

**JIHOČESKÁ UNIVERZITA V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH
ZDRAVOTNĚ SOCIÁLNÍ FAKULTA**

**Posuzování zdravotního stavu občanů pro účely dávek
sociálního zabezpečení – se zaměřením na příspěvek na péči**

Diplomová práce

Autor: Bc. Markéta Suchanová

Vedoucí práce: MUDr. Bc. Libuše Čeledová Ph.D.

Datum odevzdání:

Abstrakt

Sociální zabezpečení je hlavním nástrojem sociální politiky, který slouží k vyrovnávání sociálních nerovností a napomáhá řešit sociálně nepříznivé situace. Tato práce poskytuje základní přehled o jednotlivých dávkách nemocenského a důchodového pojištění, státní sociální podpory, sociální péče, pomoci v hmotné nouzi a nabídce sociálních služeb. Práce se také zabývá Lékařskou posudkovou službou a posuzováním zdravotního stavu osob pro účely jednotlivých systémů sociálního zabezpečení. Hlavní pozornost je věnována příspěvku na péči, dávce určené osobám, jež jsou především z důvodu nepříznivého zdravotního stavu závislí na pomoci jiné osoby, a to v oblasti běžné denní péče o vlastní osobu a soběstačnosti. Výzkum je zaměřen na příjemce příspěvku na péči, kteří žijí v domovech pro seniory, v domech s pečovatelskou službou a ve vlastních domácnostech s rodinou či samostatně.

Cílem této práce je zmapovat poskytování dávek sociálního zabezpečení, činnost Lékařské posudkové služby a problematiku procesu posuzování zdravotního stavu pro účely nároku na příspěvek na péči. Dále zjistit kvalitu života osob pobírajících příspěvek na péči. Součástí práce je dotazník, který zjišťuje průběh posuzování příspěvku na péči, důvody o jeho zažádání a způsoby využívání, dále zjišťuje zdravotní stav respondentů a kvalitu jejich života. Výsledky dotazníkového šetření byly vyhodnoceny a zaznamenány pomocí grafů.

Zjistila jsem, že 93,6 % respondentů příspěvek na péči používá na platby pečovatelských služeb, osobní asistence či na úhradu nájmu a služeb v domově pro seniory, tedy na platby služeb, které souvisejí se zabezpečením pomoci a podpory příjemci příspěvku. První hypotéza, že příspěvek na péči je převážně využíván na úhradu výdajů souvisejících se zabezpečením pomoci a podpory příjemci příspěvku, se potvrdila. Dále bylo zjištěno, že s výjimkou respondentů žijících v domech s pečovatelskou službou, se kvalita života respondentů v průběhu pobírání příspěvku nezměnila. Druhá hypotéza, že příspěvek na péči zlepšil kvalitu života pobírajících osob, se nepotvrdila.

Za zjednodušení a zvýšení efektivnosti posuzování zdravotního stavu pro účely přiznání příspěvku na péči lze pokládat chystané nahrazení současných posuzovaných 36 úkonů péče o vlastní osobu a úkonů soběstačnosti 10 oblastmi základních životních potřeb.

Assessment of Health Status of Citizens for Purposes of Social Security Benefits – with Focus on Care Allowance

Social Security is the main instrument of social policy that serves to balance social inequalities and helps address adverse social situations. This thesis provides a basic overview of individual retirement and sickness insurance allowances, state social support benefits, social care, poverty relief allowances and the offer of social services. The thesis also deals with the Medical Assessment Service and the health assessment of persons for purposes of individual social security systems. The main attention is paid to the care allowance, the benefit addressed to persons who are, mainly due to poor health status, dependent on the assistance of another person in regular daily self-care and self-sufficiency. The research is focused on care allowance recipients who live in homes for the elderly, in nursing homes and in their own households with their families or separately.

The objective of this thesis is to survey the provision of social security allowances, activities of the Medical Assessment Service and the issues of the health assessment process for the purposes of the care allowance entitlement. Another objection is to determine the quality of life of people receiving the care allowance. A part of the thesis is a questionnaire by which the course of the care allowance entitlement was assessed, the reasons for applying for the care allowance and the manner of the care allowance use are described, and the health status assessment of respondents and quality of their lives were determined. The information obtained from the questionnaires was evaluated and recorded in graphs.

It was found that 93.6% of respondents use the care allowance for payments for care services, personal assistance or to pay the rent and services in senior homes, i.e. payments of services related to the security assistance and support to the allowance receiver. The first hypothesis, assuming that the care allowance is mainly used to cover expenses related to the security assistance and support to the allowance receiver, was confirmed. It was also found that, with the exception of respondents living in nursing homes, the respondents' quality of life did not change when they were drawing the allowance. The second hypothesis, assuming that the care allowance improved the respondents' quality of life, was not confirmed.

The considered replacing the current 36 self-care and self-sufficiency operations with 10 areas of basic needs of life might be a simplification and an increase in effectiveness of the health condition assessment for the purpose of the care allowance admission.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem svoji diplomovou práci vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své diplomové práce, a to v nezkrácené podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích 23. 5. 2011

.....

Markéta Suchanová

Poděkování

Ráda bych poděkovala MUDr. Bc. Libuši Čeledové Ph.D. za vedení mé diplomové práce, konzultace a cenné rady.

Dále bych chtěla poděkovat Bc. Evě Kašpárkové z Centra pro zdravotně postižené Jihočeského kraje za její ochotu a pomoc. V neposlední řadě chci poděkovat své rodině za poskytnutou podporu.

OBSAH

Úvod	7
1 Současný stav.....	8
1.1 Sociální zabezpečení.....	8
1.1.2 Životní a existenční minimum	8
1.2 Sociální pojištění.....	9
1.3 Sociální podpora	13
1.4 Sociální pomoc	17
1.4.1 Pomoc v hmotné nouzi	18
1.4.2 Dávky sociální pomoci	20
1.4.3 Příspěvek na péči	23
1.4.4 Sociální služby.....	27
1.5 Lékařská posudková služba	32
1.5.1 Posuzování zdravotního stavu pro účely nemocenského pojištění.....	34
1.5.2 Posuzování zdravotního stavu pro účely důchodového pojištění.....	36
1.5.3 Posuzování zdravotního stavu pro účely státní sociální podpory.....	37
1.5.4 Posuzování zdravotního stavu pro účely sociální pomoci.....	37
1.5.5 Posuzování zdravotního stavu pro účely pomoci v hmotné nouzi.....	37
1.5.6 Posuzování zdravotního stavu pro účely sociálně právní ochrany dětí	37
1.5.7 Posuzování zdravotního stavu pro účely zaměstnanosti.....	38
1.5.8 Posuzování zdravotního stavu pro účely sociálních služeb	38
1.6 Kvalita života osob pobírajících příspěvek na péči	41
1.6.1 Zdravotní stav	42
1.6.2 Bydlení.....	44
1.6.3 Společenská aktivita	46
2 Cíle Práce a hypotézy	47
2.1 Cíle práce	47
2.2 Hypotézy	47
3 Metodika	48
3.1 Metodika práce	48
3.2 Zkoumaný soubor	48
4 Výsledky.....	50
4.1 Zdravotní stav	54
4.2 Příspěvek na péči	60
4.3 Kvalita života.....	71
5 Diskuze.....	77
6 Závěr	84
7 Klíčová slova.....	87
8 Seznam použitých zdrojů	88
9 Přílohy.....	92

ÚVOD

Sociální zabezpečení je hlavním nástrojem sociální politiky, který napomáhá řešit sociálně nepříznivé situace. Sociální zabezpečení lze rozdělit na tzv. pojistné systémy, kam se řadí nemocenské pojištění a důchodové pojištění včetně doplňkových důchodových systémů, a na nepojistné systémy, jako jsou státní sociální podpora, pomoc v hmotné nouzi, sociální pomoc a příspěvek na péči. Sociální služby jsou pak druhem sociální péče, kdy především nestátní instituce vykonávají určité činnosti ve prospěch osob v nepříznivé sociální situaci. V rezortu Ministerstva práce a sociálních věcí České republiky provádí Lékařská posudková služba České správy sociálního zabezpečení (LPS ČSSZ) posuzování zdravotního stavu osob pro účely výše zmíněných systémů sociálního zabezpečení.

Hlavní pozornost diplomové práce bude věnována posuzování zdravotního stavu osob pro účely přiznávání příspěvku na péči. Podle zprávy LPS ČSSZ bylo za rok 2010 provedeno 144 290 posudků právě pro účely přiznávání příspěvku na péči, oproti tomu pro účely přiznávání dávek státní sociální podpory a sociální pomoci bylo vypracováno za stejné období 125 918 posudků. Z toho je patrné, že posuzování nároku na příspěvek na péči zaujímá velkou část posudkové činnosti LPS. Proto jsem si zvolila téma „Posuzování zdravotního stavu občanů pro účely dávek sociálního zabezpečení – se zaměřením na příspěvek na péči“. Dalším důvodem volby tohoto tématu byla vlastní zkušenost s pečováním v domácím prostředí. Příspěvek na péči slouží především k zajištění sociálních služeb příjemci příspěvku, jak již prostřednictvím instituce poskytující sociální služby nebo rodinným příslušníkem. Příspěvek na péči náleží osobám, které jsou z důvodu dlouhodobého nepříznivého zdravotního stavu závislí na pomoci jiné osoby, a to v oblasti běžné denní péče o vlastní osobu a soběstačnosti. Tato práce se zaměří na příjemce příspěvku na péči, kteří žijí v domovech pro seniory, v domech s pečovatelskou službou a ve vlastních domácnostech s rodinou či samostatně.

Cílem této práce je zmapovat poskytování dávek sociálního zabezpečení, činnost LPS ČSSZ a problematiku procesu posuzování zdravotního stavu pro účely nároku na příspěvek na péči. Dalším cílem je zjistit kvalitu života osob pobírajících příspěvek na péči. Součástí vyhodnocení je dotazník, který slouží pro zjištění průběhu procesu přiznávání příspěvku na péči, důvodů o jeho zažádání a způsobů využívání.

Systém sociálního zabezpečení, sociální služby a samotný příspěvek na péči prochází v posledních několika letech celou řadou změn. Tato diplomová práce zachycuje platný stav k 1. 1. 2011. Aktuálnost tématu dokazuje i fakt, že v současné době jsou sociální dávky a příspěvek na péči často diskutované, jelikož se pro příští rok připravuje tzv. sociální reforma.

1 SOUČASNÝ STAV

1.1 Sociální zabezpečení

Sociální zabezpečení je hlavním nástrojem sociální politiky, který napomáhá řešit sociálně nepříznivé situace. Podle mezinárodních dokumentů poskytuje sociální zabezpečení pomoc občanům v případech nemoci, nezaměstnanosti, zdravotního poškození a invalidity, pracovního úrazu a nemoci z povolání, stáří, mateřství, rodičovství a úmrtí živitele. Jedná se o výdaj, ale zároveň i příjem státního rozpočtu (10,44). Základními nástroji sociálního zabezpečení jsou sociální pojištění, sociální zaopatření či podpora, sociální pomoc a sociální služby. *Sociální pojištění* zahrnuje nemocenské pojištění, důchodové pojištění včetně doplňkových důchodových systémů a příspěvek na státní politiku zaměstnanosti. *Státní sociální podpora* je soustavou zaopatřovacích peněžitých dávek, poskytovaných ze státního rozpočtu osobám, které splnily podmínky vzniku nároku. *Sociální pomoc* stát poskytuje zpravidla pouze občanům ve stavu hmotné nouze k uspokojování jejich potřeb v nezbytném rozsahu. *Sociální služby* jsou pak druhem sociální péče, kdy zpravidla nestátní instituce vykonává určité činnosti ve prospěch osob v nepříznivé sociální situaci. Sociální pojištění, sociální podpora a sociální pomoc jsou 3 pilíře sociálního zabezpečení (32,44). Sociální zabezpečení provádí orgány sociálního zabezpečení, to jsou Ministerstvo práce a sociálních věcí (MPSV), Česká správa sociálního zabezpečení (ČSSZ), okresní správy sociálního zabezpečení (OSSZ), Ministerstvo vnitra, Ministerstvo spravedlnosti a Ministerstvo obrany. Na úseku sociálního zabezpečení vykonávají působnost také obecní úřady, obecní živnostenské úřady a úřady práce (53). 1. 4. 2011 nabyl účinnosti zákon č. 73/2011 Sb., o Úřadu práce České republiky a o změně souvisejících zákonů, v platném znění, kterým byl zřízen Úřad práce České republiky (ČR). Úřad práce ČR je správním úřadem s celostátní působností. Plní úkoly v oblastech zaměstnanosti, ochrany zaměstnanců při platební neschopnosti zaměstnavatele, státní sociální podpory a dalších (48).

1.1.2 Životní a existenční minimum

Životní a existenční minimum je stanoveno v zákoně č. 110/2006 Sb., o životním a existenčním minimu, v platném znění, a hlavní jeho využití je uvedeno v zákoně č. 111/2006 Sb., o pomoci v hmotné nouzi, ve znění pozdějších předpisů. Životní minimum plní zásadní úlohu při posuzování hmotné nouze, dávek státní sociální podpory a slouží i jako sociálně-ochranná veličina. Kromě životního minima je pro větší motivace osob, které se nachází v hmotné nouzi, zavedeno existenční minimum. Životní ani existenční minimum již nezahrnují nezbytné náklady na bydlení. Ochrana v oblasti bydlení se řeší v rámci systému státní sociální podpory poskytnutím

příspěvku na bydlení a v systému pomoci v hmotné nouzi doplatkem na bydlení (14,56).

Životní minimum je minimální společensky uznaná hranice peněžních příjmů fyzických osob k zajištění výživy a ostatních základních osobních potřeb. Životní minimum je pro jednotlivce stanoveno částkou 3 126 Kč. Životní minimum společně posuzovaných osob pro první dospělou osobu v domácnosti je 2 880 Kč, pro druhou a další dospělou osobu v domácnosti 2 600 Kč a pro nezaopatřené dítě ve věku do 6 let 1 600 Kč, ve věku 6 až 15 let 1 960 Kč a pro nezaopatřené dítě ve věku 15 až 26 let 2 250 Kč. Životní minimum je součtem všech částek životního minima jednotlivých členů domácnosti (18,56). Za společně posuzované osoby se považují rodiče a nezletilé nezaopatřené děti, manželé, rodiče a děti nezletilé zaopatřené nebo zletilé, pokud tyto děti s rodiči užívají byt a nejsou posuzovány s jinými osobami a jiné osoby společně užívající byt, pokud písemně neprohlásí, že spolu trvale nežijí a společně neuhrazují náklady na své potřeby. Za příjem pro výpočet životního minima se berou příjmy z pracovní činnosti, z podnikání, z kapitálového majetku, z pronájmu, důchody, dávky nemocenského pojištění, dávky státní sociální podpory a ostatní sociální dávky, podpora v nezaměstnanosti a při rekvalifikaci či výživné. Mezi započitatelné příjmy se však nepočítá příspěvek na bydlení, příjmy z prodeje nemovitostí, náhrady škody a finančních prostředků na odstranění následků živelní pohromy, peněžní pomoc obětem trestné činnosti, sociální výpomoc poskytovaná zaměstnavatelem, podpora z prostředků nadací a občanských sdružení, stipendia, odměny za darování krve, daňové bonusy, příspěvek na péči pobíraný v okruhu společně posuzovaných osob, dávky sociální péče poskytované ze zdravotních důvodů, zvláštní příspěvek k důchodu pro účastníky národního boje za vznik a osvobození Československa (14,56).

Existenční minimum je minimální hranicí peněžních příjmů osob, která se považuje za nezbytnou k zajištění výživy a ostatních základních osobních potřeb na úrovni umožňující přežití. Existenční minimum nelze použít u nezaopatřeného dítěte, u poživatele starobního důchodu, u osoby invalidní ve třetím stupni a u osoby starší 68 let. Částka existenčního minima osoby činí 2 020 Kč (14,56).

1.2 Sociální pojištění

Sociální pojištění je prvním z pilířů sociálního zabezpečení. Jedná se o povinný finanční systém, jímž se občan sám povinně zajišťuje pro případ budoucí pojistné události nebo občana takto zajišťuje někdo jiný, např. zaměstnavatel či stát. Sociální pojištění vychází ze zákona č. 589/1992 Sb., o pojistném na sociální zabezpečení a příspěvku na státní politiku zaměstnanosti, ve znění pozdějších předpisů (22,32). Rozlišujeme základní a doplňkové sociální pojištění. Za doplněk sociálního pojištění mohou být

považovány sociální fondy, které mohou být, jak povinné, tak dobrovolné. Tyto sociální fondy za dohledu státu doplňují povinné pojištění o nové anebo vyšší dávky, prostřednictvím daňových úlev či příspěvků. Povinné pojistné na sociální zabezpečení zahrnuje nemocenské pojištění, důchodové pojištění a příspěvek na státní politiku zaměstnanosti (22,44). Rozlišujeme čtyři druhy plátců pojistného, jednak jsou to zaměstnavatelé a zaměstnanci, kteří se účastní nemocenského a důchodového pojištění, případně pouze důchodového pojištění, dále osoby samostatně výdělečně činné (OSVČ) a osoby dobrovolně účastné důchodového pojištění. OSVČ jsou povinny platit důchodové pojištění a příspěvek na státní politiku zaměstnanosti, nemocenské pojištění je pro ně dobrovolné. Osoby dobrovolně účastné důchodového pojištění neplatí příspěvek na státní politiku zaměstnanosti, ale pouze důchodové pojištění. Pokud pojistné nezaplatí, není po nich vymáháno ani jim není účtováno penále. Účastnit se dobrovolného důchodového pojištění mohou osoby starší 18 let (36).

Výše pojistného se stanovuje procentní sazbou z vyměřovacího základu za rozhodné období. Vyměřovací základ je úhrnem příjmů s výjimkou stanovených nezapočitatelných příjmů (22). U zaměstnanců je rozhodným obdobím kalendářní měsíc, za který se pojistné platí. Pro OSVČ se za rozhodné období bere kalendářní rok a vyměřovacím základem pro pojistné je pak částka, kterou si určí, ne však méně než 50 % daňového základu. Pojistné se u zaměstnance vypočte jako 6,5 % z vyměřovacího základu, u zaměstnavatele je ve výši 25 % nebo 26 %, případně 21,5 % z úhrnu vyměřovacích základů jeho zaměstnanců. Na závěr daná organizace sečte pojistné za sebe a všechny své zaměstnance a celkovou částku odvede na účet příslušné OSSZ. Organizace je povinna sama vypočítat výši pojistného, kterou odvádí za sebe i za zaměstnance. Pojistné odvedené za zaměstnance srazí organizace z jeho příjmů (36,54). Od 1. 1. 2011 si zaměstnavatelé, kteří mají průměrně méně než 26 zaměstnanců, mohou sami stanovit zvýšenou sazbu nemocenského pojištění na výši 3,3 % a následně si odečtou polovinu úhrnu zúčtovaných náhrad mzdy vyplacených svým zaměstnancům za dobu trvání dočasné pracovní neschopnosti od pojistného, které jsou povinni odvádět, rozdíl zaměstnavatel odvede na účet příslušné OSSZ. Pokud poplatník pojistné ve stanovené lhůtě v celé částce nezaplatí, je povinen platit penále, které je stanoveno na 0,05 % dlužné částky za každý kalendářní den, ve kterém dluh na pojistném trvá (36).

Nemocenské pojištění upravuje zákon č. 187/2006 Sb., o nemocenském pojištění, ve znění pozdějších předpisů. Jedná se o systém, který finančně zabezpečuje výdělečně činné osoby v okamžiku, kdy z důvodu stanovených sociálních událostí krátkodobě ztratí výdělek. Na nemocenském pojištění se povinně účastní zaměstnanci, pro OSVČ je platba pojistného dobrovolná. Z nemocenského pojištění zaměstnanců se vyplácí čtyři druhy dávek –

nemocenské, ošetrovné, vyrovnávací příspěvek v těhotenství a mateřství a peněžité pomoc v mateřství. Pokud si OSVČ a zahraniční zaměstnanci platí nemocenské pojištění, mají nárok na dávky nemocenské a peněžitou pomoc v mateřství. Všechny tyto dávky jsou vypláceny příslušnou OSSZ (29,51). Od roku 2011 došlo k několika změnám u dávky *nemocenské*. Již pro rok 2010 bylo dočasně zrušeno zvyšování procentní sazby pro nemocenské podle délky trvání pracovní neschopnosti. Nově je trvale zavedena jednotná sazba nemocenského pro celou dobu trvání pracovní neschopnosti. Výše nemocenského činí 60 % redukováného denního vyměřovacího základu. Dále bude nově zaměstnanci nemocenské vypláceno od 22. kalendářního dne dočasné pracovní neschopnosti a to až do jejího konce, maximálně však 380 kalendářních dnů. Po dobu prvních 21 kalendářních dnů poskytne zaměstnanci náhradu mzdy zaměstnavatel. Náhrada mzdy se vyplácí za pracovní dny a to od čtvrtého pracovního dne dočasné pracovní neschopnosti, při karanténě od prvního pracovního dne. Poživatelům starobního důchodu či invalidního důchodu pro invaliditu 3. stupně se nemocenské vyplácí od 22. kalendářního dne trvání dočasné pracovní neschopnosti či karantény po dobu nejvýše 63 kalendářních dnů, nejdéle však do dne, jímž končí pojištěná činnost (29,30). Výše *peněžité pomoci v mateřství* činí 70 % redukováného denního vyměřovacího základu. Nárok na tuto dávku vzniká dnem, který osoba určí v období od počátku 8. do počátku 6. týdne před očekávaným dnem porodu. Podpůrčí doba činí 28 týdnů a v případě, kdy žena porodila zároveň dvě nebo více dětí činí podpůrčí doba 37 týdnů. Na *ošetrovné* má nárok zaměstnanec, který nemůže pracovat z důvodu, že musí ošetřovat nemocného člena domácnosti, nebo pečovat o zdravé dítě mladší 10 let, protože školské nebo dětské zařízení bylo uzavřeno, nebo byla dítěti nařízena karanténa, či onemocněla osoba, která jinak o dítě pečuje. Výše ošetrovného činí 60 % redukováného denního vyměřovacího základu. Dávka je vyplácena nejdéle 9 kalendářních dnů, u osamělého zaměstnance, který má v trvalé péči aspoň jedno dítě ve věku do 16 let, které neukončilo povinnou školní docházku, činí podpůrčí doba nejdéle 16 kalendářních dnů. *Vyrovnávací příspěvek v těhotenství a mateřství* náleží zaměstnankyni, která byla z důvodu těhotenství, mateřství nebo kojení převedena na jinou práci a z tohoto důvodu dosahuje bez svého zavinění nižšího příjmu než před převedením. Vzniklý rozdíl na příjmu se vyplácí po dobu trvání sociální události, nejdéle však do počátku 6. týdne před očekávaným dnem porodu, ve stanovených případech se dávka vyplácí také matkám po porodu při převedení na jinou práci (30,55).

Důchodové pojištění je jedním ze základních sociálních systémů. Základním právním předpisem je zákon č. 155/1995 Sb., o důchodovém pojištění, ve znění pozdějších předpisů a vyhláška č. 284/1995 Sb., kterou se provádí zákon o důchodovém pojištění ve znění pozdějších předpisů. Důchodové pojištění zabezpečuje osoby, které se účastní na tomto pojištění,

v životních situacích jako je stáří, invalidita a úmrtí živitele. Pro účely zákona o důchodovém pojištění se považuje za dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav takový stav, který podle poznatků lékařské vědy trvá déle než jeden rok (14,22). Účast na důchodovém pojištění je povinná v případě, že rozsah výdělečné činnosti ekonomicky aktivních osob zakládá také účast na nemocenském pojištění. K dobrovolné účasti na důchodovém pojištění se mohou přihlásit lidé starší 18 let za stanovených podmínek. Důležitou podmínkou pro získání nároku na důchod je také stanovená doba pojištění. Náhradní doba pojištění je přesně definované období života, za které se neodvádí žádné pojistné, a přesto se započítává do potřebných dob pojištění. O dávkách důchodového zabezpečení rozhoduje ČSSZ. Za splnění všech podmínek se poskytuje důchod starobní, invalidní, vdovský či vdovecký a sirotčí důchod. ČSSZ vyplácí důchody bezhotovostně na bankovní účet klienta nebo v hotovosti prostřednictvím České pošty (14,29). Výše všech důchodů se skládá ze základní výměry a procentní výměry. Základní výměra důchodu je společná pro všechny druhy důchodů a je stanovena pevnou částkou, pro rok 2011 činí 2 230 Kč měsíčně. Procentní výměra důchodu je individuální a zjednodušeně řečeno závisí na výši příjmů a délce doby důchodového pojištění, minimální výše procentní výměry činí 770 Kč měsíčně (22,29).

Starobní důchod může být řádný, ale také za stanovených podmínek předčasný. Nárok na starobní důchod má pojištěnec, jestliže dosáhl důchodového věku a získal potřebnou dobu pojištění. Pro nárok na starobní důchod v roce 2011 je potřebná doba pojištění nejméně 27 let, v případě, že pojištěnec dosáhl v roce 2011 věku alespoň o 5 let vyššího, než je stanovený důchodový věk, stačí 17 let pojištění. Avšak následujících 7 let se bude potřebná doba pojištění postupně zvyšovat až na 35 let. Potřebný důchodový věk je v současné době u mužů 65 let a u žen je případně snížen podle počtu vychovaných dětí. Je umožněn souběh starobního důchodu s příjmem z výdělečné činnosti (8,14). *Invalidní důchod* náleží pojištěncům, kterým z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu poklesla pracovní schopnost. Původní dvě dávky, plný a částečný invalidní důchod, jsou od roku 2010 nahrazeny pouze jednou dávkou – invalidním důchodem prvního až třetího stupně. Rozdíl mezi jednotlivými stupni invalidity spočívá v míře poklesu pracovní schopnosti pojištěnce. Jestliže jeho pracovní schopnost poklesla nejméně o 35 %, avšak nejvíce o 49 %, jedná se o invaliditu I. stupně, II. stupeň invalidity je stanoven v rozmezí od 50 % do 69 % poklesu pracovní schopnosti pojištěnce a invalidita III. stupně je přiznána pokud pracovní schopnosti pojištěnce poklesne nejméně o 70 %. Potřebná doba pojištění pro nárok na invalidní důchod činí 5 let v posledních 10 letech před vznikem invalidity, případně u osob mladších 28 let je tato doba ještě zkrácena (8,10,44). Od roku 2010 pokud poživatel invalidního důchodu dosáhne 65 let věku, zaniká mu nárok na invalidní důchod a

současně mu tímto dnem vzniká nárok na starobní důchod ve výši dosud vypláceného invalidního důchodu (8). *Vdovský důchod* náleží vdově po zemřelém manželovi, který pobíral starobní či invalidní důchod nebo ke dni smrti splnil podmínku potřebné doby pojištění pro nárok na invalidní či starobní důchod nebo zemřel následkem pracovního úrazu. Vdovec má nárok na *vdovecký důchod* po manželce, která splňovala tytéž podmínky. Vdovský a vdovecký důchod se vyplácí po dobu jednoho roku od smrti manžela nebo manželky. Po uplynutí této doby pokračuje nárok na dávku za podmínek, že vdovec či vdova pečují o nezaopatřené dítě, dále pokud pečují o dítě nebo o rodiče svého či rodiče zemřelého manžela či manželky, kteří pobírají příspěvek na péči ve stupni II až IV. Nadále má vdova či vdovec nárok na dávku také v případě, že pobírá invalidní důchod třetího stupně, nebo je jeho či její věk alespoň o 4 roky nižší, než činí důchodový věk. *Sírotčí důchod* náleží nezaopatřenému dítěti po svém rodiči či osvojiteli nebo po osobě, která dítě převzala do péče, jestliže tato osoba pobírala starobní či invalidní důchod nebo ke dni smrti splnila podmínku potřebné doby pojištění pro nárok na invalidní či starobní důchod nebo zemřela následkem pracovního úrazu (10,14,44).

Doplňkové důchodové systémy představují nadstavbu nad základním povinným systémem důchodového pojištění. Jejich význam v jednotlivých státech závisí především na úrovni základního systému. V České republice vylo v roce 1994 jako doplňkový důchodový systém zavedeno *penzijní připojištění se státním příspěvkem*. Podle zákona o penzijním připojištění se jedná o shromažďování peněžních prostředků od účastníků penzijního připojištění a státu poskytnutých ve prospěch účastníků, nakládání s těmito prostředky a vyplácení dávek penzijního připojištění. Penzijní připojištění se státním příspěvkem mohou provádět pouze penzijní fondy. Tento systém funguje na občanském principu, kdy se fyzická osoba dobrovolně zavazuje platit penzijní připojištění zvolenému penzijnímu fondu. Se souhlasem účastníka připojištění je možné, aby se na něm podílela i třetí osoba a za účastníka platila příspěvky. Touto třetí osobou může být zaměstnavatel účastníka, kterému je umožněno od roku 2000 tyto příspěvky zahrnout do svých výdajů pro účely daně z příjmu. Stát podporuje penzijní připojištění pomocí státních příspěvků, které jsou penzijní fondy povinny využívat ve prospěch účastníků, a dále poskytuje daňové úlevy (18,32,44).

1.3 Sociální podpora

Sociální podpora je druhým pilířem sociálního zabezpečení, který řeší sociální situace, kdy je účelné občany, především rodiny s dětmi, podpořit. Systém státní sociální podpory vychází ze zákona č. 117/1995 Sb., o státní sociální podpoře, ve znění pozdějších předpisů a vyhlášky č. 207/1995 Sb., kterou se stanoví stupně zdravotního postižení, v platném znění. Jedním z důležitých pojmů ve státní sociální podpoře je *dlouhodobě nepříznivý*

zdravotní stav. Podle výše zmíněného zákona je to takový nepříznivý stav, který má podle poznatků lékařské vědy trvat déle než jeden rok. Dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav zakládá nárok na přiznání změněné pracovní schopnosti a na dávky důchodového pojištění. Při posuzování zdravotního stavu je možné v souladu s vyhláškou MPSV ČR 207/1995 Sb., v platném znění, klasifikovat osobu, pokud stupeň zdravotního postižení činí 50-79 %, jako *dlouhodobě zdravotně postiženou osobu*, anebo pokud stupeň zdravotního postižení činí 80-100 %, jako *dlouhodobě těžce zdravotně postiženou osobu* (14,22,39). Za *dlouhodobě nemocné dítě* se považuje nezaopatřené dítě, jehož stupeň zdravotního postižení činí z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu 20-49 %. Za nezaopatřené dítě je považováno dítě do ukončení povinné školní docházky, dále pokud se dítě buď připravuje na budoucí povolání, nebo je zdravotně postižené, nejdéle však do 26 let (14,31).

Obecně lze státní sociální podporu charakterizovat jako systém nárokových peněžitých dávek financovaných ze státního rozpočtu. Orgánem příslušným k rozhodování a výplatě dávek je úřad práce (14). V závislosti na příjmu rodiny či jednotlivce jsou poskytovány tyto dávky: přídavek na dítě, sociální příplatek, příspěvek na bydlení a nově také porodné. Bez ohledu na příjem lze poskytovat rodičovský příspěvek, dávky pěstounské péče a pohřebné (14,31).

Přídavek na dítě je základní dlouhodobou dávkou poskytovanou rodinám s dětmi, která pomáhá krýt náklady spojené s výchovou a výživou nezaopatřeného dítěte. Při poskytování dávky je testován příjem rodiny v předchozím kalendářním roce. Nárok má nezaopatřené dítě, jestliže rozhodný příjem v rodině nepřevyšuje 2,4 násobek částky životního minima rodiny. Výše přídatku na dítě činí: 510 Kč, jde-li o dítě ve věku do 6 let, 600 Kč, jde-li o dítě ve věku 6 – 15 let, nebo 700 Kč, jde-li o nezaopatřené dítě ve věku 15 – 26 let (14,31).

Sociální příplatek je sociální dávka, jejímž cílem je pomáhat rodinám s nízkými příjmy a zdravotně postiženým členem krýt náklady spojené se zabezpečením potřeb jejich dětí. Pro přiznávání nároku na sociální příplatek je testován příjem rodiny za kalendářní čtvrtletí. Za příjem se přitom považuje i přídavek na dítě a rodičovský příspěvek. Výše této dávky je výrazně diferencovaná (31,40). Rokem 2010 byl sociální příplatek ve své původní podobě zrušen a od 1. 1. 2011 mají na tuto dávku nárok pouze rodiny se zdravotně postiženým členem. A to v případech, kdy rodič pečuje o dlouhodobě nemocné dítě, dlouhodobě zdravotně postižené dítě či dlouhodobě těžce zdravotně postižené dítě, anebo také v případech, pokud je alespoň jeden z rodičů dlouhodobě těžce zdravotně postižený, nebo je nezaopatřeným dítětem, které je dlouhodobě zdravotně postižené nebo dlouhodobě nemocné. Nárok na sociální příplatek mají však tyto rodiny

nejdéle do 31. 12. 2012 (52). Do konce roku 2010 byla tato dávka též poskytována rodinám, kde se narodilo více dětí současně, a to v době do tří let věku dítěte, rodinám, kde dítě studovalo na střední škole v denní formě studia nebo na vysoké škole v prezenční formě studia či také osamělým rodičům, jednalo se o tzv. bonifikaci (14,40).

Příspěvek na bydlení je určený ke krytí nákladů na bydlení rodinám i bez nezaopatřených dětí a osamělým osobám s nízkými příjmy. Vzhledem k odpadnutí částky životního minima na bydlení jsou pro nárok rozhodující náklady na bydlení, které musí v Praze tvořit nejméně 35 % čistého příjmu a v ostatních obcích nejméně 30 % čistého příjmu (14,31). Druhou podmínkou je, že stanovené procento nesmí být vyšší než normativní náklady na bydlení. Normativní náklady na bydlení jsou stanoveny zvlášť pro byty nájemní a zvlášť pro byty družstevní či ve vlastnictví, jejich výše se každoročně stanovuje nařízením vlády (14). Od 1. 1. 2011 se mění částky stanovené zákonem pro určení nároku a výpočet výše dávky. Nařízením vlády jsou nově aktualizované výše nákladů na bydlení rozhodné pro stanovení příspěvku na bydlení ze státní sociální podpory. Je zde stanovena výše nákladů srovnatelných s nájemným, částek, které se započítávají za pevná paliva, a částek normativních nákladů na bydlení pro rok 2011 (35).

Porodné je dávka, kterou se matce jednorázově přispívá na náklady související s narozením dítěte. Nově od 1. 1. 2011 spadá porodné do dávek závislých na výši příjmu. Pokud rozhodný příjem rodiny nepřevyšuje 2,4 násobek částky životního minima rodiny, pak žena, která porodila své první živé dítě nebo které se současně s prvním živě narozeným dítětem narodilo další živé dítě nebo děti, má nárok na vyplacení dávky. Pro stanovení životního minima rodiny se přitom započítává i narozené dítě, či děti (35). Nárok na porodné má rovněž otec prvního živě narozeného dítěte nebo dětí, které se narodily současně s prvním dítětem ženy, jestliže žena, která dítě, či děti porodila, zemřela, a porodné nebylo vyplaceno jí ani jiné osobě. Nárok na porodné má také ode dne převzetí dítěte do trvalé péče nahrazující péči rodičů osoba, která převzala dítě do takové péče do 1 roku jeho věku, toto dítě bylo prvním dítětem této osoby, na které z důvodu jeho převzetí vznikl nárok na porodné, a před převzetím tohoto dítěte do péče této osobě nevznikl nárok na porodné (14,52). Výše porodného činí 13 000 Kč na první živě narozené dítě; narodí-li se s prvním živě narozeným dítětem další živě narozené dítě nebo děti, činí výše porodného 19 500 Kč (52).

Rodičovský příspěvek patří již mezi dávky nezávislé na výši příjmu. Rodič na ni má nárok, jestliže po celý kalendářní měsíc celodenně a řádně pečuje o dítě. Podmínka osobní celodenní péče o dítě není splněna, pokud je dítě umístěno v jeslích, mateřské škole či v jiném zařízení pro děti předškolního věku déle než 5 kalendářních dnů v měsíci. Dítě může navštěvovat předškolní zařízení v rozsahu nepřevyšujícím čtyři hodiny

denně, pokud zdravotní postižení sluchu či zraku obou rodičů či osamělého rodiče je v rozsahu 50 % a více. Tato podmínka je také splněna, pokud dlouhodobě zdravotně postižené dítě nebo dlouhodobě těžce zdravotně postižené dítě pravidelně navštěvuje předškolní zařízení v rozsahu nepřevyšujícím šest hodin denně a dítě školního věku navštěvuje přípravnou třídu základní školy nebo školu poskytující základní nebo střední vzdělání (31,39). Rozlišuje se rodičovský příspěvek ve zvýšené, základní a snížené výměře. Zvýšená výměra rodičovského příspěvku činí 11 400 Kč, jedná se o dvouletou variantu čerpání. Rodič musí nejpozději do konce kalendářního měsíce následujícího po kalendářním měsíci, v němž dítě zakládající nárok na rodičovský příspěvek dosáhlo 22 týdnů života nebo 31 týdnů života, pokud se narodily zároveň 2 či více dětí, zvolit pobírání rodičovského příspěvku ve zvýšené výměře (14). Od 1. 1. 2011 došlo ke změně délky pobírání základní a snížené výměry rodičovského příspěvku. Konkrétně se jedná pouze o předsunutí termínu volby tříleté varianty čerpání z 21. měsíce věku dítěte na 9. měsíc věku dítěte. V případě, že rodič bude splňovat podmínky nároku na peněžitou pomoc v mateřství podle zákona č. 187/2006 Sb., o nemocenském pojištění, v platném znění, má možnost si do konce 9. měsíce věku nejmladšího dítěte zvolit tříletou variantu rodičovského příspěvku v trvání zpravidla 31 měsíců v základní výměře 7 600 Kč měsíčně. U čtyřleté varianty rodič pobírá rodičovský příspěvek v základní výměře 7 600 Kč měsíčně do 9. měsíce věku nejmladšího dítěte a od 10. měsíce věku dítěte se rodičovský příspěvek vyplácí v nižší výměře 3 800 Kč měsíčně až do 4 let věku dítěte viz příloha č. 1. Rodiče, kteří volbu varianty čerpání rodičovského příspěvku již provedli, nemohou ji změnit (35). U zdravotně postižených dětí má rodič nárok na rodičovský příspěvek ode dne posouzení dítěte jako dítě dlouhodobě zdravotně postiženého nebo dlouhodobě těžce zdravotně postiženého v základní výměře 7 600 Kč do 7 let věku dítěte, a to bez ohledu na to, jakou možnost čerpání rodičovského příspěvku zvolil před posouzením zdravotního stavu dítěte. Pokud dítěti, o které rodič pečuje a které zakládá nárok na rodičovský příspěvek, je přiznán příspěvek na péči podle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů, má rodič nárok na rodičovský příspěvek v poloviční výši. Pokud dítě, o které rodič pečuje a které zakládá nárok na rodičovský příspěvek, je posouzeno jako dítě dlouhodobě zdravotně postižené nebo dlouhodobě těžce zdravotně postižené a tomuto dítěti nebyl přiznán příspěvek na péči, náleží rodičovský příspěvek v nižší výměře 3 000 Kč od 7 do 15 let věku dítěte (14).

Dávky pěstounské péče nejsou závislé na příjmu. Pěstounská péče je formou náhradní rodinné péče, kterou v České republice garantuje a financuje stát. O svěření dítěte do pěstounské péče rozhoduje soud, dítě se pěstounovi svěřuje do péče v případech, kdy se o něj vlastní rodiče nemohou nebo nechtějí starat, přičemž osoba pěstouna musí poskytovat záruky řádné

výchovy dítěte. Ke vhodnosti osoby pěstouna se pro soud vyjadřuje orgán sociálně-právní ochrany dětí. Dítě může být svěřeno do pěstounské péče jedné fyzické osobě nebo manželům. Pěstoun má za povinnost o dítě osobně pečovat, přiměřeně vykonávat rodičovská práva a povinnosti. Zastupovat dítě a spravovat jeho záležitosti může pouze v běžných věcech (22,31). Rozlišujeme čtyři dávky pěstounské péče, které jsou určeny ke krytí nákladů svěřených dětí, na odměnu pěstouna a na další náklady spojené s touto péčí. Příspěvek na úhradu potřeb dítěte se vyplácí za kalendářní měsíc a činí součin částky životního minima dítěte a koeficientu 1,40, jde-li nezaopatřené dítě, použije se koeficient 2,30. V případech, kdy jde o dlouhodobě nemocné, dlouhodobě zdravotně postižené nebo dlouhodobě těžce zdravotně postižené dítě, použije se ještě vyššího koeficientu. Odměna pěstouna se poskytuje ve dvojí formě. Základní odměnou pěstouna je za každé dítě v pěstounské péči vyplacení částky ve výši životního minima jednotlivce. V případech, kdy jsou v pěstounské péči alespoň tři děti nebo jedno dítě závislé na péči ve II. – IV. stupni, činí odměna pěstouna 5,5 násobek životního minima jednotlivce (14,39). Příspěvek při převzetí dítěte slouží k přispění na nákup potřebných věcí pro dítě, přicházející do náhradní rodinné péče. Výše příspěvku činí ve věku dítěte do 6 let 8 000 Kč, od 6 do 15 let 9 000 Kč a od 15 do 18 let 10 000 Kč. Příspěvek na zakoupení motorového vozidla náleží pěstounovi, který má v pěstounské péči nejméně čtyři děti. Další podmínkou nároku je, že vozidlo nesmí být využíváno pro výdělečnou činnost. Dávka je poskytována ve výši 70 % nákladů na pořízení motorového vozidla, maximálně však 100 000 Kč (14,31).

Pohřebné je vypláceno osobě, která vypravila pohřeb buď to nezaopatřenému dítěti, nebo osobě, která byla ke dni smrti rodičem nezaopatřeného dítěte. Výše pohřebného je stanovena pevnou částkou 5 000 Kč (14,31).

1.4 Sociální pomoc

Sociální pomoc je třetím pilířem sociálního zabezpečení. Tento systém řeší obtížné životní situace hmotné a sociální nouze, kterou člověk není schopen řešit sám či za pomoci své rodiny. Jedná se o situace, kdy sociální pojištění a státní sociální podpora selhávají. Sociální pomocí stát zajišťuje pomoc sociálně potřebným občanům. Jedná se o občany, jejichž příjmy nejsou dostatečně zabezpečeny z pracovní činnosti, dávkami důchodového nebo nemocenského zabezpečení, případně jinými příjmy a dále občanům, kteří potřebují pomoc vzhledem ke svému zdravotnímu stavu či věku nebo občanům, kteří bez pomoci společnosti nemohou překonat obtížnou životní situaci či nepříznivé zdravotní poměry. Poskytování sociální pomoci se uskutečňuje prostřednictvím dávek hmotné nouze, sociální pomoci a sociálních služeb (32,44).

1.4.1 Pomoc v hmotné nouzi

Tuto problematiku upravuje zákon č. 111/2006 Sb., o pomoci v hmotné nouzi, ve znění pozdějších předpisů, a prováděcí vyhláška č. 504/2006 Sb. Jedná se o formu pomoci osobám s nedostatečnými příjmy, která má za cíl motivovat tyto osoby k aktivní snaze zajistit si prostředky k uspokojení životních potřeb. Dávky pomoci v hmotné nouzi patří mezi jedno z opatření, kterými Česká republika bojuje proti sociálnímu vyloučení (37). Pomoc v hmotné nouzi je určena občanům, kteří ani s využitím jiných sociálních systémů nebo vlastní iniciativou, ani využitím vlastního majetku nemohou získat dostatečné finanční prostředky na zabezpečení svých potřeb. Hmotná nouze je pak stav, kdy příjem osoby, popřípadě s příjmem společně posuzovaných osob, po odečtení přiměřených nákladů na bydlení nedosahuje částky živobytí a člověk si tento příjem z vážných důvodů nemůže sám zvýšit. Za *částku živobytí* se považuje u nezaopatřeného dítěte částka životního minima, případně může být zvýšena z důvodu potřeby dietního stravování o částku na dietu. Pro ostatní osoby činí částka živobytí částku existenčního minima zvýšenou o polovinu částky rozdílu mezi životním minimem osoby a existenčním minimem, případně může být částka z několika předepsaných důvodů navýšena. O vyplácení dávek pomoci v hmotné nouzi rozhodují pověřené obecní úřady (14,44).

Příspěvek na živobytí je základní dávkou pomoci v hmotné nouzi, která nabízí řešení v případech, kdy osoby či společně posuzované osoby mají nedostatečný příjem. Osoba či rodina má nárok na příspěvek na živobytí, pokud po odečtení přiměřených nákladů na bydlení příjem této osoby či rodiny nedosahuje částky živobytí. Částka živobytí je stanovována pro každou osobu individuálně, na základě hodnocení její snahy a možností. Je například zohledněna snaha o zvýšení příjmu vlastní prací, využitím majetku, uplatněním pohledávek a další. Částka živobytí může být snížena na úroveň existenčního minima u osoby, která dluží na výživném pro nezletilé dítě částku vyšší než trojnásobek stanovené měsíční splátky nebo která nepředloží na výzvu individuální akční plán vypracovaný úřadem práce, a dále u osoby, která pobírá příspěvek na živobytí déle jak 6 měsíců, toto však neplatí u vyjmutých skupin osob. Příspěvek na živobytí se může vyplácet poukázkou, nejméně se v této formě může poskytnout 35 % a nejvýše 65 %. Výši příspěvku určuje rozdíl mezi živobytím osoby či rodiny a jejich příjmem, od kterého se odečtou přiměřené náklady na bydlení (37,44).

Doplatek na bydlení je dávka pomoci v hmotné nouzi, která slouží k úhradě odůvodněných nákladů na bydlení společně s příspěvkem na bydlení ze systému státní sociální podpory a vlastními příjmy občana. Dávka doplatek na bydlení je vypočítána tak, aby po zaplacení odůvodněných nákladů na bydlení, jako je nájem, služby s bydlením spojené

a náklady za dodávky energií, zůstala osobě či rodině částka živobytí. Nárok na tuto dávku má vlastník či nájemce bytu, který byt užívá a jehož příjem či příjem rodiny je po zaplacení odůvodněných nákladů na bydlení nižší než částka jejich živobytí. Aby osoba měla nárok na doplatek na bydlení, je nutné získání nároku na příspěvek na živobytí a nároku na příspěvek na bydlení. S přihlédnutím k celkovým sociálním a majetkovým poměrům lze však dávku přiznat i osobě, které příspěvek na živobytí nebyl přiznán, ale její příjem nepřesáhl 1,3násobek této částky. Nárok na doplatek na bydlení nevzniká v případě, že osoba bez vážného důvodu odmítne nabídku levnějšího přiměřeného bydlení, o které je povinna požádat obec. Toto však neplatí pro osoby starší 70 let a pro osoby obývající byt zvláštního určení, byt v domech zvláštního určení a byt, na jehož úpravu byl poskytnut příspěvek na úpravu bytu (37,44).

Mimořádná okamžitá pomoc poskytuje pomoc v situacích nepříznivého a mimořádného charakteru, kdy není osoba v hmotné nouzi, ale je jí vhodné bezprostředně poskytnout pomoc. Zákon o pomoci v hmotné nouzi stanovuje několik situací, v nichž lze tuto dávku pomoci v hmotné nouzi poskytnout. Jednak jde o situaci, kdy osoba sice neplní podmínky hmotné nouze, ale z důvodu nedostatku finančních prostředků je vážně ohroženo její zdraví. Výše dávky se stanovuje tak, aby doplnila příjem osoby do existenčního minima, v případě nezaopatřeného dítěte do životního minima. Dále je dávka poskytována osobě, která je postižena vážnou mimořádnou událostí a její celkové sociální a majetkové poměry jí neumožňují překonat událost vlastními silami. Takovou událostí je např. živelní pohroma, požár nebo jiná destruktivní událost, ekologická nebo průmyslová havárie. Maximální výše dávky činí 15násobek částky životního minima jednotlivce. Dalším důvodem k poskytnutí mimořádné okamžité pomoci je, pokud osoba nemá dostatečné finanční prostředky k úhradě nezbytného jednorázového výdaje, spojeného zejména se zaplacením správního poplatku v přesně jmenovaných situacích nebo na úhradu nákladů spojených s pořízením nebo opravou nezbytných základních předmětů dlouhodobé potřeby a na základní vybavení domácnosti a odůvodněných nákladů souvisejících se vzděláním nebo zájmovou činností nezaopatřeného dítěte. Posledním případem jsou osoby, které v daném čase, vzhledem k jejich sociální a finanční situaci, nemohou úspěšně řešit svoji situaci a jsou ohroženy sociálním vyloučením. Jedná se zejména o osobu, která je propuštěna z výkonu vazby nebo z výkonu trestu odnětí svobody, nebo je po ukončení léčby chorobných závislostí propuštěna ze zdravotnického zařízení, psychiatrické léčebny nebo léčebného zařízení pro chorobné závislosti, nebo je propuštěna ze školského zařízení pro výkon ústavní či ochranné výchovy nebo z pěstounské péče po dosažení zletilosti, respektive v 19 letech, nebo nemá uspokojivě naplněny životně důležité potřeby vzhledem k tomu, že je osobou bez přístřeší, nebo je osobou, jejíž

práva a zájmy jsou ohroženy trestnou činností jiné osoby. V tomto případě lze poskytnout dávku až do výše 1 000 Kč (37,44).

1.4.2 Dávky sociální pomoci

Podmínky poskytování dávek sociální pomoci upravuje vyhláška MPSV ČR č. 182/1991 Sb., kterou se provádí zákon o sociálním zabezpečení a zákon o působnosti orgánů ČR v sociálním zabezpečení, ve znění pozdějších předpisů (14). Systémem sociální pomoci stát zajišťuje pomoc občanům, kteří nemohou své životní potřeby dostatečně zajistit svými příjmy ani dávkami důchodového a nemocenského pojištění, a občanům, kteří tuto pomoc potřebují vzhledem ke svému zdravotnímu stavu nebo věku či kteří bez pomoci společnosti nemohou překonat obtížnou životní situaci. Příspěvky poskytované v rámci sociální pomoci můžeme rozlišit na jednorázové a opakované, vedle nich se osobám se zdravotním postižením též poskytují mimořádné výhody a bezúročné půjčky (14,49).

Jednorázové příspěvky na opatření zvláštních pomůcek mohou být přiznány občanovi těžce zdravotně postiženému ve formě peněžitého příspěvku na opatření pomůcky, kterou potřebuje k odstranění, zmírnění nebo překonání následků svých postižení. V případech, kdy potřebnou pomůcku půjčuje či plně hradí příslušná zdravotní pojišťovna, příspěvek se neposkytuje. Pomůcky, na které se příspěvek vztahuje, jsou uvedeny v příloze vyhlášky č. 182/1991 Sb., v platném znění, stejně jako výše jejich hrazení. Jedná se o rehabilitační a kompenzační pomůcky pro tělesně, sluchově či zrakově postižené občany. Žadatel o dávku se předem písemně zavazuje, že příspěvek vrátí v případě, že tato zvláštní pomůcka přestane být do 5 let ode dne vyplacení příspěvku jeho vlastnictvím. Jiným důvodem pro vrácení příspěvku je, že žadatel do 6 měsíců ode dne vyplacení nepoužije příspěvek na opatření zvláštní pomůcky, popřípadě použije jen část příspěvku. V případě, že občan, kterému byl příspěvek vyplacen, zemře, příspěvek nebo jeho poměrná část se nevrací (6,14).

Příspěvek na úpravu bytu se vyplácí občanům s těžkými vadami nosného nebo pohybového ústrojí omezujícími ve značném rozsahu jejich pohyblivost, občanům úplně nebo prakticky nevidomým, rodičům stejně postiženého nezaopatřeného dítěte či také neslyšícím občanům nebo rodičům neslyšícího nezaopatřeného dítěte. Příspěvek se poskytuje na byt, který výše jmenovaní občané užívají k trvalému bydlení. Příklady úprav bytů, na které se příspěvek vztahuje, jsou např. úprava přístupu do domu, garáže, k výtahu, dále úprava povrchu podlahy, kuchyňské linky, rozšíření a úprava dveří, přizpůsobení koupelny nebo instalace potřebné zvukové či světelné signalizace (14,46). Při poskytování příspěvku na úpravu bytu se berou v úvahu příjmy a majetkové poměry občana a jeho rodiny. Příspěvek se vyplácí až do výše 70 % prokázaných nákladů účtovaných fyzickými nebo

právníckými osobami za materiál a práce spojené s nezbytnými výdaji, včetně projektových prací. Nejvýše jde však o částku 50 000 Kč nebo 100 000 Kč u příspěvku na stavební úpravy spojené s instalací výtahu, který je poskytován z toho důvodu, že nelze použít šikmou schodišťovou plošinu (6,18).

Příspěvek na zakoupení motorového vozidla a příspěvek na celkovou opravu motorového vozidla se vyplácí občanovi, který má těžkou vadu nosného nebo pohybového ústrojí, toto motorové vozidlo bude používat pro svou dopravu a zároveň není umístěn k celoročnímu pobytu v ústavu sociální péče, popřípadě ve zdravotnickém nebo obdobném zařízení a je odkázán na individuální dopravu. Dále jsou příspěvky poskytovány rodiči nezaopatřeného dítěte, jde-li o dítě starší 3 let s těžkou vadou nosného nebo pohybového ústrojí, či je úplně nebo prakticky nevidomé, anebo mentálně postižené a jeho mentální postižení odůvodňuje přiznání mimořádných výhod pro těžce zdravotně postižené občany III. stupně. Podmínkou je, že rodič bude motorové vozidlo používat pro dopravu tohoto dítěte. Pokud je dítě umístěno k celoročnímu pobytu v ústavu sociální péče, popřípadě ve zdravotnickém nebo obdobném zařízení, jsou podmínkou pro poskytnutí příspěvku pravidelné návštěvy dítěte (6,44,46). Příspěvek může být poskytnut jen jednomu z rodičů. Výše příspěvku na zakoupení motorového vozidla činí nejvýše 100 000 Kč, výše příspěvku na celkovou opravu motorového vozidla činí nejvýše 60 000 Kč. Tato částka se určí s přihlédnutím na majetkové poměry žadatele a osob považovaných podle zákona o důchodovém pojištění za osoby jemu blízké, které s ním žijí v domácnosti. Za určitých podmínek musí být příspěvek nebo jeho část vrácen. Například pokud se dané motorové vozidlo stane vlastnictvím někoho jiného před uplynutím doby pěti let či přestane být používáno pro dopravu dané osoby. O příspěvek lze znovu žádat po uplynutí pěti let, výjimečně i dříve (6,14,46).

Příspěvek na zvláštní úpravu motorového vozidla se poskytuje občanovi s těžkou vadou nosného nebo pohybového ústrojí, která je uvedena v příloze vyhlášky č. 182/1991 Sb., v platném znění. Nárok na tento příspěvek je přiznán, pokud žadatel sám motorové vozidlo řídí a kvůli svému trvalému zdravotnímu postižení nezbytně potřebuje zvláštní úpravu motorového vozidla. Příspěvek se poskytuje v plné výši nutné úpravy. Výjimkou je situace, pokud by součet vyplacených příspěvků na zakoupení, celkovou opravu a zvláštní úpravu motorového vozidla v posledních 10 letech přesáhl částku 200 000 Kč (6,14).

Příspěvek na provoz motorového vozidla se poskytuje osobám, jejichž zdravotní postižení odůvodňuje přiznání mimořádných výhod pro těžce zdravotně postižené občany II. nebo III. stupně, s výjimkou postižených úplnou nebo praktickou hluchotou. Příspěvek se vyplácí takové osobě, pokud

je vlastníkem nebo provozovatelem motorového vozidla a používá toto motorové vozidlo pro svou pravidelnou dopravu, či je vyplácen osobě, která toto motorové vozidlo používá pro pravidelnou dopravu stejně postižené blízké osoby. Dále je dávka poskytována rodiči nezaopatřeného dítěte, které se léčí na klinice fakultní nemocnice pro onemocnění zhoubným nádorem nebo hemoblastosou. Příspěvek se poskytuje na jeden kalendářní rok a jeho výše závisí na stupni zdravotního postižení (6,46).

Příspěvek na individuální dopravu náleží občanům s těžkou vadou nosného nebo pohybového ústrojí, občanům úplně nebo prakticky nevidomým nebo rodiči nezaopatřeného dítěte, které je léčeno na klinice fakultní nemocnice pro onemocnění zhoubným nádorem nebo hemoblastosou. Podmínkou k vyplacení příspěvku je, že daná osoba není vlastníkem nebo provozovatelem motorového vozidla, ale zároveň se pravidelně individuálně dopravuje. Dávka se poskytuje na období jednoho kalendářního roku ve výši 6 500 Kč (6,14).

Mezi opakující se peněžité dávky sociální pomoci patří *příspěvek na úhradu za užívání bezbariérového bytu*, který se poskytuje občanům s těžkými vadami nosného nebo pohybového ústrojí nebo občanům úplně nebo prakticky nevidomým. Podmínkou je, aby tyto osoby užívaly bezbariérový byt. Výše dávky činí 400 Kč měsíčně. *Příspěvek na úhradu za užívání garáže* je vyplácen za stejných podmínek a to v částce až 200 Kč měsíčně. *Příspěvek úplně nebo prakticky nevidomým občanům* se vyplácí úplně nebo prakticky nevidomému vlastníkovi vodícího psa. Dávka, ve výši 800 Kč měsíčně, je určena na krmivo pro tohoto psa (14,46).

Mimořádné výhody pro těžce zdravotně postižené občany jsou poskytovány občanům starším jednoho roku s těžkým zdravotním postižením, které podstatně omezuje jejich pohybovou nebo orientační schopnost. Zdravotní indikace pro přiznání mimořádných výhod I. – III. stupně jsou uvedeny v příloze vyhlášky č. 182/1991 Sb., v platném znění. Osobě, které byly přiznány mimořádné výhody I. stupně, je vydán průkaz TP, při II. stupni mimořádných výhod se jedná o průkaz ZTP a při III. stupni hovoříme o průkazu ZTP/P. Zdravotní stav občana je posuzován lékařem Lékařské posudkové služby. Mezi mimořádné výhody I. stupně patří nárok na vyhrazené místo k sezení ve veřejných dopravních prostředcích a dále nárok na přednost při osobním projednávání věci, s výjimkou nákupu v obchodech, obstarávání placených služeb a vyšetření a ošetření ve zdravotnických zařízeních. Mimořádné výhody II. stupně zahrnují výhody I. stupně, nárok na bezplatnou dopravu v městské hromadné dopravě a dále 75% slevu na jízdném ve 2. třídě osobního vlaku, rychlíku a autobusové dopravě ve vnitrostátních spojích. Mimořádné výhody III. stupně zahrnují předešlé výhody a navíc nárok na bezplatnou dopravu průvodce veřejnými

hromadnými dopravními prostředky a dále bezplatnou přepravu vodícího psa u nevidomých, pokud je nedoprovází průvodce (14,46).

Bezúročné půjčky mohou využívat občané, kteří splňují podmínky pro přiznání příspěvku na zakoupení motorového vozidla. Výše půjčky je až 40 000 Kč, přičemž půjčku je nezbytné splatit nejpozději do 5 let. Obecní úřad obce s rozšířenou působností uzavírá s občanem písemnou smlouvu, která obsahuje ujednání o lhůtách splatnosti a výši splátek (6).

1.4.3 Příspěvek na péči

Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů, popisuje podmínky nároku na příspěvek na péči a postupu jeho získání. Příspěvek na péči slouží především k zajištění sociální péče jeho příjemci, a to prostřednictvím sociální služby, či rodinným příslušníkem. Na příspěvek mají nárok lidé, kteří jsou především z důvodu nepříznivého zdravotního stavu závislí na pomoci jiné osoby, a to v oblasti běžné denní péče o vlastní osobu a v soběstačnosti (20,28). Péče o vlastní osobu jsou zejména takové denní úkony, které se týkají zajištění či přijímání stravy, osobní hygieny, oblékání a pohybu. Soběstačností se pak rozumí úkony umožňující účastnit se sociálního života, tj. např. schopnost komunikace, nakládání s penězi či předměty osobní potřeby, obstarat si osobní záležitosti, uvařit si, vyprat a uklidit. Příspěvek se vyplácí osobě, o kterou je pečováno, nikoliv osobě, která péči zajišťuje. Příspěvek na péči nemůže být přiznán dítěti, které je mladší než jeden rok. Každý člověk zvládá péči o vlastní osobu a soběstačnost odlišně, a proto zákon rozlišuje čtyři stupně závislosti na pomoci jiné osoby. Příspěvek je tedy vyplácen ve čtyřech stupních odpovídajících stupni závislosti osoby a dále jsou rozdílně stanoveny výše příspěvku pro děti do věku 18 let a pro dospělé. Příspěvek na péči je pro děti vyšší z toho důvodu, že děti obvykle nemají vlastní příjem a zároveň má motivovat rodiny k tomu, aby děti zůstávaly v domácí péči (14,28,50).

Stupeň I – (lehká závislost) je přiznán osobě, jestliže z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu potřebuje každodenní pomoc nebo dohled při více než 12 úkonech péče o vlastní osobu a soběstačnosti nebo u osoby do 18 let věku při více než 5 úkonech péče o vlastní osobu a soběstačnosti. Tyto úkony péče o vlastní osobu a soběstačnosti jsou uvedeny v příloze č. 2. Od 1. 1. 2011 došlo v rámci úsporných opatření vlády k výraznému snížení příspěvku na péči v I. stupni závislosti. Z 2 000 Kč se měsíční dávka snížila na 800 Kč, u mladistvých do 18 let zůstává ve výši 3 000 Kč (50).

Stupeň II – (středně těžká závislost) je přiznán osobě, jestliže z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu potřebuje každodenní pomoc nebo dohled při více než 18 úkonech péče o vlastní osobu a soběstačnosti nebo u osoby do 18 let věku při více než 10 úkonech péče

o vlastní osobu a soběstačnosti. Výše příspěvku na péči ve II. stupni závislosti činí 4 000 Kč měsíčně a u mladistvých do 18 let se vyplácí částka ve výši 5 000 Kč (50).

Stupeň III – (těžká závislost) se přiznává osobě, jestliže z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu potřebuje každodenní pomoc nebo dohled při více než 24 úkonech péče o vlastní osobu a soběstačnosti nebo u osoby do 18 let věku při více než 15 úkonech péče o vlastní osobu a soběstačnosti. Výše příspěvku na péči v III. stupni závislosti činí 8 000 Kč měsíčně a mladistvým do 18 let je vyplácena částka ve výši 9 000 Kč (50).

Stupeň IV – (úplná závislost) se přiznává osobě, jestliže z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu potřebuje každodenní pomoc nebo dohled při více než 30 úkonech péče o vlastní osobu a soběstačnosti nebo u osoby do 18 let věku při více než 20 úkonech péče o vlastní osobu a soběstačnosti. Příspěvek na péči ve VI. stupni závislosti je vyplácen ve shodné výši 12 000 Kč měsíčně dospělým osobám i mladistvým do 18 let věku (50).

U dětí do 7 let věku je situace ještě trochu složitější. Zákon č. 187/2006 Sb., o nemocenském pojištění, ve znění pozdějších předpisů, umožňuje souběh příspěvku na péči a rodičovského příspěvku. Pobírání rodičovského příspěvku je v případě dětí starších než 4 roky však podmíněno tím, že dítě bude uznáno jako dlouhodobě zdravotně postižené nebo dlouhodobě těžce zdravotně postižené pro účely státní sociální podpory. Součet příspěvků pak bude činit při I. stupni závislosti 7 600 Kč, II. stupni 8 800 Kč a při III. stupni 12 800 Kč. Děti do 7 let věku IV. stupeň závislosti získat nemohou. Nárok na příspěvek na péči mají děti od 1 roku věku, děti do 3 let věku mohou být zařazeny nejvýše do I. stupně závislosti (14,20).

Řízení o příspěvku na péči by nemělo trvat déle než 90 dní. Nejprve musí žadatel správně podat žádost o příspěvek na péči a uvést v ní všechny požadované povinné informace, tj. kromě osobních údajů a sdělení způsobu vyplácení příspěvku také údaje o tom, kdo bude potřebnou péči zajišťovat, pokud je to již známo (20,28). Písemná žádost o příspěvek na péči se podává na předepsaném formuláři na sociálním odboru místně příslušného obecního úřadu obce s rozšířenou působností, v jejímž spádovém území má žadatel trvalý nebo hlášený pobyt. Jedná se o formulář "Žádost o příspěvek na péči" včetně vyplněného formuláře "Oznámení o poskytovateli pomoci". Žádost podává přímo žadatel nebo jeho zákonný zástupce. V případě, že osoba, která není schopna vzhledem ke svému zdravotnímu stavu jednat samostatně a nemá zástupce, pak o ustanovení opatrovníka rozhoduje obecní úřad obce s rozšířenou působností na základě lékařského posudku ošetřujícího lékaře (14,38). Poté, co je žádost podána, následuje proces posouzení stupně závislosti na pomoci jiné osoby, který se zahajuje sociálním šetřením.

Sociální šetření provádí sociální pracovník místně příslušného obecního úřadu s rozšířenou působností v přirozeném sociálním prostředí žadatele, který je povinen se tomuto šetření podrobit. Cílem sociálního šetření je objektivně zjistit životní podmínky žadatele a jeho schopnosti zvládat péči o vlastní osobu a být soběstačným v přirozeném sociálním prostředí, tedy v místě, kde žije (18,28). Po provedení sociálního šetření přechází žádost o příspěvek posudkovému lékaři úřadu práce. Ten na podkladě výsledků sociálního šetření a zprávy o zdravotním stavu žadatele od jeho ošetřujícího lékaře hodnotí funkční dopady zdravotního stavu na schopnost žadatele pečovat o sebe a být soběstačným. Dále si lékař úřadu práce může pro tyto účely vyžádat specializované vyšetření nebo může vyšetření provést sám. Žadatel o příspěvek je povinen se podrobit všem těmto vyšetřením a prohlídkám. Postup posuzování zdravotního stavu osob je dále popsán v kapitole 1.5.8. V případě, že žadatel nedá písemné svolení nebo neumožní provedení sociálního šetření či zdravotního posouzení, pak se proces řízení zastavuje a žadatel ztrácí možnost příspěvek na péči získat (4,25,28).

O přiznání příspěvku na péči rozhoduje obecní úřad obce s rozšířenou působností. K objektivnímu rozhodnutí mu slouží subjektivní zhodnocení situace žadatelem, výsledek sociálního šetření a posudek lékaře úřadu práce. O věci obecní úřad rozhoduje ve správním řízení. Žadateli o příspěvek je doručeno rozhodnutí. Následně je žadatel je povinen, pokud tak již neučinil při podání žádosti, obecnímu úřadu písemně ohlásit jakým způsobem mu bude péče zajištěna. Pokud by tak neučinil ani po opakované výzvě, byla by mu výplata příspěvku zastavena. Je nutné, aby požadované údaje, které se týkají způsobu zajištění péče, byly též doloženy podpisem pečující osoby nebo potvrzením poskytovatele sociálních služeb (18,20,28). Proti rozhodnutí o zamítnutí, snížení nebo odejmutí dávky lze podat odvolání do 15 dnů od doručení k příslušnému krajskému úřadu nebo Magistrátu hlavního města Prahy prostřednictvím úřadu, který rozhodl. Proti rozhodnutí lze podat písemné námitky do 30 dnů na úřad, který rozhodl (38).

V případě přiznání příspěvku na péči může být vyplácen nejdříve od počátku kalendářního měsíce, ve kterém bylo řízení o příspěvku zahájeno, tedy v době, kdy byla podána žádost o příspěvek. První výplata příspěvku tak v sobě zahrnuje též výplatu příspěvku za období, ve kterém probíhalo správní řízení o posouzení nároku na příspěvek. Jak již jsem zmínila, doba tohoto správního řízení by neměla přesáhnout 90 kalendářních dnů. Obecní úřad obce s rozšířenou působností může příspěvek na péči vyplácet v hotovosti prostřednictvím poštovní poukázky, či bezhotovostně na účet, který příjemce určí. Měsíční výplata příspěvku probíhá v měsíci, za který náleží (25,28,50).

Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, v platném znění, stanovuje podmínky, za kterých lze omezit výši úhrad v pobytových

zařízeních. Platí, že po úhradě nákladů za ubytování, stravu a za péči poskytovanou ve sjednaném rozsahu musí osobě zůstat alespoň 15 % jejího příjmu, přičemž pro tyto úhrady může být využit příspěvek na péči v plné výši. Toto ustanovení se týká poskytování služeb v domovech pro osoby se zdravotním postižením, domovech pro seniory, domovech se zvláštním režimem, chráněném bydlení, zdravotnických zařízeních ústavní péče a v centrech sociálně rehabilitačních služeb. Výjimku tvoří týdenní stacionáře, kde musí osobě po zaplacení nákladů za ubytování, stravu a péči zůstat alespoň 25 % jejího příjmu a pro tyto úhrady může být využito maximálně 75 % přiznaného příspěvku na péči. Na jiné než výše uvedené pobytové služby se omezení výše úhrad nevztahuje (14,50). Podle zákona č. 110/2006 Sb., o životním a existenčním minimu, v platném znění, není příspěvek na péči považován za příjem, platí to jak pro samotného příjemce příspěvku, tak i v případě osob, které o příjemce příspěvku pečují. Toho se využívá v různých oblastech, kdy se pro účely zjištění příjmu osoby postupuje podle zákona o životním a existenčním minimu, jde např. o nároky na dávky pomoci v hmotné nouzi či se podle něho postupuje při zjišťování příjmu pro účely úhrady za pobytové sociální služby (20,25,28).

Využívání příspěvku na péči je kontrolováno. Příspěvek může být použit pouze na ty výdaje, které souvisejí se zabezpečením pomoci a podpory osobě, které byla přiznána závislost na péči jiné osoby. Příspěvek se tedy může využívat jako úhrada za péči, kterou zajišťuje poskytovatel sociální služby, či na výdaje, které vzniknou pečující osobě. V praxi příjemce obvykle oba tyto způsoby kombinuje dle vlastní potřeby. Způsob využití příspěvku kontrolují pracovníci úřadu, který dávky přiznává, a v případě zjištění jeho zneužívání může daný úřad nárok na výplatu příspěvku odejmout (18,20,25). Pokud je zjištěno, že příspěvek není používán správně, nebo nastane situace, kdy s ohledem na objektivní skutečnosti osoba nemůže příspěvek přijímat, např. z důvodu vážné nemoci, může obecní úřad určit tzv. *zvláštního příjemce*, který zajistí správné použití příspěvku. Takto ustanovená osoba musí vždy jednat ve prospěch osoby, o kterou má být pečováno. Za zvláštního příjemce nemůže být stanovena osoba, která k tomu nedala souhlas nebo je s příjemcem příspěvku v konfliktu zájmů. Za zvláštního příjemce však nemůžeme považovat zákonného zástupce příjemce příspěvku či jiné osoby, kterým byla osoba závislá rozhodnutím příslušného orgánu svěřena do péče. V některých případech je možné oslovit zástupce obecních samospráv nebo organizací, které se zabývají humanitární činností (18,20,28).

Pečující osoby jsou osoby, které poskytují péči příjemci příspěvku samostatně nebo s dílčí pomocí sociálních služeb. Pečující osobou může být *osoba blízká*, která je podle občanského zákoníku definována jako příbuzný v řadě přímé, sourozenec, manžel či partner podle zákona o registrovaném

partnerství, nebo může být pečující osobou jiná fyzická osoba, která je schopna tuto péči zajistit, např. soused (14,18). Příjemce příspěvku musí tuto osobu, která mu bude zabezpečovat péči, písemně nahlásit obecnímu úřadu, který příspěvek vyplácí, a to buď v žádosti o příspěvek, nebo do 15 dnů od nabytí právní moci rozhodnutí o příspěvku. Obecní úřad obce s rozšířenou působností může pak na žádost pečující osoby bezplatně vydat potvrzení prokazující dobu této péče pro účely důchodového a zdravotního pojištění, hmotné nouze a zaměstnanosti. Počet pečujících osob není nikterak omezen, ale z hlediska účasti na *důchodovém pojištění* se uznává vždy jen jedna osoba, která zabezpečuje péči. Doba této péče může být hlavní pečující osobě započítána jako náhradní doba pro účely výpočtu důchodu. Toto však platí pod podmínkou, že příjemci příspěvku byla uznána závislost minimálně II. stupně. Dále je nutné, aby se pečující osoba žádným jiným způsobem neúčastnila na sociálním a zdravotním pojištění, tedy nesmí být zaměstnána, evidována na úřadu práce, účastnit se pojištění jako osoba samostatně výdělečně činná, nebo již pobírat starobní či invalidní důchod (14,28). Poslední podmínkou pro uznání doby péče pro účely důchodového pojištění je, že pečující osoba musí být osoba blízká nebo osoba žijící s příjemcem příspěvku ve společné domácnosti. Podle občanského zákoníku tvoří domácnost fyzické osoby, které spolu trvale žijí a společně uhrazují náklady na své potřeby. Jak již bylo uvedeno dříve, příspěvek na péči se nepovažuje za příjem, proto nelze z jeho hodnoty vypočítávat důchod. Pokud je příjemci příspěvku přiznána minimálně závislost II. stupně, pak je na osoby poskytující péči pamatováno i v oblasti *zdravotního pojištění*. Pečující osoby mohou požádat příslušnou pobočku zdravotní pojišťovny o uznání statutu tzv. „státního pojištěnce“, kdy za tuto osobu následně hradí zdravotní pojištění stát. Při péči o děti do 10 let jsou tyto výhody v oblasti důchodového a zdravotního pojištění poskytovány také osobám, které pečují o děti v I. stupni závislosti (14,18,22). Další výhodou, která je pečujícím osobám poskytnuta, je skutečnost, že pokud se dostanou do *hmotné nouze*, nevyžaduje se u nich snaha o zvýšení příjmu vlastním přičiněním. Opět toto ustanovení neplatí, pokud je příjemce příspěvku závislý na pomoci jiné fyzické osoby ve stupni I. Pečujících osob se dotýká také otázka *daně z příjmu*. Osoby blízké daň z příspěvku na péči nemají. Pokud jde však o péči o osobu jinou než blízkou, pak je od daně měsíčně osvobozena v úhrnu částka do výše příspěvku pro osobu ve IV. stupni závislosti (14,25).

1.4.4 Sociální služby

Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů, se připravoval po dlouhou dobu. Tímto zákonem byla dokončena přeměna jednotného systému sociálního zabezpečení tak, jak platilo podle zákona č. 100/1998 Sb., v platném znění, na nový sociální systém, který je dán platnou legislativou důchodového pojištění, státní sociální podpory,

pomoci v hmotné nouzi a životního a existenčního minima (14,20). Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, v platném znění, vytváří podmínky pro uspokojování přirozených potřeb lidí, a to formou pomoci a podpory při zvládání péče o vlastní osobu, v soběstačnosti a v životních situacích, které mohou člověka vyřazovat z běžného života. Lidem, kteří jsou ohroženi sociálním vyloučením, umožňuje participovat na každodenním životě společnosti, prostřednictvím např. přístupu ke vzdělání, zaměstnání a společenskému životu. Obecně lze říct, že cílem sociálních služeb je zvýšení kvality klientova života, či případně i ochrana zájmů společnosti (22,31).

Sociální službou je činnost, kterou zabezpečují poskytovatelé sociálních služeb. Tímto *poskytovatelem sociální služby* je právnická či fyzická osoba, která má k této činnosti oprávnění podle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů. Tím se rozumí, že za poskytovatele sociální služby nelze považovat rodinné příslušníky, kteří pečují o své blízké či jiné osoby v domácnosti (14). Oprávnění k poskytování sociálních služeb vzniká na základě rozhodnutí o registraci. O vydání registrace rozhoduje příslušný krajský úřad, případně MPSV. Poskytovateli sociálních služeb mohou být tedy právnické či fyzické osoby s registrací, organizace poskytující sociální služby zřizují také obce a kraje a několik specializovaných ústavů sociální péče zřídilo i MPSV. Většina sociálních služeb není bezplatná, k jejich hrazení slouží právě příspěvek na péči (20,31). Existuje široká škála sociálních služeb a způsobů jejich členění. Podle místa jejich poskytování rozlišujeme terénní, ambulantní a pobytové sociální služby. *Terénní služby* jsou poskytovány v prostředí, ve kterém člověk žije, případně kde pracuje, vzdělává se či tráví volný čas. Jedná se např. o pečovatelskou službu, osobní asistenci či terénní programy pro ohroženou mládež. *Za ambulantními službami* musí člověk docházet do specializovaných zařízení, jako např. jsou poradny, denní stacionáře nebo kontaktní centra. *Pobytové služby* jsou poskytovány v zařízeních, kde daný člověk v určitém období svého života celodenně, případně i celoročně, žije. Především se jedná o domovy pro seniory či lidi se zdravotním postižením, ale též sem patří chráněná bydlení či azylové domy (20,50). Sociální služby můžeme rozdělit do třech základních oblastí. Jednak je to sociální poradenství, dále jsou to služby sociální péče, jejichž cílem je zabezpečovat základní životní potřeby lidí, kteří jsou závislí na pomoci jiné osoby. Třetí oblastí jsou služby sociální prevence, které slouží k předcházení a zabraňování sociálnímu vyloučení lidí ohrožených sociálně negativními jevy (14,18).

Sociální poradenství je základní formou sociálních služeb. Cílem sociálního poradenství je bezplatná, důvěrná a nestranná pomoc lidem, kteří se nacházejí v obtížné sociální situaci. Vhodné a včasné poradenství řeší nepříznivé události často v zárodku nebo alespoň člověka uchrání před

nepříznivým dopadem vzniklé situace. Sociální poradenství se dělí na základní a odborné. *Základní sociální poradenství* musí povinně poskytnout každý poskytovatel sociální služby, a to bez ohledu na to, kdo o radu žádá. Kromě informací o sociálních službách by toto poradenství mělo také poskytovat informace o možnosti získání pomoci z jiných sociálních systémů, zejména státní sociální podpory a pomoci v hmotné nouzi. *Odborné sociální poradenství* poskytují specializované poradny, které se zaměřují na jednotlivé sociální skupiny osob. Jedná se např. o manželské a rodinné poradny, poradny pro seniory, pro osoby se zdravotním postižením, pro oběti trestných činů či zabývající se problematikou bezdomovectví. Odborné poradenství zahrnuje také sociální práci s osobami, jejichž způsob života může vést ke konfliktu se společností. Zároveň může poradna též zapůjčovat kompenzační pomůcky (14,18,20).

Služby sociální péče pomáhají osobám zajistit jejich fyzickou i psychickou soběstačnost s cílem umožnit jim v nejvyšší možné míře zapojení do běžného života a v případech, kdy jim to nedovoluje jejich stav, jim zajistit důstojné prostředí a zacházení. Tyto služby jsou vždy poskytovány za úplatu, bez ohledu na to, zda daná osoba pobírá příspěvek na péči (14,50). Mezi služby sociální péče patří *osobní asistence*, což je terénní služba poskytovaná osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu věku, nemoci či zdravotního postižení a jejichž situace vyžaduje pomoc jiné fyzické osoby. Služba se poskytuje v přirozeném sociálním prostředí, bez časového omezení a může se vztahovat na jakékoliv činnosti, na kterých se daná osoba s asistentem dohodne. Osobní asistencí jsou například i předčitatelské, tlumočnické a průvodcovské služby. Maximální výše úhrady činí 100 Kč za hodinu podle skutečně spotřebovaného času nezbytného k zajištění úkonů. *Pečovatelská služba* je terénní či ambulantní služba, poskytovaná lidem, kteří mají sníženou soběstačnost z důvodu věku, nemoci či zdravotního postižení v osobní péči a v péči o domácnost. Pečovatelská služba nabízí pomoc pouze ve vyjmenovaných úkonech a ve vymezeném čase. Příklady poskytovaných služeb včetně jejich sazeb naleznete v příloze č. 3 (13,14,20). *Tísňová péče* je terénní služba, která spočívá v nepřetržité distanční hlasové a elektronické komunikaci s osobami vystavenými stálému vysokému riziku ohrožení zdraví a života v případě náhlého zhoršení jejich zdravotního stavu či schopností. Jedná se např. o zprostředkování neodkladné pomoci v krizové situaci, o sociálně terapeutickou činnost či poradenství a pomoc při prosazování práv. *Odlehčovací služby* jsou terénní, ambulantní či pobytové služby poskytované osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu věku, nemoci či zdravotního postižení, o které je jinak pečováno v jejich přirozeném sociálním prostředí. Jde zejména o pomoc rodinám, které celoročně pečují o takovou osobu. Cílem služby je umožnit pečující osobě nezbytný odpočinek či výkon zaměstnání. Do služeb sociální péče dále patří *centra*

denních služeb a denní stacionáře, což jsou ambulantní služby, a v případě *týdenních stacionářů* se jedná o pobytové služby. Všechna tato zařízení poskytují své služby osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu věku, nemoci či zdravotního postižení a které nemohou bez pomoci jiné osoby celodenně žít doma (13,14,50). *Domovy pro osoby se zdravotním postižením* a *domovy pro seniory* poskytují pobytové služby osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu zdravotního postižení či věku a jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby. Součástí služby je poskytnutí bydlení v prostorách zvláště k tomu určených, které uživateli nahrazují domov. Kromě poskytnutí ubytování, stravy a pomoci v péči o vlastní osobu jsou zde organizovány výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti. *Domovy se zvláštním režimem* poskytují pobytové služby osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu chronického duševního onemocnění, závislosti na návykových látkách, a osobám s různými typy demencí, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné osoby. Režim v těchto zařízeních je přizpůsoben specifickým potřebám těchto osob (13,20,50). *Chráněné a podporované bydlení* jsou pobytové služby určené osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu zdravotního postižení či chronického onemocnění, včetně duševní nemoci, jejichž situace vyžaduje pomoc jiné osoby a které chtějí žít samostatně v běžném prostředí. Součástí služby je poskytnutí bydlení v bytě, který pro uživatele představuje domov, je spravován poskytovatelem a bývá součástí běžné zástavby. Chráněné bydlení má formu skupinového, popřípadě individuálního bydlení. *Sociální služby poskytované ve zdravotnických zařízeních ústavní péče* poskytují pobytové služby osobám, které již nevyžadují ústavní péči, ale vzhledem ke svému zdravotnímu stavu nejsou schopny se obejít bez pomoci jiné osoby. Takové osoby nemohou být propuštěny ze zdravotního zařízení ústavní péče do doby, než jim je zajištěna pomoc osobou blízkou či některým zařízením sociálních služeb (14,20,50).

Služby sociální prevence napomáhají zabraňovat sociálnímu vyloučení osob, které jsou ohroženy pro svou krizovou sociální situaci, způsob života vedoucí ke konfliktu se společností, sociálně znevýhodňující prostředí a ohrožení práv trestnou činností jiné fyzické osoby. Cílem sociální prevence je napomáhat k překonání těchto nepříznivých sociálních situací a chránit společnost před vznikem a šířením nežádoucích společenských jevů. Mezi služby sociální prevence se řadí *raná péče*, což je terénní, případně ambulantní služba poskytovaná rodině s dítětem do 7 let věku, jehož vývoj je ohrožen zdravotním postižením či nemocí. Při poskytování služby se využívají pedagogické, sociální a zdravotní opatření. Cílem je vrátit nebo zachovat rodičům jejich kompetenci k výchově dítěte a k vytváření vhodných podmínek pro jeho vývoj. Služba se poskytuje bezplatně. *Telefonická krizová pomoc* je terénní službou poskytovanou na přechodnou dobu osobám, které jsou v ohrožení zdraví či života nebo v jiné obtížné životní situaci.

Tato služba se také poskytuje bezplatně (13,20,50). *Azylové domy* poskytují na přechodnou dobu pobytové služby ve specializovaných zařízeních osobám, které se ocitly bez přístřeší a které mají zájem o získání vlastního bydlení. Součástí služby kromě poskytnutí ubytování a případně i stravy je podpora a pomoc v zajištění vlastního bydlení. Služba se poskytuje za úplatu, za ubytování a stravu se platí 250 Kč na den za dospělou osobu. *Domy na půl cesty* poskytují pobytové služby zpravidla osobám do 26 let věku, které opustily ústavní zařízení pro výchovu dětí a mládeže nebo byly propuštěny z výkonu trestu odnětí svobody či ochranné léčby. Jedná se o časově omezenou službu poskytovanou za úplatu. *Kontaktní centra* jsou nízkoprahová zařízení poskytující ambulantní, případně terénní služby osobám, které jsou ohroženy závislostí na návykových látkách a žijí rizikovým způsobem života. Kontaktní centra mají za cíl snižovat sociální a zdravotní rizika spjatá s užíváním návykových látek. Součástí služby je i poskytnutí podmínek pro osobní hygienu a navázání kontaktu s těmito lidmi, a to vše bezúplatně (13,14,31). *Krizová pomoc* je terénní, ambulantní či pobytová služba poskytovaná na přechodnou dobu osobám, které se nacházejí v situaci ohrožení zdraví či života a které nejsou schopny tuto situaci zvládnout vlastními silami. Krizová pomoc je například nabídnuta osobě ohrožené násilným chováním jiné osoby, která byla rozhodnutím vykázána ze společného obydlí. Tato služba je poskytována bezúplatně. *Nízkoprahová zařízení pro děti a mládež* poskytují terénní a ambulantní služby dětem do 26 let, které jsou ohroženy sociálním vyloučením. Služba se zaměřuje na snížení sociálních a zdravotních rizik souvisejících s jejich způsobem života, nabízí smysluplné trávení volného času a pomoc v řešení osobních či rodinných problémů. Tato služba může být poskytována anonymně a je bezúplatná. *Noclehárny* poskytují ambulantní služby osobám bez přístřeší, které mají zájem o využití hygienického zázemí a přenocování, ale není u nich vyžadován aktivní zájem o zajištění si vlastního bydlení. *Sociálně aktivizační služby pro rodiny s dětmi, pro seniory a osoby se zdravotním postižením* jsou terénní, případně ambulantní služby poskytované osobám ohroženým sociálním vyloučením. Jsou bezplatné a orientují se na zprostředkování kontaktu se společností a na sociálně terapeutickou činnost (13,14,20). *Sociálně terapeutické dílny* jsou ambulantní služby pro osoby se sníženou soběstačností z důvodu zdravotního postižení, které z tohoto důvodu nemohou pracovat na otevřeném ani chráněném trhu práce. Cílem této služby je dlouhodobá a pravidelná podpora zdokonalování pracovních návyků a dovedností prostřednictvím sociálně pracovní terapie. U této služby se přispívá částka na stravu. *Terapeutické komunity* poskytují na přechodnou dobu pobytové služby pro osoby závislé na návykových látkách nebo osoby s chronickým duševním onemocněním, které mají zájem o začlenění do běžného života. Tato služba se hradí. *Sociální rehabilitace* je soubor specifických činností směřujících k dosažení nezávislosti osob, a to

rozvojem jejich schopností a dovedností, posilováním návyků a nácvikem výkonu běžných, pro samostatný život nezbytných činností. Tyto služby se poskytují terénní či ambulantní formou, případně i jako pobytová služba v centrech sociálně rehabilitačních služeb (14,31).

1.5 Lékařská posudková služba

Lékařskou posudkovou službou České správy sociálního zabezpečení (LPS ČSSZ) rozumíme soustavu specializovaných lékařských posudkových subjektů působících v organizačních strukturách MPSV. LPS vykonává svou činnost jednak pro účely rozhodování správních úřadů ve věcech jednotlivých systémů sociální ochrany, dále pro účely rozhodování soudů při přezkoumávání zákonnosti rozhodnutí nositelů důchodového pojištění ve správním soudnictví a dále LPS vykonává další činnosti, které s ní bezprostředně souvisí. Mimo rezort MPSV je posudková služba činná také v rezortech obrany, vnitra, spravedlnosti a financí, kde vykonává především posuzování zdravotní způsobilosti k výkonu služby a vydává posudky, zda úraz či onemocnění vznikly při výkonu služby či v přímé souvislosti s ním. V rezortu zdravotnictví je pak posudková činnost vykonávána prostřednictvím ošetřujících lékařů. Zaměřují se především na posuzování zdravotní způsobilosti k práci a následně vystavují rozhodnutí o dočasné pracovní neschopnosti, potřebě ošetřování, peněžité pomoci v mateřství, vyrovnávacím příspěvku v těhotenství a mateřství či potvrzení o nařízení karantény. Mezi specializovanou posudkovou činností, kterou ošetřující lékaři provádějí, patří posuzování zdravotní způsobilosti k řízení motorového vozidla, ke studiu, sportovní činnosti, pro účely vydání zbrojního průkazu a v dalších případech (4,5).

V rezortu MPSV je Lékařská posudková služba součástí sociálního systému a má posudkové, nikoliv však rozhodovací pravomoci, v systému nemocenského pojištění pak disponuje především kontrolními pravomocemi. Lékařská posudková činnost je vykonávána základními čtyřmi složkami. První z nich je *Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR*, které skrze svůj odbor posudkových služeb odborně řídí a kontroluje výkon LPS v sociálním zabezpečení. MPSV vypracovává koncepce posuzování zdravotního stavu pro účely systémů sociální ochrany a koncepce organizace LPS, sjednocuje právní předpisy a mimo další činnosti spolupracuje s jinými ústředními orgány státní správy a zahraničními partnery (4,44). MPSV zřizuje *posudkové komise*. Ty jsou typem kolektivního posudkového orgánu, to znamená, že posudkové závěry přijímají v rámci komise. Složení těchto komisí je vždy nově sestavováno posudkovým lékařem k projednání několika konkrétních případů. Komise je však vždy tvořena minimálně třemi členy, a to posudkovým lékařem, který je předsedou komise, tajemnicí a odborným lékařem některého klinického oboru. Posudkové komise MPSV vykonávají posudkovou činnost pro účely opravných řízení ve věcech důchodového

pojištění, státní sociální podpory, sociální péče, pomoci v hmotné nouzi, sociálních služeb a zaměstnanosti (4,27). Posudkové komise MPSV dále posuzují zdravotní stav a míru poklesu pracovní schopnosti pro účely přezkumného soudního řízení ve věcech důchodového zabezpečení. Posudkové komise jsou oprávněny nejen k celkovému posouzení zdravotního stavu a pracovního potenciálu občana, ale také k zaujetí posudkových závěrů (44). Pracoviště posudkových komisí MPSV jsou v Praze, Brně, Ostravě, Plzni, Ústí nad Labem, Hradci Králové a Českých Budějovicích. Na úrovni *České správy sociálního zabezpečení* jako nositele sociálního pojištění působí úsek LPS, který řídí, kontroluje a koordinuje činnost OSSZ a jejích lékařů. Úsek LPS ČSSZ se organizačně člení na odbor metodiky lékařské posudkové služby a odbor právní agendy LPS a vzdělávání. Jsou zřízeny regionální oddělení LPS v Praze, Českých Budějovicích, Plzni, Ústí nad Labem, Hradci Králové, Brně a Ostravě, ty se organizačně člení na 83 referátů LPS, které posuzují zdravotní stav a pracovní schopnost občanů pro příslušné OSSZ (21,27). Mezi činnostmi úseku LPS ČSSZ mimo jiné patří expertní posudková činnost pro oblast aplikace práva sociálního zabezpečení Evropského společenství, zpracování metodických pokynů pro posuzování zdravotního stavu a pracovní schopnosti či tvorba celostátní koncepce LPS v součinnosti s MPSV. Dále je ČSSZ pověřena posudkovou činností pro účely odvolacího řízení ve věcech dalšího prodloužení podpůrní doby v nemocenském pojištění a také pro účely řízení o námitkách v důchodovém pojištění (4,27). *Okresní správy sociálního zabezpečení* či Pražská správa sociálního zabezpečení jsou územní organizační složky ČSSZ, kde lékaři posudkové služby vykonávají posuzování zdravotního stavu a pracovní schopnosti osob pro účely sociálního zabezpečení a kontrolu posuzování zdravotního stavu, dočasné pracovní neschopnosti a potřeby péče ošetřujícími lékaři (4,5,27).

K posuzování zdravotního stavu a pracovní schopnosti fyzických osob a k vypracování posudku pro účely rozhodování v prvním stupni správního řízení je kompetentní lékař posudkové služby OSSZ, příslušné podle trvalého bydliště posuzované osoby (2). Lékaři OSSZ provádí *zjišťovací prohlídky*, které slouží k posouzení dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu a stanovení míry poklesu pracovní schopnosti. Jiným typem jsou *kontrolní lékařské prohlídky*, které slouží k ověření dalšího trvání dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu pro účely sociálního zabezpečení. Při posuzování zdravotního stavu a pracovní schopnosti občanů při těchto prohlídkách vychází posudkoví lékaři z lékařských zpráv a posudků, které vypracovali ošetřující lékaři o zdravotním stavu posuzovaných osob. Posuzování zdravotního stavu a pracovní schopnosti občanů zahajuje OSSZ z úřední povinnosti v případě, že zjistí dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav pojištěnce, který je minimálně 6 měsíců práce neschopen, jemuž náleží nemocenské a zároveň který si sám nepožádal o invalidní důchod, anebo si

o něho požádal, avšak nebyl mu přiznán z jiného důvodu, než že by nebyl invalidní. Na podkladě takového rozsudku vydá OSSZ rozhodnutí, jež je v případě zjištění invalidity podkladem pro rozhodování o přiznání odpovídající dávky (5,44).

V rámci Evropského společenství existuje jistá spolupráce na úrovni LPS. Při posuzování zdravotního stavu postupuje každá země Evropské unie podle svých posudkových kategorií a předpisů. Avšak pokud se posuzovaná osoba nachází mimo území státu, než ve kterém má na dávku nárok, pak není většinou zapotřebí, aby se kvůli tomu vracela do domovského státu. V těchto případech může stát, ve kterém se osoba v danou dobu nachází, vypracovat lékařskou zprávu, která je předána domovskému státu. Avšak ten má právo dát posuzovanou osobu vyšetřit lékařem podle vlastního uvážení. LPS jsou v jednotlivých členských státech Evropské unie rozdílné, proto byla podoba lékařských zpráv sjednocena do formy tzv. E-formulářů. V ČR vyplňují tyto formuláře ošetřující lékaři, avšak odpovědnost za jejich předání nese vždy orgán, který ve věci rozhoduje (4,27).

LPS ČSSZ provádí posudkovou činnost v zákonem stanovených oblastech, vypracovávají posudky pro systémy nemocenského a důchodového pojištění, dále pro účely státní sociální podpory, sociální péče, hmotné nouze, sociálních služeb a zaměstnanosti. Kritéria pro posuzování zdravotního stavu osob jsou stanovena právními předpisy. Toto posuzování je pro jednotlivé systémy rozdílné. To znamená, že například zdravotní postižení, které odpovídá přiznání jedné dávky, nemusí odpovídat přiznání dávky jiné (21).

1.5.1 Posuzování zdravotního stavu pro účely nemocenského pojištění

Pro systém nemocenského pojištění LPS ČSSZ provádí kontrolu posuzování zdravotního stavu a dočasné pracovní neschopnosti, kontrolu vedení evidence dočasně práce neschopných občanů a osob s potřebou ošetřování a kontrolu plnění povinností stanovených zákonem o nemocenském pojištění ošetřujícím lékařům. O každém rozhodnutí o vzniku a ukončení dočasné pracovní neschopnosti nebo potřeby ošetřování musí existovat písemný záznam v evidenčním deníku v předepsané formě. Dále pak LPS nařizuje vyšetření zdravotního stavu a provádí posuzování pracovní schopnosti dočasně práce neschopných pojištěnců po uplynutí podpůrní doby. Mezi činnosti LPS v nemocenském pojištění dále patří posuzování zdravotního stavu pro účely poskytování peněžité pomoci v mateřství, ošetřovného a vyrovnávacího příspěvku v těhotenství a mateřství (4,5).

Dočasná pracovní neschopnost je definována jako stav, který pro poruchu zdraví či jiné zákonem definované důvody neumožňuje vykonávat dosavadní pojištěnou činnost, a pokud trvá porucha zdraví déle než 180 dní,

i jinou než dosavadní pojištěnou činnost, a dále je to stav, který neumožňuje plnit povinnosti uchazeče o zaměstnání, pokud vznikla dočasná pracovní neschopnost v ochranné lhůtě nebo trvá-li i po skončení dosavadní pojištěné činnosti, a to i když pojištěnec není uchazečem o zaměstnání. Ošetřující lékař má povinnost po uplynutí 180 kalendářních dní dočasné pracovní neschopnosti posoudit pracovní schopnost pojištěnce, a to jak ve vztahu k dosavadní pracovní činnosti, tak i obecně k možnosti vykonávat práci a také k možnosti plnit povinnosti uchazeče o zaměstnání. Aby mohl být pojištěnec posouzen jako obecně práce schopný, musí být jeho zdravotní stav stabilizovaný. Pokud se zdravotní stav pojištěnce stabilizuje na úrovni, která znamená pokles pracovní schopnosti nad 35 %, pak jsou potřeby pojištěnce kryty ze systému důchodového pojištění (18,44). O vzniku dočasné pracovní neschopnosti rozhoduje příslušný ošetřující lékař. Občan, který je uznán práce neschopným, má povinnost se dostavit v určených případech ke kontrole posuzování dočasné pracovní neschopnosti, kterou provádí lékaři posudkové služby. Tato kontrola obvykle probíhá na pracovišti ošetřujícího lékaře nebo na pracovišti příslušného referátu LPS ČSSZ. Ošetřující lékař společně s lékařem LPS ČSSZ hodnotí při kontrole zdravotní stav občana a dosavadní průběh jeho onemocnění. Po uplynutí 180 kalendářních dní pracovní neschopnosti, do kterých se započítávají i případné předchozí pracovní neschopnosti, se provádí *konzultace*. Při této konzultaci oba lékaři zhodnotí, zda se jedná o dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav. Pokud dospějí ke kladnému stanovisku, pak příslušná OSSZ zahájí řízení o přechodu z pracovní neschopnosti do invalidity. V případě, že se nejedná o dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav, avšak dočasná pracovní neschopnost dále pokračuje, je občan i jeho ošetřující lékař upozorněn plátcem nemocenského na termín uplynutí podpůrní doby, a to nejméně tři měsíce před jejím vyčerpáním. Po devíti měsících trvání dočasné pracovní neschopnosti tedy znovu dochází ke konzultaci zdravotního stavu a pracovní schopnosti. Pokud zdravotní stav pojištěnce již nevyžaduje uznání nebo další trvání dočasné pracovní neschopnosti, pak příslušná OSSZ vydá na podkladě posudku lékaře referátu LPS ČSSZ rozhodnutí o ukončení dočasné pracovní neschopnosti. Proti tomuto rozhodnutí se lze do tří dnů odvolat na OSSZ, která rozhodnutí vydala. Odvolacím orgánem je pak ČSSZ a odvolání nemá odkladný účinek. Místní příslušnost OSSZ se řídí místem výkonu práce ošetřujícího lékaře, který vede občana v evidenci práceneschopných (5,21,44).

Posuzování pracovní schopnosti po uplynutí podpůrní doby provádí lékař orgánu nemocenského pojištění. Na základě žádosti dočasně práce neschopného pojištěnce podané k tomuto orgánu příslušný lékař posuzuje, zda lze očekávat, že po uplynutí podpůrní doby tento pojištěnec nabude v krátké době pracovní schopnosti, a to i k jiné než dosavadní pojištěné činnosti. Posudkový lékař je oprávněn vyžádat si u ošetřujícího lékaře

vyjádření o zdravotním stavu daného pojištěnce, dále předložení lékařských zpráv, nálezů, posudků a zpráv o průběhu nemoci. Ošetřující lékař je povinen takovéto žádosti vyhovět nejpozději do 8 kalendářních dnů od doručení žádosti, pokud orgán nemocenského pojištění nestanoví lhůtu delší. Poskytování dávky nemocenského pojištění po uplynutí podpůrní doby lze prodloužit nejvýše o 3 měsíce dvakrát po sobě, nejdéle však o 350 kalendářních dní. Nemocenské nelze poskytovat po delší dobu než 730 dní trvání dočasné pracovní neschopnosti (5,18).

Také *zdravotnická zařízení* mají povinnost vyhovět žádostem lékaře LPS. Za vyžádaná a provedená vyšetření zdravotního stavu posuzované osoby, zpracování lékařských podkladů v rozsahu určeném lékařem LPS a za náhradu poštovného za zaslání zdravotnické dokumentace poskytne orgán nemocenského pojištění úhradu zdravotních výkonů zdravotnickému zařízení. Posuzovaná osoba je povinna se tomuto vyšetření podrobit. Dále mají zdravotnická zařízení za povinnost na žádost lékaře LPS bezplatně sdělit informace potřebné ke kontrole posuzování zdravotního stavu a dočasné pracovní neschopnosti, umožnit lékaři LPS nahlížení do zdravotnické dokumentace a na nezbytně nutnou dobu mu tuto zdravotnickou dokumentaci bezplatně zapůjčit v rozsahu jím určeném. Zdravotnická zařízení jsou povinna této žádosti vyhovět ve lhůtě 15 kalendářních dnů ode dne obdržení žádosti, nestanoví-li lékař LPS lhůtu jinou (5,21).

1.5.2 Posuzování zdravotního stavu pro účely důchodového pojištění

V oblasti důchodového pojištění posudkový lékař OSSZ v rámci zjišťovacích a kontrolních lékařských prohlídek posuzuje zdravotní stav osob a pokles jejich pracovní schopnosti a invalidity v souvislosti s řízením o invalidní důchod. Pojištěnec je invalidní, jestliže z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu nastal pokles jeho pracovní schopnosti nejméně o 35 %. Jestliže jeho pracovní schopnost poklesla nejméně o 35 %, avšak nejvíce o 49 %, jedná se o invaliditu prvního stupně, pokud jeho pracovní schopnost poklesla od 50 % do 69 %, jedná se o invaliditu druhého stupně a v případě poklesu pracovní schopnosti nejméně o 70 % se jedná o invaliditu třetího stupně. Při posuzování poklesu pracovní schopnosti se mimo jiné přihlíží také k tomu, zda se jedná o zdravotní postižení trvale ovlivňující pracovní schopnost, zda je zdravotní stav stabilizovaný, zda je pojištěnec schopen rekvalifikace na jiný druh práce a do jaké míry lze využít zachovanou pracovní schopnost. Náležitosti řízení a povinnosti účastníků posuzování zdravotního stavu pro účely důchodového pojištění jsou obdobné jako pro systém nemocenského pojištění (4,21).

1.5.3 Posuzování zdravotního stavu pro účely státní sociální podpory

Na dlouhodobě nepříznivém zdravotním stavu a na stupni postižení oprávněné osoby závisí nárok na některé dávky státní sociální podpory. Posudkoví lékaři OSSZ na žádost příslušného úřadu práce posuzují stupeň zdravotního postižení a nezaopatřenost dítěte. Posudkoví lékaři dále zjišťují dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav dítěte a jeho neschopnost vykonávat z důvodu tohoto zdravotního stavu výdělečnou činnost. Jestliže z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu činí stupeň zdravotního postižení od 20 % do 49 %, považuje se nezaopatřené dítě za dlouhodobě nemocné, pokud stupeň zdravotního postižení činí od 50 % do 79 %, považuje se osoba za dlouhodobě zdravotně postiženou a v případě stupně zdravotního postižení od 80 % do 100 % se považuje osoba za dlouhodobě těžce zdravotně postiženou (4,21).

1.5.4 Posuzování zdravotního stavu pro účely sociální pomoci

Pro účely dávek sociální pomoci LPS provádí posuzování, zda se jedná o občana těžce zdravotně postiženého. Posudkový lékař OSSZ či Pražské správy sociálního zabezpečení na žádost pověřeného obecního úřadu s rozšířenou působností provádí posouzení druhu, rozsahu a tíže zdravotního postižení. Konkrétně LPS posuzuje zdravotní stav pro účely přiznávání nároku na dávky mimořádných výhod, příspěvku na úpravu bytu, úhradu za užívání bezbariérového bytu nebo garáže, dále na příspěvek na koupi, celkovou opravu a zvláštní úpravu motorového vozidla a příspěvek na individuální dopravu (4).

1.5.5 Posuzování zdravotního stavu pro účely pomoci v hmotné nouzi

Posudkový lékař OSSZ či Pražské správy sociálního zabezpečení na žádost příslušného pověřeného obecního úřadu zkoumá, zda si fyzická osoba může zvýšit vzhledem ke svému zdravotnímu stavu příjem vlastní prací. Toto posuzování se provádí pro účely přiznání nároku na příspěvek na živobytí. Zdravotní stav se především sleduje ve vztahu ke schopnosti započítí výdělečné činnosti u nepracující osoby, zvýšení rozsahu a intenzity výdělečné činnosti a schopnosti vykonávat zaměstnání odpovídající kvalifikace (4).

1.5.6 Posuzování zdravotního stavu pro účely sociálně právní ochrany dětí

Činnost LPS zasahuje také do problematiky provádění náhradní rodinné péče. Posudkoví lékaři krajských úřadů či lékaři odboru posudkové služby MPSV provádí posuzování zdravotního stavu žadatele o náhradní péči

pro účely zprostředkování osvojení nebo pěstounské péče. Posuzuje se, zda zdravotní stav žadatele po stránce duševní, fyzické či smyslové nebrání výkonu dlouhodobé, soustavné, dostatečné a řádné péče a výchově dítěte. Cílem tohoto posouzení je tedy zjistit, zda je žadatel schopen dostát svým vychovatelským a pečovatelským povinnostem (4,5).

1.5.7 Posuzování zdravotního stavu pro účely zaměstnanosti

Posudkový lékař OSSZ či Pražské správy sociálního zabezpečení na žádost příslušného úřadu práce posuzuje, zda je fyzická osoba osobou zdravotně znevýhodněnou. Pro účely zaměstnanosti jsou osobami se zdravotním postižením fyzické osoby, které jsou orgánem sociálního zabezpečení uznány invalidními v prvním nebo druhém stupni, dále osoby uznány invalidními ve třetím stupni, které se pak nazývají jako osoby s těžším zdravotním postižením, anebo jsou to takové fyzické osoby, které jsou rozhodnutím úřadu práce uznány zdravotně znevýhodněnými (4,5).

1.5.8 Posuzování zdravotního stavu pro účely sociálních služeb

V oblasti sociálních služeb se LPS účastní procesu přiznávání příspěvku na péči. Podkladem pro vydání rozhodnutí o příspěvku na péči je posouzení míry závislosti osoby na pomoci jiné fyzické osoby. Stanovení míry závislosti se skládá ze dvou složek, jednak sociální a následné zdravotní. Jak už jsem uváděla v kapitole 1.4.3, proces posouzení stupně závislosti na pomoci jiné osoby je zahájen sociálním šetřením (14).

Sociální šetření provádí sociální pracovník, místně příslušného obecního úřadu s rozšířenou působností podle trvalého bydliště posuzované osoby, v přirozeném sociálním prostředí žadatele. Sociální pracovník zjišťuje životní podmínky dané osoby a její schopnost vedení samostatného života v přirozeném sociálním prostředí (20). K tomu mu slouží 36 zákonem stanovených úkonů péče o vlastní osobu a soběstačnosti (viz příloha č. 2). Při hodnocení těchto úkonů se sleduje funkční dopad dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu na schopnost zvládat jednotlivé úkony. U jednotlivých úkonů posuzujeme, zda je osoba schopna dlouhodobě, samostatně, spolehlivě a opakovaně rozpoznat potřebu úkonu, úkon fyzicky provádět obvyklým způsobem a kontrolovat správnost provádění úkonu. Těchto 7 kritérií pro hodnocení úkonu vystihuje následující tabulka (14,18).

Tabulka 1. kritéria pro hodnocení úkonů péče o vlastní osobu a soběstačnosti

	Dlouhodobě -D	Samostatně -S	Spolehlivě -Sp	Opakovaně -O
Rozpoznání potřeby úkonu-R				
Provedení úkonu fyzicky obvyklým způsobem - F				
Kontrola správnost provádění úkonu - K				

Kritéria v řádcích postihují tři základní důvody vzniku či existence závislosti osoby, a to jsou mentální rovina, fyzická rovina a smyslová rovina. Kritéria ve sloupcích pak popisují kvalitativní parametry provádění úkonu. Uvedené zkratky se využívají k popisu, do jaké míry daná osoba úkon splňuje, a to jak při sociálním šetření, tak například v odvolání proti zamítavému rozhodnutí o přiznání příspěvku. Pokud je posuzovaná osoba schopna zvládnout některý úkon pouze částečně, což znamená, že v některém z 12 polí uvedených tabulky není odpověď „ano“, pak se na to pohlíží tak, že daný úkon posuzovaná osoba není schopna zvládnout. Žadatel o příspěvek na péči je povinen se sociálnímu šetření podrobit, pokud například sociálního pracovníka odmítne vpustit do bytu, pak mu příspěvek nemusí být přiznán (14,20).

Jak bylo již popsáno v kapitole 1.4.3, fyzická osoba se považuje za závislou na pomoci jiné osoby ve stupni I, jestliže z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu potřebuje každodenní pomoc nebo dohled při více než 12 úkonech péče o vlastní osobu a soběstačnosti nebo u osoby do 18 let věku při více než 5 úkonech péče o vlastní osobu a soběstačnosti, ve stupni II, jestliže z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu potřebuje každodenní pomoc nebo dohled při více než 18 úkonech péče o vlastní osobu a soběstačnosti nebo u osoby do 18 let věku při více než 10 úkonech péče o vlastní osobu a soběstačnosti, ve stupni III, jestliže z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu potřebuje každodenní pomoc nebo dohled při více než 24 úkonech péče o vlastní osobu a soběstačnosti nebo u osoby do 18 let věku při více než 15 úkonech péče o vlastní osobu a soběstačnosti a ve stupni IV, jestliže z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu potřebuje každodenní pomoc nebo dohled při více než 30 úkonech péče o vlastní osobu a soběstačnosti nebo u osoby

do 18 let věku při více než 20 úkonech péče o vlastní osobu a soběstačnosti (4,18). U osoby do 18 let věku se pro účely stanovení stupně závislosti osoby posuzuje potřeba pomoci a dohledu daného dítěte. Porovnává se rozsah intenzity a náročnosti pomoci a dohledu, kterou je třeba posuzované osobě věnovat, ve srovnání s pomocí a dohledem, který je věnován zdravé fyzické osobě ve stejném věku (14).

Po provedení sociálního šetření se žádostí o příspěvek na péči zabývá posudkový lékař OSSZ či Pražské správy sociálního zabezpečení na základě žádosti obecního úřadu obce s rozšířenou působností. Součástí této žádosti je písemný záznam o sociálním šetření a kopie žádosti posuzované osoby o příspěvek. Při posuzování stupně závislosti osoby vychází posudkový lékař z výsledků sociálního šetření a zjištěných potřeb osoby, dále ze zdravotního stavu osoby doloženého nálezem ošetřujícího lékaře a případně také z výsledků vlastního vyšetření (20). Posudkový lékař může sám vyšetřit zdravotní stav posuzované osoby a ověřit její schopnosti při ústním jednání, anebo při osobní návštěvě posuzované osoby v místě jejího bydliště (4). Posudkový lékař je dále oprávněn posuzovanou osobu vyzvat, aby se podrobila vyšetření svého zdravotního stavu u stanoveného lékaře či ve zdravotnickém zařízení, případně jinému odbornému vyšetření, či poskytla jinou součinnost potřebnou k vytvoření posudku (20). Na základě nashromážděných informací posudkový lékař ověřuje výsledek sociálního šetření o zvládání či nezvládání jednotlivých úkonů péče o vlastní osobu a úkonů soběstačnosti. Pokud se neprokáže dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav a taková funkční porucha, která z lékařského hlediska odůvodňuje neschopnost úkonů zvládat po dobu delší než jeden rok, pak nelze uznat neschopnost provádět tento úkon. Aby mohl být přiznán dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav, stačí prokázat neschopnost provádět alespoň jeden úkon po dobu delší jednoho roku. Pokud se dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav neprokáže, posudkový proces tím končí a stupeň závislosti osoby se již nestanovuje. Podrobnosti k hodnocení schopnosti zvládat úkony péče o vlastní osobu a úkony soběstačnosti jsou uvedeny ve vyhlášce MPSV č. 505/2006 Sb., kterou se provádí některá ustanovení zákona o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů. Sociální šetření je předepsaným podkladem, avšak v průběhu posudkového procesu může být jeho obsah vyhodnocen odlišně. Pokud se vyskytnou rozdíly mezi výsledky sociálního šetření a závěry posudkového lékaře, pak tyto rozdíly musí být v posudku vysvětleny (4,18,25). Lhůta pro vydání posudku je 30 kalendářních dní, pokud obecní úřad obce s rozšířenou působností nestanoví lhůtu delší. V případě, že vydání posudku v této lhůtě brání závažné důvody, pak o tom úřad práce informuje obecní úřad obce s rozšířenou působností a ten může tuto lhůtu prodloužit až o dalších 30 kalendářních dní. Na závěr OSSZ sdělí příslušnému obecnímu úřadu obce s rozšířenou působností stanovený stupeň závislosti posuzované osoby, odůvodnění a dobu platnosti posouzení. Opět

platí, že pokud se žadatel odmítne podrobit některému z uložených vyšetření či neposkytne součinnost, ztrácí možnost získat příspěvek na péči (20,25).

1.6 Kvalita života osob pobírajících příspěvek na péči

Kvalita života podle Světové zdravotnické organizace (WHO) je to, „jak člověk vnímá své postavení v životě v kontextu kultury, ve které žije, a ve vztahu ke svým cílům, očekáváním, životnímu stylu a zájmům.“ Na kvalitu života můžeme pohlížet z různých úhlů. Jednou ze základních součástí kvality života je zdraví. WHO definuje zdraví jako „stav úplné fyzické, psychické a sociální pohody, nikoliv pouze absenci nemoci.“ (43). Z psychologického hlediska je kvalita života spjata s pojmem osobní pohody, který lze pokládat za hodnocení kvality života jako celku. Jedná se o dlouhodobý stav, který vyjadřuje spokojenost jedince s jeho životem. Osobní pohodu na jedné straně určují kognitivní složky, jako jsou životní spokojenost či morálka ve smyslu mravních zásad, a na straně druhé ji zásadním způsobem ovlivňují emoce, ať již pozitivní, či negativní. Ze sociologického pohledu je pojem kvality života chápán jako kvalitativní parametr lidského života, životního stylu a životních podmínek společnosti. V sociologii je kvalita života kladena do protikladu k materiálním a se ziskem souvisejícím kritériím a ke konzumnímu stylu života, který klade důraz na vlastnictví a uspokojování materiálních potřeb prostřednictvím zboží. Kvalita života v této oblasti nabývá zejména duchovního charakteru. Celkově lze tedy říct, že kvalita života je určena fyzickým zdravím osob, jejich psychickým stavem, sociálními vztahy a prostředím, ve kterém žijí (16,19,43).

Při zkoumání kvality života se na ni můžeme dívat ze subjektivního či objektivního pohledu. Více je využíváno subjektivního hodnocení, které přesněji mapuje úroveň kvality života konkrétní osoby. Vychází z toho, jak daný jedinec vnímá své postavení ve společnosti a jaký je jeho hodnotový systém. Jeho životní spokojenost závisí na osobních cílech, jeho očekáváním a zájmech. Objektivní hodnocení kvality života se zaměřuje na materiální zabezpečení, sociální podmínky, ve kterých daný jedinec žije, a jeho zdravotní stav. Kvalitu života tedy ovlivňují ekonomické, sociální, zdravotní a environmentální podmínky (13,19).

Příjemci příspěvku na péči, na které jsem tuto práci zaměřila, jsou v naprosté většině senioři. Proto se budu nadále zabývat kvalitou života ve stáří a tím, jaké životní podmínky tyto osoby mají, pokud žijí ve vlastní domácnosti či v institucích poskytujících zdravotně sociální péči. Řada seniorů si i v pokročilém věku udržuje své fyzické, psychické a společenské aktivity. Všem tato schopnost není dána, a tak jsou někteří staří lidé přehlíženi, odsouváni a není jim projevována dostatečná úcta a respekt. Řada seniorů je odkázána na péči své rodiny, která ji mnohdy odmítá poskytnout a

přesouvá ji na zdravotní a sociální zařízení. Často se zapomíná také na fakt, že mnoho dětí seniorů, jsou sami senioři. V mnoha případech však selhávají i zdravotníci, kteří o seniory v těchto institucích pečují. Přestávají chápat změněné potřeby starých osob nebo je jejich práce fyzicky i psychicky vyčerpává a nedokáží pojmenovat svůj syndrom vyhoření. Jedním z možných řešení je naučit se chápat změny stárnoucího člověka, respektovat jeho specifické potřeby a pomáhat mu naplnit jeho životní roli ve stáří. Seniorům by se měl poskytnout dostatek prostoru a času, aby přijali své fyziologické změny, a nevyžadovat po nich věci, na které jejich síly již nestačí. Stáří nelze chápat jako nemoc. Okolí seniora by se v něm mělo snažit povzbudit vnitřní energii a aktivitu a stavět na tom, co senior umí a dokáže a co chce (13,19,31,34).

1.6.1 Zdravotní stav

ČR je zapojena do programu Světové zdravotnické organizace Zdraví 21, který mimo jiné stanovuje cíl prodloužit do roku 2020 pravděpodobnou délku života bez zdravotního postižení o 20 % a nejméně o 50 % zvýšit podíl osob nad 80 let, které dosahují v domácím prostředí takové úrovně zdraví, která jim umožňuje uchovat si soběstačnost, sebeúctu a své místo ve společnosti. Dále program Zdraví 21 uvádí záměr zvyšovat kvalitu zdravotní péče (16,31). Současný demografický vývoj jasně ukazuje, že populace v Evropě stárne, klesá porodnost a délka života se prodlužuje. Odhaduje se, že v roce 2015 bude žít v evropských státech o 50% více lidí nad 80 let, než jich bylo v roce 2000. Tato významná demografická změna se projeví ve všech oblastech života celé populace a bude klást nové nároky zejména na ekonomiku, zdravotnictví a sociální služby (15,42). ČR se také zapojila ve spolupráci se Státním zdravotním ústavem do tříletého evropského projektu zakončeného v roce 2007 s názvem – Zdravé stárnutí. Zdravé stárnutí znamená především vytvoření a optimalizaci příležitostí, aby i starší lidé mohli aktivně, nezávisle a s radostí žít svůj život jako rovnocenní členové společnosti (15,31).

Pokud senior žije ve vlastním domácím prostředí, ať již s rodinou, či samostatně, nabízí se mu řada možností, jak zajistit odpovídající zdravotní péči. Jednou z nich je *domácí péče*, která je od roku 1990 součástí moderního systému zdravotní i sociální péče ČR. Jedná se o poskytování často časově neomezené odborné zdravotní péče kvalifikovanými zdravotními pracovníky přímo v domácnosti klientů. Kromě ošetrovatelských služeb domácí péče zprostředkovává zapůjčení kompenzačních pomůcek či pomoc při vyřizování osobních záležitostí a komunikaci s úřady. Nárok na poskytování domácí péče má každý občan ČR, jehož ošetřující lékař tak rozhodne po zhodnocení jeho celkového zdravotního stavu a stavu vlastního sociálního prostředí klienta (12,26,34,41). Podobné služby zajišťuje v domácím prostředí také *osobní asistence* a *pečovatelská služba*

viz. kapitola 1.4.4 a rodiny seniorů mohou též využívat řadu *odlehčovacích služeb*, jako jsou centra denních služeb a denní stacionáře. Tato zařízení poskytují odbornou zdravotní a komplexní celodenní péči a zároveň senior neztrácí každodenní kontakt se svými blízkými a přirozeným sociálním prostředím. Schopnost přizpůsobit se novému prostředí a dennímu režimu je však zcela individuální. Využití výše uvedených služeb závisí na jejich dostupnosti v místě bydliště, což bývá často velkým problémem (13,20,47).

Další možností poskytování zdravotní péče osobám se sníženou soběstačností jsou pobytová zařízení. *Domovy pro seniory* většinou nabízejí pomoc při osobní hygieně a při zvládnání běžných úkonů péče o vlastní osobu a také nabízejí pomoc při vstávání z lůžka, uléhání a změnách poloh. *Domovy se zvláštním režimem* a často také různé *charitativní organizace* poskytují komplexní ošetrovatelskou péči, která zahrnuje potřebnou zdravotní péči a také další obslužné činnosti (13,20). V těchto zařízeních se klade důraz též na uchování a podporu pohybových schopností klientů. Často se zde můžeme setkat s fyzioterapeutickými pracovníky, kteří s klienty provádějí vertikalizaci, nácvik pohyblivosti, chůze, skupinový i individuální kondiční tělocvik a tím napomáhají osobám udržovat a zlepšovat jejich soběstačnost. Tato zařízení však neposkytují své služby osobám, jejichž zdravotní stav vyžaduje trvalou péči v lůžkovém zdravotnickém zařízení, či jsou závislí na přístrojích, které podporují jejich základní životní funkce. Dále nepřijímají osoby závislé na návykových látkách, osoby mentálně postižené s výjimkou mentálního postižení, které vzniklo až v průběhu pobytu v tomto zařízení, dále osoby, které narušují kolektivní soužití či jsou agresivní, osoby vyžadující celodenní osobní asistenci a osoby s infekčním onemocněním (7,24,34). Nepřetržitá ošetrovatelská a zdravotní péče je osobám poskytována v *Léčebnách dlouhodobě nemocných* a v zařízeních hospicového typu. *Hospic* je nestátní zdravotnické zařízení vybavené ošetrovatelskými lůžky, které navazuje na domácí ošetrovatelskou péči a pečovatelskou službu v přirozeném prostředí klientů a které slouží především nevléčitelně nemocným osobám, které se nacházejí v terminální fázi jejich nemoci. Hlavní důraz je v zařízeních hospicového typu kladen na úctu k člověku a individuální přístup ke každému klientovi, kdy jsou komplexně zajišťovány všechny jeho tělesné, duchovní i sociální potřeby (41,45).

Kvalitu zdravotní péče je třeba zjišťovat a systematicky sledovat tak, aby byla zajištěna její standartní úroveň. Existuje řada dokumentů Rady Evropské unie a WHO, které doporučují, aby se zjišťování kvality zdravotní péče stalo součástí zdravotní politiky každého státu. Zajištění kvality a bezpečnosti pacientů je dokonce součástí přístupové agendy při přijímání nových členů do Evropské unie. V současné době Ministerstvo zdravotnictví ČR provozuje internetový server – Portál kvality, kde odborníci i laici naleznou širokou nabídku informací o kvalitě zdravotní péče (16).

1.6.2 Bydlení

Rodina je místem přirozené solidarity mezi generacemi, v jejím prostředí se realizují vztahy úcty a respektu ke stárnoucímu člověku. Senioři také významně přispívají k základním funkcím rodiny, kterou je socializace a výchova dětí. V případě ztráty soběstačnosti seniory s sebou tato situace však přináší řadu specifických potřeb a nároků na rodinu. Ztráta soběstačnosti není projevem pouhých involučních změn, ale je vždy důsledkem kombinace zdravotního postižení, nároků prostředí a sociální situace (9,31). Z výzkumů provedených v roce 2000 Výzkumným ústavem práce a sociálních věcí (VÚPSV) jednoznačně vyplývá, že senioři dávají přednost pobytu v domácím prostředí a péči rodiny v případě zhoršení zdravotního stavu před poskytováním sociální péče státem v instituci. Současně 80 % osob, které mají v rodině rodiče-seniora, uvedlo, že by v případě jeho nesoběstačnosti volilo vlastní péči či ambulantní péči. Jako nejčastější důvody, proč by zvažovali zabezpečení péče pro seniora prostřednictvím instituce, uváděli omezení možnosti zaměstnání, nezvládnutí potřebné odborné péče a časovou náročnost poskytované péče. Přesto však narůstají počty žádostí o institucionální sociální služby (12,31). Například počet neuspokojených žadatelů o umístění do domova pro seniory se v letech 1995 až 2005 více než zdvojnásobil, přičemž nejvíce jich bylo ve velkých městech, jako je Praha, Brno či Ostrava (3). Významnou pomocí rodině se seniorem s omezenou soběstačností je zejména poskytování zdravotních a sociálních služeb v domácím prostředí seniora, včetně služeb pro pečující. Důležitá je jejich koordinace, dostupnost, kvalita a individualizovaný přístup, to vše může významně přispět k udržení nezávislosti seniora, zachování jeho přirozeného prostředí, rodinných a dalších sociálních vazeb. Významnou roli má též poskytování informací seniorům a rodinám o jejich právech, sociálních dávkách a službách, které jsou jim k dispozici. Ačkoliv v současné době dochází k rozvoji v poskytování sociálních služeb tohoto typu, nadále převažuje umísťování nesoběstačného seniora do pobytového ústavního zařízení namísto jeho setrvání v rodině (19,24,31).

V současné době převládá samostatné bydlení seniorů odděleně od jejich dětí. Vícegeneračních domácností je méně než v minulosti a setkáváme se s nimi spíše v menších obcích a na venkově, kde převažuje bydlení ve vlastním rodinném domě, zatímco ve větších městech převládá nájemní bydlení. V roce 2002 žilo 49 % seniorů nad 70 let v jednočlenných domácnostech a dalších 40 % v domácnostech manželských párů. Zároveň se ukazuje, že s rostoucím věkem seniorů je bydlení v jednočlenných domácnostech častější a zároveň se zvyšuje poměr žen vůči mužům (31). *Sociálně konstruovaná závislost* předpokládá, že ke vzniku závislosti starých lidí na pomoci druhé osoby přispívají také přístupy společnosti ke stáří, vytvářené na mylných či nesprávných představách. Mezi hlavní příčiny

jejího vzniku patří vytěsnění jedince z jeho přirozeného sociálního prostředí, tedy ze sociálních vazeb a sítí formovaných během celého předcházejícího života rodinou, okruhem známých a především prostorem, v němž přebývá (33). Životní prostor je třeba chápat jako místo, kde žijeme a na které jsme vázáni, a ne jako pouhý příbytek, přičemž jeho hranice mohou být individuální. Životní prostor představují předměty, nábytek, domy, zákoutí atd., na něž jsme si utvořili vazbu, spojujeme s nimi určité situace a mají pro nás nezastupitelný význam (23). V případě, že je senior schopen bydlet samostatně, ale i v případech, kdy o něho pečuje rodina v domácím prostředí, je nutné zajistit úpravy bytu vedoucí k odstranění bariér a hendikepujících situací, ke snížení celkové náročnosti domácího prostředí a zvýšení jeho bezpečnosti (31). Je třeba zajistit seniorovi možnost pohybovat se v prostoru samostatně, je-li to možné, vytvořit podmínky pro přijímání péče v domácnosti, tak aby bylo dostatek prostoru kolem lůžka a dobré větrání, podmínky pro přijímání návštěv a vyčlenění prostoru pro možnost přenocování příbuzných či pečovatелů (9,11).

V pobytových zařízeních sociální péče pro seniory jsou konstruovány pokoje pro jednu, či více osob a poskytují komplexní zázemí. Avšak při výstavbě těchto zařízení je třeba myslet na potřebu sociálního kontaktu a podle toho řešit společné prostory budovy. Kromě vytvoření prostoru a zákoutí pro společné aktivity obyvatel zařízení je třeba zajistit místa pro setkávání s příbuznými a vytvořit podmínky pro komunikaci s okolní komunitou formou zahrady, kavárny atd. (9). Nejčastěji využívané jsou *domovy pro seniory*, což jsou pobytová zařízení, která poskytují zdravotní i sociální péči. Obvykle je na jednom pokoji ubytováno několik osob, pro některé seniory může být sžití s cizím člověkem velkým problémem. Za příplatek je většinou možné mít jednolůžkový pokoj, ale zde naopak hrozí pocit izolace a osamění. Další formou jsou *domy s pečovatelskou službou*, které poskytují pobytové služby pro více soběstačné seniory. Dům má samostatné bytové jednotky, kde žijí jednotlivci nebo manželské páry (24,34). Služby poskytovatelů sociálních služeb evidovaných v registru poskytovatelů sociálních služeb jsou financovány jednak z neinvestičních dotací na poskytování sociálních služeb ze státního rozpočtu, které poskytuje MPSV, a dále jednotlivé instituce získávají finance realizací Individuálních projektů krajů. Zároveň jsou zdravotní a sociální zařízení financovány prostřednictvím příspěvku na péči jejich klientů. Výše úhrad jejich služeb je závislá na tom, jaký stupeň závislosti příspěvku na péči jim byl přiznán (24,44,50). *Penziony pro seniory* zřizuje na rozdíl od předchozích zařízení pouze soukromý subjekt. Penziony mohou být rodinného typu i samostatné bytové jednotky. Podporu v každodenních činnostech, pečovatelskou a zdravotní službu si každý obyvatel zajišťuje sám, některé penziony nabízejí i tyto služby. Po stránce bydlení může být život pro staré osoby v těchto zařízeních pohodlnější a komfortnější, jelikož jsou konstruována přímo pro

ně a tedy, aby vyhovovala jejich specifickým požadavkům. Jejich výhodou je bezbariérové vybavení, pomůcky usnadňujících život a v případě potřeby je také možné využít profesionálních služeb pečovatelské služby (9,24,31).

1.6.3 Společenská aktivita

Výhodou bydlení ve vlastní domácnosti je bezpochyby skutečnost, že senior zůstává ve svém přirozeném sociálním prostředí, na které je zvyklý, jak již bylo popsáno v kapitole 1.6.2. Senior je obklopen lidmi a předměty, ke kterým ho poutají vazby vytvářené po celý jeho předchozí život, to mu dává tolik důležitý pocit jistoty a bezpečí (31). Mezilidské vztahy v domácnostech starých osob nemusejí však vždy být harmonické a mohou se stát velkým zdrojem pro psychické i fyzické strádání seniora. V této souvislosti byl popsán *syndrom EAN* (Elder Abuse and Neglect), pro který se v češtině užívá názvu – týrání a zanedbávání seniorů, případně špatné zacházení se seniory. Je definován jako "opakované či jednorázové špatné chování vůči starému člověku, ze strany toho, kterému starý člověk důvěřuje či je na něm závislý. Důsledkem tohoto chování je poškození či výrazný dyskomfort" (1,17). Dalším problémem osob žijících ve vlastním bytě či domě se může stát jejich postupná izolace od okolního světa. Vše potřebné pro seniora obstarává pečující rodina, případně pracovníci pečovatelské služby, a senior postupně přestává vycházet ze svého domu a jeho svět se náhle omezí často jen na jednu místnost. Příčinami mohou být jednak neochota a vyčerpanost starých osob, ale také strach z vnějšího světa. Senior ztrácí sociální kontakty, styk s okolní komunitou, ale také zájem o dříve oblíbené činnosti. To vše může vést k jeho deprivaci, pocitu osamění a depresím (19,26,43).

V pobytových zařízeních, jako jsou domovy pro seniory, na společenskou aktivitu svých klientů pamatují a je jí věnována zvláštní pozornost. Domovy nabízí obyvatelům širokou škálu různých aktivizačních činností, probíhá zde např. muzikoterapie, kondiční cvičení, rehabilitace, trénování paměti, skupinové předčítání či filmový klub, možné je též zajištění duchovních služeb. Všechny tyto sociálně terapeutické a aktivizační činnosti probíhají na základě sestavení individuálního plánu klienta, který zohledňuje jeho aktuální schopnosti, přání a potřeby. Dále se klade důraz na podporování starých osob v soběstačnosti a aktivitě pomocí jednotlivých terapeutických metod, zejména se jedná o ergoterapii. Domovy pro seniory se snaží zprostředkovávat kontakt se společenským prostředím, dávají přednost především kontaktu klienta s rodinou a podporují ho též ve využívání běžně dostupných informačních zdrojů a služeb. V Domovech se pořádají různé výlety a společenské akce, především venku, neboť usilují o kontakt seniorů s vnějším okolím. Domovy s pečovatelskou službou se způsobem bydlení blíží více samostatnému bydlení nežli kolektivnímu, avšak i zde najdeme obdobné aktivizační činnosti (7,24,43).

2 CÍLE PRÁCE A HYPOTÉZY

2.1 Cíle práce

Cílem této práce bylo zmapovat poskytování dávek sociálního zabezpečení, činnost Lékařské posudkové služby a problematiku procesu posuzování zdravotního stavu pro účely nároku na příspěvek na péči.

Dalším cílem této práce bylo zjistit kvalitu života osob pobírajících příspěvek na péči.

2.2 Hypotézy

Příspěvek na péči je převážně využíván na úhradu výdajů souvisejících se zabezpečením pomoci a podpory příjemci příspěvku.

Příspěvek na péči zlepšil kvalitu života pobírajících osob.

3 METODIKA

3.1 Metodika práce

V této práci byla použita *sekundární analýza dat* na základě studia dostupných informací z odborné literatury, zákonných norem a internetových pramenů.

Praktické informace jsem získala při návštěvách jednotlivých sociálních zařízení pro zdravotně postižené občany v Jindřichově Hradci a Českých Budějovicích, kde jsem měla možnost se seznámit s jejich běžným provozem. Cenné informace jsem také získala rozhovory s jednotlivými zaměstnanci těchto zařízení.

Práce byla zpracována formou kvantitativního výzkumu, metodou dotazování a jako základní technika sběru dat byl použit *dotazník*, kdy respondenti označili zvolené odpovědi, případně dopsali své názory. Dotazníky byly anonymní a jejich vyplňování dobrovolné. K sestavení části dotazníku jsem využila SF-36 dotazníku, který se používá k měření kvality života. Dotazníky byly respondentům zprostředkovány skrze zaměstnance jednotlivých sociálních zařízení.

V dotazníku bylo použito 16 otázek. Otázky 1, 7, 10, 14, 15, 16 jsou uzavřené, otázky 2, 3, 4, 5, 8, 9, 12, 13 jsou polouzavřené a otázky 6, 11 jsou otevřené, kdy respondenti mohli volně vepsat své odpovědi. V úvodu dotazníku společně s otázkou 5 jsou identifikační otázky. Následující otázky 1 – 4 se dotazují na zdravotní stav respondentů, jejich mobilitu a sebeoblužnost. Otázky 6 – 13 se zabývají příspěvkem na péči, procesem jeho přiznávání, důvody pro jeho zažádání a také způsobem jeho užití. Otázky 14 – 16 zkoumají, zda se změnila kvalita života respondentů od doby, kdy pobírají příspěvek na péči. Úplné znění dotazníku je uvedeno v příloze č. 4.

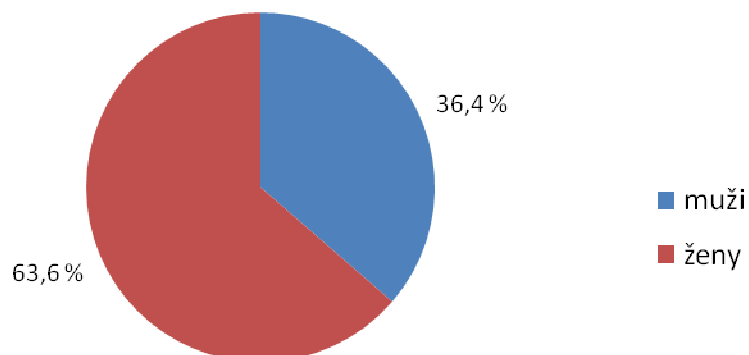
3.2 Zkoumaný soubor

Výzkum byl proveden v sociálních zařízeních pro zdravotně postižené občany v Českých Budějovicích a Jindřichově Hradci. Konkrétně v Českých Budějovicích v Domově pro seniory Máj, v Domově s pečovatelskou službou Nerudova 2a a v Jindřichově Hradci bylo dotazníkové šetření provedeno v Domově s pečovatelskou službou a v Domově seniorů Jindřichův Hradec. Dále byly dotazníky rozdány příjemcům příspěvku na péči žijícím v domácnostech v okrsku Centra sociálních služeb Staroměstská, klientům poradny Národní rady osob se zdravotním postižením ČR v Českých Budějovicích a klientům Centra pro zdravotně postižené Jihočeského kraje v Jindřichově Hradci.

Zkoumaným souborem byly osoby, které především z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu pobírají příspěvek na péči, do výzkumu nebyly zahrnuty osoby s mentálním postižením. Bylo rozdáno 150 dotazníků, z kterých respondenti vyplnili a vrátili 110 dotazníků, návratnost je tedy 73,3 % a celkový zkoumaný soubor tvoří 110 respondentů. Výzkum a sběr dotazníků probíhal od listopadu 2010 do ledna 2011.

4 VÝSLEDKY

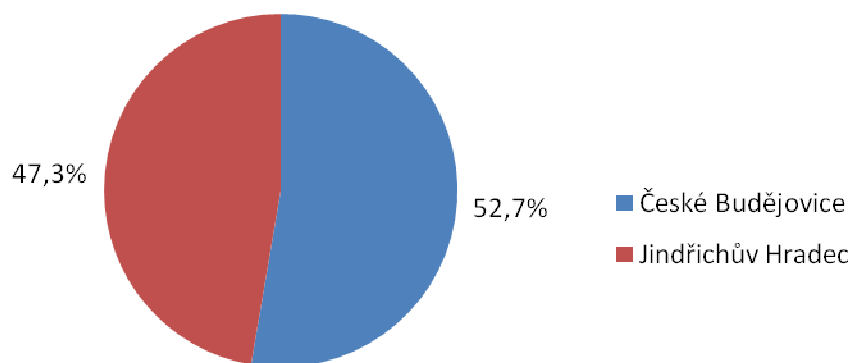
Graf 1. Pohlaví respondentů



Zdroj: Vlastní výzkum.

Zkoumaný soubor tvořilo 70 žen, to je 64 %, a 40 mužů, což odpovídá 36 %.

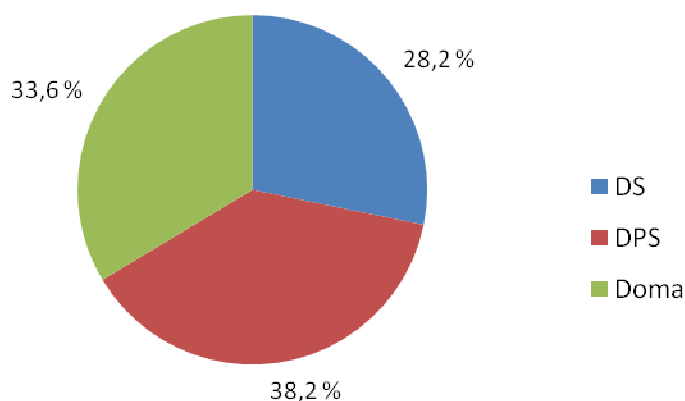
Graf 2. Město, ve kterém respondenti žijí



Zdroj: Vlastní výzkum.

V Českých Budějovicích žije 58 respondentů, to odpovídá 52,7 %.
V Jindřichově Hradci žije 52 respondentů, což odpovídá 47,3 %.

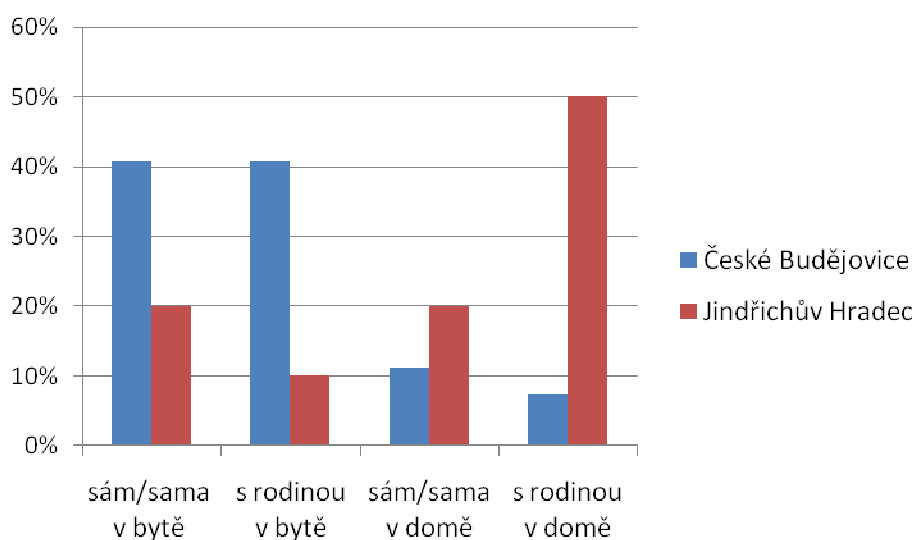
Graf 3. Způsob bydlení respondentů



Zdroj: Vlastní výzkum.

Z celkového počtu 110 respondentů jich 31 bydlí v Domově pro seniory (dále jen „DS“), což odpovídá 28,2 %. V Domově s pečovatelskou službou (dále jen „DPS“) žije 42 osob, to odpovídá 38,2 %. 37 respondentů žije ve vlastním, či pronajatém bytě, či domě (dále jen „Doma“), což odpovídá 33,6 %.

Graf 4. Způsob bydlení respondentů žijících „Doma“

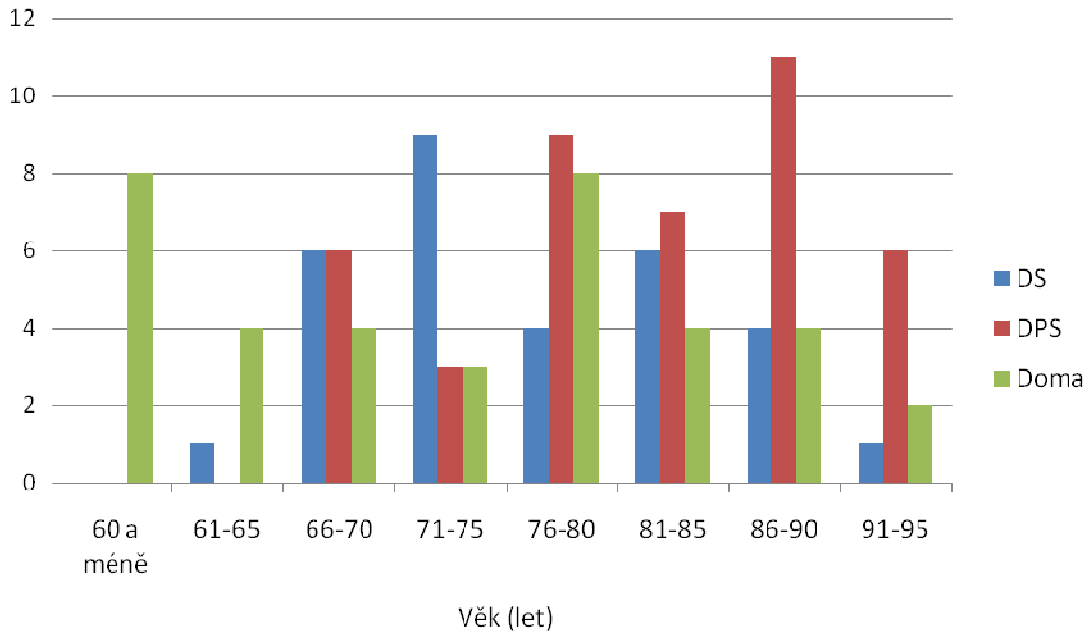


Zdroj: Vlastní výzkum.

Z celkového počtu 27 respondentů z Českých Budějovic jich 40,7 % žije samo v bytě či s rodinou v bytě, dalších 11,2 % žije samo v domě a 7,4 % žije s rodinou v domě.

respondentů žije s rodinou v domě. Z celkového počtu 10 respondentů z Jindřichova Hradce jich 20 % žije samotných v bytě či domě, 10 % z nich žije v bytě s rodinou a 50 % žije v domě s rodinou.

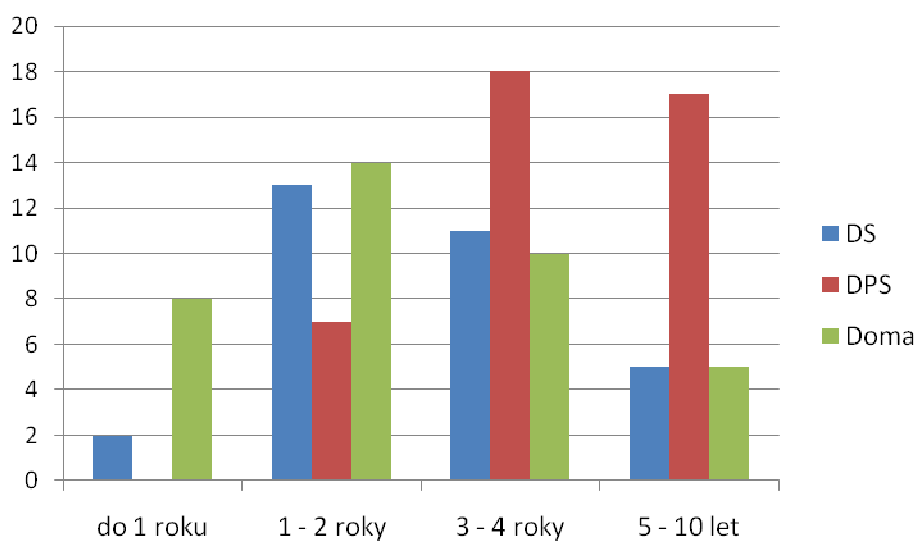
Graf 5. Věk respondentů



Zdroj: Vlastní výzkum.

Průměrný věk respondentů byl 77,1 let, nejčetnější zastoupení měla věková skupina 76 – 80 let a 86 – 90 let. Nejnižší věk měl muž žijící „Doma“, kterému bylo 36 let. Nejvyššího věku dosáhla žena žijící v DPS, které bylo 93 let.

Graf 6. Doba pobírání příspěvku na péči

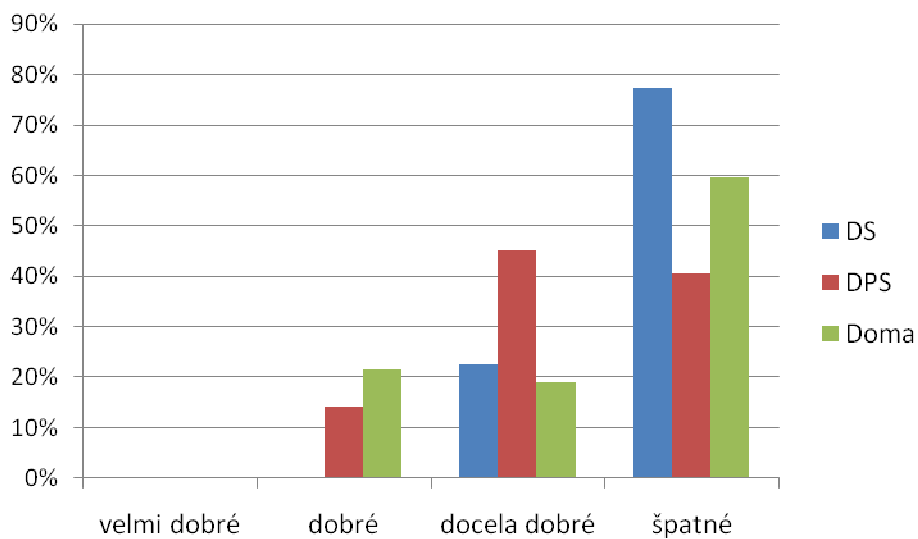


Zdroj: Vlastní výzkum.

Průměrná doba, po kterou respondenti žijící v DS pobírají příspěvek na péči je 3,2 roku, u respondentů žijících v DPS je to 4,8 roku a u respondentů žijících Doma je to 2,7 roku.

4.1 Zdravotní stav

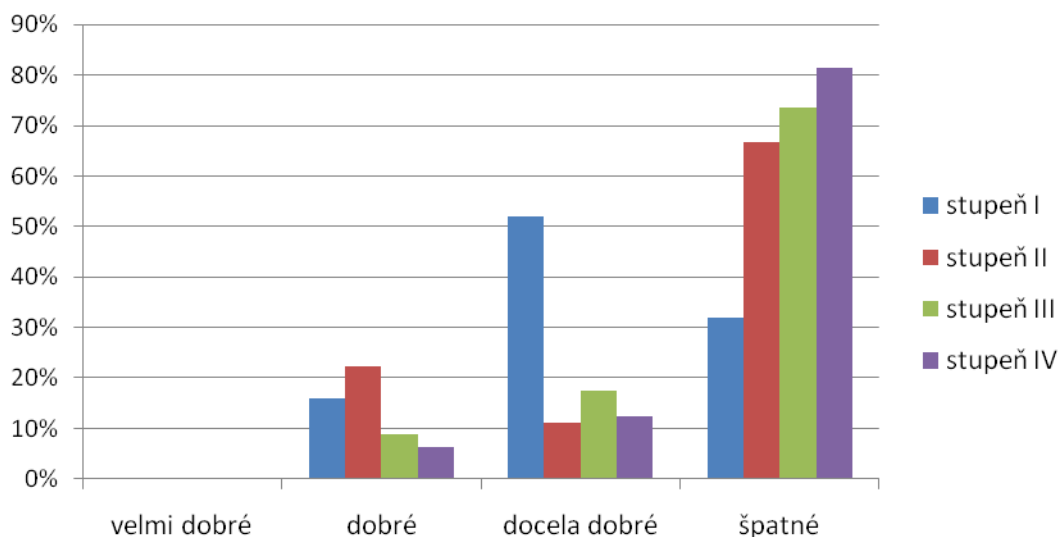
Graf 7. Hodnocení svého zdraví



Zdroj: Vlastní výzkum.

Za dobré hodnotí své zdraví 21,6 % respondentů žijících Doma a 14,2 % respondentů, kteří bydlí v DPS. Respondenti žijící v DPS nejčastěji hodnotí své zdraví jako docela dobré a to ve 45,2 %. 77,4 % respondentů, kteří bydlí v DS pokládá své zdraví za špatné, stejně jako 59,5 % respondentů žijících Doma.

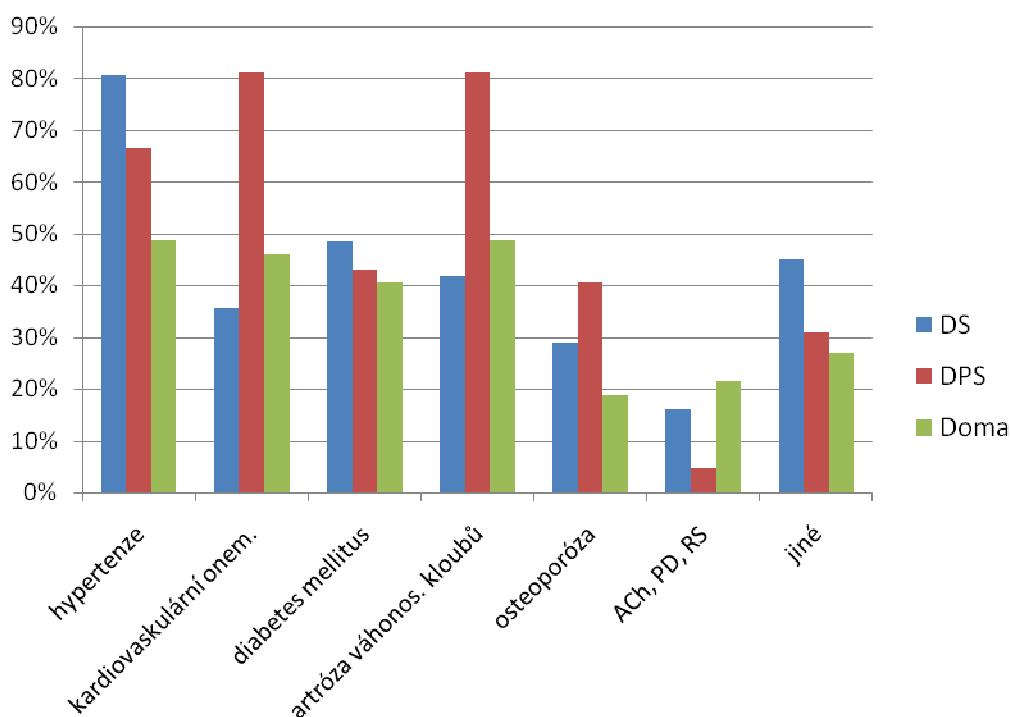
Graf 8. Hodnocení zdraví respondentů dle stupňů závislosti



Zdroj: Vlastní výzkum.

Své zdraví považuje za špatné 32 % respondentů v I. stupni závislosti, 66,7 % ve II. stupni, 73,5 % ve III. stupni a 81,3 % ve IV. stupni. Jako docela dobré své zdraví hodnotilo 52 % respondentů pobírajících příspěvek na péči v I. stupni. Za dobré své zdraví považuje 16 % respondentů v I. stupni závislosti, 22,2 % ve II. stupni.

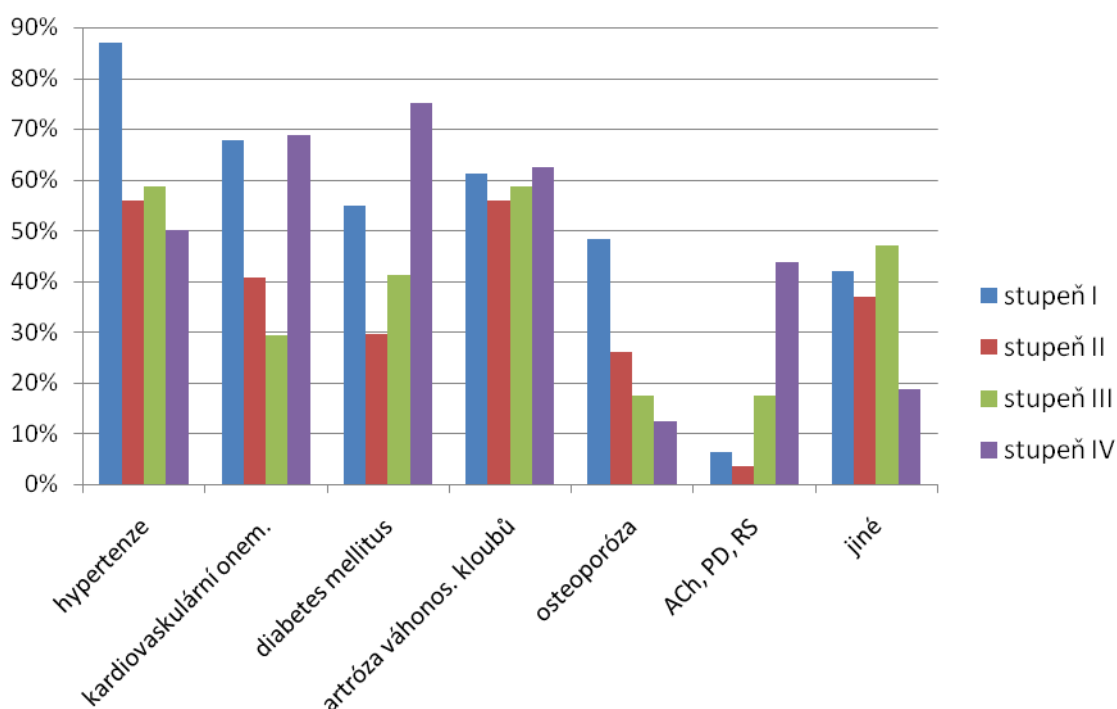
Graf 9. Dlouhodobá onemocnění respondentů



Zdroj: Vlastní výzkum.

Nejčastější onemocnění, které se u respondentů vyskytuje, je hypertenze, kterou trpí 80,6 % respondentů žijících v DS, 66,6 % v DPS a 48,6 % Doma. Druhou nejčastější chorobou je artróza váhonosných kloubů, především kyčle a kolena, která postihuje 42 % respondentů žijících v DS, 81 % v DPS a 48,6 % Doma. Na třetím místě jsou kardiovaskulární onemocnění, kterými trpí 35,5 % respondentů žijících v DS, 81 % v DPS a 46 % Doma. Mezi další onemocnění respondentů se řadí diabetes mellitus, osteoporóza, Alzheimerova choroba, Parkinsonova demence a roztroušená skleróza. Do kolonky „jiné“ respondenti uváděli tyto onemocnění: degenerativní změny na páteři, astma, epilepsie, amputace či plegie dolních končetin, žaludeční vředy, onemocnění štítné žlázy, urologická onemocnění, dětská mozková obrna, poruchy zraku a sluchu, benigní nádor mozku.

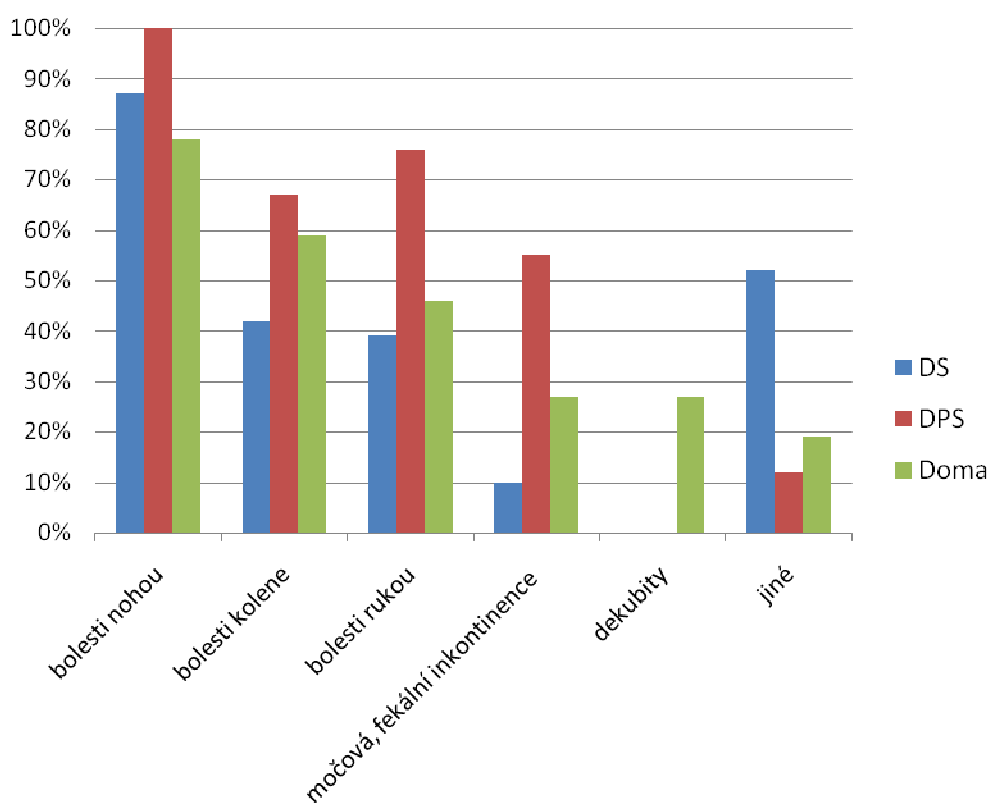
Graf 10. Dlouhodobá onemocnění respondentů dle stupňů závislosti



Zdroj: Vlastní výzkum.

Hypertenzi trpí především respondenti, kteří pobírají příspěvek na péči v I. stupni, a to 87,1 % z nich. Kardiovaskulární onemocnění se vyskytují u 67,7 % respondentů v I. stupni závislosti a u 68,8 % ve IV. stupni. Na diabetes mellitus se léčí 75 % respondentů ve IV. stupni závislosti a 54,8 % v I. stupni. Artróza váhonosných kloubů má ve všech čtyřech stupních podobné zastoupení, kolem 60 %. Osteoporóza se vyskytuje u 48,4 % respondentů v I. stupni závislosti. Onemocnění jako Alzheimerova choroba, Parkinsonova demence a roztroušená skleróza se častěji vyskytují u respondentů ve IV. stupni závislosti, a to u 43,8 % z nich. Do kolony „jiné“ respondenti uváděli tato onemocnění: degenerativní změny na páteři, astma, epilepsie, amputace či plegie dolních končetin, žaludeční vředy, onemocnění štítné žlázy, urologická onemocnění, dětská mozková obrna, poruchy zraku a sluchu, benigní nádor mozku.

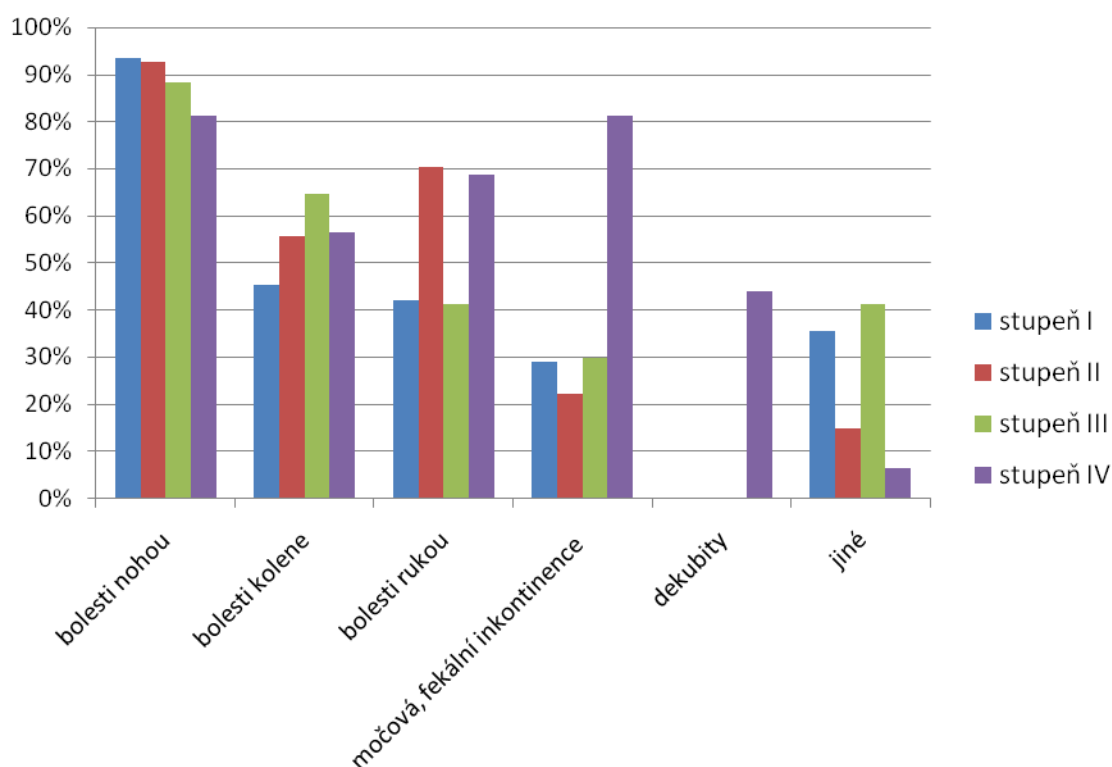
Graf 11. Obtíže respondentů



Zdroj: Vlastní výzkum.

Nejčastější obtíže, které se u respondentů vyskytují, jsou bolesti nohou. Trpí jimi 87 % dotázaných žijících v DS, všichni respondenti v DPS a 78 % respondentů žijících Doma. Mezi další obtíže, které se u dotázaných vyskytují, patří bolesti kolena, rukou, močová a fekální inkontinence a na dekubity si stěžovali pouze osoby žijící Doma. Do kolonky „jiné“ respondenti uvedli tyto obtíže: bolesti zad, hlavy a žaludku, poruchy rovnováhy, dušnost, bušení srdce, poruchy srážlivosti krve.

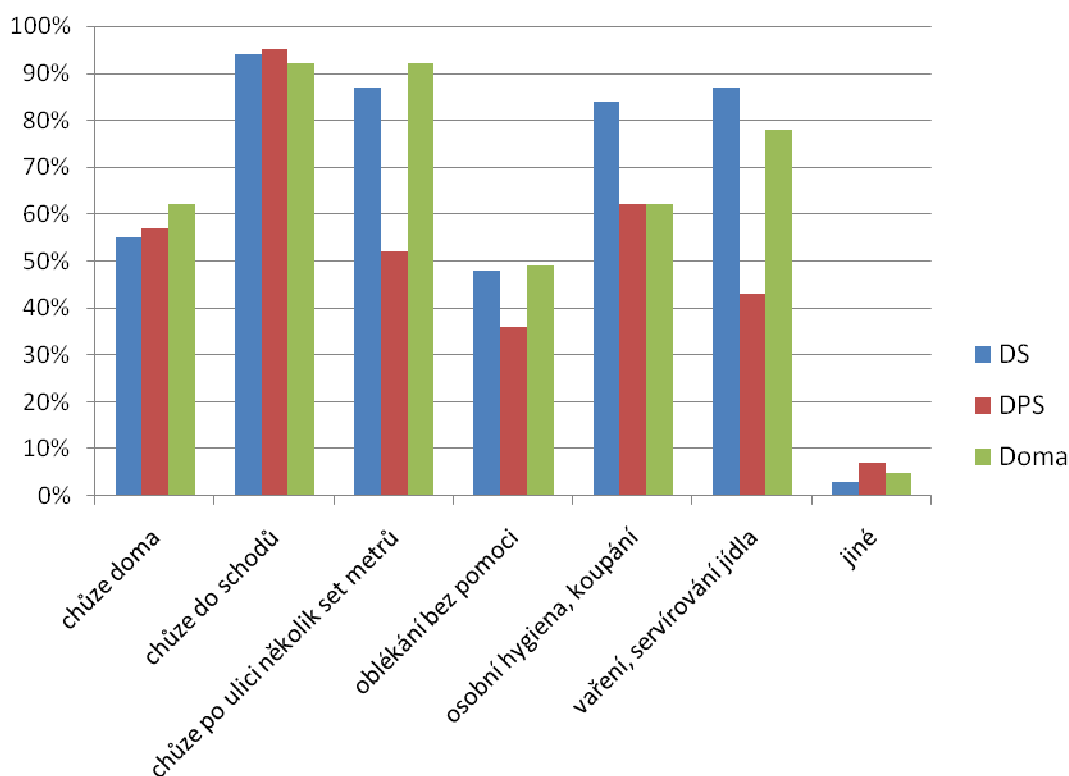
Graf 12. Obtíže respondentů dle stupňů závislosti



Zdroj: Vlastní výzkum.

Bolesti nohou, rukou a kolene jsou časté obtíže u všech respondentů. Výraznější rozdíl vidíme u močové či fekální inkontinenci, kterou trpí 81,3 % respondentů, kteří pobírají příspěvek na péči ve IV. stupni, a také se u 43,8 % z nich vyskytují dekubity. Do kolonky „jiné“ respondenti uvedli tyto obtíže: bolesti zad, hlavy a žaludku, poruchy rovnováhy, dušnost, bušení srdce, poruchy srážlivosti krve.

Graf 13. Mobilita a sebeobslužnost respondentů

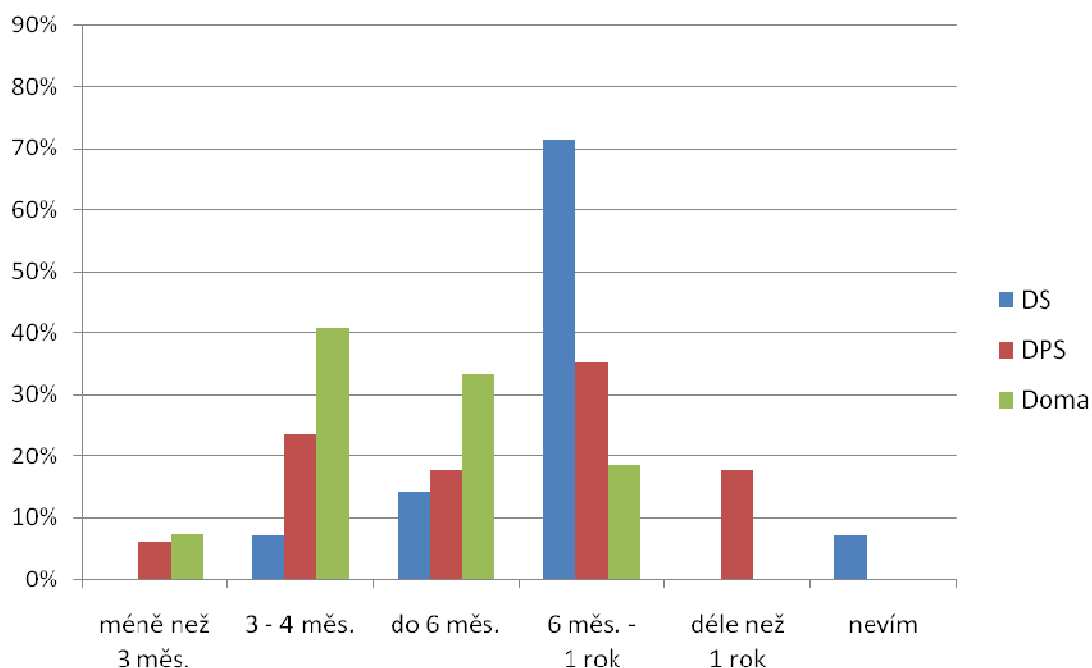


Zdroj: Vlastní výzkum.

V oblasti mobility nejčastěji respondenti uváděli, že jim dělá potíže chůze do schodů, konkrétně 94 % dotázaných v DS, 95 % v DPS a 92 % Doma. Dále jim činí potíže chůze po ulici v řádu několika set metrů a to 87 % respondentů v DS, 52 % v DPS a 92 % Doma. Chůze doma dělá problémy více než polovině všech dotázaných. V oblasti sebeobslužnosti dělá největší obtíže shodně péče o osobní hygienu a vaření. Osobní hygienu, včetně koupání, nezvládá 84 % dotázaných z DS a 62 % z DPS a žijících Doma. Vaření a servírování jídla činí potíže 87 % respondentů v DS, 43 % v DPS a 78 % Doma. Dalším častým problémem je oblékání bez pomoci jiné osoby. Do kolonky „jiné“ respondenti uvedli tyto potíže: samostatný pohyb, psaní a ruční práce, nakupování, vyřizování na úřadech.

4.2 Příspěvek na péči

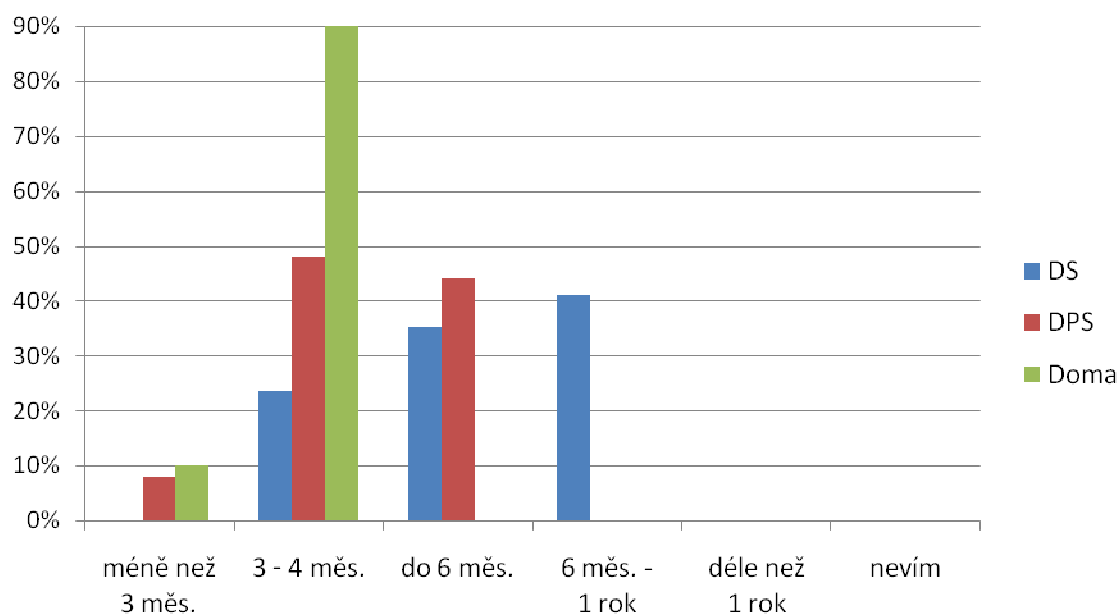
Graf 14. Doba přiznávání příspěvku na péči v Českých Budějovicích



Zdroj: Vlastní výzkum.

V Českých Budějovicích respondenti nejčastěji uváděli, že proces přiznávání příspěvku na péči u nich trval od 6 měsíců do 1 roku. Konkrétně to uvedlo 71 % respondentů žijících v DS, 35 % v DPS a 19 % Doma. U 41 % respondentů, kteří bydlí Doma, tento proces trval 3 až 4 měsíce. 18 % respondentů žijících v DPS odpovědělo, že proces přiznávání příspěvku na péči u nich probíhal déle než 1 rok, z toho nejdelší uvedená doba byla 6 let.

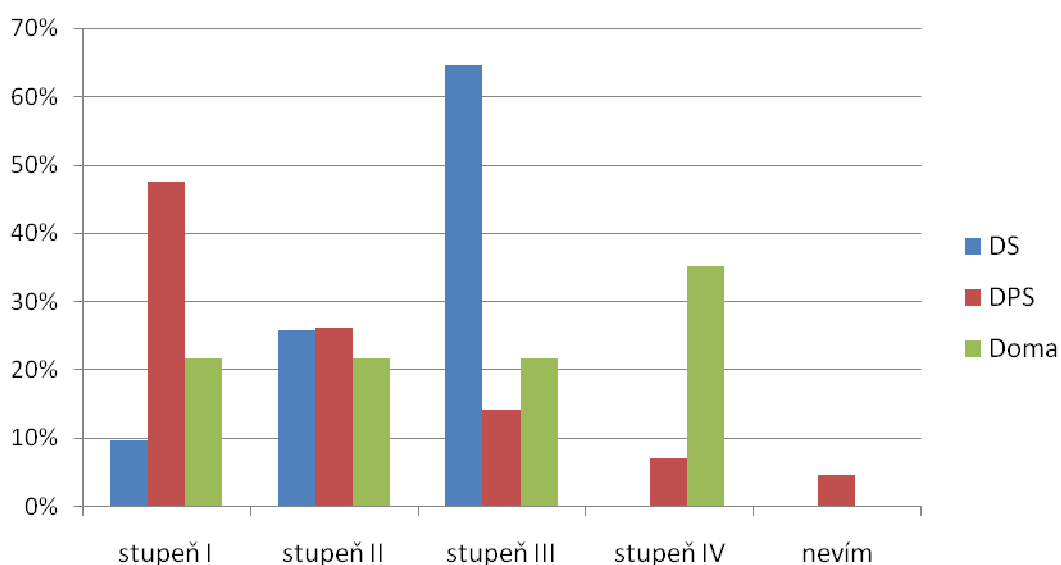
Graf 15. Doba přiznávání příspěvku na péči v Jindřichově Hradci



Zdroj: Vlastní výzkum.

V Jindřichově Hradci respondenti nejčastěji odpověděli, že proces přiznávání příspěvku na péči u nich trval 3 až 4 měsíce. Konkrétně to uvedlo 23 % respondentů žijících v DS, 48 % v DPS a 90 % Doma.

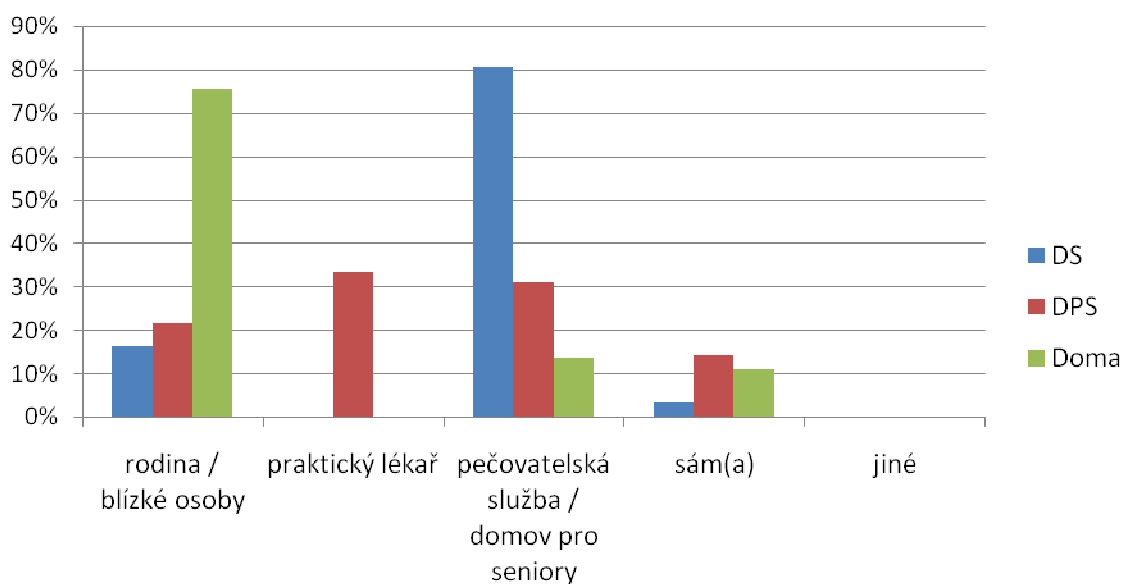
Graf 16. Stupeň závislosti osob



Zdroj: Vlastní výzkum.

Příspěvek na péči ve stupni I je přiznán 47,6 % respondentů, kteří bydlí v DPS. Příspěvek ve stupni II pobírá přes 20 % respondentů ve všech třech kategoriích. 64,5 % respondentů žijících v DS náleží příspěvek ve stupni III a 35,1 % respondentů, kteří bydlí Doma, byl přiznán příspěvek ve stupni IV.

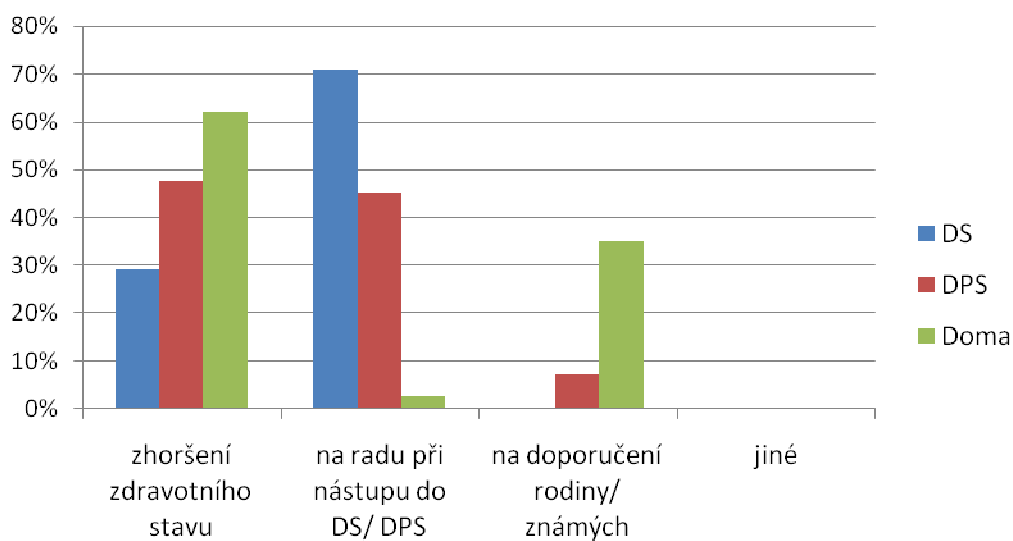
Graf 17. Kdo vyřídil žádost o příspěvek na péči?



Zdroj: Vlastní výzkum.

80,6 % respondentů, kteří bydlí v DS, uvedlo, že jim žádost o příspěvek na péči vyřídil domov pro seniory. 75,6 % respondentům žijícím Doma vyřídil žádost někdo z rodiny, či blízkých osob. 33,3 % respondentů z DPS uvedlo, že jim žádost o příspěvek na péči zařídil jejich praktický lékař a dalším 30 % pečovatelská služba. Osobně si žádost vyřizovala 3 % respondentů z DS, 14,3 % z DPS a 10,8 % žijících Doma.

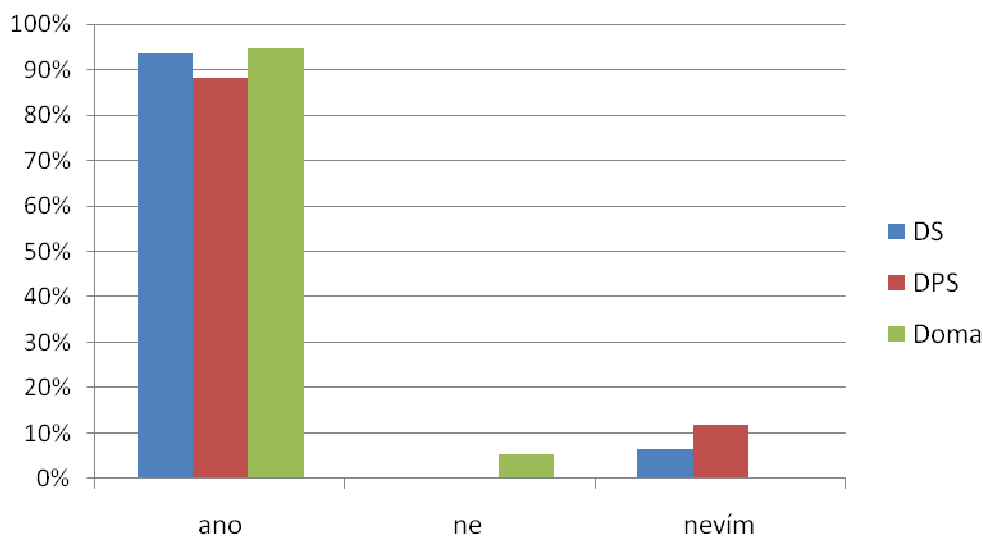
Graf 18. Důvod žádosti o příspěvek na péči



Zdroj: Vlastní výzkum.

Zhoršení zdravotního stavu uvedlo jako důvod pro podání žádosti o příspěvek na péči 29 % respondentů z DS, 47,6 % z DPS a 62,1 % žijících Doma. 70,9 % respondentů z DS a 45,2 % z DPS podalo žádost na radu při nástupu do domova. Na popud rodiny či známých si o příspěvek zažádalo 7 % respondentů žijících v DPS a 35 % Doma.

Graf 19. Proběhlo sociální šetření v domácnosti žadatele o příspěvek na péči?

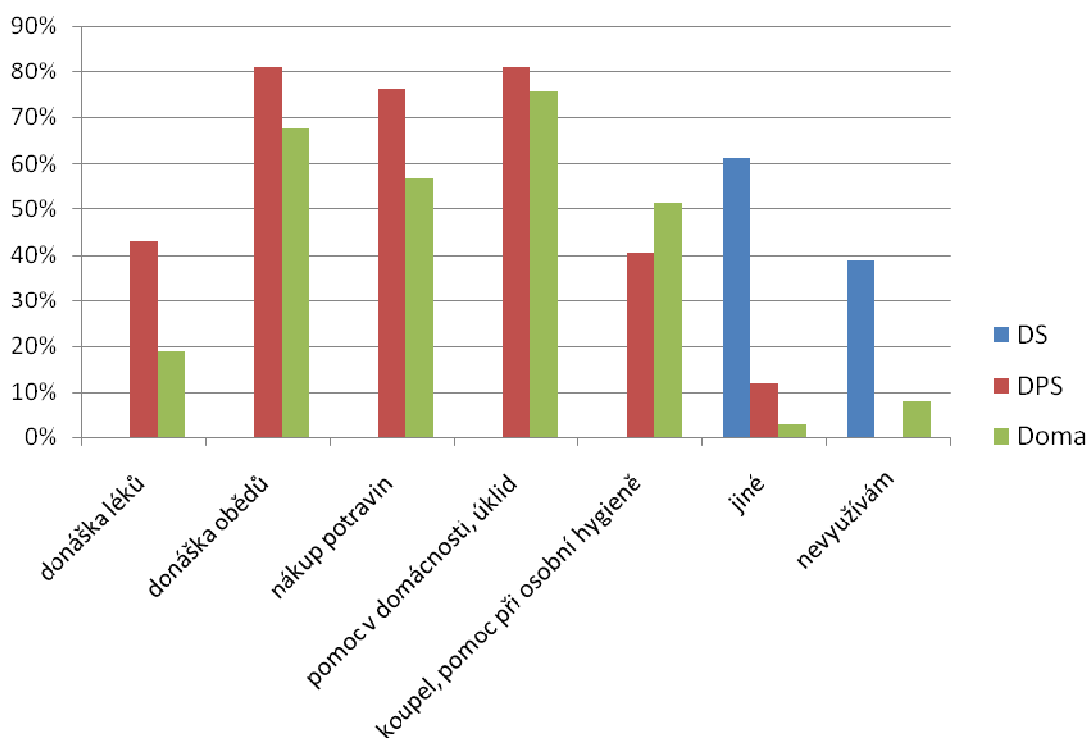


Zdroj: Vlastní výzkum.

93,5 % respondentů z DS, 88 % z DPS a 94,6 % žijících Doma odpovědělo, že je v průběhu přiznávání příspěvku na péči navštívila sociální pracovnice. 6,5 % respondentů žijících v DS a 12 % v DPS si nevzpomínalo. 5,4 % respondentů, kteří žijí Doma, uvedlo, že je nikdo nenavštívil, což konkrétně odpovídá 2 lidem.

Na otázku, zda se vyskytly nějaké problémy v průběhu vyřizování příspěvku na péči, 3 respondenti žijící Doma odpověděli, že měli problémy se svým praktickým lékařem.

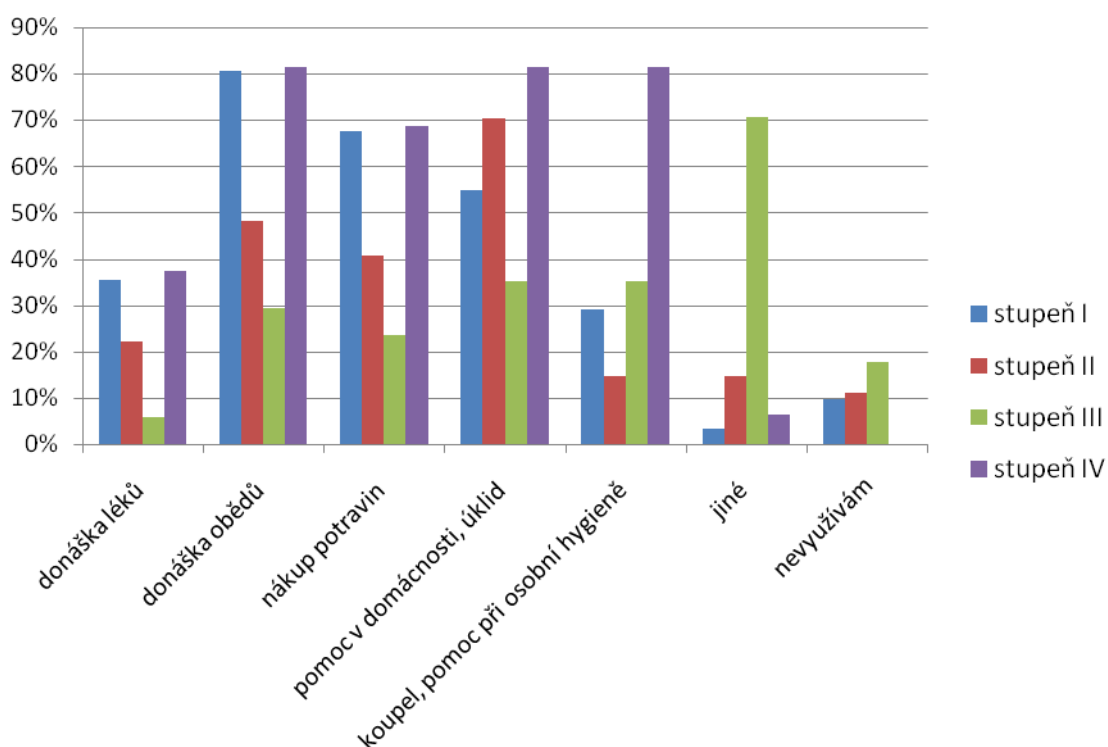
Graf 20. Jaké pečovatelské služby respondenti využívají?



Zdroj: Vlastní výzkum.

Donášku léků využívá 42,8 % respondentů z DPS a 19 % žijících Doma, obědy si nechává nosit 81 % respondentů žijících v DPS a 67,6 % Doma. Nákupu potravin využívá 76,2 % respondentů z DPS a 56,8 % žijících Doma, službu pomoci v domácnosti využívá 81 % respondentů z DPS a 75,7 % žijících Doma, pomoc při osobní hygieně, včetně koupele, využívá 40,5 % respondentů z DPS a 51,4 % žijících Doma. 61,3 % respondentů z DS uvedlo do kolonky jiné, že využívají služeb domova pro seniory, a to je poskytnutí ubytování a stravy. Dále do kolonky jiné respondenti uváděli: procházky, vyřizování na úřadech, doprovod k lékaři, kontakt s rodinou. 38,7 % respondentů z DS a 8 % žijících Doma odpovědělo, že žádné pečovatelské služby nevyžívají.

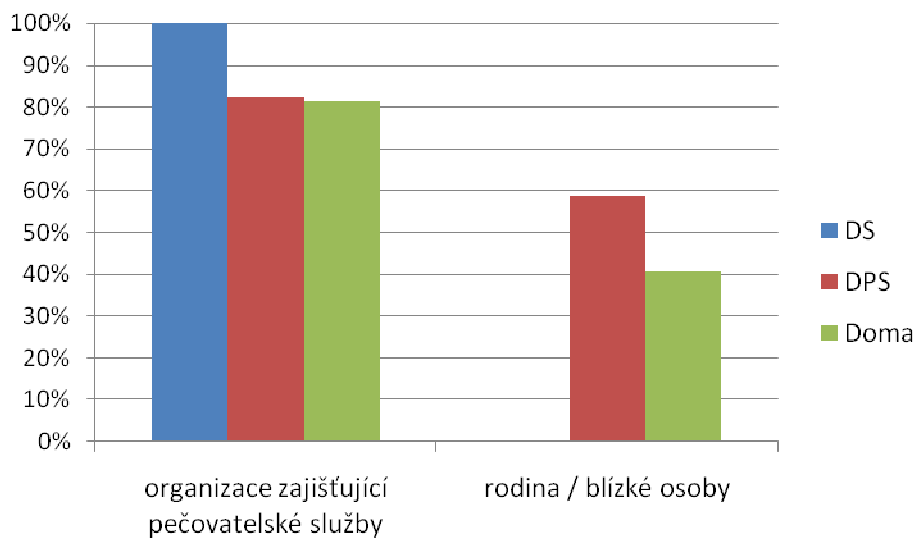
Graf 21. Využívání pečovatelských služeb dle stupňů závislosti



Zdroj: Vlastní výzkum.

Donášku léků využívá 35,5 % respondentů v I. stupni závislosti a 37,5 % ve IV. stupni závislosti. Obědy si nechávají nosit především respondenti závislí v I. a IV. stupni, a to 80,6 % a 81,3 % z nich. Nákupu potravin využívá 67,7 % respondentů závislých v I. stupni a 68,8 % ve stupni IV. Službu pomoci v domácnosti využívá 70,3 % respondentů v II. stupni závislosti a 81,3 % ve IV. stupni. Pomoc při osobní hygieně, včetně koupele, využívají především respondenti, kteří pobírají příspěvek na péči ve IV. stupni, a to 81,3 % z nich. 70,6 % respondentů závislých ve III. stupni uvedlo, že využívají jiné pečovatelské služby, nejčastěji se jednalo o služby domova pro seniory, kde většina respondentů pobírajících příspěvek na péči ve III. stupni žije. Dále do kolonky jiné respondenti uváděli: procházky, vyřizování na úřadech, doprovod k lékaři, kontakt s rodinou. 9,7 % respondentů v I. stupni závislosti, 11,1 % ve II. stupni a 17,6 % ve III. stupni závislosti odpovědělo, že žádné pečovatelské služby nevyužívá.

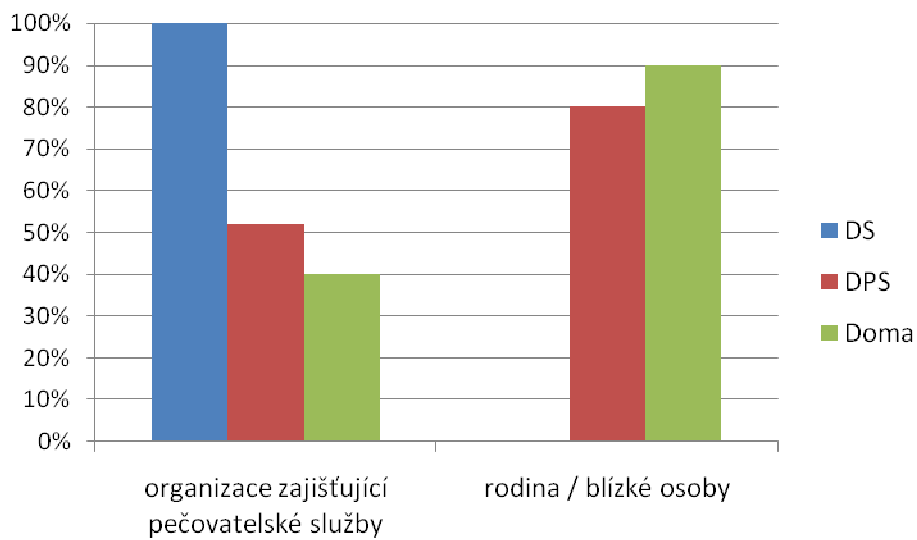
Graf 22. Kdo poskytuje pečovatelské služby v Českých Budějovicích?



Zdroj: Vlastní výzkum.

V Českých Budějovicích pečovatelské služby od instituce využívá 100 % respondentů z DS, 82 % z DPS a 81 % žijících Doma. Rodina či blízké osoby zajišťují pečovatelské služby pro 58,8 % respondentů žijících v DPS a 40,7 % Doma. Respondenti mohli uvést obě varianty současně.

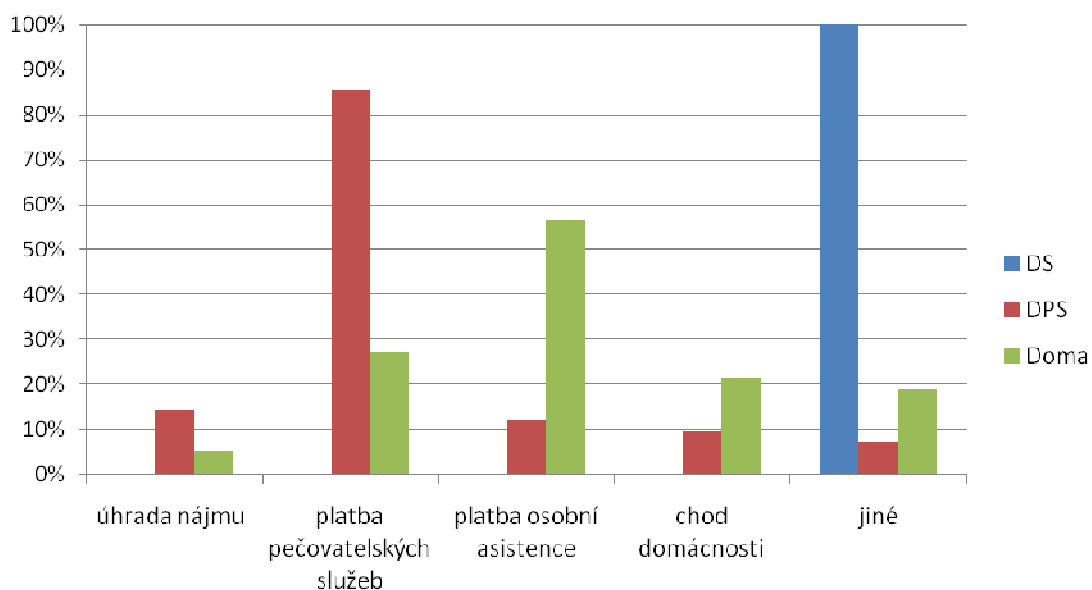
Graf 23. Kdo poskytuje pečovatelské služby v Jindřichově Hradci?



Zdroj: Vlastní výzkum.

V Jindřichově Hradci pečovatelské služby od instituce využívá 100 % respondentů z DS, 52 % z DPS a 40 % žijících Doma. Rodina či blízké osoby zajišťují pečovatelské služby pro 80 % respondentů žijících v DPS a 90 % Doma. Respondenti mohli uvést obě varianty současně.

Graf 24. Užití příspěvku na péči

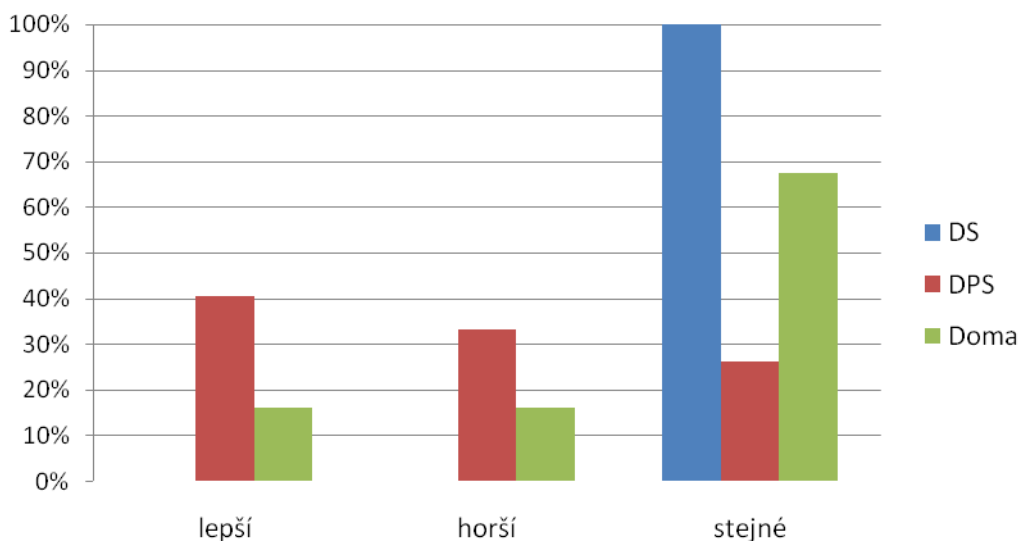


Zdroj: Vlastní výzkum.

85,7 % respondentů z DPS a 27 % žijících Doma uvedlo, že příspěvek na péči využívají na platbu pečovatelských služeb, dále 12 % respondentů z DPS a 56,7 % žijících Doma z něho platí osobní asistenci a 100 % respondentů žijících v DS uvedlo do kolonky jiné, že celý příspěvek odevzdávají domovu pro seniory, případně, že mu náleží. Do kolonky jiné dále respondenti uváděli, že příspěvek využívají na nákup léků, kompenzačních pomůcek a 1 respondent žijící Doma odpověděl, že příspěvek dává své rodině. Na úhradu nájmu či chod domácnosti využívá příspěvek na péči alespoň částečně 19 % ze všech respondentů.

4.3 Kvalita života

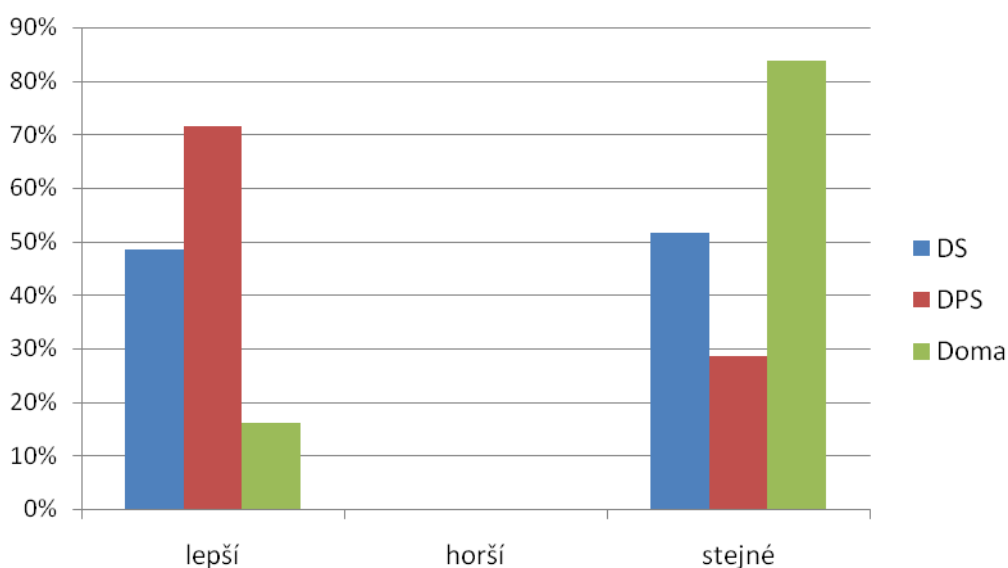
Graf 25. Změnil se zdravotní stav respondentů přiznáním příspěvku na péči?



Zdroj: Vlastní výzkum.

Všichni respondenti žijící v DS, 26,2 % v DPS a 67,6 % Doma odpověděli, že se jim zdravotní stav od doby přiznání příspěvku na péči nezměnil. Jako lepší hodnotilo svůj zdravotní stav 40,4 % respondentů z DPS a 16,2 % žijících Doma. Zhoršení zdravotního stavu uvedlo 33,3 % respondentů žijících v DPS a 16,2 % Doma.

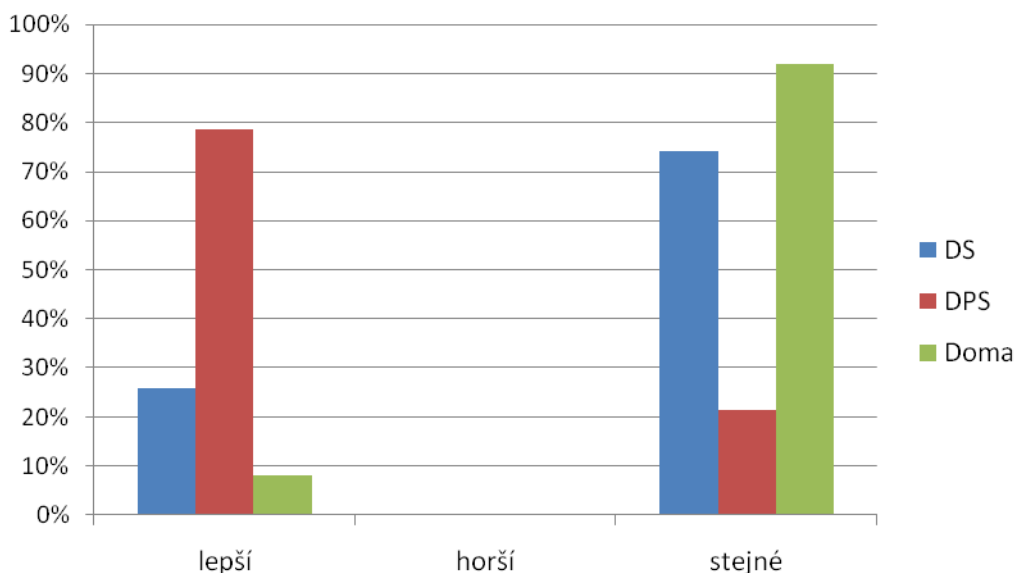
Graf 26. Změnilo se bydlení respondentů přiznáním příspěvku na péči?



Zdroj: Vlastní výzkum.

Jako stejné hodnotí své bydlení od doby přiznání příspěvku na péči 51,6 % respondentů z DS, 28,6 % z DPS a 83,8 % žijících Doma. Lépe se bydlí 48,4 % respondentů z DS, 71,4 % z DPS a 16,2 % žijících Doma.

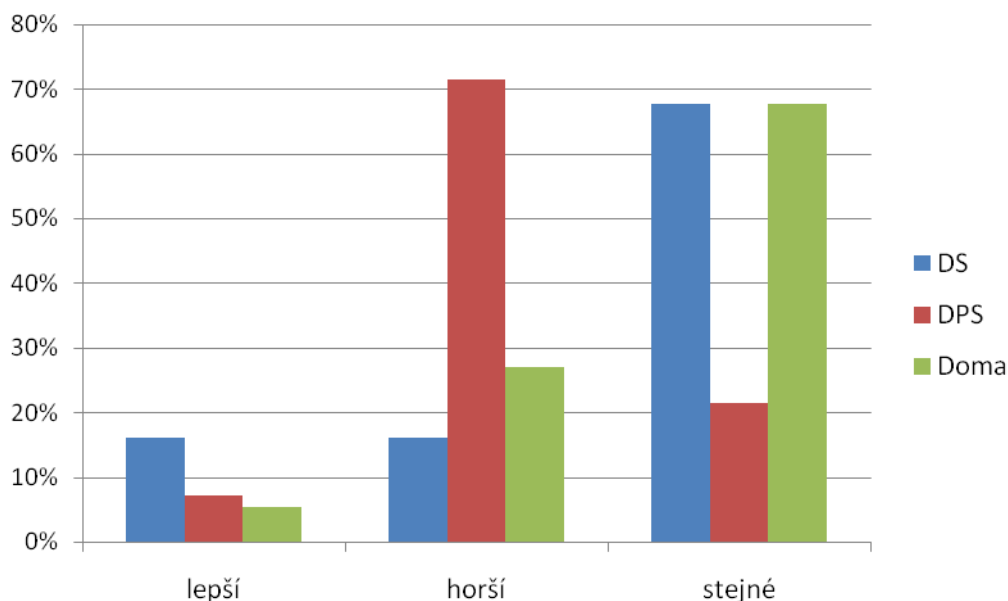
Graf 27. Mají respondenti více volného času od doby přiznání příspěvku na péči?



Zdroj: Vlastní výzkum.

25,8 % respondentů žijící v DS, 78,6 % v DPS a 8,1 % Doma odpověděli, že od doby přiznání příspěvku na péči mají více volného času. 74,2 % respondentů žijící v DS, 21,4 % v DPS a 91,9 % Doma hodnotilo množství svého volného času jako stejné.

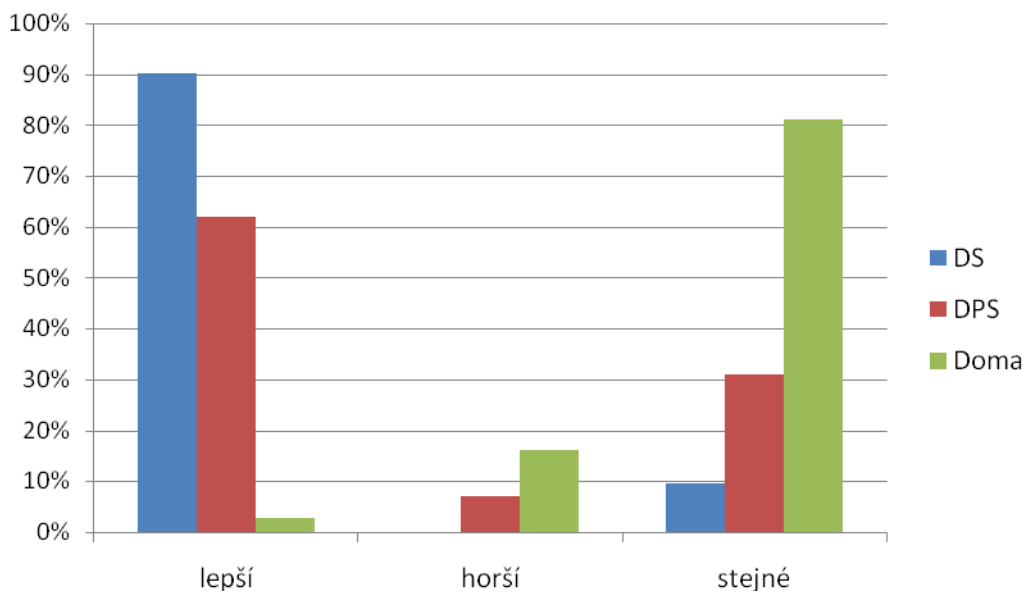
Graf 28. Mají respondenti více fyzické aktivity od doby přiznání příspěvku na péči?



Zdroj: Vlastní výzkum.

67,7 % respondentů žijící v DS, 21,4 % v DPS a 67,6 % Doma odpověděli, že od doby, kdy jim byl přiznán příspěvek na péči, se jejich fyzická aktivita nezměnila. Dále 16,1 % respondentů žijící v DS, 71,4 % v DPS a 27 % Doma hodnotilo svou fyzickou aktivitu jako horší. 16,1 % respondentů žijící v DS, 7,1 % v DPS a 5,4 % Doma uvedlo, že mají více pohybu.

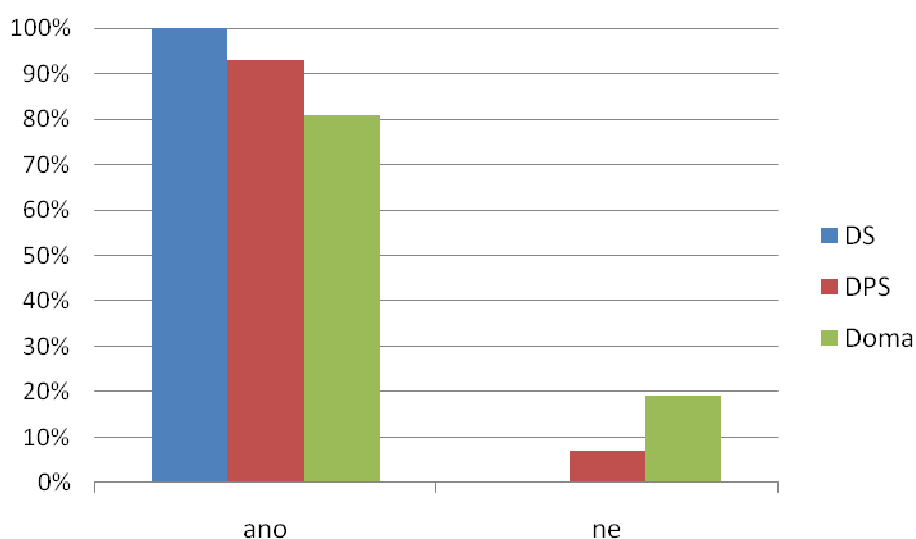
Graf 29. Změnila se společenská aktivita respondentů od doby přiznání příspěvku na péči?



Zdroj: Vlastní výzkum.

90,3 % respondentů žijící v DS, 61,9 % v DPS a 2,7 % Doma odpověděli, že od doby, kdy jim byl přiznán příspěvek na péči, se více setkávají s lidmi. 7,1 % respondentů z DPS a 16,2 % žijících Doma vidí svou společenskou aktivitu jako horší. 9,6 % respondentů z DS, 31 % z DPS a 81,1 % žijících Doma uvedlo, že se jejich společenská aktivita nezměnila.

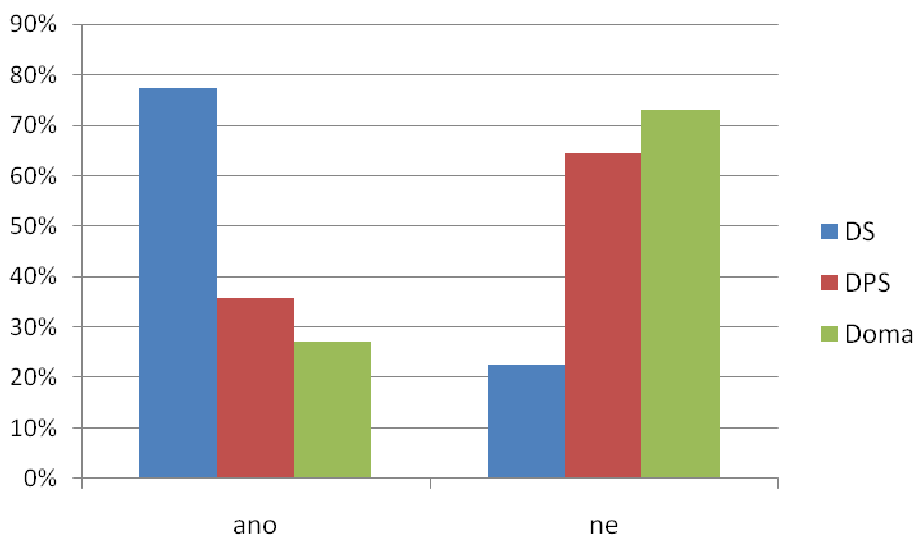
Graf 30. Udržují respondenti přátelské vztahy s lidmi?



Zdroj: Vlastní výzkum.

Přátelské vztahy s lidmi nadále udržují všichni respondenti, kteří bydlí v DS, 93% v DPS a 81 % žijících Doma. 7 % respondentů žijící v DPS a 19 % Doma odpovědělo, že již přátelské vztahy neudržují.

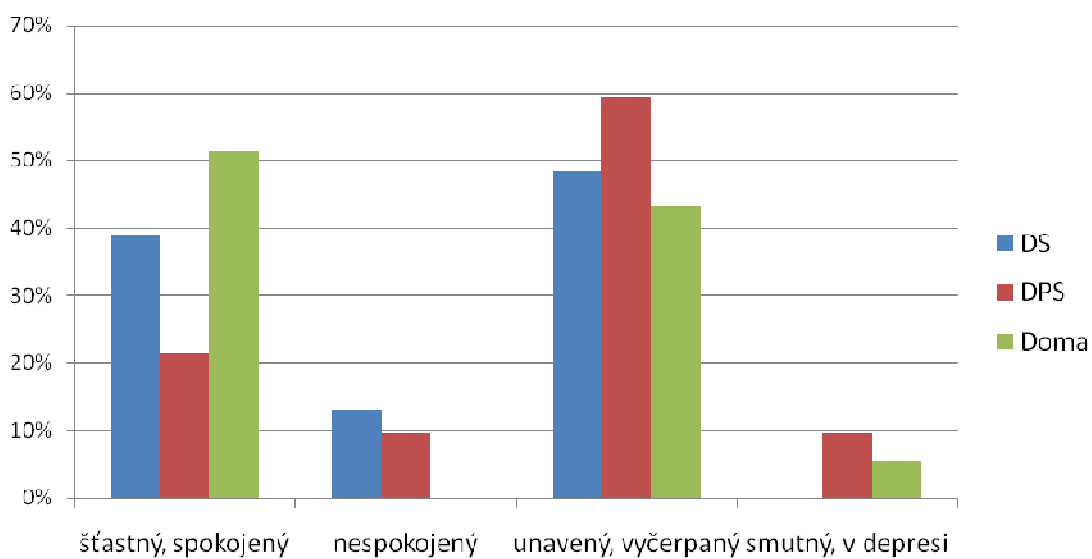
Graf 31. Navazují respondenti nové vztahy či přátelství?



Zdroj: Vlastní výzkum.

77,4 % respondentů žijící v DS, 35,7 % v DPS a 27 % Doma uvedlo, že navazují nové vztahy či přátelství. 22,6 % respondentů, kteří bydlí v DS, 64,3% v DPS a 73 % žijících Doma žádná nová přátelství nenavazují.

Graf 32. Jak se respondenti cítí?



Zdroj: Vlastní výzkum.

38,7 % respondentů žijící v DS, 21,4 % v DPS a 51,4 % Doma odpovědělo, že se cítí šťastní a spokojení. Nespokojených je 12,9 % respondentů v DS a 9,5 % v DPS. 48,4 % respondentů žijící v DS, 59,5 % v DPS a 43,2 % Doma uvedlo, že jsou unavení a vyčerpaní. 9,5 % respondentů, kteří žijí v DPS a 5,4 % Doma se v poslední době cítí smutní až v depresi.

5 DISKUZE

Jedním z cílů této práce bylo poskytnout ucelený pohled na systém sociálního zabezpečení České republiky a na činnost Lékařské posudkové služby. *Sociální zabezpečení* je hlavním nástrojem sociální politiky, který napomáhá řešit sociálně nepříznivé situace. Prostřednictvím sociálního zabezpečení je poskytována pomoc občanům v případech nemoci, nezaměstnanosti, zdravotního poškození a invalidity, pracovního úrazu a nemoci z povolání, stáří, mateřství, rodičovství a úmrtí živitele. Jedná se o výdaj, ale zároveň i příjem státního rozpočtu. Sociální zabezpečení lze rozdělit na tzv. pojistné systémy, kam se řadí nemocenské pojištění a důchodové pojištění včetně doplňkových důchodových systémů, a na nepojistné systémy, jako jsou státní sociální podpora, sociální péče, pomoc v hmotné nouzi a příspěvek na péči. Třemi pilíři sociálního zabezpečení jsou sociální pojištění, sociální podpora a sociální pomoc. *Sociální pojištění* je povinný finanční systém, který zahrnuje nemocenské pojištění, důchodové pojištění a příspěvek na státní politiku zaměstnanosti, jímž se občan sám povinně zajišťuje pro případ budoucí pojistné události nebo občana takto zajišťuje někdo jiný, např. zaměstnavatel či stát. Nemocenské pojištění zabezpečuje výdělečně činné osoby v okamžiku, kdy z důvodu stanovených sociálních událostí krátkodobě ztratí výdělek. Důchodové pojištění zabezpečuje osoby, které se účastní na tomto pojištění, v životních situacích jako je stáří, invalidita a úmrtí živitele. *Státní sociální podpora* je soustavou peněžitých dávek, poskytovaných ze státního rozpočtu osobám, které splnily podmínky vzniku nároku. Dávky státní sociální podpory, které se poskytují v závislosti na příjmu rodiny či jednotlivce, jsou přídavek na dítě, sociální příplatek, příspěvek na bydlení a nově také porodné, bez testování příjmu se poskytují rodičovský příspěvek, dávky péčovské péče a pohřebné. *Sociální pomoc* stát poskytuje občanům ve stavu hmotné a sociální nouze, kterou člověk není schopen řešit sám či za pomoci své rodiny, a slouží k uspokojování jejich potřeb v nezbytném rozsahu. Dávky pomoci v hmotné nouzi slouží osobám s nedostatečnými příjmy, které mají za cíl motivovat tyto osoby k aktivní snaze zajistit si prostředky k uspokojení životních potřeb. V rámci dávek sociální pomoci stát poskytuje jednorázové i opakované příspěvky zdravotně postiženým osobám a osobám s těžkými vadami nosného či pohybového ústrojí, vedle těchto příspěvků se osobám se zdravotním postižením též poskytují mimořádné výhody a bezúročné půjčky. *Sociální služby* jsou pak druhem sociální péče, kdy většinou nestátní instituce vykonává určité činnosti ve prospěch osob v nepříznivé sociální situaci. *Příspěvek na péči* slouží především k zajištění sociální péče příjemci příspěvku, jak již prostřednictvím sociálních služeb nebo rodinným příslušníkem. Příspěvek na péči náleží osobám, které jsou z důvodu dlouhodobého nepříznivého

zdravotního stavu závislí na pomoci jiné osoby, a to v oblasti běžné denní péče o vlastní osobu a v soběstačnosti. Schopnost zvládnout péči o vlastní osobu a být soběstačný je u každého člověka různá, proto legislativa rozeznává čtyři stupně závislosti na pomoci jiné osoby.

Lékařská posudková služba ČSSZ je soustavou specializovaných lékařských posudkových subjektů, které působí v organizačních strukturách MPSV. LPS vykonává svou činnost jednak pro účely rozhodování správních úřadů ve věcech jednotlivých systémů sociální ochrany, dále pro účely rozhodování soudů při přezkoumávání zákonnosti rozhodnutí nositelů důchodového pojištění ve správním soudnictví a dále LPS vykonává další činnosti, které s ní bezprostředně souvisí. V rezortu MPSV je LPS součástí sociálního systému a má posudkové, nikoliv rozhodovací, pravomoci. Posudková lékařská služba vypracovává posudky pro systémy nemocenského a důchodového pojištění, dále pro účely státní sociální podpory, sociální péče, hmotné nouze, sociálních služeb a zaměstnanosti. V systému nemocenského pojištění disponuje LPS především kontrolními pravomocemi. Mimo rezort MPSV je posudková služba činná také v rezortech obrany, vnitra, spravedlnosti a financí, kde vykonává především posuzování zdravotní způsobilosti k výkonu služby a vydává posudky, zda úraz či onemocnění vznikly při výkonu služby či v přímé souvislosti s ním. V rezortu zdravotnictví je pak posudková činnost vykonávána prostřednictvím ošetřujících lékařů. Zaměřují se především na posuzování zdravotní způsobilosti k práci a následně vystavují rozhodnutí o dočasné pracovní neschopnosti, potřebě ošetřování, peněžité pomoci v mateřství, vyrovnávacím příspěvku v těhotenství a mateřství či potvrzení o nařízení karantény. Mezi specializovanou posudkovou činnost, kterou ošetřující lékaři provádějí, patří posuzování zdravotní způsobilosti k řízení motorového vozidla, ke studiu, sportovní činnosti, pro účely vydání zbrojního průkazu a v dalších případech.

Zkoumaný soubor tvořilo 110 respondentů. Zastoupení žen vůči mužům v něm bylo výrazně vyšší, konkrétně ženy tvořily 63,6 % ze zkoumaného souboru. Vzhledem k tomu, že téměř všichni respondenti byli starší 60 let, odpovídá vyšší výskyt žen ve vysokém věku oproti mužům současnému demografickému vývoji společnosti. Ve zkoumaném souboru byli rovnoměrně zastoupeni respondenti žijící v domovech pro seniory, v domech s pečovatelskou službou i ve vlastních domácnostech a též měli stejné zastoupení respondenti z Jindřichova Hradce a Českých Budějovic.

Domovy pro seniory jsou pobytová zařízení poskytující zdravotní a sociální péči osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu zdravotního postižení či věku a jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby. Součástí služby je poskytnutí bydlení v prostorách zvlášť k tomu určených, které uživateli nahrazují domov. Kromě poskytnutí

ubytování, stravy a pomoci v péči o vlastní osobu jsou zde organizovány výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti. Průměrný věk všech respondentů je 77,1 let. Osoby ze zkoumaného souboru žijící v domově pro seniory spadají do výrazně mladších věkových kategorií, nežli osoby žijící v domě s pečovatelskou službou, konkrétně 52 % respondentů žijících v domově pro seniory je mladších 76 let. Většině z nich je přiznán příspěvek na péči ve III. stupni závislosti, a to 64,5 % respondentům žijícím v domově pro seniory, dalších 25,8 % z nich pobírá příspěvek ve II. stupni závislosti a 9,7 % v I. stupni závislosti. IV. stupeň závislosti nebyl přiznán žádnému z obyvatel domova pro seniory ve zkoumaném souboru.

Domy s pečovatelskou službou poskytují pobytové služby, které se způsobem bydlení blíží více samostatnému než kolektivnímu bydlení. Jsou zde samostatné bytové jednotky, kde žijí jednotlivci nebo i páry. Zároveň mají osoby se sníženou soběstačností z důvodu věku, nemoci či zdravotního postižení možnost využít pečovatelských služeb, které jim nabízejí pomoc v oblasti osobní péče a péče o domácnost. 78,6 % respondentů žijících v domě s pečovatelskou službou je více než 75 let a z toho 40 % je dokonce starších 85 let. Respondentům žijícím v domě s pečovatelskou službou je nejčastěji přiznána závislost v I. stupni, a to ve 47,6 %, dále 26,2 % respondentů pobírá příspěvek na péči ve II. stupni, 14,3 % ve III. stupni a 7,1 % ve IV. stupni závislosti.

Další sledovanou skupinou byly osoby žijící ve *vlastní domácnosti*. Z výzkumu vyplynulo, že respondenti z Českých Budějovic bydlí častěji v bytě, a to 81,4 % z nich, oproti tomu 70 % respondentů z Jindřichova Hradce žije v domě. Také se ukázalo, že 52 % respondentů z Českých Budějovic žije samo, zatímco 60 % respondentů z Jindřichova Hradce sdílí domácnost se svou rodinou. Respondenti žijící ve vlastní domácnosti mají zastoupení ve všech věkových kategoriích. Nejvíce z nich pobírá příspěvek na péči ve IV. stupni závislosti, a to 35 % respondentů. Další tři stupně závislosti jsou shodně zastoupeny 21,6 % respondentů žijících ve vlastní domácnosti.

Ze všech třech zkoumaných skupin hodnotí své zdraví nejhůře respondenti z domova pro seniory, 77,4 % z nich označilo svůj zdravotní stav za špatný. Také 59,5 % respondentů, kteří bydlí ve vlastní domácnosti, považují své zdraví za špatné a respondenti žijící v domě s pečovatelskou službou nejčastěji hodnotí své zdraví jako docela dobré a to ve 45,2 %. Respondenti, kterým byla přiznána závislost I. stupně, hodnotí své zdraví z 68 % za dobré, či docela dobré, zatímco zbylí respondenti závislí ve vyšším stupni svůj zdravotní stav považují z více než 65 % za špatný. Nejčastěji se respondenti dlouhodobě léčí na onemocnění, jako jsou hypertenze, artróza váhonosných kloubů, kardiovaskulární onemocnění či diabetes mellitus. Dále se ve zkoumaném souboru vyskytla onemocnění jako

osteoporóza, degenerativní změny na páteři, endokrinologická, urologická a nádorová onemocnění, epilepsie, dětská mozková obrna, poruchy zraku a sluchu, žaludeční vředy, astma bronchiale a amputace či plegie dolních končetin. Alzheimerova choroba, Parkinsonova demence a roztroušená skleróza se výrazně častěji vyskytují u respondentů, kterým byla přiznána závislost IV. stupně a zajímavé je zjištění, že více než polovina respondentů, kteří jsou postiženi jednou z těchto chorob, žije ve vlastní domácnosti. Respondenti si často stěžují na bolesti nohou, rukou či kolene. Močová či fekální inkontinence se mnohem častěji vyskytují u respondentů žijících v domě s pečovatelskou službou, a to u 55 %, a u respondentů žijících ve vlastní domácnosti než v domově pro seniory. Dekubity trpí 43,8 % respondentů pobírajících příspěvek na péči ve IV. stupni závislosti, kteří všichni bydlí též ve vlastní domácnosti.

Osobám je přiznáván příspěvek na péči v I. až IV. stupni závislosti podle jejich schopností v oblasti běžné denní péče o vlastní osobu a soběstačnosti. Péči o vlastní osobu se rozumí zejména takové denní úkony, které se týkají zajištění či přijímání stravy, osobní hygieny, oblékání a pohybu. Soběstačností se rozumí úkony, které umožňují účastnit se sociálního života, tj. např. schopnost komunikovat, nakládat s penězi či předměty osobní potřeby, obstarat si osobní záležitosti, uvařit si, vyprat a uklidit. Z výzkumu vyplynulo, že schopnosti jednotlivých respondentů v oblasti sebeobslužnosti a mobility jsou odstupňovány podle stupňů jejich závislosti. Avšak dá se říct, že bez rozdílu na stupni závislosti, všem respondentům činí velké obtíže chůze do schodů, několik set metrů po ulici a v nadpoloviční většině i v domácím prostředí. Dále potřebují respondenti velmi často pomoc s osobní hygienou, oblékáním a při vaření a servírování jídla.

Dalším cílem této práce, na který jsem se zaměřila, byl proces přiznávání příspěvku na péči, a to od podání žádosti o příspěvek, přes sociální šetření v přirozeném sociálním prostředí žadatele, posouzení stupně závislosti na pomoci jiné osoby posudkovým lékařem OSSZ, až po vydání rozhodnutí obecního úřadu obce s rozšířenou působností. Řízení o příspěvku na péči by dle platné legislativy nemělo trvat déle než 90 dní. V praxi jsem se setkala s tím, že je toto řízení po dobu posuzování zdravotního stavu ze strany OSSZ přerušováno, stejně jako je přerušen běh příslušných procesních lhůt, a tím se jeho skutečná doba prodlužuje. Z výzkumu vyplynulo, že do 90 dnů obdrželo rozhodnutí o přiznání příspěvku na péči pouze 5,5 % respondentů. U dalších 37,3 % bylo rozhodnuto do 4 měsíců, u 28,2 % do 6 měsíců a u 25,5 % respondentů do 1 roku od začátku správního řízení. Proces přiznávání příspěvku delší než 1 rok přiznalo 2,7 % respondentů, všichni byli z domu s pečovatelskou službou, z toho nejdelší uvedená doba byla 6 let. Také se ukázalo, že vzhledem k velikosti města

v Jindřichově Hradci trvá řízení o příspěvku kratší dobu než v Českých Budějovicích. Do 6 měsíců bylo v Jindřichově Hradci vyřízeno 86,5 % žádostí respondentů, zatímco v Českých Budějovicích to bylo 56,9 %. V případě respondentů, kteří žijí ve vlastní domácnosti, jim tuto žádost nejčastěji pomáhal vyřídit někdo z rodiny, či blízkých osob, a to v 75,6 %, jako důvod podání této žádosti 62,1 % z nich uvedlo zhoršení zdravotního stavu, případně doporučení rodiny či známých. 80,6 % respondentů, kteří bydlí v domově pro seniory, uvedlo, že jim žádost o příspěvek na péči vyřídil domov pro seniory a zároveň 70,9 % z nich ji podalo na radu při nástupu do domova. Respondentům žijícím v domě s pečovatelskou službou pomáhal vyřídit žádost jejich praktický lékař či pečovatelská služba a jako důvod shodně uváděli zhoršení zdravotního stavu a radu pracovníků pečovatelské služby.

Sociální služby pomáhají osobám v jejich sociálním začlenění. Jejich cílem je zajistit osobám fyzickou i psychickou soběstačnost a umožnit jim v nejvyšší možné míře zapojení do běžného života a v případech, kdy jim to nedovoluje jejich stav, jim zajistit důstojné prostředí a zacházení. Mezi sociální služby patří kromě jiných služby osobní asistence a pečovatelská služba, které se poskytují osobám se sníženou soběstačností z důvodu věku, nemoci či zdravotního postižení v osobní péči a v péči o domácnost. Osobní asistence se poskytuje v přirozeném sociálním prostředí, bez časového omezení a může se vztahovat na jakékoli činnosti, na kterých se daná osoba s asistentem dohodne. Osobní asistencí jsou například i předčitatelské, tlumočnické a průvodcovské služby. Pečovatelská služba je pak terénní či ambulantní službou, která nabízí pomoc pouze ve vyjmenovaných úkonech a vymezeném čase. Z výzkumu vyplynulo, že 86,4 % respondentů využívá některou ze sociálních služeb či pomoci rodinných příslušníků. Zbylí respondenti byli většinou z domova pro seniory a nepokládali zřejmě poskytnutí ubytování a stravy domovem za druh pečovatelské služby. Oproti tomu v domě s pečovatelskou službou každý respondent některou ze služeb využívá. Nejrozšířenější služba mezi respondenty byla pomoc v domácnosti a úklid, kterou uvedlo 81 % respondentů z domu s pečovatelskou službou a 75,7 % žijících ve vlastní domácnosti. Sejně tak 81 % respondentů žijících v domě s pečovatelskou službou a 67,6 % ve vlastní domácnosti si nechávají nosit obědy. Další často využívané služby jsou nákup potravin, pomoc při osobní hygieně a donáška léků. Velká část respondentů, kterým je přiznán příspěvek na péči ve IV. stupni, využívá všech uvedených služeb. Avšak ukázalo se, že služby jako donášku obědů, léků či nákup potravin využívá relativně stejné množství respondentů závislých ve stupni I a IV.

Prostřednictvím příspěvku na péči může být sociální péče příjemci příspěvku zajišťována pomocí sociální služby, či rodinným příslušníkem. Využívání příspěvku na péči je kontrolováno. Příspěvek může být použit

pouze na ty výdaje, které souvisejí se zabezpečením pomoci a podpory osobě, které byla přiznána závislost na péči jiné osoby. Příspěvek se tedy může využívat jako úhrada za péči, kterou zajišťuje poskytovatel sociální služby, či na výdaje, které vzniknou pečující osobě. V praxi příjemce obvykle oba tyto způsoby kombinuje dle vlastní potřeby. Způsob využití příspěvku kontrolují pracovníci úřadů městských částí a v případě zjištění jeho zneužívání může obecní úřad nárok na výplatu příspěvku odejmout. Výzkum ukázal, že všichni respondenti, kteří bydlí v domově pro seniory, využívají pouze institucionální pomoc, zatímco respondentům žijícím v domě s pečovatelskou službou a ve vlastní domácnosti kromě poskytovatele sociální služby pomáhá také rodina, či blízké osoby. Rozdíl můžeme pozorovat v jednotlivých městech. V Českých Budějovicích více než 80 % respondentů žijících v domě s pečovatelskou službou a ve vlastní domácnosti využívá organizaci zajišťující pečovatelské služby a zároveň rodina či blízké osoby poskytují pečovatelské služby pro 58,8 % respondentů žijících v domě s pečovatelskou službou a 40,7 % respondentů ve vlastní domácnosti. V Jindřichově Hradci převládá péče rodinnými příslušníky, kteří vypomáhají 80 % respondentům žijícím v domě s pečovatelskou službou a 90 % respondentům, kteří bydlí ve vlastní domácnosti, a současně pečovatelské služby od instituce využívá 52 % respondentů z domu s pečovatelskou službou a 40 % respondentů žijících ve vlastní domácnosti. Při zjišťování, na co jsou peníze z příspěvku na péči využívány, se ukázalo, že 93,6 % respondentů příspěvek používá na platby pečovatelských služeb, osobní asistence či na úhradu nájmu a služeb v domově pro seniory, tedy na platby služeb, které souvisejí se zabezpečením pomoci a podpory příjemci příspěvku. Všichni respondenti, kteří bydlí v domově pro seniory, odpověděli, že celý svůj příspěvek odevzdávají domovu. Na úhradu nájmu či chod domácnosti, tedy na výdaje, které nesouvisí se zabezpečením pomoci a podpory příjemci příspěvku, využívá příspěvek na péči alespoň částečně 19 % ze všech respondentů.

První hypotéza, že příspěvek na péči je převážně využíván na úhradu výdajů souvisejících se zabezpečením pomoci a podpory příjemci příspěvku, se potvrdila. Jak bylo uvedeno výše, 93,6 % respondentů využívá příspěvek na péči tak, jak je jim uloženo. V průběhu výzkumu byla tato hypotéza upravena. Původní hypotéza zněla, že příspěvek na péči je převážně využíván pro úhradu potřeby umístění osob do zařízení sociálních služeb. K úpravě hypotézy došlo z toho důvodu, že bylo zaměření práce rozšířeno nejen na osoby, které bydlí v domovech pro seniory a v domech s pečovatelskou službou, ale také na osoby žijící ve vlastní domácnosti.

Kvalita života podle Světové zdravotnické organizace je to, „jak člověk vnímá své postavení v životě v kontextu kultury, ve které žije, a ve vztahu ke svým cílům, očekáváním, životnímu stylu a zájmům.“ Kvalita

života je určena fyzickým zdravím osob, jejich psychickým stavem, sociálními vztahy a prostředím, ve kterém žijí. Z výzkumu vyplynulo, že většina respondentů si není vědoma žádných změn kvality života v oblasti jejich zdravotního stavu, bydlení, volného času a fyzické aktivity, které by u nich nastaly v průběhu pobírání příspěvku na péči. Takto odpovědělo v oblasti zdraví 60,9 % respondentů, bydlení 53,6 % respondentů a volného času 60 % respondentů, menší část respondentů pak v těchto otázkách uváděla zlepšení jejich stavu. Polovina zkoumaných osob pokládá svou fyzickou aktivitu za stejnou od doby přiznání příspěvku, 41 % respondentů vidí její zhoršení. Oproti tomu 50 % respondentů uvedlo, že se jejich společenská aktivita zlepšila, a dalších 41,8 % ji vidí stejnou. Dá se tedy říct, že v rámci zkoumaného souboru se kvalita života respondentů v průběhu pobírání příspěvku na péči nezměnila. Druhá hypotéza, že příspěvek na péči zlepšil kvalitu života pobírajících osob, se nepotvrdila.

Avšak pokud zkoumaný soubor rozlišíme podle způsobu bydlení, pak zjistíme, že respondenti žijící v domě s pečovatelskou službou hodnotí svůj život v jednotlivých oblastech výrazně pozitivněji. Zlepšení zdravotního stavu uvedlo 40,4 % z nich, jako lepší hodnotí své bydlení 71,4 % z nich, více volného času má 78,6 % z nich a s lidmi se více setkává 61,9 % respondentů žijících v domě s pečovatelskou službou. Pouze v oblasti své fyzické aktivity vidí 71,4 % z nich zhoršení. Respondenti ze zkoumaného souboru i nadále udržují s lidmi přátelské vztahy, konkrétně všichni respondenti z domova pro seniory, 93 % z domu s pečovatelskou službou a 81 % žijících ve vlastní domácnosti. Nové vztahy či přátelství pak navazuje 77,4 % respondentů žijící v domově pro seniory, 35,7 % v domě s pečovatelskou službou a 27 % ve vlastních domácnostech. Z výzkumu vyplynulo, že pokud jde o společenskou aktivitu, jsou na tom respondenti z domu s pečovatelskou službou a především z domova pro seniory mnohem lépe ve srovnání s respondenty žijícími ve vlastní domácnosti. Přesto na poslední otázku dotazníku, jak se respondenti v poslední době cítí, udávali nejlepší odpovědi právě respondenti žijící ve vlastní domácnosti. 51,4 % z nich se cítí šťastní a spokojení. Dle mého názoru se zde projevila důležitost setrvání v přirozeném sociálním prostředí. Osoba závislá na pomoci jiných není vytěsněna ze sociálních vazeb a sítí formovaných během celého předcházejícího života rodinou, okruhem známých, předměty a především prostorem, v němž přebývá, to jí dává tolik důležitý pocit jistoty a bezpečí. Navzdory tomu, že respondenti z domu s pečovatelskou službou uváděli zlepšení ve většině oblastí jejich života, hodnocení jejich psychického stavu dopadlo nejhůře. 59,5 % z nich se cítí unavení a vyčerpaní, 9,5 % z nich jsou nespokojení a dalších 9,5 % respondentů uvedlo, že jsou smutní až v depresi.

6 ZÁVĚR

Cílem této práce bylo zmapovat poskytování dávek sociálního zabezpečení, činnost Lékařské posudkové služby a problematiku procesu posuzování zdravotního stavu pro účely nároku na příspěvek na péči. Dalším cílem bylo zjistit kvalitu života osob pobírajících příspěvek na péči. Cíle této práce byly splněny. Je sestaven materiál, který poskytuje základní přehled o systému sociálního zabezpečení a který popisuje jednotlivé dávky nemocenského a důchodového pojištění, dávky státní sociální podpory, sociální péče a pomoci v hmotné nouzi. Dále je popsána problematika sociálních služeb a uvedena jejich nabídka. Práce se také zabývá činností Lékařské posudkové služby ČSSZ, a především náležitostmi a postupy posuzování zdravotního stavu osob v jednotlivých systémech sociálního zabezpečení. Kritéria pro posuzování zdravotního stavu osob jsou stanovena právními předpisy a jsou pro jednotlivé systémy rozdílná. Lékaři LPS vypracovávají posudky pro systémy nemocenského a důchodového pojištění, dále pro účely státní sociální podpory, sociální péče, hmotné nouze, sociálních služeb a zaměstnanosti. Hlavní pozornost je věnována příspěvku na péči, dávce určené osobám, jež jsou především z důvodu nepříznivého zdravotního stavu závislí na pomoci jiné osoby, a to v oblasti běžné denní péče o vlastní osobu a v soběstačnosti.

Zkoumaným souborem byly osoby, které především z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu pobírají příspěvek na péči. Celkový počet respondentů činilo 110 osob žijících v domovech pro seniory, v domech s pečovatelskou službou, nebo žijících ve vlastních domácnostech s rodinou či samostatně v Jindřichově Hradci a Českých Budějovicích. Praktické informace jsem získala při návštěvách jednotlivých sociálních zařízení pro zdravotně postižené občany, kde jsem měla možnost se seznámit s jejich běžným provozem. Cenné informace jsem také získala rozhovory s jednotlivými zaměstnanci těchto zařízení. Respondenti žijící ve vlastních domácnostech s rodinou či samostatně byli osloveni prostřednictvím Centra sociálních služeb Staroměstská, poradny Národní rady osob se zdravotním postižením ČR v Českých Budějovicích a Centra pro zdravotně postižené Jihočeského kraje v Jindřichově Hradci, proto nelze usuzovat v jaké míře obecně příjemci příspěvku na péči žijící ve vlastních domácnostech využívají pečovatelských služeb.

Pro zjištění průběhu procesu přiznávání příspěvku na péči, důvodů o jeho zažádání a způsobů jeho využívání, dále pro zjištění zdravotního stavu respondentů a jejich zdravotních obtíží, ve smyslu zhoršené mobility a sebeobslužnosti, k zhodnocení kvality života příjemců příspěvku na péči a potvrzení či vyvrácení stanovených hypotéz byl vypracován dotazník. Na základě jeho vyhodnocení se ukázalo, že 93,6 % respondentů příspěvek

používá na platby pečovatelských služeb, osobní asistence či na úhradu nájmu a služeb v domově pro seniory, tedy na platby služeb, které souvisejí se zabezpečením pomoci a podpory příjemci příspěvku. První hypotéza, že příspěvek na péči je převážně využíván na úhradu výdajů souvisejících se zabezpečením pomoci a podpory příjemci příspěvku, se potvrdila. Zároveň výzkum ukázal, že respondenti, kteří bydlí v domově pro seniory, využívají pouze institucionální pomoc, zatímco respondentům žijícím v domě s pečovatelskou službou a ve vlastní domácnosti kromě poskytovatele sociální služby pomáhá také rodina, či blízké osoby. Rozdíl je také patrný v jednotlivých městech, zatímco v Českých Budějovicích převládá využívání služeb organizací poskytujících pečovatelské služby, tak v Jindřichově Hradci je častější péče rodinných příslušníků. Dále jsem zjistila, že většina respondentů si není vědoma žádných změn kvality života v oblasti jejich zdravotního stavu, bydlení, volného času, fyzické a společenské aktivity, které by u nich nastaly v průběhu pobírání příspěvku na péči. O zlepšení kvality života můžeme hovořit pouze u respondentů žijících v domech s pečovatelskou službou. Druhá hypotéza, že příspěvek na péči zlepšil kvalitu života pobírajících osob, se tedy nepotvrdila.

V průběhu vypracování diplomové práce byly oznámeny chystané změny v resortu MPSV v rámci tzv. sociální reformy, které by z velké části měly nabýt účinnosti již od 1. 1. 2012. Přípravované změny se budou týkat oblastí péče a zabezpečení zdravotně postižených osob, zabezpečení osob v hmotné nouzi, dále oblasti práce a zaměstnanosti a rodinné politiky a péče o děti. Zároveň bylo oznámeno zřízení jednotného výplatního místa dávek pro nepojistné systémy na Úřadu práce České republiky. V současné době se žádostmi o tyto dávky a jejich přiznáním zabývají též obecní úřady a obecní úřady s rozšířenou působností. Tím, že se zřídí jediný rozhodný orgán, dojde k zefektivnění práce orgánů státní správy a snížení administrativní zátěže pro uživatele služeb. Za podstatné z chystané sociální reformy považuji zmínit nový způsob posuzování dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu pro účely přiznání příspěvku na péči, kdy dojde k jeho zjednodušení a namísto současných 36 úkonů péče o vlastní osobu a úkonů soběstačnosti budou posudkoví lékaři hodnotit 10 ucelených a věcně souvisejících oblastí každodenního života, jimiž jsou mobilita, orientace, komunikace, stravování, oblékání a obouvání, tělesná hygiena, výkon fyziologické potřeby, péče o zdraví, osobní aktivita a péče o domácnost. Zároveň posudek může být nově využit i pro účely přiznání dalších dávek pro osoby se zdravotním postižením a žadatelé o tyto dávky se tedy již nebudou muset opakovaně podrobovat posouzení svého zdravotního stavu. Jedním z problémů, na který se tato diplomová práce zaměřila, byl způsob využívání příspěvku na péči. Tuto problematiku by mohlo řešit plánované zavedení tzv. sociálních karet pro příjemce nepojistných sociálních dávek. Tato elektronická karta bude sloužit k identifikaci a autentizaci občana

při komunikaci se státní správou a bude také použitelná jako platební karta, jejímž prostřednictvím budou příjemci např. příspěvku na péči hradit pouze nákup sociálních služeb, a to buď poskytovateli sociální služby, anebo převodem na účet blízké osoby, která o příjemce pečuje. Tímto způsobem by měla být zajištěna lepší kontrola účelnosti čerpání jednotlivých dávek. Národní rada osob se zdravotním postižením ČR však upozorňuje na fakt, že by u pečujících osob pak mohl být příspěvek na péči považován za příjem a tím by následně mohli přijít o nárok na další dávky.

Přínos této práce vidím především v porovnání rozdílů způsobu života osob žijících v domově pro seniory, v domě s pečovatelskou službou a ve vlastní domácnosti. Tato práce dále poskytla ucelený pohled na systém sociálního zabezpečení a posuzování zdravotního stavu v rámci tohoto systému. Práce může posloužit pro další výzkum příjemců příspěvku na péči v sociálních zařízeních v Jindřichově Hradci a Českých Budějovicích a dále pro případné porovnání kvality života osob žijících v sociálních zařízeních pro zdravotně postižené občany a osob žijících samostatně či s rodinou.

7 KLÍČOVÁ SLOVA

Kvalita života osob pobírajících příspěvek na péči

Lékařská posudková služba

Příspěvek na péči

Sociální služby

Sociální zabezpečení

8 SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

1. A profile of Action on Elder Abuse. *The Journal of Adult Protection*. 2008, vol. 10, no. 3, p. 35-38.
2. BUDILOVÁ, A., ČULÍK, Š., ŠOLC, J. *Dítě v sociálním zabezpečení se zaměřením na činnost posudkové služby*. 1. vyd. Praha: JAN, 1999. 80 s. ISBN 80-85529-58-0.
3. ČERVENKOVÁ, A., BRUTHANSOVÁ, D., PECHANOVÁ, M. *Sociálně-zdravotní služby, poskytované klientům na ošetrovatelských odděleních domovů důchodců a v léčebnách pro dlouhodobě nemocné se zřetelem k jejich sociální situaci a zdravotnímu stavu. [Health-social services for clients of nursery departments in pensioners' houses and in institutes for long-term patients according to their social situation and health condition.]*. Praha: VÚPSV, 2006. 85 s. ISBN 80-87007-35-2.
4. ČEVELA, R., ČELEDOVÁ, L., ZVONÍKOVÁ, A. *Posudkové lékařství: Vybrané kapitoly*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2010. 144 s. ISBN 978-80-247-3285-5.
5. ČEVELA, R. et al. *Příručka pro posudkovou službu úřadu práce*. 1. vyd. Praha: MPSV ČR, 2006. 86 s. ISBN 80-86878-33-3.
6. *Dávky sociální péče pro osoby se zdravotním postižením*. [online]. [cit. 2011-02-13]. Dostupný z: <<http://portal.mpsv.cz/soc/ozp>>.
7. *Domov se zvláštním režimem „Sněženka“*. [online]. [cit. 2011-04-03]. Dostupný z: <<http://socialnisluzby.plzen.eu/oblasti-sluzeb/sluzby-pro-seniory/poskytovatele-2/domov-se-zvlastnim-rezimem-snezenka.aspx>>.
8. *Důchodové pojištění*. [online]. [cit. 2011-01-13]. Dostupný z: <<http://www.cssz.cz/cz/duchodove-pojisteni/>>.
9. GLOSOVÁ, D. et al. *Bydlení pro seniory*. 1. vyd. Brno: ERA, 2006. 179 s. ISBN 80-7366-057-1.
10. GREGOROVÁ, Z., GALVAS, M. *Sociální zabezpečení*. 2. vyd. Brno: MU, 2005. 280 s. ISBN 80-7239-176-3.
11. HANSON, J. *From „special needs“ to „life style“ choices: articulating the demand for „third age“ housing*. Inclusive housing in ageing society, Peace, S. M., Holland, C. (ed.) Bristol: The Policy Press, 2001. 53 p.
12. HASSON, H., ARNETZ, J. E. Care recipients' and family members' perceptions of quality of older people care: a comparison of home-based care and nursing homes. *Journal of Clinical Nursing*. 2011, vol. 20, no. 9-10, p. 1423-1435.

13. HAVRDOVÁ, Z. a kol. *Hodnoty v prostředí sociálních a zdravotních služeb*. 1. vyd. Praha: Fakulta humanitních studií UK, katedra řízení a supervize v sociálních a zdravotnických organizacích, 2010. 207 s. ISBN 978-80-87398-06-7.
14. HUTAŘ, J. *Sociálně právní minimum pro osoby se zdravotním postižením*. 10. vyd. Praha: NRZP ČR, 2009. 241 s. ISBN 978-80-87181-02-7.
15. JANATOVÁ, H. *Healthy Aeging – Zdravé stárnutí*. [online]. [cit. 2011-04-03]. Dostupný z: <<http://www.szu.cz/tema/podpora-zdravi/healthy-ageing-zdrave-starnuti>>.
16. JANEČKOVÁ, H., HNILICOVÁ, H. *Úvod do veřejného zdravotnictví*. 1. vyd. Praha: Portál, 2009. 296 s. ISBN 978-80-7367-592-9.
17. JEBAVÝ, J. *Špatné zacházení se starými lidmi doma*. [online]. [cit. 2011-03-11]. Dostupný z: <<http://www.gerontocentrum.cz/gema/spatnedoma.php>>.
18. KAHOUN, V. et al. *Sociální zabezpečení vybrané kapitoly*. 1.vyd. Praha: TRITON, 2009. 445 s. ISBN 978-80-7387-346-2.
19. KLEVETOVÁ, D., DLABALOVÁ, I. *Motivační prvky při práci se seniory*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008. 208 s. ISBN 978-80-247-2169-9.
20. KRÁLOVÁ, J., RÁŽOVÁ, E. *Sociální služby a příspěvek na péči 2009/2010*. 3. vyd. Praha: ANAG s.r.o. 2009. 424 s. ISBN 978-80-7263-559-7.
21. *Lékařská posudková služba*. [online]. [cit. 2011-03-22]. Dostupný z: <<http://www.cssz.cz/cz/lekarska-posudkova-sluzba/>>.
22. MATOUŠEK, O. *Slovník sociální práce*. 1. vyd. Praha: Portál, 2003. 288 s. ISBN 80-7178-549-0.
23. MORGAN, L., KUNKEL, S. *Aging: The social context*. (ed.) California: PINE FORGE PRESS, 2001. 510 p. ISBN 0-7619-8731-2.
24. MALÍKOVÁ, E. *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011. 328 s. ISBN 978-80-247-3148-3.
25. MICHALÍK, J. *Poradenství pro uživatele sociálních služeb*. 2. vyd. Olomouc: Národní rada osob se zdravotním postižením ČR, 2007. 64 s. ISBN 80-903640-9-8.
26. MLÝNKOVÁ, J. *Pečovatelsví: učebnice pro obor sociální péče – pečovatelská činnost. 1. díl*. 1. vyd. Praha: Grada, 2010. 269 s. ISBN 978-80-247-3184-1.
27. MPSV. *Posudková služba – podrobné informace*. [online]. [cit. 2011-03-20]. Dostupný z: <<http://www.mpsv.cz/cs/7228>>.

28. *Nárok na příspěvek na péči*. Finance media a.s. [online]. [cit. 2011-02-20]. Dostupný z: <<http://www.finance.cz/socialni-podpora/informace/prispevek-na-peci/narok/>>.
29. *Nemocenské pojištění*. [online]. [cit. 2011-01-12]. Dostupný z: <<http://www.cssz.cz/cz/nemocenske-pojisteni/>>.
30. *Nemocenské pojištění v roce 2011*. [online]. [cit. 2011-01-14]. Dostupný z: <<http://www.mpsv.cz/cs/7>>.
31. *Národní zpráva o rodině*. Praha: MPSV, 2004. 224 s.
32. OŠKOVÁ, S., PECHOVÁ, M., WOLFOVÁ, D. *Sociálne zabezpečenie: Aplikáčné praktikum*. 1. vyd. EKONÓM, 2006. 96 s. ISBN 80-2252-153-1.
33. PHILLIPSON, Ch. *Reconstructing Old Age: New agenda in Social Theory and Practice*. London: Sage, 1998. 161 p.
34. PICHAUD, C. *Soužití se staršími lidmi: praktické informace pro ty, kdo doma pečují o staré lidi, i pro sociální a zdravotnické pracovníky*. 1. vyd. Praha: Portál, 1998. 156 s. ISBN 80-7178-184-3.
35. PLÍVOVÁ, V. *Přehled změn v působnosti MPSV v roce 2011*. Tisková zpráva MPSV, 2010-12-21. [online]. [cit. 2011-01-14]. Dostupný z: <<http://www.mpsv.cz/cs/9936>>.
36. *Pojistné na sociální zabezpečení*. [online]. [cit. 2011-01-10]. Dostupný z: <<http://www.cssz.cz/cz/pojistne-na-socialni-zabezpeceni/>>.
37. *Pomoc v hmotné nouzi*. [online]. [cit. 2011-01-10]. Dostupný z: <<http://www.mpsv.cz/cs/5#djp>>.
38. *Příspěvek na péči*. MPSV, odbor 22. [online]. [cit. 2011-02-22]. Dostupný z: <http://portal.gov.cz/wps/portal/_s.155/699/_s.155/708?POSTUP_ID=616&PRVEK_ID=1065&DISP=3&NAHLEDVZORU=true#prvek-zs>.
39. RADIČOVÁ, I. *Sociálna ochrana na Slovensku*. 1. vyd. Nadácia S.P.A.C.E., 2003. 197 s. ISBN 80-8899-117-X.
40. *Sociální příplatek 2011*. [online]. [cit. 2011-02-10]. Dostupný z: <<http://www.socialni-davky.cz/socialni-priplatek-2011>>.
41. SVATOŠOVÁ, M. *Hospic: umenie sprevádzat*. 1. vyd. Bratislava: Lúč, 2001. 157 s. ISBN 80-7114-335-9.

42. THORPE, J. The generation bomb: The united states, europe and japan are facing a severe pension crunch as baby boomers begin to retire [series: Pensions: A crisis in the making]. *National Post (Index-only)*. 2004, Mar 3, ISSN 14868008.
43. TOŠNEROVÁ, T. *Jak si vychutnat seniorská léta*. 1. vyd. Brno: Computer Press, 2009. 239 s. ISBN 978-80-251-2104-7.
44. TRÖSTER, P. et al. *Právo sociálního zabezpečení*, 3. vyd. Praha: C. H. Beck, 2005. 337 s. ISBN 80-7179-856-8.
45. VACOVSKÁ, H. *Hospic ČČK*. [online]. [cit. 2011-02-10]. Dostupný z: <<http://www.cckcb.cz/hospic-cck>>.
46. *Vyhláška č. 182/1991 Sb., kterou se provádí zákon o sociálním zabezpečení a zákon České národní rady o působnosti orgánů České republiky v sociálním zabezpečení, ve znění pozdějších předpisů.*
47. WESTBROOK, J., GEORGIU, A., BLACK, D., HORDERN, A. Comprehensive medical assessments for monitoring and improving the health of residents in aged care facilities: Existing comprehensive medical assessments coverage and trial of a new service model. *Australasian Journal on Ageing*. 2011, vol. 30, no. 1, p. 5-10.
48. *Zákon č. 73/2011 Sb., o Úřadu práce České republiky a o změně souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů.*
49. *Zákon č. 100/1988 Sb., o sociálním zabezpečení, ve znění pozdějších předpisů.*
50. *Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů.*
51. *Zákon č. 187/2006 Sb., o nemocenském pojištění, ve znění pozdějších předpisů.*
52. *Zákon č. 347/2010 Sb., kterým se mění některé zákony v souvislosti s úspornými opatřeními v působnosti Ministerstva práce a sociálních věcí, ve znění pozdějších předpisů.*
53. *Zákon č. 582/1991 Sb., o organizaci a provádění sociálního zabezpečení, ve znění pozdějších předpisů.*
54. *Zákon č. 589/1992 Sb., o pojistném na sociální zabezpečení a příspěvku na státní politiku zaměstnanosti, ve znění pozdějších předpisů.*
55. ŽENÍŠKOVÁ, M. *Nemocenské pojištění*. 2. vyd. Praha: ANAG, 2001. 111 s. ISBN 80-7263-093-8.
56. *Životní a existenční minimum*. [online]. [cit. 2011-01-10]. Dostupný z: <http://portal.mpsv.cz/soc/ssp/obcane/zivotni_min>.

9 PŘÍLOHY

Příloha 1. Varianty čerpání rodičovského příspěvku, platné od 1. 1. 2011

Příloha 2. Úkony péče o vlastní osobu a soběstačnosti

Příloha 3. Seznam poskytovaných pečovatelských služeb, včetně jejich sazeb

Příloha 4. Dotazník

Příloha 1.

Tabulka 2. Varianty čerpání rodičovského příspěvku, platné od 1. 1. 2011

(Plívová, V., *Přehled změn v působnosti MPSV v roce 2011*, 2010)

výměra RoP	výše RoP v Kč/měsíc	dvouletá varianta čerpání (po PPM)		tříletá varianta čerpání (po PPM)		čtyřletá varianta čerpání (bez PPM)	
		počet měsíců, po které je RoP pobírán	celková částka v Kč	počet měsíců, po které je RoP pobírán	celková částka v Kč	počet měsíců, po které je RoP pobírán	celková částka v Kč
zvýšená	11 400	19	216 600	0	0	0	0
základní	7 600	0	0	31	235 600	9	68 400
snížená	3 800	0	0	0	0	39	148 200
čerpání celkem		19	216 600	31	235 600	48	216 600

Příloha 2.

Úkony péče o vlastní osobu a soběstačnosti

(zákon č. 108/2006 Sb. o sociálních službách, § 9)

Při posuzování péče o vlastní osobu pro účely stanovení stupně závislosti se hodnotí schopnost zvládat tyto úkony:

- a) příprava stravy,
- b) podávání, porcování stravy,
- c) přijímání stravy, dodržování pitného režimu,
- d) mytí těla,
- e) koupání nebo sprchování,
- f) péče o ústa, vlasy, nehty, holení,
- g) výkon fyziologické potřeby včetně hygieny,
- h) vstávání z lůžka, uléhání, změna poloh,
- i) sezení, schopnost vydržet v poloze v sedě,
- j) stání, schopnost vydržet stát,
- k) přemisťování předmětů denní potřeby,
- l) chůze po rovině,
- m) chůze po schodech nahoru a dolů,
- n) výběr oblečení, rozpoznání jeho správného vrstvení,
- o) oblékání, svlékání, obouvání, zouvání,
- p) orientace v přirozeném prostředí,
- q) provedení si jednoduchého ošetření,
- r) dodržování léčebného režimu.

Při posuzování soběstačnosti pro účely stanovení stupně závislosti se hodnotí schopnost zvládat tyto úkony:

- a) komunikace slovní, písemná, neverbální,
- b) orientace vůči jiným fyzickým osobám, v čase a mimo přirozené prostředí,
- c) nakládání s penězi nebo jinými cennostmi,
- d) obstarávání osobních záležitostí,
- e) uspořádání času, plánování života,
- f) zapojení se do sociálních aktivit odpovídajících věku,
- g) obstarávání si potravin a běžných předmětů (nakupování),
- h) vaření, ohřívání jednoduchého jídla,
- i) mytí nádobí,
- j) běžný úklid v domácnosti,
- k) péče o prádlo,
- l) přepírání drobného prádla,
- m) péče o lůžko,
- n) obsluha běžných domácích spotřebičů,
- o) manipulace s kohouty a vypínači,
- p) manipulace se zámky, otevírání, zavírání oken a dveří,
- q) udržování pořádku v domácnosti, nakládání s odpady,
- r) další jednoduché úkony spojené s chodem a udržováním domácnosti.

Příloha 3.

Tabulka 3. Seznam poskytovaných pečovatelských služeb, včetně jejich sazeb

(Pečovatelská služba Diakonie ČCE - střediska ve Valašském Meziříčí. [online]. [cit.2011-04-10]. Dostupný z: < <http://www.diakoniev.cz/nabizene-sluzby/pecovatelska-sluzba/cenik-pecovatelske-sluzby/>>)

úkon	platba	jednotka
pomoc při oblékání a svlékání vč. spec. pomůcek	100,- Kč	hodina
pomoc při prostorové orientaci, samost. pohybu ve vnitřním prostoru	100,- Kč	hodina
pomoc při přesunu na lůžko nebo vozík	100,- Kč	hodina
pomoc při použití WC	100,- Kč	hodina
pomoc při základní péči o vlasy a nehty	100,- Kč	hodina
pomoc při úkonech osobní hygieny (vč. koupele na středisku)	100,- Kč	hodina
dovoz nebo donáška jídla	20,- Kč	úkon/15 min
dovoz dvou obědů (manželé)	25,- Kč	úkon
pomoc a podpora při podávání jídla	100,- Kč	hodina
pomoc při přípravě jídla a pití	100,- Kč	hodina
příprava a podání jídla a pití	100,- Kč	hodina
*běžný úklid a údržba domácnosti	100,- Kč	hodina
údržba spotřebičů (umytí ledničky aj.)	100,- Kč	hodina
pomoc při zajištění velkého úklidu domácnosti	100,- Kč	hodina
topení, donáška a příprava topiva, čištění kamen	100,- Kč	hodina
donáška vody	100,- Kč	hodina
běžné nákupy, pochůzky (pošta aj.)	100,- Kč	hodina
**velký nákup	100,- Kč	úkon
***praní a žehlení	50	kg

doprovod dospělých do školy, zaměstnání, k lékaři, na instituce a zpět	100,- Kč	hodina
Sociální poradenství	zdarma	účtuje se počet ujetých kilometrů
obtížnost výkonu - z důvodu zvýšeného rizika přenosu infekce, bez dojezdu autem	20 %	k norm. sazbě
asistence druhého zaměstnance	2x sazba	
služba v so, ne, sv	50,- Kč	k návštěvě

Tabulka 4. Fakultativní (doplňkové) služby

úkon	platba	jednotka	poznámka
natačení vlasů	180,- Kč	hodina	
měření krevního tlaku	120,- Kč	hodina	
donáška léků	35,- Kč	úkon	
donáška léků zvláštní návštěva	80,- Kč	úkon	
velký úklid	160,- Kč	hodina	
použití naší pomůcky při výkonu služby	10,- Kč	úkon	mísa na mytí hlavy
použití naší pomůcky při výkonu služby	20,- Kč	úkon	bazén, vysavač aj.
montáž pomůcky	120,- Kč	hodina	
úhrada za dovoz pomůcky zvlášť	10,- Kč	kilometr	
úhrada za dovoz pomůcky při návštěvě	50,- Kč	úkon	
úhrada za dovoz klienta k lékaři, na úřad aj.	8,- Kč	kilometr	
úhrada za cestu při návštěvě 2 - 5 km	25,- Kč	návštěva	vzdálenost od střediska
úhrada za cestu při návštěvě 6 - 15 km	40,- Kč	návštěva	vzdálenost od střediska
úhrada za odvoz prádla	120,- Kč	hodina	plus 8,- Kč/km
dovoz do stacionáře (do 5 km od střediska)	15,- Kč	jedna cesta	
dovoz do stacionáře (6 - 15 km od střediska)	20,- Kč	jedna cesta	
úhrada za půjčení nerezového jídelnosiče	10,- Kč	měsíc	
úhrada za půjčení jídelnosiče s termoobalem	15,- Kč	měsíc	
úhrada za půjčení termokufříku	30,- Kč	měsíc	

Masáže	doba trvání	cena
Záda	20 min	90,- Kč
Zadní a přední strana dolních končetin	20 min	90,- Kč
Horní končetiny	20 min	90,- Kč
Hrudník a břicho	10 min	40,- Kč
Šíjová krajina	15 min	40,- Kč
Masáž celého těla	65 min	300,- Kč

Pedikúra	doba trvání	cena
Středisko	1 hod	150,- Kč
Doma do 5 km od střediska	1 hod	175,- Kč
Doma 6 až 15 km od střediska	1 hod	190,- Kč
Při RHB pobytu	1 hod	150,- Kč
Každá další započatá 1/2 hod.		70,- Kč

Příloha 4.

DOTAZNÍK

Tento dotazník je zcela anonymní, informace jím získané budou využity k vypracování diplomové práce. Data budou zpracována v souladu se zákonem č.101/2000 Sb. o ochraně osobních údajů. Děkuji za spolupráci.

Bc. Markéta Suchanová

Pohlaví:

Věk:

Město:

Jak dlouho pobíráte příspěvek na péči?

- a) České Budějovice
- b) Jindřichův Hradec

.....

1. Jak hodnotíte své zdraví:

- a) velmi dobré
- b) dobré
- c) docela dobré
- d) špatné

2. Léčíte se dlouhodobě s nějakým onemocněním? (můžete zatrhnout i více možností)

- a) vysoký krevní tlak
- b) onemocnění srdce a cév
- c) cukrovka
- d) artróza váhonosných kloubů – kyčle, kolena
- e) osteoporóza
- f) Alzheimerova choroba, Parkinsonova demence
- g) jiné:

3. Trpíte některými z těchto obtíží? (můžete zatrhnout i více možností)

- a) bolesti nohou
- b) bolesti kolene
- c) bolesti rukou
- d) únik moči nebo stolice
- e) proleženiny
- f) jiné:

4. Dělá Vám potíže:

(můžete zatrhnout i více možností)

Mobilita: a) chůze doma

b) chůze do schodů

c) chůze po ulici několik set metrů

Sebeobslužnost: a) oblékání bez pomoci

b) osobní hygiena, koupání

c) vaření, servírování jídla

d) jiné:.....

5. Kde bydlíte?

a) sám/sama v bytě

b) s rodinou v bytě

c) sám/sama v domě

d) s rodinou v domě

e) v domě s pečovatelskou službou

f) v domově pro seniory

jiné:.....

6. Jak dlouho trvalo, než Vám vyřídili příspěvek na péči:

.....

7. Jaký stupeň závislosti na pomoci jiné osoby Vám byl přiznán?

a) stupeň I (lehká závislost)

b) stupeň II (středně těžká závislost)

c) stupeň III (těžká závislost)

d) stupeň IV (úplná závislost)

e) nevím

8. Kdo Vám zařídil žádost o příspěvek na péči?

a) rodina / někdo z blízkých

b) praktický lékař

c) pečovatelská služba / domov pro seniory

d) sám(a)

e) jiné:.....

9. Proč jste o příspěvek na péči zažádal(a)?

- a) zhoršení zdravotního stavu
- b) na radu při nástupu do domova pro seniory/ domu s pečovatelskou službou
- c) na doporučení rodiny/ známých
- d) jiné.....

10. Navštívila Vás sociální pracovnice a ptala se Vás, jaké máte potíže?

- a) ano
- b) ne
- c) nevím

11. Vyskytly se nějaké problémy v průběhu vyřizování příspěvku na péči?

.....
.....
.....

12. Využíváte některé z těchto pečovatelských služeb? (můžete zatrhnout i více možností)

- a) donáška léků
- b) donáška obědů
- c) nákup potravin
- d) pomoc v domácnosti, úklid
- e) koupel, pomoc při osobní hygieně
- f) jiné.....
- g) nevyužívám

Pokud ano, kdo Vám tyto služby poskytuje?

- a) organizace zajišťující pečovatelské služby
- b) rodina / blízké osoby

13. Na co využíváte příspěvek na péči? (můžete zatrhnout i více možností)

- a) na úhradu nájmu
- b) na zaplacení pečovatelských služeb
- c) na platbu osobní asistence
- d) na chod domácnosti
- e) jiné.....

14. Jak se změnila kvalita Vašeho života od doby, kdy pobíráte příspěvek na péči?

Zdravotní stav: a) zlepšil se

b) zhoršil se

c) stejné

Bydlení: a) lepší, mám více pohodlí

b) horší

c) stejné

Volný čas: a) mám více volného času

b) mám méně volného času

c) stejné

Fyzická aktivita: a) mám více pohybu (procházky, cvičení, hry...)

b) horší, méně se pohybuji

c) stejné

Společenská aktivita: a) lepší, více se setkávám s lidmi (besedy, koncerty, divadlo, kroužky..)

b) horší

c) stejné

15. Vztahy s lidmi:

Udržujete přátelské vztahy s lidmi?

a) ano

b) ne

Navazujete nové vztahy / nová přátelství?

a) ano

b) ne

16. Jak se cítíte v poslední době?

a) šťastný(á), spokojený(á)

b) nespokojený

c) unavený(á), vyčerpaný(á)

d) smutný(á) až v depresi

Děkuji Vám za spolupráci.