmi dobré úrovni, ale jistě je co zlepšovat. Přesto musím konstatovat, že v bohatších zemích je péče o postižené děti založena více na rodinné péči než u nás. Vlastně to lze pozorovat i na případech mezinárodní adopce, kdy se od nás do rodin dostávají nejenom snědé, u nás těžko umísťitelné děti, ale podařilo se nám najít opakovaně rodiče i pro dítě s mentálním handicapem. V této oblasti máme tedy skutečně velké rezervy tak jako v etnické toleranci. Jinak po zkušenostech z Evropy a jejího blízkého okolí musím konstatovat, že ústavní péče o děti v naší zemi není zase tak špatná, jak se někteří z našich odborníků snaží veřejnosti proklamovat.

Závěrem bych rád ještě jednou požádal čtenáře, aby vždy s klidnou myslí zhodnotili všechny okolnosti, budou-li postaveni před informace, že tam či onde je péče o ty nejmenší mnohem lepší než u nás. Dovolím si uvést příklad na naší největší etnické minoritě. Za 600 let přítomnosti v Evropě dokázali si Romové udržet svůj Romipen, ač neměli psanou formou předávanou tradici. Dokážeme to také my, Češi? Nebo podlehneme tlaku různých módních vln či demagogů? Mějme oči otevřené, dívejme se kolem sebe, poučme se. Přivezme z ciziny vše, co je dobré, a pokud to chceme u nás uplatnit, aplikujme to s ohledem na naši kulturu.

Vážme si práce nejen odborníků v cizině, ale buďme si vědomi toho, že - díky našim otcům - nejsme v péči o naše děti někde na chvostě.

4.2 Mezinárodní srovnání podle projektu „Daphne“

Na jaře roku 2004 byl pod vedením katedry psychologie univerzity v Birminghamu dokončen projekt nazvaný „Zjišťování počtu a charakteristiky ohrožených dětí mladších tří let v ústavech v Evropě“. Koordinátorem projektu bylo Centrum forenzní psychologie a psychologie rodiny při této univerzitě.

Cílem tohoto patnáctiměsíčního projektu bylo zjistit počet a charakteristiku dětí mladších tří let umístěných v ústavech v celé Evropě bez rodičů (primárních pečovatелů) na dobu delší než tři měsíce, neboť takovéto informace nebyly dosud dostupné. Celkově si projekt dává za cíl vytvořit soubor údajů o míře využití a ceně ústavní péče a náhradní rodinné péče (např. pěstounské péče) a zároveň prozkoumat shody a rozdíly mezi jednotlivými státy.

V **části I.**, nazvané **Evropský výzkum**, bylo účelem prozkoumat ve 33 evropských státech využití ústavů pro řešení situace takových dětí a zjistit podíl těchto dětí na příslušné věkové skupině, (míru institucionalizace), dále důvody institucionalizace, nasměrování deinstitucionalizace (přechod do jiného prostředí) a konečně průměrné roční náklady na ústavní a pěstounskou péči na jedno dítě (v eurech). Pod pojmem „ústav“ se v této části chápe

zařízení s kapacitou větší než 11 dětí, výjimky jsou uvedeny v poznámkách. V této části bylo Česko zastoupeno jen velmi sporadicky.

V části II., nazvané **Pozorování partnerů**, byla prostřednictvím návštěv výzkumných partnerů v jednotlivých ústavech podrobněji zkoumána kvalita ústavní péče v Dánsku, Francii, Maďarsku, Polsku, Rumunsku, Řecku, na Slovensku, v Turecku a ve Velké Británii. V tomto případě byla použita metoda řízených rozhovorů pomocí dotazníků. V zemích, které neposkytly oficiální statistické údaje, prováděli partneři pro výzkum kvalifikované odhady jednotlivých veličin. Česko v této části zastoupeno nebylo.

Pro obě části byly vypočítány závislosti výsledků a některých sociálních a ekonomických ukazatelů, které podle hypotéz autorů mohou mít k jevům z dotazníků nějaký vztah. Těmito ukazateli byly:

HDP - HDP na obyvatele (USD),

výdaje na zdravotní péči - celkové výdaje na zdravotní péči jako % z HDP,

míra potratovosti - počet potratů na 1 000 živých novorozenců,

věk matek - průměrný věk matek při prvním porodu,

míra porodnosti mladistvých.

Projekt prosazuje náhradní rodinnou péči, neboť jeho autoři předpokládají, že děti, jež neprojdou ústavní péčí, budou pravděpodobně svými emocemi i chováním v budoucnosti působit méně problémů. Výsledky zkoumání mají sloužit jako podklad pro další práci zahrnující prosazování náhradní rodinné péče a obnovy rodiny i pro redukci využívání ústavů a mezinárodních adopcí u malých dětí. Dále si autoři kladou za cíl prozkoumat možnosti společnosti, jak zabránit umístování dětí do ústavů a jak prosazovat alternativní péči o ty, které tam již jsou.

Metodou průzkumu bylo jednak kontaktování příslušných ministerstev, jež byla požádána o oficiální údaje pro část I, jednak návštěvy konkrétních zařízení, tj. určitého vzorku ústavů v devíti státech (Dánsko, Francie, Maďarsko, Polsko, Rumunsko, Řecko, Slovenská republika, Turecko a Velká Británie). Návštěvy, které jsou zpracovány v části II., měly umožnit hlubší vhled do ústavní péče a jejího dopadu na děti.

Z různých důvodů, jež jsou v citované práci zmiňovány, není srovnatelnost údajů příliš průkazná. Údaje za Českou republiku jsou navíc uváděny velmi sporadicky, a to jen v I. části; průzkum pro účely II. části nebyl v Česku vůbec proveden. Důvod autoři zprávy neuvádějí.

Míra institucionalizace (podle dotazníků zasláným příslušným ministerstvům jednotlivých zemí) je uvedena v tabulce 5. Údaje v závorkách ve 3. sloupci tabulky je třeba brát s rezervou - jde buď o odhady ze vzorků dětí starších pěti let nebo v nich jsou zahrnuty děti, u nichž je možné, že jsou v ústavní péči s rodičem, méně než tři měsíce nebo je kapacita jejich zařízení menší než jedenáct dětí.

Průměrná míra institucionalizace (na 10 000 dětí) pro zúčastněné země (včetně odhadovaných údajů) je 11,19. Ve státech, které byly v roce 2003 členy EU, je míra institucionalizace 10,14, naopak pro zbylé zúčastněné státy je to 12,75. Komentátoři však došli k závěru, že údaje za Turecko zkreslují výsledky. Míra institucionalizace bez započtení Turecka je tedy následující (údaje v závorkách byly vypočítány bez odhadovaných údajů): celková míra institucionalizace je 13,39 (16,95), u států, jež byly v roce 2003 členy EU, je to 10,14 (9,03) a u ostatních zúčastněných států 24,99 (25,95).

Údaje za Česko v tabulce 5 jsme doplnili o relativní hodnoty rozsahu pěstounské péče (počet dětí do 3 let v pěstounské péči připadající na 10 000 dětí příslušné věkové skupiny). Absolutní hodnoty jsou podle sdělení MPSV následující:

Tabulka 4 Počet dětí mladších 3 let v pěstounské péči v Česku (koncem příslušného roku)

| 2001 | 2002 | 2003 | 2004 |
|------|------|------|------|
| 151 | 173 | 164 | 207 |

Pramen: údaje MPSV

Počet dětí do 3 let v pěstounské péči není příliš vysoký a řádově koresponduje z údaji o počtu dětí propouštěných každoročně z KÚ a DD1-3 do tzv. „jiných forem náhradní rodinné péče“ - podle výkazu A-410 (viz tabulku ... v příloze).

Tabulka 5 Míra institucionalizace a pěstounské péče u dětí do 3 let v Evropě (Celkový počet dětí, počet dětí v ústavní péči a podíl na 10 000 dětí do 3 let)

| stát | celkový počet dětí | počet dětí v ústavech (absolutně) | ústavy: (podíl na 10 000 dětí) | děti v pěst. péči (podíl na 10 000) |
|-----------------------------|----------------------|-----------------------------------|--------------------------------|-------------------------------------|
| Česká republika | 270 293 | 1 630 | 60 | 6 ^o |
| Belgie ² | 383 639 | 2 164 ⁹ | (56) | 85 |
| Lotyšsko | 71 250 ⁶ | 395 | 55 | . |
| Bulharsko | 245 704 ⁶ | 1 238 | 50 | . |
| Litva | 100 268 | 458 | 46 | 22 |
| Maďarsko | 174 893 ⁴ | 773 | 44 | 68 |
| Rumunsko | 877 772 | 2 915 | 33 | 42 |
| Slovenská republika | 160 186 | 502 | 31 | 146 |
| Finsko | 168 370 | 466 ¹¹ | (28) | 17 |
| Malta | 16 485 | 44 | 27 | . |
| Estonsko | 37 953 | 100 | 26 | 12 |
| Španělsko | 1 064 764 | 2 471 ¹⁰ | (23) | 34 |
| Nizozemsko | 818 713 | 1284 | 16 | . |
| Portugalsko | 434 616 | 714 | 16 | 3 |
| Francie | 2 294 439 | 2 980 ¹² | (13) | . |
| Polsko | 1 490 440 | 1 344 ⁶ | 9 | 17 |
| Chorvatsko | 178 142 ⁶ | 144 | 8 | 86 |
| Albánie | 166 800 ⁴ | 133 ⁷ | (8) | . |
| Švédsko | 278 400 ⁶ | 213 ¹¹ | (8) | 17 |
| Dánsko | 197 758 | 133 | 7 | 20 |
| Německo | 2 232 569 | 1 495 | 7 | 20 |
| Irsko | 166 208 | 95 ¹⁰ | (6) | . |
| Kypr | 33 339 | 15 ¹⁰ | (4) | . |
| Rakousko ¹ | 107 709 ⁵ | 37 ⁸ | 3 | 39 |
| Řecko | 377 930 ⁶ | 114 | 3 | 0,5 |
| <i>Turecko</i> | <i>4 388 000</i> | <i>850</i> | <i>2</i> | <i>1</i> |
| Itálie | 1 614 667 | 310 ¹³ | (2) | 2 |
| Norsko | 172 877 | 17 ¹¹ | (<1) | 15 |
| Velká Británie ³ | 2 037 463 | 65 ¹¹ | (<1) | . |
| Island | 12 412 | 0 | 0 | 6 |
| Slovinsko | 53 736 | 0 | 0 | 233 |
| Lucembursko | 16 992 ⁶ | - | - | . |
| CELKEM | 20 644 787 | 23 099 | 11 | . |

Poznámky: ^o podle sdělení MPSV

¹ Společné údaje pro 3 rakouské spolkové státy: Dolní Rakousko, Vorarlbersko a Vídeň

² Společné údaje pro vlámskou a francouzskou komunitu

³ Společné údaje pro Anglii, Skotsko, Severní Irsko a Wales

⁴ Odhad ze statistických údajů o populaci do pěti let

⁶ Odhad ze statistických údajů o populaci do čtyř let

⁷ Odhad ze statistických údajů o „dětech v kojeneckých ústavech“ (Social Monitor 2003)

⁸ Odhad pro Dolní Rakousko ze statistických údajů o populaci do pěti let

⁹ Odhad pro francouzskou komunitu ze statistických údajů o populaci do sedmi let

¹⁰ Odhad ze statistických údajů o populaci do osmnácti let

¹¹ Údaje zahrnují i děti v ústavní péči s rodičem, méně než tři měsíce, v zař. pro méně než 11 dětí

¹² Odhad z počtu míst v jeselních zařízeních soc. péče (2000) a v lékařských jeselních zařízeních

¹³ Statistické údaje zahrnují i zařízení s kapacitou menší než 11 dětí

Pohledem do tabulky 5 (bez odhadovaných údajů, které jsou v závorce) zjistíme, že nejvyšší míra institucionalizace je v České republice, 60 dětí na 10 000. Pro Belgii máme pouze odhad (56 dětí na 10 000), který by ji - v případě, že by odpovídal skutečnosti - umisťoval na druhou pozici, čímž by se Belgie vymykala ze statisticky zjištěných vztahů mezi mírou institucionalizace a dalšími ukazateli. Z toho důvodu ji autoři projektu do výpočtů nezařadili. Jinak je ČR následována Lotyšskem, Bulharskem, Litvou a dalšími postkomunistickými zeměmi, v roce 2003 nečleny EU. Velké množství poznámek a definičních výjimek však vzbuzuje určité obavy co do spolehlivosti uvedených dat.

O problémech se získáváním relevantních dat hovoří sami autoři projektu: „Hlavní překážkou projektu byly problémy se získáváním spolehlivých informací na úrovni států. Vzhledem k tomu, že první roky života jsou kritickým a citlivým obdobím pro zdravý vývoj člověka, je překvapující, že pouze malý počet států byl schopný uvést komplexní informace o umístění dětí do tří let, jež se nacházejí ve veřejné péči. Informace v ústředních databázích se více týkaly platné legislativy upravující umisťování dětí a méně už kvantitativních údajů o umístění dětí. V některých případech bylo sledování toho, kam jsou děti umisťovány, velmi špatné, což děti ohrožuje. Navíc nebyly příliš systematicky schraňovány informace místních úřadů a dobrovolnických organizací, jež jsou činné v péči o znevýhodněné děti. Pokud takovéto informace vůbec existují, bývají získané údaje velmi špatně zpracovávány”.

V tabulce 5 jsme (podle citované zprávy Daphne) doplnili též podíl dětí do 3 let v pěstounské péči (na 10 000 dětí). Vyšší podíl dětí v pěstounské péči než v ústavěch vykázaly tyto země: Belgie, Dánsko, Chorvatsko, Island, Maďarsko, Německo, Norsko, Polsko, Rakousko, Rumunsko, Slovensko, Slovinsko, Španělsko, Švédsko. Vyšší podíl dětí v ústavní péči vykázaly Estonsko, Finsko, Litva, Portugalsko, Řecko a Turecko. Za Česko nám data o počtu dětí do 3 let v pěstounské péči poskytl statistický odbor MPSV.

„Nepočítáme-li s odhadovanými údaji (v závorkách)“, uvádějí autoři projektu Daphne, „byl největší počet dětí do tří let v ústavní péči pozorován ve státech s nižším HDP ($r=-0,576$, $p=0,01$) a s nižším podílem HDP na zdravotní péči ($r=-0,498$, $p<0,03$). Vyšší podíl dětí do tří let v ústavní péči byl také spojen s nižším věkem matek při prvním porodu ($r=-0,531$, $p<0,03$) a s vyšší mírou potratovosti ($r=0,609$, $p<0,01$)”.

Porovnáním s údaji ČSÚ a ÚZIS jsme zjistili, že údaje, které jsou v projektu Daphne uváděny za Česko, nejsou zcela přesné. Jednak celkový počet dětí je nižší než oficiální údaje ČSÚ, jednak počet dětí umístěných v ústavěch je proti skutečnému stavu vyšší, protože nejsou odečteny děti, u nichž byla překročena věková hranice tři let. Námí vypočtená míra institucionalizace pro ČR uvedená v tabulce 6 je téměř o 10 procentních bodů nižší a navíc se stále snižuje.

T a b u l k a 6 Míra institucionalizace v ČR podle českých oficiálních údajů

| rok | počet dětí do 3 let celkem | z toho: v KÚ a DD 1-3 celkem | nad věkovou hranicí | děti do 3 let v KÚ a DD 1-3 | index (na 10 000 dětí do 3 let) |
|------|----------------------------|------------------------------|---------------------|-----------------------------|---------------------------------|
| 2000 | 265 950 | 1 723 | 256 | 1 467 | 55,16 |
| 2001 | 269 610 | 1 655 | 220 | 1 435 | 53,23 |
| 2002 | 273 229 | 1 630 | 213 | 1 417 | 51,86 |
| 2003 | 278 021 | 1 624 | 207 | 1 417 | 50,97 |
| 2004 | 286 661 | 1 570 | 178 | 1 392 | 48,56 |

Prameny: ČSÚ, ÚZIS

V tabulce 7 shrnujeme, jak sledují autoři projektu Daphne **důvody institucionalizace dětí**. Tyto údaje uvedlo pouze 58% zúčastněných států; některé z těch států, které údaje uvedly, navíc nebyly schopné uvést další podrobnosti (např. Kypr, Norsko, Švédsko a Velká Británie), udaly tak pouze odhady. V Dánsku, Řecku a Turecku nebyly procentní údaje o důvodech institucionalizace podloženy oficiálními statistikami.

Vyšší počet dětí umístěných do ústavní péče z důvodu „opuštění“ byl spojen s nižším HDP, nižšími výdaji na zdravotní péči a vyšší mírou potratovosti. Umísťování malých dětí do ústavní péče kvůli týrání nebo zanedbávání rodiči bylo spojeno s vyšším HDP, vyššími výdaji na zdravotní péči a s vyšším průměrným věkem matek při prvním porodu .

T a b u l k a 7 Důvody institucionalizace dětí mladších tří let (podíl v %)

| stát | biologičtí sirotci | opuštěné děti | postižené, nemocné | týrané, zanedbané | jiné důvody |
|--------------------------------|--------------------|---------------|--------------------|-------------------|-------------|
| Belgie ¹ | 1,9 | 1,5 | 1,4 | 48,8 | 46,3 |
| Chorvatsko ² | 0,0 | 13,0 | 0,0 | 28,0 | 69,0 |
| Kypr ³ | - | - | - | 100,0 | - |
| Česká republika | - | - | 21,7 | 4,3 | - |
| Dánsko [#] | 0,0 | 0,0 | 11,0 | 78,0 | 11,0 |
| Estonsko | 1,0 | 30,0 | 12,0 | 44,0 | 10,0 |
| Francie | 0,4 | 0,4 | 0,0 | 99,2 | 0,0 |
| Řecko [#] | 0,0 | 17,2 | 16,4 | 32,8 | 29,1 |
| Maďarsko | - | 77,1 | 22,9 | - | - |
| Lotyšsko | 5,3 | 76,8 | 17,8 | 0,0 | 0,0 |
| Malta | 0,0 | 6,8 | 0,0 | 22,7 | 70,5 |
| Norsko ³ | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 90,0 | 10,0 |
| Portugalsko | 0,6 | 11,5 | 0,0 | 41,8 | 46,1 |
| Rumunsko | - | 93,4 | 6,4 | - | 0,2 |
| Slovensko | 4,2 | 7,6 | 14,6 | 4,3 | 69,2 |
| Švédsko ³ | 0,0 | - | 10,0 | 80,0 | 10,0 |
| Turecko ^{#4} | 45,6 | 54,4 | - | - | - |
| Velká Británie ^{3,5} | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 80,0 | 20,0 |
| členské státy EU (2003) | 0,0 | 4,0 | 4,0 | 69,0 | 23,0 |
| ostatní sledované země | 6,0 | 32,0 | 23,0 | 14,0 | 25,0 |

Poznámky:

[#] Údaje partnerů pro výzkum (chybí oficiální vládní údaje)

¹ Společné údaje pro vlámskou a francouzskou komunitu (údaje o francouzské komunitě platí pro děti do sedmi let)

² Uvedené hodnoty jsou pro děti do osmnácti let

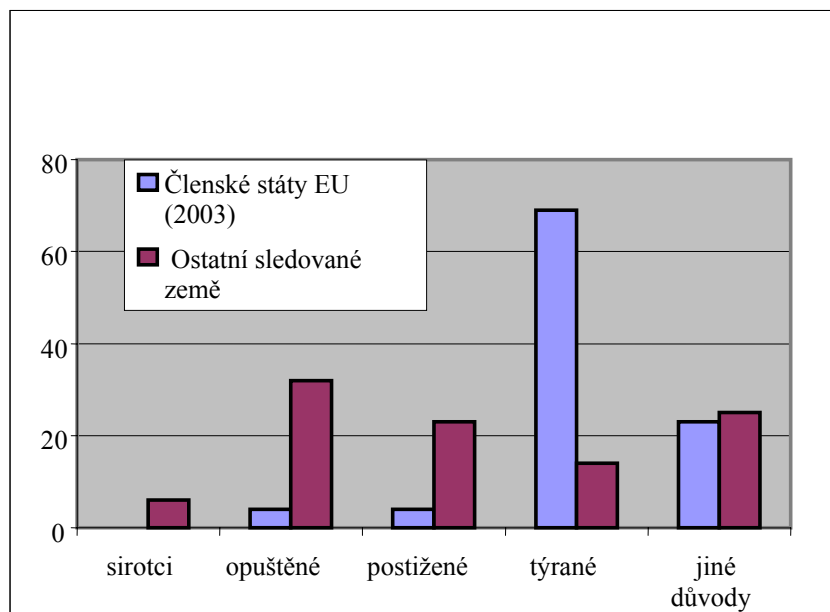
³ Podrobné údaje nejsou k dispozici, uvedené hodnoty jsou odhadované

⁴ Uvedené hodnoty jsou pro děti do šesti let

⁵ Společné údaje pro Anglii, Skotsko, Severní Irsko a Wales

Údaje za ČR v tabulce 7 jsou neúplné a nejasné, i když by mohly zhruba odpovídat údajům oficiální statistiky. V tabulce 7 je jako důvod institucionalizace v ČR uváděno pouze postižení/nemoc (ze 21,7 %) a týrání/zanedbávání dítěte (4,3 %). Podle výkazu Ministerstva zdravotnictví A-410 za rok 2003 bylo z dětí přijatých do KÚ a DD 1-3 23 % přijato ze zdravotních důvodů a k 31.12. zde bylo umístěno 27 % dětí handicapovaných. Údaj o podílu dětí přijatých v Česku jako týrané/zanedbávané zhruba odpovídá datům podle statistiky ÚZIS.

Graf 4 Příčiny institucionalizace v %



Pramen: Daphne

Poslední dva řádky tabulky 7 a graf 4 uvádějí průměrné hodnoty pro důvody institucionalizace dětí udané zeměmi, jež v roce 2003 byly členy EU (Belgie, Francie, Norsko, Portugalsko, Švédsko a Velká Británie), a zbylými zúčastněnými zeměmi (Česká republika, Estonsko, Chorvatsko, Kypr, Lotyšsko, Maďarsko, Malta, Rumunsko a Slovenská republika), které tuto otázku v dotazníku vyplnily. Mezi zeměmi EU bylo nejčastějším důvodem institucionalizace týrání/zanedbávání dětí, zatímco v ostatních státech, zúčastněných ve výzkumu bylo nejčastějším udaným důvodem opuštění dětí jejich rodiči.

V České republice se pro přijetí do KÚ a DD1-3 sledují důvody zdravotní, sociálně-zdravotní a sociální. Jejich podíl v letech 1995 - 2004 v kapitole 3.

Stručně možno shrnout, že v průběhu sledovaných let v Česku stoupal podíl dětí přijatých ze zdravotních a sociálně-zdravotních důvodů a naproti tomu podíl dětí přijatých z důvodů sociálních poklesl.

Velkou pozornost zaměřili zpracovatelé projektu „Daphne“ na **náklady**, a to porovnáním průměrných ročních nákladů na ústavní a pěstounskou péči na jedno dítě ročně. Za Česko nebyly údaje našimi ministerstvy poskytnuty, takže do rozboru zařazeno nebylo. Nicméně jsme se pokusili o odhad, který jsme zařadili do tabulky 8. Náklady za Česko jsme na základě údajů uvedených v tabulce 12 odhadli takto:

10 622 eur péče ústavní v KÚ a DD1-3 – výpočet podle tabulky 12: průměrné náklady v roce 2003 na 1 dítě denně = 873 Kč vynásobeno 365 a děleno kurzem 30 Kč za 1 euro;

2 041 eur péče pěstounská - výpočet z údajů MPSV podle tabulky 13: měsíční dávka na 1 dítě v pěstounské péči v roce 2003 byla 5 104 Kč, vynásobeno 12 a děleno kurzem 30 Kč na 1 euro;

5 675 eur péče ústavní v ÚSP pro děti a mladistvé - údaje MPSV za ÚSP pro děti a mladistvé starší 3 let, výdaje na 1 místo a rok po odečtení úhrad = 170 258 Kč děleny kurzem 30 Kč na 1 euro

Jak je patrné z porovnání zemí sledovaných v projektu „Daphne“ (viz tabulku 8), byly zde patrné zásadní rozdíly. Nejvyšší byly náklady na ústavní péči v Norsku a Švédsku, přesahující 120 000 eur za rok, naopak v devíti zúčastněných státech byly průměrné roční náklady nižší než 10 000 eur. Mezi náklady na roční pobyt v běžném ústavu pro děti do 3 let a v ústavu pro postižené děti nebyly však - s výjimkou Rakouska, Islandu a do jisté míry i

Velké Británie - zjištěny výraznější rozdíly. Výrazný rozdíl naopak panoval mezi náklady na běžnou pěstounskou péči a náklady na pěstounskou péči o postižené dítě.

Bez ohledu na absolutní výši nákladů se ukázalo, že ve všech sledovaných zemích náklady na ústavní péči byly výrazně vyšší než náklady na péči pěstounskou - v průměru více než trojnásobně (průměrný index 3,17). Rozdíly však v různých zemích byly různé. V Maltě, Portugalsku, Lotyšsku a Rumunsku nedosahovaly náklady na ústavní péči ani dvojnásobku nákladů na péči pěstounskou. Více než dvojnásobně byly náklady na ústavní péči v Dánsku, Maďarsku a na Islandu. Více než trojnásobně byly v Chorvatsku, Velké Británii, Norsku, Německu, Turecku. Čtyřnásobek překročily ve Francii, Švédsku a Finsku. Více než pětinasobně byly v Rakousku, Estonsku a na Slovensku; podle našeho odhadu sem patří i Česko. Extrémní hodnoty za Itálii a Řecko (8,69 a 14,03) nevzbuzují příliš důvěru, a proto je nebudeme komentovat.

T a b u l k a 8 Průměrné roční náklady na ústavní a pěstounskou péči za jedno dítě (v eurech)

| stát | ústavní péče | pěstounská péče | pěstounská péče = 1 | ústavní péče (postižené dítě) | pěstounská péče (postižené dítě) |
|---------------------------------------|---------------|-----------------|---------------------|-------------------------------|----------------------------------|
| Rakousko ¹ | 27 300 | 5 400 | 5,06 | 43 050 | 22 673 |
| Chorvatsko | 6 000 | 1 800 | 3,33 | 7 800 | 2 400 |
| Dánsko | 109 023 | 50 474 | 2,16 | 109 023 | 50 474 |
| Estonsko | 3 679 | 691 | 5,32 | 4 316 | - |
| Finsko | 62 050 | 13 870 | 4,47 | - | - |
| Francie ² | 66 000 | 16 000 | 4,13 | | |
| Německo ² | 35 000 | 9 500 | 3,68 | - | - |
| Řecko | 29 633 | 2 112 | 14,03 | 25 000 | 6 696 |
| Maďarsko [#] | 9 282 | 3 713 | 2,50 | 9 282 | 4 456 |
| Island | 49 750 | 16 824 | 2,96 | 112 138 | 36 384 ⁴ |
| Itálie | 36 500 | 4 200 | 8,69 | | |
| Lotyšsko | 33 099 | 20 704 | 1,60 | 40 138 | - |
| Malta | 1 444 | 1 444 | 1,00 | - | - |
| Norsko | 125 573 | 35 355 | 3,55 | - | - |
| Portugalsko | 4 703 | 3 399 | 1,38 | - | 5 220 |
| Rumunsko | 1 925 | 1 154 | 1,67 | 1 925 | 1 154 |
| Slovensko | 5 446 | 979 | 5,56 | 5 485 | |
| Švédsko | 126 245 | 28 510 | 4,43 | 122 185 | 122 185 |
| Turecko [#] | 2 639 | 683 | 3,86 | 2 430 | 1 365 |
| Velká Británie ³ | 83 063 | 24 778 | 3,35 | 71 248 | 37 180 |
| průměr (za všechny země) ⁵ | 42 053 | 13 279 | 3,17 | 49 301 | 31 596 |
| členské země EU | 65 384 | 18 184 | 3,59 | . | . |
| nečlenské EU | 7 532 | 4 462 | 1,69 | . | . |
| Česko (odhad VÚPSV) | 10 622 | 2 041 | 5,20 | 5 675² | . |

Poznámky

[#] údaje partnerů pro výzkum (chybí oficiální vládní údaje)

¹ údaje za spolkový stát Dolní Rakousko

² náklady na umístění dítěte do osmnácti let

³ společné údaje pro Anglii, Skotsko, Severní Irsko a Wales

⁴ náklady na pěstounskou péči o dítě se speciálními potřebami

⁵ bez započtení údajů výzkumných partnerů

Na základě zjištění, že pěstounská péče - i přes všechny metodické námitky - je proti ústavní péči prokazatelně levnější, vyčíslují autoři projektu „Daphne“ možné úspory z deinstitucionalizace na 625 milionů eur za rok (!). „Bereme-li v úvahu ekonomické náklady

na institucionalizaci dětí do tří let bez postižení, odhaduje se pro 17 zkoumaných států, jež byly v roce 2003 členy EU, 12 558 dětí do tří let v ústavní péči a pro zbylých 15 zkoumaných evropských států 10 541 takových dětí. Na základě odhadů průměrných nákladů na pobyt dítěte do tří let v ústavu ve zkoumaných zemích EU (65 384 eur na dítě na rok) a ve zbylých zúčastněných státech (7 532 eur na dítě na rok) lze odhadnout celkové ekonomické náklady na pobyt těchto dětí v ústavech ve všech zúčastněných 32 státech, a to 900 487 084 eur na rok.“

„Pokud by tyto děti byly umístěny v pěstounské péči, byly by celkové náklady pro všechny zkoumané státy 275 388 614 eur (vypočteno na základě průměrných nákladů na pěstounskou péči o děti do tří let bez postižení ve státech EU, jež činí 18 184 eur na dítě na rok, a ve zbylých zúčastněných státech 4 462 eur na dítě na rok). To představuje úsporu 625 098 470 eur na rok použitelnou pro umožnění náhradní rodinné péče, jež se považuje za příznivější pro optimální růst a zdravý vývoj dítěte. Budeme-li uvažovat v dlouhodobém horizontu, budou ekonomické úspory nedošlé, neboť děti se zkušenostmi z ústavní péče více tíhnou k psychickým problémům, páchaní přestupků a trestných činů. Proto je ústavní péče o děti jen málo ekonomicky, zdravotně a sociálně ospravedlnitelná.“

(Pramen: Daphne)

5. Názory zřizovatelů

Součástí výzkumu byl i dotazník, zasláný odborům zdravotnictví všech 14 krajských úřadů. Z nich pouze 12 je zřizovatelem alespoň jednoho dětského domova nebo kojeneckého ústavu; nicméně odpovědi na otázky dotazníku zaslali všichni dotázaní. Někteří z nich však vlastní názor nevyjádřili a místo toho nám zprostředkovali názor jimi zřizovaných KÚ a DD.

Dotazník obsahoval celkem 5 otázek:

1. Jakým podílem (pokud možno v %) se podílíte na financování výše uvedeného zařízení?
2. Jaký je váš názor na skutečnost, že zdravotní pojišťovny inkasují od státu pojistné za děti v KÚ a DD-3 a vzdor tomu se na zdravotní péči o tyto děti zpravidla nepodílejí?
3. Jaký je váš názor na případnou povinnost finanční spoluúčasti rodičů (zákonných zástupců) na nákladech spojených s péčí o tyto děti?
4. Jaká by byla podle vašeho názoru optimální struktura financování KÚ a DD-3 ?
5. Jaký je váš názor na skutečnost, že KÚ a DD-3 nezřídka suplují sociální péči?

Odpovědi na čtyři z uvedených otázek jsme pro přehlednost ve stručnosti shrnuli do tabulky 9, kde rovněž uvádíme, zda kraj je nebo není zřizovatelem KÚ či DD. Odpovědi na pátou otázku jsou velmi různorodé a poměrně obsáhlé, takže jejich zestručnění v tabulce by mohlo vést ke zkreslení.

Otázka 1)

Jakým podílem (pokud možno v %) se podílíte na financování výše uvedeného zařízení?

KÚ a DD jsou většinou příspěvkové organizace, jejichž zřizovatelem je kraj nebo obec. Pouze tři zařízení (2 v Praze, 1 v Mladé Boleslavi) jsou součástí zdravotnických zařízení (nemocnic). Kraje odpovídají, že na financování uvedeného zařízení se podílejí ze 70 až 100 procent. Středočeský kraj (stejně jako DD Stránčice) uvádí, že „finanční zabezpečení zdravotní péče ve zvláštních dětských zařízeních je v současné době poskytováno cca ze 70 % z rozpočtu zřizovatele, tj. krajského úřadu a zbývajících 30 % tvoří účelová dotace Ministerstva financí ČR“. Jde zřejmě o tzv. „dotaci na lůžko“, kterou ve výši 37,3 % rozpočtovaných nákladů uvádí též Karlovarský krajský úřad za DD v Aši. Za „svůj“ DD uvádí příspěvek 69 % Magistrát města Plzně. Ostatní kraje uvádějí příspěvek zřizovatele kolem 90 %; zbytek tvoří jiné příjmy jako přídavky na děti, případně zaopatřovací příspěvky rodičů a sponzorské dary nebo též (výjimečně) příjem z poskytování služeb odborné dětské ambulance s rehabilitací.

Otázka 2)

Jaký je váš názor na skutečnost, že zdravotní pojišťovny inkasují od státu pojistné za děti v KÚ a DD-3 a vzdor tomu se na zdravotní péči o tyto děti zpravidla nepodílejí?

Otázka vztahu KÚ a DD-3 k veřejnému zdravotnímu pojištění je složitá. Pouze 9 ze 14 krajských úřadů odpovídá jednoznačně, že pojišťovny by měly víc přispívat. Např. vedoucí odboru zdravotnictví Magistrátu hlavního města Prahy zastává názor, že v případě KÚ a DD-3 se „jedná o zdravotnická zařízení a jako taková by měla mít možnost uzavřít smlouvy o poskytování a úhradě zdravotní péče se zdravotními pojišťovnami. Po dobu pobytu dítěte v zařízení by toto mělo na něj pobírat kapitační platbu a měly by být hrazeny určité výkony - vstupní a preventivní prohlídky, povinné očkování, péče poskytovaná dítěti ústavním lékařem při onemocnění či úrazu, akutní péče, léky hrazené z prostředků veřejného zdravotního pojištění.“

Zdravotní rada Středočeského kraje upozorňuje, že „současná forma financování je nevyhovující. Dochází k nesystémovému financování zdravotní péče dětí umístěných ve zdravotnickém zařízení pojištěných ze zákona o veřejném zdravotním pojištění, které jsou též registrovány praktickým lékařem pro děti a dorost. Tomuto lékaři pak plyne kapitační platba

za registrovaného pojištěnce, ač ten je umístěn ve zvláštním dětském zařízení. Nabízí se řešení přijetím zákona o zdravotnickém zařízení a kompletní novely zákona o zdravotní péči. Tím se otevře cesta k vícezdrojovému financování.“

T a b u l k a 9 Shrnutí odpovědí krajů na otázku 1 - 4

| KRAJ | počet ústavů krajem zřizovaných | jiný zřizovatel na území kraje | krytí nákladů (%) | měly by zdravotní pojišťovny více přispívat? | příspěvek rodičů ano/ne | optimální financování |
|----------------------|---------------------------------|--------------------------------|-------------------|--|-------------------------|---|
| | 1 | 2 - ZZ | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Hl. město Praha | 1 | 2 - ZZ | 91 | ano | ano | vícezdrojové |
| Středočeský kraj | 4 | 1 - ZZ | 70 | ano | ano | zřizovatel nemá názor, ústavy: 2 vícezdrojové, 3 dosavadní |
| Jihočeský kraj | 0 | 0 | není zřizovatel | již něco hradí | ano | vícezdrojové |
| Plzeňský kraj | 1 | 1 - obec | 100-69 | již něco hradí | ano | vícezdrojové |
| Ústecký kraj | 3 | 0 | téměř 100 | ano | ano | vícezdrojové |
| Liberecký kraj | 0 | 1 - obec | 89 | ano | ano | vícezdrojové |
| Královéhradecký kraj | 2 | 0 | 100 | ano | ano | vícezdrojové |
| Pardubický kraj | 3 | 0 | 95 | ano, ale platby jsou nejisté | ano | vícezdrojové |
| Vysočina | 1 | 0 | 100 | ano | ano | vícezdrojové |
| Jihomoravský kraj | 3 | 2 - obec | 96-92-90 | je to problém | ano | sociální jako ÚSP |
| Olomoucký kraj | 2 | 0 | 89-98 | ano | ano | vícezdrojové |
| Zlínský kraj | 2 | 0 | 95 | ano | ano | vícezdrojové |
| Moravskoslezský kraj | 2 | 1- obec 1- ZZ | 97-95-98-84 | ano, ale platby jsou nejisté | ano | zřizovatel nemá názor, ústavy: 3 vícezdrojové, 1 dosavadní vyhovuje |
| CELKEM | 26 | 9 | | | | |

Poznámka: ZZ = součást zdravotnického zařízení

Dva krajské úřady upozorňují, že zdravotní pojišťovny určitou část zdravotní péče přece jen hradí: např. laboratorní a konziliární vyšetření a potřebné převozy. Dva krajské úřady se obávají zpoždování plateb ze strany zdravotních pojišťoven, zejména VZP, a dávají proto přednost jistějšímu toku financí od zřizovatele. Názor vedoucího odboru zdravotnictví jihomoravského kraje lze shrnout stručně větou „Je to problém“. Podle jeho názoru problém tkví zejména v tom, že „v těchto zařízeních není oddělena péče sociální a péče zdravotní vyvolaná zdravotními důvody, neboť jsou zde umístěny i zdravé děti nebo děti mentálně nebo fyzicky postižené bez akutních zdravotních potíží.“ Navíc „zařízení jsou nejednotná z hlediska koncepce, důvodů přijetí, často je poskytována sociální péče a nejsou splněny požadavky, které jsou kladeny na zdravotnická zařízení po stránce personálního, věcného a technického vybavení“.

Otázka 3)

Jaký je váš názor na případnou povinnost finanční spoluúčasti rodičů (zákonných zástupců) na nákladech spojených s péčí o tyto děti?

Všechny krajské úřady zastávají názor, že zaopatřovací příspěvek ze strany rodičů by byla platba vhodná jak z ekonomického, tak výchovného hlediska. „Rodiče musí vědět, že

tato péče není zadarmo a že si nemohou odkládat děti do bezplatného zařízení. Náklady na 1 ošetrovací den jsou stále vyšší a v našem zařízení dosahují již 800 Kč/1 lůžkoden“ (citovaný DD v Aši patří z hlediska nákladů na lůžko a den mezi průměrné). Stejný názor na výchovné působení zaopatřovacího příspěvku zastávají i další ústavy, např. DD Kladno: „Osvobození rodičů od vyživovací povinnosti je nevhodné a § 15 odst. 10 zákona č. 48/1997 Sb. je asi v rozporu s ustanovením Zákona o rodině. Ale je odbouráno neefektivní náročné vymáhání dlužných částek.“

Ve vymáhání dlužných částek od rodičů vidí problém většina zřizovatelů; za všechny uvádíme názor KÚ Kolín: „Spoluúčast rodičů by měla být samozřejmostí. Bohužel v praxi jsou tyto finance většinou nevyzpytatelné - administrativa je dražší než výše získaných příspěvků.“ Stanovení zaopatřovacího příspěvku naráží na legislativní vakuum způsobené nejednoznačnými a navzájem si protirečícími předpisy (viz subkapitola 8.3).

Řešení vidí MUDr. Pavel Biskup, ředitel DD ve Stránčicích, především v úpravě formou ministerských vyhlášek:

„V tomto bodě je třeba nastartovat mezirezortní spolupráci mezi MZ ČR a MPSV ČR, a to z několika důvodů:

a) Chybí definice termínu „zaopatření“, což je nesmírně důležité při soudním řízení s rodiči, kteří zanedbávají péči o dítě. Rodiče za tyto děti, které jsou umístěny do KÚ, DD téměř ve 100% neplatí. Kupodivu by to mohl být jeden z důkazů jejich nezájmu a nepéče o dítě.

Navrhují text:

„ *Příspěvek na zaopatření zahrnuje náklady na stravu, oblečení, pobyt, výchovnou činnost a další nezbytné služby, vyjma poskytované léčebně preventivní péče*“.

b) Chybí tzv. výměr. Opět je to důležité z důvodu soudního řízení. Soudce se ptá, podle čeho byl vyměřen příspěvek. Stejně jako soudce se nás ptá zřizovatel.

Navrhují text vyhlášky s názvem:

„ **Vyměření příspěvku na zaopatření**“

„*Osoby povinné výživou dítěte hradí ve výše uvedených zařízeních příspěvek na zaopatření ve výši:*

a) *stravovací jednotky,*

b) *dalších částečných nákladů na zaopatření dítěte.*

Stravovací jednotkou při celodenním stravování dítěte se rozumí finanční norma průměrných nákladů na potraviny připadající na jeden den, při stravování pouze určitou část dne se rozumí denní finanční norma průměrných nákladů na potraviny na některé hlavní jídlo (snídaně, oběd, večeře) a popřípadě na další vedlejší jídla.“

c) Návrh vyhlášky musí počítat se speciální stravou (dietou), která je mnohdy život zachraňující, je ale velice drahá (metabolické vady).

d) Navrhují zpracovat další částečné náklady na zaopatření dítěte,

např. děti ve věku 0 – 1 rok

děti ve věku 1 - 3 roky

děti starší 3 let “.

Stanovení a vybírání zaopatřovacího příspěvku rodičů (viz subkapitola 8.3) naráží na obdobné překážky jako platby klientů při sociální hospitalizaci (viz BRUTHANSOVÁ, D. - ČERVENKOVÁ, A.: K problematice sociálních hospitalizací. In: Sociální politika. Roč. 29, č.12 (2003) s. 8 – 10.).

Otázka 4)

Jaká by byla podle vašeho názoru optimální struktura financování KÚ a DD-3 ?

Většina (11) krajských úřadů považuje za optimální financování vícezdrojové, jeden pro optimalizaci financování požaduje přesné definování zdravotní a sociální péče, dva (středočeský a moravskoslezský) přeposlaly dotazník zařízením, jejichž jsou zřizovateli.

Z celkem devíti takto zřizovatelem oslovených zařízení se jich 5 vyslovilo pro financování vícezdrojové, 4 považují dosavadní způsob za vyhovující. Neplatí tedy názor vyslovený v odpovědi středočeského kraje, že totiž „Zařízením může docela dobře vyhovovat současná struktura, na rozdíl od zřizovatele“ (viz též kapitola „Názory KÚ a DD“).

Poněkud odlišný, ale velmi propracovaný názor projevil odbor zdravotnictví Jihomoravského kraje, který (citujeme doslova): „za základní podmínku optimalizace financování považuje definování obsahu činnosti KÚ a DD ze strany ústředních orgánů (MZČR) - zda se jedná o zdravotnická, příp. zdravotně sociální zařízení nebo zařízení sociální péče. U zdravotnických zařízení je třeba určit typ poskytované péče (pediatrická, psychiatrická, rehabilitační, ošetrovatelská atd.). V návaznosti na toto určení by musela zdravotnická zařízení splnit podmínky personálního, věcného a technického vybavení k navázání smluvních vztahů se ZP pro případy, u kterých je poskytována zdravotní péče. Odlišení zdravotní péče od čistě sociální by mohlo být např. zajištěno posouzením stavu dítěte revizním lékařem příslušné zdravotní pojišťovny. Na základě jeho posouzení by mohla ZP vyplácet zařízení úhradu za poskytnutou zdravotní péči. Sociální péče o děti mladší tří let by měla být financována podobně jako je tomu u sociální péče o děti starší tří let, tj. příspěvek rodičů a příspěvek zřizovatele zařízení (nyní za podpory státu - MPSV)“.

Otázka 5)

Jaký je váš názor na skutečnost, že KÚ a DD-3 nezřídka supluje sociální péči?

Otázka rozlišení zdravotní a sociální péče v KÚ a DD 1-3 je velmi složitá a přitom na jejím řešení závisí zavedení vícezdrojového financování. Tuto problematiku poměrně přesně vystihuje názor DD Kladno: „KÚ a DD sociální péči nesupluje, ale poskytují jako nedílnou součást péče o umístěné dítě. Co je suplování sociální péče? Podíl sociální práce DD v procesu od přijetí dítěte do jeho předání osvojiteli či pěstounovi? Práce s rodičem - pokud nám k ní dá příležitost - při jeho návštěvách za dítětem? Nemyslím si, že bychom cokoliv suplovali. Samozřejmě postrádáme sociální práci v terénu, která by byla prevencí přijetí dítěte do DD nebo která by následovala alespoň po jeho přijetí a měla za cíl návrat dítěte zpět do vlastní rodiny, ale nemáme možnost ani ambice ji suplovat (ale dovedu si představit, že bychom se na ní podílet mohli - kdyby se oficiálně stala náplní naší práce).“

Podrobný rozbor, co je a co není zdravotní indikace pro přijetí dítěte do KÚ (DD), stanovuje Metodický pokyn Ministerstva zdravotnictví (viz Věstník MZ č. 9/2005, zde příloha 1). Prostřednictvím odboru zdravotnictví Moravskoslezského kraje jsme obdrželi stanovisko KÚ+DD v Opavě: „Do zařízení jsou přijímány děti samy či s doprovodem zejména z důvodů zdravotních, zdravotně sociálních a sociálních.

Za zdravotní důvody přijetí se považuje:

- a) nutnost trvalé či dlouhodobé speciální ošetrovatelské péče /např. dítě s kombinovaným handicapem, sondované aj./,
- b) potřeba dlouhodobé intenzivní rehabilitační péče,
- c) diagnostika a léčba dětí s rizikovou anamnézou /sy.CAN, abusus návykových látek u matky, syndrom opuštěného dítěte aj./,
- d) diagnostika pro stanovení zdravotní a sociální prognózy dítěte /před umístěním do NRP/,
- e) nemoc či hospitalizace rodičů, pobyt rodičů v léčebně, infekční onemocnění v rodině,
- f) respitní a úlevná péče.

Za zdravotně – sociální důvody se považuje

- g) každá situace, kdy dítě pro své postižení nemůže vyrůstat v rodině i když nevyžaduje výše uvedenou speciální pomoc,
- b) zácvik rodičů před propuštěním dítěte,
- c) diskrétní porod.

Za sociální důvody přijetí se považuje:

- h) přijetí zdravého dítěte, které nevyžaduje žádnou diagnostickou či terapeutickou lékařskou a ošetrovatelskou péči,
- i) okamžitá pomoc dítěti a rodině v tíživé sociální situaci /krizová lůžka/.

Důvody pro přijetí se mohou navzájem překrývat a měnit během pobytu dítěte v zařízení.“ Pracovníci KÚ+DD v Opavě uzavírají svůj názor takto: „Z výše uvedeného vyplývá, že KÚ pro děti od narození především poskytuje zdravotní péči s kompletním servisem - od pediatrické péče přes psychologická vyšetření až po plnou zdravotně rehabilitační péči. Podle současného složení dětí v našem KÚ je 80% dětí čerpajících primárně zdravotnickou péči.“

Zdravotnická statistika rozlišuje u KÚ a DD 1-3 tři základní důvody přijetí: zdravotní, sociálnězdravotní a sociální. Podíly těchto důvodů u přijatých dětí jsou uvedeny v kapitole 3 tabulka 2 a graf 1 a 2. Z údajů uvedených v kapitole 3 je patrné, že situace v KÚ a DD 1-3 Opava je netypická. U většiny těchto zařízení stále ještě převažují důvody sociální. V poslední době však jejich váha klesá; roste však váha důvodů sociálně zdravotních.

Pracovníci Karlovarského kraje považují za sociálnězdravotní péči především péči o děti s handicapem: „Sociální péče suplována především v DD, kde jsou oddělení pro handicapované děti (případ našeho DD). Je zajištěna odborná péče, školený personál (hlavně rehabilitační, psychologická a sociálněpedagogická péče). DD supluje tuto péči převážně pro děti do 3 let věku, tuto péči většinou nezajišťují ÚSP. Důvod přijetí handicapovaného dítěte do DD je sociálnězdravotní.“

6. Názory vedení jednotlivých zařízení

V rámci výzkumu jsme rozeslali dotazníky jednotlivým KÚ a DD 1-3 a požádali jsme je o zodpovězení následujících otázek:

1. Má Vaše zařízení právní subjektivitu? Pokud ne, tak v jakém rámci funguje (oddělení zdravotnického zařízení apod.)?
2. Charakter organizace (státní, nestátní).
3. Vedete samostatné účetnictví (výkaz příjmů a výdajů)?
4. Skutečná kapacita zařízení v počtu ošetřovacích dnů - ř. 26 výkazu A(MZ)1-01.
5. Celkové neinvestiční náklady za rok 2000 - 2001 - 2002 - 2003 případně 2004, z toho náklady mzdové.
6. Vzhledem k tomu, že neinvestiční výdaje jsou do značné míry ovlivněny i charakterem budovy v níž zařízení sídlí, uveďte prosím orientačně její stáří a zda a kdy v ní byly provedeny zásadní stavební rekonstrukce (stáří budovy: - více než 50 let
- 50 – 30 let
- méně než 30 let).
7. Struktura Vašich příjmů: příspěvek zřizovatele (stát, kraj, obec, jiný subjekt) eventuelně dobrovolný příspěvek rodičů, sponzoring atd. **Sdělte nám prosím Váš názor na případné zlegalizování vyživovací povinnosti zákonných zástupců k dítěti.**
8. Jaká část nezbytných zdravotních výkonů poskytovaných Vaším dětským pacientům je hrazena z prostředků veřejného zdravotního pojištění?
9. Jaká forma financování Vašeho zařízení by byla podle Vašeho názoru optimální?
10. **Návštěvy.** Ve výkazu A410 je uvedeno, kolik dětí bylo na základě § 68 odst. 1 a 2 zákona o rodině propuštěno do adopce pro nezám. Sdělte nám prosím (odhadem) kolik % dětí je ke dni vyplnění dotazníku navštěvováno členy rodiny:
- pravidelně (alespoň 2x do měsíce),
- nepravidelně (1x za půl roku nebo častěji),
- kolik % nemá návštěvy ani 1x za půl roku.
11. Jsou mezi rodinami, jejichž děti máte v péči, i takové, jejichž děti jsou vám „pravidelně“ svěřovány? O kolik takových rodin se jedná?
12. S jakými legislativními, finančními či jinými bariérami se setkáváte při chodu Vašeho ústavu - zejména při péči o děti?

Návratnost dotazníků byla velmi dobrá (92 %) - téměř všechny oslovené instituce jevily o šetření velký zájem. Z 37 oslovených organizací jsme obdrželi 34 odpovědi, z čehož 1 odpověď se týkala dvou ústavů. Otázky však nebyly pochopeny všemi stejně, takže jednotlivé odpovědi nejsou zcela kompatibilní. Proto u odpovědí na jednotlivé otázky je počet respondentů různý - neuvádíme všechny respondenty, ale pouze ty, jejichž odpovědi se nám podařilo navzájem srovnat a vyhodnotit.

Otázka 1)

Má Vaše zařízení právní subjektivitu? Pokud ne, tak v jakém rámci funguje (oddělení zdravotnického zařízení apod.)?

Z 33 ústavů, které na tuto otázku odpověděly, 28 sdělilo, že má právní subjektivitu a 7 nikoli. Tři ústavy jsou přímou součástí zdravotnického zařízení (2 v Praze, 1 v Mladé Boleslavi).

Otázka 2)

Charakter organizace (státní, nestátní)

Z 33 ústavů, které na tuto otázku odpověděly, 28 sdělilo, že jejich organizace má charakter nestátní (zřizovatelem je kraj nebo obec). Rozdělení KÚ a DD 1-3 v roce 2004 podle charakteru zřizovatele je uvedeno v tabulce 9.

Otázka 3)

Vedete samostatné účetnictví (výkaz příjmů a výdajů)?

Z 32 zařízení, která na tuto otázku odpověděla, 29 sdělilo, že ano, 3 ústavy, které jsou součástí zdravotnických zařízení, sdělily, že samostatné účetnictví nevedou.

Otázka 4)

Skutečná kapacita zařízení v počtu ošetřovacích dnů

Na tuto otázku odpovědělo 32 respondentů. Jejich údaj, dělený počtem dní v roce, nám byl vodítkem pro určení výše ročních i denních nákladů na 1 místo.

Otázka 5)

Celkové neinvestiční náklady za rok 2000 - 2001 - 2002 – 2003, případně 2004, z toho náklady mzdové

I když odpověď na otázku 3, která zjišťovala vedení samostatného účetnictví, byla v 29 případech kladná, nicméně na otázku 5, která zjišťovala celkové neinvestiční náklady, odpovědělo pouze 27 ústavů. Ačkoli mezi respondenty byly dva ústavy, které sdělily, že samostatné účetnictví vedou, své neinvestiční náklady nevyčíslily.

Otázka 6)

Vzhledem k tomu, že neinvestiční výdaje jsou do značné míry ovlivněny i charakterem budovy, v níž zařízení sídlí, uveďte, prosím orientačně její stáří a zda a kdy v ní byly provedeny zásadní stavební rekonstrukce.

stáří budovy: - více než 50 let

- 50 - 30 let

- méně než 30 let)

Na tuto otázku odpovědělo 33 respondentů. Většina (29) zařízení působí v budovách starších více než 50 let, 3 zařízení užívají budovy ve stáří mezi 50 až 30 lety a pouze 1 ústav sídlí v relativně nové budově postavené před méně než 30 lety.

Termín „zásadní stavební rekonstrukce“ nebyl zcela přesně specifikován a v důsledku toho se odpovědi jednotlivých ústavů značně liší. Podle odpovědí byly větší rekonstrukce provedeny celkem v 16 zařízeních, přičemž 2 respondenti si stěžují na špatnou kvalitu prací a ledabylé provedení. Z jednotlivých odpovědí je zřejmé, že většina provedených prací byla zaměřena na rekonstrukci provozu, zejména kuchyní a vytápění a na úpravy dané zpřísněnými ekologickými a hygienickými předpisy. Významné jsou i práce, zaměřené na větší komfort dětí (kromě přestavby na „rodinné“ buňky jsou to i zařízení pro pobyt venku - zahrada, bazény, terasy).

Vybíráme z jednotlivých odpovědí (opakující se práce neuvádíme): Provedena byla např. rekonstrukce mléčné kuchyně, velké kuchyně, kotelny (pevné na plyn), prádelny; kanalizační přípojky, plynofikace kotelny, přístavba a rekonstrukce stravovacího provozu, výměna oken a venkovních dveří, obnova fasády na budově, výstavba zahradního bazénu a brouzdaliště se zastřešením, rekonstrukce elektroinstalace a topné soustavy na zemní plyn, obnova střešní krytiny, zavedena vzduchotechnika ve stravovacím provozu, zastřešena terasa pro děti, došlo k výměně oken a venkovních dveří, vybudován venkovní plastový bazén pro děti, rekonstruováno schodiště do budovy, provedena kompletní přestavba zahrady, položena zámková dlažba před budovou, instalace jídelního výtahu, dána do užívání vlastní čistírna odpadních vod, výměna části podlah a většiny radiátorů atd.

Mezi údaji o stáří budov, rozsahu rekonstrukcí a výši neinvestičních nákladů nebyla zjištěna žádná souvislost. Náš předpoklad, že neinvestiční výdaje jsou do značné míry ovlivněny i charakterem budovy, v níž zařízení sídlí, se ukázal mylným.

Otázka 7)

Struktura vašich příjmů: příspěvek zřizovatele (stát, kraj, obec, jiný subjekt), eventuálně dobrovolný příspěvek rodičů, sponzoring atd. Sdělte nám, prosím, Váš názor na případné zlegalizování vyživovací povinnosti zákonných zástupců k dítěti.

Přesněji na podobnou otázku odpovídali i zřizovatelé (kapitola 5). Jednotlivé ústavy strukturu svých příjmů většinou podrobněji nespecifikují; jako hlavní zdroj svých příjmů vesměs uvádějí zřizovatele (zhruba v objemu 90 - 95 %), dále jsou to přídavky na dítě ze systému státní sociální podpory, něco málo dobrovolné příspěvky rodičů a sponzorské dary.

Součástí otázky bylo i zjišťování názoru na případné zlegalizování vyživovací povinnosti rodičů (zákonných zástupců) k dítěti (dětem) umístěným v KÚ nebo v DD. Z 33 respondentů, kteří na tuto otázku odpověděli, 21 (64 %) souhlasí, 7 (21 %) zaujímá spíše negativní stanovisko a 5 (15 %) buď uvádí, že nemá na věc názor nebo vyjadřuje v zásadě stanovisko kladné, ale s velkými výhradami. Své stanovisko respondenti často obsáhle odůvodňují.

1. Názory respondentů, kteří souhlasí se zlegalizováním vyživovací povinnosti.

Zanedbání vyživovací povinnosti by mohlo být řešeno v rámci soudního řízení, např. při zbavení rodičovské zodpovědnosti. Jestliže vycházíme ze zákona o rodině a o životním minimu, pak by se rodiče měli ze zákona podílet na úhradě za pobyt dětí tak, jak je tomu u dětských domovů spadajících pod MŠMT a ústavů sociální péče spadajících pod MPSV.

Pokud je vyživovací povinnost stanovená soudem, je velice nízká (nedostačující - nyní 150,- Kč za měsíc). Legalizaci by přivítali, neboť není zřejmě možné vynutit si placení dobrovolně (v letech 1994-1998 nedobytné částky 425 tis. Kč). Legalizace by měla být provedena formou vyhlášky, jako je tomu v resortech školství a práce a soc. věcí, kde vyhláška stanoví kdo, kolik za jaké dítě (věk, postižení, forma ústavní péče...) má platit. Tato povinnost by byla také dokladem zájmu rodičů o dítě pro nás, pracovníky péče o děti i soud.

Bylo by však vhodné zvážit příjmy rodičů, mít na zřeteli sociální hledisko (nezaměstnaní, alkoholici, drogováni, bezdomovci), nutno vyřešit nedobytné pohledávky. U těchto sociálních případů (osoby nezaměstnané, nespolehlivé, žijící na hranici životního minima...) by to u nás vedlo k vysokým nákladům na vymáhání dluhů a tím pádem ke zvyšování zadluženosti zařízení.

Názory této skupiny respondentů lze uzavřít takto: Zlegalizování vyživovací povinnosti by bylo velmi vítané, ale ve spojení s účinnými nástroji pro vymáhání těchto příspěvků, jinak je někdy velmi obtížné příspěvek od rodičů získat.

2. Názory respondentů, kteří mají výhrady ke zlegalizování vyživovací povinnosti.

Legalizace vyživovací povinnosti zákonných zástupců dětí je velmi problematická. Není motivace pro úhradu (děti odebrané na základě předběžného opatření nebo na nařízení ústavní ochrany). Povinnost úhrady vyživovací povinnosti by musela být pojata jako nezájem a dávala by možnost zbavit zákonného zástupce rodičovské zodpovědnosti.

Vyživovací povinnost by měla jen morální efekt, navíc velká část klientů je na soc. dávkách, takže vymahatelnost těchto částek je obtížná.

Existují např. tyto problémy s vymáháním dlužných částek:

- není možné doručit rozhodnutí o stanovení úhrady,
- není možné doručit oznámení o dlužné částce,
- podání trestního oznámení často soudem zamítnuto nebo odsouzení je sice spojeno s podmínkou, kdy se má v dané době dlužnou částku uhradit (dlužník .však nic neuhradí),
- možnost podání návrhu na srážky ze mzdy je mizivá, neboť mnohý dlužník nepracuje a nemá prokazatelný příjem.

S vymáháním souvisí další náklady a náročnost:

- zasílání korespondence (opakovaně, bez výsledku),

- vedení evidence pohledávek,
- zpracování zpráv a návrhů k soudu,
- účast při jednání na soudu, výsledky policie ČR.

Vymahatelnost pohledávek je tudíž mizivá, úspěch je jen v případě, když rodiče mají zaměstnání nebo byla-li stanovena vyživovací povinnost v určité výši a její neplnění řeší soud. Případná legalizace vyživovací povinnosti skončí prakticky v teoretické rovině - peníze mít skutečně nebudeme, ale bude se počítat, jako že je máme.

Nyní zákonný zástupce neplatí, ale není krácen na svých rodičovských právech. Kontraproduktivní by bylo stanovení vyživovací povinnosti u dětí, jejichž rodiče nebo matka dali souhlas s osvojením předem neurčeným zájemcům a dítě je v ústavu na krátkou dobu do splnění všech zák. podmínek.

Předepsání, administrace a následné vymáhání ošetřovného je ekonomicky nerentabilní, v mnoha případech je na jednu vymoženou korunu potřeba vynaložit mnohonásobně vyšší částku (mzdu pracovníka, poplatky, poštovné atd.)¹

Otázka 8)

Jaká část nezbytných zdravotních výkonů poskytovaných Vaším dětským pacientům je hrazena z prostředků veřejného zdravotního pojištění?

Žádný z respondentů se ani nepokusil odpověď na tuto otázku kvantifikovat. Z následujícího přehledu je zřejmé, že vztah KÚ a DD ke zdravotním pojišťovnám se v různých krajích řídí různými zvyklostmi. Z odpovědí a uvedenou otázku vyjímáme:

- hrazena jsou laboratorní vyšetření; indikované převozy; odborná vyšetření (ortoped, neurolog apod.),
- jízdy dopravní zdravotní službou, protetické pomůcky dle rozhodnutí pojišťovny,
- lékař našeho zařízení je smluvním lékařem zdravotních pojišťoven, lékařské úkony nehradíme,
- laboratorní a konziliární vyšetření; nemocniční pobyty,
- laboratoř-odběry; vyšetření v odborných ambulancích, pobyty v nemocnicích,
- očkovací látky k základnímu očkování; hospitalizace na oddělení klinik a nemocnic,
- není smluvní vztah s VZP ze zákona,
- převoz dítěte RZP v akutním ohrožení života; vyšetření u odbor. lékaře; indikované laboratorní vyšetření,
- spec. vyšetření ve zdrav. zařízení, lékaře specialisty,
- veškerá zdravotní péče,
- komplementární vyšetření, odborné ambulance, převozy sanitkou, hospitalizace,
- hrazeny zdravotní výkony poskytované mimo náš ústav a převozy k hospitalizaci,
- vyšetření, provedené výkony a hospitalizace,
- pokud je dítě jako pojištěnec odesláno na vyšetření, ošetření nebo hospitalizaci mimo ústav,
- jen kapitační platby lékaři,
- výkony na jiných pracovištích (ORL, ortopedie, kardiologie apod.) - smluvní pojišťovny,
- jen okrajově - hrazena ambulantní péče rehabilitační, poskytovaná v našem zařízení pro děti, které nejsou našimi klienty (přijdou z domu),
- plně, s doplatky na léky; rehabilitační pomůcky pro mentálně a tělesně postižené plně (takto odpovídá ústav, jehož zřizovatelem není ani kraj ani obec, ale který je součástí zdravotnického zařízení),

¹ K tomuto bodu se vyjádřil i MUDr. Pavel Biskup, ředitel DD ve Stránčicích a ve svém příspěvku navrhl znění příslušné vyhlášky. Jeho názory uvádíme v kapitole 5 „Názory zřizovatelů“.

- především platby za rehabilitační výkony dětského rehabilitačního centra; k platbám za nutné lékařské výkony se přiklání Hutnická zaměstnanecká pojišťovna - 205, smlouvy jsou v jednání,
- hrazena laboratorní vyšetření, odborná vyšetření, preventivní zubní prohlídky a nutné hospitalizace dětí,
- hrazeny jsou všechny zdravotní úkony poskytnuté vnějšími zdravotnickými zařízeními (ambulantní specialisté nebo nemocnice); naše zařízení smlouvu s pojišťovnou nemá,
- naše zařízení má 3 ambulance, tj. pediatrickou, rehabilitační, psychologickou a zdůvodněná doprava sanitkou; výnosy do zařízení hrazeny též ze zdravotních výkonů za děti z rehabilitačního stacionáře,
- pokud je dítě posláno na odborné vyšetření mimo naše zařízení, je toto hrazeno pojišťovnou příslušné odborné ambulanci či laboratoři,
- veškeré nezbytné zdravotní výkony jsou poskytovány z prostředků veřejného zdravotního pojištění.

Z odpovědi je patrné, že zdravotní pojišťovny většinou hradí ošetření ústavních dětí mimo ústav a nezbytné převozy. Pokud KÚ nebo DD poskytuje ambulantně rehabilitační péči dětem z rodin, jsou mu tyto úkony hrazeny pojišťovnam klientů. Tyto platby se však na celkových příjmech podílejí jen nepatrně. Podle sdělení VZP (paní Štěpánková) činila platba státu pojišťovnam za dítě do 3 let v roce 2004 439 Kč měsíčně; nebylo však v našich silách zjistit, do jaké míry je tato částka adekvátní zdravotní péči hrazené z prostředků zřizovatelů.

Problematiku vztahu KÚ nebo DD ke zdravotním pojišťovnam do hloubky analyzuje MUDr Pavel Biskup, ředitel DD ve Stránčicích:

„Zdravotní péče, včetně léků a zdravotního materiálu, je přijatému dítěti poskytována z rozpočtu zařízení. Kojenecké ústavy a dětské domovy mají vytvořeny jednotlivé kapitoly rozpočtu, ze kterých hradí provozní náklady na činnost. Tím však dochází k nesyrovému financování zdravotní péče ve zdravotnickém zařízení, neboť děti jsou ze zákona o veřejném zdravotním pojištění pojištěnci státu, resp. zdravotních pojišťoven (mají kartu pojištěnce) a navíc jsou registrováni praktickým lékařem pro děti a dorost. Tomuto lékaři pak plyne kapitální platba za registrovaného pojištěnce, ač ten je umístěn ve zvláštním dětském zařízení.

Upozorňuji, že některé KÚ a DD dosud ještě nemají IČZ (identifikační číslo zdravotnického zařízení) a platí za zdravotní péči či za vyšetření dítěte v komplementu nemocnice (laboratoř, ORL, aj).

Návrh 1.:

Ředitel zvláštního dětského zařízení na základě výběrového řízení uzavře smlouvu o poskytování léčebně preventivní péče s praktickým lékařem pro děti a dorost, který je smluvním lékařem zdravotních pojišťoven. Většina praktických lékařů má uzavřeny smlouvy v podobě kombinované kapitačně výkonové platby. Fakticky to znamená, že tento lékař by si dítě umístěné do kojeneckého ústavu či dětského domova zaregistroval. Zároveň by měl právo žádat dosavadního ošetřujícího lékaře o zaslání zdravotní dokumentace (výpisu ze zdravotní dokumentace) dítěte. Smlouvou by byl povinen realizovat léčebně preventivní péči v celém rozsahu dětem umístěným v zařízení. Ředitel, mnohdy pediatr s erudicí, by jen koordinoval realizaci tzv.komplexní péče.

Pozn.: tzv. varianta „dva kohouti na jednom smetišti“

Návrh 2.:

Z rozhodnutí vedení VZP ČR a zřizovatele přidělit zvláštnímu dětskému zařízení IČZ a uzavřít s ním smlouvu o předávání dokladů a platbě za doklady. Tato smlouva o poskytování a úhradě zdravotní péče by se řídila zákonem č.48/97 Sb. a předpisy, které tento

zákon provádějí, zejména vyhláškou ministerstva zdravotnictví ČR, kterou se vydává Seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami (tzv. dohoda o výkonové platbě). Celkový rozsah uhrazené zdravotní péče by byl limitován nárůstem např. o 6% oproti srovnatelnému období předešlého roku, popřípadě časovým limitem.

Pozn.: tzv. varianta „úředně složitá“

Návrh 3.:

Z rozhodnutí vedení VZP ČR a zřizovatele přidělit zvláštnímu dětskému zařízení IČZ. Zvláštní zdravotnické zařízení by pojišťovně účtovalo dle sazebníku s bodovými hodnotami minimální hodnotu bodu tj. 1 Kč.

Pozn.: tzv. „výkonová varianta beze smluv“

Návrh 4.:

Z rozhodnutí vedení VZP ČR a zřizovatele přidělit zvláštnímu dětskému zařízení IČZ a uzavřít s ním smlouvu o předávání dokladů a platbě za doklady. Tato smlouva o poskytování a úhradě zdravotní péče by se řídila zákonem č.48/1997 Sb., kdy by zvláštní dětské zařízení vykazovalo veškerou zdravotní péči dle seznamu výkonů s bodovými hodnotami s nepodkročitelnou hranicí 70% objemu zdravotní péče v předcházejícím období.

Pozn.: tzv. „paušální platba“

Návrh 5.:

Ponechat stávající způsob financování.

Pozn.: tzv. „čekání na zákon o veřejnoprávní instituci či o neziskových organizacích“

Problém 1:

Děti umístované do zvláštního dětského zařízení mohou být teoreticky pojištěnci všech existujících pojišťoven v České republice. Řešení :

Lékaři zvláštních dětských zařízení, která jsou zařazena do sítě zdravotnických zařízení financovaných z veřejných rozpočtů, by měli mít ze zákona uzavřeny smlouvy se všemi zdravotními pojišťovnami existujícími v České republice.

Problém 2:

Práce „státního“ lékaře ve zvláštním dětském zařízení je ohodnocena tarifní mzdou. Body, resp. peníze za body účtované zdravotní pojišťovně by byly finančním ohodnocením té samé práce. Řešení:

Je potřeba vydat Vyhlášku ministerstva zdravotnictví ČR o financování zdravotní péče ve zvláštních dětských zařízeních. V této vyhlášce bude definováno, že zdravotní pojišťovny hradí v těchto zdravotnických zařízeních pouze léky, zdravotní materiál, dopravu a zvlášť účtovaná léčiva.

Otázka 9)

Jaká forma financování Vašeho zařízení by byla podle Vašeho názoru optimální?

Z 33 respondentů odpovědělo 17 (52 %), že jim dosavadní forma financování v podstatě vyhovuje, jen příspěvek zřizovatele by mohl být vyšší. 14 (42 %) se přimlouvá za vícezdrojové financování, kdy by se na nákladech spolu se zřizovatelem podílely i zdravotní pojišťovny, rodiče a sponzoři (ti by přispívali na tzv. „nadstandard“). Dva ústavy (6%) nemají na věc vyhraněný názor.

Problémy, spojené s vícezdrojovým financováním, které dvě pětiny respondentů považují za optimální:

„Optimální je financování vícezdrojové (alespoň 3 subjekty): zřizovatel, zákonní zástupci, zdravotní pojišťovny (v tomto případě by se dítě v DD muselo registrovat u

ústavního pediatra, což je problém, dítě zde nemá trvalé bydliště, sponzoringem by byl financován pouze nadstandard: (výlety dětí, pobyty na horách apod.)“

V jednom případě je vyslovena obava, aby více zdrojů příjmů neovlivnilo negativně účetnictví (větší náročnost na zpracování - daně, odpisy ...)

„Financování vícezdrojové znamená, že největší položku nese zřizovatel, dále rodiče, zdravotní pojišťovny, eventuelně obec, kde má dítě trvalý pobyt“ Zde stojí za zmínku problém „domovské obce“, na který upozorňuje DD 0-3 Ostrava-Zábřeh. Citujeme:

„Ve financování zařízení tohoto typu je nesystémovost. Zřizovatelem ostravského DD je obec - statutární město Ostrava. V rámci transformace veřejné správy nebylo zařízení převedeno na kraj. Tento DD je tedy na rozdíl od ostatních financován z rozpočtu města, přestože cca 50% umístěných dětí je mimoostravských (převážně z jiných okresů Moravskoslezského kraje). Krajský úřad financuje ostatní DD v kraji, není však povinen podílet se na úhradě péče v tomto DD ani v případě mimoostravských dětí.“

Jiný ústav souhlasně upozorňuje, že „domovské obce, kde je dítě hlášeno, by měly na pobyt přispívat, protože dostávají dotace na občany od státu“

Ústavy, které se přimlouvají za ponechání dosavadního systému financování, souhlasí s názorem, že „změny financování - platby z VZP spojené s příspěvkem zřizovatele - by byly možné až po změně systému zdravotní péče; zatím současný způsob plateb na provoz je vyhovující“.

Otázka 10)

Návštěvy. Ve výkazu A410 je uvedeno, kolik dětí bylo na základě § 68 odst. 1 a 2 zákona o rodině propuštěno do adopce pro nezám. Sdělte nám, prosím, (odhadem) kolik % dětí je ke dni vyplnění dotazníku navštěvováno členy rodiny

- pravidelně (alespoň 2x do měsíce),
- nepravidelně (1x za půl roku nebo častěji),
- kolik % nemá návštěvy ani 1x za půl roku.

Z odhadů jednotlivých zařízení jsme zjistili, že v roce 2004 v průměru čtvrtina dětí má návštěvy pravidelně, třetina nepravidelně a téměř dvě pětiny (38 %) má návštěvy méně než jednou za půl roku nebo vůbec. I když jedno zařízení spojující „pod jednou střechou“ KÚ a DD, upozorňuje, že v DD je návštěvnost významně lepší, „což je dáno tím, že mezi staršími dětmi je více dětí odebraných z rodin“, podrobnějším srovnáním ostatních zařízení se tato hypotéza nepotvrdila. V četosti návštěv nebyl zjištěn významný rozdíl mezi kojeneckými ústavami a dětskými domovy.

Otázka navštěvování dětí byla též předmětem výzkumu v projektu „Daphne“. Ředitelé ústavů byli požádáni, aby udali počet dětí do tří let, jež během svého pobytu v ústavu neměly návštěvu. V Dánsku a Francii je počet dětí, které nikdo nenavštívil, nízký (5%, respektive 8%). Naproti tomu v Řecku byla dětí do tří let, které nikdy neměly návštěvu, většina (67%). V celkovém přehledu by se Česko (pokud by zde byl výzkum prováděn) se svými 38 % dětí bez návštěv umístilo někde uprostřed mezi Polskem a Rumunskem.

T a b u l k a 10 Podíl „ústavních“ dětí, jež nebyly nikdy navštíveny (%)

| | |
|-----------|----|
| Dánsko | 5 |
| Francie | 8 |
| Maďarsko | 23 |
| Polsko | 28 |
| Rumunsko | 46 |
| Turecko | 50 |
| Slovensko | 51 |
| Řecko | 67 |

Pramen: Program Daphne – rok 2002, závěrečná zpráva

Vzhledem k tomu, že u nás jsou od roku 2002 do některých zařízení přijímány děti s matkami jako doprovodem, neodráží přehled o „návštěvnosti“ zcela přesně zájem o dítě, protože kojenci či batolata, umístění ve zdravotnickém zařízení spolu s matkou, žádné návštěvy nepotřebují.

Otázka 11)

Jsou mezi rodinami, jejichž děti máte v péči, i takové, jejichž děti jsou vám „pravidelně“ svěřovány? O kolik takových rodin se jedná?

Z 28 respondentů, jež na tuto otázku odpověděli, uvedli pouze 3, že se u nich podobné případy nevyskytují a zbývajících 25 uvedlo celkem 113 případů opětovného svěřování dalších dětí z rodiny do ústavní péče. Předpokládali jsme, že opakovaně svěřovány budou děti z rodiny, kde ústavní péče je východiskem ze svízelné sociální situace, ale korelační analýza tento předpoklad nepotvrdila. Těsnější závislost se ukázala mezi opětovným svěřováním dalších dětí z rodiny a podílem dětí romských.

V některých případech nebyla otázka jednoznačně pochopena - respondenti měli na mysli denní či týdenní pobyt, uváděli též, že jde o tzv. sociálněpreventivní pobyt („rodiče nemají bydlení nebo musejí nastoupit do práce, aby mohli zaplatit bydlení a živit rodinu málo jeslí, týdenní téměř vymizely“).

Jinde uvádějí, že k opětovnému svěřování dochází „opakovaně z některých rodinných seskupení a lokalit, některá příjmení občas i 3. generace“

Otázka 12)

S jakými legislativními, finančními či jinými bariérami se setkáváte při chodu Vašeho ústavu - zejména při péči o děti?

Většina ústavů označuje dále uvedené potíže za chronické, které nadřízené orgány neřeší. Jde zejména o:

- průtahy v soudních jednáních,
- laxní postoj zahraničních úřadů,
- stanovení kompetencí při zastupování zájmu dětí, zdravotní péče,
- zasahování médií, činnost neziskových organizací,
- chybí stanovení přesných pravidel.

Průtahy v soudních jednáních

„Za hlavní problém považujeme dlouhou dobu pobytu některých dětí v ústavní péči způsobenou často průtahy v soudních jednáních“.

„Vadí nám dlouhé termíny při soudních řízeních, jak ve směru nařízení ústavní výchovy, zbavení rodičovské zodpovědnosti, potvrzení půlročního nezájmu, tak i svěřování dětí do náhradní rodinné péče; dlouhodobý, vážný nedostatek, že zástupci našich zařízení nejsou zváni na jednání ohledně svých svěřenců, často ani soud nevyžaduje písemné sdělení ohledně dětí a jejich rodičů. Soudy nejsou informovány o naší nemožnosti vystavovat platební výměry na ošetřovné a často se dotazují (soudy i policie) na výši dluhů zákonných zástupců za dítě u nás umístěné“.

„Průtahy v soudním řešení nezájmu, pokud soudy vyjadřují nepřislusnost (migrující matky), eventuelně se rodiče k soudu nedostavují.“ „U dětí vhodných k osvojení dochází k průtahům v soudním řízení, jejich právní uvolnění pro nezájem je u nás 5-7 měsíců.“ Problém je i „v razantnosti zasahování u soc. případů, kde děti strádají, tam není situace dost rychle řešena. Snadnější je doporučení rodičům k umístění dětí na tzv. dohodu, kde dítě je pod dohledem odborného personálu, obejde se soud, ale nelze vůči rodičům uplatnit mnohdy ani dodržování provozního řádu. Sociální pracovníce SPOD jsou velice opatrné v sepisování

návrhu na předběžné opatření. Rovněž práce soudů je mnohdy velmi zdlouhavá v neprospěch dětí.“ „Příklad: v březnu 2002 jsme informovali SPOD o 6 měsíčním nezájmu - od září 2001 do února 2002. K podání návrhu SPOD na soud došlo však až v říjnu 2002 a do dnešního dne (začátek roku 2005) není o nezájmu rozhodnuto“.

Jeden z ústavů naproti tomu však konstatuje, že „spolupráce se soudy se v poslední době zlepšila, causy jsou projednávány ve slušných termínech, zvláště u dětí v nejtělejší věku tak, aby se právně volné děti dostaly do NRP co nejdříve a zájmy dítěte jsou upřednostňovány. Při zbavení rodičů jejich zodpovědnosti by měl být hned při tomto jednání ustanoven poručník, aby kvůli chybějícímu poručnictví nebyla protahována další jednání a ústavní pobyt nebyl prodlužován (zatím není postup jednotný); přivítali bychom sdělení výsledků jednání Poradních sborů pro NRP z jiných krajů, kdy nejsme účastníky jednání (zpětná informace).“

Laxní postoj zahraničních úřadů

Ještě horší je situace u dětí jiné než české národnosti. Vadí „pomalá soudní jednání při uvolňování dětí; i když dítě z jiných států (např. Ukrajiny) je podle našich předpisů právně volné, je vázáno jejich zákony až do 18 let“. „Problematické jsou hlavně ukrajinské děti. I když původní rodiče nejeví zájem, dle smlouvy s Ukrajinou nemůžeme řešit NRP, ukrajinské úřady jsou laxní“.

K tomu je nutno poznamenat, že v celé ČR je v KÚ a DD 4,3 % dětí jiné než české národnosti. Rozložení podle regionů je však velmi nepravidelné. Řada ústavů děti-cizince mezi svými klienty vůbec nemá, ale na druhé straně se vyskytuje i zařízení, mezi jehož klienty je čtvrtina dětí jiné než české národnosti.

Stanovení kompetencí při zastupování zájmu dětí, zdravotní péče

„Vadí nám, že nejsme oprávněni zastupovat děti při jednání před soudem, všechna podání musí učinit místně příslušná pracovnice sociálně právní ochrany dětí (SPOD). Ústavní sociální pracovnice jsou stejně vzdělané a erudované jako pracovnice SPOD, bylo by v zájmu urychlení procesu náhradní rodinné péče, abychom byli účastníky řízení, mohli jednat se soudy v oblasti podávání návrhů na určení nezájmu (2 i 6 měsíčního), případně účinně spolupracovat na všech právních krocích tak, aby děti trávily v ústavní péči pouze nezbytně dlouhou dobu.“

„Vadí nám, že podle nového školského zákona k zápisu musíme dávat i děti, u kterých podle zdravotního i psychického stavu je jasné, že školní docházku nebudou moci nikdy absolvovat.“

„Problémem jsou nutné souhlasy rodičů (zákonných zástupců) s lékařskými zákroky u dětí v DD, problém včas sehnat, informovat a vyžádat souhlas, zatím není možno pořídit univerzální souhlas na delší časové období, zdravotnická zařízení souhlasy vyžadují.“

„Příchodem k nám nemá dítě zdravotní péči poskytovanou z prostředků veřejného zdrav. pojištění, nejsme poručníky nám svěřeného dítěte a nejsme tudíž ani oprávněni např. k registraci dítěte u dětského lékaře, schválit vyšetření atp.“

Zasahování médií, činnost neziskových organizací

„Největší problém vidím v negativním náhledu na naši práci ze strany veřejnosti a hlavně médií“. „Naše sociální pracovnice mají ztíženou práci obavami z vlivu médií (viz kampaň FOD proti KÚ a DD).“

„Zapojení občanských aktivistů a sdružení je obecně problém, jejich nadšení záhy vyprchá, nutnost motivace, ne krátkodobého a snadno zneužitelného sentimentu“.

„Všichni hájí "práva" biologických rodičů, ti však nemají stanoveny žádné povinnosti“.

„... některé nestátní organizace vymývají obyvatelstvu ČR mozky a my, nemaje prostředky na svoji obranu, jsme permanentně v defenzivě a nemáme šanci prokázat, že představitelé zmíněných organizací jsou demagogové a lžou.“

Chybí stanovení přesných pravidel

„Je nutno stanovit jasná pravidla financování (určit co hradí zřizovatel, co zdravotní pojišťovny, kolik a za jakých podmínek mají přispívat rodiče), legislativně vymezit práva, ale i povinnosti všech subjektů poskytujících péči o nezletilé mimo rodinu, úroveň péče a podmínky (v "našich zařízeních" a nestátních typu Klokánek), tj. vybavení pracovišť, normativy a erudici zaměstnanců, dodržování hygienických norem a předpisů apod.. S tím souvisí i následná kontrola za stejných podmínek pro všechny organizace. Při přípravě zákonů dát více na připomínky a zkušenosti odborníků z praxe.“

„Chybí prováděcí vyhláška s upřesněním velikosti pobytových prostor na 1 dítě a další vybavení pro běžný chod DD; řídili jsme se metodickým opatřením z Věstníku MZ z r. 1968 - údajně již neplatí, při hygienických kontrolách srovnání se školskými zařízeními podle Sbírky předpisů 108/2001, vyhlášky MZ.“

„Chybí zákon na stanovení příspěvku rodičů na úhradu pobytu dítěte v zařízení. Příplatku se říkalo "ošetřovné", "zaopatřovací příspěvek", „úhrada za pobyt dítěte", "výživné". Nutno sjednotit a stanovit závazná pravidla pro jeho vyměření a vymáhání“.“Chybí vyhláška o vyživovací povinnosti rodičů k dítěti“.

7. Náklady

V rámci dotazníkového šetření byly jednotlivé ústavy dotázány na výši celkových neinvestičních nákladů za rok 2000 - 2001 - 2002 - 2003, případně 2004, a z toho na výši nákladů mzdových. Z 33 KÚ a DD 1-3 byly úplné údaje za celé sledované období u 21 KÚ a DD 1-3. Vývoj nákladů celkových a mzdových ve srovnání s mírou inflace je patrný z tabulky a grafu.

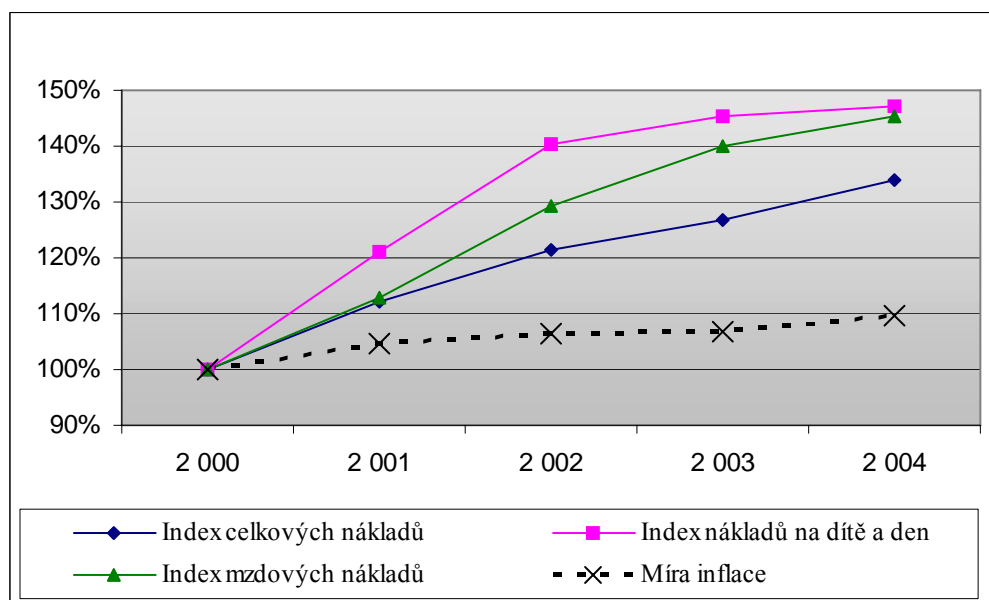
T a b u l k a 11 Index nákladů ve 21 KÚ a DD 1-3 a míra inflace (rok 2000 = 100)

| | 2000 | 2001 | 2002 | 2003 | 2004 |
|-----------------------------|------|------|------|------|------|
| index celkových nákladů | 100% | 112% | 121% | 127% | 134% |
| index nákladů na dítě a den | 100% | 121% | 141% | 146% | 147% |
| index mzdových nákladů | 100% | 113% | 129% | 140% | 145% |
| míra inflace | 100% | 105% | 107% | 107% | 110% |

Poznámka: míra inflace = úhrnný index spotřebitelských cen za domácnosti celkem podle ČSÚ

Prameny: ČSÚ, ÚZIS, výpočet VÚPSV podle údajů z otazníkového šetření

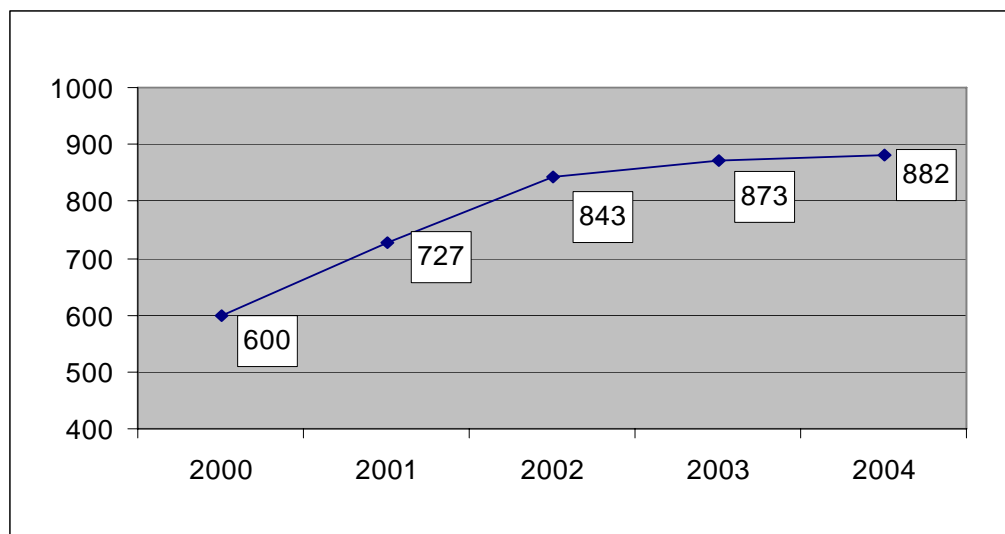
G r a f 5 Indexy nákladů a míra inflace (rok 2000 = 100)



Z tabulky 11 a ještě názorněji z grafu 5 vidíme, že neinvestiční náklady rostly rychleji než inflace, což znamená reálný růst. Náklady mzdové rostly ještě rychleji než celkové neinvestiční náklady i míra inflace, což svědčí o tom, že za sledované období docházelo v KÚ a DD 1-3 k nárůstu počtu pracovníků a u pracovníků k růstu reálných mezd. Náklady na dítě a den rostly pomaleji než náklady celkem pravděpodobně proto, že kapacita zařízení byla lépe využívána.

Průměrné náklady na dítě a den za jednotlivá zařízení potřebné pro srovnání s jinými typy péče nám pracovníci ÚZIS zjistili tak, že náklady zjištěné u jednotlivých zařízení našim dotazníkovým šetřením byly děleny skutečnou kapacitou zařízení v počtu ošetrovacích dnů, tj. součtem denních stavů provozuschopných míst (řádek 26 sloupec 1 výkazu A-410). Vzhledem k ochraně individuálních dat není však možno zveřejnit údaje za jednotlivá zařízení, pouze souhrnná data, která jsou uvedena v tabulce 12 a na grafech 6 a 7.

G r a f 6 Výše průměrných denních nákladů v KÚ a DD 1-3 (náklady na dítě a den v Kč)



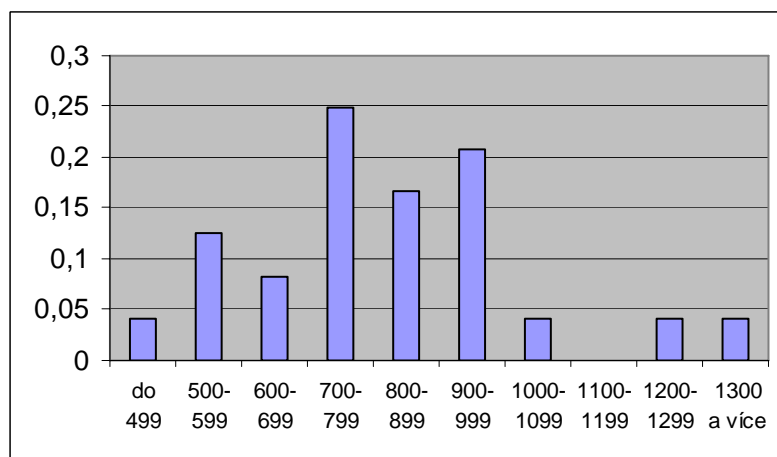
T a b u l k a 12 Průměrné náklady na 1 dítě v KÚ a DD 1-3 ve srovnání s ÚSP

| | řádek | 2000 | 2001 | 2002 | 2003 | 2004 |
|--|-------|---------|---------|---------|---------|---------|
| KÚ a DD 1-3 : náklady denní | 1 | 600 | 727 | 843 | 873 | 882 |
| měsíční | 2 | 18 250 | 22 113 | 25 641 | 26 554 | 26 828 |
| roční | 3 | 219 000 | 265 355 | 307 695 | 318 645 | 321 930 |
| roční náklady v ÚSP pro mládež - výdaje celkem | 4 | 163 742 | 183 055 | 196 922 | 209 837 | . |
| - úhrady za pobyt | 5 | -38 253 | -40 092 | -43 297 | -39 579 | . |
| roční náklady v ÚSP po odečtení úhrad | 6 | 125489 | 142963 | 153625 | 170258 | . |
| podíl (řádek 3:řádek 6) | 7 | 175% | 186% | 200% | 187% | . |

Poznámka: roční náklady (řádek 3) jsme vypočetli z denních nákladů (řádek 1) vynásobením 365 (366) dny, měsíční náklady (řádek 2) pak dělením vypočtených ročních nákladů 12.

Trvale stoupající průměrné denní náklady v KÚ a DD 1-3 se vyznačují značnými odchylkami od průměrných hodnot v rozsahu od méně než 500 Kč až do více než 1300 Kč, což je patrné z grafu 7.

G r a f 7 Podíly zařízení podle průměrných denních nákladů na 1 dítě – rok 2004



Zajímavé je též porovnání ročních nákladů v KÚ a DD 1-3 s průměrnými ročními náklady v ústavech sociální péče pro mládež. I když klienti těchto ÚSP jsou vesměs starší než kojenci a batolata v KÚ a DD 1-3 (a náklady na výchovu a výživu dětí s věkem stoupají), jsou celkové průměrné neinvestiční výdaje na 1 místo a rok v ÚSP **nižší** než v KÚ a DD 1-3.

K tomu přistupuje další okolnost a to fakt, že rodiče (zákonní zástupci) dětí a mládeže umístěných v ÚSP na pobyt svých dětí (svěřenců) přispívají (podíl úhrady na výši nákladů na 1 místo a rok činí cca pětinu až čtvrtinu). Jestliže od nákladů na 1 místo v ÚSP tuto úhradu odečteme, zjistíme, že **roční náklady na 1 dítě v KÚ+DD 1-3 značně převyšují náklady na 1 místo v ÚSP** (viz řádek 7 v tabulce 12).

Existence úhrad za pobyt dítěte v ÚSP je dalším argumentem pro zavedení příspěvku na zaopatření i v KÚ a DD 1-3. Příspěvek na zaopatření se vybírá nejen v ÚSP určených pro děti s handicapem, ale i v dětských domovech, které patří do resortu školství a pečují o děti zdravé. Podle sdělení sociální pracovnice dětského domova v Klánovicích, který patří do resortu MŠMT, činí příspěvek rodičů za nejmenší děti (od 3 do 6 let) 1000 Kč za měsíc; ovšem jak dále uvedla, málokdo z rodičů skutečně platí, neboť u většiny dětí jde o rodiny sociálně slabé žijící pod hranicí životního minima.

Jinou alternativou pro děti z KÚ a DD 1-3 je přechod do péče vlastní rodiny nebo náhradní rodinné péče. Podle našeho odhadu (kapitola 4.2 tabulka 8) je péče v KÚ a DD 1-3 asi čtyřikrát dražší než péče pěstounská. Roční dávka na 1 dítě v pěstounské péči se v letech 2000 až 2003 pohybovala mezi 57 až 61 tisíci Kč, tj. na úrovni cca čtvrtiny neinvestičních nákladů na 1 dítě v KÚ a DD 1-3.

Co se týče nákladů na péči v rodině, pak vzhledem k tomu, že statistika rodinných účtů nesleduje vydání na děti podle věku, můžeme čerpat jediné údaje z mimořádného jednorázového šetření o nákladech na výchovu a výživu dětí, které uskutečnil Český statistický úřad za rok 2003. Metodika tohoto šetření je zevrubně popsána v kapitole 2.

Z uvedeného pramene můžeme zjistit, že v průměrné české domácnosti připadají na dítě ve věku 0-2 let úplné náklady ve výši 64 700 ročně, tj. cca 5 400 Kč měsíčně; přímé náklady (tj. to, co je určeno výhradně tomuto dítěti) činí pak 27 366 Kč ročně, tj. cca 2 300 Kč měsíčně. Pohledem do tabulky 13 zjistíme opět značný nepoměr mezi náklady v rodině a v ústavu.

Nestátní neziskové organizace, které pečují o děti vyžadující okamžitou pomoc (např. známý „Klokánek“), nebyly předmětem tohoto projektu. Nicméně za zmínku stojí § 43a a 43b zákona č. 218/2005 Sb., kterým se mění zákon č. 100/1988 Sb., o sociálním zabezpečení ve znění pozdějších předpisů, zákon č. 463/1991 Sb., o životním minimu ve znění pozdějších předpisů a zákon č. 117/1995 Sb., o státní sociální podpoře ve znění pozdějších předpisů.

Podle těchto právních ustanovení má nezaopatřené dítě svěřené do péče zařízení pro děti vyžadující okamžitou pomoc nárok na příspěvek na péči. Výše příspěvku na péči o dítě v zařízení pro děti vyžadující okamžitou pomoc činí za kalendářní měsíc součin částky na osobní potřeby dítěte a koeficientu 9,00. Od 1.1.2005 činí částka na výživu a ostatní základní osobní potřeby dětí do 6 let věku 1 720 Kč, organizace tudíž obdrží měsíční příspěvek na péči 15 480 Kč.

Srovnání různé výše nákladů za měsíc je provedeno v tabulce 13. Srovnání v tabulce 13 není a nemůže být zcela přesné, protože jde o různá období a o děti, resp. mládež různého věku. Provedeme-li však alespoň orientačně rekapitulaci nákladů na jedno dítě podle různých institucí, zjišťujeme, že „nejlevnější“ je péče v rodině, a to buď ve vlastní nebo v pěstounské. Naproti tomu nejdražší jsou kojenecké ústavy a dětské domovy pro děti do 3 let věku. Zde je třeba ovšem poznamenat, že v rodině žijí většinou děti zdravé (z malé části též děti s postižením, jejichž zdravotní stav je stabilizován) a případné potřebné léčebné výkony

jsou hrazeny z veřejného zdravotního pojištění. V případě KÚ a DD 1-3 jde o zdravotnická zařízení, která vedle běžné péče poskytují též často velmi nákladné zdravotní výkony.

T a b u l k a 13 Náklady na jedno dítě do 3 let věku (v Kč za měsíc)

| instituce | období | náklady Kč měsíčně | pramen |
|--|---------------|---------------------------|--|
| KÚ a DD 1-3 | 2004 | 26 828 | výpočet VÚPSV na základě dotazníkového šetření a dat ÚZIS |
| příspěvek pro děti vyžadující okamžitou pomoc (do 6 let) | od 1.10. 2005 | 15 480 | § 43a a 43b zákona č. 218/2005 Sb. |
| ÚSP pro mládež ve věku 3-18 (26)let (po odečtení úhrad) | 2003 | 14 188 | základní ukazatele z oblasti práce a soc. zabezpečení v ČR, MPSV 2004 tab. 6.4 |
| úplné náklady na dítě do 2 let v rodině | 2003 | 5 400 | náklady na výchovu a výživu dětí v roce 2003, Praha, ČSÚ 2004 |
| dávka na dítě v pěstounské péči (do 18 let) | 2003 | 5 104 | základní ukazatele z oblasti práce a soc. zabezpečení v ČR, MPSV 2004 |
| přímé náklady na dítě do 2 let v rodině | 2003 | 2 300 | náklady na výchovu a výživu dětí v roce 2003, Praha, ČSÚ 2004 |

8. Současná právní úprava a návrhy na její zlepšení

8.1 Právní postavení ústavů

Do soustavy zdravotnických zařízení patří i kojenecké ústavy a dětské domovy pro děti do tří let věku. Obecně, podle § 32 odst. 2 z.č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu (v platném znění) soustavu zdravotnických zařízení tvoří zdravotnická zařízení státu, obcí, fyzických a právnických osob. Jako zařízení léčebně preventivní péče se do soustavy zdravotnických zařízení podle § 38 zákona č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu (v platném znění) přiřazují kojenecké ústavy, dětské domovy a jesle pečující o všestranný rozvoj dětí ve věku do tří let.

Podle právního ustanovení § 20 vyhl. č. 242/1991 Sb., o soustavě zdravotnických zařízení (v platném znění), kojenecké ústavy poskytují ústavní a výchovnou péči dětem, jejichž vývoj je ohrožen nevhodným domácím prostředím, a to zpravidla do věku jednoho roku. Dětské domovy poskytují ústavní a výchovnou péči dětem, o něž nemá kdo pečovat nebo jimž nelze ze sociálních důvodů zajistit péči ve vlastní rodině, popřípadě náhradní rodinnou péči, a to ve věku od jednoho do tří let, pokud ze zdravotních nebo sociálních důvodů ji není nutné poskytovat starším dětem.

Vyhláška umožňuje, aby se obě výše uvedená zařízení v závislosti na místních podmínkách spojila ve společné zařízení. Zároveň neumožňuje zřizování nových kojeneckých ústavů.

Z hlediska organizačně právního § 33 zákona o péči o zdraví lidu stanoví, že zařízení a organizace zdravotnické soustavy zřízené ministerstvem zdravotnictví, kraji v samostatné působnosti nebo obcemi jsou řízeny svými zřizovateli.

Zřizovatelem kojeneckých ústavů a dětských domovů pro děti do tří let věku je buď kraj nebo obec.

Dle ustanovení § 1 odst. 2 z.č. 129/2000 Sb., o krajích (v platném znění), které vymezuje termín „kraj“, je kraj veřejnoprávní korporací, která má vlastní majetek a vlastní příjmy vymezené zákonem a hospodaří za podmínek stanovených zákonem podle vlastního rozpočtu, vystupuje v právních vztazích svým jménem a nese odpovědnost z těchto vztahů vyplývajících. Podle odst. 4 téhož právního ustanovení kraj pečuje o všestranný rozvoj svého území a o potřeby svých občanů.

Do samostatné působnosti kraje patří ty záležitosti, které jsou v zájmu kraje a jeho občanů (pokud nejde o přenesenou působnost kraje). Podle § 35 odst. 1 zákona o krajích zastupitelstvo rozhoduje ve věcech patřících do samostatné působnosti.

Ke kojeneckým ústavům a dětským domovům pro děti do 3 let věku se vztahují pravomoci zastupitelstva uvedené v § 35 odst. 2 písm.k) a l). Zastupitelstvu je tedy vyhrazeno:

- zřizovat a rušit příspěvkové organizace a organizační složky kraje; k tomu schvalovat jejich zřizovací listiny,
- rozhodovat o založení a rušení právnických osob, schvalovat jejich zakladatelské listiny, společenské smlouvy, zakladací smlouvy a stanovy, rozhodovat o účasti v již založených právnických osobách.

Rovněž tak se po organizačně právní stránce k výše uvedeným zařízením vztahují některé pravomoci rady kraje. Podle § 59 odst. 2 písm. i) je radě vyhrazeno vykonávat zakladatelské a zřizovatelské funkce ve vztahu k právnickým osobám, organizačním složkám, které byly zřízeny nebo založeny krajem nebo které byly na kraj převedeny zvláštním zákonem včetně jmenování a odvolávání jejich ředitelů a stanovení jejich platu a odměn; k tomu pravidelně jedenkrát ročně projednávat zprávu o jejich činnosti, o plnění jejich úkolů, pro které byly založeny nebo zřízeny, a přijímat příslušná opatření k nápravě,

Zákon o krajích rovněž umožňuje v § 14 odst. 4 zákona, aby při výkonu samostatné působnosti kraj spolupracoval s obcemi; nesmí však přitom zasahovat do jejich samostatné působnosti. Odstavec 5 téhož § pak ukládá krajům povinnost, pokud je to možné, předem projednat s obcemi opatření dotýkající se jejich působnosti.

Pokud jde o obce jako zřizovatele kojeneckých ústavů a dětských domovů pro děti do tří let věku, je tato problematika po organizačně právní stránce upravena zákonem z.č. 128/2000 Sb., o obcích (v platném znění).

Podle § 2 tohoto zákona je obec veřejnoprávní korporací s vlastním majetkem vystupující v právních vztazích svým jménem a nesoucí odpovědnost z těchto vztahů vyplývajících. Obec pečuje o všestranný rozvoj svého území a o potřeby svých občanů; při plnění svých úkolů chrání též veřejný zájem.

Při správě svých záležitostí obec postupuje samostatně. Rozsah samostatné působnosti může být omezen jen zákonem. Podle § 35 zákona o obcích, mezi předměty svěřené obci do samostatné působnosti patří i vytváření podmínek pro rozvoj sociální péče a pro uspokojování potřeb svých občanů. Jde především o uspokojování potřeby bydlení, ochrany a rozvoje zdraví.

Podle § 35a odst. 1) zákona o obcích, obec může pro výkon samostatné působnosti zakládat a zřizovat právnické osoby a organizační složky obce, pokud zákon nestanoví jinak. Zákon o obcích v § 84, který upravuje pravomoci zastupitelstva v odst. 2 písm. e) a písm. f) uvádí, že zastupitelstvu obce je vyhrazeno

- zřizovat a rušit příspěvkové organizace a organizační složky obce, schvalovat jejich zřizovací listiny,
- rozhodovat o založení nebo rušení právnických osob, schvalovat jejich zakladatelské listiny, společenské smlouvy, zakládací smlouvy a stanovy a rozhodovat o účasti v již založených právnických osobách.

V případě pravomocí rady obce, zákon o obcích svěřuje v § 102 odst. 2 písm. b) radě plnění vůči právnickým osobám a organizačním složkám založeným nebo zřízeným zastupitelstvem obce, s výjimkou obecní policie, úkolů zakladatele nebo zřizovatele podle zvláštních předpisů (pokud nejsou vyhrazeny zastupitelstvu obce).

Obce se podle zákona o obcích mohou sdružovat do svazku obcí, předmětem činnosti takového svazku mohou být podle § 50 odst. 1) písm. a) zejména úkoly v oblasti školství, sociální péče, zdravotnictví.

Jak z našeho průzkumu vyplynulo, zřizovateli kojeneckých ústavů a dětských domovů pro děti do 3 let věku jsou většinou kraje a obce, s výjimkou čtyř z nich, které organizačně spadají pod zdravotnická zařízení (viz tabulka 9).

Pokud jde o financování kojeneckých ústavů a dětských domovů pro děti do 3 let věku, ačkoli se jedná o zdravotnická zařízení, není v nich poskytovaná péče hrazena ze zdravotního pojištění, jak je tomu v případě léčených dlouhodobě nemocných. Zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění (v platném znění) v § 15 odst. 15 druhé větě uvádí, že zdravotní péče poskytovaná v kojeneckých ústavech, dětských domovech a jeslích se hradí z rozpočtu zřizovatele. Je v tom jistá nelogičnost, neboť podle §7 odstavce 1 písm. a) zákona o veřejném zdravotním pojištění je stát plátcem pojistného prostřednictvím státního rozpočtu za nezaopatřené děti.

8.2 Svěření do náhradní rodinné péče

Ne všechny děti mohou být vychovávány v domácím prostředí. V případě, že vlastní rodina dítěte nefunguje nebo že se zákonní zástupci dítěte z nejrůznějších důvodů nemohou či nechťejí o ně postarat, přichází v úvahu vedle ústavní péče i náhradní rodinná péče. Mezi formy náhradní rodinné péče, vedle svěřování osiřelých dětí do péče osob blízkých či poručníka, patří adopce a pěstounská péče.

Osvojení (Adopce)

Tato forma náhradní rodinné péče je upravena v zákoně č.94/1963 Sb., o rodině (v platném znění) a zákonem č. 359/1999 Sb., o sociálně právní ochraně dětí (v platném znění).

Podmínky adopce jsou upraveny v §§ 63 až 77 zákona o rodině. Tento právní předpis místo termínu adopce dosud používá termín osvojení.

Právní řád zná dva typy osvojení :

a) osvojení zrušitelné

U zrušitelného osvojení lze osvojit dítě bez ohledu na věk (nejdříve však po uplynutí 3 měsíční předadopční péče). V matrice zůstávají zapsáni původní rodiče dítěte. Zrušit osvojení může dle § 73 zákona o rodině soud jen z důležitých důvodů na návrh osvojence nebo osvojitele. Zrušením osvojení vznikají znovu vzájemná práva a povinnosti mezi osvojencem a původní rodinou. Osvojencem bude mít opět své dřívější příjmení.

b) osvojení nezrušitelné

U nezrušitelného osvojení podle ustanovení § 75 zákona o rodině lze osvojit pouze dítě starší 1 roku věku. Nezrušitelně lze osvojit i dítě předtím osvojené zrušitelně. Při tomto typu osvojení jsou v matrice i v rodném listě dítěte zapsáni osvojitelé (v případě, že osvojitelem je osamělá osoba, je zápis o druhém rodiči dítěte vypuštěn). Zápis o původních rodičích vždy zůstává v matrice v poznámce.

O osvojení dítěte rozhoduje soud na návrh osvojitele. Jeho povinností je zjistit na základě lékařského a dalších vyšetření zdravotní stav osvojitelů, jejich motivaci a osobní předpoklady k osvojení a posoudit, zda se nepříčí účelu osvojení. Zprostředkování osvojení zajišťují podle příslušných ustanovení zákona o sociálně právní ochraně dětí krajské úřady a ministerstvo práce a sociálních věcí (v případě, že navrhuje osvojení dítěte jeho osoba blízká, je návrh podáván soudu přímo, bez zprostředkování výše uvedených institucí). Žádost o zařazení do evidence žadatelů o zprostředkování osvojení dítěte v České republice mohou podat občané České republiky, kteří mají na jejím území trvalý pobyt, a dále cizinci, kteří mají na území ČR povolen trvalý pobyt nebo jsou na území ČR hlášeni k pobytu nejméně po dobu 365 dnů, pokud prokáží, že se na území ČR budou dlouhodobě zdržovat.

Adoptovat děti mohou jen zletilé fyzické osoby (tj. starší 18 let věku) mající způsobilost k právním úkonům a které svým způsobem života zaručují, že osvojení bude ku prospěchu dítěte. Věkový rozdíl mezi osvojitelem a dítětem, které má být osvojeno, musí být přiměřený (tedy takový jako obvykle bývá mezi rodiči a dětmi).

Osvojit lze pouze dítě mladší 18 let s tím, že podstatnou podmínkou k jeho osvojení je souhlas zákonného zástupce dítěte, a to i v případě, že rodič je nezletilý. Je-li dítě schopno posoudit dosah osvojení, je třeba také jeho souhlasu, ledaže by tím byl zmařen účel osvojení.

K osvojení dítěte do ciziny je třeba souhlas Úřadu pro mezinárodněprávní ochranu dětí.

Souhlasu zákonného zástupce dítěte není třeba v případech stanovených v § 68 zákona o rodině pokud rodiče (popř. nezletilý rodič) osvojovaného dítěte:

- po dobu nejméně šesti měsíců soustavně neprojevovali opravdový zájem o dítě zejména tím, že dítě pravidelně nenavštěvovali, neplnili pravidelně a dobrovolně vyživovací povinnost k dítěti a neprojevují snahu upravit si v mezích svých možností své rodinné a sociální poměry tak, aby se mohli osobně ujmout péče o dítě nebo,
- po dobu nejméně dvou měsíců po narození dítěte neprojevili o dítě žádný zájem, ačkoliv jim v projevení zájmu nebránila závažná překážka.

O splnění výše uvedených podmínek rozhoduje ke dni podání návrhu orgánem sociálně právní ochrany dětí jako opatrovníkem dítěte, popřípadě rodičem dítěte příslušný soud.

Osvojením vzniká mezi osvojitelem a osvojencem takový poměr, jaký je mezi rodiči a dětmi, a mezi osvojencem a příbuznými osvojitele poměr příbuzenský. Osvojitelé mají rodičovskou zodpovědnost při výchově dětí. Osvojením zanikají práva a povinnosti mezi osvojencem a jeho původní rodinou. O osvojení rozhoduje soud na návrh osvojitele. K návrhu na osvojení dítěte do ciziny je osvojitel povinen připojit pravomocné rozhodnutí o souhlasu s osvojením vydaném Úřadem pro mezinárodněprávní ochranu dětí.

Pěstounská péče

Tato forma náhradní rodinné péče je upravena v zákoně č.94/1963 Sb., o rodině (v platném znění) a zákonem č. 359/1999 Sb., o sociálně právní ochraně dětí (v platném znění). Podmínky pěstounské péče jsou upraveny v §§ 45a až 45d zákona o rodině.

Vyžaduje-li to zájem dítěte, může soud svěřit dítě do výchovy jiné fyzické osobě než rodiče, jestliže tato osoba poskytuje záruku jeho řádné výchovy a se svěřením dítěte souhlasí. Při výběru vhodné osoby dá soud přednost zpravidla příbuznému dítěte. Při rozhodnutí o svěřením dítěte do výchovy jiné fyzické osobě než rodiče vymezí soud rozsah jejich práv a povinností k dítěti.

Pokud není možné svěřit dítě do výchovy příbuznému dítěte, soud svěří dítě do výchovy jiné fyzické osobě (pěstounovi). Dítě může být svěřeno též do společné pěstounské péče manželů.

Pěstounskou péči lze vykonávat dvojím způsobem :

- individuální pěstounská péče (v běžném rodinném prostředí),
- skupinová pěstounská péče (ve zvláštních zařízeních pěstounské péče)

Je-li dítě v ústavní výchově nebo v zařízení pro děti vyžadující okamžitou pomoc z rozhodnutí soudu, může být před rozhodnutím soudu o svěřením dítěte do pěstounské péče dočasně svěřeno rozhodnutím orgánu sociálně právní ochrany dětí do péče osoby, která má zájem stát se pěstounem a splňuje stanovené podmínky (tzv. předpěstounská péče). Obdobně může být do péče budoucích pěstounů svěřeno i dítě, které není v ústavní výchově, se souhlasem rodičů. Nebude-li do tří měsíců od právní moci tohoto rozhodnutí u soudu zahájeno řízení o svěřením dítěte do pěstounské péče, rozhodnutí o dočasném svěřením dítěte pozbude právní účinky.

Při svěřením dítěte do předpěstounské péče náleží jak dítěti, tak pěstounovi dávky pěstounské péče podle příslušných ustanovení zákona o státní sociální podpoře.

Před rozhodnutím o svěřením dítěte do pěstounské péče je soud povinen vyžádat si vyjádření orgánu sociálně právní ochrany dětí o tom, zda ten, kdo se má stát pěstounem, je osobou vhodnou pro výkon této péče. V případě, že dítě, které má být svěřeno do pěstounské péče, má takovou rozumovou vyspělost, že je schopno posoudit danou situaci, má podle ustanovení § 47 odst. 2 zákona o rodině mít možnost svobodně vyjádřit svůj názor a orgány zabývající se osvojením by k jeho názoru měly přihlídnout.

Pěstoun (manželé - pěstouni) je povinen o dítě osobně pečovat. Při péči o osobu dítěte pěstoun vykonává přiměřeně práva a povinnosti rodičů, nemá však vyživovací povinnost k dítěti. Dítě je naopak povinno pomáhat podle svých schopností v domácnosti pěstouna; pokud má vlastní příjem a žije ve společné domácnosti s pěstounem, je povinno přispívat i na úhradu společných potřeb rodiny. Pěstoun má právo zastupovat dítě a spravovat jeho záležitosti, ovšem jen v běžných věcech. Ostatní záležitosti přísluší zákonnému zástupci dítěte. Má-li však pěstoun za to, že rozhodnutí zákonného zástupce dítěte není v souladu se zájmem dítěte, může se domáhat rozhodnutí soudu.

Pěstounská péče může být zrušena rozhodnutím soudu. Soud může zrušit pěstounskou péči jen z důležitých důvodů; učiní tak vždy, jestliže o to požádá pěstoun.

Zprostředkování osvojení a pěstounské péče

Zprostředkování osvojení a pěstounské péče upravuje zákon o sociálně právní ochraně dětí č.359/1999 Sb. v platném znění v ustanoveních § 20 až § 27. Zprostředkování osvojení a pěstounské péče se provádí výhradně na žádost fyzické osoby, která má zájem stát se osvojitelem nebo pěstounem. Zprostředkováním se rozumí vyhledávání dětí vhodných k osvojení nebo ke svěřeni do pěstounské péče a nalezení vhodných osvojitelů nebo pěstounů pro tyto děti. Žádost o svěřeni dítěte do osvojení nebo pěstounské péče se podává u místně příslušného obecního úřadu obce s rozšířenou působností podle místa bydliště žadatelů.

Zprostředkování osvojení a pěstounské péče je v České republice svěřeno krajským úřadům a ministerstvu práce a sociálních věcí. Osvojení dětí z České republiky do ciziny nebo dětí z ciziny do České republiky zprostředkovává Úřad pro mezinárodněprávní ochranu dětí se sídlem v Brně. V případě, že rodiče dali souhlas k osvojení dítěte ve vztahu k určitým osvojitelům a v případě pěstounské péče, podala-li návrh na svěřeni dítěte osoba dítěti příbuzná nebo blízká jemu či jeho rodině, se zprostředkování neprovádí.

Vyhledávání vhodných dětí do osvojení a pěstounské péče, jakož i osob vhodných stát se osvojitelem a pěstouny je v pravomoci obecního úřadu obce s rozšířenou působností. Obec vede o dětech i žadatelích spisovou dokumentaci. Spisová dokumentace žadatele obsahuje žádost s osobními údaji, doklad o státním občanství nebo o povolení či hlášení k pobytu na území ČR, opis rejstříku trestů, který vyžaduje obecní úřad obce s rozšířenou působností a který obsahuje i zahlazená odsouzení, zprávu o zdravotním stavu předloženou žadatelem, údaje o ekonomických a sociálních poměrech, písemné vyjádření žadatele, zda souhlasí s tím, aby po uplynutí dvanácti měsíců od zařazení do evidence byl zařazen také do evidence Úřadu pro mezinárodněprávní ochranu dětí za účelem osvojení dítěte z ciziny, písemný souhlas ke zjišťování potřebných údajů o způsobu života žadatele a vhodnosti výchovného prostředí, písemný souhlas s účastí na přípravě osob k přijetí dítěte do rodiny a stanovisko obecního úřadu obce s rozšířenou působností k žádosti.

Obecní úřad obce s rozšířenou působností postupuje kopii spisové dokumentace o dítěti vhodném pro náhradní rodinnou péči a o žadateli neprodleně krajskému úřadu. Krajský úřad provádí odborné posuzování pro účely zprostředkování, ministerstvo práce a sociálních věcí provádí posuzování pouze v případě, že děti či žadatelé jsou v jeho evidenci. Lhůta pro odborné posouzení je stanovena do 30 dnů ode dne zjištění všech potřebných skutečností. Vlastní odborné posouzení u dětí sestává z posouzení úrovně jejich tělesného a duševního vývoje včetně specifických potřeb a nároků a vhodnost NRP a jejich forem, u žadatelů je posuzována charakteristika jejich osobnosti, jejich zdravotní a psychický stav, předpoklady vychovávat dítě, motivace žádosti, stabilita manželského vztahu a rodinného prostředí a další rozhodné skutečnosti.

Ministerstvo a krajský úřad jsou oprávněny vyzvat žadatele k osobnímu jednání za účelem posouzení jejich předpokladů a skutečností rozhodných pro svěřeni dítěte. Spolupracují při tom s obecními úřady obcí s rozšířenou působností, obcemi, zdravotnickými a školskými i dalšími odbornými zařízeními, pověřenými osobami a s odborníky pro otázky výchovy a péče o dítě. Zaměstnanci ministerstva a kraje mohou navštívit nebo pozvat k jednání i dítě, je-li to přiměřené jeho věku a schopnostem.

V případě, že krajský úřad nebo ministerstvo zjistí, že v evidenci žadatelů je žadatel vhodný stát se osvojitelem nebo pěstounem dítěte vedeného v evidenci dětí, oznámí neprodleně písemně tuto skutečnost žadateli. Na základě tohoto oznámení má žadatel do 30 dnů ode dne, kdy mu bylo oznámení doručeno, právo seznámit se s dítětem (ten, u něhož se dítě nachází, je povinen toto seznámení umožnit) a podat žádost o svěřeni dítěte. O žádosti rozhoduje obecní úřad obce s rozšířenou působností.

Pro zprostředkování osvojení nebo pěstounské péče je pro krajský úřad stanovena lhůta tříměsíční lhůta od zařazení dítěte do evidence, pro žadatele je to 12 měsíců. V případě, že ke zprostředkování osvojení nebo pěstounské péče ve výše uvedených lhůtách nedojde, zašle do 15 dnů kopii údajů z těchto evidencí ministerstvu práce a sociálních věcí pro zařazení do evidence tohoto ministerstva.

Jestliže ani MPSV nezprostředkuje osvojení nebo pěstounskou péči do 3 měsíců od zařazení dítěte nebo do 6 měsíců od zařazení žadatelů do své evidence, postupuje kopii spisové dokumentace Úřadu pro mezinárodněprávní ochranu dětí pro zprostředkování osvojení ve vztahu k cizině. Jde-li o žadatele, postupuje tak jen tehdy, pokud žadatel s takovým postupem souhlasí. Postoupení materiálů dítěte k zajištění osvojení do ciziny nebrání svěřením dítěte do NRP v ČR, jestliže se v mezidobí najde vhodná rodina u nás.

8.3 Příspěvky rodičů na zaopatření dětí

V rámci projektu vyvstala rovněž otázka příspěvků zákonných zástupců na péči pro děti umístěné v kojeneckých ústavech a v dětských domovech pro děti do 3 let věku.

V současné době platná právní úprava stanoví příspěvků zákonných zástupců na péči pro děti umístěné v kojeneckých ústavech a v dětských domovech pro děti do 3 let věku neumožňuje.

V ustanovení § 88 zákona č. 94/1963 Sb., o rodině (v platném znění) je však zakotvena vzájemná vyživovací povinnost předků a potomků. Také v § 103 zákona o rodině je uvedeno, že v případě, že rozhodne soud o umístění dítěte do ústavní nebo ochranné výchovy, upraví také rozsah vyživovací povinnosti rodičů, pokud jeho potřeby nejsou kryty platbou podle zvláštních právních předpisů.

Nicméně však podle § 15 odst. 15 zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění (v platném znění) je zdravotní péče poskytovaná v kojeneckých ústavech, dětských domovech a jeslích hrazena z rozpočtu zřizovatele. Toto právní ustanovení de facto i de iure vylučuje možnost vybírání příspěvků zákonných zástupců na děti umístěné ve výše uvedených zařízeních.

Před účinností zákona o veřejném zdravotním pojištění tyto příspěvky mohla výše uvedená zdravotnická zařízení od zákonných zástupců dítěte vybírat. Problematika poskytování zdravotní péče za plnou nebo částečnou úhradu byla upravena v § 11 odst. 3 zákona č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu a § 11 odst. 4 obsahoval zmocnění k vydání podzákonných norem upravujících úhradu za tuto zdravotní péči. Takovou podzákonnou normou byla vyhl. č. 467/1992 Sb., o zdravotní péči poskytované za úhradu, ve znění vyhl. č. 155/1993 Sb., která stanovovala i způsob a postup výpočtu úhrady za zaopatření poskytované v kojeneckých ústavech.

Nálezem ústavního soudu č. 206 /1996 Sb., byl jak § 11 odst. 4 zák. č. 20/1966 Sb., tak i výše uvedená vyhláška zrušena z důvodu jejich neústavnosti, neboť odporují jí čl. 4 odst. 1 a 2, čl. 31 a 41 Listiny základních práv a svobod (dále „Listina“) a rovněž čl. 2 odst. 4 Ústavy.

Právo na bezplatnou zdravotní péči na základě veřejného pojištění je občanům České republiky deklarováno v čl. 31 „Listiny“, která zaručuje každému právo na ochranu zdraví. Občané mají na základě veřejného pojištění právo na bezplatnou zdravotní péči a na zdravotní pomůcky za podmínek, které stanoví zákon. Vzhledem k tomu, že povinnosti podle čl. 4 odst. 1 „Listiny“ mohou být ukládány toliko na základě zákona a v jeho mezích a při zachování základních práv a svobod, podle čl. 4 odst. 2 „Listiny“ meze základních práv a svobod mohou být za podmínek stanovených Listinou základních práv a svobod upraveny pouze zákonem. Vzhledem k výše uvedenému lze povinnosti (mezi něž nesporně patří i příspěvky zákonných zástupců na péči o děti umístěné v kojeneckých ústavech a v dětských domovech pro děti do 3 let věku) stanovit výlučně zákonem a nikoliv dalšími podzákonnými

právními předpisy, a to ani nařízením vlády, i když je vláda České republiky podle čl. 78 Ústavy oprávněna vydávat nařízení k provedení zákona a v jeho mezích, a to i bez výslovného zákonného zmocnění. Tato normativní pravomoc vlády, nesmí však být uplatněna v oblasti právních vztahů a při úpravě věcí, které podle speciálního ústavního právního předpisu, kterým je „Listina“ (viz čl. 3 Ústavy), smějí být upraveny jedině zákonem.

I když podle výše uvedeného nálezu Ústavního soudu byla jeho vykonatelnost odložena až ke dni 1. 4. 1997, mělo to vzhledem k ustanovení § 71 odst. 2 zákona č. 182/1993 Sb., o Ústavním soudu k danému datu ten následek, že do toho dne nevymožené nároky z titulu zmíněných podzákonných norem se staly soudně nevynutitelnými.

S účinností od 1. 4. 1997 nabyl účinnosti zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, který v ustanovení § 15 odst. 10 stanovil, že zdravotní péče poskytovaná v kojeneckých ústavech a dětských domovech se hradí z rozpočtu zřizovatele. Toto ustanovení vzbudilo od počátku diskuze a MZ ČR zprvu sdělilo, že nová právní úprava neumožňuje vybírat příplatky za zaopatření v kojeneckém ústavu.

Podle sdělení některých našich respondentů z průzkumu provedených v kojeneckých ústavech a dětských domovech vyplynulo, že ministerstvo zdravotnictví v této věci nemá zcela jasno, neboť kromě výše uvedeného stanoviska MZ ČR následně přijalo nové stanovisko, podle kterého platná právní úprava rozděluje činnosti takových zařízení na poskytování zdravotní péče a na zaopatření s tím, že zaopatření není hrazeno z rozpočtu zřizovatele a jeho cena podléhá pouze obecné právní úpravě obsažené v zákoně o cenách v platném znění. Jinému subjektu však totéž ministerstvo (odbor právní a správy majetku MZ) ve stejné věci sdělilo písemné stanovisko, že s ohledem na ustanovení § 15 odst. 10 zák. č. 48/1997 Sb. platného v době vydání stanoviska, nelze za péči poskytnutou kojeneckým ústavem žádné úhrady vybírat.

Pokud je nám známo, ministerstvo zdravotnictví v současné době (podzim 2005) nepřipravuje žádný návrh zákona, který by stanovil povinnost zákonných zástupců platit příspěvek na péči o děti umístěné v kojeneckých ústavech a v dětských domovech pro děti do 3 let věku.

Absence takovéto právní normy vyvolává další potíže, a to v oblasti justice. Vzhledem k některým ustanovením zákona o rodině zde může vzniknout otázka, zda povinnost zákonných zástupců poskytovat příspěvek na zaopatření dětí v kojeneckém ústavu není určitým plněním vyživovací povinnosti. Podle § 103 zákona o rodině (v platném znění) rozhodne-li soud o umístění dítěte do ústavní nebo ochranné výchovy, upraví také rozsah vyživovací povinnosti rodičů, pokud jeho potřeby nejsou kryty platbou podle zvláštních právních předpisů.

Vzniká tedy otázka, zda by zdravotní péče podle § 15 odst. 15 zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění (v platném znění) poskytovaná v kojeneckých ústavech, dětských domovech a hrazena z rozpočtu zřizovatele měla zahrnovat i další běžné potřeby dítěte - tedy i ty, které zdravotní péčí evidentně nejsou.

Navíc soud v řízení o osvojení (adopci) se při posuzování nezájmu rodičů krajského úřadu dotazuje, zda bylo rodičům stanoveno ošetřovné, resp. příspěvek na zaopatření a zda rodiče za dítě platí. Postupuje tak podle ustanovení § 68 odst. 1 písm. a) zákona o rodině (v platném znění), že pokud jsou zákonnými zástupci osvojovaného dítěte jeho rodiče a ti po dobu nejméně šesti měsíců soustavně neprojevovali opravdový zájem o dítě, zejména tím, že dítě pravidelně nenavštěvovali, neplnili pravidelně a dobrovolně vyživovací povinnost k dítěti a neprojevují snahu upravit si v mezích svých možností své rodinné a sociální poměry tak, aby se mohli osobně ujmout péče o dítě, jejich souhlas pro osvojení dítěte není třeba. A tak zde dochází ke „schizofrenii“, neboť neexistuje právní ustanovení zákona, podle kterého by bylo možno rodičům úhradu stanovit.

Situaci by ovšem bylo možno řešit obdobně jako je tomu v resortu ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy (MŠMT) a v resortu ministerstva práce a sociálních věcí (MPSV). Tam totiž zákonná úprava placení příspěvku za péči v ústavech pro děti a mládež existuje.

MŠMT: V případě dětí umístovaných do školských zařízení pro výkon ústavní výchovy nebo ochranné výchovy je podle § 27 odst. 1 zákona č. 109/2002 Sb., o výkonu ústavní výchovy nebo ochranné výchovy ve školských zařízeních a o preventivně výchovné péči ve školských zařízeních a o změně dalších zákonů (v platném znění) uložena povinnost osobám odpovědným za výchovu a děti s vlastními pravidelnými příjmy přispívat příspěvkem na úhradu péče poskytované dětem ve výše uvedených zařízeních (za příjmy se pro účely tohoto zákona považují příjmy uvedené v § 6 zákona č. 463/1991 Sb., o životním minimu, ve znění pozdějších předpisů).

MPSV: Rovněž resort ministerstva práce a sociálních věcí má problematiku úhrady příspěvků na děti umístěné v ústavech sociální péče upravenou zákonnými normami. Vlastní úhrada je obecně stanovena § 93 odst. 1 zákona č. 100/1988 Sb., o sociálním zabezpečení (v platném znění). Podle tohoto právního ustanovení za pobyt v ústavech sociální péče, které jsou zřizovány ministerstvem práce a sociálních věcí, kraji a obcemi, hradí občané náklady za stravu, bydlení a nezbytné služby. Výši nákladů, způsob jejich úhrady a případy, kdy se úhrada nákladů nepožaduje, stanoví prováděcí předpis.

Tímto předpisem je vyhláška č. 82/1993 Sb., o úhradách za pobyt v zařízeních sociální péče (v platném znění). Podle § 6 odst. 2 této vyhlášky v případě, že dítě není poživitelem důchodu nebo je-li poživitelem sirotčího důchodu jednostranně osiřelého dítěte, hradí náklady za pobyt v ústavu pro mládež rodiče dítěte nebo rodič, kterému bylo dítě rozhodnutím soudu svěřeno do výchovy, popřípadě jiná osoba povinná výživou dítěte.

Pro úplnost lze ještě uvést, že zákon č. 114/1988 Sb., o působnosti orgánů České republiky v sociálním zabezpečení (v platném znění) v § 3 odst. 2 písm. b) stanoví mezi samostatnou působnost krajů rozhodování o úhradě za služby poskytované v ústavech sociální péče.

Závěrem lze konstatovat, že právní úprava v této věci vykazuje značné nedostatky. S ohledem na výše uvedený nálezn Ústavního soudu, vybírání příspěvků zákonných zástupců na péči o děti umístěné v kojeneckých ústavech a v dětských domovech pro děti do 3 let věku není bez zákonné úpravy možné. Ta však v našem právním řádu dosud chybí. Povinnost platit za zaopatření v kojeneckých ústavech by tedy měla být upravena zákonnou normou tak, jak je tomu v případě plateb za děti umístěné v zařízeních v působnosti resortu MŠMT a MPSV.

9. Závěry a doporučení

9.1 Závěry

Kojenecké ústavy a dětské domovy pro děti do tří let věku (KÚ a DD 1-3) patří de iure do zdravotnické, ale de facto i do naší sociální sítě už jen z toho důvodu, že tato zařízení neposkytují pouze léčebně-preventivní péči. Začlenění výše uvedených zařízení do resortu ministerstva zdravotnictví vychází z předpokladu, že děti v kojeneckém a batolecím věku potřebují převážně zdravotní péči. Proto základ personálu těchto zařízení tvoří zdravotničtí pracovníci, zejména zdravotní sestry.

Sociální stránka péče se mimo jiné odráží i v té skutečnosti, že tato zařízení poskytují ústavní a výchovnou péči i dětem, jejichž vývoj je ohrožen nevhodným domácím prostředím. Nejenom pro tyto děti, ale i pro děti umístěné v těchto zařízeních (zejména v KÚ) se zdravotní indikací, zastupují zaměstnanci ústavů jejich rodiny, a to po stránce citové i výchovné. I přes poměrně vysoké personální obsazení kvalifikovanými pracovníky rodinnou péči v celé komplexnosti nahradit nemohou.

Přes výše uvedené skutečnosti tato zařízení představují nezbytnou součást systému zdravotně sociální péče.

Souhrnně lze konstatovat následující skutečnosti:

- zdravotnická zařízení ve srovnání s rodinou i ÚSP jsou drahá,
- VZP inkasuje pojistné na zdravotní pojištění na děti, ale péče včetně většiny zdravotních výkonů je hrazena z rozpočtu zřizovatele (§15 odst. 15 z.č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění),
- z výše uvedeného právního důvodu není možno přistoupit k vícezdrojovému financování,
- nejsou výjimkou ani případy, kdy za dítě umístěné v KÚ a DD1-3 inkasují praktičtí lékaři pro děti a dorost kapitační platby, aniž by jim poskytovali léčebně-preventivní péči,
- co do vývoje situace v KÚ a DD1-3 lze konstatovat určité zrychlení při rozhodování o umístění dětí do náhradní rodinné péče (NRP), i když další zlepšení v tomto směru by bylo zapotřebí,
- nezastupitelnou roli při umísťování dětí do NRP mají sociální pracovníci jednotlivých zařízení při získávání souhlasu biologických rodičů dětí vhodných do NRP,
- rovněž příspěvkům rodičů brání nález Ústavního soudu č. 206/1996 Sb., který jejich vybírání prohlásil za neústavní. Proto vybírání příspěvků zákonných zástupců na péči o děti umístěné v kojeneckých ústavech a v dětských domovech pro děti do 3 let věku není bez zákonné úpravy možné. Ta však v našem právním řádu dosud chybí. Povinnost platit za zaopatření v kojeneckých ústavech by tedy měla být upravena zákonnou normou tak, jak je tomu v případě plateb za děti umístěné v zařízeních v působnosti resortu MŠMT a MPSV.

9.2 Doporučení

Z výše uvedených důvodů je nutno přistoupit k řadě legislativních, administrativních i věcných opatření, které by umožnily, zlepšily a zprůhlednily vícezdrojové financování těchto zařízení a v neposlední řadě sloučily péči v těchto zařízeních s psychickými potřebami malých dětí tak, aby uspíšily jejich sociální adaptaci pro život v rodině a ve společnosti.

Na základě předložené analýzy navrhujeme pro zlepšení a usnadnění činnosti KÚ a DD 1-3 tato doporučení:

1. Změny ve výkaznictví

Výkaznictví o činnosti těchto zařízení, které je jinak velmi podrobné a precizní, potřebuje nově specifikovat zdravotní, zdravotně sociální a sociální důvody přijetí. Současný stav neukazuje objektivně situaci, neboť se zdá, že je mnohem více sociálních důvodů než zdravotních či sociálně zdravotních.

2. Vícezdrojové financování

Na základě přesné definice příčin pobytu dětí (zdravotní, sociálnězdravotní, sociální) je potřeba dořešit **vícezdrojové financování**.

Zdravotní péče by měla být hrazena z prostředků zdravotního pojištění, protože všechny umístěné děti jsou tzv. „státní pojištěnci“ – tj. příspěvky zdravotním pojišťovnám za ně hradí stát.

Pobyt z čistě **sociálních důvodů** by měl být hrazen z rozpočtu Ministerstva práce sociálních věcí. Rodiče by měli přispívat na zaopatření dítěte (vyhláška je připravena, čeká se na zákon o zdravotní péči, který ministerstvu zdravotnictví umožní takovou vyhlášku vydat). Provoz by pak měl být hrazen z prostředků zřizovatele. Samozřejmě se počítá i nadále s dárci a sponzory.

3. Nezbytné legislativní změny

- změna § 15 odst. 15 z.č. 48/1997 Sb., která by umožnila léčebně preventivní péči v KÚ a DD 1-3 hradit ze zdravotního pojištění,
- změna z.č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, kde by byla stanovena povinnost zákonným zástupcům dítěte umístěného v těchto zařízeních přispívat na péči - kromě péče hrazené ze zdravotního pojištění
- úhrada provozních a personálních nákladů (kromě péče hrazené ze zdravotního pojištění a příspěvku rodičů) by měla být včleněna do některého ze připravovaných zákonů z oblasti sociálního zabezpečení.

Literatura

BRUTHANSOVÁ, D. - ČERVENKOVÁ, A.: Zdravotně sociální služby v kontextu nového územního uspořádání. Praha, VÚPSV 2004. 41 s., lit., obr., tab.

BRUTHANSOVÁ, D. - ČERVENKOVÁ, A.: K problematice sociálních hospitalizací. In: Sociální politika. Roč. 29, č.12 (2003) s. 8 - 10.

BŘESKÁ, Naděžda a kol.: Státní sociální podpora. Olomouc, ANAG, 1996

ČINNOST KOJENECKÝCH ÚSTAVŮ a dětských domovů pro děti do tří let a dalších zařízení pro děti. Praha, ÚZIS - Aktuální informace č. 42/1998, č.33/1999, č.58/2000, č.60/2001, č.42/2002, č.24/2004 a č.21/2005

LANGMAIER, J. - MATĚJČEK, Z.: Psychická deprivace v dětství; Praha, Státní zdravotnické nakladatelství 1968

MATĚJČEK, Z.: Co děti nejvíc potřebují; Praha, Portál 1994

NÁKLADY na výchovu a výživu dětí v roce 2003, Praha, ČSÚ 2004

ŠIMŮNKOVÁ, Tereza: Mojžíškové z popelnic. Literární noviny 16 (2005), č.24, 14. června 2005, str. 1 a 8

ŠIMŮNKOVÁ, Tereza: Zmrzačené děti. Literární noviny 16 (2005), č.24, 14. června 2005

VÍME, že nejlepší pro dítě je rodina. In: Práce & sociální politika, ročník 2, č. 3, str. 6

ZÁKLADNÍ UKAZATELE z oblasti práce a sociálního zabezpečení v České republice ve vývojových řadách a grafech; Praha, MPSV 2004

ZÁKON č. 97/1963 Sb., o rodině (v platném znění)

ZÁKON č. 218/2005 Sb., kterým se mění zákon č. 100/1988 Sb., o sociálním zabezpečení, ve znění pozdějších předpisů, zákon č. 463/1991 Sb., o životním minimu ve znění pozdějších předpisů a zákon č. 117/1995 Sb., o státní sociální podpoře, ve znění pozdějších předpisů.

ZJIŠŤOVÁNÍ POČTU a charakteristiky ohrožených dětí mladších tří let v ústavech v Evropě. Závěrečná zpráva programu Daphne č. 2002/017/C, School of Psychology, University of Birmingham

Seznam tabulek a grafů

Tabulky

| | | |
|-----|---|----|
| 1. | Počet KÚ a DD 1-3 v resortu zdravotnictví | 10 |
| 2. | Počet přijatých dětí a podíly podle důvodu přijetí v % (1997-2004) | 11 |
| 3. | Propuštěné děti absolutně a v % | 12 |
| 4. | Počet dětí mladších 3 let v pěstounské péči v Česku | 24 |
| 5. | Míra institucionalizace a pěstounské péče u dětí do 3 let v Evropě | 24 |
| 6. | Míra institucionalizace v ČR podle českých oficiálních údajů | 25 |
| 7. | Důvody institucionalizace dětí mladších tří let (podíl v %) | 26 |
| 8. | Průměrné roční náklady na ústavní a pěstounskou péči za jedno dítě (v eurech) | 28 |
| 9. | Shrnutí odpovědí krajů na otázku 1 - 4 | 31 |
| 10. | Podíl „ústavních“ dětí, jež nebyly nikdy navštíveny (%) | 41 |
| 11. | Index nákladů ve 21 KÚ a DD 1-3 a míra inflace (rok 2000 = 100) | 45 |
| 12. | Průměrné náklady na 1 dítě v KÚ a DD 1-3 ve srovnání s ÚSP | 46 |
| 13. | Náklady na jedno dítě do 3 let věku (v Kč za měsíc) | 48 |

Grafy

| | | |
|----|--|----|
| 1. | Podíly dětí podle důvodů přijetí | 11 |
| 2. | Vývoj počtu přijatých dětí podle důvodů přijetí | 12 |
| 3. | Vývoj počtu propuštěných dětí (rok 1990=100) | 13 |
| 4. | Příčiny institucionalizace v % | 27 |
| 5. | Indexy nákladů a míra inflace (rok 2000 = 100) | 45 |
| 6. | Výše průměrných denních nákladů v KÚ a DD 1-3 (náklady na dítě a den v Kč) | 46 |
| 7. | Podíly zařízení podle průměrných denních nákladů na 1 dítě – rok 2004 | 46 |

Seznam příloh

| | | |
|------|--|----|
| I. | Metodický pokyn Ministerstva zdravotnictví pro činnost kojeneckých ústavů a dětských domovů pro děti do 3 let věku | 61 |
| II. | Počet pracovníků na 100 dětí | 67 |
| III. | Propuštěné děti podle délky pobytu | 68 |
| IV. | Náklady na ústavní sociální péči a příjmy z úhrad | 71 |

Příloha I

Metodický pokyn Ministerstva zdravotnictví pro činnost kojeneckých ústavů a dětských domovů pro děti do 3 let věku

Ve snaze vymezit a sjednotit činnost kojeneckých ústavů a dětských domovů pro děti do 3 let věku vydává Ministerstvo zdravotnictví tento doporučující metodický pokyn, který se doporučuje k využití dalším obdobným zařízením, zejména dětským centřům:

I. Úvod

1. Kojenecké ústavy a dětské domovy pro děti do 3 let věku (dále jen „zařízení“) pečují o všestranný rozvoj dětí, jejichž vývoj je ohrožen nebo narušen z důvodů zdravotních, zdravotně sociálních a sociálních.
2. Pobyt dítěte v zařízení je třeba chápat jako dočasný (přechodný), k vyřešení situace, pro kterou bylo dítě do zařízení přijato. Nemá být trvalým či dlouhodobým řešením osudu dítěte, ale je třeba ho považovat za pomoc dítěti a jeho rodině.

II. Důvody přijetí dětí do zařízení

1. Do zařízení mohou být děti přijímány samy či s doprovodem, a to z důvodů zdravotních, zdravotně-sociálních a sociálních.
2. Za zdravotní důvod přijetí se považuje zejména:
 - a) nutnost trvalé či dlouhodobé speciální ošetrovatelské péče (dítě s kombinovaným handicapem, tracheostomií vyžadující dlouhodobou oxygenoterapii, použití sond aj.),
 - b) potřeba dlouhodobé intenzivní rehabilitační péče,
 - c) diagnostika a léčba dětí s rizikovou anamnézou (sy. týraného, zanedbávaného a zneužívaného dítěte - dále jen sy. CAN, abusus návykových látek u matky, sy. opuštěného dítěte aj.),
 - d) diagnostika pro stanovení zdravotní a sociální prognózy dítěte (před umístěním např. do náhradní rodinné péče, dále jen NRP),
 - e) nemoc či hospitalizace rodičů, infekční onemocnění v rodině,
 - f) respitní a úlevná péče.
3. Za zdravotně–sociální důvod přijetí se považuje zejména:
 - a) každá situace, kdy dítě pro své postižení nemůže vyrůstat v rodině, i když nevyžaduje výše uvedenou speciální ošetrovatelskou péči,
 - b) zácvik rodičů před propuštěním dítěte.
4. Za sociální důvod přijetí se považuje zejména:
 - a) okamžitá pomoc dítěti a rodině v tíživé sociální situaci,
 - b) jiný důvod přijetí dítěte považovaného za zdravé, které nevyžaduje žádnou diagnostickou či terapeutickou lékařskou a ošetrovatelskou péči.
5. Důvody pro přijetí se mohou navzájem překrývat a měnit během pobytu dítěte v zařízení.

III. Přijímání dětí do zařízení

1. Děti se přijímají na základě
 - a) souhlasu rodiče (rodičů) nebo jiného zákonného zástupce dítěte (dále jen „rodiče“),
 - b) rozhodnutí soudu o předběžném opatření (§ 76a občanského soudního řádu),
 - c) nařízené ústavní výchovy (§ 46 zákona č. 94/1963 Sb., o rodině, ve znění pozdějších předpisů).
2. O přijetí (nepřijetí) do zařízení rozhoduje ředitel zařízení. Odmítnout přijetí může tehdy:
 - a) pokud nejsou splněny důvody přijetí, uvedené v kapitole II,

- b) pokud je zařízení plně obsazeno,
 - c) pokud to nedovolují důvody hygienické či epidemiologické.
3. Při přijetí dítěte si zařízení vyžádá předložení těchto dokumentů:
 - a) řádně vyplněný evidenční list dítěte (SEVT skl.č.14440 0),
 - b) zprávu o současném zdravotním stavu dítěte,
 - c) vykonatelné rozhodnutí soudu, pokud je dítě přijímáno z tohoto důvodu.
 4. V naléhavých případech (např. bezprostřední ohrožení života či zdraví dítěte, nemožnost okamžitého obstarání všech dokladů) je možno dítě přijmout bez dokumentace uvedené v odstavci 3).
 5. Během pobytu dítěte si zařízení doplní další dokumentaci dítěte zejména o:
 - a) rodný list dítěte,
 - b) legitimaci pojištěnce,
 - c) zdravotní a očkovací průkaz dítěte,
 - d) další dokumentaci o zdravotních a sociálních poměrech dítěte a jeho rodiny.
 6. Při přijetí dítěte poučí ředitel zařízení či jím pověřený pracovník rodiče o jejich právech a povinnostech k dítěti během pobytu dítěte v zařízení i o důsledcích, které by vyplynuly z jejich neplnění. Je vhodné, aby rodiče podepsali souhlas k poskytování údajů vyplývajících ze zdravotnické dokumentace dítěte a z poznatků získaných příslušným zdravotnickým zařízením při poskytování péče dítěti.
 7. Bylo-li dítě přijato v naléhavých případech (dle odst. 4) bez příslušné dokumentace (dle odst. 3), je žádoucí, aby zařízení oznámilo tuto skutečnost v nejbližším možném termínu místně příslušnému orgánu sociálně právní ochrany dítěte (dále jen „OSPOD“).

IV. Pobyt dětí v zařízení

1. Zařízení poskytuje svěřeným dětem komplexní interdisciplinární péči (zdravotní, ošetrovatelskou, rehabilitační, výchovnou, sociálně právní a pod.) a vytváří podmínky pro optimální vývoj dětí ve všech jeho složkách. Péče je poskytována na základě moderních poznatků teorie a praxe tak, aby mohly být uspokojovány v maximální možné míře všechny potřeby dítěte.
2. Zařízení prověřuje ve spolupráci s příslušnými orgány OSPOD, zda trvají důvody, pro které bylo dítě přijato. Ve spolupráci s nimi a dalšími institucemi dbá na to, aby pobyt dítěte v zařízení byl co nejkratší.
3. Při stanovení maximální doby pobytu dítěte v zařízení je nutné respektovat současné právní úpravy, zejména dobu trvání rozhodnutí soudu. Z odborného hlediska se za nejzazší délku pobytu dítěte považuje doba 6 měsíců.
4. Přijetím dítěte do zařízení nezanikají rodičům práva a povinnosti vyplývající z rodičovské zodpovědnosti, pokud soudem není rozhodnuto jinak. Zařízení může uzavřít dohodu s rodiči o příspěvku na úhradu nákladů na pobyt dítěte v zařízení.
5. Zařízení vytváří podmínky, aby rodiče mohli být s dítětem v pravidelném osobním kontaktu a sleduje jejich vzájemnou interakci a její přínos pro dítě. Zařízení napomáhá rodičům upravit jejich poměry tak, aby se dítě v co nejkratší době mohlo vrátit zpět do rodiny.
6. Zařízení vypracovává vnitřní řád pro návštěvy rodiče v zařízení, ve kterém je stanoveno, že tyto návštěvy musí respektovat denní režim a aktuální zdravotní stav dítěte. Četnost návštěv je individuální podle zájmu a potřeb dítěte a podle možností rodičů, v optimálním případě denně, minimálně však 1x týdně.
7. Průběh návštěv je zaznamenáván do dokumentace dítěte a stvrzen podpisem rodičů.

V. Péče o děti v zařízení

1. Péče o děti je komplexní (viz kap. IV, odst. 1), má výrazně interdisciplinární charakter.
2. Péče o dítě je zásadně individuální, zohledňuje jeho potřeby a zájmy, přizpůsobuje se rodinnému prostředí a respektuje sourozenecké skupiny.
3. Péče se odehrává ve skupinách dětí s optimálním počtem 4 dětí na 1 pečující osobu, která využívá při ošetrovatelské a výchovné péči poznatky známých dostupných metodik (např. forma rituálů dle Damborské).
4. Personální obsazení zařízení je v souladu se zákonem č. 95/ 2004, Sb., ve znění pozdějších předpisů a zákona č. 96/2004 Sb., ve znění pozdějších předpisů a odpovídá doporučenému normativu (viz příloha). Základem je týmová práce. Dle příslušného personálního klíče se o děti starají lékaři (pediatři), psychologové, dětské sestry (všeobecné sestry se specializací na pediatrii), ošetrovatelky, popř. speciální pedagogové (dle věkového složení dětí). Nezbytnou součástí týmu jsou sociální pracovníce a rehabilitační sestry, popř. další terapeutický personál. Strukturu zaměstnanců doplňuje pomocný a technický personál.
5. Materiálně - technické vybavení umožňuje poskytovat péči uvedenou ve zřizovací listině. Nezbytnou součástí je vybavení k resuscitaci a poskytnutí první pomoci.
6. Zdravotní péče spočívá v provádění pravidelných preventivních prohlídek v souladu s vyhláškou č. 56/1997 Sb., kterou se stanoví obsah a časové rozmezí preventivních prohlídek, ve znění pozdějších předpisů, v očkování v souladu se zákonem. č. 258/2000 Sb, o ochraně veřejného zdraví, ve znění pozdějších předpisů. Řeší se akutní i chronické stavy dítěte s vypracováním krátkodobého i dlouhodobého léčebného plánu. Vyšetřovacími metodami ve shodě s moderními poznatky lékařské vědy se určuje diagnóza a prognóza dalšího vývoje dítěte.
7. Rehabilitační péče je poskytována formou ambulantní i lůžkovou. Využívá moderních poznatků vědy a je přísně individuální. Dbá se na spolupráci rodičů, zejména v jeho zácviu v této péči.
8. Psychologicko - výchovná péče je poskytována v rámci individuálně vypracovaných výchovných plánů, které se průběžně kontrolují minimálně 1x měsíčně. Podílí se na ni kromě psychologa i ostatní personál.
9. Sociálně právní ochrana vychází především ze zákona č. 359/1999 Sb., o sociálně právní ochraně dětí, ve znění pozdějších předpisů, a ze zákona č. 94/1963 Sb., ve znění pozdějších předpisů. Spočívá v hájení zájmu a prospěchu dítěte v duchu Úmluvy o právech dítěte. Pracovníci zařízení:
 - a) v čele se sociální pracovníci sledují zájem rodičů o dítě (návštěvy rodičů v zařízení viz. kapitola IV a další důležité okolnosti, které vypovídají o situaci dítěte, zejména ve vztahu k vlastním rodičům),
 - b) neprodleně oznamují OSPOD děti vhodné pro NRP,
 - c) jsou v pravidelném kontaktu s příslušnými OSPOD, popř. se soudy,
 - d) pravidelně tyto orgány informují o všech skutečnostech, které doplňují či mění stávající sociální situaci dítěte, popř. jeho zdravotní stav,
 - e) umožňují pověřeným pracovníkům OSPOD návštěvu dítěte v zařízení (zákon č. 359/1999 Sb., ve znění pozdějších předpisů) a nahlédnutí do sociální dokumentace dítěte,
 - f) připravují podklady pro jednání aktivu pro NRP příslušného krajského úřadu,
 - g) v součinnosti s OSPOD se podílejí na opatřeních vedoucích k sanaci dysfunkční rodiny dítěte,
 - h) jsou připraveni poskytovat rodičům dítěte (vlastním, popř. náhradním) umístěného v zařízení poradenskou péči v oblasti sociálně právní ochrany,

- i) dbají přitom důsledně na ochranu zájmu a prospěchu dítěte včetně ochrany osobních dat dítěte,
 - j) podílejí se na přípravě budoucích žadatelů o NRP.
10. Prostorové vybavení zařízení odpovídá moderním požadavkům na péči o dítě. Zařízení je členěno na ambulantní a lůžkovou část.
- a) ambulantní část tvoří, a to vždy s příslušným vybavením:
 - ordinace (vyšetřovna) lékaře,
 - pracovna psychologa,
 - kancelář sociální pracovnice s prostorem pro přijímání návštěv,
 - místnost pro návštěvy rodičů či žadatelů o NRP s herním prostorem pro dítě,
 - pracovny dalších terapeutů (rehabilitační sestra aj.),
 - b) lůžkovou část tvoří jednotka ložnice, obývací místnosti (herny) a hygienického koutku pro dítě:
 - obývací místnost (herna) musí být prostorná, vybavena pestrým zařízením pro volný pohyb a hru dítěte, které musí odpovídat požadavkům vyhlášky č. 84/2001 Sb., o hygienických požadavcích na hračky a výrobky pro děti do 3 let,
 - ložnice má být maximálně pro 4 děti (postýlky), přizpůsobena dle věku dítěte,
 - obývací místnost (herna) a ložnice mohou tvořit společný celek v rámci zařízení rodinného typu,
 - hygienický koutek obsahuje přebalovací stůl, vanu či umyvadlo pro koupání a sprchování dětí.
11. Režim pobytu se přizpůsobuje věku dítěte, stupni jeho vývoje a zdravotnímu stavu. Je vyhrazena dostatečná doba pro spánek, pro odpočinek a hru, pro krmení, ošetřování a další pečovatelské úkony. Odpočinek i „odpolední“ spánek děti tráví podle klimatických podmínek na vzduchu ve volné přírodě, pobyt venku je i součástí výchovného herního programu.
12. Nejméně 1x ročně děti starší 1 roku věku vyjždějí na ozdravné pobyty v délce minimálně 1 týdne.

VI. Pobyt matek, resp. rodiče nebo zákonného zástupce (dále jen „matky“) dětí v zařízení

1. Matku s dítětem lze do zařízení přijmout na žádost orgánu sociálně právní ochrany dětí, na základě předběžného opatření soudu nebo na vlastní žádost se souhlasem vedení zařízení z těchto důvodů:
 - a) diagnostických (např. závislost na návykových látkách, podezření na sy. CAN u dítěte, psychiatrické diagnózy),
 - b) výchovných (např. matka neumí, resp. nezvládá péči o dítě),
 - c) zácvičku
 - v základní péči o dítě,
 - v péči o handicapované dítě,
 - v rehabilitaci dítěte,
 - před propuštěním dítěte do NRP,
 - d) utajeného (diskrétního) porodu,
 - e) okamžité pomoci (jako azylové zařízení).
2. Matka pečuje o své dítě systémem rooming-in, zpravidla pod dohledem odborného ošetřovatelského personálu.
3. Pobyt matky se řídí vnitřními předpisy zařízení.
4. Z důvodu uvedeného v bodě 1d) se těhotná matka přijímá v dostatečně dlouhé době před porodem

5. Utajený (diskrétní) porod znamená, že matka přichází k pobytu před porodem dle svého rozhodnutí. Porod je zajištěn po domluvě s matkou na příslušném gyn. por. odd. Po porodu je matka umístěna na gyn. por. odd. a dítě po pobytu na novoroz. odd. je přeloženo do zařízení. Sociální pracovníce je nápomocna matce při poskytnutí všech informací týkajících se eventuálního umístění dítěte do NRP. Současně matce zajišťuje kontakt s OSPOD, zejména při eventuálním podpisu souhlasu s osvojením podle platných právních norem, se získáním dávky porodného aj.

VII. Propuštění dítěte ze zařízení

1. Dítě se propustí ze zařízení trvale, jestliže pominuly důvody jeho pobytu:
 - a) do péče vlastní rodiny
 - bez souhlasu příslušných orgánů (OSPOD, soud), bylo-li umístěno na žádost rodičů,
 - jestliže byla soudem zrušena ústavní výchova nebo bylo zrušeno či zanikl předběžné opatření soudu, na jehož základě bylo dítě do zařízení umístěno,
 - b) do péče jiných osob než rodičů pouze po souhlasném vyjádření obou rodičů, popř. na základě rozhodnutí soudu o svěřeni do péče,
 - c) do náhradní rodinné péče formou,
 - osvojení,
 - pěstounské péče vždy pouze na základě rozhodnutí soudu nebo rozhodnutí OSPOD o svěřeni dítěte do předadopční péče nebo předpěstounské péče,
 - d) do péče jiného zařízení (např. ústav sociální péče, dětské domovy v gesci resortu Ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy),
 - po dohodě s tímto zařízením,
 - v případě dětí s nařízenou ústavní výchovou či předběžným opatřením po dohodě s OSPOD.
2. Dítě se propustí ze zařízení dočasně, jestliže to vyžaduje jeho zdravotní stav, psychický, citový i sociální vývoj, popř. jiné okolnosti:
 - a) v případě dětí s nařízenou ústavní výchovou nebo předběžným opatřením na přechodný pobyt k rodičům nebo jiným fyzickým osobám (včetně budoucích náhradních rodičů) na dobu nejvýše 14 kalendářních dnů při jednom pobytu pouze se souhlasem OSPOD dle místa bydliště dítěte a místa bydliště navštívených,
 - b) do příslušného lůžkového zdravotnického zařízení, vyžaduje-li to zdravotní stav dítěte (dětské oddělení, ozdravovna, dětská odborná léčebna).

doc. MUDr. Milada Emmerová, CSc.
ministřině zdravotnictví

Doporučený počet pracovníků pro kojenecké ústavy (KÚ) a dětské domovy (DD) do 3 let věku

| | |
|--|---------------------------|
| lékaři | 3 |
| jini odborníci s VŠ kvalifikací (psycholog, logoped., pedagog, fyzioterapeut a jini) | 4 |
| sociální prac. | 2 |
| rehabilitační prac. | 2*) |
| SZP + NZP | celkem 56 z toho 20% NZP* |
| celkem | 67 |

Pozn.:

SZP - tzv. střední zdravotnický personál (dětské sestry, všeobecné sestry se specializací na pediatrii)

NZP - tzv. nižší zdravotnický personál (ošetřovatelky)

Pokud v KÚ + DD do 3 let věku jsou oddělení umístěna ve více budovách či podlažích, je nutno upravit normativy tak, aby byla zajištěna nepřetržitá přítomnost SZP na každém podlaží.

*) Pokud v KÚ+DD do 3 let věku tvoří děti s handicapem více než 30% všech dětí, doporučuje se navýšení doporučeného počtu pracovníků

Příloha II

Počet pracovníků na 100 dětí

přepočtené stavy a smluvní pracovníci

| kategorie pracovníka | 2000 | 2001 | 2002 | 2003 | 2004 |
|--------------------------|-------|-------|-------|-------|-------|
| lékaři | 2,19 | 2,46 | 2,59 | 2,43 | 2,57 |
| SZP | 56,05 | 57,14 | 57,09 | 57,68 | 60,52 |
| rehabilitační pracovníci | 2,08 | 2,19 | 2,30 | 2,10 | 1,64 |
| sociální pracovníci | 1,04 | 1,11 | 1,17 | 1,61 | 0,94 |
| psychologové | 0,91 | 0,71 | 0,92 | 0,83 | 0,95 |
| pedagogové | 0,30 | 0,43 | 0,31 | 0,50 | 0,57 |
| celkem | 62,58 | 64,03 | 64,38 | 65,15 | 67,19 |

Pramen: výpočty podle výkazu A-410

Propočtené počty pracovníků (úvazek) a smluvní pracovní pracovníci (úvazek)

přepočtené stavy a smluvní pracovníci

| kategorie pracovníka | 2000 | 2001 | 2002 | 2003 | 2004 |
|----------------------------|----------|----------|----------|----------|----------|
| lékaři | 37,7 | 40,67 | 42,22 | 39,54 | 40,32 |
| SZP | 965,78 | 945,65 | 930,54 | 936,67 | 950,13 |
| rehabilitační pracovníci | 35,8 | 36,30 | 37,43 | 34,09 | 25,78 |
| sociální pracovníci | 17,97 | 18,35 | 19,13 | 26,21 | 14,75 |
| psychologové | 15,76 | 11,68 | 15,03 | 13,45 | 14,91 |
| pedagogové | 5,18 | 7,06 | 5,00 | 8,05 | 8,95 |
| celkem | 1 078,19 | 1 059,71 | 1 049,35 | 1 058,01 | 1 054,84 |
| počet dětí k 31.12. celkem | 1 723 | 1 655 | 1 630 | 1 624 | 1 570 |

Pramen: výpočty podle výkazu A-410

Propočtené počty pracovníků (úvazek) a smluvní pracovní pracovníci (úvazek) v %

přepočtené stavy a smluvní pracovníci

| kategorie pracovníka | 2000 | 2001 | 2002 | 2003 | 2004 |
|--------------------------|--------|--------|--------|--------|--------|
| lékaři | 3,50 | 3,84 | 4,02 | 3,74 | 3,82 |
| SZP | 89,57 | 89,24 | 88,68 | 88,53 | 90,07 |
| rehabilitační pracovníci | 3,32 | 3,43 | 3,57 | 3,22 | 2,44 |
| sociální pracovníci | 1,67 | 1,43 | 1,82 | 2,48 | 1,40 |
| psychologové | 1,46 | 1,10 | 1,43 | 1,27 | 1,41 |
| pedagogové | 0,48 | 0,67 | 0,48 | 0,76 | 0,85 |
| celkem | 100,00 | 100,00 | 100,00 | 100,00 | 100,00 |

Pramen: výpočty podle výkazu A-410

Příloha III

Propuštěné děti podle délky pobytu 2000-2004

| rok | propuštěné děti do vlastní rodiny | | | | | propuštěné děti do adopce | | | | | propuštěné děti do jiné formy náhradní | | | | |
|------|-----------------------------------|-------------------------|-------------------------|--------------------------|---------------------------|---------------------------|-------------------------|-------------------------|--------------------------|---------------------------|--|-------------------------|-------------------------|--------------------------|---------------------------|
| | celkem | délka pobytu 0-2 měsíce | délka pobytu 3-5 měsíce | délka pobytu 6-11 měsíce | délka pobytu 1 rok a více | celkem | délka pobytu 0-2 měsíce | délka pobytu 3-5 měsíce | délka pobytu 6-11 měsíce | délka pobytu 1 rok a více | celkem | délka pobytu 0-2 měsíce | délka pobytu 3-5 měsíce | délka pobytu 6-11 měsíce | délka pobytu 1 rok a více |
| 2000 | 845 | 403 | 124 | 132 | 186 | 457 | 38 | 150 | 123 | 146 | 246 | 21 | 20 | 50 | 155 |
| 2001 | 917 | 496 | 162 | 113 | 146 | 533 | 28 | 187 | 149 | 169 | 243 | 45 | 26 | 45 | 127 |
| 2002 | 853 | 403 | 177 | 112 | 161 | 474 | 55 | 164 | 112 | 143 | 227 | 44 | 20 | 30 | 133 |
| 2003 | 932 | 373 | 156 | 188 | 215 | 504 | 54 | 163 | 130 | 157 | 261 | 59 | 18 | 43 | 141 |
| 2004 | 879 | 478 | 137 | 105 | 159 | 542 | 67 | 193 | 132 | 150 | 272 | 58 | 33 | 29 | 152 |

Pramen: výkaz A-410

Propuštěné děti podle délky pobytu 2000-2004

| rok | propuštěné děti do DD a ÚSP | | | | | propuštěné děti dle délky pobytu celkem | | | | |
|------|-----------------------------|-------------------------|-------------------------|--------------------------|---------------------------|---|-------------------------|-------------------------|--------------------------|---------------------------|
| | celkem | délka pobytu 0-2 měsíce | délka pobytu 3-5 měsíce | délka pobytu 6-11 měsíce | délka pobytu 1 rok a více | celkem | délka pobytu 0-2 měsíce | délka pobytu 3-5 měsíce | délka pobytu 6-11 měsíce | délka pobytu 1 rok a více |
| 2000 | 290 | 16 | 12 | 33 | 229 | 1838 | 478 | 306 | 338 | 716 |
| 2001 | 214 | 25 | 12 | 34 | 143 | 1907 | 594 | 387 | 341 | 585 |
| 2002 | 214 | 16 | 17 | 36 | 145 | 1768 | 518 | 378 | 290 | 582 |
| 2003 | 200 | 28 | 14 | 22 | 136 | 1897 | 514 | 351 | 383 | 649 |
| 2004 | 194 | 23 | 16 | 36 | 119 | 1887 | 626 | 379 | 302 | 580 |

Pramen: výkazy A-410

Propuštěné děti podle délky pobytu 2000-2004 v %

| rok | propuštěné děti do vlastní rodiny | | | | | propuštěné děti do adopce | | | | |
|------|-----------------------------------|-------------------------|-------------------------|--------------------------|---------------------------|---------------------------|-------------------------|-------------------------|--------------------------|---------------------------|
| | celkem | délka pobytu 0-2 měsíce | délka pobytu 3-5 měsíce | délka pobytu 6-11 měsíce | délka pobytu 1 rok a více | celkem | délka pobytu 0-2 měsíce | délka pobytu 3-5 měsíce | délka pobytu 6-11 měsíce | délka pobytu 1 rok a více |
| 2000 | 45,9 | 21,9 | 6,7 | 7,2 | 10,1 | 24,9 | 2,1 | 8,2 | 6,7 | 7,9 |
| 2001 | 48,1 | 26,0 | 8,5 | 5,9 | 7,7 | 28,0 | 1,5 | 9,8 | 7,8 | 8,9 |
| 2002 | 48,2 | 22,8 | 10,0 | 6,3 | 9,1 | 26,8 | 3,1 | 9,3 | 6,3 | 8,1 |
| 2003 | 49,1 | 19,7 | 8,2 | 9,9 | 11,3 | 26,6 | 2,8 | 8,6 | 6,9 | 8,3 |
| 2004 | 46,6 | 25,3 | 7,3 | 5,6 | 8,4 | 28,7 | 3,6 | 10,2 | 7,0 | 7,9 |

Pramen: výpočet podle výkazů A-410

Propuštěné děti podle délky pobytu 2000-2004 v %

| rok | propuštěné děti do jiné formy náhradní | | | | | propuštěné děti do DD a ÚSP | | | | | |
|------|--|-------------------------|-------------------------|--------------------------|---------------------------|-----------------------------|-------------------------|-------------------------|--------------------------|---------------------------|--------|
| | celkem | délka pobytu 0-2 měsíce | délka pobytu 3-5 měsíce | délka pobytu 6-11 měsíce | délka pobytu 1 rok a více | celkem | délka pobytu 0-2 měsíce | délka pobytu 3-5 měsíce | délka pobytu 6-11 měsíce | délka pobytu 1 rok a více | celkem |
| 2000 | 13,3 | 1,1 | 1,1 | 2,7 | 8,4 | 15,9 | 0,9 | 0,7 | 1,8 | 12,5 | 100,0 |
| 2001 | 12,9 | 2,4 | 1,4 | 2,4 | 6,7 | 11,2 | 1,3 | 0,6 | 1,8 | 7,5 | 100,0 |
| 2002 | 12,8 | 2,5 | 1,1 | 1,7 | 7,5 | 12,1 | 0,9 | 1,0 | 2,0 | 8,2 | 100,0 |
| 2003 | 13,7 | 3,1 | 0,9 | 2,3 | 7,4 | 10,6 | 1,5 | 0,7 | 1,2 | 7,2 | 100,0 |
| 2004 | 14,4 | 3,1 | 1,7 | 1,5 | 8,1 | 10,2 | 1,2 | 0,8 | 1,9 | 6,3 | 100,0 |

Pramen: výpočet podle výkazů A-410

Propuštěné děti podle délky pobytu a příčin 2000-2004 v %

| rok | propuštěné děti dle délky pobytu celkem | | | | | propuštěné děti do vlastní rodiny | | | | | propuštěné děti do adopce | | | | |
|------|---|-------------------------|-------------------------|--------------------------|---------------------------|-----------------------------------|-------------------------|-------------------------|--------------------------|---------------------------|---------------------------|-------------------------|-------------------------|--------------------------|---------------------------|
| | celkem | délka pobytu 0-2 měsíce | délka pobytu 3-5 měsíce | délka pobytu 6-11 měsíce | délka pobytu 1 rok a více | celkem | délka pobytu 0-2 měsíce | délka pobytu 3-5 měsíce | délka pobytu 6-11 měsíce | délka pobytu 1 rok a více | celkem | délka pobytu 0-2 měsíce | délka pobytu 3-5 měsíce | délka pobytu 6-11 měsíce | délka pobytu 1 rok a více |
| 2000 | 100 | 26 | 17 | 18 | 39 | 100 | 48 | 15 | 16 | 22 | 100 | 8 | 33 | 27 | 32 |
| 2001 | 100 | 31 | 20 | 18 | 31 | 100 | 54 | 18 | 12 | 16 | 100 | 5 | 35 | 28 | 32 |
| 2002 | 100 | 29 | 21 | 16 | 33 | 100 | 47 | 21 | 13 | 19 | 100 | 12 | 35 | 24 | 30 |
| 2003 | 100 | 27 | 19 | 20 | 34 | 100 | 40 | 17 | 20 | 23 | 100 | 11 | 32 | 26 | 31 |
| 2004 | 100 | 33 | 20 | 16 | 31 | 100 | 54 | 16 | 12 | 18 | 100 | 12 | 36 | 24 | 28 |

Pramen: výpočet podle výkazů A-410

Propuštěné děti podle délky pobytu a příčin 2000-2004 v %

| rok | propuštěné děti dle délky pobytu celkem | | | | | propuštěné děti do vlastní rodiny | | | | |
|------|---|-------------------------|-------------------------|--------------------------|---------------------------|-----------------------------------|-------------------------|-------------------------|--------------------------|---------------------------|
| | celkem | délka pobytu 0-2 měsíce | délka pobytu 3-5 měsíce | délka pobytu 6-11 měsíce | délka pobytu 1 rok a více | celkem | délka pobytu 0-2 měsíce | délka pobytu 3-5 měsíce | délka pobytu 6-11 měsíce | délka pobytu 1 rok a více |
| 2000 | 100,0 | 8,5 | 8,1 | 20,3 | 63,0 | 100,0 | 5,5 | 4,1 | 11,4 | 79,0 |
| 2001 | 100,0 | 18,5 | 10,7 | 18,5 | 52,3 | 100,0 | 11,7 | 5,6 | 15,9 | 66,8 |
| 2002 | 100,0 | 19,4 | 8,8 | 13,2 | 58,6 | 100,0 | 7,5 | 7,9 | 16,8 | 67,8 |
| 2003 | 100,0 | 22,6 | 6,9 | 16,5 | 54,0 | 100,0 | 14,0 | 7,0 | 11,0 | 68,0 |
| 2004 | 100,0 | 21,3 | 12,1 | 10,7 | 55,9 | 100,0 | 11,9 | 8,2 | 18,6 | 61,3 |

Pramen: výpočet podle výkazů A-410

Příloha IV

Náklady na ústavní sociální péči a příjmy z úhrad

Ústavy sociální péče pro mládež s trvalým pobytem

| rok | průměrné neinvestiční výdaje na 1 místo a rok v Kč | průměrná úhrada od obyvatele ročně v Kč | podíl úhrady na výši nákladů na 1 místo a rok v Kč | průměrné neinvestiční výdaje na 1 místo a den v Kč | roční výdaje po odečtení úhrad | v eurech |
|------|--|---|--|--|--------------------------------|----------|
| 1997 | 158 611 | 37 201 | 23,45 | 434,55 | 121 410 | 4 047 |
| 1998 | 153 600 | 39 984 | 26,03 | 420,82 | 113 616 | 3 787 |
| 1999 | 168 558 | 37 415 | 22,20 | 461,80 | 131 143 | 4 371 |
| 2000 | 163 742 | 38 253 | 23,36 | 448,61 | 125 489 | 4 183 |
| 2001 | 183 055 | 40 092 | 21,90 | 501,52 | 142 963 | 4 765 |
| 2002 | 196 922 | 43 292 | 21,99 | 539,51 | 153 625 | 5 121 |
| 2003 | 209 837 | 39 579 | 18,16 | 574,90 | 170 258 | 5 675 |

Pramen: MPSV (základní ukazatele z oblasti práce a sociálního zabezpečení v ČR ve vývojových řadách a grafech; Praha, MPSV 2004), (tabulka 6.2)

Sociální péče o děti

| rok | počet dětí svěřených do péče budoucích pěstounů | počet dětí v pěstounské péči | měsíční dávka na 1 dítě v pěstounské péči | počet dětí v zařízeních sociální péče včetně nestátních | roční dávka na 1 dítě v pěstounské péči (v Kč) | roční dávka na 1 dítě v pěstounské péči (v eurech) |
|------|---|------------------------------|---|---|--|--|
| 1990 | 499 | 5 324 | | 11 463 | | |
| 1991 | 530 | 5 348 | 592 | 11 222 | 7 104 | 236,8 |
| 1992 | 460 | 5 311 | 762 | 11 572 | 9 144 | 304,8 |
| 1993 | 463 | 5 356 | 1 018 | 11 782 | 12 216 | 407,2 |
| 1994 | 543 | 5 460 | 1 129 | 11 914 | 13 548 | 451,6 |
| 1995 | 628 | 5 557 | 1 145 | 12 045 | 13 740 | 458,0 |
| 1996 | 575 | 5 787 | 1 574 | 12 210 | 18 888 | 629,6 |
| 1997 | 634 | 5 711 | 2 241 | 12 324 | 26 892 | 896,4 |
| 1998 | 499 | 5 935 | 3 273 | 12 477 | 39 276 | 1 309,2 |
| 1999 | 566 | 6 029 | 4 357 | 12 680 | 52 284 | 1 742,8 |
| 2000 | 512 | 6 000 | 4 712 | 12 183 | 56 544 | 1 884,8 |
| 2001 | 545 | 6 411 | 4 754 | 12 750 | 57 048 | 1 901,6 |
| 2002 | 464 | 6 598 | 4 985 | 12 806 | 59 820 | 1 994,0 |
| 2003 | 354 | 6 637 | 5 104 | 12 851 | 61 248 | 2 041,6 |

Pramen: MPSV (základní ukazatele z oblasti práce a sociálního zabezpečení v ČR ve vývojových řadách a grafech; Praha, MPSV 2004), (tabulka 6.4)