

Bakalářská práce

2011

Tereza Kohoutová, DiS.

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Teologická fakulta
Katedra praktická teologie

Bakalářská práce

**Možnosti podpory rodiny s dítětem
s těžkým kombinovaným postižením
v České Republice**

Vedoucí práce: Mgr. Michal Opatrný, Dr. theol.

Autor práce: Tereza Kohoutová, DiS.

Studijní obor: Sociální a charitativní práce

Forma studia: kombinovaná

Ročník: třetí

2011

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

Prohlašuji, že v souladu s §47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění, souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách.

1. března 2011

.....

Poděkování:

Ráda bych touto cestou poděkovala vedoucímu mé bakalářské práce Mgr. M. Opatrnému, Dr. theol. za cenné rady, připomínky, zejména za jeho čas, trpělivost a ochotu při řešení problémů vzniklých při zpracování daného tématu.

Obsah

Úvod	6
1 Rodina pečující o dítě	7
2 Rodina pečující o dítě s těžkým kombinovaným postižením	9
2.1 Základní terminologie	9
2.2 Dítě s těžkým kombinovaným postižením.....	12
2.3 Rodina a dítě s těžkým kombinovaným postižením	13
3 Možnosti podpory rodiny s dítětem s těžkým kombinovaným postižením.....	18
3.1 Možnosti podpory rodiny dle sociálního systému České Republiky	18
3.2 Finanční podpora rodiny	20
3.3 Aktivity k podpoře rodiny.....	24
3.4 Podpora rodiny dle odborné literatury	31
4 Srovnání možností podpory rodin pečujících o dítě s těžkým kombinovaným postižením vycházející ze sociálního systému České republiky a vyplývající z odborné literatury	36
4.1 Shrnutí podpory rodiny vycházející ze sociálního systému ČR	36
4.2 Shrnutí podpory rodiny vyplývající z odborné literatury.....	38
4.3 Srovnání názorů odborníků na podporu rodin s podporou garantovanou státem.....	40
4.4 Jak koresponduje státem garantovaná péče a péče doporučená odborníky s názory a potřebami rodin pečujících o dítě s těžkým kombinovaným postižením..	43
4.5 Možnosti péče o rodinu z pohledu autora	46
Závěr	48
Seznam použitých zdrojů	50
Seznam příloh.....	54
Abstrakt	55
Abstract.....	56
Přílohy.....	57

Úvod

Rodiny dětí se zdravotním postižením se v mnoha ohledech tolik odlišují od uznávaných norem, že je lze považovat za jedinečné, s právem na odlišnosti vyplývajícími z jejich lidství.

Právě tyto odlišnosti, které vyžadují i nutnost jiného přístupu k těmto rodinám, mne zaujaly natolik, že jsem se rozhodla věnovat se jim ve své bakalářské práci, konkrétně možnostem podpory takových rodin.

Cílem této práce je tedy srovnání možností podpory rodin, pečujících o dítě s těžkým kombinovaným postižením, které vyplývají ze sociálního systému České Republiky a z odborné literatury.

Cílovou skupinou mé práce jsou rodiče a jejich děti, jež se narodili se těžkým kombinovaným postižením. Neboť rodina je základním prvkem, který ovlivňuje vývoj dítěte a naopak, dítě s postižením ovlivní a změní svou rodinu a často i okolí.

Ve své práci se zaměřuji na definování důležitých pojmů a situací, které souvisejí s péčí rodin o dítě obecně a s péčí rodin o dítě s těžkým kombinovaným postižením. V dalších kapitolách pak poukazuji na možnosti podpory takovéto rodiny, které nám nabízí odborná literatura a současný sociální systém ČR. A dále na možnosti realizace takovéto podpory v přirozeném prostředí rodiny.

V práci jsem čerpala z odborné literatury, týkající se problematiky zdravotního postižení, rodiny a péče o dítě a sociální politiky. Dále jsem vycházela z mnoha zákonů a zpráv zaměřených na situaci rodiny pečující o dítě se zdravotním postižením v České Republice, zejména v Českých Budějovicích. Jako velmi zajímavou a v mnohém objasňující výše popsanou problematiku shledávám knihu Třinácté komnaty dětské duše od autora V. Oaklandera. Ve velké míře jsem vycházela z dokumentů týkajících se přímo postavení pečujících rodin v České Republice, např. z dokumentu Výboru pro mládež – Rovnost každý den.

1 Rodina pečující o dítě

Prvním a nejdůležitějším životním prostředím pro dítě je rodina. Postoje k dítěti nevznikají na straně rodičů nijak náhle. Jsou obvykle výsledkem celého jejich předchozího života a odrážejí se v nich zkušenosti a prožitky z jejich vlastního dětství, vztah k jejich rodičům, zkušenosti z pozdějšího věku. Proto jsou tak mnohotvárné a individuální - a proto také každé dítě přicházející na svět má od počátku zcela osobité, individuální životní a vývojové podmínky.¹

Rodina je pro dítě prostorem, v němž se vytváří lidský kapitál. Tedy výchovou formovaný lidský jedinec, který je schopen uplatňovat v dospělosti svůj tvůrčí potenciál. Funkce rodiny proto nemůže plně nahradit žádná jiná instituce.²

„Rodina je také jakýmsi nejuniverzálnějším socializačním činitelem, který poskytuje dítěti identifikační vzory, seznamuje ho s předpokládaným chováním pro mužskou a ženskou roli. Učí dítě reagovat žádoucím způsobem v procesu interakce a umožňuje mu praktické ověření získaných dovedností v rámci rodiny. Uplatňuje se jako regulátor chování dítěte a poskytuje mu společensky žádoucí normy. Pod vlivem rodinného působení se vytváří postoj k personálnímu okolí, sobě samému i společnosti obecně.“³

„Rodina je velmi důležitý systém ve společnosti. Každá rodina se skládá z několika systémů, díky kterým může fungovat, jedná se o systém manželský, rodičovský a sourozenecký. Tyto systémy ovlivňují rodinu po celou dobu jejího fungování.“⁴

„Funkce rodiny se vyvíjí tak v souvislosti se společenskými změnami a proměnou kulturních faktorů, které ovlivňují postavení rodiny ve společnosti i vztahy uvnitř rodiny. Jsou většinou chápány jako úkoly, které rodina plní jednak vůči sobě samé,

¹ MATĚJČEK, Z. Psychologie nemocných..., 2001.

² Koncepce rodinné politiky Jihomoravského kraj..., 2001, s. 2.

³ VÝROST, J... Aplikovaná sociální psychologie, 1998, s. 303.

⁴ SOBOTKOVÁ, I. Porozumění, 2005.

jednak vůči společnosti. Za základní funkce jsou považovány hospodářská, biologicko-populační, výchovná, funkce odpočinku a obnovování tělesných i duševních sil.“⁵

V českém prostředí jsou relativně novým tématem tzv. rodičovské kompetence. Jedná se o soubor znalostí a dovedností, které umožňují kvalitně zvládat výkon jejich rodičovských rolí.⁶

Rodičovská role spočívá v pomoci dítěti při vývoji, avšak nemá nijak ohraničený čas ani působnost. Role rodičů je pochopitelně mnohem obsažnější, než např. role učitele. Dítěti poskytují nepodmíněnou lásku, na jejichž základech vstupuje do dalšího života. Dítě mají rádi, když dosáhne nějakého úspěchu, tak i tehdy, když se dopustí nějaké chyby či prohřešku. Rodiče poskytují dítěti bezpečné zázemí, kde dítěti nic nehrozí, kde je šťastné a nemusí se bát. Mají zodpovědnost vůči svému dítěti.⁷

Zákon o rodině říká, že „rodičovská zodpovědnost je souhrn práv a povinností při péči o nezletilé dítě, zahrnující zejména péči o jeho zdraví, jeho tělesný, citový, rozumový a mravní vývoj, při zastupování nezletilého dítěte a při správě jeho jmění. Rodičovská zodpovědnost náleží oběma rodičům. Při výkonu práv a povinností jsou rodiče povinni důsledně chránit zájmy dítěte, řídit jeho jednání a vykonávat nad ním dohled odpovídající stupni jeho vývoje. Mají právo užít přiměřených výchovných prostředků tak, aby nebyla dotčena důstojnost dítěte a jakkoli ohroženo jeho zdraví, jeho tělesný, citový, rozumový a mravní vývoj. Rodiče mají být osobním životem a chováním příkladem svým dětem.“⁸

⁵ STŘELEČ, S. Kapitoly z rodinné výchovy, 1992, s.74.

⁶ NAVRÁTILOVÁ, J. „Rodiny s dětmi“, 2006, s.25.

⁷ NEWMAN, S. Hry a činnosti pro vývoj dítěte s postižením, 2004.

⁸ Zákon č. 94/1963 Sb., o rodině, § 31 až § 34.

2 Rodina pečující o dítě s těžkým kombinovaným postižením

Situace rodiny pečující o dítě s těžkým kombinovaným postižením je velmi nestandardní prakticky ve všech ohledech a pro všechny členy. Už narození takového dítěte je natolik obtížná událost, že bývá někdy dokonce srovnávána např. s úmrtím člena rodiny. Rodina prochází krizí a musí řešit mnoho důležitých otázek, měnit řadu svých přestav a rozhodnutí, zpracovávat nemálo nových zážitků.⁹

Rodina se také musí přizpůsobit jeho specifickým možnostem a potřebám. Může se změnit jejich chování v rámci rodiny, ale i ve vztahu k širšímu okolí. Mohou se projevovat zcela jinak, než u nich bývalo obvyklé nebo se úplně izolovat. Rodině s dítětem se zdravotním postižením se mění celý dosavadní životní styl a může získat také jinou sociální identitu.¹⁰

2.1 Základní terminologie

Pojem „postižení“ se vyvíjel a měnil až do dnešní doby. Ale i dnes ještě můžeme nacházet určitou nejednotu pojetí tohoto termínu.

Změny v terminologii vyplynuly především z toho, že v průběhu let dostaly různé výrazy spojené s postižením často negativní nádech a sami zdravotně postižení měli pocit, že snižují jejich důstojnost. V roce 1997 nahradila světová zdravotnická organizace pojmy poškození (impairment), omezení (disability) a postižení (handicap) pojmy aktivita a participace. Aktivita znamená možnost aktivního a samostatného života jedince s postižením. Participace značí příležitost spoluúčasti na dění ve společnosti. „Neužívá se také označení defektologie pro speciální pedagogiku, ani související pojmy defektní, defekt a efektivita, které byly převzaty přes ruštinu.“¹¹

⁹ SLOWÍK, J. Speciální pedagogika, 2007, s. 33 – 34.

¹⁰ VÁGNEROVÁ, M. Psychopatologie..., 2004.

¹¹ VOTAVA, J. Ucelená rehabilitace..., 2005, s.11.

Vágnerová vymezuje zdravotní postižení jako ztrátu nebo poškození určitého orgánového systému. Následkem toho dochází k narušení, omezení či úplnému chybění některých kompetencí.¹²

Dle Matějčka „zdravotním postižením myslíme nejen újmu na zdraví jako následek vrozené nebo získané poruchy struktury a funkce organismu, nýbrž všechna postižení vedoucí k omezení pohybové zdatnosti, funkce smyslových orgánů, mentálních a jiných funkcí a vyúsťující v handicap dotýkající se postavení takového jedince ve společnosti.“¹³

Dle Zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, se zdravotním postižením myslí tělesné, mentální, duševní, smyslové nebo kombinované postižení, v jejichž důsledku jsou nebo mohou být osoby závislé na pomoci druhých.¹⁴

V posledních letech se celosvětově prosazuje při označování osob se zdravotním postižením zásada „people first“ (nejprve lidé). Tím je míněno, že všichni jsme především lidé s různými vlastnostmi, z nichž jednou může být i zdravotní postižení. „Vývoj jde ovšem ještě stále dále a je navrhováno označení osoby se speciálními potřebami, avšak obsah tohoto označení může být chápán šířeji, než osoby se zdravotním postižením. Nelze doporučit ani označení „handicapovaný“, protože stupeň handicapu závisí na funkci společnosti.“¹⁵

Toto nejnovější pojetí ustupuje od chápání postižení jako kategorie a naopak vyzdvihuje hodnocení funkčních schopností. Nehodnotí se tedy pouze člověk jako takový, ale situace. A to nejen ty, které jedinec nezvládne, ale především ty, jež díky ostatním neporušeným funkcím zvládne.¹⁶

Z hlediska typu postižení rozeznáváme tělesné (motorické) postižení, zrakové postižení, sluchové postižení, postižení vnitřními chorobami, mentální postižení,

¹² VÁGNEROVÁ, M. Psychopatologie..., 2004.

¹³ MATĚJČEK, Z. Psychologie nemocných..., 2001, s. 7.

¹⁴ Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, § 3.

¹⁵ TAMTÉŽ, s.12.

¹⁶ JANKOVSKÝ, J. Ucelená rehabilitace..., 2006.

demenci, psychiatrické pacienty, samostatné těžší poruchy řeči a kombinovaná postižení.¹⁷

Kombinované postižení patří mezi natolik různorodou skupinu zdravotního postižení u jednoho člověka, že prakticky není možné vytvořit jednotný klasifikační systém ani ustálenou terminologii, která by se u jedinců s takovým postižením používala. Jsou známy pojmy jak kombinované postižení, tak postižení s více vadami či vícenásobné postižení.¹⁸

„Nejčastěji se jako kombinované postižená označují ta, kde se mentální postižení přiřazuje k jinému, např. tělesnému či zrakovému.“¹⁹

Těžké kombinované postižení je komplex omezení člověka jako celku ve všech jeho prožitkových sférách a výrazových možnostech. Podstatně omezeny a změněny jsou schopnosti emocionální, kognitivní, tělesné, ale také sociální a komunikační. „U jedince s těžkým kombinovaným postižením se jedná o postižení celistvosti člověka v jeho životních výkonech, které je tak těžké, že ve většině oblastech se stěží dosahuje hranice toho, co v našem mezilidském styku v širokém slova smyslu lze považovat ještě za normu.“²⁰

Příčiny vzniku jakéhokoli postižení mohou být různé. Jistý podíl představují poruchy genetických dispozic, tedy dědičnost a vlivy působící v prenatálním, perinatálním a postnatálním období. Může vzniknout také v důsledku onemocnění či úrazu. Obecně tedy rozlišujeme kategorii vrozených a později získaných postižení.²¹

Na zdravotní postižení se lze dívat také z psychologického hlediska, kdy platí, že jakékoli postižení se neprojeví pouze narušením funkcí některého orgánového systému. Podílí se na celé osobnosti dítěte s postižením, jejím rozvoji, ovlivňuje i běžné situace, ve kterých se dítě ocitá a spoluurčuje jeho společenské uplatnění.²²

¹⁷ VOTAVA, J. Ucelená rehabilitace..., 2005.

¹⁸ SLOWÍK, J. Speciální pedagogika, 2007, s. 160.

¹⁹ VOTAVA, J. Ucelená rehabilitace..., 2005, s. 14.

²⁰ TAMTÉŽ, s. 328.

²¹ VÁGNEROVÁ, M. Psychopatologie..., 2004.

²² TAMTÉŽ.

2.2 Dítě s těžkým kombinovaným postižením

Děti přicházejí na svět s různými vlastnostmi a odchylkami. Některé jsou stydlivé a společnost druhých lidí příliš nevyhledávají, jiné bez kamarádů neudělají ani krok. Jiní se dokážou bavit s každým, jiní jsou zdravotně postižení. Osobnost dítěte bychom měli vždy respektovat, měli bychom dovolit jí přirozeně se vyvíjet.²³

U vývoje hodnotové orientace jde především o vývoj norem, které si dítě vytváří na základě požadavků, příkazů a zákazů. Prostřednictvím řeči je dítě usměrňováno, motivováno jeho chování. Chování dítěte je do jisté míry omezováno hranicemi, v nichž se může pohybovat. Hodnotová neboli mravní orientace je určována i cíli, k jejichž dosažení je úsilí dítěte orientováno (hodnoty etické, materiální, duchovní). Dítě postupně poznává, že existují určité normy, zásady, hodnoty a principy, které regulují jeho chování. Jsou to zdroje sebeovládání i vlastního rozvoje dítěte, prameny vytváření vztahu k sobě samému.²⁴

„Proces přetváření norem a osvojování vzorců chování ve vnitřní činitele má nesporně významnou úlohu při rozvoji aktivity dítěte, jeho životní orientace.“²⁵

„Osobnost dítěte se zdravotním postižením, která má nejen biologické, ale i psychické vlastnosti, předurčuje reakce na různé zátěže. Významné je, do jaké míry se zdravotní postižení odrazí v jeho vlastní identitě, zda se za zdravotně postiženého považuje, zda přijímá nebo nepřijímá tuto roli a jak se ve vztahu k sebehodnocení chová.“²⁶

Dítě se zdravotním postižením má stejné základní psychické potřeby jako jiní lidé. Tyto potřeby však mohou být pod vlivem omezenější kapacity rozumových schopností a učení různým způsobem modifikovány. Obecně platí, že čím je člověk závažněji postižen, tím je v saturaci, tedy v uspokojení svých potřeb závislejší na okolí.²⁷

²³ OAKLANDER, V. Třinácté komnaty dětské duše, 2003.

²⁴ PALATINOVÁ, A. Vstup do světa jiných dětí, 2007, s. 12.

²⁵ TAMTÉŽ.

²⁶ VÁGNEROVÁ, M. Psychologie handicapu, 2001, s. 17.

²⁷ VÁGNEROVÁ, M. Psychopatologie..., 2004, s. 295.

Dítě ke svému vývoji potřebuje, kromě zajištění primárních potřeb (teplo, nasycení), stabilní prostředí (domov) a přítomnost stabilních osob (rodičů), na jeho vývoji vysoce citově angažovaných. Tato angažovanost je oboustranná. Dítě i rodič se spolu ztotožňují, podporují se, spoléhají se na sebe, dostávají se i do konfliktů. Rodiči na dítěti velmi záleží, víc než na čemkoli jiném, vnímá ho jako jedinečné, zvláštní, je jím fascinován. Také dítě vnímá rodiče nejdřív jako všemocného protektora, později jako pomocné já, které supluje zatím nedokonale vytvořené dětské já a umožňuje dítěti adaptovat se na nároky světa.²⁸

Křivohlavý dělí potřeby na biologické, psychologické, sociální, duchovní. Z hlediska sociálních potřeb je podle něho významná potřeba sociálního kontaktu, potřeba přátelského vztahu, potřeba sociální vzájemnosti, potřeba sociální komunikace, potřeba sociálního srovnávání, potřeba spolupráce, potřeba zajištění sociálního bezpečí, potřeba sociálního zařazení, potřeba sociální identity, potřeba kladného hodnocení.²⁹

Základními psychickými potřebami dle Vágnerové jsou potřeba stimulace, potřeba učení, potřeba citové jistoty a bezpečí, potřeba seberealizace.³⁰

Dítě se zdravotním postižením je jedinečný člověk a vždy by se tak mělo k němu i přistupovat. Vždycky mít jako první na paměti jeho speciální potřeby, ne tu cedulku, která mu byla přidělena diagnózou.³¹

2.3 Rodina a dítě s těžkým kombinovaným postižením

Zdravotní postižení dítěte mění životní perspektivy celé rodiny od svého základu. Výchova a péče o dítě s postižením znamená pro rodiče těžkou emoční zátěž, jež je časově a mnohdy i fyzicky velmi náročná. Psychická zátěž vede často k rozpadu rodiny. Matka se více upíná k dítěti a otec mnohdy nevydrží tuto zátěž a rodinu opustí. Také socioekonomická úroveň rodin dětí s postižením bývá mnohdy špatná. Matky většinou zůstávají s dítětem doma a pro vysokou časovou náročnost se sami nemohou adekvátně

²⁸ MATOUŠEK, O. Rodina jako instituce a vztahová síť, 1993, s.10.

²⁹ KRIVOHlavý, J. Psychologie zdraví, 2009, s. 280.

³⁰ VÁGNEROVÁ, M. Psychopatologie..., 2004.

³¹ OAKLANDER, V. Třinácté komnaty dětské duše, 2003.

realizovat. Rodina dítěte s postižením přináší společnosti významnou hodnotu, která je však spíše tiše očekávána, ale není zcela doceněna.³²

Období spojené s narozením dítěte je velmi citlivým obdobím, které může ovlivnit rodinu zejména v oblasti emoční. Poznání, že narozené dítě je zdravotně postižené, nebo že jeho vývoj nebude s největší pravděpodobností normální, se rodiče brání. Je to pro ně ztráta ideálu o svém potomku, která je spojena s velkou duševní bolestí a smutkem. Je nutné si uvědomit, že speciální péči potřebují v takovém případě nejen děti, ale i jejich rodiče.³³

Rodiče se zřídka rovnou dozvědí přesnou diagnózu. Lékaři jim ji při první konzultaci neřeknou. Rodiče se prozatím musejí spokojit s obecným a nic neříkajícím výrokem, že jejich dítě je vývojově opožděné apod. Odborníci k přesné diagnóze leckdy dospívají celé měsíce, někdy dokonce roky. Vyskytují se i případy, kdy diagnóza není stanovena nikdy.³⁴

Diagnóza bývá pro rodiče důležitá. Doufají totiž, že pro ně bude znamenat řešení problémů jejich dítěte, že se vzápětí dozvědí, co mají dělat a jak se stav dítěte bude vyvíjet. Rodiče se nezřídka cítí zodpovědní za stav dítěte, takže pochopitelně chtějí znát příčiny postižení, aby se eventuálně zbavili pocitů viny. Řada rodičů se dále zajímá o to, zda je postižení dědičné, aby se mohli rozhodnout, jestli budou mít ještě další děti. Tato fáze, kdy ještě není známá přesná diagnóza, může v rodičích živit naději, že se lékaři zmýlili.³⁵

Diagnóza má ale také mnoho výhod. Po počátečním šoku se rodiče začnou s postižením dítěte i se svou novou životní situací smířovat. Obvykle jim v tu chvíli nebývá nejlépe, ale aspoň vědí, na čem jsou, a mají z čeho vycházet. V některých případech rodiče začnou po stanovení diagnózy lépe spolupracovat.³⁶

³² VÁGNEROVÁ, M. Náročné mateřství..., 2009, s. 333.

³³ SOBOTKOVÁ, D. Porozumění, 2005, s. 3.

³⁴ MATOUŠEK, O. Metody řízení sociální práce, 2003, s. 384.

³⁵ NEWMAN, S. Hry a činnosti pro vývoj dítěte s postižením, 2004.

³⁶ TAMTÉŽ.

Většina diagnóz obsahuje také celkem široké spektrum možností dalšího vývoje, že nelze odhadnout, co má pro ně budoucnost nachystána. Diagnóza rodičům bezesporu usnadní cestu k dalším informacím, rodiče ale i nadále musejí sami pátrat po vhodných způsobech pomoci a intervence a nezbyvá jim než čekat, jak se situace bude vyvíjet dál.³⁷

Ať již k poznání diagnózy dojde již před narozením, brzy po narození dítěte nebo kdykoliv později, bude jím nepochybně ovlivněn celý rodinný život. Bude nutno přebudovat soustavu hodnot, která doposud v rodině platila, jinak upravit denní rozvrh, jinak plánovat do budoucna. A to všechno dohromady se projeví nepochybně jako nová mimořádná zátěž, s níž se rodiče a ostatní nejbližší musí co nejdříve vyrovnat. Proto rodina postiženého dítěte zasluhuje v tomto období nejvyššího ohledu a taktní pomoci od svého okolí.³⁸

Za takových těžkých podmínek se pak u rodičů mohou mísit odmítavé postoje s vytvářením pozitivní citové vazby k dítěti. Je proto velice důležité dát rodičům najevo, že za daných okolností je normální cítit najednou mnoho protichůdných postojů.³⁹

„Jsou rodiče, kteří se neumějí s těžkým životním osudem vyrovnat a uchylují se ke krajním řešením, které mohou vyústit až v rozpad manželství či odmítnutí pečovat o dítě s postižením.“⁴⁰

„Úspěšnost procesu vyrovnání se skutečností, že je dítě postiženo, závisí na sociálním statusu, osobních kvalitách, materiálních faktorech a jiných vlivech, které spoluurčují jeho úspěšnost - tedy zvládnutí a vyrovnání se s problémem.“⁴¹

Vágnerová označuje období, kdy jsou rodiče konfrontováni s poznatkem, že jejich dítě je postižené jako „fázi krize rodičovské identity“. Můžeme ji chápat jako reakci na odlišnost jejich dítěte, zračící nejasné či negativní důsledky. Reakce rodičů na postižení jejich dítěte i následné způsoby vyrovnání se s touto situací jsou ovlivněny

³⁷ OAKLANDER, V. Třinácté komnaty dětské duše, 2003.

³⁸ MATEJČEK, Z. Psychologie nemocných..., 2001, s. 25-26.

³⁹ MATOUŠEK, O. Metody řízení sociální práce, 2003, s. 384.

⁴⁰ LECHTA, V. Rozvíjanie reci..., 1995, s. 149.

⁴¹ KRAUS, B. Základy sociální pedagogiky, 2008, s. 216.

mnoha okolnostmi. Mezi ně patří například předpokládaná příčina vzniku postižení či jak velká očekávání znamená pro rodiče příchod dítěte i postoje společnosti, v níž žijí, k lidem s postižením.⁴²

„Je běžnou zkušeností, že se s tíživými situacemi tohoto druhu snáze vyrovnají ti, kdo nevidí nejvyšší hodnotu lidského života právě jen v tělesné kráse a zdatnosti nebo v mimořádní intelektové výkonnosti, ale dovedou mít uspokojení i z drobných úspěchů, z přátelského soužití s druhými lidmi, z té prosté skutečnosti, že mohou být někomu užiteční. Ostatně, je nepochybně větší zásluhou dobře vychovávat dítě s nějakým postižením než dítě, které má ve všem dobré předpoklady úspěšné životní dráhy. Také je zřejmé, že předchozí zážitky a zkušenosti významně ovlivňují schopnost vzdorovat životním nehodám. Lidí, kteří prožili vážnou životní příhodu, ztrátu, neštěstí a dovedli se s tím sami nebo s pomocí druhých lidí vyrovnat, dovedou se zpravidla snáze vyrovnat i s novým zklamáním nebo jinými nepříjemnými zážitky.“⁴³

Rodič pečující o dítě se zdravotním postižením může být také šikanován širším, neinformovaným okolím s předsudky, falešným soucitem a nedůvěrou (stigma unaveného do sebe uzavřeného podivína), což může působit i jako specifický deprivací faktor.⁴⁴

Hrubé nebo nevhodné reakce na jejich dítě jsou obvykle způsobeny jedním ze čtyř důvodů, které spolu velice úzce souvisí: strachem, lhostejností, zděšením a předsudky. Pokud se podaří přijít na to, který z těchto důvodů způsobil nevhodnou reakci, podaří se ji pak snáze eliminovat. Jindy se rodiče mohou dostat do úplně opačné situace, kdy se budou muset vyrovnávat s přílišnými projevy sympatie, lítosti nebo shovívavosti - s projevy, které dítěti brání v tom, aby mohlo úspěšně zvládnout svůj život.⁴⁵

Pokud se rodiče nevyrovnají se zdravotním postižením svého dítěte, mnohdy zaujmají odmítavý postoj k dítěti. Odmítnutí dítěte rodiči může mít velmi mnoho aspektů. Je smysluplné předpokládat, že postoje vztahových osob jsou většinou ambivalentní. Každý jednotlivý případ by se dal zařadit mezi póly „odmítnutí“

⁴² VÁGNEROVÁ, M. Psychopatologie..., 2004, s. 165.

⁴³ MATEJČEK, Z. Psychologie nemocných..., 2001, s. 27.

⁴⁴ NOVOSAD, L. Postavení pečujících rodin v ČR, 2004.

⁴⁵ KERROVÁ, S. Dítě se speciálními potřebami, 1997.

a „přijetí“. Přitom existuje více oblastí dětského prožívání a chování, jež mohou být přijaty, případně odmítnuty, a konečně také různé styly, jimiž se odmítnutí vyjádří. Dítě může být na počátku nechtěné. Odmítnutí se může týkat jen určitých vývojových období, např. když matka akceptuje kojence, ale neví, co si počít s batoletem.⁴⁶

Při rodičovství zamlženém či zatemněném jde o určité „neporozumění“ dítěti, o převahu vlastních rodičovských představ nad přírodní a psychologickou realitou, kterou tu ztělesňuje jejich vlastní dítě. Tato převaha může být různého stupně, ale jejím produktem je vždy určitá zaslepenost rodičů vůči dítěti.⁴⁷

Jejich trápení je tu svým způsobem paradoxem. Příčina není v dítěti, nýbrž v nich samých. Dítě nemusí být nijak postiženo, nevybočuje ani výrazněji z běžné normy, ale jeho rodiče s ním nejsou spokojeni – není prostě takové „jaké by mělo být“, což je mnohdy podle jejich vlastních slov k zoufání. K rodičovské identitě patří očekávání, ambice, ideály. Rodiče jsou ochotni přijmout dítě, ale většinou jen v podobě, která odpovídá jejich představám. Jejich trápení může být velmi intenzivní.⁴⁸

Rodiče by měli mít důvěru ve své rodičovské schopnosti a dovednosti, měli by se spoléhat na intuitivní vnímání potřeb a tužeb svého dítěte.⁴⁹

Na závěr stojí za zmínku, že ve většině rodin, které pečují o dítě s postižením, vyrůstají také jejich zdraví sourozenci. Jejich vzájemný vztah ovlivňuje mnoho faktorů a ne pouze fakt, že jeden z nich je zdravotně postižený. Vztah mezi sourozenci se tedy obvykle liší od vztahů mezi zdravými sourozenci a jsou také podobně různorodé. Mohou si být blízcí až do dospělosti, nebo se mezi nimi nikdy nemusí rozvinout blízký vztah.⁵⁰

⁴⁶ SCHMIDBAUER, W. Psychická úskalí..., 2000.

⁴⁷ MATĚJČEK, Z. Jak a proč nás trápí děti, 1997.

⁴⁸ CHVÁTALOVÁ, H. Jak se žije dětem s postižením, 2001, s. 29.

⁴⁹ SOBOTKOVÁ, D. Porozumění, 2005, s. 3.

⁵⁰ CHVÁTALOVÁ, H. Jak se žije dětem s postižením, 2001, s. 28.

3 Možnosti podpory rodiny s dítětem s těžkým kombinovaným postižením[†]

Zdravotní postižení představuje významnou událost, která je jen obtížně srovnatelná s jinými situacemi v životě člověka a proto je nutné také k němu takto přistupovat.

„Každý z nás může být v pohledu na osoby se zdravotním postižením do určité míry ovlivněn řadou předsudků, které se tradují s takovou intenzitou, že je pro nezasvěceného člověka velmi nesnadné odlišit je od skutečné reality. Značná část společnosti stále žije v představě, že všichni lidé se zdravotním postižením jsou nešťastníci, že nemají, a dokonce ani nemohou mít smysl pro humor, že zábava, radost, úspěch nejdou se zdravotním postižením dohromady. Ten, kdo chce získat pravdivější obraz o životě a situaci lidí se zdravotním postižením, musí začít přistupovat k této problematice se zdravým nadhledem, nepředpojatě a s dostatečnou dávkou otevřenosti a odvahy. Stejnou cestu museli absolvovat v minulosti všichni, kdo se rozhodli nezůstat k člověku se zdravotním postižením v jeho obtížné situaci lhostejní a navázat s ním oboustranně přijatelný vztah.“⁵¹

Následující kapitoly jsou věnovány jak ideální podpoře rodiny, kterou předpokládá odborná literatura, tak možnostmi podpory takové rodiny dle stávajícího sociálního systému v České Republice.

3.1 Možnosti podpory rodiny dle sociálního systému České Republiky[♦]

Tato kapitola se věnuje současnému sociálnímu systému v ČR, ze kterého se odvíjí možnosti podpory rodiny. Stěžejními částmi jsou finanční podpora rodiny a aktivity k podpoře rodiny, které nabízí. Tyto dva hlavní pilíře budou rozebrány ve vlastních podkapitolách.

[†] Dále v textu zmiňována jen jako „rodina“.

⁵¹ SLOWÍK, J. Speciální pedagogika, 2007, s. 21.

[♦] Dále v textu použito označení ČR

Sociální systém je součástí politiky každé společnosti. Jde o konkrétní jednání, zpravidla státu, kterým je ovlivňována sociální sféra, respektive sociální realita společnosti. Lze ji definovat jako určitý souhrn opatření, jehož cílem je vytvořit podmínky pro všestranný rozvoj schopností a dovedností každého člověka. Sociální politika je cílevědomou činností státu, organizací a institucí. Cílem je také reagovat na sociální rizika a eliminovat sociální tvrdosti. Směřuje ke zlepšení nebo udržení základní životní úrovně lidí.⁵²

Předmětem sociální politiky v nejširším smyslu je poskytnout sociální ochranu určité úrovně. Člověk prožívá různé situace, které vyvolávají určité potřeby. Jednotlivec je objektem sociální politiky buď pro svou účast v systému nebo pro svou potřebu.⁵³

„Potřeby jsou buď obvyklé, běžné (požívání stravy, vyměšování apod.) a člověk je umí a může uspokojit svými vlastními silami v přirozených procesech, nebo jsou neobvyklé, mimořádné (např. vyvolané zdravotním postižením) a člověk nemá sílu tak učinit. Pak mu hrozí ztráty na zdraví, výdělku, majetku apod., které neumí napravit. V takovém případě hovoříme o riziku, jež vyžaduje ochranu. Pomoc je jen jednou z forem ochrany.“⁵⁴

„Sociální politika a její konkrétní realizace (sociální systémy) jsou také významným momentem všeobecného postoje k lidským právům.“⁵⁵

V ČR jsou sociální práva ústavně zakotvena v Listině základních práv a svobod. Sociální práva představují důležitou součást lidských práv. Jsou obsažena především ve Všeobecné deklaraci lidských práv a mezinárodních paktech o lidských právech. Dále jsou v úmluvách Mezinárodní organizace práce, v dohodě o závěrečném dokumentu vídeňské schůzky Konference o bezpečnosti a spolupráci v Evropě z roku 1989, v Evropské sociální chartě z roku 1961 i v Sociální chartě evropského společenství z roku 1989.⁵⁶

⁵² GOLDMAN, R. a kol. Vybrané kapitoly ze sociálních disciplín, 2006.

⁵³ TOMEŠ, I. Sociální politika, 2001, s. 72.

⁵⁴ MATOUŠEK, O. Základy sociální práce, 2001, s. 162.

⁵⁵ DURDISOVÁ, J. a kol. Sociální politika v ekonomické praxi, 2005, s. 7.

⁵⁶ TAMTÉŽ.

System a úroveň péče o zdravotně postižené jedince je tak výrazem dané sociální politiky státu.⁵⁷

3.2 Finanční podpora rodiny

Reálný pokles příjmů rodiny a nákladnost domácí péče o dítě se zdravotním postižením zásadně narušuje ekonomický status rodiny a snižuje její životní standard. Přímo finanční podporou směřující formou transferů nebo zvýhodnění přímo k rodinám lze rozdělit podle řady kritérií (institucionální zajištění, zdroje financování apod.). Na základě jejich povahy se jedná především o přímé transfery poskytované formou dávek sociálního zabezpečení, dále o daňová opatření zvýhodňující rodiny a rovněž o různé typy slev a zvýhodnění konstruovaných s ohledem na rodinný život. Tímto rozumíme slevy pro rodinu v oblasti dopravy, kultury, sportu apod. K nejrozšířenější formě patří zvýhodněné vstupní poplatky či jízdné pro děti a studenty.⁵⁸

Velmi důležitou formou finanční pomoci rodinám je také daňová podpora. Daňové zvýhodnění rodin s dětmi není vnímáno jen jako nástroj pomoci sociálně slabým. Daňová opatření rodinné politiky jsou vázána na pracující osobu, čímž podporují vlastní ekonomickou aktivitu rodinných příslušníků a ponechávají více finančních prostředků přímo v rodinném rozpočtu. Daňová podpora tak podporuje soběstačnost rodiny a její co možná nejmenší závislost na sociálních dávkách. Vedle toho také snižuje náklady na administraci výplaty případných ekvivalentních dávek.⁵⁹

Nepřímo jsou rodiny finančně podporovány prostřednictvím daňových opatření a to daňovým zvýhodněním na vyživované dítě žijící s poplatníkem v domácnosti (poskytované formou slevy na dani, formou daňového bonusu, případně kombinací obou forem) a odpočtem na manžela či manželku (sleva na dani).⁶⁰

⁵⁷ ELIÁŠ, O. a kol. Právní úprava péče..., 2005, s. 2.

⁵⁸ Národní koncepce rodinné politiky, 2005, s. 19.

⁵⁹ TAMTÉŽ, s. 20.

⁶⁰ Ministerstvo práce a sociálních věcí [online], 2010.

Mezi základní pilíře finanční podpory rodiny patří systém sociálního zabezpečení, systém státní sociální podpory, systém pomoci v hmotné nouzi a dávky sociální péče pro osoby se zdravotním postižením.

Sociálním státem poskytovaná sociální ochrana se týká nejširší oblasti aktivit sociálního státu, kterou je **sociální zabezpečení**.⁶¹

Prostřednictvím systému sociálního pojištění se občan (rodinný příslušník) zajišťuje pro případ budoucí pojistné události jako je nemoc, mateřství, stáří, invalidita či ztráta živitele, kdy je ohrožen či ztracen jeho příjem. V těchto předvídatelných nepříznivých sociálních situacích má nárok na dávky plynoucí buď ze systému nemocenského pojištění (nemocenské, peněžitou pomoc v mateřství, vyrovnávací příspěvek v těhotenství a mateřství, ošetřovné) nebo dávky plynoucí ze systému důchodového pojištění (starobní důchod včetně tzv. předčasného starobního důchodu, invalidní důchod, vdovský, vdovecký a sirotčí důchod).⁶²

System sociálního zabezpečení upravuje Zákon č. 100/1988 Sb., o sociálním zabezpečení, ve znění pozdějších předpisů.

Nemocenské pojištění je součástí sociálního zabezpečení a jeho účelem je zabezpečit výdělečně činné osoby peněžitými dávkami při dočasné ztrátě příjmů vzniklé v důsledku právem uznaných sociálních událostí.⁶³

System nemocenského pojištění je určen pro výdělečně činné osoby, které při ztrátě příjmu v případech tzv. krátkodobých sociálních událostí zabezpečuje peněžitými dávkami nemocenského pojištění. Peněžitými dávkami jsou nemocenské, ošetřovné, peněžitá pomoc v mateřství, vyrovnávací příspěvek v těhotenství a mateřství. Všechny dávky nemocenského pojištění vyplácí okresní správa sociálního zabezpečení a hradí se ze státního rozpočtu (z příjmů z pojistného).⁶⁴

⁶¹ VEČEŘA, M. Sociální stát. Východiska a přístupy, 1996, s. 86.

⁶² Ministerstvo práce a sociálních věcí [online], 2010.

⁶³ DURDISOVÁ, J. a kol. Sociální politika v ekonomické praxi, 2005, s. 117.

⁶⁴ Ministerstvo práce a sociálních věcí [online], 2010.

Soustava dávek nemocenského pojištění zahrnuje pojištění krátkodobých následků některých sociálních událostí peněžitými dávkami odvozenými z výše výdělku, který částečně nahrazují.⁶⁵

Nemocenské pojištění je upraveno Zákonem č. 54/1956 Sb., o nemocenském pojištění zaměstnanců, v platném znění.

Státní sociální podpora představuje soubor dávek vyplácených ze státního rozpočtu rodinám, kterým stát přispívá na úhradu zvýšených nákladů spojených s narozením, výživou a výchovou dítěte.⁶⁶

Pojem státní sociální podpory označuje dávky poskytované osobám (rodinným příslušníkům) ve společensky uznaných sociálních situacích, kdy stát skrze jejich vyplacení z části přebírá spoluzodpovědnost za vzniklou sociální situaci.⁶⁷

System státní sociální podpory je upraven Zákonem č. 117/1995 Sb., o státní sociální podpoře, ve znění pozdějších předpisů. Podle tohoto zákona se poskytují dávky přídavek na dítě, rodičovský příspěvek, sociální příplatek, příspěvek na bydlení, dávky pěstounské péče, porodné a pohřebné.⁶⁸

„Rodinou se pro účely státní sociální podpory rozumí soužití rodičů a nezaopatřených dětí ve společné domácnosti. Za nezaopatřené dítě je považováno dítě do skončení povinné školní docházky a dále, pokud se buď připravuje na budoucí povolání, nebo je zdravotně postižené, nejdéle však do 26 let. U příspěvku na bydlení jsou společně posuzovány všechny osoby, které jsou v bytě hlášeny k trvalému pobytu, podmínka společné domácnosti se nevyžaduje.“⁶⁹

System pomoci v hmotné nouzi je moderní formou pomoci osobám s nedostatečnými příjmy, motivující tyto osoby k aktivní snaze zajistit si prostředky

⁶⁵ DURDISOVÁ, J. a kol. Sociální politika v ekonomické praxi, 2005, s. 117.

⁶⁶ TAMTÉŽ, s. 135.

⁶⁷ Ministerstvo práce a sociálních věcí [online], 2010.

⁶⁸ TAMTÉŽ.

⁶⁹ TAMTÉŽ.

k uspokojení životních potřeb. Je jedním z opatření, kterými stát bojuje proti sociálnímu vyloučení.⁷⁰

Zákon č. 111/2006 Sb., o pomoci v hmotné nouzi, vymezuje situace spojené s nedostatečným zabezpečením základní obživy, bydlení a mimořádnými událostmi a napomáhá řešení některých nárazových životních situací. Stanovuje, že každá osoba má nárok na poskytnutí základních informací, které vedou nejenom k řešení její současné situace, ale i k předcházení vzniku hmotné nouze.⁷¹

Jde v zásadě o stav, kdy osoba či rodina nemá dostatečné příjmy a její celkové sociální a majetkové poměry neumožňují uspokojení základních životních potřeb na úrovni ještě přijatelné pro společnost. Současně si tyto příjmy nemůže z objektivních důvodů zvýšit (vlastní prací, uplatněním nároků a pohledávek, prodejem nebo využitím majetku) a vyřešit tak svoji nelehkou situaci vlastním přičiněním. Dávkami, kterými se řeší pomoc v hmotné nouzi jsou příspěvek na živobytí, doplatek na bydlení, mimořádná okamžitá pomoc.⁷²

Vyhláška Ministerstva práce a sociálních věcí ČR č. 182/1991 Sb., kterou se provádí zákon o sociálním zabezpečení a zákon o působnosti orgánů ČR v sociálním zabezpečení, ve znění pozdějších předpisů, upravuje poskytování **dávek sociální péče osobám se zdravotním postižením**, jejichž prostřednictvím je pomáháno uspokojovat některé specifické potřeby vyplývající z nepříznivého zdravotního stavu osob (mobilita, bydlení apod.).⁷³

Dávky sociální péče pro osoby se zdravotním postižením jsou jednorázové příspěvky na opatření zvláštních pomůcek, příspěvek na úpravu bytu, příspěvek na zakoupení motorového vozidla, příspěvek na celkovou opravu motorového vozidla, příspěvek na zvláštní úpravu motorového vozidla, příspěvek na provoz motorového vozidla, příspěvek na individuální dopravu, příspěvek na úhradu za užívání bezbariérového bytu, příspěvek na úhradu za užívání garáže, příspěvek úplně nebo

⁷⁰ Ministerstvo práce a sociálních věcí [online], 2010.

⁷¹ ZÁKON č. 111/2006 Sb., o pomoci v hmotné nouzi.

⁷² Ministerstvo práce a sociálních věcí [online], 2010.

⁷³ TAMTÉŽ.

prakticky nevidomým občanům. Vedle dávek sociální péče se poskytují rovněž mimořádné výhody (průkazy TP, ZTP a ZTP/P) a bezúročné půjčky.⁷⁴

3.3 Aktivity k podpoře rodiny

Z pohledu rodinné politiky lze rozlišit dva typy služeb, které slouží k podpoře rodiny. Prvním z nich jsou služby sociální povahy, které jsou zaměřeny buď přímo na podporu a pomoc rodině jako celku, nebo, což převažuje, na jednotlivé členy rodiny nacházející se v takové sociální situaci, kterou nedokážou zvládnout vlastními silami, ani za pomoci rodinných příslušníků. I sociální služby zaměřené na jednotlivé členy rodiny často napomáhají podpoře a fungování rodiny jako celku. Síť sociálních služeb pro rodiny není v jednotlivých regionech v ČR dostatečně vytvořená a rozvíjená. Přetrvávají výrazné regionální odlišnosti v podílu těchto služeb. Sociální služby, které jsou zaměřeny na pomoc a podporu jednotlivým členům rodiny a/nebo rodině jako celku nacházejícím se v nepříznivé sociální situaci za účelem prevence sociálního vyloučení.⁷⁵

Druhým typem služeb pro rodinu jsou služby na podporu fungující rodiny, v rámci nichž lze uvažovat o rozlišení např. na služby zaměřené na podporu rodiny v péči o děti (např. zařízení denní péče o děti do 6 let věku, služby hlídání dětí nerodičovskou osobou, mateřská centra, družiny), služby zaměřené na podporu funkce a soudržnosti rodiny (např. centra pro rodinu, mateřská centra, rodinné a manželské poradny, volnočasová centra) a služby pomoci s vedením domácnosti (např. údržba domácnosti, rodinné zásobování). Tyto služby mají preventivní podpůrný charakter – mají usnadňovat a posilovat manželské soužití a rodičovství, podporovat rodiny v péči o děti a při harmonizaci práce a rodiny. Velmi důležité jsou také služby, které slouží k podpoře rodin nepřímo (různé výchovné, osvětové a jiné volnočasové aktivity neziskového sektoru a dalších subjektů), avšak nejsou primárně vnímány jako služby pro rodiny s dětmi. V případě služeb zajišťovaných nestátními neziskovými subjekty, jejichž fungování není dostatečně legislativně ošetřeno, je jediným nástrojem podpory dotační politika, což často omezuje možnosti jejich rozvoje. Služby na podporu fungující rodiny, které mají preventivní a podpůrný charakter. Jejich účelem je

⁷⁴ Ministerstvo práce a sociálních věcí [online], 2010.

⁷⁵ Národní koncepce rodinné politiky, 2005, s. 25.

usnadňovat a posilovat partnerské a manželské soužití a rodičovství, podporovat rodiny v péči o děti a při harmonizaci práce a rodiny.⁷⁶

Výše uvedené aktivity k podpoře rodiny si nyní rozebereme podrobněji.

Sociální služby jsou určeny fyzickým osobám v nepříznivé sociální situaci, kterou nemohou řešit samostatně ani s využitím systému sociální ochrany. Obecně jde o druh sociální péče poskytované konáním státní (obecní) instituce nebo veřejnoprávní institucí a odborná činnost profesionálních pracovníků ve prospěch lidí v sociální nouzi.⁷⁷

Nepříznivá sociální situace je oslabení nebo ztráta schopnosti z důvodu věku, nepříznivého zdravotního stavu, pro krizovou sociální situaci, životní návyky a způsob života vedoucí ke konfliktu se společností, sociálně znevýhodňující prostředí, ohrožení práv a zájmů trestnou činností jiné fyzické osoby nebo z jiných závažných důvodů řešit vzniklou situaci tak, aby toto řešení podporovalo sociální začlenění a ochranu před sociálním vyloučením.⁷⁸

Prostřednictvím sociálních služeb je zajišťována pomoc při péči o vlastní osobu, zajišťování stravování, ubytování, pomoc při zajištění chodu domácnosti, ošetřování, pomoc s výchovou, poskytnutí informace, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, pomoc při prosazování práv a zájmů.⁷⁹

Sociální služby jsou nástrojem k řešení stavu sociální nouze. Patří k nim zejména sociální poradenství, pečovatelská služba, ústavní sociální péče, sociální pomoc poskytovaná v azylových a jiných zařízeních sociálních služeb a zabezpečení podmínek na přežití.⁸⁰

Organizace poskytující sociální služby zřizují především obce a kraje, které dbají na vytváření vhodných podmínek pro jejich rozvoj, zejména zjišťováním skutečných

⁷⁶ Národní koncepce rodinné politiky, 2005, s. 25.

⁷⁷ DURDISOVÁ, J. a kol. Sociální politika v ekonomické praxi, 2005, s. 164.

⁷⁸ Zákon. č. 108/2006 Sb., o sociálních službách.

⁷⁹ ELIÁŠ, O. a kol. Právní úprava péče..., 2005, s. 3.

⁸⁰ DURDISOVÁ, J. a kol. Sociální politika v ekonomické praxi, 2005, s. 164.

potřeb lidí a zdrojů k jejich uspokojení. Dalšími významnými poskytovateli jsou nestátní neziskové organizace a fyzické osoby, které nabízejí široké spektrum služeb.⁸¹

Podle místa lze rozdělit způsoby poskytování sociálních služeb na ústavní sociální péči, ambulantní sociální péče (stacionáře, krizová centra, centra aktivit pro určité sociální skupiny, apod.) a služby poskytované ve vlastním prostředí klienta (pečovatelská služby, asistenti, apod.).⁸²

Sociální služby jsou členěny do tří základních oblastí, do oblasti sociálního poradenství, služeb sociální péče a služeb sociální prevence.

Sociální poradenství, které je obvykle specializované pro určitou cílovou skupinu či situaci, přičemž základní poradenství je nedílnou složkou všech sociálních služeb.⁸³

Sociální poradenství zahrnuje základní sociální poradenství a odborné sociální poradenství. Základní sociální poradenství poskytuje osobám potřebné informace přispívající k řešení jejich nepříznivé sociální situace. Sociální poradenství je základní činností při poskytování všech druhů sociálních služeb; poskytovatelé sociálních služeb jsou vždy povinni tuto činnost zajistit. Odborné sociální poradenství je poskytováno se zaměřením na potřeby jednotlivých okruhů sociálních skupin osob v občanských poradnách, manželských a rodinných poradnách, poradnách pro osoby se zdravotním postižením. Zahrnuje též sociální práci s osobami, jejichž způsob života může vést ke konfliktu se společností.⁸⁴

Služby sociální péče zahrnují služby, jejichž hlavním cílem je zabezpečovat lidem základní životní potřeby, které nemohou být zajištěny bez péče a pomoci jiné osoby. Služby sociální péče jsou praktickým projevem sociální politiky, se u nás uskutečňují prostřednictvím sociální podpory a sociálních služeb. Zatímco sociální podpora představuje systém finančních příspěvků a dávek, sociální služby nabízejí konkrétní pomoc při řešení složité situace v různých oblastech života handicapovaného člověka. V ideálním případě tak klient pomocí příspěvků sociální podpory může financovat

⁸¹ Informace o systému podpory rodiny..., 2009, s. 32.

⁸² TAMTÉŽ.

⁸³ Sociální služby a příspěvek na péči, 2009, s. 4.

⁸⁴ TAMTÉŽ.

potřebné sociální služby a prakticky si korigovat a řídit využití sociální péče podle vlastních aktuálních potřeb.⁸⁵

Služby sociální péče napomáhají osobám zajistit jejich fyzickou a psychickou soběstačnost, s cílem umožnit jim v nejvyšší možné míře zapojení do běžného života společnosti, a v případech, kdy toto vylučuje jejich stav, zajistit jim důstojné prostředí a zacházení. Služby sociální péče napomáhají osobám zajistit jejich fyzickou a psychickou soběstačnost, s cílem umožnit jim v nejvyšší možné míře zapojení do běžného života společnosti, a v případech, kdy toto vylučuje jejich stav, zajistit jim důstojné prostředí a zacházení.⁸⁶

Důležitou součástí systému sociální péče by se mělo stát tzv. komunitní plánování sociálních služeb založené na vzájemné dohodě a spolupráci zadavatelů těchto služeb (zástupců obcí, krajů) a jejich uživatelů (klientů - občanů s postižením) a poskytovatelů (organizací, agentur apod.). Komunitní plánování také odráží snahu přesouvat větší míru podpory a pomoci při sociální integraci osob s postižením z profesionální a odborné (resp. institucionální) péče směrem k větší společenské a osobní zodpovědnosti občanů (s důrazem na vzájemnou mezilidskou pomoc, samostatnější a více nezávislý způsob života znevýhodněných osob apod.).⁸⁷

V roce 2006 byl schválen Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve kterém se objevil nový termín střednědobý plán rozvoje sociálních služeb. Takto nazývaný dokument podle nové právní normy postupně nahradí dříve uplatňovaný komunitní plán. Systém a cíl tvorby však zůstává neměnný, tedy zabezpečit dostupnost kvalitních sociálních služeb.⁸⁸

Při plánování sociálních služeb se vychází zejména z porovnání existující nabídky sociálních služeb se zjištěnými potřebami (potenciálních) uživatelů služeb. Výsledek provedeného srovnání slouží jako jeden z klíčových podkladů pro zformulování priorit v oblasti sociálních služeb. Pro úspěšnost plánování je zapotřebí podpora ze strany politické reprezentace, a to jak při zahajování plánování a jeho průběhu tak i při

⁸⁵ KRAUS, B. Základy sociální pedagogiky, 2008, s. 42.

⁸⁶ Sociální služby a příspěvek na péči, 2009, s. 6.

⁸⁷ KRAUS, B. Základy sociální pedagogiky, 2008, s. 42-43

⁸⁸ Rozvojový plán statutárního města České Budějovice..., 2008 – 2013, s. 18.

uskutečňování reálných činností směřujících např. k rozšíření nabídky služeb, zvyšování jejich efektivity a spolupráci různých subjektů při zajišťování potřebných služeb. Neméně významné je zabezpečit koordinaci celého procesu. Tu může provádět vybraná organizace nebo přímo pracovník dané obce. Pracovní struktury v podobě pracovních, konzultačních nebo vyjednávacích skupin se skládají ze zástupců všech zainteresovaných stran. Po vytvoření plánu se přechází od plánovací fáze k fázi realizační, kdy dochází k faktickému naplňování priorit, resp. jednotlivých opatření. Součástí této etapy je také sledování postupu a míry plnění stanovených úkolů.⁸⁹

Služby sociální prevence slouží zejména k předcházení sociálnímu vyloučení osob, které jsou ohroženy sociálně negativními jevy.

Dle Zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách se sociální služby se poskytují jako služby pobytové, ambulantní nebo terénní. Pobytovými službami se rozumí služby spojené s ubytováním v zařízeních sociálních služeb. Ambulantními službami se rozumí služby, za kterými osoba dochází nebo je doprovázena nebo dopravována do zařízení sociálních služeb a součástí služby není ubytování. Terénními službami se rozumí služby, které jsou osobě poskytovány v jejím přirozeném sociálním prostředí. Služby sociální péče napomáhají osobám zajistit jejich fyzickou a psychickou soběstačnost, s cílem umožnit jim v nejvyšší možné míře zapojení do běžného života společnosti, a v případech, kdy toto vylučuje jejich stav, zajistit jim důstojné prostředí a zacházení.⁹⁰

Důležitým principem je možnost kombinace různých druhů služeb a také kombinace služeb s pomocí a podporou ze strany rodiny či jiných blízkých osob.

Služby na podporu fungující rodiny lze rozlišit na komerčně a nekomerčně poskytované služby na podporu fungující rodiny.

Do komerčně poskytovaných služeb spadají služby péče o děti do tří let věku, služby péče o dítě starší 3 let a služby péče o dítě mladšího školního věku.

⁸⁹ Rozvojový plán statutárního města České Budějovice..., 2008 – 2013, s. 18.

⁹⁰ ZÁKON č. 108/2006 Sb., o sociálních službách.

Péče o děti do tří let věku dále dělíme na zdravotnická zařízení a na služby péče o dítě dle Zákona č. 455/1991 Sb., o živnostenském podnikání.⁹¹

Zdravotnická zařízení – jesle jsou zvláštní dětská zařízení léčebně preventivní péče spadající do kompetence Ministerstva zdravotnictví ČR, která pečují o všestranný rozvoj dětí ve věku zpravidla do tří let. Zřizovateli jeslí jsou dnes nejčastěji obce, které je zřizují zcela podle svého uvážení a potřeb území. Vzhledem k tomu, že péče v jeslích je hrazena z rozpočtu zřizovatele, je zcela na něm, jaké stanoví za pobyt dětí v jeslích poplatky, tzn. péče v nich je poskytována za plnou nebo částečnou úhradu klienty.⁹²

Služby péče o děti dle Zákona č. 455/1991 Sb., o živnostenském podnikání. Jde o vázanou živnost „Péče o dítě do tří let v denním režimu“. Obsahová náplň živnosti je specifikována jako individuální výchovná péče o svěřené děti do tří let věku v denním nebo v celotýdenním režimu zaměřená na rozvoj rozumových a řečových schopností, pohybových, pracovních, hudebních, výtvarných schopností a kulturně hygienických návyků přiměřených věku dítěte. Zajišťování bezpečnosti a zdraví dětí, jejich pobytu na čerstvém vzduchu, spánku v odpovídajícím hygienickém prostředí a osobní hygieny dětí, včetně poskytování první pomoci. Služba péče dle této živnosti může být poskytována v domácnosti dítěte nebo v provozovně poskytovatele. Na prostory a provoz v případě, že je živnost vykonávána v provozovně, se vztahují hygienické požadavky upravené vyhláškou o hygienických požadavcích. Podnikatel musí splňovat podmínku odborné způsobilosti k výkonu povolání všeobecné zdravotní sestry, zdravotnického asistenta, ošetřovatele, porodní asistentky nebo záchranáře anebo odbornou způsobilost k výkonu povolání sociálního pracovníka nebo pracovníka v sociálních službách. Péče o děti do tří let věku může být uskutečňována rovněž v rámci volné živnosti „Poskytování služeb pro rodinu a domácnost“. Obsahem této živnosti je individuální péče o děti nad tři roky věku v rodinách a příležitostné krátkodobé hlídání dětí, včetně dětí do tří let věku. Úplata za služby poskytované v režimu živnostenského podnikání je stanovena na komerční bázi poskytovatelem.⁹³

⁹¹ ZÁKON č. 108/2006 Sb., o sociálních službách.

⁹² TAMTÉŽ.

⁹³ Informace o systému podpory rodiny..., 2009, s. 27-28.

Péče o děti starší 3 let je v ČR zabezpečena prostřednictvím sítě finančně dostupných mateřských škol a dále v rámci služeb péče o děti provozované v režimu Zákona č. 455/1991 Sb., o živnostenském podnikání.⁹⁴

Mateřská škola je předškolní zařízení navazující na výchovu dětí v rodině a v součinnosti s ní zajišťující všestrannou péči dětem zpravidla ve věku od tří do šesti let, přijímány jsou však i děti mladší 3 let. Je místem osobnostního rozvoje dítěte, místem získávání sociálních zkušeností, poznatků o světě i místem specifické přípravy na pokračující vzdělávání. Zřizovatelem mateřské školy je zpravidla obec anebo kraj, může to být ovšem také církev nebo náboženská společnost, případně jiný soukromý zřizovatel. Mateřské školy lze zřizovat s celodenním, polodenním (nejdéle 6,5 hodiny denně) a internátním provozem (celodenní i noční péče). K předškolnímu vzdělávání se přednostně přijímají děti v posledním roce před zahájením povinné školní docházky. Vzdělávání v posledním ročníku mateřské školy zřizované státem, krajem, obcí nebo svazkem obcí se poskytuje bezplatně. Speciální mateřská škola slouží dětem od tří do šesti let s mentálním, smyslovým či tělesným postižením (s vadami zraku, sluchu, řeči aj.).⁹⁵

Služby péče o děti dle Zákona č. 455/1991 Sb., o živnostenském podnikání. Jde o volnou živnost „Mimoškolní výchova a vzdělávání, pořádání kurzů, školení, včetně lektorské činnosti“. Obsahová náplň živnosti je mimo jiné specifikována jako výchova dětí nad tři roky věku v předškolních zařízeních, výuka v soukromých školách a zařízeních sloužících odbornému vzdělávání, pokud tato nejsou zařazena do sítě škol, školských a předškolních zařízení. Služby péče o děti jsou v rámci této živnosti poskytovány v zařízeních péče o děti. Na prostory a provoz se vztahují hygienické požadavky upravené vyhláškou o hygienických požadavcích. Odborná způsobilost pro výkon živnosti není stanovena. Péče o děti nad tři roky může být uskutečňována rovněž v rámci volné živnosti „Poskytování služeb pro rodinu a domácnost“, a to jako individuální péče o děti nad tři roky věku v rodinách nebo příležitostné krátkodobé hlídání dětí.⁹⁶

⁹⁴ Informace o systému podpory rodiny..., 2009, s. 28-29.

⁹⁵ TAMTÉŽ.

⁹⁶ TAMTÉŽ.

Služby péče o děti mladšího školního věku. Do této skupiny patří zejména školská zařízení pro zájmové vzdělávání – školní družiny, které rovněž napomáhají zejména rodičům dětí mladšího školního věku skloubit práci a rodinu. Lze sem vřadit i služby poskytované v režimu volné živnosti „Mimoškolní výchova a vzdělávání, pořádání kurzů, školení, včetně lektorské činnosti.“⁹⁷

Do nekomerčně poskytovaných služeb patří mateřská centra, poskytování volnočasových aktivit pro děti a rodiny s dětmi (např. centra pro rodinu, družiny...), podpora v oblasti slučitelnosti profesních a rodinných rolí (zejména přednášková činnost a poradenství), podpora a výchova k harmonickému partnerství, manželství a odpovědnému rodičovství (přednášková činnost a kurzy) a ostatní druhy aktivit k podpoře fungující rodiny. Do této kategorie do jisté míry spadají i jesle fungující jako zdravotnická zařízení a mateřské školy provozované státem, krajem, obcí či svazkem obcí, která mohou významně napomoci slučování profesních a rodinných rolí.⁹⁸

3.4 Podpora rodiny dle odborné literatury

Úvodem považuji za nutné říci, že je obdivuhodné, jak se dnešní rodiče na rozdíl od předešlých rodičovských generací starají o uvědomělou výchovu svých dětí. Uvědomují si svou zodpovědnost i to, že z jejich dětí budou dospělí. Jsou si vědomi toho, že jejich děti čeká těžké dědictví a že budou muset být hodně silné, aby ho dokázali přeměnit na dědictví hodné člověka.⁹⁹

Kvalita života dětí se zdravotním postižením souvisí převážně s uspokojením potřeb v celé rodině. Stabilita rodiny, tedy fungování všech jejích systémů a subsystémů, je považována za jednu z hlavních priorit.¹⁰⁰

V obecné rodině jde tedy o optimální vývoj osobnosti s respektováním individuálních zvláštností a rozvoj speciálních potřeb vyplývajících ze zdravotního postižení.¹⁰¹

⁹⁷ Informace o systému podpory rodiny..., 2009, s. 28-29.

⁹⁸ TAMTÉŽ.

⁹⁹ PREKOPOVÁ, J. Děti jsou hosté..., 2003, s. 7-8.

¹⁰⁰ MATOUŠEK, O. a kol. Sociální práce v praxi, 2005, s. 94.

Životní perspektivy postiženého jedince závisejí na něm samém, na jeho rodině, na jeho osobnosti, na způsobu, jakým překonává omezení daná postižením a na způsobu pomoci. Systém péče o zdravotně postižené, který je zaměřen většinou pouze na stránku pečující a ochraňující, je zároveň omezující a odsuzuje zdravotně postižené k trpné roli těch, kteří žijí v závislosti na ostatních. Rodíci se tendence oceňovat ostatní společnosti pouze podle výkonu a přínosu nese s sebou riziko ještě většího tlačení zdravotně postižených do druhořadého postavení. Schopnost přijímat člověka takového, jaký je, prokazuje úroveň dospělosti jedince i celé společnosti.¹⁰²

Podpora rodiny by měla spočívat i v překonávání stereotypů. Dle Vágnerové stereotyp znamená tendenci k fixaci určitého názoru či postoje. Je charakteristický rigiditou, iracionalitou a obtížnou ovlivnitelností novými zkušenostmi. Stereotyp je ve vztahu k možným proměnám situace málo adaptabilním způsobem orientace v prostředí, ale pro svého nositele je výhodný, činí situaci zdánlivě jasně přehlednou a srozumitelnou.

Jedním z projevů stereotypu v postoji ke zdravotně postiženým je tendence ke generalizaci, sklon vidět je všechny šablonovitě, bez ohledu na jejich individuální odlišnosti, které existují samozřejmě i v této skupině. Výraznější neochota změnit postoje může souviset na jedné straně s nedostatkem informací či s bazálně nižší inteligencí a stereotypů životního stylu. Jindy může být spíše vázána na emocionální složku.¹⁰³

Podpora rodiny se ukazuje také ve vstupu tohoto dítěte do společnosti. Toto je specifický problém, který musí řešit každá rodina těchto dětí. Specializovaná péče a příliš ochranný postoj vede k vytvoření specifického ochranného klimatu v dětství, takže dítě se může velmi dobře rozvíjet, co se týče překonávání přímých následků postižení. Má zde možnost rozvíjet kompenzační dovednosti, přiměřeným způsobem nabývat znalostí apod. Vlivem této péče jsou však děti jen velmi málo připravovány na kontakty s lidmi, kteří neznají problémy postižených jedinců, kteří se

¹⁰¹ ŘÍČAN, P. VÁGNEROVÁ, M. Dětská klinická psychologie, 1991.

¹⁰² VÁGNEROVÁ, M. Psychopatologie..., 2004.

¹⁰³ VÁGNEROVÁ, M. a kol. Psychologie handicapu, 2001.

obvykle o ně nezajímají a nejsou ochotni vycházet postiženým vstříc. Závislost na rodičích, návyk na to, že všechny překážky a problémy za ně řeší oni, mohou pro dítě se zdravotním postižením představovat podstatnou zátěž v okamžiku, kdy budou muset vyhovovat nárokům společnosti.¹⁰⁴

Rodina může najít vlastní řešení, jak vstoupit do společnosti. Dítě se zdravotním postižením však k této adaptaci musí dostat příležitost.¹⁰⁵

Po vstupu do společnosti je nutné zaměřit se na kvalitu života těchto rodin. Podle Novosada mezi tyto významné příčiny negativně ovlivňující kvalitu života rodin pečujících o dítě s těžkým kombinovaným postižením patří dosud nekompletní systém rané péče, kdy rodinám není poskytována ucelená zdravotnická, psychologická a sociální podpora a existují velké rozdíly v možnostech podpory pečujících rodin mezi většími městskými aglomeracemi a na venkově a absence srozumitelných, aktualizovaných a kompatibilních informací, jejichž důsledné využívání by přispělo ke zlepšení kvality života a zpřístupnilo všechny aplikované formy pomoci. Dále absence potřebných podnětů či poznatků a osobní „zapouzdřenost“ pečujících rodin vedoucí k zúžení prostoru pro volbu možných řešení i k redukci příležitostí, jak situaci rodiny řešit s využitím všech relevantních možností. Psychologická a regeneračně-rekondiční péče o pečující je nárazová, nesystematická a širšímu okruhu pečujících nedostupná, ačkoli její význam v osobní podpoře pečujících, je nesporný (prevence syndromu vyhoření i destabilizace rodinných vztahů a úplného vyčerpání všech zúčastněných). Finanční dávky sociální péče mají charakter příspěvku, tzn., že sice přispívají ke krytí zvýšených nákladů pečujících rodin, ale přesto jsou zejména u rodin v nízkopříjmovém pásmu tyto náklady celkově zátěží. Rodiny mají nedostatek možností k alespoň regeneračně-relaxační změně životního tempa rodiny, tzn., že rozdělení úloh v rodině, v kombinaci s absencí zástupu znemožňuje pečujícím potřebný odpočinek a přísun nových podnětů či zážitků. Represivní dopady mají diskriminačně nastavené podmínky pro zlepšení finanční situace rodiny, kdy se rodina snaží o zlepšení socioekonomického statutu. A v neposlední řadě úzký manévrovací prostor pro řešení proměn rodinné situace, příjmy rodiny včetně dávek apod. - jsou na hranici životního minima a rodinu posouvají směrem k faktické chudobě, protože

¹⁰⁴ ŠESTÁK, J. Chráněná dílna..., 2007, s. 11.

¹⁰⁵ TAMTÉŽ.

životní náklady takové rodiny převyšují její momentální příjmy. Jakákoli negativní změna v materiálním i personálním zabezpečení rodiny vede ke krizi, neřešitelné běžnými prostředky.¹⁰⁶

V tuto chvíli by měli zaujmout svou roli odborníci. Posláním odborníků v pomáhajících profesích je především pomoc rodičům vyrovnat se s narozením dítěte s postižením tak, aby byli schopni přijmout daný problém ne jako úděl, ale úkol, který je třeba splnit. Rodiče tak postupně nabudou přesvědčení, že i tíživá situace, ve které se nacházejí, může mít určitý smysl.¹⁰⁷

Když rodiče začnou vidět smysl v péči o jejich dítě, mohou začít docházet do specializovaných organizací a svépomocných skupin podle typu zdravotního postižení jejich dítěte. Tento druh pomoci bývá velmi účinný, navíc rodičům poskytuje podporu, informace, seznamuje je s rodiči s podobným osudem.¹⁰⁸

Zde by měla každá rodina mít možnost vybrat pro sebe a své dítě se zdravotním postižením tu nejvhodnější variantu, která jí pomůže podpořit vlastní aktivitu vedoucí k řešení nepříznivé situace.

U péče o dítě se zdravotním postižením je tedy nejdůležitější zásada komplexnosti (tzn. soubor preventivních, diagnostických a léčebných opatření vedoucích k odstranění či zmírnění zdravotního postižení), zásada účasti rodiny samotné. Tuto účast považujeme dnes za nezbytnou (na rozdíl od dřívějších tendencí preferovat ústavní péči). Rodina zde přebírá úlohu především terapeutů. V domácím prostředí je možné péči maximálně individualizovat.¹⁰⁹

K dosažení plnohodnotného rozvoje dítěte po všech stránkách slouží široká škála terapeutických činností obsažených v jednotlivých terapiích, které jsou nedílnou součástí ucelené rehabilitace. Pro ucelenou rehabilitaci lze užít termínu komprehensivní rehabilitace a lze ji členit podle zaměření při plnění úkolů, ale také podle jednotlivých institucí a prostředků, které jsou při ní aplikovány, na čtyři hlavní složky - rehabilitaci

¹⁰⁶ NOVOSAD, L. Postavení pečujících rodin v ČR, 2004, s. 50.

¹⁰⁷ JANKOVSKÝ, J. Ucelená rehabilitace. ..., 2006, s. 173.

¹⁰⁸ NEWMAN, S. Hry a činnosti pro vývoj dítěte s postižením, 2004.

¹⁰⁹ GOLDMAN, R. a kol. Vybrané kapitoly ze sociálních disciplín, 2006.

léčebnou, pracovní, sociální a pedagogickou. Jejím smyslem a cílem je pokud možno co nejúplnější začlenění lidí se zdravotním postižením do aktivního života majícího očekávanou kvalitu.¹¹⁰

Závěrem zde lze říci, že téměř všichni lidé se zdravotním postižením prožívají společně s jejich rodinami strach – strach z budoucnosti. Tato skutečnost je ale ještě významnější u dětí se zdravotním postižením integrující se do společnosti, ať už strach způsobuje jejich zdravotního postižení a jeho vnímání společností, nebo nedostatek příležitostí a rovných šancí.¹¹¹

Budoucnost je dimenze, kterou u lidí se zdravotním postižením nebereme vždy v úvahu. Přesto uvažování o sobě samém, o životním cíli, o aspiracích a koneckonců o duševním životě takových lidí, je nedílnou součástí duševního života těchto lidí, vztahování se do budoucnosti dává životu smysl. Toto je velmi důležité při uvažování o vlivu postižení na osobnost člověka, protože postižení ve významné míře limituje budoucnost člověka jak v možných realizacích, aspiracích, tak i zhoršováním stavu či ohrožením života.¹¹²

Zde je velmi žádoucí kvalitní podpora těchto rodin ze strany státu...

¹¹⁰ JANKOVSKÝ, J. Ucelená rehabilitace dětí. ..., 2001.

¹¹¹ Rovnost každý den, 2005.

¹¹² VÁGNEROVÁ, M. a kol. Psychologie handicapu, 2001.

4 Srovnání možností podpory rodin pečujících o dítě s těžkým kombinovaným postižením vycházející ze sociálního systému ČR a vyplývající z odborné literatury

V této kapitole budou v několika bodech shrnuty možnosti podpory rodiny dle sociálního systému České republiky a možnosti podpory těchto rodin vyplývající z odborné literatury a dále jejich vzájemné srovnání. Pro dokreslení je dále uveden pohled samotných rodin pečujících o dítě s těžkým kombinovaným postižením. Autorův pohled na tuto problematiku je uveden na konci kapitoly.

4.1 Shrnutí podpory rodiny vycházející ze sociálního systému ČR

Prioritou dnešní doby by měla být možnost co nejlepšího začleňování, ale ještě větším cílem a důkazem vyspělosti daného státu a společnosti je inkluze (inkluze je stav, kdy jedinec s postižením není vůbec vyčleněn a je součástí veškerého dění v daném společenství) (kap. 3.2).

Hlavním cílem rodinné politiky jako politiky průřezové je tedy podporovat vznik funkčních rodin, kvalitu rodinného života a vhodných podmínek pro rodiny. A umožnit tak jejich členům svobodně realizovat vlastní životní strategie v naplňování jak rodičovských, tak i profesních plánů. Výchovou k partnerství, manželství a rodičovství utvářet u mladé generace vědomí hodnoty rodiny a vlastní odpovědnosti za její stabilitu a funkčnost (kap. 3.2).

Cílem této podpory je nabídnout takovou formu a rozsah podpory a pomoci, které prospívají soudržnosti rodiny a současně respektují její autonomii. Podpora rodiny nepomáhá jen ke zvládnutí nároků kladených na život v rodině, ale pomáhá vytvářet i hodnoty, z nichž čerpá celá společnost (kap. 3.2).

Sociální politika, její cíle, funkce a nástroje se neutváří izolovaně, ale vždy v souvislosti s řadou ekonomických, politických a jiných norem, a to i mravních. Právně a ekonomicky vyspělý stát musí k zabezpečení sociálních cílů své záměry v oblasti společenských garancí vtělit do příslušné právní úpravy tak, aby nebylo sociálních výhod zneužíváno, nevytvářel se prostor pro rovnostářství a tzv. sociální parazitismus. Hlavní idea takového státu musí být založena na symetrii pravomoci a odpovědnosti a směřovat ke sladování zájmů sociálních skupin. Aparát poskytování sociálních výhod by neměl potlačovat principy právního státu (kap. 3.).

Sociální péče je praktickým projevem sociální politiky. Sociální podpora představuje systém finančních příspěvků a dávek, sociální služby nabízejí konkrétní pomoc při řešení složité situace v různých oblastech života člověka se zdravotním postižením. V ideálním případě si tak občan pomocí příspěvků sociální podpory může financovat potřebné sociální služby a prakticky si korigovat a řídit využití sociální péče podle vlastních aktuálních potřeb a podle potřeb jejich dítěte (kap. 3.).

Za dobu posledních patnácti let se v ČR vytvořilo široké spektrum sociálních služeb přesahující hranice stanovené legislativou. Legislativní normy upravují pouze jejich úzký výsek, zejména systémy ústavní péče. Nové, inovativní typy služeb se k nám dostávají jednak díky inspiraci ze zahraničí, jednak vznikají spontánně na základě aktuálních potřeb. Vývoj se odehrává převážně ve sféře nestátních organizací (kap. 3.1.2).

Cílem sociálních služeb je podporovat rozvoj nebo alespoň zachování stávající soběstačnosti uživatele, jeho návrat do domácího prostředí, obnovení nebo zachování původního životního stylu, rozvíjet schopnosti uživatelů služeb a umožnit jim, pokud toho mohou být schopni, vést samostatný život, snížit sociální a zdravotní rizika související se způsobem života uživatele (kap. 3.1.2).

Hlavním posláním sociální služby je snaha umožnit lidem, kteří jsou v nepříznivé sociální situaci, zůstat rovnocennými členy společnosti a využívat jejich přirozených zdrojů. S ohledem na současný vývoj priorit je stále větší důraz kladen na rozvoj a podporu sociálních služeb cílených na pomoc rodinám, neboť právě ony významně

usnadňují a mnohdy přímo umožňují setrvání dítěte se zdravotním postižením v jeho přirozeném, rodinném prostředí (kap. 3.1.2).

Do dnešní doby byla také vybudována rozsáhlá síť speciálních institucí, které se větší míře diferencovaly podle druhu zdravotního postižení. Současné světové trendy v péči o děti se zdravotním postižením ukazují na důležitost komprehensivních a multisenzoriálních přístupů. Je to především ucelený tým pracovníků - odborníků a rodičů a také včasné zahájená intervence (kap. 3.2.1).

Formální sociální síť tvoří zdravotní, sociální a vzdělávací instituce, které prostřednictvím svých odborných pracovníků mohou rodině výrazně pomoci k řešení jejich problému. Poskytují informace, rady, specializované služby, sociální dávky aj (kap. 3.2.1).

4.2 Shrnutí podpory rodiny vyplývající z odborné literatury

Na úvod je zde nutné poznamenat, že dítěti se zdravotním postižením by mělo být umožněno žít se svou rodinou. Rodina je základní a nejvýznamnější jednotka naší společnosti. Není soukromou záležitostí jednotlivců, ale zdrojem prosperity celé společnosti a zárukou udržitelného rozvoje jak ekonomického, tak sociálního a kulturního (kap. 1.).

Zde je zejména důležité zaměřit se na začleňování těchto rodin do společnosti, jelikož problémem lidí se zdravotním postižením je zejména oblast sociální adaptace ve společnosti, tj. jeho integrace, resp. schopnost společnosti postižené absorbovat ve společnosti stejně postižených. Obecně by tito lidé měli být sociální pomocí motivováni ke znovuzískání sociální suverenity a nezávislosti (kap. 3.2).

Velmi důležité také je, aby osoby se zdravotním postižením dosáhly a zachovaly si optimální fyzickou, smyslovou, intelektovou, psychickou a sociální úroveň funkcí a byly v nejvyšší možné míře nezávislé (kap. 2.2).

Na kvalitu života občanů se zdravotním postižením má mimořádný vliv to, jakým způsobem se k nim chová široká veřejnost. Chování veřejnosti pak lze do značné míry ovlivnit systematickou výchovou a osvětou. Kromě výchovy veřejnosti je třeba hledat cesty, jak vychovávat samotné občany se zdravotním postižením k integraci do společnosti (kap. 3.2).

Obecně platí, že kombinovaná postižení patří k závažným, protože jednotlivá omezení se u jedince s takovým postižením vzájemně násobí. Často je pak nutné hledat velmi specifické alternativní způsoby naplňování potřeb. Současný pohled na jedince s postižením nehodnotí jeho vady a omezení, ale naopak se zaměřuje na jeho pozitivní a zachované schopnosti a možnosti. Odborníky zajímá, jak lze potenciál takového jedince maximálně využít k jeho osobnímu rozvoji a také ke zvýšení jeho spoluúčasti na životě ve společnosti. Není důležitá vada nebo její kombinace u takového jedince, ale cesty a metody, které jsou vhodné a využitelné pro jeho maximální sociální integraci, resp. inkluzivní začlenění do společnosti (kap. 2.2).

Rodinná politika by se měla zaměřit na rodiny pečující o dítě se zdravotním postižením, které mají tytéž potřeby jako všichni ostatní, potřebují k jejich naplňování pomoc druhých lidí anebo státu. Pro sebevědomí těchto rodin je výhodnější sociální opora očekávaná než naplněná. Potřeba pomoci může zahanbovat a zbavovat důvěry ve vlastní síly, proto bývá způsob poskytování pomoci upravován etickými pravidly, která pracovníkům i klientům připomínají, že cílem služby je soběstačnost klienta (kap. 3.2).

Tyto rodiny mohou žít poměrně nezávisle v systému, ale nikoli nezávisle na systému. Závislost je součástí vztahů. Cílem je proto co nejvíce soběstačné žití, ale nikoli osamělost a izolace (kap. 3.2).

Komplexní a účinná politika podporující rodinu ve všech jejích základních sociálních funkcích by měla vycházet z přesvědčení, že péče o děti není jen soukromou záležitostí rodičů, ale i významným prvkem úspěšného rozvoje společnosti. Pomoc státu a společnosti rodinám s dětmi by měla být pojímána jako významná sociální investice do budoucího rozvoje celé společnosti (kap. 3.2).

Cíle fungování státu je především vytvářet podmínky pro stabilitu a regulovat sociální klima, tlumením sociálního napětí a rozvojem sociálních činností stabilizovat poměry ve společnosti tak, aby se sociální subjekty mohly plně rozvíjet a působit, realizovat svými silami své cíle (kap. 3.2).

V současné době nabývá významu zejména decentralizace sociální pomoci na úroveň obcí a regionů. Pozvolna se posiluje a rozvíjí péče primární a péče komunitní (kap. 3.1).

Nutno zde ještě podotknout, že rodiče pečující o děti se zdravotním postižením jsou, pokud se týká jejich vlastních potřeb a problémů, nejpoučenějšími odborníky.

4.3 Srovnání názorů odborníků na podporu rodin s podporou garantovanou státem

System péče o lidi se zdravotním postižením je v mnoha ohledech zaměřen na stránku pečující a ochraňující a tím je zároveň omezující a odsuzující. Tendence oceňovat pouze podle výkonu a přínosu pro společnost sebou nesou rizika diskriminace lidí se zdravotním postižením. Dle odborníků rodič pečující o dítě se zdravotním postižením může být tedy i šikanován širším, neinformovaným okolím s předsudky, falešným soucitem a nedůvěrou.

Přístup k člověku za strany státu je zaměřen převážně na potřeby - potřeby jsou buď obvyklé, běžné (požívání stravy, vyměšování apod.) a člověk je umí a může uspokojit svými vlastními silami v přirozených procesech, nebo jsou neobvyklé, mimořádné (např. vyvolané zdravotním postižením) a člověk nemá sílu tak učinit. Pak mu hrozí ztráty na zdraví, výdělku, majetku apod., které neumí napravit. V takovém případě hovoříme o riziku, jež vyžaduje ochranu. Pomoc je jen jednou z forem ochrany.

Přístup k dítěti se zdravotním postižením vycházející od odborníků říká, že toto dítě má stejné základní psychologické potřeby jako jiní lidé. Dítě ke svému vývoji potřebuje, kromě zajištění primárních potřeb (teplo, nasycení), stabilní prostředí (domov) a přítomnost stabilních osob (rodičů), na jeho vývoji vysoce citově angažovaných. Dítě

se zdravotním postižením je jedinečný člověk a vždy by se tak mělo k němu i přistupovat. Vždycky je potřeba mít jako první na paměti jeho speciální potřeby. Často je pak nutné hledat velmi specifické alternativní způsoby naplňování potřeb.

Sociální podpora dle sociálního systému ČR představuje systém finančních příspěvků a dávek, sociální služby nabízejí konkrétní pomoc při řešení složité situace v různých oblastech života člověka se zdravotním postižením. V ideálním případě si tak občan pomocí příspěvků sociální podpory může financovat potřebné sociální služby a prakticky si korigovat a řídit využití sociální péče podle vlastních aktuálních potřeb a podle potřeb jejich dítěte. Cílem této podpory je nabídnout takovou formu a rozsah podpory a pomoci, které prospívají soudržnosti rodiny a současně respektují její autonomii. Dále zajistit finanční stabilitu systému a přiměřenost vyplácených dávek. Stěžejní se stává finanční podpora rodiny a aktivity k podpoře rodiny, zde ale odborníci zcela postrádají tolik důležitou emoční podporu těchto rodin, motivace rodičů ke zvládnutí situace, obyčejné popovídání si s těmito rodinami a zjištění tak skutečných potřeb těchto rodin. Dnes se příliš nehledí na podporu celé rodiny, ale spíše na jedince, na jeho rozvoj a integraci.

Sociální systém dále říká, že velmi důležitou formou finanční pomoci rodinám je také daňová podpora. Daňová opatření rodinné politiky jsou vázána na pracující osobu, ale co v případě, kdy je matka samoživitelka - v tento okamžik ztrácí tuto možnost podpory. Pro rodiny s nízkými příjmy je mimořádně nevýhodné snažit se o zvýšení příjmů, neboť by to redukovalo jejich sociální dávky. Kdežto odborná literatura klade důraz na komplexní vnímání situace, na komplexní podporu.

Obecně je ve společenské diskusi problematice podpory rodin věnována malá pozornost, častěji se dostává ke slovu nekompetentní bagatelizace obtíží rodin než seriózní úvahy nad významem rodiny a možnostmi podpory její prosperity. Stát uspokojivě neplní vůči rodinám roli garanta sociální spravedlnosti, protože nedostatečně kompenzuje morální i finanční náklady, které rodiny investují do vzniku celospolečensky nenahraditelného lidského kapitálu.

Podpora rodin ze strany státu, včetně státní správy a samosprávy na úrovni krajů a obcí, je u nás deficitní jak z hlediska koncepčního, tak i institucionálního pojetí. Velké

nedostatky lze najít především v oblasti služeb pro rodiny, které jsou většinou zajišťovány v rámci samostatné působnosti obcí a krajů a ve sféře nestátních neziskových organizací. Neexistuje systém daňového zvýhodnění těchto služeb ani systém jejich podmíněného hrazení pro definované sociální skupiny. Neexistuje jasný právní rámec a systém státní garance kvality a ochrany klientů těchto služeb.

Hlavním posláním sociální služby je snaha umožnit lidem, kteří jsou v nepříznivé sociální situaci, zůstat rovnocennými členy společnosti a využívat jejich přirozených zdrojů, jak říká zákon. Toto považují za velmi obecné pojmenování, kde se neříká co znamená zůstat rovnocennými členy společnosti a jak mají tyto členové využívat přirozené zdroje a vůbec co jsou to přirozené zdroje...

Síť sociálních služeb pro rodiny není ale v jednotlivých regionech v ČR dostatečně vytvořená a rozvíjená. Rovněž o službách pro fungující rodiny lze konstatovat, že nejsou v jednotlivých regionech dostatečně rozvinuty, případně teprve vznikají. Tyto služby začaly být v roce 2005 finančně podporovány prostřednictvím dotačního programu Ministerstva práce a sociálních věcí - „Podpora fungující rodiny“. Kromě této podpory nebyla ale doposud službám pro fungující rodiny věnována ze strany státu pozornost. Spektrum služeb na podporu fungující rodiny je diverzifikované stejně jako spektrum jejich poskytovatelů. Široké spektrum sociálních služeb přesahuje hranice stanovené legislativou - legislativní normy upravují pouze jejich úzký výsek.

Doposud byla vybudována rozsáhlá síť dalších speciálních institucí, které se větší míře diferencovaly podle druhu zdravotního postižení. Jsou však tyto služby dostupné a jsou o nich rodiny informovány, popřípadě mají dostatečnou kapacitu?

Rodina by ale měla mít možnost vybrat pro sebe a své dítě se zdravotním postižením tu nejvhodnější variantu, která jí pomůže podpořit vlastní aktivitu vedoucí k řešení nepříznivé situace, k tomu musí mít ale možnost a na výběr služby. Odborníci zdůrazňují, že se často zapomíná na to, že výchova a péče o dítě s postižením znamená pro rodiče těžkou emoční zátěž, jež je časově a mnohdy i fyzicky velmi náročná. Ale efektivnost jednotlivých sociálních programů je obtížně měřitelná, jelikož sociální programy sledují různé cíle a jsou určeny různým společenským skupinám. Právě pod vlivem rodinného působení se dítěti vytváří postoj k okolí, k sobě samému

i společnosti obecně a proto je důležité se zaměřit na celou rodinu a ne „jen“ na dítě. Hodnotová orientace dítěte je určována i cíli, kterých dosažení je úsilí dítěte orientováno a je tedy důležité předkládat těmto rodinám otevřené možnosti systému pomoci. Především je důležité zamezit osamělosti a izolaci a zaměřit se na začleňování těchto rodin do společnosti – zejména se tedy zaměřit na sociální adaptaci, což se bohužel v rámci sociálního systému příliš neděje. Kromě výchovy veřejnosti je třeba hledat cesty, jak vychovávat také samotné občany se zdravotním postižením k integraci.

Obecně by tyto rodiny měly být motivovány ke znovuzískání sociální suverenity a nezávislosti, ať už na svém okolí či na sociálním systému.

Zákon přesně vymezuje práva a povinnosti rodičů, rodičovskou zodpovědnost a já zde pokládám otázku do diskuse, kdo je zodpovědný za „kvalitu“ sociálního systému?

Český sociální systém již dnes trpí odvrácenou stranou dobré adresnosti – a to pastí chudoby. Čím více jsou dávky kompenzovány na nejchudší rodiny, tím spíše narušují motivaci k práci. Charakteristickým znakem sociálního systému je vysoká příjmová solidarita a náchylnost ke zneužívání dávek.

Závěrem lze dodat, na čemž se shodují oba pohledy, funkce rodiny nemůže plně nahradit žádná jiná instituce.

4.4 Jak koresponduje státem garantovaná péče a péče doporučená odborníky s názory a potřebami rodin pečujících o dítě s těžkým kombinovaným postižením[†]

Pro dokreslení názorů odborníků a stavu sociálního systému je zde uveden výzkum Města České Budějovice v rámci Rozvojového plánu sociálních služeb a z něho vyplývající skutečnosti, které vyjadřují reálné potřeby přímo těchto rodin.

Finanční nedostupnost služeb působí největší problémy rodinám. Rodiny nevyužívají služby z důvodu nedostatku povědomí o službách či nedostatečné kapacitě

[†] Zde byly převážně použity údaje z Rozvojového plánu statutárního Města České Budějovice, 2008-013.

zařízení. Dalšími důvody jsou obavy klientů o ztrátu anonymity a dopravní nedostupnost služby.

Rodiče očekávají obecné informace, potřebovali by si o problému promluvit s někým, kdo je vyslechne a podpoří, aby se začali v problému orientovat. Za nejvhodnější způsob informování o nabídce sociálních služeb rodiny považují internet, poradenské centrum, Průvodce města sociálními službami, lékaře a telefonické poradenství. Nejvíce rodin se v případě potřeby získat informace o sociálních službách obrátí přímo na svou rodinu a přátele, poté na lékaře, spolupracovníky a nakonec na pracovníky organizace poskytující dané služby. Rodiny také poukázaly na to, že převažují zařízení, která nejsou bezbariérově přístupná.

Rozvoj kvality života rodin s dítětem se zdravotním postižením spočívá tak zejména v zachování služby denního a týdenního stacionáře, kde je potřeba zajistit finanční prostředky na provoz, rozšířit prostory pro poskytování služby a celoživotně vzdělávat pracovníky v sociální oblasti. Dále podpořit vznik odlehčovacích služeb a vybudování integračních zahrad a hřišť.

Ze SWOT analýzy[†] pro oblast rodinu s dětmi jako příznivá vyplynula práce s celou rodinou, rozsáhlá síť poskytovatelů sociálních služeb, kvalita služeb poskytovaných stávajícími organizacemi, nabídka volnočasových organizovaných aktivit pro děti do 15let věku, spolupráce s ostatními organizacemi, možnost volby zařízení sociálních služeb díky nově poskytovanému příspěvku na péči, bezplatnost některých sociálních služeb, dostupnost nabídky sociálních služeb pro tuto cílovou skupinu. Jako nepříznivá vyplynula nedostatečná síť i kapacita stávajících zařízení zaměřených na péči o děti se zdravotním postižením, malá nabídka neorganizovaných volnočasových aktivit pro děti a mládež bez omezení věku, nedostatečná kapacita v oblasti poradenství pro tuto cílovou skupinu, chybějící navazující články pro péči o děti se zdravotním postižením, nedostatek financí, nedostatek vhodných bezbariérových prostor, nedostatečná prezentace organizací, dopravní a časová dostupnost, informovanost veřejnosti o nabídce sociálních služeb.

[†] SWOT analýza je metoda, jejíž pomocí je možno identifikovat silné (ang: Strengths) a slabé (ang: Weaknesses) stránky, příležitosti (ang: Opportunities) a hrozby (ang: Threats). Je to způsob, jak zhodnotit situaci např. sociálních služeb.

Jako příležitosti zde byly vyjmenovány zejména podpora primární prevence, rozšíření a zkvalitnění terénní práce, integrace dětí se zdravotním postižením, propojení zdravotnických, školských a sociálních zařízení, prohlubování spolupráce odborníků napříč organizacemi, kvalitní celoživotní vzdělávání pracovníků v oblasti péče o děti v rámci sociálních služeb. Jako ohrožení byl uveden nedostatek odborníků, nejasná pravidla v poskytování finančních prostředků od Ministerstva práce a sociálních věcí, nejednotný výklad pravidel při vykonávání inspekci kvality sociálních služeb, neprovázanost legislativy a její nejednotný a obtížný výklad, negativní předsudky vůči specifickým cílovým skupinám, předsudky vůči nestátním neziskovým organizacím a zneužívání příspěvků na péči.

Obce a kraje mají povinnost zajišťovat dostupnost informací o možnostech a způsobech poskytování sociálních služeb. Kraje a obec by měly vytvářet podmínky pro poskytování sociálních služeb ve svém území a měly by vzájemně spolupracovat na stanovení plánů ohledně poskytování sociálních služeb. Regionální podmínky jsou tedy rozdílné a měly by vždy odpovídat potřebám a možnostem daného území. Důležitá je zde podpora státu (kap. 3.1.).

Je tedy nutné zjišťovat poptávku ze strany rodičů, znát jejich představy a možnosti, mít k dispozici aktuální data. Poskytovat analýzu kompetentní orgánům, činitelům státní správy, samosprávy a zřizovatelům služeb. Podrobně zmapovat nabídku institucionální péče pro děti předškolního věku. Vytvářet podmínky pro zvýšení kapacity, ale ne na úkor kvality poskytovaných služeb a snažit se o vylepšení stávajících služeb péče o dítě neinstitucionálního typu. Apelovat na nutnost svobodného rozhodnutí rodičů ohledně výběru péče o dítě. Informovat věcně, nestranně a komplexně. Vzdělávat úředníky státní správy. Zjednodušit legislativu, učinit ji srozumitelnější. Spolupracovat s rodiči. Pomáhat odstraňovat bariéry v prostředí, kde se pohubují rodiče s dětmi. Propracovat systém slev pro rodiče.¹¹³

Celkově se ukazuje, že rodiče sice pocítují určitou míru diskriminace vůči jiným skupinám obyvatelstva.

¹¹³ VENDERA, P. Problémy a potřeby rodičů, 2008, s. 23.

4.5 Možnosti péče o rodinu z pohledu autora [†]

Dnes je podporována především rodina s dítětem, u kterého je ohrožen vývoj v důsledku dopadů dlouhodobě krizové sociální situace, kterou rodiče nedokáží sami bez pomoci překonat, a u kterého existují další rizika ohrožení jeho vývoje.

Kvalitativní změna spočívá v tom, že koncepce „můžeš pomoci“ je nahrazena koncepcí „musíš pomoci“.

Kvalita života těchto rodin velmi závisí na dostupnosti vhodných a kvalitních služeb, které odpovídají jejich potřebám i potřebám jejich rodin a v co největší míře usnadňují jejich účast ve společnosti.

Je tedy nezbytné poskytnout kvalitní informace o různých možnostech podpory rodiny pečující o dítě, která je dostupná a po společné úvaze s rodinou hledat pro budoucnost nejvhodnější momentální řešení (rodinná výchova, denní stacionář, ústavní péče apod.).

Rodinná politika se nesmí omezovat jen na vyrovnání nákladů rodin, ale musí svou podporou ocenit i přínos, který rodina pro společnost představuje. Prorodinné služby nesmí představovat jen sociální dávky a sociální služby, ale také různorodá opatření umožňující pobyt rodiny ve společnosti, co je méně komplikované vyřizování záležitostí a aktivní trávení volného času. Tuto problematiku nelze řešit zákonem v některých směrech, např. v různých provozech a zařízeních. Musí věcí uvědomění konkrétních provozovatelů a nikoliv otázkou příslušných orgánů či zákona. Odborníci jsou bohužel zaměřeni především na zlepšení funkcí dítěte, ale méně už pohlíží na akceptaci rodičů jako na důležitý zdroj informací, zejména pokud jde o emoční prožívání a sociální pohodu dítěte.

Podpora fungující rodiny není záležitostí dokonalé koncepce a na ni navazujících velkorysých opatření, ale je to usilovná snaha, která se v dialogu s rodinami realizuje spíše po malých krocích a trvale. Je to záležitost nastoupení cesty, která soustavně

[†] Autor vychází z textu práce a uvedených citací

a vynalézavým způsobem ujišťuje rodiny o ochotě pomáhat a o skutečném zájmu, který věnuje reprezentace společnosti jejich nenahraditelné péči.

Řada dalších problémů spojených s podporou a zajištěním existence sociálních služeb pro rodiny vychází z obecných deficitů ve sféře sociálních služeb. Zde je třeba zmínit především důsledky přechodu zřizovatelských kompetencí na kraje a obce a s tím související vzniklou nerovnoměrnost mezi regiony z hlediska zajištění služeb (dostupnost, informovanost občanů o službách). S touto problematikou úzce souvisí dosud nedoriešená otázka způsobu financování sociálních služeb.

Velice však záleží na chování veřejnosti a na integraci těchto rodin do společnosti. Velmi důležité je poskytnout kvalitní informace rodině, poradit samotným rodičům, podpořit je a nastínit další možné perspektivy. Velmi důležitá je zde motivace ke znovuzískání sociální suverenity, nezávislosti, soběstačnosti a poté nastolení odpovídající kvalitní péče, kde musí fungovat ucelený tým pracovníků ve spolupráci s rodiči. Důležité je, aby služby byly pro rodiny dostupné a aby podporovaly především její stabilitu. Nemělo by se zaměřovat jen na zlepšení funkcí dítěte, ale zaměřit se i na samotné rodiče.

Práva těchto rodin jsou něčím, o čem se hodně hovoří a čemu je připisována zvláštní důležitost. Pokud je tedy cílem naplňovat tyto práva do nejvyšší možné míry, musíme je zohlednit v každodenním rozhodování, plánování a směřování (nejen) sociální politiky.

Závěr

Jak již bylo řečeno v úvodu práce „rodiny dětí se zdravotním postižením se v mnoha ohledech tolik odlišují od uznávaných norem, že je lze považovat za jedinečné, s právem na odlišnosti vyplývajícími z jejich lidství“. Právě tyto odlišnosti tedy vyžadují nutnost jiného, individuálního přístupu zejména k rodičům, nejen ze strany státu...

Ukázalo se, že důležitá je změna v chápání zdravotního postižení, kde by mělo docházet odklonu od deficitu a zaměřením se na potřeby a podporu rodin pečujících o dítě s těžkým kombinovaným postižením. Nyní se prosazují nové přístupy společnosti ke zdravotně postiženým, které představují právě výše zmíněnou změnu. Tyto přístupy zdůrazňují to, co je na člověku s postižením pozitivní a dobré a na čem se dá pracovat a co se dá dál rozvíjet.

Trend reálné pomoci těmto rodinám by se měl odpoutat od statistického zachycování dat a měl by ústít ke konkrétním osobám, rodinám a vždy by měl vycházet z reálného života. Pojem svoboda znamená mít možnost výběru. Rodina s dítětem s těžkým kombinovaným postižením musí mít z čeho vybírat.

Z práce vyplynuly tyto důležité skutečnosti:

- koncepce „můžeš pomoci“ je nahrazena koncepcí „musíš pomoci“
- kvalita života těchto rodin velmi závisí na dostupnosti vhodných a kvalitních služeb, které odpovídají jejich potřebám, služby by měly podporovat především jejich stabilitu
- velmi důležité je poskytnout kvalitní informace rodině o možnostech podpory
- důležité také je zaměřit se na samotné rodiče a podpořit je
- a nastínit další možné perspektivy
- důležitá je zde i motivace ke znovuzískání sociální suverenity, nezávislosti, soběstačnosti
- nejdůležitější je dialog s rodinami
- velice záleží na chování veřejnosti a na integraci těchto rodin do společnosti.

Obecně je ve společenské diskusi problematice podpory rodin věnována malá pozornost, častěji se dostává ke slovu nekompetentní bagatelizace obtíží rodin než seriózní úvahy nad významem rodiny a možnostmi podpory její prosperity.

Legislativa ve prospěch osob se zdravotním postižením a rovných příležitostí může být účinná pouze se změnou společnosti jako celku, a to včetně samotných zdravotně postižených.

Nejdůležitější se tak stává podpora fungující rodiny, která spočívá nejen v kvalitním a dostupném sociálním systému, ale také v podpoře a motivaci rodičů. Rodiče a jejich funkce nemohou nahradit žádné jiné instituce.

Seznam použitých zdrojů

• Knižní zdroje

BAŠTECKÁ, B. *Klinická psychologie v praxi*. Praha: Portál, 2003.

BURIÁNEK, J. *Práce v hodnotovém kontextu české společnosti*. Praha: Karolinum, 2003.

DURDISOVÁ, J. a kol. *Sociální politika v ekonomické praxi*. (vybrané problémy). Praha: Vysoká škola ekonomická, 2005.

ELIÁŠ, O. , DOMBKOVÁ, A. *Právní úprava péče o osoby se zdravotním postižením*. Ostrava: Magistrát města Ostravy, 2005.

GOLDMAN, R. a kol. *Vybrané kapitoly ze sociálních disciplín*. 3. vydání. Olomouc: Univerzita Palackého, 2006. ISBN 80-244-1454-6

CHVÁTALOVÁ, H. *Jak se žije dětem s postižením: problematika pěti typů zdravotního postižení*. 1. vyd. Praha : Portál, 2001. ISBN 80-7178-588-1

CHVÁTALOVÁ, H. *Jak se žije dětem s postižením*. Praha: Portál, 2001.

JANKOVSKÝ, J. *Ucelená rehabilitace dětí s tělesným a kombinovaným postižením: somatopedická a psychologická hlediska*. 2. vyd. Praha: Triton, 2006. ISBN 80-7254-730-5

KERROVÁ, S. *Dítě se speciálními potřebami*. 1. vyd. Praha: Portál, 1997. ISBN 80-7178-147-9

KRAUS, J. *Základy sociální pedagogiky*. Praha: Portál, 2008.

KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie zdraví*. Praha: Portál, 2009. ISBN 978-80-7367-568-4

LECHTA, V., MATUŠKA, J. *Rozvíjanie řeči mentálně retardovaných raného a predškolského veku*. Bratislava: Infocentrum, 1995.

LUDÍKOVÁ, L. *Kombinované vady*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého, 2005. ISBN 80-2441-154-7

MATĚJČEK, Z. *Jak a proč nás trápí děti*. Praha: Grada, 1997.

MATĚJČEK, Z. *Psychologie nemocných a zdravotně postižených dětí*. 3. vyd. Jinočany: H & H, 2001. ISBN 80-8602-292-7

MATOUŠEK, O. , KOLÁŘOVÁ, J. , KODYMOVÁ, P. *Sociální práce v praxi*. Praha: Portál, 2005.

MATOUŠEK, O. *Metody a řízení sociální práce*. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-548-2

- MATOUŠEK, O. *Rodina jako instituce a vztahová síť*. Praha: Sociologické nakladatelství, 1993. ISBN 80-901424-7-8
- MATOUŠEK, O. *Základy sociální práce*. Praha: Portál, 2001.
- MURRAY, K. , CORE, C. , RICHARDSON, B. *Strategic Decisin-Making*, 1993.
- NEWMAN, S. *Hry a činnosti pro vývoj dítěte s postižením*. Praha: Portál, 2004.
- OAKLANDER, V. *Třinácté komnaty dětské duše*. Dobříš: Drvoštěp, 2003.
- OPATŘILOVÁ, D. *Metody práce u jedinců s těžkým postižením a více vadami*. Brno: PF Masarykovy univerzity, 2005.
- PIPEKOVÁ, J. *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. 2. vyd. Brno: Paido, 2006. ISBN 80-7315-120-0
- PREKOPOVÁ, J. , SCHWEIZEROVÁ, CH. *Děti jsou hosté, kteří hledají cestu*. Praha: Portál, 2003.
- PROUTY, G. , WERDE, D. , PORTNER, M. *Preterapie*. Praha: Portál, 2005.
- ŘÍČAN, P. VÁGNEROVÁ, M. *Dětská klinický psychologie*. Praha: Avicenum, 1991.
- SCHMIDBAUER, W. *Psychická úskalí pomáhajících profesí*. Praha: Portál, 2000.
- SLOWÍK, J. *Speciální pedagogika*. 1. vyd. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-247-1733-3
- SOBOTKOVÁ, D. a kol. Porozumění. [příloha]. Děti a My, č. 3. Praha: Portál, 2005.
- STELLMAN, H. *Dětské nemoci a jejich přirozená léčba*. Praha: Nový život, 1993.
- STŘELEC, S. , MARÁDOVÁ, E. , MARHOUNOVÁ, E. , ŘEHULKA., J. *Kapitoly z rodinné výchovy*. Praha: Fortuna, 1992. IBSN 80- 85298-84-8
- ŠESTÁK, J. Chráněná dílna – nástroj k pracovnímu uplatnění a začlenění lidí se zdravotním postižením. Týn nad Vltavou: Domov sv. Anežky, o.p.s. , 2007. ISBN 978-80-254-0108-8
- TOMEŠ, I. Sociální politika, teorie a mezinárodní zkušenost. Praha: SOCIOKLUB, 2001. ISBN 80-8648-400-9
- VÁGNEROVÁ, M. , HADJ-MOUSSOVÁ, Z. , ŠTĚCH, S. *Psychologie handicapu*. Praha: Karolinum, 2001.
- VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 3. vyd. Praha: Portál, 2004. ISBN 80-7178-802-3
- VÁGNEROVÁ, M. STRNADOVÁ, I. KREJCÍROVÁ. L. *Náročné mateřství. Být matkou postiženého dítěte*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2009. ISBN 978-80-246-1616-2
- VEČERA, M. *Sociální stát. Východiska a přístupy*. 2. vydání. Praha: Sociologické nakladatelství, 1996. ISBN 80-85850-16-8

VÍTKOVÁ, M. (ed.). *Integrativní speciální pedagogika. Integrace školní a sociální*. Brno: Paido, 2004. ISBN 80-7315-071-19

VÍTKOVÁ, M. *Integrativní speciální pedagogika*. Brno: Paido, 1998.

VOTAVA, J. a kol. *Ucelená rehabilitace osob se zdravotním postižením*. Praha: Karolinum, 2005. ISBN 80-246-0708-5

VÝROST, J. , SLAMĚNÍK, I. *Aplikovaná sociální psychologie*. Portál, Praha, 1998. ISBN 80-7178-269-6

- **Časopisecké zdroje**

GENETICKÁ KONZULTACE. [příloha]. Děti a My, č. 4. Praha: Portál, 2001.

PALATINOVÁ, A. Vstup do světa jiných dětí. Informatorium, č. 6. Praha: Portál, 2007.

NOVOSAD, L. Postavení pečujících rodin v ČR. Děti a My, č. 5. Praha: Portál, 2004.

- **Zákony**

Zákon č. 100/1988 Sb., o sociálním zabezpečení.

Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů.

Zákon č. 117/1995 Sb., o státní sociální podpoře, ve znění pozdějších předpisů.

Zákon č. 166/2010 Sb., kterým se mění Zákon č. 187/2006 Sb., o nemocenském pojištění, ve znění pozdějších předpisů.

Zákon č. 455/1991 Sb., o živnostenském podnikání.

Zákon č. 94/1963 Sb., o rodině.

Zákon č. 111/2006 Sb., o pomoci v hmotné nouzi, ve znění pozdějších předpisů.

Zákon č. 582/1991 Sb., o organizaci a provádění sociálního zabezpečení, ve znění pozdějších předpisů.

- **Internetové zdroje**

Český statistický úřad [online]. Praha. © 2011 [cit. 1. února 2011]. Dostupné na WWW: < <http://www.czso.cz/csu/redakce.nsf/i/home> >.

Ministerstvo práce a sociálních věcí [online]. Praha: MPSV, © 2010 [cit. 10. listopadu 2010]. Dostupné na WWW: < <http://www.mpsv.cz> >.

- **Jiné zdroje**

ČESKÁ SPRÁVA SOCIÁLNÍHO ZABEZPEČENÍ. *Sociální zabezpečení 2010*. [účelová publikace]. Praha, 2010. ISBN 978-80-87039-19-9

ČESKÉ PŘEDSEDNICTVÍ V RADĚ EU. *Informace o systému podpory rodiny v České Republice*. Praha, 2009.

ČESKÉ PŘEDSEDNICTVÍ V RADĚ. *Sociální služby a příspěvek na péči*. Praha: MPSV, 2009.

DOKUMENT VÝBORU PRO MLÁDEŽ EDF: EDF06-13. *Rovnost každý den*. Vládní výbor pro zdravotně postižené občany Národní plán podpory a integrace občanů se zdravotním postižením na období 2006 – 2009 přijatý usnesením vlády ČR ze dne 17. 8. 2005. Praha, 2005. ISBN 80-86734-66-8

KONCEPCE RODINNÉ POLITIKY JIHOMORAVSKÉHO KRAJE. 2. vyd. Jihomoravský kraj, 2001.

MĚSTO ČESKÉ BUDĚJOVICE. *Rozvojový plán statutárního města České Budějovice v oblasti sociálních služeb na období 2008 – 2013*. České Budějovice, 2008.

MPSV. *Národní koncepce rodinné politiky*. Praha, 2005.

NÁRODNÍ PLÁN POMOCI ZDRAVOTNĚ POSTIŽENÝM OBČANŮM. Plán akcí na období II. pololetí 1992 - 1994. Praha: Vládní výbor pro zdravotně postižené občany, 1992.

NÁRODNÍ ZPRÁVA O RODINĚ. [zkrácená verze]. Praha: MPSV, 2004.

NAVRÁTILOVÁ, J. *Expertíza pro cílovou skupinu „Rodiny s dětmi“*. [podkladový materiál pro proces komunitního plánování sociálních služeb ve městě Brně]. Asociace vzdělavatelů v sociální práci: Brno, 2006.

FIALA, P. *Osoby s postižením - zdravotně sociální problematika*. [skriptum]. Praha: Sociální lékařství a veřejné zdravotnictví, 2007.

RADA EVROPY – VÝBOR MINISTRŮ. *Výbor ministrů členským státům o Akčním plánu Rady Evropy na podporu práv a plného zapojení osob se zdravotním postižením do společnosti: zlepšení kvality života osob se zdravotním postižením v Evropě 2006 – 2015*. Praha, 2006.

VENDERA, P. *Problémy a potřeby rodičů*. (internetová anketa). Dema a.s. Aperio, 2008.

Seznam příloh[†]

Příloha I. ČESKÉ PŘEDSEDNICTVÍ V RADĚ. *Sociální služby a příspěvek na péči*. Praha: MPSV, 2009.

Příloha II. DOKUMENT VÝBORU PRO MLÁDEŽ EDF: EDF06-13. *Rovnost každý den*. Vládní výbor pro zdravotně postižené občany Národní plán podpory a integrace občanů se zdravotním postižením na období 2006 – 2009 přijatý usnesením vlády ČR ze dne 17. 8. 2005. Praha, 2005. ISBN 80-86734-66-8

Příloha III. KONCEPCE RODINNÉ POLITIKY JIHMORAVSKÉHO KRAJE. 2. vyd. Jihomoravský kraj, 2001.

Příloha IV. FIALA, P. *Osoby s postižením - zdravotně sociální problematika*. [skriptum]. Praha: Sociální lékařství a veřejné zdravotnictví, 2007.

[†] V přílohách na konci práce jsou zařazeny zdroje, které nejsou běžně dostupné.

Abstrakt

KOHOUTOVÁ, T. Možnosti podpory rodiny s dítětem s těžkým kombinovaným postižením v České Republice. České Budějovice 2011. Bakalářská práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. Teologická fakulta. Katedra praktické teologie.

Vedoucí práce: Mgr. Michal Opatrný, Dr. theol.

Klíčové pojmy: rodina a péče o dítě, zdravotní postižení, možnosti podpory rodiny.

Práce se zabývá rodinou pečující o dítě s těžkým kombinovaným postižením a možnostmi podpory takových rodin.

Cílem této práce je tedy srovnání možností podpory rodin, pečujících o dítě s těžkým kombinovaným postižením, které vyplývají ze sociálního systému České Republiky a z odborné literatury.

Abstract

Kohoutova, T. Possibilities to support a family with a child with severe multiple disabilities in the Czech Republic. České Budějovice 2011. Bachelor thesis. University of South Bohemia in České Budějovice, Faculty of Theology, Department of Practical Theology.

Thesis supervisor: Mgr. Michal Opatrný, Dr. theol.

Key terms: family and child welfare, disabilities, family support possibilities.

The thesis deals with families caring of a child with severe multiple disabilities and possibilities for support such families.

Goal of thesis is comparison of the possibilities of support for families taking care of a child with severe multiple disabilities based on the social system of the Czech Republic and support options of these families deriving from the literature.

Přílohová část

Příloha I.

EU2009.CZ

Sociální služby a příspěvek na péči

Duben 2009

České předsednictví

V Radě EU



Sociální služby a příspěvek na péči

Ministerstvo práce a sociálních věcí České republiky



Ministerská konference o sociálních službách

Sociální služby – Nástroj mobilizace pracovních sil
a posilování sociální soudržnosti

Praha, 22.-23. dubna 2009

Obsah:

Obsah	3
Co jsou sociální služby?	4
Sociální poradenství	5
Služby sociální péče	6
Služby sociální prevence	8
Oprávnění poskytovat sociální služby	12
Jaký je vztah mezi uživatelem a poskytovatelem sociálních služeb?	12
Co je to příspěvek na péči a jaké jsou podmínky jeho přiznání a výplaty?	13
Jaké je postavení pečujících v rodině či jiných blízkých osob?	15
Příloha – Vybrané údaje o systému sociálních služeb v ČR v roce 2008	16
Graf č. 1: Počet základních druhů služeb podle zřizovatele	16
Graf č. 2: Náklady na služby sociální péče dle zřizovatele	17
Graf č. 3: Náklady na sociální poradenství dle zřizovatele	17
Graf č. 4: Náklady na služby sociální prevence dle zřizovatele	18
Graf č. 5: Počet pracovníků v sociálních službách	18
Graf č. 6: Základní zdroje financování služeb sociální péče	19
Graf č. 7: Základní zdroje financování sociálního poradenství	19
Graf č. 8: Základní zdroje financování služeb sociální prevence	20

SOCIÁLNÍ SLUŽBY A PŘÍSPĚVEK NA PÉČI

CO JSOU SOCIÁLNÍ SLUŽBY?

System sociálních služeb v ČR je upraven zákonem č. 108/2006 Sb., o sociálních službách a vyhláškou MPSV č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách.

Pojetí sociálních služeb v České republice je vymezeno úžeji, než jak jsou sociální služby vnímány v diskusích na úrovni Evropského společenství.

Sociální služby nabízejí pomoc a podporu lidem v nepříznivé sociální situaci ve formě, která zaručuje zachování lidské důstojnosti, ctí individuální lidské potřeby a současně posiluje schopnost sociálního začleňování každého jednotlivce do společnosti v jeho přirozeném sociálním prostředí.

Zákon o sociálních službách nabízí následující zásadní nástroje:

- Každému člověku garantuje bezplatné sociální poradenství.
- Nabízí velmi pestrou nabídku druhů sociálních služeb, ze které si člověk může svobodně vybírat podle svého uvážení, finančních možností či dalších individuálních preferencí.
- Lidem, kteří jsou z důvodu věku nebo zdravotního stavu závislí na pomoci jiné osoby, je poskytována sociální dávka - **příspěvek na péči**.
- Zákon garantuje, že poskytované služby budou pro uživatele bezpečné, profesionální a přizpůsobené potřebám lidí.
- Zákon také vytváří prostor pro spoluúčast lidí na procesech rozhodování o rozsahu, druzích a dostupnosti sociálních služeb v jejich obci či kraji.

Sociální služby jsou souhrnem odborných činností, které pomáhají člověku řešit nepříznivou sociální situaci. Protože jsou příčiny těchto situací různé, existuje celá škála druhů sociálních služeb.

Sociální služby jsou členěny do tří základních oblastí:

- **Sociální poradenství**, které je obvykle specializované pro určitou cílovou skupinu či situaci, přičemž základní poradenství je nedílnou složkou všech sociálních služeb.
- **Služby sociální péče** zahrnují služby, jejichž hlavním cílem je zabezpečovat lidem základní životní potřeby, které nemohou být zajištěny bez péče a pomoci jiné osoby.
- **Služby sociální prevence** slouží zejména k předcházení sociálnímu vyloučení osob, které jsou ohroženy sociálně negativními jevy.

Sociální služby jsou členěny také podle místa jejich poskytování:

- **Terénní služby** jsou poskytovány v prostředí, kde člověk žije, tj. v domácnosti, v místě, kde pracuje, vzdělává se nebo tráví volný čas. Příkladem může být pečovatelská služba, osobní asistence či terénní programy pro ohroženou mládež.
- Za **ambulantními službami** člověk dochází do specializovaných zařízení, jako jsou například poradny, denní stacionáře pro osoby se zdravotním postižením nebo kontaktní centra pro osoby ohrožené závislostí na návykových látkách.
- **Pobytové služby** jsou poskytovány v zařízeních, kde člověk v určitém období svého života fakticky celoročně žije. Jedná se především o domovy pro seniory či pro lidi se zdravotním postižením, ale patří sem také tzv. chráněné bydlení pro lidi se zdravotním postižením či azylové domy pro matky s dětmi nebo osoby bez přístřeší.

Důležitým principem je možnost kombinace různých druhů služeb a také kombinace služeb s pomocí a podporou ze strany rodiny či jiných blízkých osob.

Sociální služby jsou poskytovány přibližně 700 000 klientům, tj. cca 7% z populace ČR. Síť sociálních služeb není na území ČR zcela rovnoměrná. Služby jsou lépe dostupné v městských aglomeracích. Systém zajištění sítě služeb odpovídající potřebám obyvatel je založen na plánování sociálních služeb, které vychází z hodnocení potřeb obyvatel, kapacitních možností poskytovatelů a cílů veřejné správy. Plánování sociálních služeb je především povinností krajských samospráv. Zákonem o sociálních službách je garantováno, že na procesech plánování a rozhodování mohou participovat klienti služeb, poskytovatelé služeb a obce.

V sociálních službách pracuje 55 000 pracovníků (v přepočtu na celé pracovní úvazky). Pracovníci v sociálních službách reprezentují cca 1,2 % z celkového počtu zaměstnaných v ČR. Z tohoto počtu je 38 000 pracovníků v přímé péči, což znamená, že zabezpečují službu v přímém kontaktu s klientem.

Sociální služby jsou financovány vícezdrojově. Celkové náklady systému sociálních služeb činily v roce 2008 přibližně 800 mil. eur, tj. přibližně 0,65 % HDP. Na celkových nákladech se klienti svými úhradami podílejí 35 %, územní samosprávy 25 %, státní rozpočet 30 % a fondy veřejného zdravotního pojištění 3 % (obvykle při souběhu zdravotní a sociální péče v domovech pro seniory a osoby se zdravotním postižením).

Zákonem o sociálních službách jsou vymezeny činnosti, které jsou u jednotlivých druhů služeb různě kombinovány tak, aby byl naplněn cíl, poslání a charakter služby.

Základními činnostmi při poskytování sociálních služeb jsou:

- pomoc při zvládnání 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 zvládnání péče o vlastní osobu, soběstačnosti a dalších činností vedoucích k sociálnímu začlenění,
- podpora vytváření a zdokonalování základních pracovních návyků a dovedností.

Fakultativně mohou být při poskytování sociálních služeb zajišťovány další činnosti.

Zákon o sociálních službách vymezuje následující druhy sociálních služeb:

SOCIÁLNÍ PORADENSTVÍ

Sociální poradenství zahrnuje základní sociální poradenství a odborné sociální poradenství.

Základní sociální poradenství poskytuje osobám potřebné informace přispívající k řešení jejich nepříznivé sociální situace. Sociální poradenství je základní činností při poskytování všech druhů sociálních služeb; poskytovatelé sociálních služeb jsou vždy povinni tuto činnost zajistit.

Odborné sociální poradenství je poskytováno se zaměřením na potřeby jednotlivých okruhů sociálních skupin osob v občanských poradnách, manželských a rodinných

poradnách, poradnách pro seniory, poradnách pro osoby se zdravotním postižením, poradnách pro oběti trestných činů a domácího násilí; zahrnuje též sociální práci s osobami, jejichž způsob života může vést ke konfliktu se společností. Služby jsou poskytovány bezplatně.

V ČR působí 654 služeb sociálního poradenství.

Ve službách sociálního poradenství je zaměstnáno celkem 1 700 pracovníků.

Celkové náklady na tuto službu v roce 2008 činily 20,5 mil. eur.

SLUŽBY SOCIÁLNÍ PÉČE

Služby sociální péče napomáhají osobám zajistit jejich fyzickou a psychickou soběstačnost, s cílem umožnit jim v nejvyšší možné míře zapojení do běžného života společnosti, a v případech, kdy toto vylučuje jejich stav, zajistit jim důstojné prostředí a zacházení.

Osobní asistence

Osobní asistence je terénní služba poskytovaná osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu věku, chronického onemocnění nebo zdravotního postižení, a jejichž situace vyžaduje pomoc jiné fyzické osoby. Služba se poskytuje bez časového omezení, v přirozeném sociálním prostředí osob a při činnostech, které osoba potřebuje. Služba je poskytována za úhradu od klienta.

V ČR působí 183 služeb osobní asistence.

Osobní asistence je poskytována 7 000 klientům.

Ve službách osobní asistence je zaměstnáno celkem 1 800 pracovníků.

Celkové náklady na tuto službu v roce 2008 činily 15 mil. eur, z toho hradili klienti 3 mil. eur.

Pečovatelská služba

Pečovatelská služba je terénní nebo ambulantní služba poskytovaná osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu věku, chronického onemocnění nebo zdravotního postižení, a rodinám s dětmi, jejichž situace vyžaduje pomoc jiné fyzické osoby. Služba poskytuje ve vymezeném čase (především časovým vymezením se odlišuje od služby osobní asistence) v domácnostech osob a ambulantních zařízeních. Služba je poskytována za úhradu od klienta.

V ČR působí 594 služeb pečovatelské služby.

Pečovatelská služba je poskytována 115 000 klientům.

Ve službách pečovatelské služby je zaměstnáno celkem 5 500 pracovníků.

Celkové náklady na tuto službu v roce 2008 činily 70 mil. eur, z toho hradili klienti 16 mil. eur.

Tísňová péče

Tísňová péče je terénní služba, kterou se poskytuje nepřetržitá distanční hlasová a elektronická komunikace s osobami vystavenými stálému vysokému riziku ohrožení zdraví nebo života v případě náhlého zhoršení jejich zdravotního stavu nebo schopností. Služba je poskytována za úhradu od klienta.

V ČR působí 17 služeb tísňové péče.

Tísňová péče je poskytována 2 500 klientům.

Ve službách tísňové péče je zaměstnáno celkem 120 pracovníků.

Celkové náklady na tuto službu v roce 2008 činily 1,2 mil. eur, z toho hradili klienti 0,2 mil. eur.

Průvodcovské a předčitatelské služby

Průvodcovské a předčitatelské služby jsou terénní nebo ambulantní služby poskytované osobám, jejichž schopnosti jsou sníženy z důvodu věku nebo zdravotního postižení v oblasti orientace nebo komunikace, a napomáhá jim osobně si vyřídit vlastní záležitosti.

Služba je poskytována za úhradu od klienta.

V ČR působí 34 průvodcovských a předčitatelských služeb.

Služba je poskytována 4 000 klientům.

V průvodcovských a předčitatelských službách je zaměstnáno celkem 55 pracovníků.

Celkové náklady na tuto službu v roce 2008 činily 0,4 mil. eur, z toho hradili klienti 0,03 mil. eur.

Odlehčovací služby

Odlehčovací služby jsou terénní, ambulantní nebo pobytové služby poskytované osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu věku, chronického onemocnění nebo zdravotního postižení a o které je jinak pečováno v jejich přirozeném sociálním prostředí; cílem služby je umožnit pečující fyzické osobě nezbytný odpočinek. Služba je poskytována za úhradu od klienta.

V ČR působí 161 odlehčovacích služeb.

Služba je poskytována 11 000 klientům.

V odlehčovacích službách je zaměstnáno celkem 1 800 pracovníků.

Celkové náklady na tuto službu v roce 2008 činily 15 mil. eur, z toho hradili klienti 4 mil. eur.

Centra denních služeb a Denní stacionáře

V denních stacionářích a centrech denních služeb se poskytují ambulantní služby osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu věku nebo zdravotního postižení, a osobám s chronickým duševním onemocněním, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby. Služba je poskytována za úhradu od klienta.

V ČR působí 347 těchto služeb.

Služba je poskytována 36 000 klientům.

V tomto druhu služeb je zaměstnáno celkem 2 400 pracovníků.

Celkové náklady na tyto služby v roce 2008 činily 26,5 mil. eur, z toho hradili klienti 3,5 mil. eur.

Týdenní stacionáře

V týdenních stacionářích se poskytují pobytové služby osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu věku nebo zdravotního postižení, a osobám s chronickým duševním onemocněním, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby. Služba je poskytována za úhradu od klienta.

V ČR působí 78 těchto služeb.

Služba je poskytována 1 300 klientům.

V tomto druhu služeb je zaměstnáno celkem 1 100 pracovníků.

Celkové náklady na tyto služby v roce 2008 činily 9,3 mil. eur, z toho hradili klienti 2,2 mil. eur.

Domovy pro osoby se zdravotním postižením

V domovech pro osoby se zdravotním postižením se poskytují pobytové služby osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu zdravotního postižení, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby. Služby v domovech pro osoby se zdravotním postižením jsou obvykle uzpůsobeny věku a charakteru potřeb klientů vyplývajících z druhu zdravotního postižení. Služba je poskytována za úhradu od klienta.

V ČR působí 230 těchto služeb.

Služba je poskytována 14 700 klientům.

V tomto druhu služeb je zaměstnáno celkem 8 100 pracovníků.

Celkové náklady na tyto služby v roce 2008 činily 153,5 mil. eur, z toho hradili klienti 56,2 mil. eur.

Domovy pro seniory

V domovech pro seniory se poskytují pobytové služby osobám, které mají sníženou soběstačnost zejména z důvodu věku a jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby. Služba je poskytována za úhradu od klienta.

V ČR působí 461 těchto služeb.

Služba je poskytována 41 100 klientům.

V tomto druhu služeb je zaměstnáno celkem 12 600 pracovníků.

Celkové náklady na tyto služby v roce 2008 činily 299 mil. eur, z toho hradili klienti 133 mil. eur.

Domovy se zvláštním režimem

V domovech se zvláštním režimem se poskytují pobytové služby osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu chronického duševního onemocnění nebo závislosti na návykových látkách, a osobám se stařeckou, Alzheimerovou demencí a ostatními typy demencí, které mají sníženou soběstačnost z důvodu těchto onemocnění a jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby. Režim v těchto zařízeních při poskytování sociálních služeb je přizpůsoben specifickým potřebám těchto osob. Služba je poskytována za úhradu od klienta.

V ČR působí 148 těchto služeb.

Služba je poskytována 8 200 klientům.

V tomto druhu služeb je zaměstnáno celkem 4 300 pracovníků.

Celkové náklady na tyto služby v roce 2008 činily 68 mil. eur, z toho hradili klienti 26 mil. eur.

Chráněné bydlení

Chráněné bydlení je pobytová služba poskytovaná osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu zdravotního postižení nebo chronického onemocnění, včetně duševního onemocnění, a jejichž situace vyžaduje pomoc jiné fyzické osoby. Chráněné bydlení má formu skupinového, popřípadě individuálního bydlení, které má charakter běžného bydlení v bytech a domech. Služba je poskytována za úhradu od klienta.

V ČR působí 109 těchto služeb.

Služba je poskytována 2 400 klientům.

V tomto druhu služeb je zaměstnáno celkem 830 pracovníků.

Celkové náklady na tyto služby v roce 2008 činily 11,2 mil. eur, z toho hradili klienti 4 mil. eur.

SLUŽBY SOCIÁLNÍ PREVENCE

Služby sociální prevence napomáhají zabránit sociálnímu vyloučení osob, které jsou tímto ohroženy pro krizovou sociální situaci, životní návyky a způsob života vedoucí ke konfliktu se společností, sociálně znevýhodňující prostředí a ohrožení práv a oprávněných zájmů trestnou činností jiné fyzické osoby. Cílem služeb sociální prevence je napomáhat osobám k překonání jejich nepříznivé sociální situace a chránit společnost před vznikem a šířením nežádoucích společenských jevů.

Raná péče

Raná péče je terénní, popřípadě ambulantní služba poskytovaná dítěti a rodičům dítěte ve věku do 7 let, které je zdravotně postižené nebo jehož vývoj je ohrožen v důsledku nepříznivé sociální situace. Služba je zaměřena na podporu rodiny a podporu vývoje dítěte s ohledem na jeho specifické potřeby. Služba je poskytována bezúplatně.

V ČR působí 58 těchto služeb.

Služba je poskytována 3 800 klientům.

V tomto druhu služeb je zaměstnáno celkem 280 pracovníků.

Celkové náklady na tyto služby v roce 2008 činily 3,7 mil. eur.

Telefonická krizová pomoc

Služba telefonické krizové pomoci je terénní služba poskytovaná na přechodnou dobu osobám, jež se nacházejí v situaci ohrožení zdraví nebo života nebo v jiné obtížné životní situaci, kterou přechodně nemohou řešit vlastními silami. Odborní pracovníci jsou kontaktováni telefonem a nedochází k přímému kontaktu mezi klientem a odborníkem. Služba je poskytována bezúplatně.

V ČR působí 42 těchto služeb.

V tomto druhu služeb je zaměstnáno celkem 200 pracovníků.
Celkové náklady na tyto služby v roce 2008 činily 2,4 mil. eur.

Tlumočnické služby

Tlumočnické služby jsou terénní, popřípadě ambulantní služby poskytované osobám s poruchami komunikace způsobenými především smyslovým postižením, které zamezuje běžné komunikaci s okolím bez pomoci jiné fyzické osoby. Služba je poskytována bezúplatně.

V ČR působí 30 těchto služeb.

Služba je poskytována 10 000 klientům.

V tomto druhu služeb je zaměstnáno celkem 75 pracovníků.
Celkové náklady na tyto služby v roce 2008 činily 0,6 mil. eur.

Azylové domy

Azylové domy poskytují pobytové služby na přechodnou dobu osobám v nepříznivé sociální situaci spojené se ztrátou bydlení. Služby v azylových domech jsou uzpůsobeny potřebám klientů, a to především s ohledem na okolnosti ztráty bydlení, tj. rozdílně jsou koncipovány azylové domy pro rodiče s dětmi, pro muže, ženy, oběti domácího násilí apod. Služba je poskytována za úhradu od klienta.

V ČR působí 193 těchto služeb.

Služba je poskytována 14 600 klientům.

V tomto druhu služeb je zaměstnáno celkem 1 100 pracovníků.

Celkové náklady na tyto služby v roce 2008 činily 19 mil. eur, z toho hradili klienti 2,7 mil. eur.

Domy na půl cesty

Domy na půl cesty poskytují pobytové služby zpravidla pro osoby do 26 let věku, které po dosažení zletilosti opouštějí školská zařízení pro výkon ústavní nebo ochranné výchovy, popřípadě pro osoby z jiných zařízení pro péči o děti a mládež, a pro osoby, které jsou propuštěny z výkonu trestu odnětí svobody nebo ochranné léčby. Způsob poskytování sociálních služeb v těchto zařízeních je přizpůsoben specifickým potřebám těchto osob. Služba je poskytována za úhradu od klienta.

V ČR působí 39 těchto služeb.

Služba je poskytována 580 klientům.

V tomto druhu služeb je zaměstnáno celkem 150 pracovníků.

Celkové náklady na tyto služby v roce 2008 činily 1,9 mil. eur, z toho hradili klienti 0,15 mil. eur.

Krizová pomoc

Krizová pomoc je terénní, ambulantní nebo pobytová služba na přechodnou dobu poskytovaná osobám, které se nacházejí v situaci ohrožení zdraví nebo života, kdy přechodně nemohou řešit svoji nepříznivou sociální situaci vlastními silami. Služba je poskytována bezúplatně.

V ČR působí 43 těchto služeb.

Služba je poskytována 11 000 klientům.

V tomto druhu služeb je zaměstnáno celkem 200 pracovníků.

Celkové náklady na tyto služby v roce 2008 činily 1,6 mil. eur.

Intervenční centra

Služby intervenčních center jsou určeny obětem domácího násilí, a to v případech, kdy agresor byl vykázan ze společného obydlí. Osobě ohrožené násilným chováním je nabídnuta pomoc nejpozději do 48 hodin od vykázaní agresora. Pomoc intervenčního centra může být poskytnuta rovněž na základě žádosti osoby ohrožené násilným chováním jiné osoby obývající s ní společné obydlí nebo i bez takového podnětu, a to bezodkladně poté, co se intervenční centrum o ohrožení osoby násilným chováním dozví. Součástí služby je zajištění spolupráce a vzájemné informovanosti mezi intervenčními centry, poskytovateli jiných sociálních služeb, orgány sociálněprávní ochrany dětí, obcemi, útvary Policie České republiky a obecní policie, jakož i ostatními orgány veřejné správy. Sociální služby v intervenčním centru jsou poskytovány jako služby ambulantní, terénní nebo pobytové. Služba je poskytována bezúplatně.

V ČR působí 15 těchto služeb.

Služba je poskytována 300 klientům.

V tomto druhu služeb je zaměstnáno celkem 50 pracovníků.

Celkové náklady na tyto služby v roce 2008 činily 0,8 mil. eur.

Nízkoprahová denní centra

Nízkoprahová denní centra poskytují ambulantní, popřípadě terénní služby pro osoby bez přístřeší. Služba je poskytována bezúplatně.

V ČR působí 39 těchto služeb.

V tomto druhu služeb je zaměstnáno celkem 180 pracovníků.

Celkové náklady na tyto služby v roce 2008 činily 2,1 mil. eur.

Noclehárny

Noclehárny poskytují ambulantní služby osobám bez přístřeší, které mají zájem o využití hygienického zařízení a přenocování. Služba je poskytována za úhradu od klienta.

V ČR působí 53 těchto služeb.

V tomto druhu služeb je zaměstnáno celkem 230 pracovníků.

Celkové náklady na tyto služby v roce 2008 činily 3 mil. eur, z toho hradili klienti 0,3 mil. eur.

Nízkoprahová zařízení pro děti a mládež

Nízkoprahová zařízení pro děti a mládež poskytují ambulantní, popřípadě terénní služby dětem ve věku od 6 do 26 let ohroženým společensky nežádoucími jevy. Cílem služby je zlepšit kvalitu jejich života předcházením nebo snížením sociálních a zdravotních rizik souvisejících se způsobem jejich života, umožnit jim lépe se orientovat v jejich sociálním prostředí a vytvářet podmínky k řešení jejich nepříznivé sociální situace. Služba může být poskytována osobám anonymně. Služba je poskytována bezúplatně.

V ČR působí 185 těchto služeb.

V tomto druhu služeb je zaměstnáno celkem 700 pracovníků.

Celkové náklady na tyto služby v roce 2008 činily 8,8 mil. eur.

Kontaktní centra

Kontaktní centra jsou nízkoprahová zařízení poskytující ambulantní, popřípadě terénní služby osobám ohroženým závislostí na návykových látkách. Cílem služby je snižování sociálních a zdravotních rizik spojených se zneužíváním návykových látek. Služba je poskytována bezúplatně.

V ČR působí 60 těchto služeb.

V tomto druhu služeb je zaměstnáno celkem 280 pracovníků.

Celkové náklady na tyto služby v roce 2008 činily 4,6 mil. eur.

Služby následné péče

Služby následné péče jsou ambulantní nebo pobytové služby poskytované osobám s chronickým duševním onemocněním a osobám závislým na návykových látkách, které absolvovaly ústavní léčbu ve zdravotnickém zařízení, absolvovaly ambulantní léčbu nebo se jí podrobují, nebo osobám, které abstingují. Služba je poskytována bezúplatně vyjma nákladů na zajištění bydlení.

V ČR působí 27 těchto služeb.

V tomto druhu služeb je zaměstnáno celkem 100 pracovníků.

Celkové náklady na tyto služby v roce 2008 činily 1,1 mil. eur.

Terapeutické komunity

Terapeutické komunity poskytují pobytové služby i na přechodnou dobu pro osoby závislé na návykových látkách nebo osoby s chronickým duševním onemocněním, které mají zájem o začlenění do běžného života. Služba je poskytována za úhradu od klienta.

V ČR působí 23 těchto služeb.

Služba je poskytována 700 klientům.

V tomto druhu služeb je zaměstnáno celkem 160 pracovníků.

Celkové náklady na tyto služby v roce 2008 činily 3 mil. eur, z toho hradili klienti 0,2 mil. eur.

Sociálně aktivizační služby pro rodiny s dětmi

Sociálně aktivizační služby pro rodiny s dětmi jsou terénní, popřípadě ambulantní služby poskytované rodině s dítětem, jehož vývoj je ohrožen v důsledku dopadů dlouhodobě krizové sociální situace, kterou rodiče nedokáží sami bez pomoci překonat, a u něhož existují další rizika ohrožení jeho vývoje. Služba je poskytována bezúplatně.

V ČR působí 135 těchto služeb.

V tomto druhu služeb je zaměstnáno celkem 520 pracovníků.

Celkové náklady na tyto služby v roce 2008 činily 5,5 mil. eur.

Sociálně aktivizační služby pro seniory a osoby se zdravotním postižením

Sociálně aktivizační služby jsou ambulantní, popřípadě terénní služby poskytované osobám v důchodovém věku nebo osobám se zdravotním postižením ohroženým sociálním vyloučením. Služba je poskytována bezúplatně.

V ČR působí 223 těchto služeb.

V tomto druhu služeb je zaměstnáno celkem 660 pracovníků.

Celkové náklady na tyto služby v roce 2008 činily 6 mil. eur.

Sociálně terapeutické dílny

Sociálně terapeutické dílny jsou ambulantní služby poskytované osobám se sníženou soběstačností z důvodu zdravotního postižení, které nejsou z tohoto důvodu umístitelné na otevřeném ani chráněném trhu práce. Jejich účelem je dlouhodobá a pravidelná podpora zdokonalování pracovních návyků a dovedností prostřednictvím sociálně pracovní terapie. Služba je poskytována obvykle bezúplatně.

V ČR působí 90 těchto služeb.

Služba je poskytována 2 000 klientům.

V tomto druhu služeb je zaměstnáno celkem 400 pracovníků.

Celkové náklady na tyto služby v roce 2008 činily 5,2 mil. eur.

Terénní programy

Terénní programy jsou terénní služby poskytované osobám, které vedou rizikový způsob života nebo jsou tímto způsobem života ohroženy. Služba je určena pro problémové skupiny osob, uživatele návykových látek nebo omamných psychotropních látek, osoby bez přístřeší, osoby žijící v sociálně vyloučených komunitách a jiné sociálně ohrožené

skupiny. Cílem služby je tyto osoby vyhledávat a minimalizovat rizika jejich způsobu života. Služba může být osobám poskytována anonymně. Služba je poskytována bezúplatně.

V ČR působí 142 těchto služeb.

V tomto druhu služeb je zaměstnáno celkem 600 pracovníků.

Celkové náklady na tyto služby v roce 2008 činily 8,4 mil. eur.

Sociální rehabilitace

Sociální rehabilitace je soubor specifických činností směřujících k dosažení samostatnosti, nezávislosti a soběstačnosti osob, a to rozvojem jejich specifických schopností a dovedností, posilováním návyků a nácvikem výkonu běžných, pro samostatný život nezbytných činností alternativním způsobem využívajícím zachovaných schopností, potenciálů a kompetencí. Sociální rehabilitace se poskytuje formou terénních a ambulantních služeb, nebo formou pobytových služeb poskytovaných v centrech sociálně rehabilitačních služeb. Služba je poskytována obvykle bezúplatně.

V ČR působí 228 těchto služeb.

V tomto druhu služeb je zaměstnáno celkem 2 500 pracovníků.

Celkové náklady na tyto služby v roce 2008 činily 15,2 mil. eur.

OPRÁVNĚNÍ POSKYTOVAT SOCIÁLNÍ SLUŽBY

Sociální služby lze poskytovat pouze na základě registrace poskytovatele sociálních služeb. Registrací se rozumí vydání oprávnění poskytovat konkrétní druhy služeb. Oprávnění vydávají krajské úřady ve správním řízení na základě posouzení toho, zda poskytovatel je schopen splnit všechny zákonem stanovené podmínky. Dodržování zákonem stanovených podmínek, mezi něž patří také standardy kvality sociálních služeb, je kontrolováno formou inspekce sociálních služeb. Pokud poskytovatel neplní tyto podmínky, může dojít až k odejmutí oprávnění poskytovat sociální služby. Základním měřítkem kvality sociálních služeb je dodržování lidských práv při poskytování sociálních služeb.

Sociální služby mohou poskytovat jakékoliv právnické či fyzické osoby, které splní zákonné podmínky.

V České republice je poskytováno téměř 5 000 sociálních služeb 2 500 poskytovateli služeb. Poskytovatelé sociálních služeb jsou uvedeni v registru sociálních služeb, který je veřejně přístupnou databází umožňující vyhledání služby podle řady kritérií.

JAKÝ JE VZTAH MEZI UŽIVATELEM A POSKYTOVATELEM SOCIÁLNÍCH SLUŽEB?

Poskytování sociálních služeb je zákonem o sociálních službách založeno na smluvním principu. Sjednávání druhu služby a rozsahu poskytovaných služeb podle individuálních potřeb osob ve smlouvě včetně konkrétních podmínek poskytování služby je významným krokem směřujícím k uplatnění svobodné vůle osob, kterým jsou služby poskytovány. Smlouva uživateli služeb umožňuje vymáhat sjednaný rozsah služby a poskytovatele zavazuje k poskytování služby takovým způsobem, který je pro uživatele bezpečný a profesionální.

Smlouva o poskytování sociálních služeb musí být uzavřena v písemné formě, s výjimkou případů, kdy to není možné nebo vhodné (např. telefonická krizová pomoc či nízkoprahová zařízení pro děti a mládež). Charakter smlouvy je soukromoprávní a řídí se příslušnými ustanoveními občanského zákoníku.

CO JE TO PŘÍSPĚVEK NA PÉČI A JAKÉ JSOU PODMÍNKY JEHO PŘIZNÁNÍ A VÝPLATY?

Příspěvek na péči je určen k posílení kompetencí osob závislých na pomoci jiné osoby a pečujícího prostředí tak, aby každý individuálně mohl zvolit pro něj nejúčelnější způsob zajištění potřeb.

Příspěvek na péči je odstupňován podle míry závislosti, přičemž jeho hodnota je primárně odvozena od obvyklých nákladů spojených s péčí. Jedná se o příspěvek na péči a nikoliv o plnou saturaci nákladů péče, a to jak prostřednictvím poskytovatelů sociálních služeb nebo formou péče zajišťované osobami blízkými.

Příspěvek na péči umožňuje zabezpečovat péči v přirozeném prostředí, tj. napomáhá krýt náklady pečujícímu prostředí. Optimálním modelem je sdílení péče mezi neformálním pečujícím prostředím (rodina nebo jiné pečující osoby) a registrovanými poskytovateli sociálních služeb.

Příspěvek na péči náleží těm lidem, kteří jsou především z důvodu nepříznivého zdravotního stavu závislí na pomoci jiné osoby, a to v oblasti běžné denní péče o vlastní osobu a v soběstačnosti. Péčí o vlastní osobu se rozumí především takové denní úkony, které se týkají zajištění či přijímání stravy, osobní hygieny, oblékání a pohybu. Soběstačností se rozumí úkony, které umožňují účastnit se sociálního života, tj. např. schopnost komunikovat, nakládat s penězi či předměty osobní potřeby, obstarat si osobní záležitosti, uvařit si, vyprat a uklidit.

Příspěvek náleží osobě, o kterou má být pečováno, nikoliv osobě, která péči zajišťuje.

Příspěvek na péči nemůže být přiznán dítěti, které je mladší než jeden rok.

Schopnost zvládnout péči o vlastní osobu a být soběstačný je u každého člověka různá, proto zákon rozeznává čtyři stupně závislosti na pomoci jiné osoby, a to od mírné závislosti až po závislost úplnou.

O příspěvek je možné požádat na obecním úřadu obce s rozšířenou působností, v jejímž spádovém území má žadatel trvalý nebo hlášený pobyt.

Výše příspěvku pro osoby do 18 let věku činí za kalendářní měsíc

- a) 3 000 Kč, jde-li o stupeň I (lehká závislost),
- b) 5 000 Kč, jde-li o stupeň II (středně těžká závislost),
- c) 9 000 Kč, jde-li o stupeň III (těžká závislost),
- d) 11 000 Kč, jde-li o stupeň IV (úplná závislost).

Výše příspěvku pro osoby starší 18 let činí za kalendářní měsíc

- a) 2 000 Kč, jde-li o stupeň I (lehká závislost),
- b) 4 000 Kč, jde-li o stupeň II (středně těžká závislost),
- c) 8 000 Kč, jde-li o stupeň III (těžká závislost),
- d) 11 000 Kč, jde-li o stupeň IV (úplná závislost).

Člověk – žadatel o příspěvek – musí dodržet stanovené povinnosti, respektive podrobit se některým procedurám.

V první řadě musí správně podat žádost o příspěvek na péči a uvést všechny požadované povinné informace, tj. kromě osobních údajů také údaje o tom, jakým způsobem má být příspěvek vyplácen, a údaje o tom, kdo bude potřebnou péči zajišťovat.

Následuje proces posouzení stupně závislosti na pomoci jiné osoby, který zahajuje sociální pracovník. Sociální pracovník provede sociální šetření v prostředí, kde žadatel žije.

Po provedení sociálního šetření se žádostí o příspěvek zabývá posudkový lékař úřadu práce, který hodnotí funkční dopady zdravotního stavu na schopnost žadatele pečovat o sebe a být soběstačným a vychází přitom z výsledku sociálního šetření.

Pokud se žadatel odmítne podrobit některé z výše uvedených procedur, například neumožní provedení sociálního či zdravotního posouzení, pak ztrácí možnost získat příspěvek na péči.

O tom, zda bude příspěvek přiznán či nikoliv, rozhoduje obecní úřad obce s rozšířenou působností. Rozhodnutí o příspěvku na péči je doručeno žadateli a v případě, že je kladné, je žadatel (nyní již příjemce příspěvku) povinen obecnímu úřadu písemně ohlásit,

jakým způsobem a kým mu bude péče zajištěna, pokud tak již neučinil při podání žádosti. Pokud tak neučiní ani po zopakované výzvě, je výplata příspěvku zastavena. Zákon umožňuje obecnímu úřadu obce s rozšířenou působností vyplácet příspěvek v hotovosti (tj. i poštovní poukázkou) nebo na účet, který příjemce určí. Nárok na výplatu příspěvku vzniká podáním žádosti o přiznání příspěvku. První výplata příspěvku zahrnuje výplatu příspěvku i za období, ve kterém probíhalo správní řízení. Příspěvek lze použít pouze na výdaje související se zabezpečením pomoci a podpory osobě, která je závislá na péči jiné osoby. Může být tedy „spotřebován“ jako úhrada za péči, kterou zajišťuje poskytovatel sociální služby, a samozřejmě také na výdaje, jež vzniknou pečující osobě, tj. rodinnému příslušníkovi či jiné osobě, která není poskytovatelem sociální služby. Dá se také předpokládat, že oba výše uvedené způsoby bude příjemce kombinovat dle vlastní potřeby. Způsob využití příspěvku kontrolují pracovníci obecních úřadů obcí s rozšířenou působností. Pokud je zjištěno, že příspěvek není používán správně, může obecní úřad určit tzv. zvláštního příjemce, který zajistí správné použití příspěvku, a v případech zneužívání příspěvku nárok na výplatu příspěvku odejmout. Příspěvek na péči se nezapočítává jako příjem pro účely jiných dávkových systémů ani pro účely daní.

Základní kvantitativní údaje:

- Celkové měsíční výdaje na výplatu příspěvku na péči vykazují stabilní objem v intervalu 50 až 55 mil. eur, což v predikci celkového ročního čerpání znamená až 650 mil. eur, tj. 0,5% HDP.
- Celkový počet uznaných nároků na dávku se pohybuje mezi 240 až 250 tisíci osob měsíčně.
- Největší počet dávek podle rozvrstvení do stupňů vykazuje I. stupeň, tj. cca 103 000 dávek, což představuje 42 % z celkového počtu dávek. II. stupeň 81 500 (33%), III. stupeň 39 000 (16%), IV. stupeň 22 000 (9%).
- Největší objem měsíční výplaty dávek podle rozvrstvení do stupňů vykazuje II. stupeň, tj. cca 13,5 mil. eur, což představuje 33% z celkového objemu čerpání. I. stupeň 7,5 mil. eur (18%), III. stupeň 11 mil. eur (27%), IV. stupeň 8,6 mil. eur (20%).
- Z hlediska základní věkové struktury podílí se:
 - Děti do 18 let – 7%
 - Dospělí 19 až 65 let – 24%
 - Mladší senioři 65 až 75 let – 12%
 - Starší senioři 75 let a více – 57%

Příspěvek na péči dle způsobu použití

Příspěvek na péči dle způsobu použití je sledován podle tří, respektive čtyř kritérií:

- Jako pečující je uvedena fyzická osoba
- Jako pečující je uveden registrovaný poskytovatel sociálních služeb
- Jako pečující je uveden neregistrovaný poskytovatel, nebo údaj není znám

Z hlediska způsobu použití je zcela zjevné, že **příspěvek na péči je využíván především při zajištění péče fyzickou osobou, tj. nejčastěji členem rodiny**, přičemž se stupněm závislosti tento podíl mírně klesá a naopak se zvyšuje podíl péče ze strany registrovaných poskytovatelů sociálních služeb.

V procentech	Podíl v I. stupni	Podíl v II. stupni	Podíl ve III. Stupni	Podíl v IV. stupni
Fyz. osoba	77	77	72	59
Registr. poskyt.	17,5	19,5	23	35
Nereg. poskyt., nebo údaj neuveden	5,5	4,5	5	6

Při zajištění péče fyzickou osobou jsou **nejčastějšími pečujícími osobami – dítě člověka vyžadující péči (nikoliv nezletilé), manžel či manželka a rodič.**

V jednotlivých stupních příspěvku na péči je pak tato struktura následující:

V procentech	Podíl v I. Stupni	Podíl v II. stupni	Podíl ve III. stupni	Podíl v IV. stupni
Dítě	42	36	29	26
Manžel	13	16	14	11
Rodič	7	11	22	20

Další významnější skupinou pečující jsou pak zeť/snacha, vnuk/vnučka a jiné osoby. Jejich podíl však nepřekračuje 5%.

Pokud je **péče zajištěna registrovaným poskytovatelem sociálních služeb**, potom je struktura poskytovatelů dle stupně příspěvku na péči a formy služby následující:

V procentech	Podíl v I. Stupni	Podíl v II. stupni	Podíl ve III. stupni	Podíl v IV. stupni
Pobytové	10	14	19	32
Ambulantní	4	3	3	3
Terénní	8	6	5	4
Žádný poskytovatel	78	77	73	61

JAKÉ JE POSTAVENÍ PEČUJÍCÍCH V RODINĚ ČI JINÝCH BLÍZKÝCH OSOB?

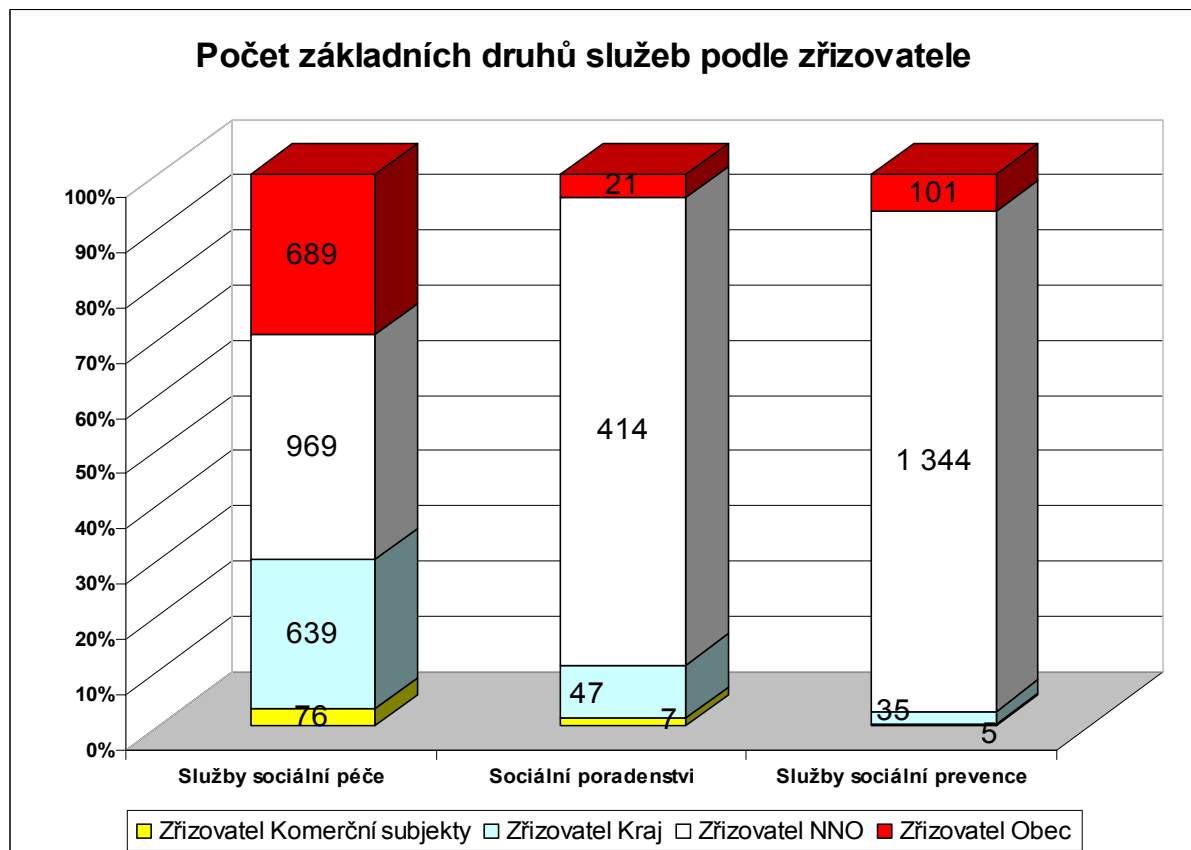
Pokud o svého rodinného příslušníka nebo jinou blízkou osobu, která je závislá na pomoci jiných (tj. obvykle je přiznán příspěvek na péči), pečují lidé samostatně nebo s dílčí dopomocí sociálních služeb, jsou jim ze zákona přiznány tyto další prvky sociální ochrany:

- Příspěvek na péči se nezapočítává do příjmů pečujících pro účely dávkových systémů ani daňových systémů
- Příspěvek na péči je vyplácen i v částečném souběhu s rodičovským příspěvkem, pokud je pečováno o dítě do 7 let věku
- Doba péče je hlavní pečující osobě obvykle započítána jako náhradní doba pro účely důchodového zabezpečení
- Hlavní pečující osoba je tzv. „státním pojištěncem“ v oblasti veřejného zdravotního pojištění
- Pečující osoby nejsou nijak limitovány při pracovním uplatnění
- Není testována příjmová situace oprávněné osoby ani osob v domácnosti pro přiznání dávky

Příloha

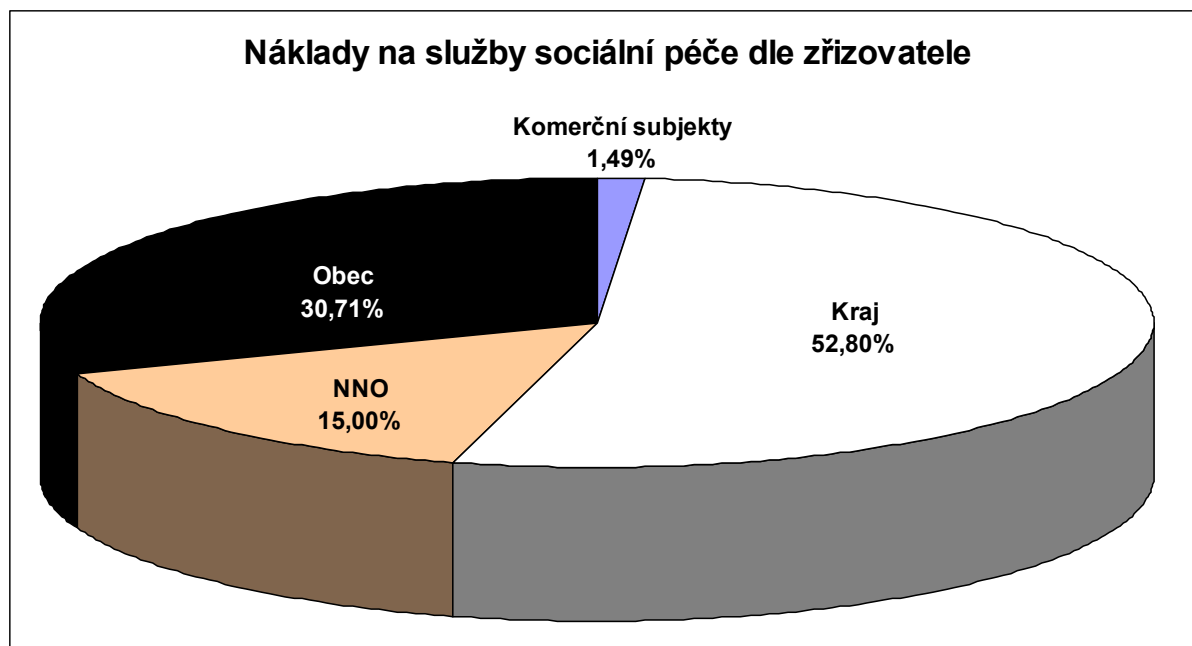
Vybrané údaje o systému sociální služeb v ČR v roce 2008

Graf č. 1: Počet základních druhů služeb podle zřizovatele



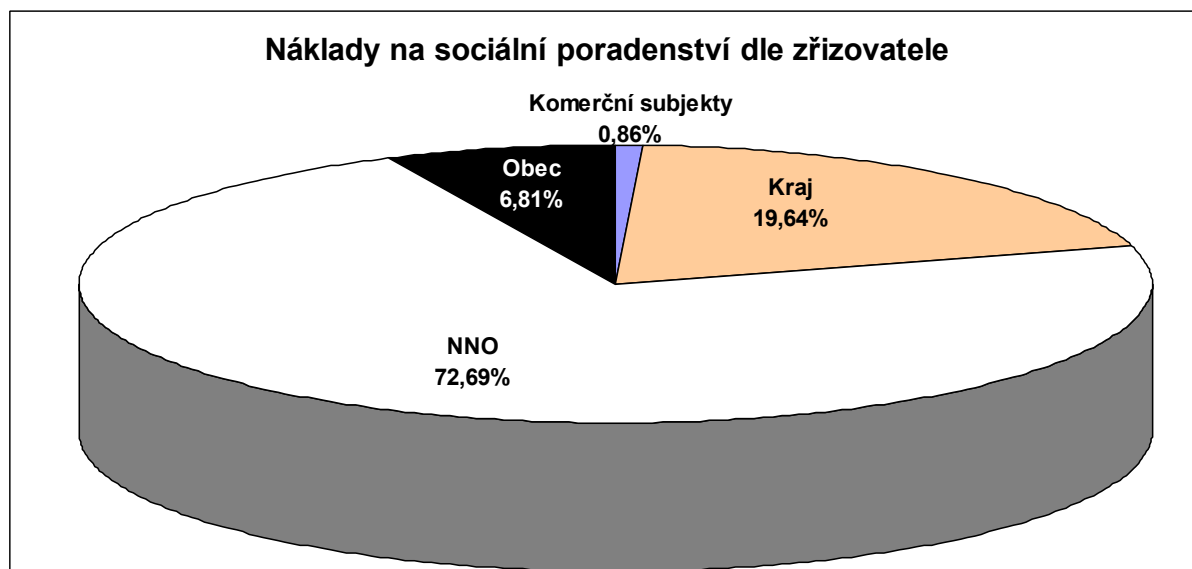
Graf ukazuje podíl druhů provozovatelů základních druhů sociálních služeb. Z grafu je patrné, že majoritním poskytovatelem služeb v ČR jsou NNO. Jde však o absolutní počet služeb. V kontextu konkrétních druhů služeb je majoritním poskytovatelem služeb sociální péče územní samospráva. V oblasti sociálního poradenství a služeb sociální prevence je zjevná dominance NNO.

Graf č. 2: Náklady na služby sociální péče dle zřizovatele



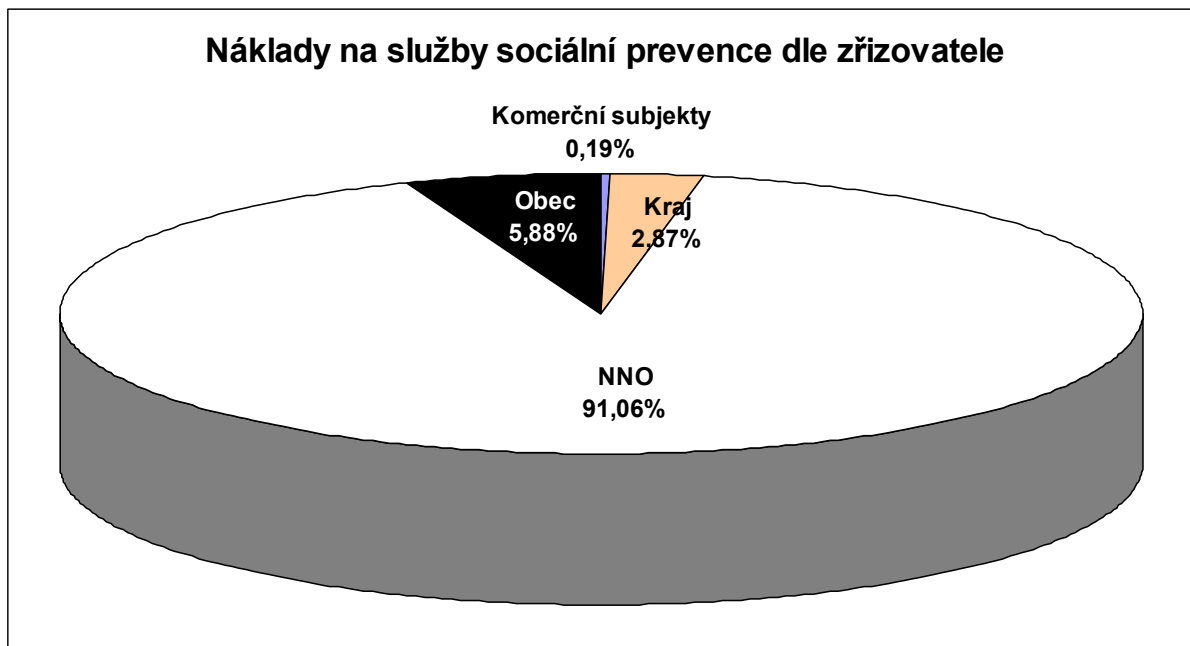
Náklady na sociální služby jsou rozloženy podle druhu služeb, které převážně zřizovatelé realizují. Je tedy zjevné, že pokud je majoritním poskytovatel služeb sociální péče samospráva, pak jsou náklady na jimi zřizované služby nejvyšší.

Graf č. 3: Náklady na sociální poradenství dle zřizovatele



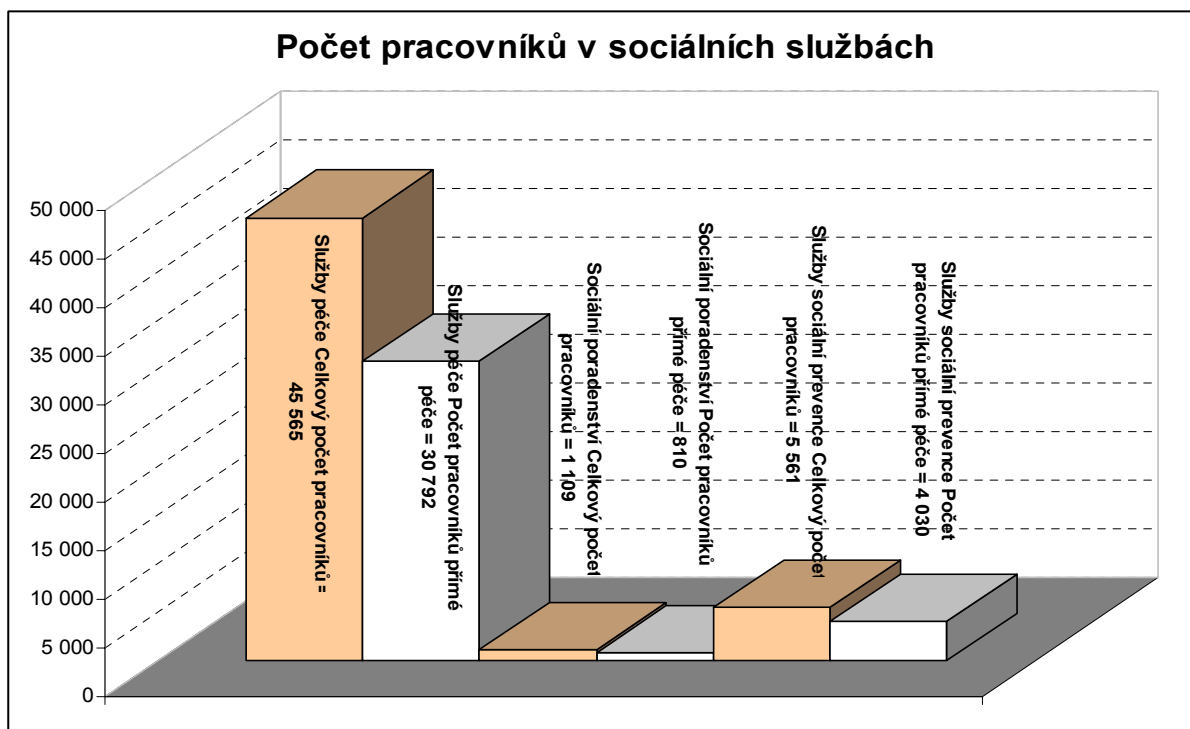
V oblasti sociálního poradenství je situace zcela opačná. Majoritním poskytovatele jsou NNO, a tudíž náklady na sociální poradenství jsou převážně směřovány do sféry NNO. Z tohoto hlediska je pak nezbytné zajistit dostatečnou a trvalou podporu NNO z veřejných rozpočtů.

Graf č. 4: Náklady na služby sociální prevence dle zřizovatele



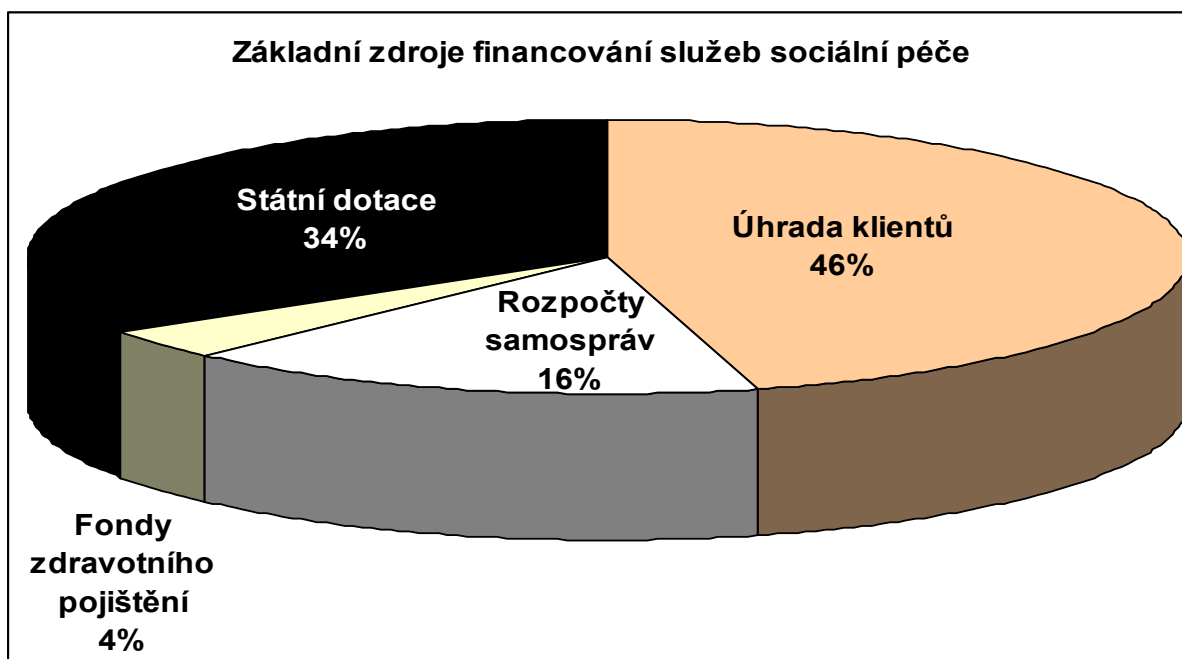
V oblasti služeb sociální prevence je situace obdobná jako v sociálním poradenství. Majoritním poskytovatele jsou NNO, a tudíž náklady na služby sociální prevence jsou převážně směřovány do sféry NNO. Z tohoto hlediska je pak nezbytné zajistit dostatečnou a trvalou podporu NNO z veřejných rozpočtů.

Graf č. 5: Počet pracovníků v sociálních službách



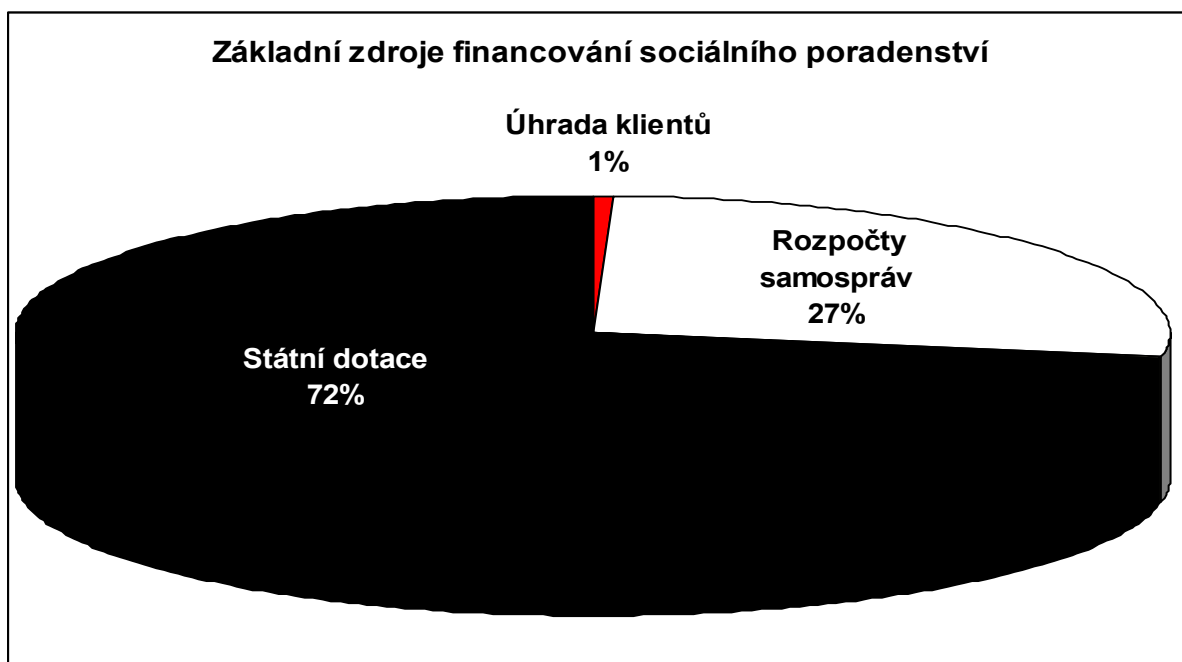
Z grafu je patrné, že v sociálních službách působí nejvíce pracovníků v oblasti služeb sociální péče. V této oblasti se předpokládá další růst počtu pracovních míst, a to především s ohledem na stárnutí populace.

Graf č. 6: Základní zdroje financování služeb sociální péče



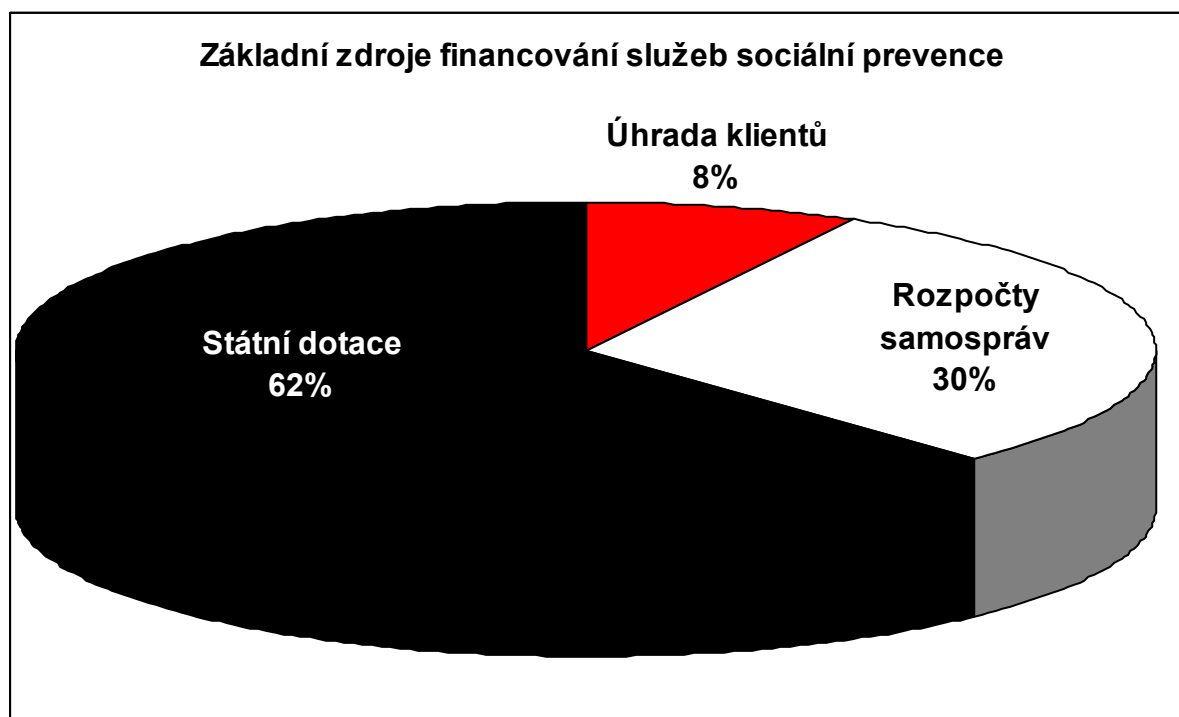
Z uvedeného grafu je patrné, že majoritním zdrojem financování služeb sociální péče jsou úhrady klientů. Cílem je financovat především služby sociální péče ze zdrojů klientů (včetně státních dávek) ve výši, která pokryje běžné provozní náklady poskytovatelů. Financování ze státního rozpočtu by mělo být v budoucnosti jen doplňkové a mělo by zabezpečovat kvalitativní rozvoj služeb nebo upravovat specifické rozdíly dané regionem nebo cílovou skupinou klientů.

Graf č. 7: Základní zdroje financování sociálního poradenství



Ve službách sociálního poradenství je zásadním zdrojem financování státní rozpočet. Postupně by mělo dojít k decentralizaci financování na úroveň regionů a obcí. Sociální poradenství je pro klienty poskytováno bezúplatně. Úhrada klientů je zde uvedena pouze jako symbolická úhrada za půjčování kompenzačních pomůcek pro osoby se zdravotním postižením.

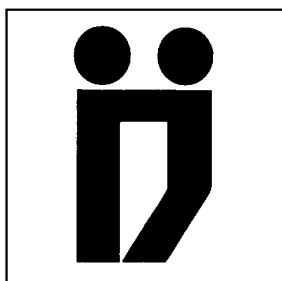
Graf č. 8: Základní zdroje financování služeb sociální prevence



Ve službách sociální prevence jsou úhrady klientů spíše metodou práce s klienty (azylové domy, noclehárny), tj. úhrada má spíše terapeutický charakter. Stejně jako u sociálního poradenství by mělo dojít k postupné decentralizaci financování ze státního rozpočtu směrem k rozpočtům regionů a obcí.

Příloha II.

Vládní výbor pro zdravotně postižené občany



Národní plán podpory a integrace občanů se zdravotním postižením na období 2006 - 2009

přijatý usnesením vlády ČR ze dne 17. 8. 2005 č. 1004

Praha 2005

ISBN 80-86734-66-8

Obsah

Úvod

1. Vzdělávání a školství
2. Sociální zabezpečení (sociální pojištění, sociální služby a dávky) pro občany se zdravotním postižením
3. Zaměstnanost a zaměstnávání
4. Zdravotnictví
5. Přístupnost prostředí
6. Přístup k informacím a kulturnímu dědictví
7. Prevence diskriminace občanů se zdravotním postižením
8. Participace občanů se zdravotním postižením a jejich organizací na správě veřejných záležitostí
9. Koordinace a monitorování plnění Národního plánu
10. Finanční dopady jednotlivých opatření

Úvod

Zdravotní postižení představuje významnou sociální událost, která je bez dalšího jen obtížně srovnatelná se situacemi závislými či odvozenými od lidského konání. Občané a obyvatelé České republiky se zdravotním postižením musí překonávat řadu překážek a omezení, které částečně vyplývají z existence daného postižení, částečně jsou dány handicap - omezeními, které jim v průběhu svého vývoje postavila do cesty organizace lidské společnosti.

Česká republika se v posledních letech zařadila mezi státy, které si uvědomují zvýšenou odpovědnost za odstraňování bariér, bránících občanům se zdravotním postižením v plnohodnotné účasti na životě společnosti. Proto byly v posledním období přijaty tři Národní plány, které měly přispět ke zlepšení jejich postavení ve společnosti. Národní plán pomoci zdravotně postiženým občanům byl přijat usnesením vlády č. 466 v roce 1992. Mezi jeho cíle mj. patřilo zejména odstranění nejzávažnějších případů diskriminace a zahájení systémových změn v oblasti podpory občanů se zdravotním postižením. V roce 1993 byla přijata aktualizace zmíněného dokumentu, nazvaná Národní plán opatření pro snížení negativních důsledků zdravotního postižení, který byl schválen usnesením vlády ČR č. 493 (8.9.1993). Poslední dosavadní materiál tohoto druhu přijala vláda ČR dne 14. dubna 1998 svým usnesením č. 256 jako Národní plán vyrovnávání příležitostí pro občany se zdravotním postižením. Vláda České republiky několikrát hodnotila plnění tohoto plánu a naposledy, 9. června 2004 svým usnesením č. 579:

- a) konstatovala, že z 83 opatření, která měla být splněna do 31. prosince 2003 nebo se mají plnit každoročně či průběžně, bylo splněno nebo se plní 80 opatření,
- b) uložila místopředsedovi vlády pro výzkum a vývoj, lidská práva a lidské zdroje předložit vládě do 31. května 2005 další zprávu o plnění Národního plánu vyrovnávání příležitostí pro občany se zdravotním postižením.

Dne 16. června 2004 vláda České republiky svým usnesením č. 605 schválila Střednědobou koncepci státní politiky vůči občanům se zdravotním postižením (dále jen „Střednědobá koncepce“) a uložila členům vlády, aby ve své legislativní, řídicí, metodické a organizační činnosti, dotýkající se potřeb občanů se zdravotním postižením, vycházeli ze Střednědobé koncepce a realizovali jednotlivá koncepční opatření. Vláda současně rozhodla

do 30. června 2005 o vypracování a předložení nového Národního plánu pro podporu a integraci občanů se zdravotním postižením na období 2006 – 2009 (dále jen „Národní plán“), vycházejícího z cílů a úkolů Střednědobé koncepce.

Na základě uvedeného usnesení předkládá Vládní výbor pro zdravotně postižené občany návrh tohoto dokumentu. Návrh ve strukturálním pojetí vychází z osvědčeného modelu, který se uplatnil při přijímání posledního Národního plánu vyrovnávání příležitostí pro občany se zdravotním postižením. Ten přitom respektuje pojetí Standardních pravidel OSN pro vyrovnávání příležitostí pro osoby se zdravotním postižením. Jednotlivé kapitoly Národního plánu obsahují stručné uvození dané oblasti, žádoucí cílový stav, kterého se má dosáhnout, a jednotlivá zřetelně formulovaná opatření s označením odpovědného resortu a návrhu termínu plnění.

Vzhledem k předchozímu přijetí zásadního dokumentu v oblasti politiky ve prospěch zdravotně postižených občanů, kterým se stala Střednědobá koncepce, přijatá v roce 2004, vychází řada úkolů Národního plánu právě z cílů a opatření této koncepce.

Jednotlivé úkoly a opatření Národního plánu spojuje přesvědčení, že přes značný pokrok v minulosti, stále ještě nebylo v České republice dosaženo takového stupně vyrovnání příležitostí, včetně odstranění diskriminačních překážek, které by odpovídaly historickým, kulturním a společenským tradicím České republiky, a které by zaručovaly míru podpory občanů se zdravotním postižením, na úrovni odpovídající hospodářské výkonnosti České republiky.

1. Vzdělávání a školství

Stěžejním cílem vzdělávání občanů se zdravotním postižením zůstává zajištění rovného přístupu, který v sobě zahrnuje i prvky odstraňování minulých deformací a prevenci vzniku (byť nepřímého) diskriminačního jednání v jednotlivých situacích. Společná školní docházka bude stále více chápána jako důležitý faktor prevence sociálního vyloučení, než jako prosté organizačně pedagogické opatření. V rámci pravidla rovného přístupu budou přijímána opatření legislativního, personálního, ekonomického, technického a pedagogického charakteru. Nediskriminací a rovným přístupem se rozumí umožnění vzdělávání v obou základních proudech vzdělávání – hlavním i speciálním, při respektování základních práv zákonných zástupců dítěte, resp. občana se zdravotním postižením. V rámci tohoto pravidla je vzdělání chápáno jako základní lidské právo s univerzální lidskou hodnotou.

Ve školním roce 2003/2004 navštěvoval v České republice jednotlivé stupně vzdělávací soustavy následující počet dětí a žáků se zdravotním postižením*:

Stupeň vzdělávání/ typ vzdělávání	Mateřské školy	Základní školy	Střední školy	Celkem
Individuální integrace	2 001	4 382	670	7 053
Speciální třídy	4 420	4 282	- - -	8 702
Speciální školy	3 391	**35 542	***16 347	55 280
Celkem	9 812	44 206	17 017	71 035

* bez žáků se specifickou vývojovou poruchou učení

** včetně Pomocných škol a přípravného stupně

*** z toho 2642 speciální střední školy a 13 705 speciální SOU a OU

Základním cílem pro období platnosti Národního plánu je umožnit většímu počtu dětí a žáků se zdravotním postižením společné vzdělávání s dětmi a žáky bez zdravotního postižení, a to při zachování vysoké míry úrovně vzdělávání. Tento cíl je chápán nejen jako naplnění jednoho ze základních lidských a občanských práv dětí a žáků se zdravotním postižením, ale i jako významný prostředek ovlivňující do budoucna postoje a soudy majoritní společnosti i

občanů se zdravotním postižením vůči sobě navzájem, a také jako prostředek předcházející a zabraňující sociálnímu vyloučení těchto občanů.

Stanovený cíl je rozpracován do konkrétních opatření. Opatření, u kterých je uveden orientační odhad finančních nákladů, budou financována v míře, kterou umožní prostředky v kapitole 333.

Opatření:

1.1. Zajistit pravidelné vyhodnocování kvantitativních ukazatelů počtů dětí a žáků se zdravotním postižením, dosahujících jednotlivých stupňů vzdělání, kvalitativní ukazatele úrovně podmínek jednotlivých škol a školských zařízení pro děti a žáky se zdravotním postižením. K tomu zpřesnit statistické výkaznictví pro děti a žáky se zdravotním postižením.

MŠMT - průběžně

Finanční zajištění: v rámci výdajového limitu rozpočtové kapitoly MŠMT

1.2. Rozšířit výchovné a profesní poradenství o svébytný celek zaměřený na část, týkající se profesního uplatnění žáků a studentů se zdravotním postižením. K tomuto účelu zavést do roku 2006 systém vzdělávání výchovných poradců ve školách zahrnující vzdělávací program práce s žáky se zdravotním postižením, do roku 2008 rozšířit tento systém na všechny základní a střední školy.

MŠMT - do 31. 12. 2008

Finanční zajištění: v rámci výdajového limitu rozpočtové kapitoly MŠMT

Orientační odhad nákladů: cca 20 mil. Kč ročně

1.3. Zajistit, aby rámcové vzdělávací programy respektovaly specifika vzdělávání jednotlivých skupin žáků se zdravotním postižením, včetně konkretizace prostředků speciálně pedagogické podpory a způsobů jejich poskytování. Zvláštní pozornost věnovat zajištění této podpory ve vzdělávacích programech určených primárně pro žáky bez zdravotního postižení.

MŠMT - do 31. 12. 2009

Finanční zajištění: v rámci výdajového limitu rozpočtové kapitoly MŠMT

1.4. V období 2006 a 2007 zanalyzovat fungování organizačních a procesních stránek průběhu speciálně pedagogického poradenství, včetně provádění diagnostiky speciálních vzdělávacích potřeb žáků se zdravotním postižením

v rámci školských poradenských zařízení – speciálně pedagogických center, upravené novou školskou legislativou. Na základě provedené analýzy, v případě potřeby, formou metodického pokynu zpřesnit organizační a procesní pravidla a další náležitosti nutné pro objektivní posouzení speciálních vzdělávacích potřeb v rámci prováděné diagnostiky.

MŠMT - do 31. 12. 2008

Finanční zajištění: v rámci výdajového limitu rozpočtové kapitoly MŠMT

- 1.5. Vydat metodický pokyn, upravující doporučený postup při umísťování asistenta pedagoga do třídy, v níž je vzděláván žák nebo žáci se zdravotním postižením.

MŠMT - do 31. 12. 2006

Finanční zajištění: v rámci výdajového limitu rozpočtové kapitoly MŠMT

- 1.6. V návaznosti na novou legislativní úpravu vzdělávání a nové pojetí sociálních služeb a dávek sociálního zabezpečení nově řešit dopravu dětí, žáků a studentů se zdravotním postižením, navštěvujících vzdělávací instituce a vytvořit tak systém, jenž by umožnil zákonným zástupcům dětí, žáků a studentů se zdravotním postižením volit vzdělávací nabídku obou vzdělávacích proudů. Zvláštní pozornost věnovat podpoře dopravních služeb pro děti s těžkými a kombinovanými formami postižení, které nelze dopravovat jinak než individuálně.

MD, MPSV - průběžně

Finanční zajištění: v rámci výdajového limitu rozpočtových kapitol MD a MPSV

Orientační odhad nákladů bude vyčíslen v návrhu legislativního opatření

- 1.7. Vytvořit podmínky pro zajištění pomůcek technického a kompenzačního charakteru cíleně zaměřených na skupiny zdravotně postižených a speciálních učebnic a učebních materiálů, které budou umožňovat a podporovat vzdělávání dětí, žáků a studentů se zdravotním postižením.

MŠMT – průběžně

Finanční zajištění: v rámci výdajového limitu rozpočtové kapitoly MŠMT

Orientační odhad nákladů: cca 20 mil. Kč ročně

- 1.8. V souladu s přílohou vyhlášky MŠMT č. 65/2005 Sb., nadále zajišťovat speciální vzdělávací potřeby dětí a žáků se zdravotním postižením tzv.

normativy finančních prostředků. Navyšovat tento normativ v případě potřeby řešení vzdělávací situace v rámci hlavního vzdělávacího proudu.

MŠMT – průběžně

Finanční zajištění: v rámci výdajového limitu rozpočtové kapitoly MŠMT

- 1.9. Při vzdělávání dětí a žáků s těžším zdravotním postižením rozvíjet jejich sociální kompetence, především zaváděním alternativních a augmentativních forem komunikace. Uvedené požadavky vhodně začlenit do školních vzdělávacích programů.

MŠMT – průběžně

Finanční zajištění: v rámci výdajového limitu rozpočtové kapitoly MŠMT

- 1.10. Vypracovat analýzu řešící organizační, ekonomické, obsahové, personální a metodické aspekty nového způsobu vzdělávání a postupného rozšiřování vzdělávacích příležitostí dětí dosud osvobozovaných od povinné školní docházky. Vytvářet podmínky pro zvyšování kvality života osob s těžkou a hlubokou mentální retardací. Mj. formou zřízení „aktivačních center“ ve školách samostatně zřízených pro žáky s mentálním postižením, naplňujících vzdělávací a integrační potřeby těch osob, které nevyužívají služeb sociálních zařízení a nejsou schopny zaměstnání ani v chráněných dílnách.

MŠMT - do 31. 12. 2007

Finanční zajištění: v rámci výdajového limitu rozpočtové kapitoly MŠMT

- 1.11. Zlepšit vybavenost speciálně pedagogických center pro zrakově postižené kompenzační technikou za účelem jejího efektivního zapůjčování školám hlavního vzdělávacího proudu vzdělávajících děti se zrakovým postižením.

MŠMT - průběžně

Finanční zajištění: v rámci výdajového limitu rozpočtové kapitoly MŠMT

- 1.12. Žákům, kteří nemohou vnímat řeč sluchem, prioritně zajistit vzdělávání prostřednictvím znakové řeči postupně na všech školách, samostatně určených pro žáky se speciálními vzdělávacími potřebami a dále i na všech školách hlavního vzdělávacího proudu, v nichž jsou tito žáci vzděláváni.

MŠMT – do 31. 12. 2008

Finanční zajištění: v rámci výdajového limitu rozpočtové kapitoly MŠMT

1.13. Zpracovat systém dalšího vzdělávání hluchoslepých žáků navazující na rámcový vzdělávací program základního vzdělávání.

MŠMT - do 31. 12. 2008

Finanční zajištění: v rámci výdajového limitu rozpočtové kapitoly MŠMT

Orientační odhad nákladů: cca 5 mil. Kč ročně

1.14. Nadále rozvíjet vzdělávací podmínky dětí s autismem především optimalizací sítě tříd pro tyto děti, žáky a studenty, pokračováním v zavádění systémových poradenských služeb pro klienty s autismem ve všech krajích České republiky.

MŠMT - do 31. 12. 2009

Finanční zajištění: v rámci výdajového limitu rozpočtové kapitoly MŠMT

Orientační odhad nákladů: cca 5 mil. Kč ročně

1.15. Prostřednictvím ustanovených „center integrované podpory“ využívat stávající kapacity škol určených pro žáky se zdravotním postižením ke koordinaci metodických, poradenských, diagnostických a speciálně pedagogických aktivit z oblasti speciálního vzdělávání s pedagogy škol hlavního vzdělávacího proudu.

MŠMT - do 31. 12. 2008

Finanční zajištění: v rámci výdajového limitu rozpočtové kapitoly MŠMT

1.16. V souvislosti s rozvojem vzdělávacího systému dále umožňovat doplnění vzdělání občanů se zdravotním postižením formou kursů, včetně jejich ekonomického zabezpečení.

MŠMT - průběžně

Finanční zajištění: v rámci výdajového limitu rozpočtové kapitoly MŠMT

1.17. Ve vyšších odborných školách a na vysokých školách věnovat zvláštní pozornost organizaci vzdělávacích programů distančního vzdělávání zaměřeného na jednotlivé typy zdravotních postižení: zejména zrakové, sluchové, tělesné postižení. Ve speciálním zákonu o ověřování a uznávání výsledků dalšího vzdělávání zohlednit vzdělávací potřeby občanů se zdravotním postižením ve smyslu jejich celoživotního učení.

MŠMT – průběžně

Finanční zajištění: v rámci výdajového limitu rozpočtové kapitoly MŠMT

1.18. Pokračovat v grantové a dotační podpoře vysokých škol s cílem podpořit projekty zpřístupnění možností vysokoškolského vzdělání pro občany se zdravotním postižením.

MŠMT - průběžně

Finanční zajištění: v rámci výdajového limitu rozpočtové kapitoly MŠMT

Orientační odhad nákladů: cca 20 mil. Kč ročně

1.19. V rámci podpory vědecko výzkumných záměrů a aktivit zajistit pravidelnou alokaci části prostředků určených na výzkum a vývoj do segmentu podmínek vzdělávání žáků se zdravotním postižením. O rozsahu a určení těchto prostředků jedenkrát ročně informovat Vládní výbor pro zdravotně postižené občany.

MŠMT - průběžně

Finanční zajištění: v rámci výdajového limitu rozpočtové kapitoly MŠMT

Orientační odhad nákladů: cca 30 mil. Kč ročně

2. Sociální zabezpečení (sociální pojištění, sociální služby a dávky) pro občany se zdravotním postižením

System sociálního zabezpečení, ve vztahu k občanům se zdravotním postižením, bude reformován a rozvíjen s cílem poskytovat soubor dávek a služeb primárně podporujících sociální začleňování těchto občanů.

Cílem je tak vytvořit kvalitní, moderní, dostupný a efektivní systém sociálních služeb a dávek sociální pomoci odrážející změny ve společnosti a srovnatelný s ostatními systémy zemí EU.

Charakteristickým rysem nově budovaných i upravovaných subsystémů sociální ochrany se stane snaha státu odstranit dříve běžně užívaný model plošného pojetí (výplata, poskytování) institutu sociální podpory ve smyslu cílené ingerence ve prospěch občanů a rodin objektivně i subjektivně nejvíce zasažených zdravotním postižením. Všechny prováděné úpravy a korekce systému i tak musí vést k cílené a vědomé diferenciaci, prováděné podle závažnosti a důsledků zdravotního postižení, jejímž výsledkem musí být sociální začlenění občana se zdravotním postižením.

Koncepce sociálního zabezpečení směřuje především k širší nabídce služeb podporujících setrvání občana se zdravotním postižením ve vlastní domácnosti a umožňující mu vést samostatný život a zároveň spolurozhodovat o rozsahu a formě poskytované péče.

K naplnění uvedených cílů bude nezbytné transformovat dosavadní modely podpory i systémy dávek a služeb tak, aby byly srovnatelné s úpravami ostatních zemí EU. Jedná se zejména o služby odlehčovacího charakteru, které jsou charakteristické svou variabilitou, snadnou dostupností a schopností vyhovět individuálním potřebám vyplývajícím z charakteru daného zdravotního postižení. Je nezbytné prosadit, aby byly sociální služby pojímány jako proaktivní opatření přispívající k sociální soudržnosti, ale také a zejména k rozvoji lidských zdrojů a zaměstnanosti. Sociální služby budou pojímány jako jedna z velkých příležitostí pro zaměstnanost a s ní související ekonomický a společenský prospěch pro společnost i jednotlivce (poskytovatele i uživatele).

System sociálních služeb bude koncipován jako vhodně se doplňující se systémem sociálních dávek pro zdravotně postižené. Systémy budou nastaveny jako dostupné a budou občanům se zdravotním postižením pomáhat žít v přirozené komunitě, pracovat, vzdělávat se a zpřístupní jim zboží a veřejné služby. V neposlední řadě bude systém dávek a zejména služeb budován jako

preventivní, ve smyslu nalezení možností předcházení trvalé „invalidizace“ zdravotního postižení a nalezení možností podpory navrácení občana se zdravotním postižením k více či méně samostatné účasti na trhu práce. Cílem těchto opatření bude kompenzovat individuální důsledky zdravotního postižení, a to zejména v oblasti zvýšených životních nákladů, omezených možností mobility, potřeby technických pomůcek. Více než v současnosti, kdy jsou nároky ve většině případů odvozeny od diagnózy, bez ohledu na skutečné individuální důsledky, bude obecným důvodem a „filozofií“ poskytnutí dávky a služby snaha o vyrovnávání příležitostí a předcházení sociálnímu vyloučení.

Opatření

2.1. Zpracovat návrh legislativních opatření nové pomoci občanům se zdravotním postižením prostřednictvím dávek sociální péče (pomoci), a to za použití moderních hledisek hodnocení potřeb osob se zdravotním postižením a moderních forem pomoci. Tato pomoc bude důsledně oddělena od pomoci státu v hmotné nouzi (sociální potřebnosti).

MPSV - do 31. 12. 2008

Finanční zajištění: v rámci výdajového limitu rozpočtové kapitoly MPSV

Orientační odhad nákladů bude vyčíslen v návrhu legislativního opatření

2.2. Zefektivnit systém posudkové služby sociálního zabezpečení a v návaznosti na transformaci dávek sociální péče (pomoci) vytvořit jednotný systém posuzování zdravotního stavu.

MPSV – průběžně

Finanční zajištění: v rámci výdajového limitu rozpočtové kapitoly MPSV

2.3. V návaznosti na výsledky analýz a porovnání návrhů různých variant důchodové reformy, zadaných parlamentními politickými stranami (měly by být k dispozici v polovině roku 2005) a na následné rozhodnutí o podobě české důchodové reformy provést analýzu oddělení invalidního pojištění od starobního pojištění, včetně řešení pozůstalostních dávek, v podmínkách ČR s tím, že analýza bude obsahovat i mezinárodní srovnání v této věci.

MPSV - do 31. 12. 2008

Finanční zajištění: v rámci výdajového limitu rozpočtové kapitoly MPSV

Orientační odhad nákladů: cca 800 tis. Kč

2.4. V návaznosti na výsledky a závěry projektu výzkumu a vývoje VÚPSV na rok 2005 „Mezinárodní srovnání vybraných dílčích prvků systému důchodového pojištění, které mají vliv na příjmy systému, na stanovení výše dávek a na výdaje, včetně vztahu tohoto systému k systému nemocenského pojištění“ provést analýzu souběhu všech dávek podmíněných dlouhodobě nepříznivým zdravotním stavem s příjmem z výdělečné činnosti s tím, že součástí analýzy by bylo i srovnání zahraničních právních úprav této problematiky, včetně porovnání definic různých stupňů invalidity, a doporučení pro řešení v podmínkách ČR.

MPSV - do 31. 12. 2008

Finanční zajištění: v rámci výdajového limitu rozpočtové kapitoly MPSV

Orientační odhad nákladů: cca 800 tis. Kč

2.5. Analyzovat možnost odstranění systému krácení a odebrání částečného invalidního důchodu při souběhu s jistou výší hranice příjmu. Výsledky analýzy použít při aktualizaci Národního plánu.

MPSV - do 31. 12. 2007

Finanční zajištění: v rámci výdajového limitu rozpočtové kapitoly MPSV

2.6. Navrhnout právní úpravu zakotvující rehabilitaci osob se zdravotním postižením vytvářející dostatečný prostor a podmínky pro vzájemnou provázanost a potřebnou návaznost jednotlivých oblastí rehabilitace.

MPSV, MZ, MŠMT - do 31.12. 2006

Finanční zajištění: v rámci výdajového limitu rozpočtových kapitol MPSV, MZ, MŠMT

Orientační odhad nákladů bude vyčíslen v návrhu legislativního opatření

2.7. Navrhnout zřízení orgánu popř. instituce zabezpečující koordinaci provádění rehabilitace osob se zdravotním postižením a zároveň sledovat účinnost poskytnuté rehabilitační péče.

MPSV, MZ, MŠMT - do 31. 12. 2006

Finanční zajištění: v rámci výdajového limitu rozpočtových kapitol MPSV, MZ, MŠMT

Orientační odhad nákladů bude vyčíslen v návrhu legislativního opatření

2.8. Rozvíjet jednotlivé oblasti rehabilitace osob se zdravotním postižením (léčebná rehabilitace, sociální rehabilitace, vzdělávání a pracovní rehabilitace).

MPSV, MZ, MŠMT - průběžně

Finanční zajištění: v rámci výdajového limitu rozpočtových kapitol MPSV, MZ, MŠMT

Orientační odhad nákladů bude vyčíslen v návrhu legislativního opatření

2.9. Vyhodnotit efektivitu stávajících modelů podpory a vzájemného poměru poskytovaných prostředků podpory zaměstnanosti a podpory sociálních služeb a navrhnout organizační a legislativní systém podporující pracovní činnost osob s těžkým zdravotním postižením s převahou pracovní terapie, který zohlední rozdíly mezi pracovištěm typu chráněné dílny s běžným pracovní právním vztahem a dílny s převahou prací terapeutického nebo sociálního významu

MPSV - s přijetím nového zákona o sociálních službách

Finanční zajištění: v rámci výdajového limitu rozpočtové kapitoly MPSV

2.10. Zajistit vypracování analýzy současného způsobu provozování rané péče a navrhnout legislativní opatření pro ustavení tohoto typu služby jako uceleného komplexu řady podpůrných služeb a programů zaměřených na celou rodinu dítěte se zdravotním postižením v raném věku. Při vypracování analýz zhodnotit dopady zákona o sociálních službách, který řeší část problematiky rané péče, spadající do působnosti MPSV.

MPSV, MZ, MŠMT - do 31. 12. 2008

Finanční zajištění: v rámci výdajového limitu rozpočtových kapitol MPSV, MZ, MŠMT

2.11. Zavést systém nezávislého dohledu nad kvalitou sociálních služeb založený na zákonem stanovených standardech kvality sociálních služeb.

MPSV - s přijetím nového zákona o sociálních službách

Finanční zajištění: v rámci výdajového limitu rozpočtové kapitoly MPSV

Orientační odhad nákladů: cca 20 mil. Kč startovací náklady, cca 8 mil. Kč ročně

2.12. Vytvořit jednotný informační systém sociálních služeb založený na systému registrace poskytovatelů sociálních služeb.

MPSV - s přijetím nového zákona o sociálních službách
Finanční zajištění: v rámci výdajového limitu rozpočtové kapitoly MPSV
Orientační odhad nákladů: cca 10 mil. Kč startovací náklady, cca 2 mil. Kč ročně

- 2.13. Vytvořit a zavést systém rozvoje lidských zdrojů v sociálních službách, a to především zavedením uceleného modelu dalšího vzdělávání a celoživotního vzdělávání pracovníků sociálních služeb.

MPSV - s přijetím nového zákona o sociálních službách
Finanční zajištění: v rámci výdajového limitu rozpočtové kapitoly MPSV
Orientační odhad nákladů: cca 25 mil. Kč startovací náklady, cca 5 mil. Kč ročně

- 2.14. Zajistit rovný přístup k veřejným zdrojům pro všechny poskytovatele sociálních služeb, kteří naplní zákonem stanovené standardy kvality.

MPSV - s přijetím nového zákona o sociálních službách
Finanční zajištění: v rámci výdajového limitu rozpočtové kapitoly MPSV

- 2.15. Podporovat v rámci dotačního řízení takové sociální služby pro občany se zdravotním postižením, které by jim umožnily setrvat v domácím prostředí, aby prevence proti jejich umístění v ústavěch sociální péče (respirační péče, centra denních služeb, pečovatelská služba apod.).

MPSV - průběžně
Finanční zajištění: v rámci výdajového limitu rozpočtové kapitoly MPSV
Orientační odhad nákladů cca 2,5 mil. Kč ročně

- 2.16. V oblasti sociálně-právní ochrany dětí podporovat činnosti směřující ke zvýšení zájmu žadatelů o svěřením dítěte se zdravotním postižením do pěstounské péče, poskytování poradenské pomoci pro rodiče pečující o dítě se zdravotním postižením, pro žadatele o zprostředkování náhradní rodinné péče a osoby, které dítě se zdravotním postižením převzaly do své péče a podporovat rozvoj návazné péče pro tyto děti, opouštějící po nabytí zletilosti nebo po ukončení přípravy na budoucí povolání ústavní zařízení. Současně rozvíjet specifické formy podpůrné pěstounské péče na přechodnou dobu, umožňující rodičům zpětné převzetí dítěte se zdravotním postižením do péče.

MPSV - průběžně
Finanční zajištění: v rámci výdajového limitu rozpočtové kapitoly MPSV

2.17. Vytvořit ucelený systém pomoci obětem domácího násilí zaměřený na osoby se zdravotním postižením.

MPSV, MZ, MŠMT, MV – průběžně

Finanční zajištění: v rámci výdajového limitu rozpočtových kapitol MPSV, MZ, MŠMT, MV

3. Zaměstnanost a zaměstnávání

Přístup orgánů ČR k zaměstnávání osob se zdravotním postižením bude považován za prioritu celkového rozvoje lidských zdrojů v České republice. Cílem je na vyšší úrovni než dosud naplnit pracovní potenciál desítek tisíc osob se zdravotním postižením. Tento úkol přesahuje ekonomický význam prostého zaměstnání a zůstává základním cílem státu a vlády.

V období platnosti dřívějších Národních plánů věnovalo MPSV a další ústřední orgány státní správy vysokou pozornost organizačním, legislativním a ekonomickým aspektům podpory zaměstnávání osob se zdravotním postižením. Přes značnou ingerenci řady institutů všech uvedených subsystémů podpory nedošlo v České republice ke zvratu v negativním trendu zaměstnávání těchto osob. Počet osob se zdravotním postižením bez zaměstnání absolutně i relativně stoupá.

Podmínky zaměstnávání osob se zdravotním postižením a jejich úprava jsou obsaženy i v dalších analytických a koncepčních dokumentech vlády České republiky, jako je např. Národní plán zaměstnanosti a jeho akční plány, Strategie rozvoje lidských zdrojů, Státní informační politika, Společné memorandum o sociálním začleňování a Národní akční plán sociálního začleňování.

Pro podporu zaměstnanosti skupiny osob se zdravotním postižením bude nadále organizován souhrn opatření směřujících k zajištění rovnováhy na trhu práce, tj. poradenství, rekvalifikace, společensky účelná pracovní místa, odborná praxe, chráněné dílny a pracoviště a veřejně prospěšné práce apod. Aktivní politika zaměstnanosti zůstane prioritní pro dosažení cíle přístupu na trh práce pro všechny znevýhodněné skupiny, kdy osoby se zdravotním postižením patří z řady důvodů mezi nejvíce ohrožené.

Cílem bude vytvořit fungující systém pracovní rehabilitace zahrnující poradenskou činnost, přípravu pro pracovní uplatnění, umístování do zaměstnání a vytváření vhodných podmínek pro výkon zaměstnání. Hlavními nástroji zůstanou: vytváření odpovídajících pracovních podmínek, systém jejich právní ochrany; zvýšená péče při zprostředkování zaměstnání; systém hmotné motivace zaměstnanců a zaměstnavatelů. Daleko více než dosud se musí na řešení problematiky zaměstnatelnosti osob se zdravotním postižením účastnit vzdělávací systém a jím vytvořené nástroje vzdělávací, rekvalifikační a celoživotního učení.

Opatření:

3.1.Řešit problém „prvního zaměstnání“ absolventů se zdravotním postižením. Rozvíjet formy spolupráce škol s místními orgány správy zaměstnanosti. Cílem je dosažení stavu, kdy osoby se zdravotním postižením ukončí přípravu povolání způsobem odpovídajícím jejich pracovnímu potenciálu, nejdříve však v 18ti letech věku. Pro naplnění tohoto cíle v případě potřeby modifikovat i prvky systému státní sociální podpory a sociální pomoci.

MPSV, MŠMT – průběžně

Finanční zajištění: v rámci výdajového limitu rozpočtových kapitol MPSV a MŠMT

3.2.Jednou za dva roky zpracovat analýzu podporování zaměstnanosti osob se zdravotním postižením a situace v zaměstnávání těchto osob v České republice, včetně zpracování příslušných návrhů na případnou úpravu institutů systému podpory, a projednat ji ve VVZPO.

MPSV - do 31.12. 2007, do 31.12. 2009

Finanční zajištění: v rámci výdajového limitu rozpočtové kapitoly MPSV

Orientační odhad nákladů: cca 1 mil. Kč

3.3.Analyzovat dopady opatření vyplývajících z ustanovení § 81 odst. 3 zákona č. 435/2004 Sb., o zaměstnanosti v souvislosti s možností stanovení stejného postupu vůči orgánům územních samosprávních celků.

MPSV - do 31.12. 2007

Finanční zajištění: v rámci výdajového limitu rozpočtové kapitoly MPSV

3.4.Pravidelně vyhodnocovat jednotlivé formy plnění povinného podílu zaměstnávání osob se zdravotním postižením a změny na trhu práce skupiny těchto osob zaměstnaných a sebezaměstnaných na chráněných pracovních místech a v chráněných pracovních dílnách, ve vazbě na změny platné legislativy.

MPSV – průběžně

Finanční zajištění: v rámci výdajového limitu rozpočtové kapitoly MPSV

3.5.Po prověření relevantních údajů o zaměstnaných osobách se zdravotním postižením u malých zaměstnavatelů (do 25 zaměstnanců) navrhnout nové

formy podpůrných programů pozitivně motivujících malé zaměstnavatele (do 25 zaměstnanců) k zaměstnávání OZP.

MPSV - 31. 12. 2007

Finanční zajištění: v rámci výdajového limitu rozpočtové kapitoly MPSV

3.6. Zabezpečit podmínky propojení systému vzdělávání a zaměstnanosti, který zvýší možnost (šanci) mladých lidí se zdravotním postižením plynule přejít ze školy do zaměstnání.

MPSV, MŠMT - do 31. 12. 2008

Finanční zajištění: v rámci výdajového limitu rozpočtových kapitol MPSV, MŠMT

3.7. Ve spolupráci s Asociací zaměstnavatelů zdravotně postižených ČR vypracovat pravidla pro hodnocení podnikatelských aktivit osob se zdravotním postižením, s cílem každoročně vyhlášovat a oceňovat vynikající výsledky u příležitosti Mezinárodního dne zdravotně postižených.

MPO - do 30. 9. 2005

Finanční zajištění: v rámci výdajového limitu rozpočtové kapitoly MPO

3.8. Analyzovat zaměstnanost a zaměstnatelnost osob se zdravotním postižením zapojených do pracovní rehabilitace za pomoci individuálního plánu pracovní rehabilitace a z něho vyplývajících aktivit.

MPSV - do 31. 12. 2006, do 31. 12. 2009

Finanční zajištění: v rámci výdajového limitu rozpočtové kapitoly MPSV

3.9. V rámci úprav aktivních pobídek zaměstnanosti pro zaměstnavatelské subjekty provést pilotní ověřování změny motivačních činitelů podporujících zaměstnávání na vybraném teritoriu či úseku trhu s cílem ověřit účinnost stávajících institutů podpory či variantního pojetí nových forem a dalších opatření navržených tímto Národním plánem.

MPSV - do 31. 12. 2008

Finanční zajištění: v rámci výdajového limitu rozpočtové kapitoly MPSV

Orientační odhad nákladů: cca 20 mil. Kč

3.10. Na základě analýzy využívání pracovní rehabilitace a podle potřeby praxe legislativně a organizačně upravit a ekonomicky zajistit systém pracovní rehabilitace, určený pro osoby se zdravotním postižením, které jsou jen

těžce umístitelné na trhu práce při užití stávajících způsobů podpory (zejména osoby s těžšími formami zdravotního postižení, postižením kombinovaným a mentálním).

MPSV - do 31. 12. 2008

Finanční zajištění: v rámci výdajového limitu rozpočtové kapitoly MPSV

Orientační odhad nákladů bude vyčíslen v návrhu legislativního opatření

3.11. Vypracovat analýzu mapující možnost vzniku a podpory tzv. sociálních družstev a případně dalších subjektů sociální ekonomie podporujících zlepšení zaměstnanosti osob se zdravotním postižením. Výsledky analýzy použít při aktualizaci Národního plánu.

SČMVD, MPO, MPSV - do 30. 6. 2007

Finanční zajištění: v rámci rozpočtu SČMVD

3.12. Vypracovat a předložit návrh legislativní úpravy, která usnadní přístup chráněných dílen a účastníků s obdobným statutem k veřejným zakázkám.

MMR - s účinností nového zákona o veřejných zakázkách

Finanční zajištění: v rámci výdajového limitu rozpočtové kapitoly MMR

Orientační odhad nákladů bude vyčíslen v návrhu legislativního opatření

4. Zdravotnictví

Základním východiskem přístupu státu k ochraně zdraví občanů se zdravotním postižením je skutečnost, že zdravotní péče jim poskytovaná je nedělitelnou součástí jednotného systému veřejného zdravotního pojištění. Z dosavadní zkušenosti lze dovodit, že je nezbytné všechny, i nejnákladnější výkony zdravotní péče, poskytovat a hradit v rámci systému veřejného zdravotního pojištění.

Významným úkolem pro příští období je proto uplatnění nástrojů, které by vedly ke snížení potřeby zdravotní péče, popř. k její vyšší efektivitě a kvalitě. K takovým nástrojům bude patřit nejen rozvoj primární prevence, následné zdravotní péče, integrované péče ve zdravotnických a sociálních zařízeních, ale i podpora preventivních a rehabilitačně terapeutických aktivit občanů se zdravotním postižením a občanů chronicky nemocných, stejně jako další rozvoj sekundární prevence prostřednictvím dotační politiky zaměřené na edukaci těchto osob. Ta přispívá ke zvýšení efektivity léčby, omezení sekundárních následků zdravotního postižení, zvýšení kvality života občanů se zdravotním postižením, prodloužení doby jejich pracovních a společenských aktivit, a tím i k úspoře výdajů z veřejných zdrojů.

Pro Českou republiku vstoupila v platnost 1. října 2001 Úmluva o lidských právech a biomedicině. Řada jejích ustanovení představuje naplnění významných práv osob se zdravotním postižením. Proto je nezbytná její důsledná aplikace v našem právním řádu.

Opatření:

- 4.1. Podporovat vznik dobrovolnických center a rozvoje dobrovolnických aktivit ve zdravotnických zařízeních, zejména podpořit spolupráci organizací občanů se zdravotním postižením se zařízeními následné a dlouhodobé péče.

MZ - průběžně

Finanční zajištění: v rámci výdajového limitu rozpočtové kapitoly MZ – program vyrovnávání příležitostí pro občany se zdravotním postižením

Orientační odhad nákladů: cca 1,5 mil. Kč ročně

- 4.2. Novelizovat zákon č. 48/1997 Sb., který by zmocnil Ministerstvo zdravotnictví k vydání prováděcí vyhlášky, která by umožnila co nejrychleji reagovat na rozvíjející se moderní techniky a technologie v souvislosti se zdravotnickými prostředky a pružněji reagovat na potřeby změn, týkající se úhrad zdravotnických prostředků.

MZ - do 31. 12. 2006

Finanční zajištění: v rámci výdajového limitu rozpočtové kapitoly MZ

Orientační odhad nákladů bude vyčíslen v návrhu legislativního opatření

- 4.3. Podporovat zlepšení podmínek využitelnosti zdravotní péče osobami se zdravotním postižením respektováním specifických potřeb občanů se smyslovým či mentálním postižením nebo osob s vážným omezením hybnosti.

MZ – průběžně

Finanční zajištění: v rámci výdajového limitu rozpočtové kapitoly MZ - program vyrovnávání příležitostí pro občany se zdravotním postižením.

- 4.4. V připravovaných legislativních normách aplikovat způsoby naplnění práv pacientů, které vyplývají z Úmluvy o lidských právech a biomedicíně.

MZ – průběžně

Finanční zajištění: v rámci výdajového limitu rozpočtové kapitoly MZ

Orientační odhad nákladů bude vyčíslen v návrhu legislativního opatření

- 4.5. V zákoně o zdravotní péči definovat institut sociálně zdravotního lůžka.

MZ - do 31. 12. 2005

Finanční zajištění: v rámci výdajového limitu rozpočtové kapitoly MZ

Orientační odhad nákladů bude vyčíslen v návrhu legislativního opatření

- 4.6. Podporovat vznik informačních materiálů a vzdělávacích aktivit o problematice občanů se zdravotním postižením (zejména o způsobech, metodách a formách komunikace) a napomoci tyto informace šířit mezi zdravotnickou veřejnost.

MZ – průběžně

Finanční zajištění: v rámci výdajového limitu rozpočtové kapitoly MZ - program vyrovnávání příležitostí pro občany se zdravotním postižením, program podpory zdravotnických vzdělávacích programů

Orientační odhad nákladů: cca 6 mil. Kč ročně

- 4.7. Upravit pravidla stanovující zastoupení organizací občanů se zdravotním postižením v komisích MZ zabývajících se problematikou léčiv a zdravotnických prostředků.

MZ - do 31. 12. 2005

Finanční zajištění: v rámci výdajového limitu rozpočtové kapitoly MZ

- 4.8. Udělovat Výroční cenu ministra zdravotnictví za práci ve prospěch občanů se zdravotním postižením a za rozvoj zdravotně sociální péče.

MZ – průběžně

Finanční zajištění: v rámci výdajového limitu rozpočtové kapitoly MZ

Orientační odhad nákladů: cca 50 tis. Kč ročně

- 4.9. Podporovat na komunitní úrovni specializovaná centra a zdravotnická zařízení pro pacienty s chronickým onemocněním, občany se zdravotním postižením a pacienty v terminálních stavech.

MZ – průběžně

Finanční zajištění: v rámci výdajového limitu rozpočtové kapitoly MZ - program vyrovnávání příležitostí pro občany se zdravotním postižením, program rozvoje zdravotně sociální péče

Orientační odhad nákladů: cca 35 mil. Kč ročně

- 4.10. Podporovat centra rehabilitace s důrazem na specializaci pro jednotlivé skupiny osob se zdravotním postižením.

MZ – průběžně

Finanční zajištění: v rámci výdajového limitu rozpočtové kapitoly MZ - program vyrovnávání příležitostí pro občany se zdravotním postižením

Orientační odhad nákladů: cca 5 mil. Kč ročně

- 4.11. Podporovat rozvoj specializovaných poradenských informačních center a půjčoven, zabývajících se zdravotnickými prostředky a úpravami standardních výrobků pro občany se zdravotním postižením.

MZ – průběžně

Finanční zajištění: v rámci výdajového limitu rozpočtové kapitoly MZ - program vyrovnávání příležitostí pro občany se zdravotním postižením, program podpory občanských sdružení zdravotně postižených, chronicky nemocných a humanitárních organizací, program zdravého stárnutí

Orientační odhad nákladů: cca 20 mil. Kč ročně

- 4.12. Vytvářet informační materiály pro lékaře prvního kontaktu o tom, jaké poradenské a informační služby jsou dostupné pro jednotlivé typy zdravotního postižení.

MZ – průběžně

Finanční zajištění: v rámci výdajového limitu rozpočtové kapitoly MZ - program vyrovnávání příležitostí pro občany se zdravotním postižením, program podpory občanských sdružení zdravotně postižených, chronicky nemocných a humanitárních organizací, program zdravého stárnutí

Orientační odhad nákladů: cca 4 mil. Kč ročně

- 4.13. Podporovat vznik informačních a osvětových materiálů a aktivity zaměřené na širokou veřejnost v rámci prevence vzniku zdravotního postižení.

MZ – průběžně

Finanční zajištění: v rámci výdajového limitu rozpočtové kapitoly MZ – v rámci zdravotnických programů

Orientační odhad nákladů: cca 5 mil. Kč ročně

- 4.14. Podporovat vznik informačních materiálů a aktivity v oblasti ochrany občanů se zdravotním postižením proti sexuálnímu zneužívání.

MZ - průběžně

Finanční zajištění: v rámci výdajového limitu rozpočtové kapitoly MZ - program vyrovnávání příležitostí pro občany se zdravotním postižením

Orientační odhad nákladů: cca 500 tis. Kč ročně

- 4.15. Zajistit dodatečné odborné vzdělávání posudkových lékařů a zvyšování jejich odbornosti v souladu s potřebami jednotlivých sociálních podsystémů při posuzování zdravotního stavu a důsledků z něj vyplývajících.

MPSV, MZ – průběžně

Finanční zajištění: v rámci výdajového limitu rozpočtové kapitoly MZ

5. Přístupnost prostředí

V moderní společnosti je nemožné dosáhnout plného začlenění bez možnosti svobody pohybu. Nedostatečná mobilita představuje faktor omezující práva občanů se zdravotním postižením účastnit se veřejného života, což je ke škodě všem. Problémy přístupnosti jsou ovlivnitelné řadou politik, jako např. průmyslu, informační společnosti a regionálního vývoje, ale i oblasti životního prostředí, dopravy, sociální politiky, bezpečnosti a ochrany zdraví. Dosud se nepodařilo řešit přístupnost komplexně a koordinovaně.

V České republice byla v průběhu posledních deseti let přijata za aktivní součinnosti organizací občanů se zdravotním postižením řada nových normativně právních aktů, díky kterým je současná česká legislativa v oblasti bezbariérové výstavby zcela srovnatelná se standardem EU. Novostavby a změny staveb již musí být bezbariérové dle platných předpisů.

Přes nesporný pozitivní efekt přijetí této právní úpravy zůstává nadále určitým problémem správná aplikace a dodržování zákona o územním plánování a stavebním řádu (stavebního zákona), a to zejména při stavebních změnách.

Dalším problémovým okruhem je postupné odstraňování stávajících bariér v oblasti dopravy a staveb postavených před účinností nyní platné právní úpravy. V oblasti zpřístupňování staveb dosud neexistuje žádný dlouhodobý ucelený plán, který by obsahoval typologii bariér, lhůty pro jejich odstranění ani dotační tituly na úhradu souvisejících nákladů. K odstraňování bariér dochází nahodile, obvykle z iniciativy jednotlivých organizací občanů se zdravotním postižením, případně v závislosti na ekonomických možnostech vlastníka stavby.

Za východisko budoucí politiky v oblasti zpřístupňování dopravy osobám s omezenou schopností pohybu a orientace je v současné době považován Národní rozvojový program mobility pro všechny (dále Program mobility), jehož cílem je udržitelný rozvoj mobility. Toho lze dosahovat novou kvalitou dopravní infrastruktury z pohledu dopravních cest, objektů poskytujících služby uživatelům dopravních systémů, dopravních prostředků a informačních systémů.

Opatření:

5.1. Iniciovat vznik specializace Bezbariérové prostředí v rámci existujícího oboru v České komoře architektů a České komoře autorizovaných inženýrů

a techniků činných ve výstavbě, včetně vymezení požadavků pro tuto specializaci.

MMR - do 31. 12. 2005

Finanční zajištění: v rámci výdajového limitu rozpočtové kapitoly MMR

5.2. Zabezpečovat prostřednictvím krajských úřadů zvyšování kvalifikace a odbornosti pracovníků stavebních úřadů v oblasti požadavků zabezpečujících užívání staveb osobami s omezenou schopností pohybu a orientace.

MMR – průběžně

Finanční zajištění: v rámci výdajového limitu rozpočtové kapitoly MMR

5.3. Iniciovat vypracování plánů postupného zpřístupňování veřejných budov.

VVZPO - do 31. 12. 2006

Finanční zajištění: v rámci výdajového limitu rozpočtové kapitoly ÚV

Orientační odhad nákladů: cca 20 tis. Kč

5.4. Legislativně upravit možnost nařízení nezbytných úprav ve veřejném zájmu s cílem odstraňovat bariéry ve stávajících stavbách se závažným dopadem na osoby s omezenou schopností pohybu a orientace.

MMR – do 31.12. 2006

Finanční zajištění: v rámci výdajového limitu rozpočtové kapitoly MMR

Orientační odhad nákladů bude vyčíslen v návrhu legislativního opatření

5.5. Zajistit činnost Programu mobility, zejména podávání, výběr a hodnocení záměrů, nastavování pravidel pro podporu programu jednotlivými resorty a propagaci programu posílením sekretariátu VVZPO o jedno pracovní místo.

ÚV – průběžně

Finanční zajištění: v rámci výdajového limitu rozpočtové kapitoly ÚV

Orientační odhad nákladů: podpora a propagace programu - cca 110 tis. Kč ročně, posílení sekretariátu cca 350 tis. Kč ročně

5.6. Spolupracovat s Vládním výborem pro zdravotně postižené občany při naplňování Programu mobility dle usnesení vlády ČR č. 706 ze dne 14. července 2004 a při vytváření bezbariérových vstupů do budov ústředních orgánů státní správy dle výše zmíněného usnesení.

všechny resorty – průběžně

Finanční zajištění: v rámci výdajového limitu rozpočtových kapitol resortů

- 5.7. Zpracovat propagační materiál a příručku, která zajistí kvalitní informovanost o Programu mobility a zvýší kvalitu záměrů bezbariérových tras, jež budou předkládány v jeho rámci.

VVZPO - do 31. 12. 2006

Finanční zajištění: v rámci výdajového limitu rozpočtové kapitoly ÚV

Orientační odhad nákladů: cca 110 tis. Kč

- 5.8. Rozpracovat Program mobility do nově se tvořících pravidel čerpání fondů EU v období 2007 – 2013

MMR, VVZPO – do 31. 12. 2006

Finanční zajištění: v rámci výdajového limitu rozpočtové kapitoly MMR

- 5.9. Definovat programy zaměřené na zpřístupňování dopravy osobám s omezenou schopností pohybu a orientace jako samostatný titul předmětu činnosti Státního fondu dopravní infrastruktury.

MD – do 31. 12. 2006

Finanční zajištění: v rámci výdajového limitu rozpočtu SFDI

Orientační odhad nákladů bude vyčíslen v návrhu legislativního opatření

- 5.10. Rozvinout existující dotační programy na úhradu části investičních nákladů na pořízení hromadných dopravních prostředků přístupných osobám s omezenou schopností pohybu a orientace.

MD - průběžně

Finanční zajištění: v rámci výdajového limitu rozpočtové kapitoly MD

Orientační odhad nákladů: cca 400 mil. Kč

- 5.11. Zajistit, aby stanovený podíl nově pořizovaných železničních vozů určených pro osobní přepravu umožňoval přístup a užívání osobám s omezenou schopností pohybu a orientace.

MD - průběžně

Finanční zajištění: v rámci výdajového limitu rozpočtové kapitoly MD

Orientační odhad nákladů bude vyčíslen v návrhu legislativního opatření

5.12. Iniciovat vytvoření dotačních programů krajů a obcí, které umožní trvalý provoz a rozvoj specializované doplňkové dopravy.

VVZPO - do 30. 6. 2006

Finanční zajištění: v rámci výdajového limitu rozpočtové kapitoly ÚV

5.13. Podpořit participaci organizací občanů se zdravotním postižením na specifikaci technických požadavků prosazovaných v komisích EU.

MD - průběžně

Finanční zajištění: v rámci výdajového limitu rozpočtové kapitoly MD

6. Přístup k informacím a kulturnímu dědictví

Přístup k informacím (mluveným, tištěným, psaným, elektronickým a jiným) je jednou ze základních podmínek orientace člověka v prostředí a společnosti. Témata spjatá s problematikou zdravotního postižení nabývají mimořádné důležitosti právě v kontextu rozvíjející se informační společnosti. Bouřlivý rozvoj informačních a komunikačních technologií přináší obrovské příležitosti. Na druhé straně však před osoby se zdravotním postižením přináší řadu nových bariér. Právě proto Evropská unie vyvinula řadu iniciativ, jež mají zajistit, aby informační společnost přinášela prospěch všem občanům, zdravotně postižené nevyjímaje. Do nich je nyní třeba v plné míře zapojit také Českou republiku.

Jedním ze základních faktorů úrovně informovanosti občanů se zdravotním postižením je efektivita jejich kontaktu s pracovníky veřejné správy. Jejich vzájemná komunikace přitom stále obsahuje řadu bariér, které vyplývají jak z nedostatečné informovanosti pracovníků veřejné správy o specifických potřebách občanů se zdravotním postižením, tak v některých případech z neznalosti zásad a techniky vlastní komunikace s těmito občany. Vzhledem ke specifickým potřebám jednotlivých skupin osob se zdravotním postižením je potřebné, aby pracovníci veřejné správy na různých stupních řízení byli v rámci své specializace dostatečně obeznámeni s problematikou zdravotního postižení a jeho důsledků tak, aby byly vytvořeny předpoklady pro kvalitní a efektivní průběh správních řízení a ostatních jednání mimo správní řízení s cílem zachovat a posílit důstojnost občanů se zdravotním postižením.

Pro kvalitní návrhy a následnou realizaci všech systémů podpory osob se zdravotním postižením je nejprve třeba dokonale se seznámit s cílovou skupinou a jejími potřebami. Charakteristickým znakem současné situace v České republice je však významná absence uceleného souboru potřebných statistických dat. Znalost přesných údajů je přitom nezbytným předpokladem kvalifikovaného rozhodování orgánů státní správy. Přesné údaje o počtech osob se zdravotním postižením a jejich struktuře a společenském uplatnění od nás rovněž vyžadují orgány Evropské unie.

Právo přístupu ke kulturnímu dědictví zaručuje Listina základních práv a svobod pro všechny občany bez rozdílu. K tomu, aby mohli toto právo plně uplatnit také občané se zdravotním postižením, je však třeba realizovat řadu opatření.

Opatření:

6.1. Vytvořit vzdělávací programy v oblasti problematiky zdravotního postižení jako součást vstupního i průběžného vzdělávání úředníků územních samosprávních celků.

MV – do 31. 12. 2006

Finanční zajištění: v rámci výdajového limitu rozpočtové kapitoly MV

6.2. Vytvářet podmínky pro postupné proškolení pracovníků veřejné správy o problematice občanů se zdravotním postižením a zásadách komunikace s vybranými skupinami občanů se zdravotním postižením.

MV – průběžně

Finanční zajištění: v rámci výdajového limitu rozpočtové kapitoly MV

Orientační odhad nákladů: cca 300 tis. Kč ročně

6.3. Navrhnout systém statistických informací, vztahujících se k občanům se zdravotním postižením a jejich potřebám, a určený také pro tuzemské i nadnárodní subjekty, které se zabývají touto problematikou.

ČSÚ - do 31. 12. 2006

Finanční zajištění: v rámci výdajového limitu rozpočtové kapitoly ČSÚ

Orientační odhad nákladů: cca 3,9 mil. Kč ročně

6.4. Vytvořit a provozovat internetový portál zpřístupňující informace o poskytovaných službách a dalších formách podpory občanů se zdravotním postižením.

NRZP ČR - průběžně

Finanční zajištění: v rámci rozpočtu NRZP ČR

Orientační odhad nákladů: cca 250 tis. Kč ročně

6.5. V závislosti na stupni rozvoje vysílání, zejména jeho digitalizace, navrhnout změnu zákona č. 231/2001 Sb., o provozování rozhlasového a televizního vysílání, ve znění pozdějších předpisů, spočívající ve zvýšení podílu pořadů, které je provozovatel televizního vysílání povinen opatřit otevřenými nebo skrytými titulky pro sluchově postižené.

MK - do 30. 6. 2008

Finanční zajištění: v rámci výdajového limitu rozpočtové kapitoly MK

Orientační odhad nákladů bude vyčíslen v návrhu legislativního opatření

6.6. Podporovat přechod od analogového vysílání k vysílání digitálnímu s cílem usnadnění a rozšíření možností přístupu osob se zdravotním postižením k informacím z hromadných sdělovacích prostředků.

MK – průběžně

Finanční zajištění: v rámci výdajového limitu rozpočtové kapitoly MK

6.7. Podporovat zpřístupnění expozic v muzeích a galeriích osobám s omezenou schopností pohybu a orientace v rámci zajištění standardizovaných veřejných služeb muzeí a galerií pro osoby se zdravotním postižením ve smyslu zákona č. 122/2000 Sb., ve znění zákona č. 483/2004 Sb. a podílet se na zpřístupnění dalších kulturních zařízení ve smyslu Programu mobility.

MK – průběžně

Finanční zajištění: v rámci výdajového limitu rozpočtové kapitoly MK

Orientační odhad nákladů: cca 10 mil. Kč ročně

6.8. Podporovat kulturní aktivity muzeí a galerií zřizovaných MK, zejména Slepckého muzea při Technickém muzeu Národního muzea v Brně a Národní galerie v Praze.

MK - průběžně

Finanční zajištění: v rámci výdajového limitu rozpočtové kapitoly MK

Orientační odhad nákladů: cca 2 mil. Kč ročně

6.9. Podpořit rozvoj Centra muzejní pedagogiky při Moravském zemském muzeu, jehož činnost bude zaměřena na práci s dětmi a mládeží se zdravotním postižením a zpracování metodiky pro ostatní muzea a galerie.

MK – průběžně

Finanční zajištění: v rámci výdajového limitu rozpočtové kapitoly MK

Orientační odhad nákladů: pro rok 2006 cca 12 mil. Kč, 2007 cca 20 ml. Kč, 2008 cca 25 mil. Kč, 2009 cca 4 mil. Kč

6.10. Podporovat vydávání a zpřístupňování zvukových publikací a tiskovin v Braillově a zvětšeném písmu.

MK – průběžně

Finanční zajištění: v rámci výdajového limitu rozpočtové kapitoly MK

Orientační odhad nákladů: cca 18 mil. Kč ročně

6.11. Podporovat dostupnost veřejných knihovnických a informačních služeb knihoven prostřednictvím dotačního řízení na zajištění nabídky zvukových knih a zavádění technických zařízení umožňujících občanům se zrakovým postižením zpřístupnění knihovních fondů a elektronických informačních zdrojů.

MK – průběžně

Finanční zajištění: v rámci výdajového limitu rozpočtové kapitoly MK

Orientační odhad nákladů: na období 2006 – 2009 cca 1,5 mil. Kč

6.12. Prostřednictvím dotační politiky spoluvytvářet prostor, v němž se umožní občanům se zdravotním postižením uspokojovat své kulturní potřeby, realizovat vlastní tvorbu a účelně trávit volný čas, a to podporou kulturních aktivit právnických a fyzických osob, včetně občanských sdružení a organizací s mezinárodním prvkem.

MK – průběžně

Finanční zajištění: v rámci výdajového limitu rozpočtové kapitoly MK

Orientační odhad nákladů: na období 2006 – 2009 cca 25 mil. Kč

6.13. Motivovat vlastní příspěvkové organizace k poskytování slev ze vstupného pro osoby se zdravotním postižením a seniory.

MK – průběžně

Finanční zajištění: v rámci výdajového limitu rozpočtové kapitoly MK

6.14. Podporovat v rámci dotační politiky aktivity spočívající v zajišťování titulků a tlumočení do znakové řeči pro audiovizuální díla určená k využití zdravotně postiženými, zejména neslyšícími, osobami.

MK – průběžně

Finanční zajištění: v rámci výdajového limitu rozpočtové kapitoly MK

Orientační odhad nákladů: cca 100 tis. Kč ročně

6.15. Při novelizaci autorského zákona brát zřetel na potřeby zdravotně postižených a za tím účelem využívat i mezinárodně uznávané výjimky a omezení práva autorského a práv s ním souvisejících ve prospěch zdravotně postižených.

MK – do 31. 12. 2006

Finanční zajištění: v rámci výdajového limitu rozpočtové kapitoly MK

Orientační odhad nákladů bude vyčíslen v návrhu legislativního opatření

6.16. Na základě zmocnění v zákonu č. 365/2000 Sb., o informačních systémech veřejné správy prováděcím právním předpisem stanovit podmínky pro zveřejňování vybraných informací o veřejné správě způsobem umožňujícím dálkový přístup tak, aby byl ve shodě s pravidly WAI (Web Accessibility Initiative – Iniciativa pro bezbariérový web).

MI - do 31. 12. 2006

Finanční zajištění: v rámci výdajového limitu rozpočtové kapitoly MI

Orientační odhad nákladů bude vyčíslen v návrhu legislativního opatření

6.17. Prováděcím předpisem zavést do legislativy požadavky, vyplývající ze zákona č. 365/2000 Sb., o informačních systémech veřejné správy a vytvořit systém hodnocení splnění těchto požadavků (v rámci atestačního schématu ISVS) a poskytovat orgánům veřejné správy podporu při jejich realizaci.

MI - do 31. 12. 2006

Finanční zajištění: v rámci výdajového limitu rozpočtové kapitoly MI

Orientační odhad nákladů bude vyčíslen v návrhu legislativního opatření

6.18. Prosazovat významné rozšíření přístupnosti webových stránek veřejných institucí občanům se zrakovým postižením (blind friendly web).

MI - průběžně

Finanční zajištění: v rámci výdajového limitu rozpočtové kapitoly MI

6.19. Připravit a realizovat speciální kursy Národního programu počítačové gramotnosti pro občany se zdravotním postižením – Handicap.

MI - průběžně

Finanční zajištění: v rámci výdajového limitu rozpočtové kapitoly MI

Orientační odhad nákladů: cca 3 mil. Kč ročně

7. Prevence diskriminace občanů se zdravotním postižením

Prioritou přístupu k osobám se zdravotním postižením musí být odstraňování diskriminace těchto osob a vytváření cesty k jejich začleňování do života společnosti. V této kapitole Národního plánu se, mimo jiné, odráží i řada dokumentů Evropské unie, upravujících danou oblast, jako je např. komunitární akční program pro boj s diskriminací nebo směrnice 2000/78/ES, kterou se stanoví obecný rámec pro rovné zacházení v zaměstnání a povolání, která obsahuje ustanovení zakazující diskriminaci přímou i nepřímou osob se zdravotním postižením.

Je nutné seznamovat širokou veřejnost se škodlivostí diskriminace a s důsledky, které do života osob se zdravotním postižením přináší a podporovat příznivý postoj společnosti k odlišnostem a individualitě každého jedince. Rovněž je nezbytné obeznámit veřejnost s přijatými antidiskriminačními právními úpravami.

Cílem přijímaných antidiskriminačních opatření, a to nejen v rámci této kapitoly Národního plánu, je také zvýšení kvality lidských zdrojů v segmentu zdravotního postižení. V příštím období je nezbytné zvýšit vzdělanost této skupiny obyvatel, zvýšit počet osob se zdravotním postižením umístěných na trhu práce, vytvořit kvalitní a inkluzivně působící systém sociálního zabezpečení, což samozřejmě přispěje i k celkovému rozvoji lidských zdrojů v ČR.

Občané se zdravotním postižením a jejich rodiny tvoří již nyní značnou část společnosti a podílejí se jistou měrou na tvorbě HDP. Se započítáním veřejných služeb primárně orientovaných na tuto uživatelskou skupinu se jedná o segment, jenž se bude do budoucna rozvíjet a vytvářet stále větší část HDP. Konečným cílem je tak rozvoj vnímání skupiny občanů se zdravotním postižením jako neopominutelné části společnosti, která je významným přínosem pro její další rozvoj.

V rámci odstraňování diskriminace a zlepšování integrace osob se zdravotním postižením je také velmi důležité důsledně prosazovat princip hlavního proudu – „mainstreamingu“ ve všech oblastech politiky a zohledňovat v nich specifické potřeby osob se zdravotním postižením. Dalším nezbytným krokem je rovněž prosazování principu komplexního plánování – „design for all“.

Opatření:

7.1. Vypracovat a předložit návrh na doplnění Listiny základních práv a svobod o ustanovení výslovně potvrzující rovnoprávnost (zákaz diskriminace) skupiny občanů se zdravotním postižením.

MS - do 31. 12. 2006

Finanční zajištění: v rámci výdajového limitu rozpočtové kapitoly MS

Orientační odhad nákladů bude vyčíslen v návrhu legislativního opatření

7.2. Novelizovat příslušná ustanovení zákona č. 99/1963 Sb., občanského soudního řádu, týkající se zbavení a omezení způsobilosti k právním úkonům tak, aby rodič pečující o dítě, o jehož způsobilost se jedná, popř. jiná osoba plní úlohu rodiče a splňující podmínky pro ustanovení opatrovníkem, měla ex lege právo být pověřena výkonem funkce opatrovníka, nebrání-li tomu zvláštní důvody.

MS - do 31. 12. 2006

Finanční zajištění: v rámci výdajového limitu rozpočtové kapitoly MS

Orientační odhad nákladů bude vyčíslen v návrhu legislativního opatření

7.3. Vypracovat analýzu a nově navrhnout formulaci právní úpravy ochrany práv zvláště ohrožených skupin osob se zdravotním postižením (osoby s duševní poruchou) a to posílením práv těchto osob v řízeních, která se jich týkají (zejména institut způsobilosti k právním úkonům) a přijetím podrobnější úpravy práv a povinností opatrovníka těchto osob.

MS, MPSV, MZ, VVZPO, NRZP ČR - do 31. 12. 2007

Finanční zajištění: v rámci výdajového limitu rozpočtových kapitol MS, MPSV, MZ, ÚV a rozpočtu NRZP ČR

7.4. V případě přijetí speciální antidiskriminační normy vyhodnotit zkušenosti a její přínos pro osoby se zdravotním postižením a v případě potřeby zajistit přijetí speciálního zákona řešícího otázku rovného zacházení a zákazu diskriminace osob se zdravotním postižením.

VVZPO – do 31. 12. 2007

Finanční zajištění: v rámci výdajového limitu rozpočtové kapitoly ÚV

7.5. Novelizovat zákon č. 155/1998 Sb., o znakové řeči s cílem zajistit komunikační potřeby a prostředky občanů postižených hluchoslepotou.

VVZPO - do 31. 12. 2007

Finanční zajištění: v rámci výdajového limitu rozpočtové kapitoly ÚV

Orientační odhad nákladů bude vyčíslen v návrhu legislativního opatření

7.6. Vypracovat analýzu situací, v nichž může v důsledku činnosti orgánů veřejné správy či aplikace právních norem potenciálně docházet k situacím přímé i nepřímé diskriminace občanů se zdravotním postižením, a předložit VVZPO náměty k jejich odstranění.

NRZP ČR, VVZPO - do 31. 12. 2007

Finanční zajištění: v rámci rozpočtu NRZP ČR

Orientační odhad nákladů: pro rok 2006 – analýza cca 300 tis. Kč, 2007 návrh opatření cca 200 tis. Kč

7.7. Zvyšovat právní vědomí v oblasti zákazu diskriminace z důvodu zdravotního postižení či nepříznivého zdravotního stavu, a to např. tiskem informačních materiálů, informováním veřejnosti prostřednictvím rozhlasových a televizních médií apod.

VVZPO, NRZP ČR, všechny resorty – průběžně

Finanční zajištění: v rámci výdajového limitu rozpočtové kapitoly ÚV a rozpočtu NRZP ČR

Orientační odhad nákladů: NRZP ČR cca 250 tis. Kč ročně

7.8. Při přijímání všech organizačních, legislativních a faktických řešení, které se týkají života občanů, dodržovat princip komplexního plánování (design for all) tak, aby navrhovaná řešení vyhovovala i osobám s omezenou schopností pohybu a orientace.

všechny resorty – průběžně

Finanční zajištění: v rámci výdajového limitu rozpočtových kapitol resortů

7.9. Podporovat přístup žen se zdravotním postižením k zaměstnáním, která vyžadují znalost informačních a komunikačních technologií, zejména zvýšením jejich počtu na relevantním vzdělávání a výcviku.

MPSV – průběžně

Finanční zajištění: v rámci výdajového limitu rozpočtové kapitoly MPSV

7.10. Důsledně potírat projevy diskriminace z důvodu zdravotního postižení ve věcech členství a činnosti v profesních komorách včetně výhod, které tyto organizace svým členům poskytují, dále ve věcech sociálního

zabezpečení, přiznání a poskytování sociálních výhod, přístupu ke zdravotní péči a jejímu poskytování, přístupu ke vzdělání a jeho poskytování, přístupu ke zboží a službám včetně bydlení, pokud jsou nabízeny nebo poskytovány veřejnosti.

MPSV, MZ, MŠMT, MPO, MMR, MD, MI, MK - průběžně

Finanční zajištění: v rámci výdajového limitu rozpočtových kapitol resortů

8. Participace občanů se zdravotním postižením a jejich organizací na správě veřejných záležitostí

V příštím období je důležité, v zájmu státu i občanů se zdravotním postižením, další posílení schopnosti komunity občanů se zdravotním postižením přispívat k procesu tvorby a vývoje politik a programů určených pro tyto občany. Především je třeba trvale podporovat vzájemné partnerství mezi organizacemi občanů se zdravotním postižením a ostatními sociálními partnery. Je nezbytné zdokonalovat mechanismy, které podpoří větší participaci občanů se zdravotním postižením na konzultativních procesech.

Dosavadní praxe ukazuje, že klíčovou iniciativní roli při formování politiky ve prospěch této skupiny osob hraje Národní rada zdravotně postižených ČR (dále NRZP ČR). Tuto nezastupitelnou úlohu je nutné dále doplnit o složku odborné činnosti při tvorbě a realizaci koncepčních dokumentů. Tento vývoj koresponduje s koncepcí Komise Evropských společenství, která zdůraznila (sdělení COM[2000] 284 final), potřebu výzkumů prováděných v této oblasti nevládními organizacemi.

Zásadním úkolem je proto vytvoření podmínek pro profesionalizaci organizací občanů se zdravotním postižením při účasti na tvorbě politiky ve prospěch této skupiny osob. Součástí akčního programu Evropských společenství na boj proti diskriminaci (2001-2006) je důraz na financování takovýchto aktivit organizací občanů se zdravotním postižením.

NRZP ČR v současné době představuje koalici 87 organizací občanů se zdravotním postižením a jejich zákonných zástupců s více než 250 000 individuálními členy. NRZP ČR sehraává nejen roli reprezentace zájmů a potřeb občanů se zdravotním postižením, kteří představují asi 10 % populace ČR, ale je také iniciátorem a realizátorem konkrétních programů jejich podpory. Při naplňování svého poslání NRZP ČR úspěšně spolupracuje s řadou mezinárodních organizací a institucí, s orgány státní správy a samosprávy, hospodářskou sférou, odborovými organizacemi, vědeckými pracovišti, sdělovacími prostředky a nevládními organizacemi.

Opatření:

8.1. Zajistit účast organizací občanů se zdravotním postižením na legislativním procesu.

NRZP ČR - průběžně

Finanční zajištění: v rámci rozpočtu NRZP ČR

8.2. Realizovat výzkumnou činnost v oblasti sociologie handicapu a kvality života občanů se zdravotním postižením, nezbytnou pro přípravu koncepčních dokumentů a návrhů legislativních úprav.

NRZP ČR – průběžně

Finanční zajištění: v rámci rozpočtu NRZP ČR

Orientační odhad nákladů: cca 500 tis. Kč ročně

8.3. Vyhlášovat Cenu Vládního výboru za publicistické práce zaměřené na problematiku zdravotního postižení

VZPO – každoročně

Finanční zajištění: v rámci výdajového limitu rozpočtové kapitoly ÚV

Orientační odhad nákladů: cca 150 tis. Kč ročně

8.4. Realizovat informační kampaň o efektivních formách podpory občanů se zdravotním postižením.

NRZP ČR – průběžně

Finanční zajištění: v rámci rozpočtu NRZP ČR

Orientační odhad nákladů: cca 400 tis. Kč ročně

8.5. Zastupovat ČR v European Disability Forum a Rehabilitation International.

NRZP ČR - průběžně

Finanční zajištění: v rámci rozpočtu NRZP ČR

Orientační odhad nákladů: RI – cca 30 tis. Kč ročně, EDF – 2006 cca. 2 500 EUR, 2007 – cca 5 000 EUR, 2008 a 2009 – cca 7 000 EUR ročně, cestovné související se zastupováním v EDF a průběžnou komunikací cca 250 tis. Kč ročně

9. Koordinace a monitorování plnění Národního plánu

Realizace Národního plánu je složitým, vzájemně provázaným mezioborovým procesem, na němž se podílí nejen ústřední správní orgány, ale také kraje a organizace občanů se zdravotním postižením. Na základě zkušeností s koordinací a monitorováním všech dosavadních Národních plánů vyvstává potřeba stanovení přesnějších a podrobnějších pravidel tohoto procesu.

Náročnost koordinace přípravy Národního plánu je v současné době rovněž zvýšena procesem tvorby a realizace krajských plánů vyrovnávání příležitostí pro občany se zdravotním postižením.

Opatření Národního plánu nemohou stanovovat úkoly jednotlivým krajům. Namísto toho je však možné a účelné poskytovat krajům trvalou metodickou podporu a zprostředkovat mezi nimi dialog o aktuálních problémech krajských politik ve prospěch občanů se zdravotním postižením a jejich vazbě na státní politiku ve prospěch této skupiny občanů.

Opatření:

9.1. Zpracovat pravidla monitorování a vyhodnocování plnění úkolů Národního plánu.

VZPO, NRZP ČR - do 31. 12. 2005

Finanční zajištění: v rámci výdajového limitu rozpočtové kapitoly ÚV a rozpočtu NRZP ČR

9.2. Jedenkrát ročně zpracovat aktualizaci Národního plánu.

VZPO – průběžně

Finanční zajištění: v rámci výdajového limitu rozpočtové kapitoly ÚV

9.3. Jedenkrát ročně všechny relevantní resorty předloží zprávu o plnění opatření Národního plánu, spadajících do jejich působnosti, za uplynulý kalendářní rok, v rozsahu dle opatření 9.1.

všechny resorty – průběžně

Finanční zajištění: v rámci výdajového limitu rozpočtových kapitol resortů

9.4. Metodicky podpořit přípravu, realizaci a průběžné monitorování krajských plánů vyrovnávání příležitostí pro občany se zdravotním postižením.

VZPO, NRZP ČR - průběžně

Finanční zajištění: v rámci výdajového limitu rozpočtové kapitoly ÚV a rozpočtu NRZP ČR

Orientační odhad nákladů: cca 2,5 mil. Kč ročně

10. Finanční dopady jednotlivých opatření

Národní plán je přijímán na léta 2006 – 2009 jako souhrn základních úkolů pro orgány státní správy, které je třeba v rámci jim svěřených kompetencí v tomto období realizovat ve vztahu k občanům se zdravotním postižením. Navržená opatření budou finančně zajišťována v rámci schválených střednědobých výdajových rámců.

Skutečná výše finančních dopadů jednotlivých opatření bude záviset v případě navrhovaných změn právních předpisů na vyčíslení finančních dopadů, které bude nutnou součástí jejich projednávání v rámci legislativního procesu. To platí zejména pro legislativní návrhy, které budou obsahovat nové vymezení finanční spoluúčasti veřejných rozpočtů na financování určitých částí koncepce podpory občanů se zdravotním postižením.

Finanční dopad realizace nelegislativních opatření, ať již v podobě nových výdajových programů nebo stanovením nových priorit v rámci současných výdajových titulů, je uveden u jednotlivých opatření v příslušných kapitolách.

Příloha III.



Koncepce rodinné politiky Jihomoravského kraje



2. vydání

Úvod

Předkládaná Koncepce rodinné politiky Jihomoravského kraje je zastřešujícím dokumentem, který má napomáhat jak zvýšení účinnosti již realizovaných aktivit a opatření, jakými jsou například Rodinné pasy, Portál cykloturistiky JMK, katalog prarodinných organizací a iniciativ, dotační program pro drobné začínající podnikatele, podpora neziskových pro-rodinných organizací apod., tak realizaci opatření uvedených ve věcné části tohoto dokumentu.

Struktura dokumentu odpovídá vytčenému cíli, kterým je podpora systémového přístupu k opatřením rodinné politiky (dále jen „RP“) kraje. Vychází z deklarace strategie podpory RP, jejíž potřebnost dokládá zhodnocení současné situace rodin v Jihomoravském kraji. V celonárodním měřítku je pokles počtu úplných rodin v Jihomoravském kraji jedním z nejmarkantnějších. Zlepšení tohoto trendu je možné při respektování specifika rodinné politiky jako politiky průřezové sledující podporu fungující rodiny. Cíle RP jsou rozpracovány do čtyř opatření včetně jejich konkretizace.

A. Obecná část

1. Preambule / Prohlášení o podpoře rodinné politiky

Rodina jako základní a nejvýznamnější jednotka naší společnosti není soukromou záležitostí jednotlivců, ale zdrojem prosperity celé společnosti a zárukou udržitelného rozvoje jak ekonomického, tak sociálního a kulturního. Rodina je prostorem, v němž se vytváří tzv. lidský kapitál – výchovou formovaný lidský jedinec, který je schopen uplatňovat v dospělosti svůj tvůrčí potenciál, na němž závisí inovativnost a kvalifikovanost jakékoli profesní činnosti. Funkce rodiny proto nemůže plně nahradit žádná jiná instituce. Rodinná politika se proto neomezuje jen na vyrovnání nákladů rodin, ale chce svojí podporou ocenit i přínos, který rodina pro společnost představuje.

Přes všechny důležité funkce rodiny jak pro společnost, tak pro jednotlivce není atmosféra v naší společnosti rodinně příznivá, a pokud bude tento nepříznivý stav přetrvávat i nadále, bude bez fungující rodiny ohrožena samotná existence společnosti. Nedostatečná podpora rodiny se totiž rozhodující měrou podílí na demografickém propadu, který narušuje mezigenerační solidaritu, prohlubuje proces stárnutí obyvatelstva a může způsobit zásadní civilizační změnu. Průzkumy opakovaně ukazují, že Jihomoravský kraj je těmito jevy ohrožen ve zvláštní míře.

Rodinná politika je politikou průřezovou. Zajišťuje vyvážený poměr mezi ekonomickými, sociálními a environmentálními opatřeními s ohledem na udržitelný rozvoj společnosti. Aktéry rodinné politiky kraje jsou samotné rodiny, organizace pomáhající rodinám a referáty rodinné politiky na regionální a místní úrovni. Spoluprací těchto subjektů je zajištěna účinnost a užitečnost jednotlivých opatření ve prospěch rodiny.

Rodinná politika doplňuje Programové prohlášení Rady Jihomoravského kraje, které předpokládá rozvoj aktivit směřujících ke stabilizaci a posílení rodiny.

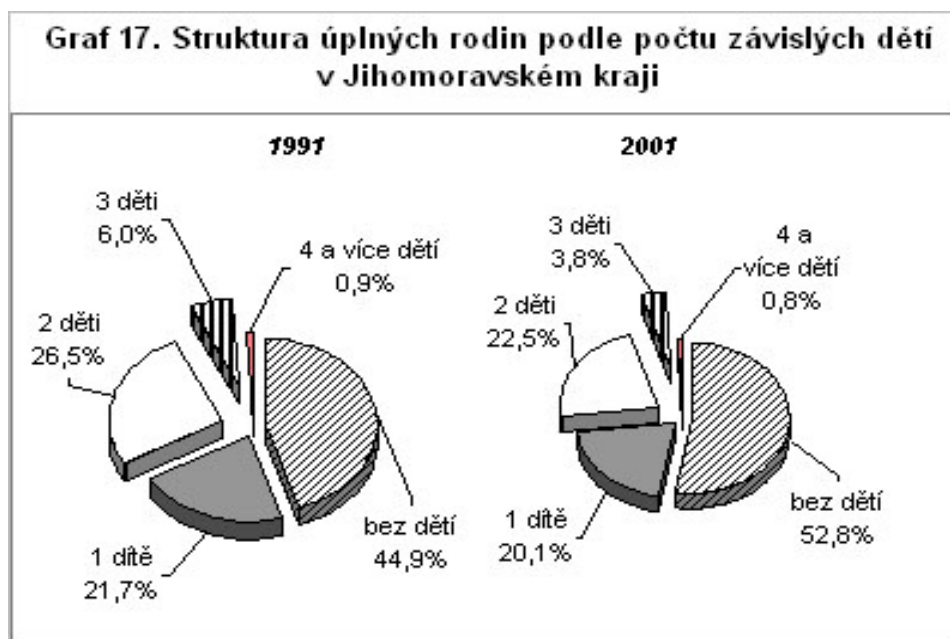
Hlavními oblastmi zájmu RP kraje je podpora RP v obcích, a to zejména v těchto oblastech:

- ⇒ podpora partnerských a rodičovských kompetencí a stability rodiny,
- ⇒ podpora harmonizace rodinného a profesního života,
- ⇒ podpora utváření pro-rodinného klimatu,
- ⇒ podpora zdravého životního stylu.

2. Současná situace rodin v Jihomoravském kraji

Údaje ze sčítání lidu z roku 2001 – Cenzové domácnosti v Jihomoravském kraji

V roce 2001 klesl podíl úplných rodin na 57,0 % všech cenzových domácností a v nich podíl úplných rodin se závislými dětmi dokonce na 26,9 % všech cenzových domácností.



Z celkového počtu 259 567 úplných rodin je 122 467 úplných rodin se závislými dětmi (tj. 47,2 %). Z těchto rodin je jich nejvíce se 2 závislými dětmi (58 435), následují rodiny s jedním závislým dítětem (52 089), se 3 závislými dětmi (9968) a 4 a více závislými dětmi (1975). Při srovnání s rokem 1991 klesl podíl rodin s 1 dítětem z 21,7 % na 20,1 % v roce 2001. U úplných rodin se 2 dětmi bylo zaznamenáno největší snížení, celkem o 4 body – 26,5 % roku 1991 odpovídá jen 22,5 % v roce 2001. Dále následuje snížení u rodin se 3 dětmi ze 6,0 % na 3,8 %. A pro úplnost: u úplných rodin se 4 a více dětmi klesl podíl z 0,9 % na 0,8 %.

V úplných rodinách je 137 100 rodin bez závislých dětí. Na celkovém počtu úplných rodin se podíl úplných rodin bez závislých dětí zvýšil během uplynulého desetiletí ze 44,9 % na 52,8 %.

Údaje o počtech úplných rodin a úplných rodin se závislými dětmi podle velikosti obce v Jihomoravském kraji

Tab. 5.4.4 Úplné rodiny podle počtu členů a velikostních skupin obcí

	Úplné rodiny celkem	v tom rodiny s počtem členů v %			
		2	3	4	5 a více
Úplné rodiny celkem					
Kraj celkem	259 567	33,3	27,3	30,5	8,9
v tom obce s počtem obyvatel:					
do 199	3 366	33,4	22,6	30,5	13,5
200 - 499	16 013	31,5	24,3	31,1	13,1
500 - 999	30 228	30,5	24,9	31,7	12,9
1 000 - 4 999	69 152	30,3	25,9	32,8	11,0
5 000 - 19 999	29 544	32,4	27,2	32,0	8,4
20 000 - 49 999	30 645	32,8	28,2	32,2	6,8
100 000 a více	80 619	37,6	29,9	26,9	5,6
Úplné rodiny se závislými dětmi					
Kraj celkem	122 467	x	29,0	54,0	17,1
v tom obce s počtem obyvatel:					
do 199	1 478	x	18,0	54,7	27,3
200 - 499	7 528	x	21,7	53,1	25,2
500 - 999	14 606	x	23,3	53,1	23,6
1 000 - 4 999	33 875	x	25,0	54,9	20,1
5 000 - 19 999	14 141	x	28,3	55,8	15,9
20 000 - 49 999	15 036	x	31,1	56,2	12,7
100 000 a více	35 803	x	36,3	51,9	11,8

Za městem Brnem následuje nejmenší velikostní skupina obcí s počtem obyvatel do 199, podíl úplných rodin tvoří 33,4 % této skupiny. Při zohlednění velikostních skupin obcí je velmi podobný stav i u tříčlenných úplných rodin. Nejvyšší podíl – 29,9 % (24 091 rodin ve skupině) je opět v nejvyšší velikostní skupině obcí a nejnižší podíl je v nejmenších obcích do 199 obyvatel – 22,6 % (762 rodin v dané skupině). Čtyř a vícečlenné úplné rodiny převažují ve středních a menších obcích kraje. Nejvyšší podíl 4členných úplných rodinných domácností je v obcích s počtem 1000–4999 obyvatel – 32,8 %, nejmenší ve městě Brně – 26,9 %. Nejvýraznější relativní rozdíly jsou u 5- a vícečlenných úplných rodin. Pouhým 5,6 % ve skupině 100 000 a více obyvatel (tedy v Brně) odpovídá 13,5 % těchto rodin v nejmenších obcích do 199 obyvatel, 13,1 % v obcích od 200 do 499 obyvatel a 12,9 % v obcích s 500–999 obyvateli.

V souboru úplných rodin jsou započtena také faktická manželství druha a družky, kterých bylo celkem v Jihomoravském kraji 10 591. Tento způsob společného soužití je především preferován u mladých lidí do 29 let a u starší generace nad 50 let.

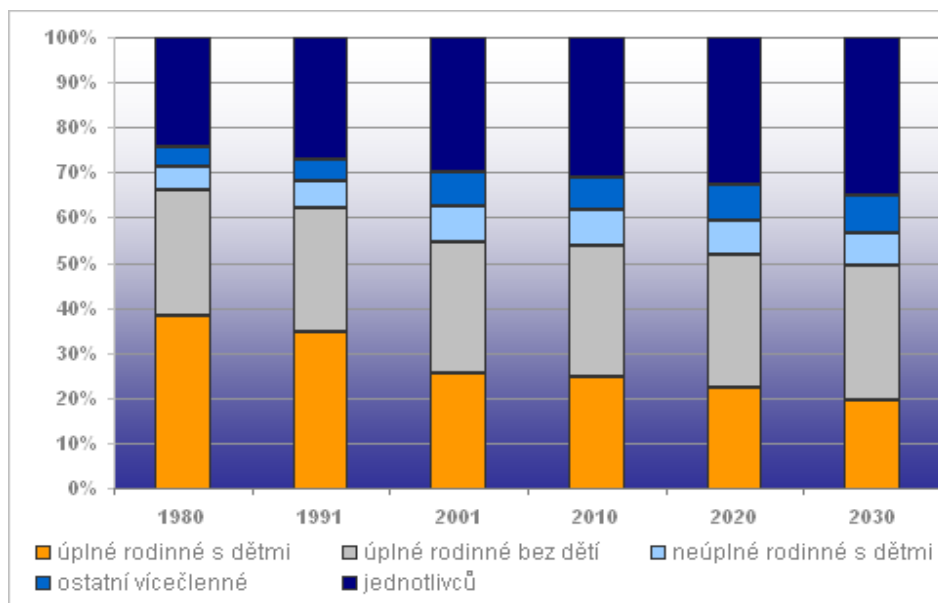
Prognózy ve vývoji počtu cenzových domácností do roku 2030

V rámci přijatých předpokladů bude při stagnaci počtu obyvatel přibývat cenzových domácností zhruba do roku 2020 a poté dojde k mírnému poklesu. Bude to způsobeno hlavně dlouhodobým úbytkem počtu úplných rodinných domácností se závislými dětmi (malý vzestup do roku 2010 je opožděný projev reprodukční aktivity ročníků demografické vlny 70. let). Naproti tomu bude i při poklesu intenzity manželského (partnerského) soužití starších početně silnějších generací neustále přibývat úplných rodinných domácností bez závislých dětí (tj. bez dětí vůbec, pomaleji s nezávislými dětmi), které se stanou častějším způsobem života i ve věku nad 75–80 let.

Někdy kolem roku 2010 dosáhne vrcholu počet neúplných rodinných domácností se závislými dětmi, poté se začne snižovat úměrně tomu, jak bude "vysychat" zdroj jejich vytváření ze stále nižších počtů úplných rodin se závislými dětmi. Poměrně rychle se bude zvyšovat počet ostatních vícečlenných domácností, tj. neúplných rodinných domácností bez závislých dětí a ostatních, typu prarodič s nezávislým vnukem, dva sourozenci, partnerské svazky gayů aj., částečně z tlaků vzniklé sociální situace. Počet domácností jednotlivců by se měl podle našich výpočtů zvýšit během třiceti let téměř o 400 tisíc na více než 1,6 miliónu, a to hlavně vlivem rostoucích počtů osob ve vyšším věku, přes určitou už naznačenou redukci.

Výsledky sčítání 2001 o domácnostech a s některými metodickými změnami "naznačily" dlouhodobé následky změn demografického chování již v období před jeho stabilizací. Také proto jsou očekávány změny počtů jednotlivých typů domácností v období 2001–2010 menší. V dalších dvou desetiletích se projeví zvláště důsledek situace, že podstatně nižší počty potenciálních rodičů (ročníky 1996 a další) budou mít již ve druhé generaci nižší počty dětí. Sekundárně se budou snižovat také počty neúplných rodinných domácností se závislými dětmi. Dále porostou počty ostatních vícečlenných cenzových domácností. Udrží se však i při uvažované "sociální" redukci vysoké přírůstky domácností jednotlivců.

Graf 1: Složení cenzových domácností



*) se závislými dětmi, respektive bez závislých dětí

3. Cíle rodinné politiky

Hlavní cíl: Hlavním cílem rodinné politiky kraje jako politiky průřezové je podporovat vznik funkčních rodin, kvalitu rodinného života a vhodných podmínek pro rodiny. A umožnit tak jejich členům svobodně realizovat vlastní životní strategie v naplňování jak rodičovských, tak i profesních plánů. Výchovou k partnerství, manželství a rodičovství utvářet u mladé generace vědomí hodnoty rodiny a vlastní odpovědnosti za její stabilitu a funkčnost. K dosažení cílů RP je potřeba vytvářet nezbytné finanční zdroje zejména v rámci již existujících dotačních titulů jednotlivých odborů krajského úřadu.

Specifické cíle:

1. Cílem RP je podpora autonomní rodiny, založené na stabilních, celoživotních vztazích. Její opatření se tedy nezaměřují v první řadě na podporu jednotlivých členů rodiny, ale na usnadnění výkonu funkcí, za něž nese odpovědnost rodina.
2. Cílem RP je podpora svobodné volby rodiny týkající se velikosti rodiny, míry profesního zapojení rodičů, způsobu péče o děti a další závislé členy rodiny.
3. Cílem RP je předcházení krizovým situacím v životě fungující rodiny.
4. Cílem RP je tvorba pro-rodinného klimatu cestou spolupráce široké sítě společenských subjektů.

B. Věcná část

Specifické cíle z hlediska potřeb rodin v podpůrných opatřeních na krajské úrovni¹

Koncepce RP kraje chce systematicky podpořit rodinu prostřednictvím vzájemně propojených opatření týkajících se všech oblastí života rodiny. Cílem je tzv. pro-rodinné klima, kdy se jednotlivé aktivity hodnotí z pohledu jejich „Přínosu pro rodinu“, které je jedním z horizontálních témat kraje.

Opatření 1: Podpora vytváření vhodných životních podmínek pro fungování rodin a spoluvytváření prostředí příznivého rodině

Cíl: Cílem podpory je nabídnout takovou formu a rozsah podpory a pomoci, které prospívají soudržnosti rodiny a současně respektují její autonomii². Podpora kraje rozšiřuje státní sociální podporu rodiny a dotýká se jednotlivých životních fází rodiny. Podpora rodiny nepomáhá jen ke zvládnutí nároků kladených na život v rodině, ale pomáhá vytvářet i hodnoty, z nichž čerpá celá společnost.

Rozsah podpory: Podpora je určena státním subjektům s krajskou působností a neziskovým organizacím, které pracují s konkrétními cílovými skupinami.

Popis opatření: Opatření zahrnuje podporu veškerých vnějších podmínek života rodin vyjma specifických oblastí popsaných v opatřeních pod body 2, 3, 4.

Jedná se o:

- finanční podporu neziskových prarodinných organizací,
- nepřímou finanční podporu v podobě slev pro rodiny,
- dotace do infrastruktury zohledňující potřeby členů rodin v závislosti na jednotlivých životních fázích,
- směřování dotační podpory do oblastí vzdělávacích programů pro rodiny³.

Konkrétní opatření:

1.1. Opatření v oblasti materiální pomoci:

1.1.1. Slevy pro rodiny

1.1.2. Dotační programy na podporu pro-rodinných aktivit

1.2. Opatření v oblasti rozvoje infrastruktury:

1.2.1. Rozvoj bezbariérovosti a průchodnosti regionu

¹ kraj může tato opatření navrhnout obcím a vytvářet pro ně v rozsahu své působnosti podmínky

² Ministerstvo práce a sociálních věcí, Koncepce státní rodinné politiky 2005

³ konkretizace tohoto opatření je uvedena pod bodem 3 se záměrem nezužovat nabídku služeb pro rodiny jen na služby péče o děti

- 1.2.2. Rozvoj specifické infrastruktury: místa pro přebalování a krmení dětí na veřejných místech
- 1.2.3. Rozvoj dopravní obslužnosti
- 1.2.4. Rozvoj cykloturistiky v Jihomoravském kraji
- 1.2.5. Rozvoj dětských hřišť apod.

Opatření 2: Slučitelnost zaměstnání a rodiny

Cíl: Cílem podpory je umožnit rodičům sladění pracovního a rodinného života, aniž by museli rezignovat na své rodičovství nebo na svou profesní realizaci. Smyslem podpory je tedy motivovat zaměstnavatele k zohledňování zájmů zaměstnanců/zaměstnankyň jako rodičů na straně jedné a na straně druhé podporovat udržení zaměstnatelnosti pečujících rodičů na trhu práce. Důvodem podpory není vyrovnání ušlých nákladů při zaměstnávání pečujícího rodiče, ale ocenění pozitivního vlivu rodinného života na výkon zaměstnance a zaměstnankyně.

Rozsah podpory: Podpora je určena všem subjektům trhu práce včetně vzdělávacích institucí.

Popis opatření: Opatření zahrnuje podporu aktérů trhu práce – zaměstnavatelů i zaměstnanců – s cílem vytvoření vyvážených podmínek pro realizaci svobodné volby zapojení rodičů na TP a současně přispívajících k pohledu na rodinu a profesní sféru jako rovnocenné zdroje společenské prosperity.

Jedná se o:

- podporu realizace auditů či labellingových soutěží, zavádění flexibilních pracovních úvazků, alternativních forem zaměstnání⁴ a dalších školení zaměstnanců,
- aktivity motivující k sebevzdělávání, k prohlubování dovedností získaných prací pro rodinu, k schopnosti sebe prezentace na trhu práce a k respektu vůči zájmům zaměstnavatelů, které umožňují opětovný návrat na trh práce,
- podporu inovativních forem péče o děti umožňující pečujícím rodičům opětovný návrat na trh práce (firemní školky, denní matka/otec).

Konkrétní opatření:

2.1. Opatření v oblasti podpory zaměstnavatelů

- 2.1.1. Mediální podpora firem účastnících se auditů a soutěží motivujících k tvorbě prorodinného klimatu v zaměstnání (audit Zaměstnání a rodina, soutěž Společnost přátelská rodině apod.)
- 2.1.2. Podpora školení zaměstnanců a zaměstnavatelů

2.2. Opatření v oblasti podpory pečujících rodičů

- 2.2.1. Podpora organizací poskytujících programy pro rodiče

⁴ **Audit** (audit Podnik přátelský rodině) měří pro-rodinnost jednotlivých podniků (analýzou pro-rodinného chování zaměstnavatelů, monitorováním situace na pracovištích...) a jeho výsledkem jsou podněty k zavedení dalších pro-rodinných opatření. **Labellingové soutěže** (např. Podnik přátelský rodině) jsou pro zúčastněné firmy významným motivačním faktorem. Podniky jsou hodnoceny na základě kritérií posuzujících prostředí příznivé rodině včetně úspěšnosti pro-rodinných opatření. Odměnou je udělení certifikátu, který zvyšuje jejich prestiž a zlepšuje jejich image. **Flexibilním pracovním úvazkem** se rozumí pružná pracovní doba, zkrácené úvazky, sdílení pracovního místa apod. **Alternativní formou zaměstnání** se rozumí např. práce doma, teleworking, práce přes internet apod.

2.2.2. Podpora inovativních forem péče o děti

Opatření 3: Podpora služeb pro rodiny

Cíl: Podporovat služby napomáhající plnění funkcí rodiny aniž by byla dotčena její autonomie.

Rozsah podpory: Podpora je určena všem subjektům, které se věnují celým rodinám i jednotlivým jejím členům.

Popis opatření: Opatření zahrnuje podporu služeb pro rodiny, které doplňují základní rodinnou péči, kterou je každá rodina schopna zajistit vlastními silami. Výchovnou funkci rodiny posilují služby určené rozvoji partnerských vztahů a rodičovských kompetencí, služby posilující zdravý životní styl, služby podporující výchovu k občanské odpovědnosti s cílem prevence patologických jevů, socializační funkci rodiny doplňují služby institucionální a neinstitucionální péče o děti a podpora mezigeneračního soužití.

Konkrétní opatření:

3.1. Opatření v oblasti podpory služeb podporujících rodinné vztahy a partnerské a rodičovské kompetence

3.1.1. Podpora vzdělávacích a osvětových programů

3.1.2. Podpora poradenství a mediačních služeb

3.1.3. Opatření na podporu činnosti mateřských a rodinných center

3.2. Opatření na podporu volnočasových aktivit pro děti a mládež v době prázdnin

3.2.1. Podpora činnosti center volného času a dalších aktivit

3.3. Opatření na podporu zdravého životního stylu rodiny

3.3.1. Podpora zdraví, včetně podpory výchovy k občanské odpovědnosti s cílem prevence sociálně-patologických jevů

3.3.2. Podpora duchovních, kulturních a volnočasových aktivit (volnočasové aktivity pro rodiny, setkání rodin, společné rodinné dovolené s programem apod.)

3.4. Opatření na podporu mezigeneračního soužití

3.4.1. Podpora inovativních aktivit pro seniory (dobrovolnictví seniorů při péči o děti)

3.4.2. Podpora aktivního způsobu života seniorů

3.4.3. Podpora projektů vícegeneračního soužití

Opatření 4: Osvětově informační činnost

Cíl: Podporovat informovanost médií a veřejnosti o všech aktivitách kraje na podporu rodiny a spolupráci různých společenských subjektů za účelem vytváření pro-rodinného klimatu v kraji.

Rozsah podpory: Podpora má celospolečenský dopad.

Popis opatření: Opatření zahrnuje veškerou mediální a osvětovou agendu spojenou s již realizovanými nebo připravovanými opatřeními na úrovni krajské rodinné politiky. Jedná se o včasné informování médií a veřejnosti, propagaci aktivit, programů a služeb. Dále je v tomto opatření zahrnuto setkávání různých společenských subjektů za účelem výměny informací a podpory tvorby pro-rodinných opatření nejen na úrovni kraje ale i na úrovni obcí.

Konkrétní opatření:

4.1. Opatření na podporu mediální propagace a osvěty

- 4.1.1. Podpora organizace seminářů a konferencí o rodině
- 4.1.2. Podpora tvorby a údržby info-pointu na portálu Jihomoravského kraje
- 4.1.3. Podpora aktualizace katalogu prorodinných organizací a iniciativ včetně nabízených programů a služeb
- 4.1.4. Podpora tvorby nových informačních materiálů potřebných k vytváření pro-rodinného klimatu v kraji

4.2. Opatření v oblasti podpory spolupráce různých společenských subjektů

- 4.2.1. Podpora organizace kulatých stolů o rodině
- 4.2.2. Podpora tvorby pro-rodinných opatření na úrovni obcí

Závěr

Podpora fungující rodiny není záležitost dokonalé koncepce a na ni navazujících velkorysých opatření, ale je to usilovná snaha, která se v dialogu s rodinami realizuje spíše po malých krocích a trvale. Je to záležitost nastoupení cesty, která soustavně a vynalézavým způsobem ujišťuje rodiny o ochotě pomáhat a o skutečném zájmu, který věnuje reprezentace společnosti jejich nenahraditelné péči.

Příloha IV.

OSOBY S POSTIŽENÍM – ZDRAVOTNĚ SOCIÁLNÍ PROBLEMATIKA

(P. Fiala)

6.1. Úvod

Postavením ve společnosti a kvalitou péče o naše postižené spoluobčany naše země **výrazně pokulhává za vyspělým civilizovaným světem**. Máme co dohánět nejen v komplexní zdravotní a sociální péči o ně, ale dluh existuje zejména v jejich **začlenění do běžného života**.

Není nutno hovořit o finančně náročných projektech, srovnatelných s vyspělými zeměmi, které stojí (žel) mimo naši současnou hospodářskou realitu. V našich podmínkách nás však často uvádí do rozpaků i tak samozřejmá věc jako je např. bezbariérový přístup do běžných domů a obchodů, do vlaků a autobusů, do lékařských ordinací, nemocnic a sociálních zařízení. Jistěže se i u nás v posledních letech v tomto směru změnilo mnohé k lepšímu, nicméně faktem zůstává, že naši **postižení spoluobčané mají život výrazně těžší než „normální“ lidé**. Nikoliv náhodou mnozí poukazují na to, že **podle péče o své nemocné a postižené můžeme hodnotit stupeň vyspělosti té které země** nebo dokonce celé civilizace.

Pro ilustraci jeden příklad: Vyhledávaný turistický cíl Údolí smrti v Kalifornii – až do nejhlubších míst údolí, všemi kaňony a zátočinami a ke všem přírodním i historickým pozoruhodnostem vedou bezbariérové chodníky pro vozíčkáře! Každý postižený může tato místa navštívit sám anebo za pomoci svého asistenta.

6.2. Zdravotně sociální charakteristika osob s postižením

6.2.1. Zdravotní charakteristika osob s postižením, invalidita

Z hlediska lékařského můžeme rozdělit postižené na osoby s postižením:

- a) **vrozeným** (vlivem mutagenů, teratogenů atd. - ať už to jsou léky či jiné zevní nebo vnitřní škodliviny)
- b) **získaným** (perinatálně, úrazem, nemocí, jinými okolnostmi a událostmi)

Podle stupně postižení, případně klinického obrazu hovoříme zpravidla o postižení **lehkém (frustrním), středního stupně a o postižení těžkém**. Z hlediska postiženého orgánu, systému či místa postižení se pak jedná např. o postižení **pohybového aparátu, smyslového ústrojí, o mentální postižení atd.** Velmi často se u pacientů, zejména u dětí s vrozenou vadou či s perinatálním poškozením jedná o **postižení kombinované**. Toto rozdělení pro naše účely zcela postačuje, pro podrobnější členění, kliniku a terapii pak odkazujeme na učebnice příslušných klinických oborů.

Zvláštním případem je **invalidita**. Obecně vzato, invalidita vlastně není ničím jiným, než **dlouhodobým onemocněním ve stabilizovaném stavu se závažným stupněm postižení přechodného nebo trvalého rázu**. Lze ji chápat jako tělesné či duševní poškození nebo ztrátu určité funkce. Bývá definována zákonem, neboť zároveň znamená sníženou pracovní schopnost. Ve svém důsledku jde tedy o kategorii lékařskou, sociální, ekonomickou a právní.

Z hlediska praktických potřeb, zejména s ohledem na to, jaká zařízení, resp. jejich typy se o tyto osoby starají, je výhodné členění **podle věkové kategorie**, tj. na postižení, která handicapují:

- a) **děti a dorost**
- b) **osoby produktivního věku**
- c) **seniory (osoby v postproduktivním věku)**

Od tohoto rozdělení se odvíjí i jejich zdravotní a sociální problematika.

6.2.2. Nejčastější příčiny postižení a jejich rozdělení

Hlavní příčiny zdravotního postižení („*disability*“, „*handicap*“):

a) **V dětském věku:**

Jedním z nejčastějších problémů v tomto období bývá tzv. „**dětská mozková obrna**“ (DMO), její nejrůznější formy a stupně a přidružená přidružená postižení (epilepsie, smyslové poruchy, mentální retardace apod.). Nejedná se vlastně o nosologickou jednotku v pravém slova smyslu, ale o souhrn často velmi různých symptomů, kde dominuje pohybové postižení (např. kvadruparéza), mnohdy

kombinované s postižením mentálním. Dále v této skupině vidíme řadu **vrozených vad** (rozštěpy atd.) a **syndromů** (např. Downův) a mnoho dalších, naštěstí relativně vzácných, geneticky podmíněných dědičných onemocnění (např. chromozomové aberace). Děti bývají také velmi často postihovány nejrůznějšími **úrazy** (skoky do vody, hry), které je posléze mohou handicapovat na celý život. Dále se jedná o řadu **infekčních onemocnění** (např. meningoencefalitida aj.), způsobujících trvalé následky (dřív se často ani nepřežila) v oblasti CNS i pohybového ústrojí. Mezi velmi vážná onemocnění patří i **smyslové poruchy** (slepota, hluchota, němota a jejich kombinace). Nepochybně sem patří i onemocnění **interní** (srdeční vady, endokrinologické poruchy, alergie aj.), onemocnění **kožní** (např. psoriáza) atd., avšak četnost jejich nejzávažnějších forem, které vedou k výraznému handicapu až invaliditě, je také naštěstí relativně nízká.

b) V dospělosti, v produktivním věku:

U mnohých dospělých jedinců s handicapem se jedná o onemocnění, přetrvávající **z dětského věku**. Se zlepšujícími se možnostmi medicíny se i tito jedinci dožívají vyššího věku a je třeba je zabezpečit také v jejich dospělosti. Mnohé dětské stacionáře vzniklé v dobré víře po roce 1989 dnes mají problémy s tím, kam umístit nyní již **dospělé postižené děti**, kterým pomohli přežít díky intenzivní léčbě a rehabilitaci.

K nim se v dospělosti přidávají další postihy – přibývají **úrazy**, zejména dopravní (autonehody), pracovní (cirkulárka), sportovní (nárazy aj.). Častěji už vidíme i onemocnění **psychiatrická** (schizofrenie, psychóza, deprese, mentální anorexie). Přidávají se nemoci interní (kardiologické, endokrinologické, revmatologické aj.), chirurgické a onkologické. Relativně často znesnadňují lidem normální život onemocnění **neurologická** – např. myopatie, demyelinizační onemocnění, parkinsonismus a řada dalších. V mnoha případech jsou to tzv. „civilizační“ choroby (pohybový aparát), které jsou na rozhraní několika klinických oborů (např. neurologie a interna, geriatrické apod.). A v neposlední řadě invalidizuje člověka ve středním věku **bolest** ať už ve své **funkční složce** (např. torpidní migrény, neuralgie, kausalgie) anebo **s organickým postižením** (artróza nosných kloubů, vertebrogenní algický syndrom apod.)

c) U seniorů a lidí v postproduktivním věku

V období senia, zejména pozdního senia převládají **cévní onemocnění** (dlužno podotknout, že se stále více vyskytují i v mladších věkových kategoriích). Jednou z nejčastějších příčin handicapu bývá tzv. **CMP** („cévní mozková příhoda“) a její následky (nejrůznější typy plegií a paréz, fatických poruch atd.), ať už je ischemického či hemoragického původu. Dále dnes stále častěji vidíme už v relativně mladším věku onemocnění, způsobující **demenci** (Alzheimer, ateroskleróza) – pro tento typ onemocnění u nás mimochodem prakticky zcela **chybí specializovaná zařízení**, právě tak jako zařízení (léčebny), která by řešila složitou problematiku **gerontopsychiatrikou**.

Vyšší četnost mají i onemocnění **neurologická** (např. parkinsonského typu, demyelinizační atd.). Také řada interních či chirurgických chorob v tomto věku může dosáhnout již takového stupně, že člověku do značné míry znemožňují soběstačný život. Kromě toho si lidé do stáří přinášejí **řadu chorob z minulých období**, které se v tomto věku výrazně zhoršují a stupňují – např. bolesti atd.

Období senia je patrně nejnáročnějším obdobím jak pro rehabilitaci, tak i pro sociální zařazení pacientů.

Z hlediska rehabilitace zejména proto, že s věkem a stupněm závažnosti choroby výrazně klesá tzv. „rehabilitační potenciál“ pacienta (viz. dále), ale přitom přibývají choroby a zvyšuje se stupeň jejich závažnosti. **Z hlediska sociálního zařazení** proto, že lidé již obvykle nezvládají žít sami, často ztratili svého životního partnera a jejich děti zpravidla na dlouhodobou péči o své staré rodiče ani odborně ani časově nestačí. **Sít' lůžkových zařízení pro seniory** (např. domovy důchodců, domovy s pečovatelskou službou atd.) i ambulantní či semiambulantní péče (domácí péče, stacionáře) je v našich podmínkách z nejruznějších důvodů (nejčastěji finančních) naprosto **nedostatečná** (blíž viz část 5 –Kapitoly ze sociální geriatric).

6.2.3. Sociální charakteristika postižených osob

Jedná se o takové základní charakteristiky, které se **podstatným způsobem** dotýkají nejzákladnějších lidských potřeb, lidské integrity, důstojnosti člověka, jeho

hmotných i nehmotných (duševních, citových) potřeb, celkového způsobu života. Patří sem **postavení ve společnosti, bydlení a zaměstnání, kvalita života, partnerství, sexualita, rodičovství, sport a volný čas** a řada dalších.

a) **Postavení ve společnosti**

Postavením ve společnosti je tato skupina lidí značně **znevýhodněna**, a to jak z fyzického, tak i psychického a sociálního hlediska. Tento handicap začíná už v nejtětlejším dětském věku, neboť se u nás dosud nevžilo, že tyto děti jsou zcela „normální“ a v drtivé většině případů mohou být **integrovány** s ostatními dětmi v jeselských, předškolních i školních zařízeních, v zájmových kroužcích i sportovních klubech. Na některých místech se již daří tyto děti integrovat do „běžných“ tříd.

Rodiny postižených dětí mají často problémy s obstaráváním kompenzačních a rehabilitačních pomůcek (vozíky, rehabilitační přístroje), dopravou dětí do rehabilitačních či sociálních zařízení, neboť jejich síť je nedostatečná a nerovnoměrná. Do značné míry se dnes existující mezery snaží zaplnit řada **nestátních neziskových organizací**.

b) **Bydlení, zaměstnání**

V dospělosti většina těchto problémů přetrvává a k tomu se přidávají další. Velké problémy mívají tito lidé ve sféře **bydlení**. Počet tzv. „bezbariérových“ bytů stále není dostatečný, chybí i domy „penzionového typu“, které dovolují relativně samostatný život tam, kde postižení nedosahuje ještě příliš vysokého stupně. Stále není dostatečný počet bytů v režimu „chráněného bydlení“. Zajímavým se jeví „komunitní“ způsob bydlení i práce lidí s nejrůznějším typem či stupněm postižení.

Velmi často k nim přibývají potíže s obstaráváním **zaměstnání**. Třebaže de iure existuje pro každého zaměstnavatele povinnost zaměstnávat určité procento postižených lidí, v praxi se toto nařízení z nejrůznějších důvodů nedodržuje, ani nevynucuje. Finanční problémy brzdí i rozvoj „**chráněných dílen**“ (viz. dále).

U našich **starých spoluobčanů** jsou všechny tyto problémy ještě více vystupňovány (viz. část 5 - Kapitoly ze sociální geriatry). I zde dnes vedle státních organizací stále více pomáhají **nestátní neziskové organizace**.

c) **Kvalita života**

To vše se promítá do **kvality jejich života**. Kvalita života je dána řadou faktorů, které zahrnují **fyzické, duševní i sociální prvky** (blíže viz. např. **definice zdraví WHO** a její důsledky v praktickém životě). Pokud je narušena jedna složka, dotýká se to složek všech a kvality života obecně.

d) **Partnerství, sexualita, rodičovství**

Tato složka života postižených lidí patřila do nedávné doby do sféry „tabu“. Přitom se jedná o naplnění **základních** potřeb ve sféře citové (láska, úcta, důstojnost člověka, pocit sounáležitosti) a sexuální. Ve většině případů postižení **není narušena citová složka ani sexuální citění** postižených osob. Pokud se jedná o postižené děti, stačí obvykle tyto potřeby naplňovat jejich rodina.

V dospívání však pozorujeme i u lidí těžce postižených velice silnou touhu **po partnerství**. Pokud tomu nebrání typ postižení, v převážné většině případů tyto potřeby chtějí naplnit. Poměrně často pak bývá jejich partnerem také postižený člověk. Nezřídka však vidíme velmi pěkná partnerství postiženého člověka s nepostiženým. Není výjimkou ani vztah se svým asistentem nebo zdravotníkem (ošetřující sestřička, rehabilitační pracovník apod.).

Potřeba **lásky** („milovat a být milován“) je **základní lidskou potřebou** (viz. studie z oblasti psycho-sociální). Je charakteristická **pro každý věk a každého člověka** (zdravého i postiženého). Její nenaplnění může vést až k sociální deprivaci a poruchám chování takového stupně, které mohou zapříčinit i invaliditu (deprese, mentální anorexie), ale i poruchy chování v rámci sociálních vzorců („asociálové“).

I v sexuální sféře se ve většině případů může dosáhnout uspokojivého života. Záleží samozřejmě na konkrétním postižení. Problémem bývají některá psychiatrická onemocnění, kdy vystupňovaný sexuální pud může být nebezpečný.

Zajímavou kapitolou je **rodičovství**. I to ve většině případů můžeme doporučit. Základním předpokladem je ovšem fyzické zdraví ženy. Určitou pomocí pro mnohé páry může být i umělé oplodnění či „dítě ze zkumavky“. Před etickým problémem však stojíme např. v situaci, kdy se jedná o **pár těžce postižený** somaticky (genetické vady, těžký neurologický postih apod.), psychicky (např. schizofrenie) anebo o pár osob se značným stupněm mentální retardace (obvykle od středního stupně níže) atp. Tady je vždy na místě individuální posouzení a konzultace s příslušnými odborníky.

d) Sport a volný čas

Dnes zná každý Olympijské hry pro postižené, které se konají vždy po „řádných“ Olympijských hrách. Tím je vyřčeno prakticky vše o sportování postižených jedinců, neboť jejich olympiáda je jen jakýmsi vrcholem ledovce jejich běžných, celoživotních aktivit. Vzhledem k jejich zdravotnímu a psychickému stavu nelze, než sportovní aktivity co nejvíce doporučit, neboť přispívají nejen ke zlepšování fyzického zdraví a kondice, ale i zdraví duševního a zařazení do společnosti. Předpokladem je ovšem schopnost pro ten který druh sportu. Podle možností se tito sportovci scházejí ke sportování pod patronací sportovních klubů, ústavů sociální péče apod. Limitem jsou i zde finanční možnosti. I proto je tato činnost aspoň do určité míry podporována jak z centrální úrovně (MPSV, MZd.), tak i na úrovni měst, obcí a okresů (zastupitelstva) formou grantů či dotací.

V posledních letech se kromě sportovních Olympijských her konají i Olympiády schopností – tzv. „abilympiády“ (z angl. „ability“ – „schopnost“). V roce 2000 se světová abilympiáda konala v Praze.

Co se týče využití volného času, platí zde obdobné, co již bylo řečeno o podpoře sportu. Je možno sdružovat se, získávat granty či dotace na nejrůznější

kulturní i sociální vyžití (keramika, modelování, počítače, kurzy šití, tance atd.). Vše ovšem záleží na tom, zda tyto osoby samy, případně ve spolupráci s někým jiným, prokáží životaschopnost a značnou dávku houževnatosti sepisováním projektů, žádostí o granty atd., které už dnes (na rozdíl od euforické doby počátku devadesátých let) vůbec nejsou snadnou záležitostí (podrobný popis projektu, finanční rozvaha, odborná garance, vyúčtování atd.). Pomoc zde poskytuje opět řada **nestátních neziskových organizací** jako jsou občanská sdružení (např. Paraple, Duha atd.), církevní zařízení (např. Diakonie, Charita) – jejich počet během devadesátých let rok od roku rostl až do počtu v řádu stovek až několik tisíc a vytváří tak pestrou kytici rostoucí **občanské společnosti**.

Nezastupitelnou úlohu zde samozřejmě hrají **zastupitelstva, magistráty, okresní a městské úřady i ministerstva**. V rámci reorganizace státní správy a samosprávy budou řadu úkolů v této oblasti postupně přebírat **krajské orgány**.

6.3. Rehabilitace

6.3.1. Úvod – definice

Ve slově „*rehabilitace*“ slyšíme dva latinské výrazy. Předponu „*re-*“ chápeme nejen jako slůvko pro opakování, ale v tomto smyslu také jako „*znovunabytí*“. Slovo „*habilitace*“ nebo „*habilitovat*“ známe i z akademického života (z „*habilis*“ – vhodný, zručný). V našem případě však je základem spíše výraz „*habitus*“ - „*postava*“, „*držení těla*“ nebo „*zevnějšek*“. Slovo „*rehabilitace*“ by se tedy také dalo přeložit jako **znovunabytí dřívějších schopností** a sloveso rehabilitovat také jako - dostat se do původního stavu „*držení těla*“, „*zevnějšku*“.

V dnešním, moderním pojetí oboru „*rehabilitace*“ se však jedná o daleko víc, než o pouhé „*držení těla*“ nebo „*zevnějšek*“. Naopak, jedná se přinejmenším stejnou měrou o naše „*nitro*“, tedy lidskou „*psyché*“. Staří Řekové tento ideál charakterizovali slovem „*kalokagathía*“, tedy **rovnováhou lidského těla a duše**, Bible kromě těla a duše hovoří ještě o **duchu** – a my dnes dodáváme, že neméně důležitým prvkem je i rovnováha se svým okolím, prostředím a máme tím na mysli také **rovnováhu, resp. rehabilitaci sociální**.

Z této definice a následné úvahy se pak odvíjí téměř vše o oboru **rehabilitace**, neboť se zdaleka nejedná jen o fyzioterapii, kterou má obvykle na mysli laická veřejnost, když říká „jdu na rehabilitaci“.

6.3.2. Ucelená rehabilitace

Rehabilitace v širším slova smyslu (ucelená, komprehensivní) je celospolečenský proces, který představuje poměrně složitou, koordinovanou a zpravidla **dlouhodobou** (často trvalou) **činnost** všech složek společnosti (od jednotlivců, přes organizace a instituce až po stát jako **zastřešující element**).

Cílem rehabilitace je zařadit, resp. znovu zařadit člověka, postiženého na zdraví následkem nemoci, úrazu či vrozené vady **do aktivního a jemu vlastního společenského života**.

Tato činnost je řešena v celé své komplexnosti v jednotlivých složkách a na příslušných úrovních především v systému **zdravotnictví a sociální péče**, dále v kulturní oblasti, jako pedagogický proces a posléze na pracovní, technické, legislativní, ekonomické, organizační a nikoliv v neposlední řadě i **na politické úrovni** (ta je velmi často pro úspěšnost celého systému rozhodující – tzv. „politická vůle“ - a to hlavně **vytvářením podmínek a rámce pro ucelenou rehabilitaci**).

Jak již bylo naznačeno výše, je to právě OSN a její Světová zdravotnická organizace (SZO – WHO), která klade **kvalitu úrovně rehabilitace jako kritérium kulturní úrovně společnosti**.

V ucelené rehabilitaci jde zároveň o **složitý sociální proces**, který se dotýká téměř všech aspektů společenského života. Z tohoto celého rozsáhlého a značně složitého komplexu činnosti ucelené rehabilitace se **v rámci zdravotnictví** uskutečňuje rehabilitační proces jako **léčebná rehabilitace** (někdy jako: „léčebné prostředky ucelené rehabilitace“).

Léčebnou rehabilitaci jako jednu ze **složek komplexního procesu rehabilitace** garantuje, koordinuje a provádí **rehabilitační a fyzikální lékařství** a to nejlépe jako

základní, samostatný lékařský obor. Rehabilitační a fyzikální medicína používá a rozvíjí diagnostické a terapeutické postupy, zaměřené na znovunabytí funkčních schopností jedince – pacienta – jak fyzických, tak i psychických.

V některých zemích patří **léčebná rehabilitace** k základním medicínským oborům, v jiných k oborům tzv. „nástavbovým“ na obory klinické. Jednotný model neexistuje ani v zemích EU. U nás se její postavení v průběhu doby měnilo a mění a v současné době patří k nástavbovým oborům na některé obory klinické. Dle vyhlášky MZd. č. 134/98 Sb. je pod číslem odbornosti 201 vedena jako „*Fyzioterapie, balneologie a léčebná rehabilitace*“ anebo ve zkratce FBLR.

6.3.3. Léčebná rehabilitace

Léčebná rehabilitace je komplex medicínských preventivních, diagnostických a terapeutických opatření, směřujících k obnovení maximální funkční zdatnosti jedince postiženého na zdraví, tj. nejlépe „ad integrum“.

Prostředkem k tomu je **odstranění poškození, substituce orgánu** či funkce, případně obojí a dále snížení či **zpomalení progresu postižení**, které obvykle vede k omezení či dokonce znemožnění určitých běžných činností a úkonů nutných pro život. Způsobuje je obvykle onemocnění, úraz či vrozená vada a týká se nejen oblasti jednotlivých orgánů, orgánové soustavy, ale i psychiky, osobní péče a funkce organismu jako celku.

Jednotlivé prvky léčebné rehabilitace jsou nedílnou součástí všech etap a forem zdravotní péče prakticky všech klinických oborů – svým způsobem tak **doplňují a završují léčebný efekt ostatních medicínských oborů**. Dobře a promyšleně prováděná rehabilitační péče přispívá ke zkrácení doby nemoci či neschopnosti, urychluje návrat pacientů do normálního života, příp. do zaměstnání a tím vede nejen k **redukci celkových nákladů na léčbu**, ale i odvozených nákladů v sociální sféře (např. nemocenské dávky, kompenzační pomůcky) a na **snížení sociálně-ekonomické zátěže státu** (spojených s invaliditou apod.).

Léčebnou rehabilitaci realizují týmy odborníků, mezi nimiž jsou zastoupeni rehabilitační lékaři, lékaři dalších klinických oborů, logopedi, psychologové, střední rehabilitační pracovníci, fyzioterapeuti, ergoterapeuti a další odborníci (stále častěji absolventi VOŠ). Naprosto nezbytná je zde velmi úzká **týmová mezioborová spolupráce**, včetně spoluúčasti **sociálních pracovníků** a sociálních institucí na všech úrovních (**multidisciplinární tým**).

Pokud máme na mysli obnovu funkce jako jeden ze základních cílů, pak v první řadě klademe důraz na **zabránění vzniku poškození, případně zpomalení rozvoje nemoci**. Tím se dostáváme **k prevenci (!)** onemocnění samotného, a rovněž i k prevenci sekundárních změn, které toto onemocnění provázejí. Dále jde o **znovuobnovení optimální funkce** orgánu či orgánové soustavy, jedince jako celku a o předpoklady jeho další rehabilitace v širším slova smyslu mimo obor zdravotnictví.

Ve své podstatě tedy jde o aktivaci rehabilitačního potenciálu pacienta.

Když hovoříme o tzv. „**rehabilitačním potenciálu**“, máme na mysli, nakolik je vůbec ten který konkrétní pacient „**rehabilitovatelný**“, tj. schopen dostat se co nejbližší původního stavu. Tak např. u roztroušené sklerózy v pokročilém stádiu a při současných možnostech medicíny zpravidla neočekáváme, že již nepohyblivý člověk bude zase chodit, ale zaměřujeme se spíše na prodloužení doby mezi ataky, co nejdelší zachování jeho soběstačnosti, sebeobslužnosti a na zachování přijatelné kvality života apod. Na druhé straně např. u mladého, fyzicky zdatného člověka můžeme i po těžkém úrazu očekávat, že jeho „rehabilitační potenciál“ je relativně vysoký a při intenzivní rehabilitaci má za optimálních podmínek velkou šanci na uzdravení „ad integrum“ a návrat do normálního života.

U dlouhodobě nemocných či postižených dětí jde mj. také o jejich edukaci, soběstačnost, resp. možnost dalšího samostatného života a možnost jejich pracovního zařazení. U lidí v produktivním věku podporuje rehabilitace jejich pracovní schopnost a sociální integraci (v rámci rodiny, komunity atd.). U starších jedinců (seniorů), příp. osob s těžkým zdravotním postižením je cílem co nejdelší zachování soběstačnosti a samostatnosti postiženého člověka a tím o maximálně možnou a co nejdéle udržitelnou **kvalitu života**, příp. život v domácím prostředí.

6.3.4. Prostředky léčebné rehabilitace

V rámci léčebné rehabilitace používáme řadu prostředků, postupů, metod a technik. Patří k nim zejména:

1. **Prevence, diagnostika a terapie** všech sekundárních změn, které provázejí základní onemocnění (např. v trofice, fyziologické funkci, anatomických změnách apod.).
2. **Výcvik jednotlivých kompenzačních mechanismů** v rámci postiženého orgánu nebo orgánového systému, aby funkční ztráta byla minimalizována (zapojení jiných svalových skupin, končetin, orgánů apod.).
3. **Výcvik substitučních mechanismů** nepostižených orgánů nebo orgánových systémů, aby funkční ztráta byla co nejmenší (pravá-levé končetina, nácvik jiných stereotypů apod.).
4. **Vybavení potřebnými prostředky** zdravotnické techniky (např. kompenzační pomůcky) a nácvik jejich používání.
5. **Působení specifickými prostředky proti bolesti** (fyzioterapie, medikamenty, reflexní metody, akupunktura a další techniky).
6. **Obnova tělesné zdatnosti** na úroveň potřebnou k maximálně možné kvalitě života, tj. pokud možno se znovu zapojením do všech původních společenských aktivit.

Mnohdy je základní onemocnění provázeno dlouhodobými následky (např. invalidita), které přesahují medicínu jako takovou. V takových případech je třeba zajistit **návaznost ostatních prvků systému ucelené rehabilitace na rehabilitaci léčebnou** v rámci komplexního systému péče o dlouhodobě či trvale zdravotně postižené. Zapojují se tu složky zejména sociální rehabilitace, kterou obvykle provádějí a garantují instituce, působící v resortu Ministerstva práce a sociálních věcí (MPSV).

6.3.5. Rehabilitační plán

Proces léčebné rehabilitace není nahodilou, nesystémovou prací, nýbrž pečlivě promyšlenou a na základě zkušeností plánovanou činností. Podle časového horizontu rozlišujeme krátkodobý („taktický“) a dlouhodobý („strategický“) léčebně rehabilitační plán

Krátkodobý (taktický) léčebně rehabilitační plán představuje stanovení bezprostředních, konkrétních postupů a jejich koordinaci v určitém kratším a časově omezeném úseku (řádově týdny). Jeho délka není exaktně daná, ale závisí na zdravotním stavu a kondici pacienta, na povaze a druhu onemocnění či poškození, na jeho akutnosti, komplikacím či progresi. Zpravidla tento plán **nepřesahuje dobu cca 3 měsíců**, tj. obvykle pobyt v jednom konkrétním rehabilitačním zařízení.

Dlouhodobý (strategický) léčebně rehabilitační plán už stanovuje celkové cíle rehabilitace, pokud možno podle „rehabilitačního potenciálu“ („rehabilitovatelnosti“) pacienta (tj. kam až lze toho konkrétního pacienta s jeho konkrétní nemocí přivést nebo jak dlouho jej udržovat v určitém stádiu nemoci, jaké prostředky musíme užít a co bude konečným výsledkem rehabilitace). Zapojuje další medicínské postupy a obory a posléze i další složky sociální rehabilitace.

Někdy se k jeho stanovení schází tzv. „**rehabilitační konference**“, tj. zástupci jednotlivých oborů, specialisté, sociální složky atd. Ti mají k dispozici dosavadní výsledky práce, průběhu rehabilitace, objektivních testů, laboratoře a všechny další nutné podklady pro to, aby mohli určit dlouhodobou **prognózu a dlouhodobé prostředky k dosažení cílů**.

Proces léčebné rehabilitace je časově omezený, zejména s ohledem na to, jaké **finanční prostředky** má společnost k dispozici. Jeho ukončení vychází zejména ze závěrů průběžného a závěrečného testování, stanovení dynamiky a rehabilitačního potenciálu pacienta. **Základním předpokladem pro všechny rehabilitační postupy je ovšem dobrovolná a aktivní spolupráce pacienta a velmi často i jeho rodiny.**

Tam, kde etiologie nemoci není známa (a to je dost často) anebo možnosti kauzální léčby jsou omezeny, chce rehabilitace nejen **co nejdéle udržet schopnosti a**

soběstačnost lidí, ale zároveň pokud možno **zpomalit progresi onemocnění** (prevence dekompenzace).

6.3.6. Formy a techniky léčebné rehabilitace

Fyzikální medicína (fyziatrie) - využívá fyzikálních stimulů a prostředků k prevenci, diagnostice a terapii. Používá fyzikální prostředky s cílem dosáhnout co nejlepšího funkčního stavu jedince. Jako fyzikální podněty využívá přírodní i umělé zdroje, energie mechanické, tepelné, chemické, elektrické, světelné, akustické a jejich kombinací a terapii pohybovou, včetně metod reflexních.

Fyzioterapie - právě tato složka bývá laickou veřejností obvykle považována za vlastní rehabilitaci. Představuje terapeutické postupy, využívající různých forem energií (včetně pohybové) a postupů (včetně reflexních) k léčebnému ovlivnění patologických stavů. Zabývá se zejména pohybovým systémem, jeho analýzou pomocí specifických diagnostických postupů a možnostmi ovlivnit jeho prostřednictvím i poruchy dalších orgánových systémů.

Ergoterapie (laicky „léčba prací“) – je terapeutický postup, který využívá specifické diagnostické a léčebné metody, postupy a činnosti při léčbě jedinců každého věku, s různým typem postižení atd., kteří jsou trvale postiženi fyzicky, psychicky, smyslově či mentálně. Cílem je znovunabytí dřívějších dovedností a postupů **v praktickém životě** (mj. např. vzít za kliku, vytočit telefonní číslo, psát na stroji, používat počítač apod.) a **dosažení maximální soběstačnosti** a nezávislosti pacientů v domácím, pracovním a sociálním prostředí a tím zvýšení kvality jejich života. Ergoterapie by měla být vždy součástí léčebné rehabilitace a v řadě případů je dokonce hlavním terapeutickým přístupem (např. při rehabilitaci po cévních mozkových příhodách).

Balneologie (medicína přírodních léčivých zdrojů) – se zabývá léčebným využitím přírodních (na dané místo vázaných) léčivých zdrojů a jejich účinky na lidský organismus. Při terapii využívá klimatické podmínky, tradiční léčebné postupy vázané k danému místu, režimová a dietní opatření k prevenci (edukaci), léčbě a léčebné rehabilitaci všech stavů, vyžadujících následnou zdravotní péči. **Lázeňská péče je**

poskytována v lázních (odborné lázeňské ústavy), které jsou zpravidla vázány na místa výskytu přírodních léčivých zdrojů.

Myoskeletální medicína – zabývá se diagnostikou a terapií funkčních poruch hybného systému, ke kterým dochází buď samostatně nebo v souvislosti se strukturálním onemocněním. Za tím účelem používá vlastních diagnostických a terapeutických postupů. Zajišťuje diferenciální diagnostiku všech onemocnění, u kterých jsou přítomny projevy poruchy a postižení na hybném systému.

Akupunktura – využívá znalostí tradiční čínské medicíny, obohacené o nové poznatky získané moderním výzkumem, na které v dnešní době navazuje. V rehabilitaci používá fyziologických a klinických vlastností aktivních bodů (uvolňování specifických neurotransmitterů, endogenních opioidních polypeptidů, účasti jejich receptorů, vazeb atd.) a zón na periférii i v oblasti CNS ke zmírnění a odstranění bolestí, spasmů, zlepšení trofiky a obnovení motorických funkcí. Bývá využívána samostatně i jako cílená složka reflexní terapie (např. Vojta apod.).

6.4. Systém rehabilitační péče o osoby s postižením

Systém péče o osoby s postižením začíná vznikem jejich onemocnění, úrazem, a někdy už narozením. V prvních fázích onemocnění či postižení se jedná o vlastní léčení (zdravotnická péče). Rehabilitační péče by měla začít už na odděleních ARO, povětšinou však intenzivněji probíhá až na akutním oddělení některého z klinických oborů. Už tam může a má začít **včasná rehabilitace**, nutná k prevenci, zachování funkcí a zabránění trvalých následků (atrofie, ankylózy, flekční kontraktury apod.).

Na ni bezprostředně navazuje vlastní **léčebná rehabilitace**. Ta trvá buď do úplného uzdravení a navrácení funkce „ad integrum“ anebo do vyčerpání „rehabilitačního potenciálu“ pacienta. Někdy musí být rehabilitace prováděna již po celý život (rekondiční pobyty a procedury), aby se zpomalila progrese nemoci nebo aby se co nejdéle zachovaly funkce nutné k sebeobslužnosti a samostatnému životu.

Už v této fázi začíná také **rehabilitace sociální** všude tam, kde je třeba.

Někdy také hovoříme o „zdravotních“, „pedagogických“, „sociálních“ a „pracovních“ prostředcích ucelené rehabilitace a máme tím na mysli rehabilitaci komplexní, prováděnou v rámci zdravotnictví, ve školách, učilištích, na pracovištích atd.

K potřebnému zabezpečení rehabilitace je třeba vybudovat **síť rehabilitačních zařízení**. Ta v současné době není optimální a opírá se prozatím o rozpadlou síť bývalých KÚNZ, OÚNZ (Krajský, okresní resp. obvodní ústav národního zdraví) a to jak ve své ambulantní složce, tak i ve složce lůžkové (součástí bývalých tzv. NsP I., II. a III. typu – tj. „nemocnice s poliklinikou“). Podle koncepce rozvoje oboru by měla síť rehabilitačních zařízení vypadat následovně:

6.4.1. Síť rehabilitačních zařízení

Síť rehabilitačních zařízení zahrnuje **ambulantní a lůžkovou složku**.

a) ambulantní složka

- 1. Ordinance rehabilitačního a fyzikálního lékařství** – specializovaná ambulance samostatně pracujícího rehabilitačního lékaře. Zajišťuje základní diagnostiku v rámci oboru FBLR, provádí základní terapeutické úkony a zajišťuje koordinaci léčebně rehabilitačního procesu s ostatními medicínskými obory. Využívá fyzikálních i medikamentózních postupů.
- 2. Ambulantní oddělení léčebné rehabilitace** – poskytuje léčebnou rehabilitaci ambulantním pacientům podobně jako „ordinace“. Zpravidla se jedná o větší pracoviště (i několik lékařů a rehabilitačních pracovníků), ale bývá i součástí lůžkových zařízení akutní či následné rehabilitační péče.
- 3. Denní rehabilitační stacionář** – provádí celodenní léčebně rehabilitační péči. Bývá zřizován samostatně i jako součást rehab. oddělení. Je určen zejména pro ty pacienty, u nichž je třeba pravidelná a častá rehabilitace, ale není nutná hospitalizace.

4. **Centra léčebné rehabilitace** (v současné době ve fázi budování) – mají zajišťovat komplexní náplň rehabilitace v plném rozsahu, včetně sociální a zajišťovat spolupráci a součinnost s ostatními medicínskými obory a složkami péče (domácí péče, komunitní centra atp.).

b) lůžková složka

1. **Lůžková oddělení léčebné rehabilitace** – poskytují včasnou i následnou rehabilitaci u nemocných, u nichž léčebně rehabilitační postupy tvoří převážnou část léčebného programu, většinou bezprostředně navazující na intenzivní a akutní péči o nemocné v nemocnici. Tato oddělení mají zpravidla svá vlastní lůžka, využívají ale i lůžka ostatních oddělení a ambulanci. Obvykle bývají součástí okresních nemocnic, ale mohou být budována i samostatně. V současnosti jsou tato oddělení jen v některých nemocnicích.
2. **Kliniky léčebné rehabilitace** – zajišťují léčebnou rehabilitaci v rámci fakultní nemocnice, a zároveň provádějí teoretickou i praktickou výuku v rehabilitaci, metodické vedení oboru a výzkum.
3. **Lůžkové oddělení následné péče** – poskytuje následnou a dlouhodobou rehabilitaci zejména u postakutních a chronických stavů u pacientů s podobnými diagnózami, jako ad 1., avšak zpravidla až v další fázi nemoci.
4. **Odborné léčebné ústavy** – léčebně rehabilitační zařízení (samostatná i jako oddělení větší nemocnice), které poskytují komplexní a vysoce specializovanou rehabilitační péči u všech stabilizovaných stavů, s nutnou dlouhodobou péčí (i nad 3 měsíce) či u pacientů s trvalou poruchou (ztrátou) funkce.
5. **Odborné lázeňské léčebné ústavy** – specializovaná lázeňská zařízení, poskytující péči podle svých specifických přírodních léčivých zdrojů.

6.4.2. Rehabilitace u nás a ve světě

Podle odborných odhadů by v ČR mělo být zhruba **600 – 700 lékařů** se specializací na FBLR, z toho cca 400 ambulantních specialistů, 150 v lůžkových zařízeních a kolem 100 v lázních. Dále by mělo v oboru pracovat kolem **5000 fyzioterapeutů** (střední a vyšší rehabilitační pracovníci) a kolem 500 ergoterapeutů. Na ně navazují odborníci jiných oborů, z nichž velmi důležitou roli hrají neurologové, logopedi, foniatři a kliničtí psychologové, psychiatři aj.

Je třeba říci, že **česká škola rehabilitace má ve světě výborný zvuk**. Týká se to nejen teoretických prací či nových praktických postupů, ale zejména invence našich rehabilitačních pracovníků (i když je často způsobena nedostatkem či cenovou nedostupností kompenzačních pomůcek). Řada našich autorů je známá a uznávaná po celém světě (Vojta, Lewit a další).

Ve vyspělých zemích jsme někdy svědky zvláštních, pro nás mnohdy těžko pochopitelných situací. Na jedné straně jsou zde **výborně vybavená rehabilitační centra**, ale na druhé straně se v konvenčních „akutních“ nemocnicích rehabilitace provádí na zcela nedostatečné úrovni. Často přebíráme metody a celé metodiky renomovaných autorů (Bobath, Tardieu), ale v jejich zemích pak býváme svědky toho, jak pro svého pacienta vyrobí spíš složitou a nákladnou kompenzační pomůcku nebo vozík, než aby se pokoušeli o dlouhodobou (ale pracnou) komplexní rehabilitaci, která by mohla vést aspoň k částečné obnově postižené funkce.

I v naší zemi je však v současné době samotný **obor rehabilitace jakousi „popelkou“** mezi ostatními medicínskými obory a zápasí s řadou problémů. V mnohých oblastech **chybí rehabilitační lůžka** a způsob jejich úhrady (podfinancování) dále prohlubuje jejich nedostatek a snižuje motivaci k jejich zřizování. Specializovaná rehabilitace na lůžkovém oddělení chybí v mnoha nemocnicích, zejména menších typu. Tam, kde lůžková rehabilitační oddělení jsou, bývají často přeplněná (poddimezovaná nebo nedobudovaná síť).

To se mnohdy promítá do **nedostatečné péče o pacienty**. Ti jsou pro nedostatek rehabilitačních zařízení často ponecháváni buď jako **přítěž na akutních lůžkách**

(interna, neurologie) nebo přesouvání do **Léčeben pro dlouhodobě nemocné (LDN)** a na tzv. „sociální lůžka“ (mimořádně zcela chybí legislativní vymezení tohoto pojmu), kde je rehabilitace zanedbávána. V mnoha případech je zanedbávána i včasná rehabilitace na odděleních ARO, což je komplikujícím, někdy i limitujícím faktorem pro jejich další prognózu zejména u polytraumat, postiženích CNS (např. apalický syndrom, vegetativní syndrom, infekce CNS) aj. Flekční kontraktury, hypotrofie a afunkčnost orgánů pak dosahují takového stupně, že v mnoha případech je lze jen stěží obnovit anebo to nejde vůbec.

Obdobnou situaci najdeme často i v ambulantní sféře – nerovnoměrná síť, nedostatečná vybavenost, malá provázanost jednotlivých složek (chybí týmová spolupráce), problémy se získáváním kompenzačních pomůcek.

Nejinak je tomu ve složce návazné, tj. při rehabilitaci prováděné v rámci „domácí péče“ (home-care) v domácnosti pacienta a v rehabilitaci sociální, kde opět dominuje zejména její podfinancování a z toho rezultující nedostatek kapacit.

Do jisté míry se na tomto stavu podílí **podfinancování celého zdravotnictví** a v rámci komplexní rehabilitace zejména některých důležitých **navazujících odborností** jako např. logopedie, klinická psychologie, dále sem patří některé fyzioterapeutické výkony atd.

Tyto problémy se zpravidla neprojeví plnou měrou v krátkodobé rehabilitaci u nekomplikovaných případů (po zlomenině končetin, náhradě kloubů). Avšak v případě komplikovaného či dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu (např. polytraumata či progresivní onemocnění) nastávají velmi často **složité až neřešitelné situace** pro pacienta (zvláště, je-li osamělý) či jeho rodinu (která jeho zdravotní stav nezvládá). Zejména v tomto segmentu je třeba **co nejdříve provést reformu a dokončit transformaci našeho zdravotnictví!**

Další palčivý problém představují **hraniční stavy mezi zdravotní a sociální péčí**, kdy se dosud složky MZd. a MPSV nebyly schopny dohodnout na systémových změnách jejich financování (a to ani v průběhu posledních 12 let!). Týká se to např. vymezení „sociální hospitalizace“, „dlouhodobé rehabilitace“, jejich úhrady atd. Tato

situace přetrvává nejen na centrální úrovni, ale i na úrovni krajské a okresní. V současné politicko-ekonomické a legislativní situaci patrně **nelze v nejbližší době v této oblasti očekávat podstatnější zlepšení.**

6.5. Sociální služby pro postižené osoby

V této části podáváme stručný **přehled sociálních služeb** (někdy je nelze zcela odlišit od „zdravotních“ nebo „zdravotně sociálních“ služeb), který nám pomůže pochopit zejména jejich návaznost na léčebnou rehabilitaci a v rámci ucelené rehabilitace pak zejména její složku sociální.

Je zde také na místě malá **metodologická poznámka**: Hovoříme-li ve zdravotnickém systému o **pacientovi**, pak v okamžiku, kdy se ten samý člověk přesune do systému sociálního, stává se z něj **klient**.

Koncepce sociálních služeb vychází z následujících principů:

1. **Návaznost** na léčebné a rehabilitační procesy.
2. **Sociální nezávislost** a autonomie klienta.
3. **Rovné podmínky** pro poskytovatele služeb (státní i nestátní sektor).
4. **Respekt ke klientovi** a jeho právům.
5. **Klient se účastní procesu** rozhodování o typu poskytované služby.
6. **Veřejný sektor** (instituce státní správy a samosprávy na všech úrovních) **odpovídá** za koncepci služeb a **garantuje** jejich kvalitu (odpovídá za akreditační řízení a finančně se zúčastňuje na rozvoji služeb).

V současné době se na centrální úrovni (MPSV) zpracovává návrh koncepce **asistenčních i rezidenčních služeb** (tj. ambulantní a lůžkové složky), která zahrnuje jak sociální služby, tak sociálně zdravotní péči na úrovni centra, krajů i okresů (rok 2000).

V rámci této koncepce je podporována tendence **poskytování služeb klientům v jejich domácím prostředí**. Péče je poskytována také **v alternativních zařízeních**, která by svou strukturou měla tvořit menší komunitní celky, otevřené vnějšmu prostředí. Klienti v těchto zařízeních by měli mít možnost současně využívat řady základních služeb a aktivit dostupných všem občanům dané oblasti (sportoviště,

společenské sály, divadla, kina apod.). Tato koncepce bude do budoucna představovat **značné změny a podstatné zásahy do současných struktur sociálních služeb a jejich financování.**

6.5.1. Základní principy koncepce sociálních služeb

Základní principy koncepce sociálních služeb vycházejí z koncepčního záměru rozvoje sociálních služeb MPSV z roku 1997 a z návrhu věcného záměru zákona o sociální pomoci a jejím financování z r. 2000. Jsou následující:

- 1. Deinstitutionalizace sociální péče** – postupný odklon od ústavní péče k péči komunitního typu, individualizace péče, přiblížení podmínek k běžnému životu v domácím prostředí, **při současném zajištění, rozvoji a dobudování nezbytné ústavní péče.**
- 2. Rozvoj systému domácí péče (home-care)** – a souvisejících sociálních a zdravotních služeb (osobní asistence), aplikace léčebné rehabilitace a ergoterapie v domácím prostředí.
- 3. Soutěž o účast** státních, obecních i neziskových organizací za rovných podmínek na programech sociální péče (granty, veřejná obchodní soutěž).
- 4. Soutěž v nabídce služeb a v cenách** – volba zařízení klientem (Zásada: „Peníze jdou za klientem“!).
- 5. Vícezdrojové financování** – podle potřeb klienta na základě existence **standardů**, kontroly kvality péče atd. (stát, obec, VZP, klient atd.)
- 6. Zvyšování standardu ubytování** – přibližování ke standardům EU.
- 7. Regulace nabídky** navozenou tržní situací. Získávání informací o sociálním terénu.
- 8. Integrace handicapovaných občanů („inkluze“)** do společnosti, respektování jejich práva na rovné příležitosti a možnost volby, vytváření pracovních příležitostí.
- 9. Individuální úprava životních a pracovních podmínek**, podpora kvality života, zvyšování výkonnosti terénní péče.
- 10. Rozvoj systému vzdělávání poskytovatelů péče.**

6.5.2. Základní typy a síť sociálních služeb

V současné době **neexistuje striktní dělení sociálních služeb a sociálních zařízení.**

Pro zjednodušení se lze dobře přidržet rozdělení na složky **ambulantní a lůžkové** (tj. zařízení asistenčních a rezidenčních služeb). Mezi lůžková zařízení počítáme v současné době ústavy sociální péče (ÚSP), penziony a různé typy „domovů“ (důchodců aj.). K ambulantním zařízením počítáme domácí péči, stacionáře, pečovatelskou službu atp. Ale ani v tomto rámci nelze provést zcela striktní dělení jednotlivých zařízení a jednotně kategorizovat provozovatele.

Ani síť sociálních služeb, podobně jako je tomu v oblasti zdravotnictví, včetně oboru rehabilitace není dosud vybudována. Proto se přidržíme navrhované budoucí **konceptce rozvoje sociálních služeb podle MPSV (z 29.5.2000)**, která předpokládá toto členění:

1. Asistenční služby

- a) **osobní asistence** – je komplex služeb s cílem pomoci postiženému člověku zvládnout za pomoci osobního asistenta ty úkony, které by dělal sám, kdyby nebyl postižený. Poskytuje se bez omezení místa a času.
- b) **pečovatelská služba** – je komplex ambulantních služeb pro klienty, kteří si nejsou schopni sami zajistit bio-psycho-sociální služby v přirozeném prostředí.
- c) **stacionáře** – jsou komplexem služeb sociální intervence, poskytující v zařízení denní ambulantní služby a aktivity pro klienty, kteří nemohou být sami doma.
- d) **chráněné dílny** – speciální pracoviště se zajištěným dohledem pro postižené občany, kteří mají jinak velmi ztíženou možnost uplatnit se na trhu práce.
- e) **respitní péče** – je služba pro ty, kdo se během roku starají doma o postiženou osobu blízkou. Jejím cílem je poskytnout jim **čas k odpočinku**, dovolené, regeneraci sil. Může být poskytována v domácím prostředí nebo v sociálním zařízení.

- f) **tísňová péče** – jsou to „distanční“ služby při použití hlasové a elektronické komunikace (hlídání osamělých, postižených, nemocných – „pípátka“ atp.).

2. Rezidenční služby

- a) **domovy pro občany s postižením, pro seniory apod.** – představují hlavní typ zařízení. Poskytují komplex rezidenčních služeb pro důstojný život klienta tam, kde oni sami nemohou dlouhodobě ze zdravotních důvodů žít ve vlastním prostředí a tuto pomoc nelze zajistit ani pomocí rodiny ani terénními domácími službami.
- b) **chráněné bydlení** (zejména pro postižené občany) – je takovým způsobem koncipované bydlení (např. bezbariérový byt), které umožňuje klientům takovou individuální podporu, aby i přes své postižení mohli žít relativně samostatně ve svém přirozeném prostředí.
- c) **penziony** – jsou určeny pro takové klienty, jimž byl přiznán důchod (invalidní, starobní) a jejich zdravotní stav jim ještě umožňuje poměrně samostatný život. Když se jejich soběstačnost zhorší, poskytnou klientovi i další služby (praní, vaření aj.).

Na závěr je nutno říci, že tento systém péče, podobně jako systém zdravotnických služeb se v současné době **teprve rozvíjí a má mnoho nedostatků**, způsobených jednak devastací z doby minulé a jednak současným **podfinancováním zdravotnické a sociální sféry**. Nicméně **základní směry**, kterými se jak zdravotnická, tak i sociální složka ubírají, **jsou v souladu s moderními trendy** v medicíně (včetně rehabilitace) a sociální péči o potřebné spoluobčany, **obvyklými v zemích EU** a jsou s nimi plně kompatibilní.

Literatura:

1. *Schneiberg F., Tyl J. a spol. – Kapitoly ze sociální medicíny, UK Praha 1998.*
2. *Tomeš I. – Sociální politika, teorie a mezinárodní zkušenosti, Socioklub Praha 2001.*
3. *Kolektiv – Koncepce sociální péče Hl. m. Prahy, ZHMP 2001.*
4. *Kolektiv – Koncepce oboru rehabilitace, MZd. Praha 2000.*
5. *MPSV – Návrh koncepce sociální péče, MPSV Praha 2000.*
6. *Fiala P. – Kapitoly z gerontologie pro EA, Praha 2000, Internet.*