



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Studies

Jihočeská univerzita
v Českých Budějovicích
University of South Bohemia
in České Budějovice

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích

Zdravotně sociální fakulta

Katedra sociální práce

Bakalářská práce

Využívání příspěvku na péči uživateli sociálních služeb

Vypracoval: Marie Šináklová

Vedoucí práce: Mgr. Aleš Novotný

České Budějovice 2014

Abstrakt

Bakalářská práce se zabývá velmi rozšířenou sociální dávkou, tedy příspěvkem na péči a s ním spojenou problematikou, z čehož vyplývá hlavní cíl této práce, zjistit jak a popřípadě na co je příspěvek na péči využíván. Bakalářskou práci na toto téma jsem si zvolila především z toho důvodu, že je tato problematika v médiích velmi často zmiňována a mě osobně zajímalo, jak to s příspěvkem na péči ve skutečnosti je, jelikož média mají v oblibě získané informace zkreslovat.

Tato práce je rozdělena na teoretickou a praktickou část. V teoretické části jsem se zaměřila především na účel, principy a základní funkce příspěvku. Popsala jsem také, komu vzniká nebo naopak nevzniká nárok na příspěvek, a kdy může tento nárok zaniknout. V této části jsem se také soustředila na to, k čemu je příspěvek určen, a na co má být správně využit. Dále jsem se v práci zmínila o kontrole podle zákona o sociálních službách a také o ochranných prostředcích, kterými se stát brání danému zneužívání příspěvku. V teoretické části jsem také uvedla historii příspěvku, kdy se ještě jednalo o příspěvek při péči o blízkou osobu. Vzhledem k tomu, že příspěvek na péči je určen osobám, které jsou nějakým způsobem znevýhodněné, vložila jsem do teoretické části také kapitolu o postižení, kde jsem uvedla definici postižení, jeho druhy a formy či např. specifické potřeby, které z postižení vyplývají.

V druhé, tedy v praktické části byla použita metoda kvalitativního výzkumu. Sběr dat proběhl formou dotazování za pomoci techniky polořízeného rozhovoru. Rozhovory byly uskutečněny se šesti komunikačními partnery, které jsem vybrala metodou „sněhové koule“, tzv. nabalováním. Jednalo se o rodiče pečující o osoby do 18 let věku, závislé na pomoci jiné fyzické osoby, které využívají příspěvek na péči na zajištění sociálních služeb nebo jiných forem pomoci podle zákona o sociálních službách. Rozhovory trvaly v rozmezí 30 – 60 minut v prostředí, které si sami komunikační partneři zvolili. Otázky, které jsem zjišťovala, byly rozděleny do sedmi hlavních okruhů. Okruhy se týkaly rodiny, dítěte se zdravotním postižením, sociálních služeb, příspěvku na péči, průběhu řízení o přiznání příspěvku, finančních prostředků a také změn o příspěvku, které nastaly v roce 2012.

Cílem této práce bylo především zjistit, jak popřípadě na co osoby pobírající příspěvek na péči tuto dávku využívají. Zda uživatelům výše příspěvku na péči postačuje k pokrytí nákladů na poskytování sociální služby. Zda se musejí uživatelé z důvodu nízké hodnoty příspěvku nějakým způsobem omezovat ve svých individuálních potřebách a zájmech. Zda si uživatelé identifikovali nějaké změny po novelizaci zákona o sociálních službách.

Na výše uvedené cíle jsem se snažila získat odpovědi potřebné k vyřešení dané problematiky. Výsledky ukázaly, že se příspěvek na péči využívá nejenom na sociální služby, ale také na léky, poplatky u lékařů a léčitelů, pohonné hmoty, či na kompenzační a rehabilitační pomůcky. Sociální služby využívá pět komunikačních partnerů ze šesti. Některé sociální služby nejsou poskytovány za úhradu, a proto je příspěvek využíván celkově třemi dotazovanými na jiné formy pomoci, než na sociální služby, pro které je příspěvek na péči především určen.

Pouze dvěma komunikačním partnerům stačí příspěvek k pokrytí veškerých nákladů spojených s péčí o dítě se zdravotním postižením. Zbývající čtyři komunikační partneři v rozhovoru uvedli, že v případě nepokrytí nákladů příspěvkem na péči, musejí nejenom sebe, ale i své děti omezovat ve volnočasových aktivitách nebo právě ve zmiňovaných sociálních službách. Dle získaných údajů z rozhovorů se jedná především o to, že komunikační partneři musejí vynechat kroužky a různé výlety nabízené školským zařízením anebo musejí využívat méně sociálních služeb, než bylo pro ně obvyklé. Dotazovaní, tedy rodiče se však snaží v případě, kdy jim příspěvek na péči nestačí, doplatit dané služby z jiných zdrojů. Především se jednalo o zdroje, jako jsou půjčka od příbuzných, plat manžela či sociální dávky.

Z rozhovorů vycházelo, že pět komunikačních partnerů ze šesti je dostatečně o všech změnách informováno. Pouze jeden komunikační partner nevěděl ani o jedné změně, která od 1. 1. 2012 nastala. Jedná se o účastníka výzkumu, který uvedl jako jediný, že nevyužívá sociální služby. Myslím si, že je to právě onen důvod, kvůli kterému nemá komunikační partner získané informace, protože většina uvedla, že jsou informováni právě od poskytovatelů sociálních služeb.

Jelikož jsem si mohla díky rozhovorům udělat přehled o informovanosti, došla jsem k závěru, že většina dotazovaných nevěděla, jestli ty služby, které využívají, jsou sociálními službami či nikoliv. Dále jsem si také v praxi mohla ověřit to, že lidé pobírající příspěvek na péči vlastně neví, na co přesně má být příspěvek využíván. Byla bych tedy moc ráda, kdyby má práce mohla napomoci k rozšíření znalostí nejenom příjemců příspěvku, ale i celé veřejnosti. Na základě těchto nasbíraných poznatků z výzkumu by se mohlo alespoň uvažovat a diskutovat o rozšíření oblasti kontroly krajskými pobočkami ÚP ČR, a to nejenom příjemců příspěvku na péči, ale také subjektů poskytujících služby v této oblasti.

Abstract

The bachelor thesis deals with the widespread social benefit, the attendance allowance and problems associated with it, which implies the main objective of this work, to find out how or what for this allowance is used. I have chosen this issue as the topic of my bachelor thesis mainly because this issue is very often mentioned in the media and I personally wonder how the real situation about this allowance is, because the media are fond of misrepresenting the information.

This thesis consists of a theoretical and a practical part. In the theoretical part I focused mainly on the purpose, the principles and basic functions of the allowance. I have also described who is and who is not entitled to the allowance, and when such entitlement may extinguish. In this part, I also focused on what the allowance is intended for and what it has to be properly utilized for. Furthermore, I mentioned in my thesis the inspection in accordance with the Social Services Act and the means of protection applied by the state in order to prevent the abuse of the allowance. In the theoretical part, I also mentioned the history of this allowance when it still was an allowance for attending a close person. Due to the fact that the attendance allowance is intended for people who are disadvantaged in some way, I also put a chapter on disability into the theoretical part, where I gave a definition of disability, its types and forms or for example specific needs that result from such disability.

In the second, practical part, the qualitative research method was applied. Data collection was conducted by questioning using the technique of a semi-controlled interview. Interviews were conducted with six communication partners that I have selected using the „snowball“ method, so called accretion. Concerned were parents caring for children under 18 years of age, dependent on the help of other individuals and using the attendance allowance for the provision of social care services and other forms of assistance under the Social Services Act. The interviews lasted between 30-60 minutes in an environment chosen by the communication partners themselves. Questions that I examined were divided into seven main topics. Those topics related to families, children with disabilities, social services, the attendance allowance, the

process of the proceedings concerning the granting of the allowance, funds and changes in the allowance that occurred in 2012.

The aim of this thesis was mainly to determine how or what for the attendance allowance is used by its beneficiaries. Whether the amount of the attendance allowance is sufficient for its users to cover the costs of providing the social service. Whether users – because of the low value of the attendance – will be required to limit their individual needs and interests in some way. Whether users have identified some changes after the amendment of the Social Services Act.

For the above objectives I tried to get the answers needed to solve the respective issue. The results showed that the attendance allowance is used not only for social services, but also for medicine, medical and healer fees, fuel, or for compensation and rehabilitation aids. Social services are used by five of six communication partners. Some social services are provided for fee, and therefore generally the allowance is used by three interviewees for other forms of assistance than for social services for which the allowance is primarily intended.

For only two communication partners the allowance is sufficient to cover all costs associated with the care for a child with disabilities. The remaining four communication partners said in the interview that in case of not covering the costs from the attendance allowance they have to limit leisure activities – not only of themselves but also of their children – or even the mentioned social services. According to the data obtained from the interviews the communication partners must omit hobby groups and excursions offered by educational institutions or must use fewer social services than they were used to. However, the respondents, the parents – in case that the allowance is not sufficient – try to pay the respective services from other sources. Such sources are especially loans from relatives, the spouse's pay or social benefits.

The interviews showed the fact that five of six communication partners are sufficiently informed of any changes. Just one communication partner did not even know about a change that entered into force on January 1, 2012. It was a research participant, the only one who reported to not use any social services. I think that this is

precisely that reason why the communication partner does not have the information because the majority stated that they are informed by social service providers.

Since – thanks to interviews – I was able to make an overview of awareness, I came to the conclusion that the majority of respondents did not know if the services they use are social services or not. In addition, I also could verify in practice that people receiving attendance allowance actually do not know what exactly it is to be used for. Therefore I would be very happy if my thesis could help to increase the knowledge of not only beneficiaries, but also the general public. Based on the collected findings from the research the extension of the field of monitoring by regional offices of ÚP CR, not only of beneficiaries of the attendance allowance, but also of entities providing services in this field, could at least be considered and discussed.

Klíčová slova

- 1 Dítě se zdravotním postižením
- 2 Příspěvek na péči
- 3 Sociální služby
- 4 Zákon o sociálních službách

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci jsem vypracoval(a) 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 bakalářské práce, a to – v nezkrácené podobě – v úpravě vzniklé vypuštěním vyznačených částí archivovaných fakultou – elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejich 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 dne 2. 5. 2014

.....

Marie Šináklová

Poděkování

Touto cestou bych chtěla poděkovat vedoucímu bakalářské práce Mgr. Aleši Novotnému, za odbornou pomoc, cenné rady, trpělivost a věnovaný čas.

Obsah

1 SOUČASNÝ STAV	14
1.1 Sociální péče.....	14
1.2 Osoby se zdravotním postižením.....	14
1.3 Sociální služby zaměřené na osoby se zdravotním postižením	16
1.4 Příspěvek na péči	21
1.4.1 Příspěvek na péči obecně	21
1.4.2 Podmínky nároku na příspěvek na péči	23
1.4.3 Základní životní potřeby a jejich hodnocení	24
1.4.4 Stupně závislosti na příspěvku na péči.....	26
1.4.5 Nárok na příspěvek na péči.....	29
1.4.6 Výplata příspěvku na péči	31
2 CÍL PRÁCE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY	35
2.1 Cíl práce.....	35
2.2 Výzkumné otázky	35
3 METODIKA	36
3.1 Použitá metodika	36
3.2 Výzkumný soubor.....	37
4 VÝSLEDKY	39
4.1 Rodina.....	39
4.2 Dítě se zdravotním postižením	41
4.3 Sociální služby.....	45
4.4 Příspěvek na péči	48
4.5 Průběh řízení o příspěvku na péči.....	50
4.6 Finanční prostředky	53
4.7 Změny roku 2012 o příspěvku na péči	56
5 DISKUZE	58
6 ZÁVĚR	69
7 SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ	71

Seznam použitých zkratk

- 1 **ČSSZ** – Česká správa sociálního zabezpečení
- 2 **EU** – Evropská unie
- 3 **KP** – Komunikační partner
- 4 **LPS** – Lékařská posudková služba
- 5 **MPSV** – Ministerstvo práce a sociálních věcí
- 6 **OSPOD** – Orgán sociálně právní ochrany dětí
- 7 **OSSZ** – Okresní správa sociálního zabezpečení
- 8 **PL** – Posudkový lékař
- 9 **PnP** – Příspěvek na péči
- 10 **SP** – sociální pracovník
- 11 **SS** – sociální služby
- 12 **ÚP** – Úřad práce
- 13 **WHO** – Světová zdravotnická organizace

Úvod

Příspěvek na péči je sociální dávkou, která je určena pro osoby se zdravotním postižením, jež jsou závislé na pomoci jiné fyzické osoby. Příspěvek je určen k zajištění péče oprávněné osoby především formou sociálních služeb či jinou formou pomoci. Pro tuto práci jsou podstatné změny, které v systému příspěvku na péči nastaly. Od 1. 1. 2012 došlo nejenom k zavedení asistenta sociální péče či možnosti zvýšení výše příspěvku až o 2 000 Kč, ale snížily se také podmínky hodnocení stupně závislosti, tedy z 36 se nyní posuzuje pouze 10 základních životních potřeb.

Bakalářskou práci na toto téma jsem si vybrala především z toho důvodu, že problematika týkající se příspěvku na péči je od schválení a zavedení zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách stále ve větší míře medializována, a to ne v příliš pozitivním smyslu. K největším problémům s ohledem na tuto sociální dávku dochází např. při hodnocení stupně závislosti, přiznání dávky, ale především při využívání příspěvku. Jsem si vědoma toho, že média mají v oblibě získané informace zkreslovat a zveličovat, a právě proto jsem chtěla zjistit, jak to ve skutečnosti je.

Prostřednictvím této práce se pokusím nahlédnout zejména do problematiky využívání příspěvku na péči. Využívání této dávky spatřuji jako problematické, jelikož je příspěvek v několika případech použit na jiné účely, než na které je určen, tzv. ze systému odcházejí peníze na vyplacení příspěvků, ale zpět do systému se již nevrací. Hlavním cílem této práce, tedy je zjistit, jak popřípadě na co osoby pobírající příspěvek na péči tuto dávku využívají. Dalšími cíli je zjistit, zda uživatelům výše příspěvku na péči stačí k pokrytí nákladů na poskytování sociální služby, zda se musejí uživatelé z důvodu nízké hodnoty příspěvku nějakým způsobem omezovat ve svých individuálních potřebách a zájmech anebo zda si uživatelé identifikovali nějaké změny po novelizaci zákona o sociálních službách. Práce přispěje k pochopení problematiky týkající se příspěvku na péči, přinese informace nejen příjemcům příspěvku, ale i široké veřejnosti o tom, jak se příspěvek komunikačními partnery využívá a přinese také od komunikačních partnerů nové nápady na zlepšení systému.

1 SOUČASNÝ STAV

1.1 Sociální péče

Jak je uvedeno v zákoně č. 100/1988 Sb., o sociálním zabezpečení (4, s. 600) „Sociální péčí zajišťuje stát pomoc občanům, jejichž životní potřeby nejsou dostatečně zabezpečeny příjmy z pracovní činnosti, dávkami důchodového nebo nemocenského zabezpečení, popřípadě jinými příjmy, a občanům, kteří ji potřebují vzhledem ke svému zdravotnímu stavu nebo věku, anebo kteří bez pomoci společnosti nemohou překonat obtížnou životní situaci nebo nepříznivé životní poměry“. Pojem sociální péče se stále zachovává, ale v dnešní době se spíše prosadilo označení sociální pomoc, které tak lépe vystihuje účast člověka na řešení jeho nepříznivé sociální situace (30).

Sociální péče je projevem lidské solidarity a dobročinnosti, jejímž cílem je zabránit propadu občana do trvalé sociální závislosti a podpořit tak jeho způsobilost k samostatnému životu (12). Kladen je větší důraz na aktivní úlohu potřebného občana a je-li to v dané situaci možné, měla by být do řešení situace zapojena i jeho rodina. Stát v rámci principu subsidiarity má být zapojen do pomoci jako poslední. Sociální péče je poskytována buď jako sociální dávka (jednorázová, opakující se, peněžité či věcné) anebo jako sociální služba (8). Mezi příjemci dávek se nejvíce vyskytují osoby v hmotné nouzi, nezaměstnaní, senioři, nízkopříjmové či neúplné rodiny, osoby sociálně vyloučené, osoby bez domova, migranti, osoby propuštěné z výkonu trestu odnětí svobody a další (8). Dle Krebse je nejvíce výdajů vynaloženo právě na péči o osoby se zdravotním postižením (12).

1.2 Osoby se zdravotním postižením

Matoušek (16) uvedl, že termínem „lidé s postižením“ je zdůrazňována především priorita člověka jako lidské bytosti před daným znevýhodněním. Definice zdravotního postižení označuje skutečnost, že je porušena, omezena, znemožněna, neboli také

postižena funkce, schopnost či výkon v určité činnosti. Zdravotní postižení nejenom odkazuje na oné výše uvedené poruchy, ale také na vliv tohoto omezení na život jedince (21). Osoba se zdravotním postižením má taková funkční omezení, že musejí být vytvořeny mimořádné výhody pro zlepšení jejich životních podmínek (32).

V případě osob se zdravotním postižením se může jednat o různý typ a stupeň postižení. Je podstatné, zda je postižení vrozené, tedy od narození či získané, tedy postižení po úraze či nemoci. Typy postižení jsou rozděleny na tělesné postižení, zrakové postižení, sluchové postižení, postižení spjaté s vnitřními chorobami, mentální postižení a pod něj spadající demence či další psychiatrická onemocnění, těžší poruchy řeči, chování či učení a kombinovaná postižení (32).

Tělesné postižení

Charakteristickým vyznačením tělesného postižení jsou poruchy hybnosti, které mohou být následkem přímého poškození pohybového ústrojí, či následkem nemoci a jiné poruchy. Při vrozeném postižení bývají tyto poruchy hybnosti spojené s dětskou mozkovou obrnou (DMO). Méně časté jsou vrozené vývojové vady např. chybějící končetiny, rozštěpové vady a tělesná malformace (znetvoření). V rámci získaných postižení dominují u tělesného postižení následky závažných nemocí a úrazy, kdy se především jedná o poranění páteře a míchy, amputace končetin a další. Stále častější problémy vznikají také v důsledku špatného životního stylu, kdy ve většině případů dochází k deformitám páteře či k tzv. plochým záďům (26).

Mentální postižení

Pojem mentální retardace by se z latinských slov „mens retardare“ doslovně přeložil jako „opozdění mysli“. Jde o závažné organické a funkční poškození mozku. Mentální postižení může vzniknout na základě genetických poruch, jedná se např. o Downův syndrom, Turnerův syndrom či Klinefelterův syndrom. Dále také na základě metabolických poruch, intoxikací či následků různých traumat. Snížení mentální úrovně v pozdějším věku může proběhnout na základě úrazů a nemocí, případně nezbytných operačních zákroků. Největší množství případů, se kterými je spjata demence, vzniká

s degenerativními onemocněními mozku, a to zejména u seniorů, kdy se jedná o nejčastější Alzheimerovu chorobu (26).

Zrakové postižení

Zrak je smyslem, který je námi využíván při získávání až 90% informací. Za jedince zrakově postiženého lze považovat člověka, který i po optimální korekci (medikamentózní, chirurgické či brýlové) má v běžném životě se získáváním informací pomocí zraku problémy. Příčina zrakového postižení může být spatřována jako porucha v oblasti receptoru (zevní oko), nervových drah (oční nerv) nebo přímo zrakového centra v mozku. Vrozené vady zraku bývají podmíněny geneticky, případně infekčním onemocněním matky v těhotenství. S ohledem na získané postižení zraku se nejčastěji objevují různé zákaly, záněty, nádory, následky úrazů nebo intoxikace, ale také patologické změny sítnice, které mohou být vyvolané buď diabetem anebo oběhovým onemocněním (26).

Sluchové postižení

Sluch je smyslem, při jehož ztrátě bychom zároveň ztratili až 60% informací. Sluchové postižení je následkem organické nebo funkční poruchy. Nemálo příčin sluchových postižení je způsobeno geneticky, může se však jednat i o infekční onemocnění matky během těhotenství (spalničky, zarděnky, chřipka, toxoplasmóza). Získané postižení sluchu je podmíněno prodělanými onemocněními (středoušní záněty, meningitida, příušnice), úrazů především hlavy a ojedinele také vedlejšími účinky léků. Úbytek sluchu je také spojování se stárnutím (26).

1.3 Sociální služby zaměřené na osoby se zdravotním postižením

Sociální práce využívá mnoho nástrojů, které napomáhají ke zlepšení nepříznivé sociální situace lidí ve společnosti a jedním z těchto nástrojů jsou právě i sociální

služby. Do sociálních služeb zahrnuje česká legislativa jen služby spadající do pravomocí Ministerstva práce a sociálních věcí (7).

Sociální služby jsou dle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách definovány (5, §3) jako: „činnost nebo soubor činností podle tohoto zákona zajišťujících pomoc a podporu osobám za účelem sociálního začlenění nebo prevence sociálního vyloučení.“ Sociální služby se nezaměřují pouze na osobu jako uživatele, ale i na jeho rodinu, skupinu, do které je začleněn a širší společenství (15). Sociální služby by měly být vzájemně provázané, měly by tzv. navazovat jedna na druhou a odpovídat individuálním potřebám jak klientů, tak společnosti. V systému sociálních služeb dochází ke spolupráci několika rezortů, kterými jsou zdravotnictví, sociální věci, školství a zároveň se zde prolíná i státní a nestátní sektor. Systém sociálních služeb by měl mít nejen pro všechny osoby bez rozdílu dveře otevřené, ale také by osoby měl sám aktivně vyhledávat a oslovovat je (14).

Sociální služby se rozlišují dle § 33 zákona č. 108/2006 Sb. na tři základní formy: pobytové služby, ambulantní služby a terénní služby a dle § 32 na tři základní druhy sociální poradenství, služby sociální péče, služby sociální prevence (5).

Sociální poradenství

Cílem sociálního poradenství je poskytnout klientovi bezpečnou, bezplatnou a především kvalifikovanou pomoc při řešení jeho nepříznivé sociální situace. V rámci základního sociálního poradenství je osobě doporučena pro ni potřebná sociální služba či jiná forma pomoci např. je osobě sděleno na jaké sociální dávky či jiné příspěvky má nárok (8). Základní sociální poradenství je dle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách (5, §37) „základní činností při poskytování všech druhů sociálních služeb“. Odborné sociální poradenství je zaměřeno na konkrétní cílovou skupinu a její specifické individuální potřeby. Může se jednat např. o občanské poradny, manželské a rodinné poradny, poradny pro seniory, poradny pro osoby se zdravotním postižením či poradny pro oběti trestných činů a domácího násilí. Součástí odborného poradenství je i zapůjčení kompenzačních pomůcek (8).

Služby sociální péče

Cílem služeb sociální péče je udržet nebo podpořit klientovy schopnosti a dovednosti, posílit jeho samostatnost a odpovědnost v běžném životě, poskytovat pomoc klientovi při řešení jeho sociální situace a poskytovat mu informace o využití dalších možných služeb (8). Jak je v zákoně č. 108/2006 Sb., o sociálních službách (5, § 38) uvedeno: „Každý má právo na poskytování služeb sociální péče v nejméně omezujícím prostředí“.

Služby sociální prevence

Cílem služeb sociální prevence je zabránit klientovu sociálnímu vyloučení, poskytovat pomoc k překonání nepříznivé sociální situace a zároveň také poskytovat ochranu společnosti před nežádoucími společenskými jevy (8). Tyto služby se především zaměřují na oblast kriminálních činností, bezdomovectví, zneužívání návykových látek či např. krize v rodině (14).

Základní činnosti poskytovaných sociálních služeb dle §35 zákona 108/2006 Sb.:

Pomoc při zvládání běžných úkonů péče o vlastní osobu, pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu, poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy, poskytnutí ubytování, popřípadě přenocování, pomoc při zajištění chodu domácnosti, výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti, sociální poradenství, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, sociálně terapeutické činnosti, pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí, telefonická krizová pomoc, nácvik dovedností pro zvládání péče o vlastní osobu, soběstačnosti a dalších činností vedoucích k sociálnímu začlenění, podpora vytváření a zdokonalování základních pracovních návyků a dovedností (5).

Služby poskytované osobám se zdravotním postižením

- Raná péče: terénní služba, která může být doplněna o ambulantní formu. Služba se poskytuje dítěti a rodičům dítěte ve věku do 7 let, které je zdravotně postižené nebo jehož vývoj je ohrožen v důsledku nepříznivého zdravotního stavu. Služba

je zaměřena nejen na podporu vývoje dítěte, ale také na podporu rodiny, která se v rámci postižení dítěte ocitá v nepříznivé sociální situaci;

- Domovy pro osoby se zdravotním postižením: pobytová služba určená osobám se sníženou soběstačností z důvodu zdravotního postižení, jejichž situace nelze zvládnout bez pravidelné trvalé pomoci či péče jiné fyzické osoby. Pobyt v tomto zařízení nahrazuje uživateli jeho domácí přirozené prostředí;
- Domovy se zvláštním režimem: pobytová služba zaměřená na specifické potřeby vycházející z onemocnění osob, jakými jsou chronické duševní onemocnění, závislost na návykových látkách, stařecká či Alzheimerova demence, a ostatní druhy demencí. Služba může poskytovat pomoc buď konkrétnímu druhu onemocnění, nebo více obdobným druhům onemocnění;
- Chráněné bydlení: pobytová služba poskytovaná osobám se sníženou soběstačností z důvodu zdravotního postižení nebo chronického onemocnění včetně duševního onemocnění. Tyto osoby potřebují pomoc jiné fyzické osoby v oblasti osobní péče a péče o domácnost. Služby umožňují těmto osobám do určité míry žít samostatný život v běžném prostředí své domácnosti;
- Denní stacionáře: ambulantní služba poskytovaná osobám se sníženou soběstačností z důvodu věku nebo zdravotního postižení, a osobám s chronickým duševním onemocněním. Tyto osoby potřebují pomoc v oblasti osobní péče a soběstačnosti, včetně posilování jejich samostatnosti. Jelikož je služba poskytována v průběhu denních hodin, vrací se klient odpoledne nebo večer do svého domácího prostředí;
- Týdenní stacionáře: pobytová služba poskytovaná osobám se sníženou soběstačností z důvodu věku, zdravotního postižení a osobám s chronickým duševním onemocněním. Týdenní stacionáře poskytují služby během pracovních dnů a v době víkendů jsou osoby ve svém domácím prostředí;
- Centra denních služeb: ambulantní služba poskytovaná osobám se sníženou soběstačností z důvodu věku, chronického onemocnění nebo zdravotního postižení. Tyto osoby potřebují pomoc při zajištění péče o svoji osobu, posílení

svých schopností či dovedností a poskytnutí služeb, které si samy vzhledem ke zdravotnímu stavu nezařídí;

- Pečovatelská služba: ambulantní či terénní služba poskytovaná osobám se sníženou soběstačností z důvodu věku, chronického onemocnění nebo zdravotního postižení a rodinám s dětmi, jež potřebují pomoc jiné fyzické osoby. Prostřednictvím pečovatelské služby jsou zajišťovány jednotlivé úkony v předem dohodnutém časovém rozmezí, a to zejména v domácnostech osob, ale i v zařízeních sociálních služeb;
- Odlehčovací služby: ambulantní, terénní i pobytová služba je určena pro osoby se sníženou soběstačností z důvodu věku, chronického onemocnění nebo zdravotního postižení, o které jinak pečuje rodina či jiné fyzické osoby v jejich domácím přirozeném prostředí. Cílem je umožnit pečující osobě odpočinek. Služba je poskytována na přechodnou a předem určenou dobu;
- Průvodcovské a předčitatelské služby: terénní či ambulantní služba poskytovaná osobám se zdravotním postižením nebo osobám seniorského věku, jejichž schopnosti v oblasti orientace nebo komunikace jsou snížené či nedostačující. Cílem je těmto osobám napomoci zajistit si vlastní záležitosti osobně s využitím jejich přirozených schopností;
- Sociálně terapeutické dílny: ambulantní služba poskytovaná osobám se sníženou soběstačností z důvodu zdravotního postižení, které nelze z tohoto důvodu umístit na otevřený či chráněný trh práce. Prostřednictvím sociálně pracovní terapie zajišťuje tato služba dlouhodobou a pravidelnou podporu pro zdokonalování pracovních návyků a dovedností;
- Osobní asistence: terénní služba poskytovaná osobám se sníženou soběstačností z důvodu věku, chronického onemocnění nebo zdravotního postižení. Služba je poskytována v časovém rozmezí podle specifických potřeb osob, v domácnosti nebo v jiném přirozeném sociálním prostředí a při činnostech, které jsou součástí všech aktivit osob využívajících osobní asistenci;

- Sociálně aktivizační služby: ambulantní případně terénní služba, která se poskytuje osobám v důchodovém věku nebo osobám se zdravotním postižením, které jsou ohroženy sociálním vyloučením (10).

1.4 Příspěvek na péči

Základním nástrojem pro fungování systému sociálních služeb je poskytování příspěvku na péči. Příspěvek na péči jakožto státní sociální dávka posiluje finanční samostatnost a odpovědnost uživatele sociálních služeb (19).

Příspěvek na péči je právně upraven ve vyhlášce č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách a především tedy v zákoně č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů. Zákon 108/2006 Sb., o sociálních službách sebou přinesl zásadní změny v přístupu a postavení uživatele sociálních služeb. Je především více podporována aktivní účast osob na systému, čímž se rozvíjí jejich samostatnost, posiluje jejich sociální začleňování a schopnost v nepříznivé sociální situaci nějakým způsobem zareagovat a nesetrvávat v ní (15). V zákoně k 1. 1. 2007 příspěvek na péči nahradil dvě dávky. První dávkou byl příspěvek při péči o osobu blízkou nebo jinou osobu, jež se především vztahoval na cílovou skupinu seniorů, tehdy „starých občanů“, a druhou dávkou bylo zvýšení důchodu pro bezmocnost. Tento dříve používaný pojem bezmocnost byl nahrazen novým pojmem, a to závislost na péči jiné fyzické osoby (9).

1.4.1 Příspěvek na péči obecně

Pešlová (22, s. 15) se ve své knize celkem výstižně zmínila, že příspěvek na péči „je určen k posílení možností osob závislých na pomoci jiné osoby a pečujícího prostředí tak, aby každý individuálně mohl zvolit pro něj nejúčelnější způsob zajištění svých potřeb, tedy: mohl si sám o sobě rozhodovat a současně se mohl cítit klientem,

nikoliv pouhou věcí, se kterou se manipuluje“. Účel dávky je spatřován v napomáhání osobě, aby si zvolila a následně zajistila pomoc, která by byla pro ni potřebná v rámci zvládnání základních životních potřeb. Pomoc jí může být poskytnuta ze strany poskytovatele sociálních služeb, rodiny, fyzických a právnických osob, které jsou stanoveny zákonem anebo se může jednat o kombinaci těchto forem (10).

Dle dělení sociálních dávek je příspěvek z hlediska doby poskytování opakující se dávkou, která se poskytuje pravidelně, v určitém časovém rozpětí a ze stále stejného důvodu. Z hlediska formy peněžitou dávkou, kdy občan dostává dávku v peněžní podobě, která může být vyplácena do vlastních rukou, na základě obdržené poštovní poukázky, nebo může být částka zaslaná na účet. Z hlediska nárokovosti fakultativní neboli nenárokovou dávkou, jelikož právní nárok na dávku nevzniká, a vzniká až v případě přezkoumání potřebnosti dané osoby oprávněným orgánem (2).

Základní myšlenkou příspěvku na péči je především to, že příspěvek na péči je určen k poplacení zvýšených životních nákladů spojených s péčí o osobu závislou. Tato dávka se nazývá příspěvek na péči z toho důvodu, že se jedná pouze o dávku, která na službu přispívá. Předpokladem je, že zbytek částky, za kterou se služba poskytuje, si příjemce uhradí sám ze svých vlastních zdrojů anebo z dalších dávek, které má přiřknuté. Principem je, že se příspěvek na péči poskytuje osobě, která péči a pomoc potřebuje, a tím dochází k lepšímu a přesnějšímu rozdělení veřejných prostředků právě tam, kde je potřeba péče, nikoliv tam, kde byly v minulosti pouze vytvořené kapacity služeb. Poskytnutí příspěvku významně zvyšuje samostatnost příjemce v rozhodování se o zabezpečení svých vlastních potřeb (24).

V rámci příspěvku na péči jsou naplňovány jednotlivé funkce sociální politiky. Ochranná funkce přispívá k odstranění nebo zmírnění důsledků vznikajících z určitých sociálních, rodinných a životních situací a tím chrání osoby, které se dostali do nepříznivé sociální situace. Homogenizační funkce odstraňuje a zmírňuje sociální rozdílnosti jednotlivých sociálních subjektů v životních podmínkách, např. je příspěvek nejvíce uplatňován v rámci sociální pomoci nízkopříjmovým skupinám obyvatel. Stimulační funkce v ekonomické a sociální oblasti podporuje a vzbuzuje žádoucí jednání u jednotlivců a sociálních skupin. Rozdělovací a přerozdělovací funkce řeší

rozdělení finančních prostředků, čímž zabezpečuje důstojné životní podmínky a rovné šance všem osobám, přispívá k bezproblémovému fungování sociálního systému a vede také k vytváření zdravého konkurenčního prostředí mezi poskytovateli. Preventivní funkce směřuje k odstranění příčin vzniku nepříznivých sociálních situací, které brání člověku začlenit se do společnosti, kdy např. v rámci poskytování příspěvku na péči se omezují využívání ústavů sociální péče (24).

1.4.2 Podmínky nároku na příspěvek na péči

Nárok na příspěvek na péči vzniká osobě s dlouhodobě nepříznivým zdravotním stavem, na základě kterého vyžaduje osoba pomoc při zvládnání základních životních potřeb v rozsahu určeném stupněm závislosti. Za dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav se považuje stav, kdy má osoba omezené funkční schopnosti pro zvládnání základních životních potřeb po dobu delší než 1 rok. Nárok vzniká také osobě, která je starší 1 roku a je jí poskytována potřebná pomoc od osoby blízké, jímž je příbuzný v přímé linii, sourozenec a manžel nebo partner, popř. jiné osoby v poměru rodinném nebo obdobném. Další osobou, které vzniká nárok na příspěvek, je osoba závislá, které je poskytována péče v rámci hospitalizace ve zdravotnickém zařízení (10).

Nárok na příspěvek na péči však nemá dítě, které je mladší 1 roku. Nelze totiž v takových případech lékařem objektivizovat rozsah a tíži poruch, které s sebou nese dané postižení. V tomto věku je známa diagnóza, tudíž vysloveno může být pouze podezření na poruchu či opoždění vývoje, ale bez znalosti důsledků poruchy funkčních schopností, dle kterých se stanovuje stupeň závislosti, a tím tedy i výplata příspěvku. Nelze také do 3 let věku dítěte porovnat běžnou péči o dítě bez zdravotního postižení s péčí o stejně staré dítě se zdravotním postižením z důvodu jejich velmi rozdílného vývoje (22). Nárok na příspěvek na péči nemají též děti s nařízenou ústavní výchovou a ochrannou výchovou s výjimkou dětského domova, kde je nahrazena rodinná péče. Nemají nárok také osoby, které jsou ve výkonu vazby nebo trestu odnětí svobody a také osoby, kterým je poskytována pomoc od podnikající

fyzické osoby nebo právnické osoby, které nejsou zaregistrovány v registru poskytovatelů sociálních služeb (10).

1.4.3 Základní životní potřeby a jejich hodnocení

Lidská potřeba dle Šamánkové (28, s. 12) je „stav charakterizovaný dynamickou silou, která vzniká z pocitu nedostatku nebo přebytku, touhou něčeho dosáhnout v oblasti biologické, psychologické, sociální nebo duchovní. Naplnění této potřeby směřuje k vyrovnaní a obnovení změněné rovnováhy organismu – homeostázy.“ Potřeby jsou podstatné, prospěšné a velmi úzce souvisí s kvalitou našeho života. Vědomé vnímání potřeby dle Maslowa vzniká na základě touhy něčeho dosáhnout. Množství a síla těchto potřeb závisí na osobnosti jedince. Uspokojování a naplnění potřeb zachycuje Maslowova pyramida (28).

Maslowova hierarchie lidských potřeb (viz příloha č. 1) hovoří o lidských právech a přirozenosti uspokojování potřeb člověka jako individua i o respektu k hodnotám souvisejících se životním příběhem každého člověka. Při uspokojování některých běžných lidských potřeb může dojít k tomu, že nějaký jedinec pro své postižení nemůže určité potřeby realizovat obvyklým způsobem. Znamená to tedy, že tento jedinec s určitým omezením vyžaduje pomoc, asistenci či kompenzaci při uspokojování samozřejmých lidských potřeb. Jak Novosad uvedl: „každý člověk s postižením má jiné zachované schopnosti, adaptabilitu, vůli, motivaci, rodinné zázemí, možnosti, a tudíž i jiné potřeby. V současné době není již pozornost věnovaná diagnóze postižení, ale především překážkám, které ze zdravotního omezení plynou ve vztahu k zvládnutí škály životních aktivit (21). Dle těchto životních aktivit se hodnotí schopnost osoby zvládat základní životní potřeby pro účely stanovení stupně závislosti (10). V tomto okruhu nastaly změny týkající se příspěvku na péči, které nastaly spolu se sociální reformou 1. 1. 2012, jejímž cílem bylo zjednodušit a zefektivnit systém. Od roku 2012 se již nepopisuje 36 úkonů, ale popisuje se pouze 10 ucelených a vzájemně souvisejících oblastí každodenního života člověka, jak dokáže daná osoba zvládnout

základní životní potřeby (27). Zdravotní stav se posuzuje dle základních životních potřeb (viz příloha č. 2). Jak je ve vyhlášce č. 505/2006 Sb. (3, s. 2) uvedeno: „Při hodnocení schopnosti osoby zvládat základní životní potřeby se posuzuje, zda z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu je rozsah duševních, mentálních, tělesných a smyslových funkčních schopností dostatečný k pravidelnému zvládnání základní životní potřeby a zda je fyzická osoba schopna rozpoznat, provést a zkontrolovat správnost zvládnutí základní životní potřeby. Přitom se přihlíží k tomu, zda dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav trvale ovlivňuje funkční schopnosti, k výsledku rehabilitace a k adaptaci na zdravotní postižení.“ (3).

Pro uznání závislosti u konkrétní základní životní potřeby musí existovat určitá souvislost mezi poškozením funkčních schopností z důvodu nepříznivého zdravotního stavu a pozbytím schopnosti zvládat v dostatečném standardu základní životní potřebu. U některých osob se zdravotním postižením má střídavé zhoršení a zlepšení zdravotního stavu vliv na hodnocení funkčních schopností, proto se schopnost posuzuje tak, aby hodnocení odpovídalo převažujícímu rozsahu schopnosti ve sledovaném období, kterým je zpravidla 1 rok (10). Pokud osoba není schopna zvládnout alespoň jednu z aktivit, je to bráno tak, že nezvládla základní životní potřebu a to bez ohledu na příčinu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu. Pro účely stanovení stupně závislosti se základní životní potřeby, u kterých bylo zjištěno, že je osoba z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu nezvládá, se sčítají. Za neschopnost zvládnání základní životní potřeby se považuje rovněž stav, kdy odborným lékařem nařízený režim neumožňuje provádění základní životní potřeby v přijatelném standardu (3).

Výše zmíněné hodnocení základních životních potřeb se uskutečňuje v přirozeném sociálním prostředí posuzované osoby, tedy v rodině, domácnosti či v místě, kde posuzovaná osoba či osoba pečující pracuje, vzdělává se a realizuje běžné sociální aktivity. Jelikož se hodnotí v přirozeném sociálním prostředí, nemůže tak dojít k hodnocení závislosti např. při dočasném pobytu ve zdravotnickém zařízení, ale naopak se může hodnotit např. v týdenním stacionáři, kde ono dítě bere prostředí stacionáře také jako přirozené. Nicméně jak uvedla autorka domov, je to nejpodstatnější přirozené prostředí. Funkční schopnosti se hodnotí s využíváním zachovaných

schopností dané osoby a s využíváním běžně dostupných pomůcek, prostředků, předmětů denní potřeby nebo vybavení v domácnosti, veřejných prostor nebo zdravotnických prostředků (22).

Specifika hodnocení základních životních potřeb u osob do 18 let věku

U osob mladších 18 let se na rozdíl od dospělých osob nehodnotí základní životní potřeba „péče o domácnost“. U dětí se tedy nehodnotí 10, ale pouze 9 základních životních potřeb. Hodnotí se u dětí potřeba každodenní mimořádné péče, kdy se porovnává rozsah, intenzita a náročnost péče, která je věnovaná posuzované osobě se zdravotním postižením s péčí, která je věnovaná osobě stejného věku bez zdravotního postižení (10). Může se stát, že osoba do 18 let věku nemá vyvinutou schopnost zvládat některou ze základních životních potřeb, buď z důvodu nízkého věku, nebo kvůli odpovídajícímu stupni biopsychosociálního vývoje, tudíž je pro účely posuzování stupně závislosti považována za takovou osobu, která je schopna základní životní potřebu zvládat. Neplatí to v případě, kdy osoba vyžaduje při zvládnutí základních životních potřeb nebo některých aktivit každodenní mimořádnou péči jiné fyzické osoby z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu (22).

1.4.4 Stupně závislosti na příspěvku na péči

S ohledem na počet základních životních potřeb se rozlišují stupně závislosti, které osoba vzhledem ke svému nepříznivému zdravotnímu stavu nezvládla bez pomoci, dohledu či péči jiné fyzické osoby a s ohledem na věk osoby (10). Dosavadní systém stupňů závislosti zůstal v rámci sociální reformy 2012 zachován, pouze se stanovili některé nové podmínky pro zařazení osoby do jednotlivých stupňů závislosti, přičemž zůstalo stejné pravidlo, že s počtem stupňů klesá samostatnost uživatele příspěvku na péči a stoupá jeho závislost na systému (27).

U osob do 18 let věku

- Stupeň I (lehká závislost), jestliže osoba není schopna zvládat 3 základní životní potřeby a vyžaduje každodenní mimořádnou péči jiné fyzické osoby, náleží jí za daný kalendářní rok příspěvek ve výši 3 000 Kč.
- Stupeň II (středně těžká závislost), jestliže osoba není schopna zvládat 4 nebo 5 základních životních potřeb a vyžaduje každodenní mimořádnou péči jiné fyzické osoby, náleží jí za daný kalendářní rok příspěvek ve výši 6 000 Kč.
- Stupeň III (těžká závislost), jestliže osoba není schopna zvládat 6 nebo 7 základních životních potřeb a vyžaduje každodenní mimořádnou péči jiné fyzické osoby, náleží jí za daný kalendářní rok příspěvek ve výši 9 000 Kč.
- Stupeň IV (úplná závislost), jestliže osoba není schopna zvládat 8 nebo 9 základních životních potřeb a vyžaduje každodenní mimořádnou péči jiné fyzické osoby, náleží jí za daný kalendářní rok příspěvek 12 000 Kč (5).

U osob starších 18 let

- Stupeň I (lehká závislost), jestliže osoba není schopna zvládat 3 nebo 4 základních životních potřeb a vyžaduje každodenní pomoc, dohled nebo péči jiné fyzické osoby, náleží jí za daný kalendářní rok příspěvek ve výši 800 Kč.
- Stupeň II (středně těžká závislost), jestliže osoba není schopna zvládat 5 nebo 6 základních životních potřeb a vyžaduje každodenní pomoc, dohled nebo péči jiné fyzické osoby, náleží jí za daný kalendářní rok příspěvek ve výši 4 000 Kč.
- Stupeň III (těžká závislost), jestliže osoba není schopna zvládat 7 nebo 8 základních životních potřeb a vyžaduje každodenní pomoc, dohled nebo péči jiné fyzické osoby, náleží jí za daný kalendářní rok příspěvek ve výši 8 000 Kč.
- Stupeň IV (úplná závislost), jestliže osoba není schopna zvládat 9 nebo 10 základních životních potřeb a vyžaduje každodenní pomoc, dohled nebo péči jiné fyzické osoby, náleží jí za kalendářní rok příspěvek ve výši 12 000 Kč (5).

Možnost zvýšení příspěvku

Součástí změn roku 2012 je možnost zvýšení příspěvku, což je považováno jako tzv. kompenzace. Králová a Rážová (10, s. 26) konstatují, že „zvýšení příspěvku je zavedeno od 1. 1. 2012 náhradou za dříve poskytovaný sociální příplatek ze systému dávek státní sociální podpory. Zvýšení příspěvku není samostatnou dávkou, ale je součástí příspěvku.“ Od 1. 1. 2012 bylo v rámci státní sociální podpory zrušeno veškeré posuzování zdravotního postižení, dávky jako např. rodičovský příspěvek pro postižené a také sociální příplatek, který do 31. 12. 2011 byl vyplácen rodinám, které pečovali o nezaopatřené dítě, a kde současně byl některý z členů postižený. Z tohoto důvodu, kdy se rodinám pečujícím o postiženého výrazně snížily příjmy, zvýšil se od 1. 1. 2012 příspěvek na péči ve II. stupni pro osobu do 18 let z 5000 Kč na 6000 Kč a současně se po posouzení příjmů zavedla možnost požádat o zvýšení příspěvku na péči až o 2000 Kč měsíčně. O příspěvek však nelze zažádat zpětně, jako tomu bylo u sociálního příplatku, kde bylo možné získat příspěvek až tři měsíce zpětně (22).

Příspěvek na péči se zvyšuje o částku 2 000 Kč měsíčně, a to v případě splnění alespoň jednoho ze dvou důvodů. Prvním důvodem je nízký příjem oprávněné osoby a osob s ní společně posuzovaných, kdy by zvýšení náleželo nezaopatřenému dítěti do 18 let věku, kterému již příspěvek na péči náleží anebo také rodiči, který o něj pečuje. Druhým důvodem je podpora dětí se zdravotním postižením v předškolním věku, kdy zvýšení příspěvku na péči náleží nezaopatřenému dítěti od 4 do 7 let věku, kterému náleží příspěvek na péči ve III. nebo IV. stupni. Obou těchto důvodů se týká výjimka, že zvýšení nenáleží dítěti, kterému již náleží příspěvek na úhradu potřeb dítěte ze systému dávek pěstounské péče, dítěti, který požívá stejný nebo vyšší důchod z důchodového pojištění než je tento příspěvek a dítěti, které je v plném přímém zaopatření zařízení pro péči o děti nebo mládež. Zvýšení příspěvku však může být poskytnuto za podmínek, kdy rozhodný příjem oprávněné osoby a osob s ní společně posuzovaných je nižší než dvojnásobek částky životního minima. Podle zákona o životním a existenčním minimu se tedy jedná o částku 6 820 Kč (10). V případě, kdy by dítě splňovalo obě podmínky pro zvýšení, tedy nízký příjem i stanovený věk při uvedeném stupni závislosti, zvyšuje se příspěvek na péči i přesto pouze jednou (18).

Ale v případě, kdy je v rodině postiženo více dětí nebo třeba rodič a dítě, tak se zvyšují všechny příspěvky a ne jenom příspěvek patřící jednomu člověku (22).

Posuzování stupně závislosti

S výše uvedenou změnou také souvisí změna, v rámci které byl zaveden nový způsob posuzování dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu a stupně závislosti oprávněné osoby (18).

V první řadě při posuzování zdravotního stavu sociální pracovníci ÚP provádějí sociální šetření v přirozeném domácím prostředí oprávněné osoby. Náležitosti sociálního šetření zůstali i od 1. 1. 2012 stejné, tudíž je ve zprávě o šetření nutné uvést dosavadní výši příspěvku na péči, kontakt na ošetřujícího lékaře a poskytovanou péči, tedy popis situace oprávněné osoby se zaměřením na nezvládnutí základních životních potřeb. Společně se sociálním šetřením je podkladem pro LPS také ošetřujícím lékařem vyplněný tiskopis o zdravotním stavu pacienta a jeho sociálních schopnostech zvládat základní životní potřeby. Ošetřující lékař přikládá k vyplněnému tiskopisu i další odborné zprávy. V této době, kdy je spis na posudkové službě, se pozastavuje lhůta o vyřízení žádosti a běží navazující lhůta pro vyřízení posudku. Lékař posudkové služby vyhodnotí všechny podklady, které má k dispozici a vypracuje zdravotní posudek, kam také uvede lhůtu, do kdy posudek je platný a po jaké době by mělo dojít k dalšímu přezkoumání. Tento posudek lékaře se předá ČSSZ, která o přiznání příspěvku na péči rozhodne. Proti nepřiznání příspěvku se případně lze odvolat či podat žalobu (22). Dále změny roku 2012 sebou přináší možnost využít výše uvedený zdravotní posudek pro přiznání příspěvku na péči, také pro přiznání příspěvku na mobilitu, pakliže byla závislost uznána i v oblasti mobility a orientace (27).

1.4.5 Nárok na příspěvek na péči

Nárok na výplatu příspěvku vzniká splněním výše uvedených podmínek stanovených pro vznik nároku na dávku, podáním žádosti o přiznání příspěvku

žadatelem či zákonným zástupcem nebo v případě, kdy osoba není schopna sama podat žádost a nemá zároveň zákonného zástupce, je řízení o žádosti zahájeno z moci úřední. V některých případech může být stanoveno, že žádosti není potřeba. Příspěvek, na který vzniká nárok rozhodnutím příslušného správního orgánu, může být přiznán a vyplácen nejdříve od počátku kalendářního měsíce, ve kterém bylo zahájeno řízení o žádosti (4).

V rámci systému příspěvku na péči může dojít ke změně nároku na příspěvek a to z důvodu nápravy chybných rozhodnutí v důsledku nesprávného úředního postupu nebo i zaviněním oprávněné osoby (5). Může také dojít k zastavení výplaty, když je oprávněné osobě poskytována po celý kalendářní měsíc 24 hodinová zdravotní péče v rámci hospitalizace. Do doby trvání hospitalizace se připočítává také doba, kdy byla osoba propuštěna do domácí péče, protože stále není léčení ukončeno. Tato podmínka není splněna, pokud byla osoba k hospitalizaci přijata první den v kalendářním měsíci nebo byla propuštěna z hospitalizace poslední den v kalendářním měsíci, protože výplata příspěvku se zastavuje od prvního dne kalendářního měsíce následujícího po kalendářním měsíci, ve kterém byla oprávněná osoba přijata k hospitalizaci. Výplata příspěvku se opět obnoví od prvního dne kalendářního měsíce, ve kterém hospitalizace oprávněné osoby byla ukončena a netrvala celý kalendářní měsíc. Je zde výjimka, kdy se výplata příspěvku nezastavuje, i když hospitalizace trvá celý kalendářní měsíc. Je to v případě, kdy je s oprávněnou osobou přijata k hospitalizaci i pečující osoba (10).

Nárok na výplatu příspěvku také zaniká, a to uplynutím jednorocní prekluzivní lhůty ode dne, od kterého příspěvek náleží. Tato lhůta se počítá od každé splátky příspěvku, jelikož se jedná o pravidelnou opakující se dávku. Pokud nárok v této lhůtě nebyl oprávněnou osobou či zákonným zástupcem po celou dobu nijak uplatněn, nárok na výplatu zaniká. Lhůta však neplatí s ohledem na skutečnosti, kdy příspěvek byl vyplácen v nižší výši, než v jaké náleží, od pozdějšího data, než od jakého náleží nebo byl neprávem odepřen. Pro tyto případy je již stanovena tříletá prekluzivní lhůta (10).

1.4.6 Výplata příspěvku na péči

Příspěvek vyplácí podle místa trvalého či hlášeného pobytu oprávněné osoby příslušná krajská pobočka ÚP. Příspěvek je vyplácen v české měně buď využitím platební funkce karty sociálních systémů, převodem na platební účet určený příjemci příspěvku nebo v hotovosti. Příjemce si sám zvolí způsob výplaty příspěvku, který je povinen uvést v žádosti o přiznání příspěvku (10).

Příjemcem příspěvku může být zpravidla oprávněná osoba, tedy ta osoba, které je určen příspěvek na péči. Vzhledem k tomu, že vzniká nárok na příspěvek i nezletilým dětem nebo osobám bez způsobilosti k právním úkonům, je místo nich příjemcem zákonný zástupce. Zákonným zástupce jsou myšleny rodiče dítěte, osvojitelé, soudem ustanovený poručník či opatrovník. Pokud byla nezletilá osoba svěřena soudem nebo OSPOD do péče jiné fyzické osoby, než jsou její rodiče, je rovněž tato osoba příjemcem příspěvku namísto oprávněné osoby. V případě, kdy oprávněná osoba nebo jiný příjemce nemůže příspěvek přijímat, je ustanovován krajskou pobočkou ÚP formou rozhodnutí zvláštní příjemce. Zvláštním příjemcem může být pouze fyzická osoba, jejíž zájmy nejsou střetnuty se zájmy oprávněné osoby, a která dala souhlas k vykonávání této funkce. V případě, kdy dojde k odpadnutí důvodů, pro které byl zvláštní příjemce ustanoven nebo v případě, kdy zvláštní příjemce neplnil své povinnosti, může být zvláštní příjemce odvolán ze své funkce. Zvláštní příjemce je povinen ať už na žádost oprávněné osoby či krajské pobočky dodat do jednoho měsíce od této žádosti písemné vyúčtování o příspěvku (10).

Karta sociálních systémů

Od 1. 1. 2012 byla zavedena pro příjemce sociálních dávek, tedy i pro příjemce příspěvku na péči karta sociálních systémů, tzv. sKarta. Poslanecká sněmovna však již v srpnu toho roku schválila senátní zákon o definitivním zrušení karet sociálních systémů. Rozhodlo se tak z důvodu, že lidé byli nuceni mít povinně k sKartě bankovní konta u České spořitelny a museli svěřovat osobní údaje různým komerčním subjektům. Pro některé osoby také sKarta vytvářela obtížné prostředí, jelikož bankomaty jsou často

nepřístupné (11). Oficiálně karta sociálních systémů skončila v dubnu 2014. Na konci roku 2013 poslal příslušný ÚP všem lidem, kteří sociální dávky pobírají přes kartu, dopis s podrobnými informacemi. Jedná se o zhruba 277 tisíc lidí, kteří jsou vlastníky karet. Jediným tehdejším oficiálním cílem zavedení sociálních karet bylo ušetřit provozní výdaje při výplatě dávek a omezit zneužívání dávek, což nakonec karty v praxi nedokážou (1).

1.4.7 Využívání příspěvku a jeho kontrola

Příspěvek na péči slouží k pokrytí nákladů pečujícího v domácím prostředí, kdy je nejvhodnější poskytování péče mezi neformálním pečujícím prostředím, tedy rodina či nově označovaní asistenti sociální péče a mezi registrovanými poskytovateli sociálních služeb. Nejdříve odchází příspěvek na péči do rukou osobě, o kterou je pečováno a ta poté zaplatí tímto příspěvkem poskytovanou péči pečujícímu, protože osoba oprávněná nemůže využít příspěvek pro svou spotřebu (22).

Podle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách (5) kontrolu využívání příspěvku provádí krajská pobočka ÚP, která kontroluje, zda:

- příspěvek byl využit k zajištění péče, na kterou je příspěvek určen
- pomoc je poskytována osobou blízkou, asistentem sociální péče, dětským domovem nebo speciálním lůžkovým zdravotnickým zařízením hospicového typu a poskytovatelem sociálních služeb, kdy se kontroluje také, zda s ním byla uzavřena smlouva o poskytování sociálních služeb
- pomoc je poskytována osobně tím, kdo je v žádosti o příspěvek uveden jako osoba pečující, popřípadě tím, kdo byl ohlášen na krajské pobočce ÚP a zda je tato osoba pečující osobou zdravotně způsobilou
- způsob poskytované pomoci a její rozsah odpovídá stanovenému stupni závislosti a je zároveň zaměřena na úkony základní životní potřeby, které podle výsledku posouzení stupně závislosti není osoba schopna zvládat

Pakliže poskytuje péči rodinný příslušník, neexistuje žádný nástroj kontroly, který by potvrdil či vyvrátil poskytovanou péči potřebné osobě (29). Kontrola využívání příspěvku směřuje především na toho, kdo péči poskytuje. Je to z důvodu ochrany klienta sociálních služeb. Je pochopitelné, že nebude vhodná kontrolovat matku s postiženým dítětem, která je s dítětem doma, zda se o své dítě stará či nikoliv. Případná kontrola by však musela být v případě podezření, že o dítě je nedostatečně postaráno, nebo dokonce, že je týráno či jinak zneužíváno. Muselo by se však postupovat již podle zákona o sociálně- právní ochraně dětí a podle trestně právních předpisů (15). Využití příspěvku je třeba prokázat na vyžádání kontrolního orgánu od 1. 1. 2012 až rok zpětně. Pokud je kontrolou zjištěno, že příspěvek není využíván k zajištění potřebné pomoci, může být ustanoven zvláštní příjemce příspěvku nebo může být výplata příspěvku zastavena, případně odňata. V případě zjištění, že zdravotní stav oprávněné osoby nebo její chování není v souladu s přiznaným stupněm závislosti, zahájí se řízení z moci úřední za účelem nového posouzení. Pakliže jsou při kontrole shledány závažné nedostatky v poskytovaných službách, je krajská pobočka ÚP povinna neprodleně o této skutečnosti informovat orgán, který rozhodl o registraci, kdy poskytovateli může být i registrace odebrána. O kontrole provede pracovník záznam, se kterým seznámí kontrolovanou osobu (10).

1.4.8 Zneužívání příspěvku

Pakliže jsou dle kontroly shledány určité nedostatky ve využívání příspěvku na péči, jak jsem již výše uvedla, jedná se o tzv. zneužívání příspěvku. Petr Nečas se vyjádřil k této problematice zneužívání takto: „Nápad učinit ze zneužívání sociálních dávek speciální trestný čin sdílí většina občanských demokratů“. Zneužívání je dvojího druhu: „pojistná“ událost ve skutečnosti nenastala a dávku získal někdo podvodem, protože na danou dávku nemá nárok nebo má na ní nárok, ale v menším rozsahu, dále se může jednat o případ, kdy nebyla dávka použita pro daný účel, tudíž nejsou splněna aktuálně dané podmínky (13).

Záminkou veškerých úprav systému je zmíněné zneužívání sociálních dávek. Dochází z toho důvodu k přísnějším lékařským posudkovým hlediskům, snižování kompetencí sociálních pracovníků při přiznávání příspěvku, snižování výše příspěvku a zvyšování kontroly. Nikdo už si ovšem neuvědomuje, že péče a dohled nad osobou ve III. a IV. stupni závislosti vyžaduje více než osmihodinovou pracovní dobu. Mnohdy možná se nejedná o přímou práci, ale stejně nad zdravotně postiženou osobou musí být nějaký dohled, takže stále je přítomnost nutná. Jak autorka (22, s. 22) zmínila: „Jde tedy jen o náš morální pohled, kdy se nám zdá, že někdo neposkytuje dostatečnou péči. Nebo naopak lidská závist vidí jen peníze a nikoliv tu velkou práci, která za nimi stojí.“

2 CÍL PRÁCE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY

2.1 Cíl práce

Cílem práce je zjistit jak, popřípadě na co osoby pobírající příspěvek na péči tento příspěvek využívají. Zda uživatelům výše příspěvku na péči stačí k pokrytí nákladů na poskytování sociální služby. Zda se musejí uživatelé z důvodu nízké hodnoty příspěvku nějakým způsobem omezovat ve svých individuálních potřebách a zájmech. Zda si uživatelé identifikovali nějaké změny po novelizaci zákona o sociálních službách.

2.2 Výzkumné otázky

V souvislosti s cílem práce byly stanoveny následující výzkumné otázky: Využívají uživatelé příspěvek na péči k zajištění potřebné pomoci např. k zakoupení sociální služby? Jak uživatelům nebo osobám pečujícím o uživatele příspěvku na péči vyhovuje systém realizace příspěvku na péči? Jsou uživatelé příspěvku na péči nebo osoby pečující obeznámeny se všemi informacemi co se týče změn po novelizaci zákona 108/2006 sb. od 1. 1. 2012?

3 METODIKA

3.1 Použitá metodika

Pro tuto bakalářskou práci jsem zvolila kvalitativní výzkum. Termín kvalita je vnímán jako určitá jakost nebo souhrn vlastností, z nichž zjišťujeme informace o tom, co je objektem našeho zájmu (20).

Hendl (6, s. 48) ve své knize uvádí definici kvalitativního výzkumu takto: „Kvalitativní výzkum je proces hledání porozumění založený na různých metodologických tradicích zkoumání daného sociálního nebo lidského problému. Výzkumník vytváří komplexní holistický obraz, analyzuje různé typy textů, informuje o názorech účastníků výzkumu a provádí zkoumání v přirozených podmínkách.“

Kvalitativní zkoumání má určité základní zásady, kterými jsou: otevřenost pro další aspekty výzkumu, intenzivní a dlouhodobý kontakt se zkoumaným problémem, úsilí o výstižné zobrazení problému, pochopení zkoumané situace ze strany výzkumníka i zkoumaných osob, míra subjektivity a naopak i míra objektivity, kritický odstup, etické či empatické chování vůči zkoumaným osobám a také spíše nestandardizované způsoby získávání informací (25). Na základě poslední zásady jsem si především proto zvolila metodu sběru dat formou dotazování za pomoci techniky polořízeného rozhovoru. Hendl tento typ rozhovoru nazývá „Rozhovor pomocí návodu“. Tento návod představuje seznam témat a otázek, které je nutné od zkoumané osoby zjistit. Tazatel má volnost ve způsobu a pořadí pokládání otázek, taktéž mu zůstává volnost v přizpůsobování formulace otázek s ohledem na situaci či cílovou skupinu. Polořízený rozhovor umožňuje provést rozhovory s několika dotazovanými strukturovaněji a ulehčuje následné jejich srovnání. Okruhy otázek pomáhají tazateli udržet zaměření rozhovoru a zároveň mu dovolují uplatnit vlastní perspektivy a zkušenosti (6).

Polostrukturovaný rozhovor (viz příloha č. 3) v mém případě je rozdělen na sedm hlavních okruhů, kterými jsou rodina, dítě se zdravotním postižením, sociální služby, příspěvek na péči, průběh řízení o příspěvku na péči, finanční prostředky a změny

v r. 2012 o příspěvku na péči. Pod jednotlivými okruhy jsou určeny dílčí otázky, které jsou potřeba k získání odpovědí na mé stanovené výzkumné otázky. Rozhovory trvaly v rozmezí 30 – 60 minut, kdy jednotlivé rozhovory byly se souhlasem zkoumaných osob nahrávány na diktafon a následně přepsány.

Pro přepsání jsem použila doslovnou transkripci společně s komentovanou, abych v rozhovoru zaznamenala pomocí zvláštních znaků zvýšení či poklesnutí hlasu, váhání, pauzu při sdělování, nápadné zdůraznění apod. Přepsané rozhovory byly vyhodnoceny použitím metody vytváření trsů, která podle Miovského slouží k tomu, abychom jednotlivé výroky spojili do skupin na základě určité podobnosti či charakteristiky, v rámci nichž jsou vytvářeny obecnější kategorie (20).

3.2 Výzkumný soubor

K přípravě zkoumání patří také volba výběru zkoumaných osob. Zvolila jsem si, dle Hendla oblíbenou formu výběru, tedy výběr metodou „sněhové koule“. Tato metoda funguje na principu výběru jednoho nebo několika jedinců, kteří doporučí další zajímavé členy populace vhodné pro konkrétní výzkum (6).

Rozhovory byly prováděny se zkoumanými osobami, tedy s rodiči dětí, kterým je příspěvek na péči určen. Zkoumané osoby si sami stanovili, kdy a kde se bude rozhovor konat z toho důvodu, aby jim bylo prostředí příjemné a snáze se navázala mezi námi důvěra, potřebná pro provedení rozhovoru a získání jednotlivých osobních informací. S některými jsem měla schůzku v jejich domácím přirozeném prostředí, s jinými v pro ně neutrálním místě, většinou v kavárně. Zkoumané osoby byly vždy předem upozorněny na účel rozhovoru a na zachování anonymity.

Pro větší přehlednost jsem zpracovala jednotlivé získané údaje o výzkumném souboru do Tabulky č. 1. Kvůli zachování anonymity jsem v tabulce použila pro zkoumané osoby označení: komunikační partner 1 - 6. Jednalo se o pět žen a jednoho muže. Jediný pečující otec je označen jako komunikační partner šest.

Tabulka č. 1: Základní informace o výzkumném souboru

KP	Pohlaví dítěte	Věk dítěte	Postižení dítěte	Stupeň PnP
KP 1	Mužské	2 roky	DMO levá hemiparéza	I. stupeň
KP 2	Mužské	2 a 5 let	Vzácné onemocnění plic	II. stupeň
KP 3	Mužské	12 let	Autismus	II. stupeň
KP 4	Ženské	9 let	Celiakie a diabetes mellitus	I. stupeň
KP 5	Mužské	16 let	DMO kvadruparéza	III. stupeň
KP 6	Ženské	15 let	Opakovaná leukémie	III. stupeň

Zdroj: Vlastní výzkum

V tabulce č. 1 jsem uvedla základní údaje, které mi rodiče o svých dětech sdělili. Z hlediska pohlaví je můj výzkumný soubor složen ze čtyř chlapců a dvou děvčat. V rámci věku se ve výzkumu pohybuji od batolecího období až po děti školního věku. Komunikační partnerka 2 má dvě děti stejného postižení, z nichž jednomu jsou dva roky a druhému pět let. Níže je budu rozlišovat přídavnými jmény: starší a mladší. V mém výzkumu se pohybuji v rozmezí I. – III. stupně závislosti.

4 VÝSLEDKY

Jednotlivé výsledky vycházející z okruhů položeného rozhovoru jsem zapracovala do několika níže uvedených tabulek. Kapitoly jsou rozděleny podle jednotlivých okruhů uvedených v položeném rozhovoru.

4.1 Rodina

Tabulka č. 2: Shrnutí okruhu Rodina

KP	Vztahy v rodině	Další pečující	Typ rodiny	Sourozenec dítěte	Převážná péče
KP 1	Neobvyklé	Rodina	Neúplná	Ano – 1	Matka
KP 2	Dobré	Rodina	Úplná	Ano – 2	Matka
KP 3	Komplikované	Rodina	Neúplná	Ano – 2	Matka
KP 4	Dobré	Rodina	Úplná	Ano – 1	Matka
KP 5	Běžné	Rodina	Úplná	Ano – 1	Matka
KP 6	Běžné	Rodina	Úplná	Ano - 1	Otec

Zdroj: Vlastní výzkum

V Tabulce č. 2 jsem popsala okruh otázek na téma rodina. Tento okruh je především zaměřen na aktuální vztahy v rodině a péči o dítě se zdravotním postižením. V rámci vztahů v rodině jsem se dozvěděla, že z šesti rodin mají dvě rodiny vztahy běžné a pouze dvě rodiny vztahy dobré. Pod slovem „běžné“ si komunikační partneři pět a šest představují vztah, který je postaven na lásce a vzájemné podpoře, ale zároveň se ve vztahu objevují také komplikace či rozepře. Dobré vztahy jsou dle komunikačních partnerek dvě a čtyři naopak vztahy, které jsou tzv. bez problému. Zbývající dvě

dotázané mají vztahy v rodině neobvyklé a komplikované. Neobvyklé jsou u komunikační partnerky jedna proto, že s manželem jsou rozvedení, nežijí spolu, ale zároveň jsou velmi dobří přátelé. Sama tento vztah označila za „netradiční“. U komunikační partnerky tři jsou jejich rodinné vztahy spatřovány jako komplikované, protože s bývalým manželem příliš nevycházejí, vzájemně se ignorují a i se synem na základě jeho postižení (autismus) mají nepříznivé vztahy. Dalšími osobami, které pomáhají s péčí o dítě, jsou u všech šesti dotázaných blízcí příbuzní, kam především zahrnovali otce dětí, prarodiče anebo sourozence dětí. Komunikační partner šest žije jako jediný na vesnici a uvedl také sousedy jako pomáhající a pečující osoby. Pouze dvě rodiny jsou v rámci typologie neúplné. U obou je rozpad rodiny zapříčiněn narozením postiženého dítěte. Odchod obou partnerů od rodiny spatřují ve třech slovech: „strach ze zodpovědnosti“. Komunikační partnerka jedna uvedla, že se dítě se svým otcem stýká skoro každý den a mají mezi sebou velmi dobrý vztah. Naopak komunikační partnerka tři uvedla, že se sice dítě se svým otcem jednou za měsíc vídá, ale nemohou si k sobě najít cestu, jelikož dítě nemá rádo jeho současnou manželku. Z výzkumného souboru dvě děti se zdravotním postižením mají dva sourozence a zbývající čtyři děti mají jednoho sourozence. Za převážně pečující osoby se sami označili účastníci výzkumu.

4.2 Dítě se zdravotním postižením

Tabulka č. 3: Shrnutí okruhu Dítě se zdravotním postižením I.

KP	Postižení	Kompenzační pomůcky	Délka péče poskytované KP	Zbývající poskytovaná péče
KP 1	DMO levá hemiparéza	Dioptrické brýle	6 hodiny	Sociální a zdravotní zařízení
KP 2	Vzácné onemocnění plic	Flutter asistence, rouška	8 hodin	Školní, sociální a zdravotní zařízení
KP 3	Autismus	Dioptrické brýle	12 hodin	Školní, sociální a zdravotní zařízení
KP 4	Celiakie a diabetes mellitus	Inzulínové pero, glukometr	8 hodin	Školní, sociální a zdravotní zařízení
KP 5	DMO kvadruparéza	Dioptrické brýle, invalidní vozík	15 hodin	Školní, sociální a zdravotní zařízení
KP 6	Opakovaná leukémie	Invalidní vozík	15 hodin	Zdravotní zařízení

Zdroj: Vlastní výzkum

Dalším stanoveným okruhem je Dítě se zdravotním postižením. V tomto okruhu jsem se zaměřila především na věk dítěte (uveden v tabulce č. 1) a postižení dítěte. S postižením dítěte souvisejí následující otázky na potřeby dítěte a jemu poskytovanou pomoc v časovém rozmezí, dále na využívané kompenzační pomůcky a zbývající potřebnou péči. V odpovědích na otázku, zda využívá dítě se zdravotním postižením nějaké kompenzační pomůcky, mi odpověděli všichni dotázaní, že ano. Shodovaly se pouze u třech dětí dioptrické brýle a u dvou dětí invalidní vozík, jinak byli druhy kompenzačních pomůcek naprosto odlišné. Jednalo se např. u komunikační partnerky dvě o flutter asistenci, což je inhalační přístroj a také roušku, kterou sourozenci

vzhledem k vzácnému onemocnění plic, musejí mít při styku s nemocnými lidmi či ve veřejné dopravě. Komunikační partnerka čtyři uvedla inzulinové pero a glukometr, jelikož dítě má diabetes mellitus I. stupně. Účastníci výzkumu odpovídali také na otázku, která se týkala denního hodinového rozpětí jejich poskytované péče dítěti. Náročnost péče se shodovala u komunikačních partnerů dvě a čtyři, kteří uvedli 8 hodin péče a u komunikačních partnerů pět a šest, kteří uvedli 15 hodin péče. Zbývající komunikační partnerka jedna uvedla 6 hodin péče a komunikační partnerka tři sdělila 12 hodin péče. Touto otázkou jsem navázala a zeptala se na to, kdo poskytuje zbývající péči. Čtyři dotazovaní uvedli všechna zařízení, tedy sociální, školní a zdravotnická zařízení. Komunikační partnerka jedna uvedla zdravotnická a sociální zařízení, jelikož do mateřské školy budou děti nastupovat až v příštím školním roce. Komunikační partner šest na rozdíl od ostatních uvedl pouze zdravotnická zařízení. Dle jeho slov je to z toho důvodu, že jeho dcera, která má již druhou leukémii, je v rámci chemoterapií velmi slabá a základní školu tímto musela přerušit. Sociální zařízení taktéž nevyužívají, protože sám péči o dceru zvládá. Na základě rozhovorů jsem se také dozvěděla údaje týkající se potřeb dětí. V této otázce byli komunikační partneři velmi sdílní a mohla jsem dle těchto skutečností určit omezení v základních životních potřebách stanovených pro přiznání příspěvku na péči (viz tabulka č. 4). Zaměřila jsem se na to stejným způsobem, který jsem uvedla v teoretické části, tedy pokud dotazovaná osoba uvedla, že dítě není schopno zvládnout alespoň jeden z úkonů základní životní potřeby, brala jsem to tak, že dítě nezvládne celou základní životní potřebu a to bez ohledu na dané postižení. Níže jsem zpracovala jednotlivé kazuistiky dětí se zdravotním postižením týkající se především otázek: Jaké jsou potřeby Vašeho dítěte vyplývající z jeho zdravotního stavu a rozdílného vývoje? S čím Vašemu dítěti musíte nejvíce pomáhat a co vzhledem ke svému věku na rozdíl od zdravých vrstevníků nezvládne?

Tabulka č. 4: Shrnutí okruhu Dítě se zdravotním postižením II.

Základní životní potřeby	KP 1	KP 2	KP 3	KP 4	KP 5	KP 6
Mobilita	X				X	X
Orientace			X		X	
Komunikace					X	
Stravování	X	X		X		X
Oblékání a obouvání	X	X	X		X	X
Tělesná hygiena		X	X		X	X
Výkon fyziologické potřeby						
Péče o zdraví		X	X	X	X	X
Osobní aktivity		X		X	X	X

Zdroj: Vlastní výzkum

Komunikační partner 1: Dvouletý chlapec se spastickou formou dětské mozkové obrny, má trvale zvýšené napětí svalů na levé polovině těla. Spatřované problémy jsou především v oblékání, obouvání, chození po schodech a také ve stravování, kdy si chlapec sám nedokáže naporcovat stravu a nalít nápoj. Tyto problémy jsou spojeny se spastickou horní končetinou, která je omezená ve své úchopové funkci. Je potřeba s chlapcem rehabilitovat např. Vojtovou metodou a cvičit jeho motoriku.

Komunikační partner 2: Sourozenci ve věku 2 a 5 let mají vzácné onemocnění plic. Konkrétně se jedná o nepohyblivost hlenu v těle. Současně s tímto onemocněním mají problémy se sluchem a také mají oba dva tzv. paličkovité prsty, jež jsou následkem špatného prokrvování. Chlapci potřebují pomoc především při provádění celkové hygieny, dále mají potíže v oblékání, obouvání a stravování, kdy chlapci musejí dbát na

dietní režim. Mají také potíže s dodržením stanoveného léčebného a denního programu. Chlapci musejí pravidelně cvičit na plíce a inhalovat.

Komunikační partner 3: Dvanáctiletý chlapec má formu mentálního postižení, a to dětský autismus. Chlapec není orientovaný časem, nechápe ho, nezvládne si vybrat oblečení a obuv dle počasí. Má problémy s dodržováním ústní hygieny. Matka musí dbát na dodržování jeho léčebného programu, sám toho totiž není schopný. Je potřeba s chlapcem navštěvovat psychologa i psychiatra. Má posunutý práh bolesti a sebepoškozuje se. Musí mít každodenní stereotypní režim.

Komunikační partner 4: Devítileté děvče má celiakii. Jedná se o onemocnění, kdy tělo nepřijímá lepek, což je bílkovina obsažená v obilovinách. K této nemoci se přidružuje další onemocnění, čímž je diabetes mellitus I. stupně. Dítě nezvládá stanovit si a dodržovat denní a léčebný program. Vzhledem k celiakii musí přísně dodržovat dietní režim, s čímž má také problémy a matka ji musí kontrolovat. Je potřeba jí pomoci s aplikací inzulínu a s měřením cukru v krvi pomocí glukometru. Je potřeba s ní dojíždět k diabetoložce a dětské lékařce.

Komunikační partner 5: Šestnáctiletý chlapec má dětskou mozkovou obrnu, má kvadruparetickou formu, což jsou obrnou postižené všechny čtyři končetiny. V tomto případě má chlapec pohyblivější ruce, než nohy. Nezvládne ujít 200 metrů, má potíže s rovnováhou a s jemnou motorikou, potřebuje také pomoci se zvednutím z postele. Špatně se orientuje, vidí pouze na jeden metr před sebe. Jsou zde jisté problémy s oblékáním a s obouváním. Je potřeba mu vše několikrát zopakovat, aby dané věci porozuměl, má hodně omezenou slovní zásobu. Těžko navazuje vztahy mimo rodinu. Potřebuje dojíždět na rehabilitace a k lékařům.

Komunikační partner 6: Patnáctileté děvče má již druhou leukémii během pěti let. Dojíždí na chemoterapie, které těžko zvládá. Je to dáno také tím, že předtím již několik chemoterapií podstoupila a má velmi oslabenou imunitu. Kolikrát po chemoterapiích je

potřeba jí pomoci se vstáním z postele. Otec jí také musí doprovázet na záchod, porcovat jí jídlo a nalívat nápoj. Těžko se zvládne obléct a obout. Otec jí musí pomoci také s celkovou hygienou. Je potřeba děvčeti připomínat a podávat medikaci. Děvče nevládá s touto nemocí současně vykonávat aktivity obvyklé jejímu věku a prostředí. V tomto případě je myšleno především vzdělávání.

4.3 Sociální služby

Tabulka č. 5: Shrnutí okruhu Sociální služby I.

KP	Využívané SS	Účel SS	Perioda
KP 1	Raná péče	Stimulace zraku, procvičení jemné motoriky, kontakty, získání informací	1 x měsíčně
KP 2	Pečovatelská služba	Odpočinek a načerpání sil	3 x měsíčně
KP 3	Osobní asistence	Odpočinek a načerpání sil, podpora rodiny, pomoc s péčí	1 x týdně
KP 4	Sociální poradenství	Kontakty, získání informací	1 x ročně
	Nízkoprahové zařízení pro děti a mládež	Doučování, využití volného času, sociální začlenění	1 x týdně
KP 5	Denní stacionář	Procvičení jemné motoriky, sociální začlenění	3 x týdně
	Soc. aktivizační služby pro seniory a osoby se zdrav. postižením	Rehabilitace pomocí zvířat	3 x měsíčně
KP 6	SS nevyužívá	X	X

Zdroj: Vlastní výzkum

V tabulce č. 5 jsem popsala jednotlivé sociální služby, které dotazovaní využívají. Dotazovaní využívají sociální služby: raná péče, pečovatelská služba, osobní asistence, sociální poradenství, nízkoprahové zařízení pro děti a mládež, denní stacionář a sociálně aktivizační služby pro seniory a osoby se zdravotním postižením. Za účelem procvičení jemné motoriky a stimulace zraku využívá komunikační partnerka jedna ranou péči. Komunikační partnerka pět ze stejného důvodu, tedy pouze pro procvičení jemné motoriky využívá denní stacionář. Komunikační partnerka jedna také ranou péči využívá za účelem získání kontaktů a informací, stejně tak jako komunikační partnerka čtyři využívá sociální poradenství. Pečovatelská služba a osobní asistence je poskytována pro účastnice výzkumu dvě a tři za účelem odpočinku a načerpání sil anebo jak uvádí komunikační partnerka dvě pro podporu rodiny a pomoc s péčí o dítě. Komunikační partnerky čtyři a pět mají problém s tím začlenit své děti mezi jejich vrstevníky. V tomto jim pomáhá nízkoprahové zařízení pro děti a mládež a již zmiňovaný denní stacionář. Účastnice výzkumu čtyři využívá nízkoprahové zařízení také kvůli doučování a smysluplnému využití volného času. Pro individuální potřeby dítěte využívá komunikační partnerka pět také sociálně aktivizační služby, kde je dítěti poskytována hiporehabilitace (terapie s koněm)

Tabulka č. 6: Shrnutí okruhu Sociální služby II.

KP	Silné stránky SS	Slabé stránky SS	Postrádající SS
KP 1	Značné pokroky dítěte	Krátká doba soc. prac.	Volnočasové aktivity
KP 2	Odpočinek, žádný stres	Vysoká cena	Sociální poradenství
KP 3	Zlepšení vztahů v rodině	Vysoká cena	Volnočasové aktivity
KP 4	Rozvíjení dovedností dítěte, pomoc v tíživé situaci	Dojíždění	Volnočasové aktivity
KP 5	Značné pokroky dítěte	Dojíždění	Ergoterapeutická dílna
KP 6	SS nevyužívá	X	X

Zdroj: Vlastní výzkum

Ve výzkumu jsem použila také otázku: Jak jste spokojeni se sociálními službami? Odpovědi, které jsem získala, jsem uvedla v Tabulce č. 6. Se sociálními službami byly spokojeny všechny komunikační partnerky. Spokojenost byla např. kvůli značným pokrokům dítěte, jež tak uvedla komunikační partnerka jedna a pět, které využívají ranou péči, denní stacionář a sociálně aktivizační služby. Dále byly silné stránky uváděny s ohledem na psychický i fyzický odpočinek pečující osoby, také s ohledem na zlepšení vztahů v rodině, rozvíjení dovedností dítěte a pomoc v tíživé situaci. Mezi slabé stránky bylo nejčastěji zařazováno dojíždění za sociálními službami a vysoká cena sociálních služeb. Pouze jedna komunikační partnerka uvedla krátkou dobu, po kterou se sociální pracovnice věnuje dítěti. Tyto dvě dotazované využívají pečovatelskou službu a osobní asistenci. Další otázka se týkala služeb, které by komunikační partnerky rády využily, ale nemohou např. vzhledem k tomu, že má služba maximálně využitou kapacitu nebo není v jejich okolí místa trvalého bydliště apod. Tři dotazované se shodly na chybějících volnočasových aktivitách a zbylé dvě uvedly sociální poradenství a ergoterapeutickou dílnu. Pod volnočasovými aktivitami si především účastnice výzkumu představovaly plavání, tábory či kroužky zřizované sociálními službami věnující se dětem s ohledem na jejich individuální zdravotní postižení.

4.4 Příspěvek na péči

Tabulka č. 7: Shrnutí okruhu Příspěvek na péči

KP	Stupeň PnP	Výše PnP	Doba pobírání	Změna stupně
KP 1	I. stupeň	3 000 Kč	1 rok	Ne
KP 2	II. stupeň	6 000 Kč	1 rok – mladší	Ne
			4 roky – starší	
KP 3	II. stupeň	6 000 Kč	2 roky	Ne
KP 4	I. stupeň	3 000 Kč + 2 000 Kč	4 roky	Ano
KP 5	III. stupeň	9 000 Kč	6 let	Ne
KP 6	III. stupeň	9 000 Kč	1 rok	Ne

Zdroj: Vlastní výzkum

V okruhu otázek týkajících se příspěvku na péči jsem především zjišťovala stupeň příspěvku na péči a jeho výši, od jakého roku příspěvek na péči dítě pobírá a zda za celou dobu pobírání došlo ke změně stupně závislosti, tedy ke snížení či zvýšení příspěvku. Doba, po kterou dítě příspěvek na péči pobírá, se pohybuje v rozmezí od jednoho roku až do šesti let. Jeden rok pobírají příspěvek na péči tři dotazovaní: komunikační partner jedna, dvě a pět. Doba pobírání se také shodovala u druhého dítěte komunikační partnerky dvě a také u komunikační partnerky čtyři. Další zbylé dvě rodiny pobírají příspěvek odlišně: jedna pobírá příspěvek dva roky a druhá šest let. Se změnou se setkala pouze jedna dotázaná, a to komunikační partnerka čtyři, která pobírá příspěvek na péči již čtyři roky. V jejím případě došlo ke snížení příspěvku z II. na I. stupeň. Nastalá skutečnost byla odůvodněná rozhodujícím orgánem dle jejích slov tak, že došlo ke snížení potřebné péče a ke zvýšení samostatnosti dítěte s ohledem na věk.

Tabulka č. 8: Informovanost o sociálních službách a příspěvku na péči

KP	Vlastní informovanost o sociálních službách a dávkách	Prvotní získané informace o příspěvku na péči
KP 1	Žádná	Sociální zařízení
KP 2	Internet, sociální pracovnice	Známí
KP 3	Žádná	Internet
KP 4	Internet, sociální zařízení	Internet, sociální pracovnice
KP 5	Sociální zařízení	Zdravotnické zařízení
KP 6	Internet, sociální pracovnice	Sociální pracovnice

Zdroj: Vlastní výzkum

Do Tabulky č. 8 jsem shrnula údaje o vlastní informovanosti dotazovaných. Co se týče informovanosti o sociálních službách a sociálních dávkách, nebyli dva dotazovaní vůbec informováni. Jednalo se o komunikační partnerku jedna a tři. Dle jejich slov se jedná o „lenost“, tzv. si sami nezjišťují informace a čekají, až jim někdo poradí anebo jim někdo k získání informace dopomůže. Ve třech odpovědích se jako zdroj informací objevil internet. Ve dvou odpovědích se objevilo sociální zařízení, především tedy se jednalo o sociální poradenství a denní stacionář. Objevovali se také odpovědi typu sociální pracovnice, která jim podle zmíněných informací poradila na Úřadu práce nebo při sociálním šetření. Další otázka měla směřovat na to, od koho se dotazovaní poprvé o příspěvku na péči dozvěděli. Objevil se zde opět ve dvou případech internet a sociální pracovnice. Sociální zařízení zmínila pouze komunikační partnerka jedna, která tímto myslela ranou péči. Poprvé se v odpovědích objevili jako informátoři známí a také zdravotnické zařízení, čímž byla myšlena nemocnice.

4.5 Průběh řízení o příspěvku na péči

Tabulka č. 9: Shrnutí okruhu Průběh řízení o PnP I.

KP	Pomoc se žádostí	Sociální šetření		Posudkový lékař	
		Přístup SP	Pocity KP	Přizvání	Přístup PL
KP 1	Sociální pracovníce	Neprofesionální	Neutrální	Ne	X
KP 2	Známá, Sociální pracovníce	Dobrý	Pozitivní	Ne	X
KP 3	Sociální pracovníce	Neprofesionální	Negativní	Ne	X
KP 4	Sociální pracovníce	Neobjektivní	Negativní	Ne	X
KP 5	Sociální pracovníce	Dobrý	Pozitivní	Ano	Dobrý
KP 6	Sociální pracovníce	Dobrý	Neutrální	Ne	X

Zdroj: Vlastní výzkum

Tabulka č. 9 se vztahuje na okruh, který se týká průběhu řízení o příspěvku na péči. Dílčí otázky se odvíjely od postupu, který je potřeba ke schválení příspěvku. Jedná se tedy především o podání žádosti. Má otázka směřovala na to, kdo komunikačním partnerům s vyplněním žádosti pomáhal. Všichni se shodli na sociální pracovníci, která jim pomáhala žádost podat a také komunikační partnerka dvě uvedla známou, která již takovou zkušenost měla se svou dcerou. Po podání žádosti přichází na řadu sociální šetření, na které chodí sociální pracovníce z ÚP. Připouštím i možnost, že se mnozí pečující osoby setkaly ještě se systémem, kdy se příspěvek na péči nevyřizoval na ÚP.

Tři dotazovaní považovali přístup sociálních pracovníků při sociálním šetření za dobrý. Ostatní tři hodnotily jejich přístup jako neprofesionální či neobjektivní, protože nebyly dopředu upozorněny na datum konání sociálního šetření, i když jim to bylo přislíbeno. Když bych shrnula výpovědi všech dotázaných, probíhalo sociální šetření nějak takto: sociální pracovníce si prohlédly bydlení, prohlédly si také dítě se zdravotním postižením, na které se příspěvek na péči vztahuje, zeptaly se na jeho zdravotní stav, zeptaly se na rodinné a majetkové poměry, poptaly se na situaci v místě bydliště (dostupnost lékařů, dostupnost obchodů) a zjistily si informace o poskytované péči. Jak se zmínily partnerky tři a čtyři: „neustále si něco zapisovaly a nahlížely do spisu“. V rámci této otázky jsem si od účastníků výzkumu také zjistila, že všem bylo nabídnuto nahlédnutí do záznamu ze sociálního šetření. Pouze komunikační partner jedna a šest do záznamu nenahlédli. Pocity komunikačních partnerů byly neutrální, pozitivní, ale i negativní. Komunikační partnerky dvě a pět s pozitivními pocity si myslí, že sociální šetření je potřebné k přiznání příspěvku na péči. Jinak to však vidí účastnice výzkumu tři a čtyři. Jak uvedla komunikační partnerka čtyři: „Podle mě je sociální šetření celkem zbytečné. Pro mě bylo ponižující a přijde mi, že je to jen o tom, napsat něco do správy a nakouknout do našeho soukromí. Důležitějšími podklady jsou stejně zprávy ošetřujících lékařů. Maximálně posoudí, jak máte v místnostech uklizeno. Nikdo mi nenamluví, že toto šetření může ovlivnit přiznání stupně příspěvku“. Výsledky na otázku, zda byli dotazovaní přizváni s dětmi k posudkovému lékaři, byly pro mne zarážející. Čekala jsem, že k posudkové komisi bude přizváno více rodin, ale jednalo se pouze o jednu dotazovanou. Komunikační partnerka pět byla přizvána k posudkové komisi a zhodnotila přístup posudkového lékaře jako dobrý a především rychlý. Když bych opět její výpověď měla shrnout, tak posudkový lékař si kluka pouze prohlédl a sám řekl, že mu to se zprávami sedí. Nechtěl ani další vyšetření, které by mohlo být k přiznání potřebné. Na konec jim akorát sdělil, že dle jeho mínění budou mít stupeň příspěvku stále II. a upozornil je na případné odvolání proti rozhodnutí, které jim přijde. To vše mohlo dle dotazované proběhnout během 10 minut.

Tabulka č. 10: Shrnutí okruhu Průběh řízení o PnP II.

KP	Nárok na vyšší stupeň	Odvolání		Uplynulá doba od podání žádosti
		Upozornění na odvolání	Využití odvolání	
KP 1	Ne	Sociální pracovnice	Ne	4 měsíce
KP 2	Ne	Sociální pracovnice	Ne	3 měsíce
KP 3	Ne	Rozhodnutí	Ne	3 měsíce
KP 4	Ano	Rozhodnutí	Ne	4 měsíce
KP 5	Ne	Posudkový lékař	Ne	5 měsíců
KP 6	Ne	Rozhodnutí	Ne	3 měsíce

Zdroj: Vlastní výzkum

Pouze komunikační partnerka čtyři si myslí, že by měli nárok na vyšší stupeň příspěvku na péči, protože předtím již měli stupeň II., ale odvolání nepodali prý z toho důvodu, že v tu dobu nastaly jiné problémy. Na možnost odvolání byli upozorněni všichni dotazovaní. Tři se o této možnosti dozvěděli sami tak, že si to přečetli v rozhodnutí, které jim přišlo při přiznání případně při snížení příspěvku na péči. Dále se to dozvěděli komunikační partner tři a čtyři od sociální pracovnice (při sepisování žádosti, při sociálním šetření), anebo jako je tomu tak uvedeno výše u komunikační partnerky pět, od posudkového lékaře. Doba, která uplynula od podání žádosti do přiznání příspěvku, se pohybuje od třech měsíců až po 5 měsíců. Tři z šesti se shodly na třech měsících, což je stanovená doba pro rozhodnutí.

4.6 Finanční prostředky

Tabulka č. 11: Shrnutí okruhu Finanční prostředky I.

KP	Sociální služby	Pokrytí potřebné péče	Jedn. nepokryté potřeby dítěte	Řešení daného nepokrytí
KP 1	0 Kč	Ne	Rehabilitační pomůcky	Omezení volnočas. aktivit
KP 2	3 500 (x2) Kč	Ano	X	X
KP 3	8 000 Kč	Ne	Aktivity v Auticentru, canisterapie	Omezení sociálních služeb
KP 4	0 Kč	Ne	Lázně	Omezení volnočas. aktivit
KP 5	5 000 Kč	Ne	Osobní asistence	Omezení sociálních služeb
KP 6	0 Kč	Ano	X	X

Zdroj: Vlastní výzkum

Z příspěvku na péči, jak jsem se dle otázek dozvěděla, pouze polovina, tedy tři komunikační partneri hradí sociální služby. Dále dle odpovědí příspěvek na péči dotazovaní vynaloží např. na léky, kapačky, poplatky za lékaře a léčitele, pohonné hmoty (dojíždění do sociálních, zdravotnických či školských zařízení) anebo např. na kompenzační pomůcky, které si uživatelé musí hradit sami. Pouze komunikačním partnerům dvě a šest příspěvek pokrývá veškeré náklady spojené s péčí o dítě. Ostatním příspěvek na péči nepokrývá např. služby osobní asistence, rehabilitační pomůcky (konkrétně komunikační partnerka jedna uvedla pomůcky potřebné k procvičování jemné motoriky), aktivity určené autistům v Auticentru (např. pohybové hry, strukturované učení, Feuersteinovo instrumentální obohacování atd.), canisterapie, či lázně, které by u komunikační partnerky čtyři mohly dceři především pomoci s trávicím

ústrojím a prokrvením cév. Komunikační partnerka tři a pět řeší nedostatek financí tak, že omezí sociální služby. Jak uvedla komunikační partnerka tři: „Když nejsou peníze, tak musím omezit u osobní asistence úkony, které jinak asistentka se synem provádí a nepřijdou mi až tolik důležité vzhledem k jeho zdravotnímu stavu“. Komunikační partnerka pět zase sdělila: „Raději omezíme dojíždění do sociálních zařízení, než do zdravotnických zařízení... zdraví je přednější“. Kdežto dotazované jedna a čtyři omezují volnočasové aktivity, kdy se obě komunikační partnerky shodly na tom, že když nemají peníze, tak vynechají výlety anebo placené kroužky.

Tabulka č. 12: Shrnutí okruhu Finanční prostředky II.

KP	Jiné finanční zdroje	Jiné sociální dávky	Přivýdělek		
			Druh práce	Doba	Plat
KP 1	Příbuzní	Rodičovský příspěvek	Účetnictví	4 hod./m.	0 Kč
KP 2	X	Žádné dávky	Žádná práce	X	X
KP 3	Výživné, přivýdělek	Přídavky na děti	Domácí práce	20 hod./m.	3 000 Kč
KP 4	Plat manžela, příbuzní, přivýdělek	Rodičovský příspěvek	Roznos letáků	25 hod./m.	6 00 Kč
KP 5	Sociální dávky, přivýdělek	Podpora v nezaměstnanosti	Úklid	25 hod./m.	2 000 Kč
KP 6	X	Invalidní důchod I. stupně	Žádná práce	X	X

Zdroj: Vlastní výzkum

V rámci okruhu jsem také zjišťovala, z jakých jiných finančních prostředků doplácí potřebnou péči právě ti, kteří s příspěvkem nevystačí. Nejvíce komunikačních partnerů odpovědělo, že z přivýdělku a od příbuzných. Dále se zde také vyskytovaly odpovědi typu výživné, plat manžela či jiné sociální dávky. Kromě komunikační partnerky dvě pobírají všichni ostatní nějaké jiné sociální dávky. Dvě komunikační partnerky pobírají rodičovský příspěvek. Dále se jednalo o přídavky na děti, podporu v nezaměstnanosti či invalidní důchod I. stupně. Čtyři komunikační partnerky z šesti dotázaných dochází do práce nebo na brigádu. Jednalo se o různá pracovní místa např. účetnictví, roznášení letáků, domácí práce (skládání tužek) či úklid. Pouze komunikační partnerka jedna chodí na 4 hodiny měsíčně. Ostatní pečující osoby, které pracují, dochází do práce 20 – 25 hodin měsíčně. Výdělky byly také různé. Komunikační partnerka, jelikož vypomáhá ve firmě bývalého manžela, který jí finančně vypomáhá, tak vykonává práci bez finanční odměny. Platy dalších komunikačních partnerek se pohybují v rozmezí od 600 – 3 000 Kč. Jak se dotazované několikrát v rozhovoru o práci zmínily: „Nejedná se o příliš velké výdělky, ale dokážou pomoci“.

4.7 Změny roku 2012 o příspěvku na péči

Tabulka č. 13: Shrnutí okruhu změny r. 2012 o PnP I.

KP	Povšimnutí změn	Informace o zvýšení PnP	Asistent sociální péče	
			Zkušenosti	Informace
KP 1	Ano	Ano	Ne	Ano
KP 2	Ano	Ano	Ne	Ano
KP 3	Ano	Ano	Ne	Ano
KP 4	Ano	Ano - již PnP zvýšen	Ne	Ano
KP 5	Ano	Ano	Ne	Ano
KP 6	Ne	Ne	Ne	Ne

Zdroj: Vlastní výzkum

Všichni, kromě komunikačního partnera šest, si povšimli změn týkajících se možnosti zvýšení příspěvku o 2 000 Kč a nově zavedeného institutu Asistent sociální péče. Nikdo však s asistentem nemá žádné zkušenosti, a jak většina uvedla, do budoucna ani mít nebude z toho důvodu, že péči zatím zvládají a chtějí být zapsáni na ÚP jako hlavní pečující osoby svých dětí. Komunikační partnerka čtyři má jako jediná zvýšený příspěvek. Snažila jsem se najít důvod, proč jako jediný dotazovaný šest nemá žádné informace. Dle uváděného je to pravděpodobně z toho důvodu, že nevyužívá žádné sociální služby, kde se velké množství dotazovaných o změnách dozvěděla. Komunikačního partnera šest, jsem se pokusila na veškeré změny, které proběhly již v roce 2012 upozornit.

Tabulka č. 14: Shrnutí okruhu Změny r. 2012 o PnP II.

KP	Zhodnocení změn	Vlastní preference změn
KP 1	Pozitivní	Poskytování informací o změnách Zvýšení částky PnP
KP 2	Pozitivní	Poskytování informací o změnách
KP 3	Pozitivní	Zvýšení částky PnP
KP 4	Pozitivní	Zvýšení částky PnP, hrazené lázně
KP 5	Pozitivní	Hrazené kompenzační pomůcky
KP 6	Pozitivní	Přiznání PnP bez sociálního šetření

Zdroj: Vlastní výzkum

Účastníci výzkumu hodnotily změny jako pozitivní a potřebné v rámci systému příspěvku na péči. Zeptala jsem se také na jejich osobní změny, které by sami dotazovaní preferovali. Především se jednalo o zvýšení částky PnP. Toto navrhla polovina účastníků výzkumu. Dvakrát bylo od komunikačních partnerů zmíněno, že by bylo dobré zavést institut, který by osoby pobírající příspěvek na péči, o všech nastávajících změnách upozornil např. dopisem. Další návrhy na zlepšení systému pro uživatele příspěvku byly: hrazené lázně, hrazené kompenzační pomůcky či přiznání příspěvku bez sociálního šetření.

5 DISKUZE

Tato práce byla především zaměřena na problematiku využívání příspěvku na péči a na další skutečnosti s tímto spojené. Otázky v polořízeném rozhovoru byly systematicky seřazeny do sedmi hlavních okruhů vztahujících se k této problematice. Jednalo se o otázky na rodinu, dítě se zdravotním postižením, sociální služby, příspěvek na péči a jeho průběh řízení, využití finančních prostředků vycházejících z dávky a změn, které nastaly roku 2012 v systému o příspěvku na péči.

1. okruh: Rodina

V rámci otázek vztahujících se na rodinu jsem dostala výsledek, že dvě rodiny ze šesti jsou svou typologií neúplnými rodinami, tedy dle Matouška (16) se jedná o tzv. „osamocené rodiče“, kteří jsou od úplných rodin odlišeni častějším ohrožením nezaměstnaností, nedostatečným přístupem k přiměřenému bydlení, sociální izolací, chudobou či sociálním vyloučením. V obou případech se jednalo o rozpad rodiny z důvodu narození dítěte se zdravotním postižením. Jak se ve své knize vyjádřil Michalík J. (17, s. 93): „Některé parametry utvářející vnitřní vztahový systém rodiny i její existenci v sociálním prostředí jsou ovlivněny existencí zdravotního postižení jejího člena – a jemu odpovídající potřebě péče“.

S ohledem na vztahy a fungování v rodině jsem se dozvěděla, že většina mají dobré či běžné vztahy a dvě komunikační partnerky, které jsou zároveň osamocenými rodiči, se zmínily o svých rodinných vztazích jako o neobvyklých či komplikovaných. Takto rodinné vztahy označily vzhledem k situaci po rozvodu. „Neobvyklé“ je velmi dobré přátelství mezi rozvedenými rodiči dítěte. „Komplikované“ je setkávání se dítěte s rodičem, který rodinu opustil. Pro dítě je tato návštěva, jak uvedla komunikační partnerka, traumatizující. Všechny děti s postižením mají sourozence. Dle Vágnerové (31) role sourozence postiženého dítěte je velmi náročná a zatěžující. Mám jednotný názor s jejím dalším výrokem, že sourozenec je součástí života dítěte a sdílí s ním značnou část svých nasbíraných zkušeností.

Další otázky se týkaly osob, které zastávají péči o dítě s postižením. Pečující osoba je ta, která je uvedena v žádosti (konkrétně v příloze „Oznámení o poskytovateli pomoci“) a podílí se na péči o člověka, který je závislý na pomoci druhých. Může se jednat v rámci jedné závislé osoby i o více pečujících (10). V mém výzkumu jsou hlavními pečujícími osobami vždy rodiče dítěte. Jedná se o pět matek a pouze jednoho otce. U všech dotazovaných rodin došlo k rozhodnutí o pečující osobě vzhledem k finanční situaci rodiny. Ostatními osobami, které komunikační partneři uvedli jako osoby pomáhající s péčí, jsou dle výsledků blízcí příbuzní či u jednoho komunikačního partnera žijícího na vesnici dokonce i sousedé. Jak také uvedla Vágnerová (31) začátky jsou totiž v případě narození zdravotně postiženého dítěte velmi těžké nejenom pro samotné rodiče dítěte, ale i pro blízké.

Na otázky vztahující se na rodinu jsem se zaměřila z toho důvodu, že jsou některé odpovědi podstatné i pro další okruhy a jejich dílčí otázky.

2. okruh: Dítě se zdravotním postižením

Zdravotní postižení označuje Novosad jako postižení člověka, který je vzhledem k nastávajícímu vztahu omezen na kvalitě života (21). Dle výsledků jednotlivých rozhovorů, se objevují v tomto výzkumu odlišné formy a druhy postižení. Vyskytuje se zde dětská mozková obrna, kdy v jednom případě se jedná o hemiparézu (částečné ochrnutí levé poloviny těla), a v druhém případě se jedná o kvadruparézu (částečné ochrnutí všech čtyř končetin). Dále se zde objevuje vzácné onemocnění plic, autismus, celiakie spolu s diabetem I. stupně či stále se opakující leukémie. Dle rozdílných druhů postižení je každý člověk omezen jiným způsobem a potřebuje tak ke svému životu i jiné kompenzační pomůcky. Tři děti potřebují vzhledem ke zdravotnímu stavu vypomoci dioptrickými brýlemi, dvě děti invalidním vozíkem a jiní např. flutter asistencí, rouškou, inzulínovým perem či glukometrem.

Nejen dle Michalíka, ale i dle tohoto výzkumu lze vypořádat rozdíly v potřebách a možnostech, ale i názorech a zkušenostech pečující rodiny a samotných dětí, o které je pečováno (17). Při uspokojování některých běžných lidských potřeb dochází k tomu, že dítě s postižením nemůže určité potřeby realizovat obvyklým způsobem jako zdraví

vrstevníci a právě na základě tohoto zjištění, může potřebovat určitou pomoc, asistenci či kompenzaci při uspokojování lidských potřeb dle Maslowovy pyramidy (21). Potřeby dětí vycházející z tohoto výzkumu jsou spatřovány především v potřebě domácího přirozeného prostředí, blízkosti pečujících osob, stimulaci, rehabilitaci, návštěvě odborných pracovníků v sociální, zdravotní či školské oblasti a v potřebě výše uvedených kompenzačních či rehabilitačních pomůcek.

Vzhledem k základním životním potřebám, které se hodnotí pro přiznání příspěvku, jsem dospěla k výsledkům, že děti s postižením potřebují nejvíce pomoci při oblékání a obouvání, péči o zdraví, stravování, tělesné hygieně a osobních aktivitách. Již menší pomoc se jim poskytuje při mobilitě, orientaci či komunikaci a ani jedno dítě z celého výzkumu nepotřebuje nijak pomoci při výkonu fyziologické potřeby. Z těchto výsledků, které jsou uvedeny v tabulce č. 4, se mi dle laického zhodnocení jednotlivá nezvládnutí základních životních potřeb shodovala s přiznaným stupněm závislosti, který osoby se zdravotním postižením mají přiznaný.

Další otázky se týkaly časového rozpětí poskytované péče. Dle Průši (23, s. 25) „časová náročnost péče je významným způsobem determinována mírou závislosti osoby, jíž je poskytována pomoc“. Michalík ve své knize uvádí součet doby přímé péče a dohledu podle stupňů závislosti, ke kterému se mé výsledky výrazně přibližují. V rámci I. stupně uvádí péči v rozsahu 6 hodin, 31 minut a v mém výzkumu z průměru dvou komunikačních partnerů vychází 7 hodin. S ohledem na II. stupeň je v knize vylíčeno 10 hodin, 5 minut péče a v mém výzkumu opět z průměru dvou komunikačních partnerů je výsledek 10 hodin. I v případě III. stupně závislosti se s výsledky Michalíkovu tvrzení přibližují. On uvedl 15 hodin, 54 minut a mě vyšlo dle zjištěných informací od zbývajících, taktéž dvou rodičů, 15 hodin poskytované péče (17). Z uvedených údajů i dle Průši vyplývá, že dlouhodobá péče o člena rodiny nebo blízkou osobu je spojena s ekonomickým, zdravotním i sociálním dopadem nejen na pečovatele, ale i na jeho nejbližší okolí, které mu s péčí pomáhá.

Pečující osoba ztrácí kontakt s okolím, je sociálně izolovaná a je pod neustálým fyzickým i psychickým vypětím. Služba, která je poskytována celých 24 hodin denně, sedm dní v týdnu, je pro jednoho pečujícího, dle označení Průši „likvidační“, proto je

pro snížení zátěže pečující osoby potřebná pomoc od odborníků či profesionálů v různých oblastech (23). Čtyři ze šesti rodin využívají všechna zařízení, tedy školní, zdravotní a sociální služby. Zbývající dva komunikační partneři vzhledem ke zdravotnímu stavu dítěte využívají jen jedno či dvě zařízení. První dotazovaný uvedl sociální a zdravotní služby. Druhý dotazovaný pouze zdravotní služby.

3. okruh: Sociální služby

Výzkumná otázka č. 1: Využívají uživatelé příspěvek na péči k zajištění potřebné pomoci např. k zakoupení sociální služby?

Průša uvedl ve svém výzkumu, že více než dvě třetiny příjemců příspěvku na péči nevyužívají žádného registrovaného poskytovatele sociálních služeb, což se tedy v mém výzkumu nepotvrdilo (23). Z výsledků položených rozhovorů naopak vzešlo, že z šesti komunikačních partnerů využívá sociální služby pět dotázaných. Sociální služby se rozdělují na tři základní druhy: sociální poradenství, služby sociální péče a služby sociální prevence. Účastníci výzkumu využívají ranou péči, pečovatelskou službu, osobní asistenci, sociální poradenství, nízkoprahové zařízení pro děti a mládež, denní stacionář a sociálně aktivizační služby pro seniory a osoby se zdravotním postižením. Ze zjištěných výsledků je patrné, že nejméně využívaným druhem sociální služby je sociální poradenství, kdežto služby sociální péče a služby sociální prevence jsou na tom stejně. Sociální poradenství se u účastníků řízení objevilo pouze jednou a zbylé dvě služby se objevily již třikrát. V rámci formy, kdy se sociální služby rozdělují na pobytové, terénní a ambulantní, jsou nejvíce využívány právě ty ambulantní, které se ve výsledcích ukázaly čtyřikrát. Jedná se o služby, kam klient dochází či je někým doprovázen. Terénní služby, jakožto služby poskytované v přirozeném prostředí klienta, se objevily třikrát a pobytové, tedy služby spojené s ubytováním, ani jednou.

Obecně je účelem sociálních služeb zlepšit kvalitu života lidem společensky znevýhodněným, případně je v maximální možné míře do společnosti začlenit. Sociální služby nejenom zohledňují samotnou osobu, která sociální službu potřebuje, ale i její rodinu, skupinu či širší společenství, do něhož patří (15). Účelem jednotlivých sociálních služeb, které využívají komunikační partneři, jsou např. stimulace zraku,

procvičení jemné motoriky, zjištění kontaktů, získání informací, odpočinek a načerpání sil, podpora rodiny, pomoc s péčí, doučování, využití volného času, sociální začlenění, či rehabilitace pomocí zvířat.

Sociální služby jsou buď poskytovány zdarma nebo za částečnou či plnou úhradu (10). V průměru zjištěné doby poskytovaných služeb, jsou častěji za měsíc využívány ambulantní služby než terénní. Jak uvedla Holasová (7) pro klienta mají sociální služby určitou hodnotu, která je spatřována v jejich kvalitě a ceně. Můj výzkumný soubor, tedy děti s postižením využívají více služby sociální péče, které jsou hrazené, a většina těchto hrazených služeb je terénní formy, kdy se jedná o osobní asistenci, pečovatelskou službu a denní stacionář.

Spokojenost uživatelů se sociálními službami je shrnuta do silných a slabých stránek, které zmínili dotazovaní při rozhovorech. Silnými stránkami jsou značné pokroky dítěte, odpočinek, žádný stres, zlepšení vztahů v rodině, rozvíjení dovedností dítěte či pomoc v tíživé situaci. Slabými stránkami jsou krátká doba, po kterou se sociální pracovníce dítěti věnuje, ale spíše častěji zmiňovaná vysoká cena sociální služby či dojíždění do zařízení. Sociální služby, které účastníci výzkumu postrádají, jsou sociální poradenství, ergoterapeutická dílna či nějaké volnočasové aktivity zřizované pro jednotlivé druhy zdravotního postižení. Většinou tyto sociální služby či aktivity s nimi spojené nejsou v jejich okolí.

4. okruh: Příspěvek na péči

Účastníci výzkumu se o příspěvku na péči dozvěděli na internetu, jako tomu bylo tak u sociálních služeb, dále od sociální pracovníce na úřadu, od známých či ze zdravotnického a sociálního zařízení. Příspěvek na péči je finanční výpomoc, díky které je ten, kdo potřebuje péči, alespoň do určité míry samostatný a může si podle svého výběru „koupit“ potřebnou službu (29).

Ve výzkumu se objevují pouze děti s přiznaným stupněm závislosti I. – III. Jedná se o částky: za I. stupeň 3 000 Kč, za II. stupeň 6 000 Kč a za III. stupeň 9 000 Kč. Jak se vyjádřila sociální pracovníce (33), se kterou jsem o stupních závislosti přes elektronickou poštu komunikovala: „Nemám žádné dítě z mého regionu, co by

mělo IV. stupeň a ani ho neznám. Měla jsem jednoho klučinu, který byl velmi postižený a ten měl jen III. stupeň. Ten IV. stupeň se nedává ani moc dospělým, protože se šetří. Dostanou ho pouze, a to ne vždycky, lidé na smrtelné posteli“. Průša uvádí k 31. 12. 2010 získané údaje z Brna: celkový počet klientů, kteří pobírají příspěvek na péči, je 12 257 a z toho pouze 1 488 klientů pobírá příspěvek na péči IV. stupně závislosti (23). Tato situace není pouze v Brně, ale i v ostatních městech. Napadá mě, že takto malé procento osob pobírajících IV. stupeň může být z důvodu nesprávného ohodnocení zdravotního stavu a následným, jak uvedla sociální pracovnice, spořením státu anebo existuje pouze minimální počet osob se zdravotním postižením, které by opravdu dosahovali nároku na IV. stupeň.

Doba, po kterou rodiny pobírají příspěvek na péči, se pohybovala od jednoho roku až po šest let. Pouze u jedné komunikační partnerky se stalo, že byl příspěvek na péči snížen, a to z II. na I. stupeň závislosti. ČSSZ prý rozhodla o změně stupně z důvodu snížení potřebné péče a zvýšení samostatnosti dítěte s ohledem na věk. Dle této označené rodiny se jednalo o „nespravedlivé rozhodnutí“.

5. okruh: Průběh řízení o příspěvku na péči

Výzkumná otázka č. 2: Jak uživatelům nebo osobám pečujícím o uživatele příspěvku na péči vyhovuje systém realizace příspěvku na péči?

Nárok na výplatu příspěvku má klient, kterému vzniká splněním podmínek nárok na příspěvek a podal si žádost, potřebnou pro přiznání příspěvku (10). Všem účastníkům řízení pomáhala s vyplněním žádosti sociální pracovnice a u jednoho případu také známí, kteří již s touto situací měli zkušenosti.

Komplikace dle komunikačních partnerů nastaly až při sociálním šetření, kdy se zdál třem účastníkům přístup sociálních pracovníků dobrý, ale dalším třem se zdál spíše neprofesionální a neobjektivní. Označila bych s ohledem na výpovědi dotazovaných jako první problém, neohlášení sociálního šetření. Sociální šetření má být přitom prováděno teprve po předchozím ohlášení či po sjednání konkrétního termínu návštěvy sociálních pracovníků krajské pobočky ÚP. Druhý problém spatřuji v neobjektivním zhodnocení zdravotního stavu a ztotožňuji se s názorem Průši,

kteřý tvrdí, že by měl být při sociálním šetření přítomen tzv. „úřední“ lékař, který by tak mohl věcně posoudit zdravotní stav žadatele o příspěvek na péči a byla by tak posouzena nejen sociální, ale i zdravotní situace klienta v jeho přirozeném prostředí (23). Co se týče náležitostí sociálního šetření, nesetkala jsem se ani v jednom případě při rozhovorech s tím, že by se sociální pracovnice ptaly na sociální vztahový rámec, který je také podstatný pro popis situace oprávněné osoby. Popisují se v něm dle Pešlové vztahy vznikající mimo rodinu, tedy přátelské vztahy a způsob trávení volného času či sociální aktivity žadatele. Důležité k posouzení zdravotního stavu je i vyjádření a odborné zprávy ošetřujícího lékaře, který je v žádosti uveden. Tyto dokumenty od ošetřujícího lékaře společně se záznamem ze sociálního šetření, jsou zaslány Lékařské posudkové službě ČSSZ (22). Pouze v jednom případě ze šesti byl žadatel o příspěvek na péči přizván posudkovým lékařem. Tato komunikační partnerka, která byla osobně přítomna při posuzování, zhodnotila přístup posudkového lékaře pozitivně. Pešlová uvedla, že lékař jakmile nevidí žadatele osobně, tak může dojít k velkým rozporům mezi názory lékaře a žadatele na onen stupeň závislosti. Může to být i důvodem u výše uvedené rodiny, kde došlo ke snížení příspěvku z II. na I. stupeň.

Pouze ta rodina, které byl příspěvek na péči snížen si myslí, že by měla nárok na vyšší stupeň, ale i tak se neodvolala. Jako důvod uvedla, že v té době měly jako rodina jiné problémy k řešení a zároveň jim bylo přiznáno zvýšení příspěvku na péči o 2 000 Kč. Na odvolání byli upozorněni všichni, ať už si to sami přečetli v rozhodnutí, či se o tom zmínila sociální pracovnice nebo posudkový lékař.

Příspěvek na péči byl u dotazovaných přiznán za dobu v rozmezí 3 – 5 měsíců. Řízení o příspěvku na péči by nemělo obecně trvat déle než 90 dní, tedy 3 měsíce. K přesáhnutí této stanovené lhůty došlo ve třech případech, kdy se jednalo o jedno či dvouměsíční zpoždění. Pozitivní na celé situaci je, že příspěvek na péči i zvýšení příspěvku se vyplácí zpětně již ode dne podání žádosti (22).

6. okruh: Finanční prostředky

V zákoně 108/2006 Sb. je jasně vymezeno využívání finančního příspěvku. Příspěvek na péči je určen k zajištění potřebné pomoci. Může se jednat nejen

o registrovaného poskytovatele, blízkou osobu v domácnosti či nově zavedeného asistenta sociální péče, ale také dětský domov anebo speciální lůžkové zdravotnické zařízení hospicového typu (5). S ohledem na osobní setkání s příjemci příspěvku na péči a jejich rodiči, jsem mohla posoudit jejich informovanost o využívání příspěvku. Většina ani nevěděla, zda zařízení, která navštěvují, jsou sociální službou, natož zda příspěvek správně dle zákona využívají. Jak jsem se již zmínila, sociální služby sice využívá většina dotazovaných, ale je otázkou, kolik z těchto služeb je poskytovaných za úhradu, a tedy placených z příspěvku. Dle mých výsledků pouze 3 uživatelé využívají hrazenou sociální službu. Na co tedy je příspěvek u ostatních využíván? Jak jsem se dozvěděla, jedná se především o úhradu léků, kapaček, pohonných hmot, poplatků za lékaře a léčitele nebo např. za kompenzační pomůcky, které nejsou hrazeny pojišťovnou.

Průměrně za měsíc komunikační partneři utratí za sociální služby kolem 6 000 - 7 000 Kč. Pouze dvěma lidem pokryje příspěvek potřebnou péči poskytovanou dítěti. Nepokryje jim to např. rehabilitační pomůcky, aktivity v Auticentru, canisterapie, lázně či osobní asistenci. V zákoně 108/2006 Sb. (5, §7) je uvedeno, že „příspěvkem se stát podílí na zajištění sociálních služeb nebo jiných forem pomoci podle tohoto zákona při zvládnání základních životních potřeb osob.“ Příspěvek na péči, by byl dle zákona správně využit v případě služeb osobní asistenci, či canisterapie. Zbývající služby, které komunikačním partnerům příspěvek na péči nepokrývá (Auticentrum, rehabilitační pomůcky, lázně), nespádají pod služby, které by měly být příspěvkem hrazeny. Auticentrum totiž není zaregistrovanou sociální službou a rehabilitační pomůcky či lázně mi přijdou jako „nadstandardní“ péče, ne tedy jako nezbytná či dokonce potřebná péče o dítě. Rodiny se musejí omezit, jak sami uvedly, ve volnočasových aktivitách či právě v oněch zmiňovaných sociálních službách. Většinou se však uživatelé snaží své děti nijak neomezovat, a proto někteří doplácí zbývající potřebnou péči z jiných finančních zdrojů. Péči hradí např. z výživného, příjvídělku, sociálních dávek (rodičovský příspěvek, přídavky na děti, podpora v nezaměstnanosti, invalidní důchod), platu partnera či z půjčených peněz od příbuzných.

U otázky, zda pečující osoby si nějakým způsobem přivydělávají, jsem byla překvapená jejich odpověďmi. Ze šesti dotazovaných si pouze dvě komunikační partnerky nepřivydělávají. Ostatní např. roznáší letáky, mají práci na doma (skládají tužky), chodí uklízet do firmy anebo pomáhají s účetnictvím. Celkem za měsíc si dle hodin, které na brigádě či v zaměstnání tráví, vydělají od 600 Kč až po 3 000 Kč. Výdělečná činnost u pečujících osob není nijak omezena a ani zde není stanovena podmínka celodenní osobní péče, jako tomu bylo dříve u příspěvku při péči o osobu blízkou nebo jinou osobu. (15).

Průša (23, s. 16) uvedl větu, se kterou se ztotožňuji: „Krajské pobočky ÚP nedostatečně kontrolují, zda je příspěvek na péči využíván k zajištění pomoci příjemci této sociální dávky“. Dle mého názoru, by se mělo více kontrolovat dané využívání příspěvku. Domnívám se totiž, že by tak nedocházelo k jeho zneužívání, protože by tak příjemci měli větší obavy z možného odebrání dávky.

7. okruh: Změny r. 2012 o PnP

Výzkumná otázka č. 3: Jsou uživatelé příspěvku na péči nebo osoby pečující obeznámeny se všemi informacemi co se týče změn po novelizaci zákona o sociálních službách 108/2006 sb. od 1. 1. 2012?

Účastníci výzkumu, kromě jednoho komunikačního partnera, si povšimli a měli informace o změnách, které přišly s rokem 2012. Myslím si, že nepovšimnutí tohoto komunikačního partnera by mohlo být i z toho důvodu, že většina měla informace ze zařízení poskytujících sociální služby a on jako jediný oné služby nevyužívá. Jedná se především o změny týkající se zvýšení příspěvku na péči až o 2 000 Kč a zavedení nového institutu „asistent sociální péče“. S asistentem sociální péče zatím nikdo zkušenosti nemá. Se zvýšením příspěvku má zkušenosti pouze jedna komunikační partnerka, která má již příspěvek zvýšen. Všichni dotazovaní, dokonce i komunikační partner, který se dozvěděl o změnách až ode mne, hodnotili změny jako pozitivní. Dle jejich slov totiž nebyly příspěvky na péči odebrány ani sníženy, ba naopak je tu možnost zvýšení příspěvku, což by mohlo několika pečujícím ulehčit situaci.

Na otázku, co by sami dotazovaní preferovali za změny v systému, se mi dostávaly odpovědi typu např. poskytování informací o změnách formou dopisu, či formou nějakého speciálního zařízení k tomu určenému, dále zvýšení částek příspěvků, hrazené lázně a kompenzační pomůcky či přiznání příspěvku s vynecháním části sociálního šetření. Myslím si, že některé změny by mohly být do budoucna inspirativní. Jak mi uvedla jedna pečující maminka v rozhovoru: „mě by osobně stačilo, abych do jeho 18 let neměla stres z toho, jak to všechno do budoucna finančně zvládneme“. Několik komunikačních partnerů má velké finanční problémy a nějaké tyto změny, které si sami navrhly, by jim alespoň z malé části mohly pomoci.

Shrnutí diskuze dle výzkumných otázek a cílů

Dle mého výzkumu pobírající příspěvek na péči využívají sociální služby v pěti případech. Z těchto pěti dotazovaných pouze tři komunikační partneři využívají hrazené sociální služby. To znamená, že polovina z dotazovaných využívá příspěvek na péči na jiné formy pomoci, a to především na léky, poplatky za lékaře a léčitele, pohonné hmoty, či na kompenzační a rehabilitační pomůcky. Další podstatnou informací pro výzkum je, že výše příspěvku na péči stačí k pokrytí nákladů spojených s péčí pouze dvěma komunikačním partnerům. Ostatní komunikační partneři se musejí omezovat ve volnočasových aktivitách či v sociálních službách. V rámci systému realizace příspěvku na péči žádný z komunikačních partnerů neměl problém s podáním žádosti, jelikož jim vždy ochotně poradila a pomohla sociální pracovnice. Vzhledem k přístupu sociálních pracovníků při sociálním šetření se ve výzkumu již názory rozcházely. Polovina hodnotila přístup sociálních pracovníků jako dobrý. Dotazovaní většinou pod slovem „dobrý“ spatřovali nejenom jejich přístup, ale také potřebnost tohoto šetření pro přiznání příspěvku na péči. Druhá polovina hodnotila přístup sociálních pracovníků jako neprofesionální či neobjektivní. Tato označení jsem spatřovala především v názorech, kdy komunikační partneři poukazovali na jejich neohlášené návštěvy. K posudkové komisi byla přizvána pouze jedna komunikační partnerka. Tato komunikační partnerka hodnotila posudkového lékaře pozitivně. Jako vyhovující v systému realizace příspěvku na péči bych také hodnotila to, že na odvolání

byli upozorněni všichni dotazovaní. Důležitým zjištěním bylo, že změny, které nastaly v souvislosti s rokem 2012, si identifikovalo pět komunikačních partnerů, tedy pouze jeden komunikační partner nebyl informován o žádných změnách. Paradoxně je to tentýž dotazovaný, který nevyužívá jako jediný sociální služby. Domnívám se, že to s tím velmi blízce souvisí, jelikož většina byla informována právě ze zařízení, které jim sociální služby poskytuje.

6 ZÁVĚR

Hlavním cílem této bakalářské práce bylo zjistit, jak popřípadě na co osoby pobírající příspěvek na péči tuto dávku využívají.

Na tento cíl navazují další stanovené cíle: zda uživatelům výše příspěvku na péči postačuje k pokrytí nákladů na poskytování sociální služby, zda se musejí uživatelé z důvodu nízké hodnoty příspěvku nějakým způsobem omezovat ve svých individuálních potřebách a zájmech nebo zda si uživatelé identifikovali nějaké změny po novelizaci zákona o sociálních službách. V souvislosti se stanovenými cíli byly vytvořeny jednotlivé výzkumné otázky: Využívají uživatelé příspěvek na péči k zajištění potřebné pomoci např. k zakoupení sociální služby? Jak uživatelům nebo osobám pečujícím o uživatele příspěvku na péči vyhovuje systém realizace příspěvku na péči? Jsou uživatelé příspěvku na péči nebo osoby pečující obeznámeny se všemi informacemi co se týče změn po novelizaci zákona č. 108/2006 sb. od 1. 1. 2012?

Výzkumný soubor tvořilo 6 komunikačních partnerů, tedy rodičů osob mladších 18 let. Vzhledem k těmto stanoveným cílům a výzkumným otázkám byly informace potřebné pro výzkum získány pomocí polořízeného rozhovoru. Tento rozhovor byl rozdělen do několika okruhů, které obsahovaly dílčí otázky. Jednalo se o okruhy: rodina, dítě se zdravotním postižením, sociální služby, příspěvek na péči, průběh řízení o příspěvku na péči, finanční prostředky a změny roku 2012 o příspěvku na péči. Polořízené rozhovory byly vyhodnoceny pomocí metody vytváření trsů.

Výsledky ukázaly, že se příspěvek na péči využívá nejenom na sociální služby, ale také na léky, poplatky u lékařů a léčitelů, pohonné hmoty, či na kompenzační a rehabilitační pomůcky. Sociální služby využívá pět komunikačních partnerů ze šesti. Některé sociální služby nejsou poskytovány za úhradu, a proto je příspěvek využíván celkově třemi dotazovanými na jiné formy pomoci, než na sociální služby, pro které je příspěvek na péči především určen. Pouze dvěma komunikačním partnerům stačí příspěvek k pokrytí veškerých nákladů spojených s péčí o dítě se zdravotním postižením. Zbývající čtyři komunikační partneři v rozhovoru uvedli, že v případě nepokrytí nákladů příspěvkem na péči, musejí nejenom sebe, ale i své děti omezovat

ve volnočasových aktivitách nebo právě ve zmiňovaných sociálních službách. Dle získaných údajů z rozhovorů se jedná především o to, že komunikační partneři musejí vynechat kroužky a různé výlety nabízené školským zařízením anebo musejí využívat méně sociálních služeb, než bylo pro ně obvyklé. Dotazovaní, tedy rodiče se však snaží v případě, kdy jim příspěvek na péči nestačí, doplatit dané služby z jiných zdrojů. Především se jednalo o zdroje, jako jsou půjčka od příbuzných, plat manžela či sociální dávky. Z rozhovorů taktéž vycházelo, že pět komunikačních partnerů ze šesti je dostatečně o všech změnách informováno. Pouze jeden komunikační partner nevěděl ani o jedné změně, která od 1. 1. 2012 nastala. Jedná se o účastníka výzkumu, který uvedl jako jediný, že nevyužívá sociální služby. Myslím si, že je to právě onen důvod, kvůli kterému nemá komunikační partner získané informace, protože většina uvedla, že jsou informováni právě od poskytovatelů sociálních služeb.

Z těchto získaných informací jsem došla k závěru, že většina komunikačních partnerů nevěděla, jestli ta služba, kterou využívají, je sociální službou či nikoliv. Dále jsem si v praxi také ověřila tu skutečnost, že lidé nevědí na co příspěvek, který mají přiznaný, je přesně určený. Byla bych proto moc ráda, kdyby tato práce mohla být užitečná pro příjemce příspěvku a celou širokou veřejnost v rámci informací získaných ať už od autorů z teorie či od komunikačních partnerů z praxe. Přála bych si, aby tato práce byla nápomocná dalším studentům věnujícím se této problematice nebo dokonce krajským pobočkám ÚP, které by na základě těchto získaných poznatků uvažovali o rozšíření oblasti kontroly směřující nejenom k příjemcům příspěvku na péče, ale také k subjektům poskytujícím služby v této oblasti.

7 SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

- 1 AKTUÁLNĚ. Sociální karta sKarta, zrušení sKarty. In: *Aktuálně.cz* [online]. 3. 1. 2014 [cit. 2014-02-13]. Dostupné z: <http://www.aktualne.cz/wiki/finance/socialni-karta-skarta/r~i:wiki:2899/>
- 2 ARNOLDOVÁ, A. *Vybrané kapitoly ze sociálního zabezpečení*, 2. Část, Praha: Karolinum, 2004. ISBN 80-246-0875-8.
- 3 ČESKO. *Vyhláška č. 505 ze dne 15. listopadu 2006, kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách ve znění vyhlášky 391/2011 Sb.*
- 4 ČESKO. *Zákon č. 100 ze dne 16. Června 1988, o sociálním zabezpečení ve znění zákona č. 218/2005 Sb.*
- 5 ČESKO. *Zákon č. 108 ze dne 14. března 2006 o sociálních službách ve znění pozdějších předpisů.*
- 6 HENDL, J. *Kvalitativní výzkum*, 3. Vydání, Praha: Portál, 2012. ISBN 978-80-262-0219-6.
- 7 HOLASOVÁ, M. V. *Kvalita v sociální práci a sociálních službách*, Praha: Grada Publishing a.s., 2014. ISBN 978-80-247-4315-8.
- 8 KAHOUN, V. a kol. *Sociální zabezpečení, vybrané kapitoly*, 2. Aktualizované vydání, Praha: TRITON, 2013. ISBN 978-80-7387-733-0.
- 9 KAHOUN, V. a kol. *Sociální zabezpečení, vybrané kapitoly*, Praha: TRITON, 2009. ISBN 978-80-7387-346-2.
- 10 KRÁLOVÁ, J., RÁŽOVÁ, E. *Sociální služby a příspěvek na péči, komentář, právní předpisy*, 3. aktualizované vydání, Olomouc: ANAG, 2012. ISBN 978-80-7263-748-5.
- 11 KRÁSA, V. Kritizovaná sKarta definitivně končí. *MOSTY – časopis pro integraci*. Praha: Národní rada osob se zdravotním postižením ČR. 2013, roč. 14, č. 4, s. 4. ISSN: 1805-9562.

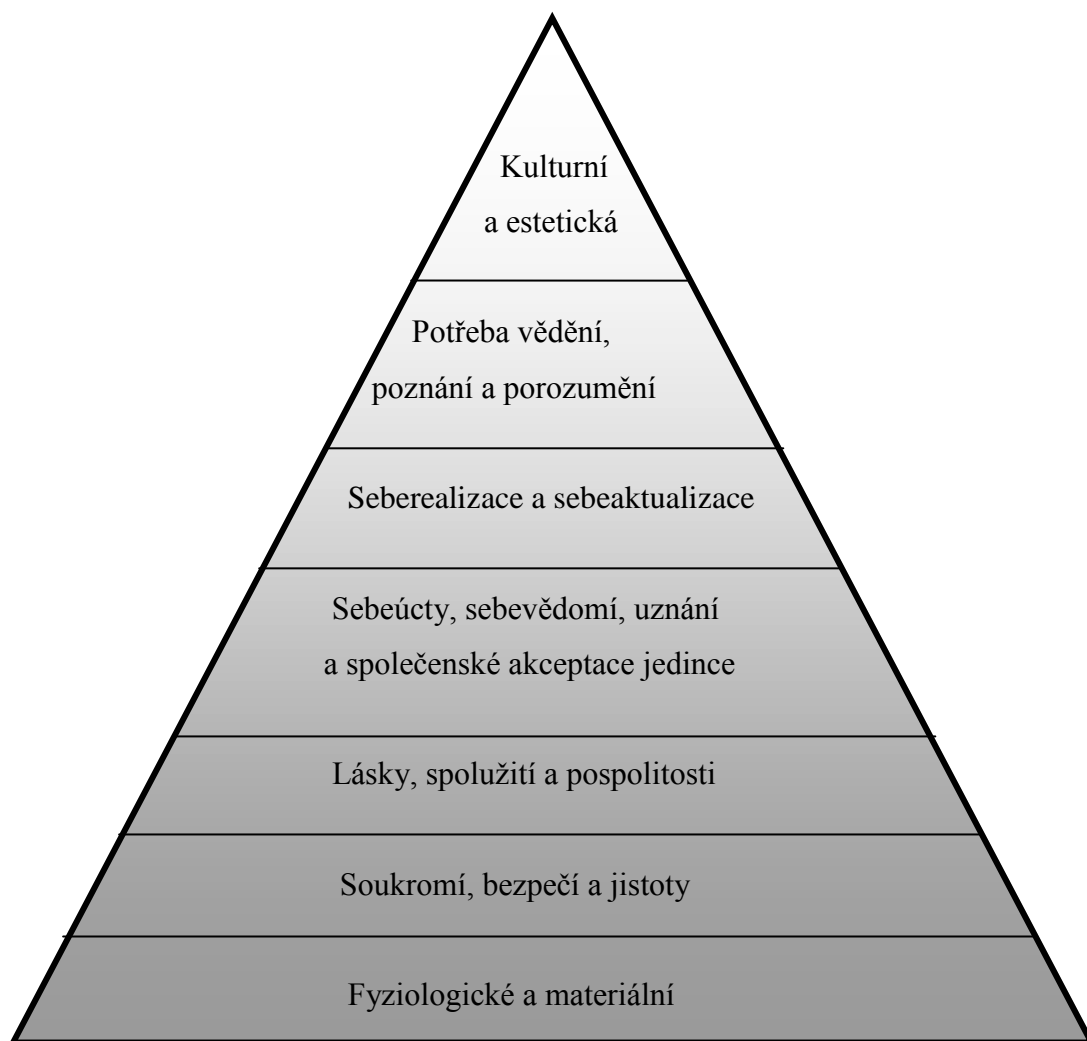
- 12 KREBS, V. a kol. *Sociální politika*, 3. Přepřacované vydání, Praha: ASPI a.s., 2005. ISBN 80-7357-050-5.
- 13 LÁNSKÝ, O. Kdo zneužívá sociální dávky? **In:** *Kdo zneužívá sociální dávky? Privatizace státu: dopady škrtů v sociální oblasti* [online]. Praha, 2012 [cit. 2013-12-11]. Dostupné z: http://aa.ecn.cz/img_upload/bec9f888010e9f21bb1cdb470322b7c6/0784_ea_psa_sbornik_4_web.pdf
- 14 MAHROVÁ, G. *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*, Praha: Grada Publishing a.s., 2008. ISBN 978-80-247-2138-5.
- 15 MATOUŠEK, O. a kol. *Sociální služby*, 2. vydání, Praha: Portál, 2011. ISBN 978-80-2620-041-3.
- 16 MATOUŠEK, O., KOLÁČKOVÁ, J., KODYMOVÁ, P. (eds.) *Sociální práce v praxi*, 2. vydání, Praha: Portál, 2010. ISBN 80-7367-002-X.
- 17 MICHALÍK, J. *Zdravotní postižení a pomáhající profese*, Praha: Portál, 2011. ISBN 978-80-7367-859-3.
- 18 MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ. *Příručka pro osoby se zdravotním postižením v roce 2014* [online]. Vydání 1., Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR, 2013 [cit. 2013-12-12]. ISBN 978-80-7421-061-7.
- 19 MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ. *Stručný průvodce zákonem o sociálních službách* [online]. Praha, 2006 [cit. 2013-04-20]. Dostupné z: <http://www.mpsv.cz/files/clanky/3222/zlom170x170web.pdf>
- 20 MIOVSKÝ, M. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*, Praha: Grada Publishing, 2006. ISBN 80-247-1362-4.
- 21 NOVOSAD, L. *Tělesné postižení jako fenomén i životní realita*, Praha: Portál, 2011. ISBN 978-80-7367-873-9.
- 22 PEŠLOVÁ, R. *Právní průvodce pečujících 2012*, 1. Vydání edice Pečuj doma, Brno: Moravskoslezský kruh, 2012. ISBN 978-80-260-1924-4.

- 23 PRŮŠA, L. *Ekonomická efektivita zajišťování péče o příjemce příspěvku na péči*, Praha: Výzkumný ústav práce a sociálních věcí, v. v. i., 2013. ISBN 978-80-7416-120-9.
- 24 PRŮŠA, L. *Ekonomie sociálních služeb*, 2. Aktualizované a rozšířené vydání, Praha: ASPI, 2007. ISBN 978-80-7357-255-6.
- 25 REICHEL, J. *Kapitoly metodologie sociálních výzkumů*, Praha: Grada Publishing, 2009. ISBN 978-80-247-3006-6.
- 26 SLOWÍK, J. *Speciální pedagogika*, Praha: Grada Publishing, a.s., 2007. ISBN 978-80-247-1733-3.
- 27 SOCIÁLNÍ REFORMA: ZMĚNY 2012. Příspěvek na péči od 1. 1. 2012. **In:** *Sociální reforma.MPSV.cz* [online]. © 2011 [cit. 2013-11-23]. Dostupné z: <http://socialnireforma.mpsv.cz/cs/23>
- 28 ŠAMÁNKOVÁ, M. *Lidské potřeby ve zdraví a nemoci*, Praha: Grada Publishing, 2011. ISBN 978-80-2473-223-7.
- 29 TOMEŠ, I., a kol. *Sociální správa: úvod do teorie a praxe*, 2. Rozšíření a přepracované vydání. Praha: Portál, 2009. ISBN 978-80-7367-483-0.
- 30 TRÖSTER, P., a kol. *Právo sociálního zabezpečení*, 3. Aktualizované a doplněné vydání, Praha: C. H. Beck, 2005. ISBN 80-7179-856-8.
- 31 VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*, Vydání 3., rozšířené a přepracované, Praha: Portál, 2004. ISBN 80-7178-802-3.
- 32 VOTAVA, J. *Ucelená rehabilitace osob se zdravotním postižením*, Praha: Karolinum, 2003. ISBN 80-246-0708-5.
- 33 ZIKEŠOVÁ, M. Re: *PnP* [elektronická pošta]. Message to: Marie Šináklová. 15. dubna 2014 [cit. 2014-24-04]. Osobní komunikace.

PŘÍLOHY

- 1 Příloha č. 1: Základní životní potřeby dle vyhlášky č. 505/2006 Sb.
- 2 Příloha č. 2: Maslowova hierarchie lidských potřeb
- 3 Příloha č. 3: Polořízený rozhovor

Příloha č. 1: Maslowova hierarchie potřeb



Zdroj: Novosad L., Tělesné postižení jako fenomén i životní realita, 2011

Příloha č. 2: Základní životní potřeby dle vyhlášky č. 505/2006 Sb.

Mobilita

Osoba je schopna zvládat vstávání, usedání, stání, zaujímání poloh, pohybování se chůzí krok za krokem, popřípadě i s přerušováním chůze, tedy se zastávkami, v dosahu alespoň 200 m, a to i po nerovném povrchu, čímž je myšlena chůze po schodech v rozsahu jednoho patra směrem nahoru i dolů, používání dopravních prostředků včetně bariérových

Orientace

Osoba je schopna poznávat a rozeznávat zrakem či sluchem, mít přiměřené duševní kompetence, orientovat se v čase, v místě a v osobách, orientovat se v obvyklém prostředí či situacích a přiměřeně na ně reagovat

Komunikace

Osoba je schopna dorozumět se mluvenou srozumitelnou řečí a psanou zprávou, porozumět všeobecně používaným základním obrazovým symbolům nebo zvukovým signálům, používat běžné komunikační prostředky, může se tedy jednat o dopis, e-mail, telefon či osobní rozhovor

Stravování

Osoba je schopna vybrat si ke konzumaci hotový nápoj a potraviny, nápoj si nalít, stravu naporcovat, naservírovat, poté se najíst a napít, osoba je také schopna dodržovat stanovený dietní režim doporučený lékařem

Oblékání a obouvání

Osoba je schopna vybrat si oblečení a obutí přiměřené okolnostem, tedy počasí, oblékat se a obouvat se, svlékat se a zouvat se, manipulovat s oblečením v souvislosti s denním režimem

Tělesná hygiena

Osoba je schopna použít hygienické zařízení, čímž je myšlena koupelna, mýt si a osušovat si jednotlivé části těla, provádět celkovou a ústní hygienu, je schopna česat se a holit se

Výkon fyziologické potřeby

Osoba je schopna včas používat toaletu, vyprázdnit se, provést očistu, používat hygienické pomůcky

Péče o zdraví

Osoba je schopna dodržovat stanovený léčebný režim, je schopna také provádět stanovená léčebná a ošetrovatelská opatření a používat k tomu potřebné léky, pomůcky ať už zdravotní či rehabilitační

Osobní aktivity

Osoba je schopna vstupovat do vztahů s jinými osobami, stanovit si a dodržet denní program, vykonávat aktivity obvyklé věku a prostředí jako je vzdělávání, zaměstnání, volnočasové aktivity, vyřizovat své záležitosti např. jít do školy, na úřad či k lékaři

Péče o domácnost:

Osoba je schopna nakládat s penězi v rámci osobních příjmů a domácnosti, manipulovat s předměty denní potřeby, obstarat si běžný nákup, ovládat běžné domácí spotřebiče, uvařit si teplé jídlo a nápoj, vykonávat běžné domácí práce, obsluhovat topení a udržovat pořádek (3).

Příloha č. 3: Polořízený rozhovor použitý k výzkumu

Rodina

Jaké máte vztahy v rodině? Jak Vaše rodina funguje?

Kdo Vám s péčí v rodině pomáhá?

Žije dítě v úplné rodině?

V případě rozpadu rodiny: mělo na to vliv narození dítěte s postižením? Setkává se dítě pravidelně s rodičem, který s vámi nežije ve společné domácnosti?

Má Vaše dítě sourozence?

Pečujete o dítě převážně sám/sama?

Dítě se zdravotním postižením

Kolik je Vašemu dítěti let?

Jaké má Vaše dítě postižení?

Jaké jsou potřeby dítěte vyplývající z jeho zdravotního stavu a rozdílného vývoje?

S čím Vašemu dítěti musíte nejvíce pomáhat a co vzhledem ke svému věku na rozdíl od zdravých vrstevníků nezvládne?

Využívá kompenzační pomůcky (brýle, vozík...)?

Kolik hodin denně poskytujete svému dítěti péči?

Zbývající potřebnou péči mu poskytuje sociální, zdravotnické či školské zařízení?

Sociální služby

Jaké sociální služby využíváte?

Za jakým účelem danou službu využíváte?

Jak často využíváte sociální služby (kolik dní v týdnu, kolik hodin denně...)?

Jak jste spokojeni se sociálními službami?

Jsou nějaké, které byste rádi využili, ale není to možné např. proto, že má služba maximálně využitou kapacitu, není ve Vašem okolí...?

Jak hodnotíte vlastní informovanost o sociálních službách a sociálních dávkách, které může Vaše dítě využívat?

Příspěvek na péči

Jak jste se o dávce příspěvku na péči dozvěděl/a?

Jaký má Vaše dítě přiznaný stupeň závislosti? Vzhledem ke stupni závislosti máte měsíčně jakou výši příspěvku na péči?

Od jakého roku Vaše dítě příspěvek na péči pobírá?

Došlo za celou dobu pobírání příspěvku na péči k tomu, že by Vám byl stupeň závislosti a tím i výše příspěvku zvýšena/snížena? Jaké důvody vedly ke snížení či zvýšení PnP?

Průběh řízení o příspěvku na péči

Pomáhal Vám někdo s podáním žádosti o příspěvek na péči?

Jak probíhalo ve Vašem případě sociální šetření? Jak byste zhodnotil přístup sociálního pracovníka, který šetření prováděl?

Byli jste pozváni k posudkovému lékaři OSSZ, který rozhodoval o stupni příspěvku na péči? Jak byste zhodnotil/a přístup posudkového lékaře?

Myslíte si, že byste měli vzhledem k postižení dítěte nárok na vyšší/nížší stupeň?

Byli jste upozorněni o možnosti odvolání? Využili jste této možnosti?

Jak dlouhá doba uběhla od podání žádosti, než Vám byl příspěvek přiznán?

Finanční prostředky

Kolik přibližně finančních prostředků měsíčně vynaložíte na sociální služby, které využívá Vaše dítě?

Pokryje dle Vašeho mínění přiznaná částka příspěvku na péči veškerou potřebnou péči o dítě?

V jakých ohledech výše přiznaného PnP nepokrývá potřeby Vašeho dítěte?

Jak nastalou situaci řešíte? Musíte se např. vzhledem k nedostatečné výši příspěvku na péči nějakým způsobem omezovat v uspokojování potřeb a zájmů svého dítěte?

Z jakých jiných finančních zdrojů potřebnou péči doplácíte?

Pobíráte ještě jiné sociální dávky ať už z hlediska postižení dítěte či rodinné situace?

Pracujete a přivyděláváte si při péči o dítě? Kolik hodin denně v zaměstnání, či na brigádě trávíte, případně kolik si přivyděláte?

Změny r. 2012 o příspěvku na péči

Povšimli jste si změn, které nastaly od roku 2012 v oblasti PnP?

Víte o možnosti zvýšení příspěvku na péči až o 2 000 Kč?

Rokem 2012 vznikl také nový institut „asistent sociální péče“ máte s ním nějaké zkušenosti?

Jak byste hodnotily změny, které od roku 2012 nastaly?

Jaké změny v rámci systému PnP byste Vy osobně preferoval/a? Jak by daný systém dle Vás měl vypadat?

Zdroj: Vlastní výzkum