

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích  
Zdravotně sociální fakulta

## **Kritéria pro přiznání příspěvku na péči u seniorů**

### **Bakalářská práce**

Autor: Iveta Janošťáková

Studijní program: Sociální politika a sociální práce

Studijní obor: Sociální práce ve veřejné správě

Vedoucí práce: doc. Ing. Lucie Kozlová, PhD.

Rok: duben 2013

## **Abstrakt**

Moderní koncepci v oblasti sociální péče upravuje zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. Obsahuje popis podmínek poskytování pomoci a podpory fyzickým osobám v nepříznivé sociální situaci prostřednictvím sociálních služeb a to především novou dávkou – příspěvkem na péči. Ten je využíván osobami, které jsou limitovány svým zdravotním stavem v normálním běžném životě.

Filozofie nové koncepce spočívá v tom, že lidé využívající příspěvek na péči, odkázáni na pomoc jiných fyzických osob, mají naprostou volnost v rozhodování, kdo a jak jim tuto pomoc bude poskytovat. Její následné využívání musí vést osoby k aktivitě, podpoře rozvoje jejich samostatnosti a motivaci, aby nedocházelo k prohlubování jejich nepříznivé sociální situace. Účelem přiznání příspěvku na péči je možnost nemocné osoby setrvat co nejdéle a důstojně žít ve svém přirozeném prostředí. Zajištění péče probíhá jednak blízkými osobami (rodinou) nebo poskytovateli sociálních služeb formou státních či nestátních organizací.

Cílem práce bylo zmapovat a porovnat kritéria v oblasti způsobu posuzování stupně závislosti pro přiznávání příspěvku na péči seniorů nad 65 let v okrese České Budějovice, kteří byli v r. 2012 v tzv. přechodném období posuzování podle obou právních předpisů.

Teoretická část práce konkretizuje pojem senior, proces stárnutí a seznamuje se společenskými faktory, které vedou k prodlužování lidského života. Popisuje vývoj sociální práce v České republice a vznik zákona o sociálních službách, který je účinný od 1. 1. 2007, jehož hlavní myšlenkou je změna úlohy státu jako poskytovatele sociální péče a aktivního zapojení občana jako příjemce dávky.

V další části bakalářské práce jsou popisovány kritéria pro přiznávání příspěvku na péči podle původních právních předpisů platných od 1. 1. 2007. Je přiznáván ve čtyřech stupních, kterým odpovídá jiná finanční částka s ohledem na věk osoby a počet úkonů (36 hodnocených). Při posuzování stupně závislosti pro účely příspěvku na péči je hodnocena schopnost zvládat jednotlivé úkony péče o vlastní osobu a úkony soběstačnosti.

Zákon o sociálních službách prošel několika novelizacemi, zásadní změna kritérií pro přiznávání příspěvku na péči nastala od 1. 1. 2012, kdy vstupuje v platnost zákon č. 366/2011Sb., kterým se změnila některá ustanovení původního zákona o sociálních službách. Při novém posuzování stupně závislosti je hodnocena schopnost osoby zvládat 10 základních životních potřeb.

V praktické části práce byly na základě stanovených cílů testovány dvě hypotézy:

1. Při posuzování stupně závislosti u seniorů dle nových kritérií je přiznáván vyšší stupeň závislosti.

2. Nižší počet hodnocených úkonů při posuzování stupně závislosti koresponduje s objektivizací zdravotního stavu posuzovaného.

Výzkum byl realizován pomocí kvantitativní metody, a to obsahové analýzy dat a získané údaje byly statisticky zpracovány pomocí analýzy kategoriálních dat, Pearsonova korelačního koeficientu a kontingenčních tabulek. K výzkumu byla použita data obsažená ve statistikách ČSSZ, OSSZ a v dostupných materiálech MPSV ČR v letech 2007 a 2012.

Po rozboru a vyhodnocení potřebných informací bylo zjištěno, že nedošlo k potvrzení první hypotézy; při posuzování stupně závislosti u seniorů dle nových kritérií není přiznáván vyšší stupeň. V případě druhé hypotézy došlo k jejímu potvrzení; nižší počet hodnocených úkonů koresponduje s objektivizací zdravotního stavu.

V závěru bylo konstatováno, že nová kritéria v posuzování stupně závislosti pro účely příspěvku na péči nevedou k přiznávání vyššího stupně závislosti. Je sice hodnocen nižší počet úkonů, respektive životních potřeb, jsou však posuzovány všechny skutečnosti, které korespondují se zdravotním stavem posuzované osoby a jsou rozhodující pro poskytnutí uceleného přehledu její nepříznivé sociální situace. Nový model posuzování stupně závislosti přispívá k výraznému zjednodušení a vyšší efektivitě posouzení zdravotního stavu jedince.

**Klíčová slova:** příspěvek na péči, kritéria hodnocení, senior, sociální práce, stupeň závislosti, úkony péče o vlastní osobu a soběstačnost, životní potřeby

## **Abstract**

Modern conception of social care is adjusted by Act No. 108/2006 Col., on social services. It includes a description of conditions of providing assistance and support to individuals in adverse social situation through social services, particularly by a new benefit – care benefit. This is used by people who are limited by their health condition in normal life.

The new conception philosophy is based on the fact that people using the care benefit, dependent on assistance of other individuals are completely free to decide who and how will provide them with the assistance. Its subsequent use has to lead people to activity, support of development of their independence and motivation, to prevent worsening of their adverse social situation. The purpose of the care benefit is to keep the ill person alive as long as possible and to live with dignity in his/her natural environment. The care is provided either by close persons (family) or by social service providers from government or non-government organizations.

The aim of the thesis was to map the criteria in the field of the method of dependence assessment for granting care benefit to seniors over 65 years of age in České Budějovice district, who were assessed in 2012 in so-called transitive period according to both the regulations.

The theoretical part defines the terms senior, aging process and informs on social factors leading to human life extension. It describes development of social work in the Czech Republic and establishment of the Social Service Act effective from 1 January 2007, the main idea of which was modification of the role of the state as the social care provider, and active involvement of a citizen as the benefit receiver.

The next part of the thesis describes criteria of care benefit granting according to the original regulations valid from 1/1/2007. It is granted in four levels corresponding to different amounts with regards to age and number of acts (36 evaluated). Ability to cope with individual acts of care about oneself and self-sufficiency are evaluated in assessment of dependence degree for the care benefit purposes.

The Social Service Act has been amended several times; a substantial change of the criteria for granting the benefit came on 1/1/2012, when Act No. 366/2011 Col., modifying certain provisions of the Social Service Act, became effective. In the new assessment of dependence degree the ability of a person to cope with 10 basic life needs is evaluated.

Two hypotheses were tested in the practical part of the thesis upon the set goals:

1. Higher dependence degree is recognized in assessment of dependence degree in seniors according to the new criteria.

2. Lower number of evaluated acts in assessment of dependence degree corresponds with objectivization of health condition of the assessed person.

The research was performed by means of quantitative method, namely data content analysis and the obtained data were statistically processed by categorical data analysis, Pearson's correlation coefficient and contingency tables. Data from the statistics of the Czech Social Security Administration, its local workplaces and accessible materials of the Ministry of Labour and Social Affairs of the CR in 2007 and 2012 were used for the research.

After analysis and evaluation of the necessary information we found that the first hypothesis was not confirmed; higher degree is not recognized in assessment of dependence degree in seniors. The second hypothesis was confirmed, the lower number of assessed acts correspond with objectivization of health condition.

In the conclusion we observe that the new criteria for assessment of dependence degree for the purpose of granting the care benefit do not lead to recognition of higher dependence degree. Despite the lower number of acts, or actually life needs assessed all facts corresponding with health condition of the assessed person are assessed and are decisive for obtaining comprehensive insight into his/her adverse social situation. The new model of dependence degree assessment contributes to substantial simplification and higher effectiveness of individual's health condition

**Key words:** care benefit, assessment criteria, senior, social work, dependence degree, act of care about oneself and self-sufficiency, life needs

### **Prohlášení**

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma Kritéria pro přiznávání příspěvku na péči u seniorů vypracovala samostatně a použila jen pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

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

V Českých Budějovicích dne 20. dubna 2013

.....  
(jméno a příjmení)

## **Poděkování**

Děkuji paní doc. Ing. Lucii Kozlové, Ph.D. za velmi ochotný přístup, cenné rady a vstřícnost, které mi během zpracování mé bakalářské práce poskytla. Dále děkuji své rodině za pochopení, podporu a trpělivost v průběhu celého studia.

## **Obsah**

<b>Úvod .....</b>	<b>11</b>
<b>1 Současný stav.....</b>	<b>13</b>
1.1 Stáří, stárnutí, senior .....	13
1.1.1 Charakteristika období stáří .....	13
1.1.2 Proces stárnutí.....	14
1.1.3 Společenské a sociální faktory.....	16
1.2 Sociální práce v České republice .....	16
1.2.1 Sociální práce do r. 2007 .....	17
1.2.2 Vznik nového zákona o sociálních službách .....	22
1.3 Kritéria pro přiznávání příspěvku na péči od 1. 1. 2007.....	23
1.3.1 Hodnocení úkonů péče o vlastní osobu a úkonů soběstačnosti .....	28
1.4 Dílčí novelizace zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách.....	30
1.5 Kritéria pro přiznávání příspěvku na péči od 1. 1. 2012.....	31
1.5.1 Hodnocení základních životních potřeb .....	36
<b>2 Cíl práce a hypotézy .....</b>	<b>37</b>
2.1 Cíl práce .....	37
2.2 Hypotézy .....	37
<b>3 Metodika .....</b>	<b>38</b>
3.1 Použité metody .....	38



3.2 Charakteristika výzkumného souboru.....	38
<b>4 Výsledky.....</b>	<b>39</b>
4.1 Stupně závislosti u seniorů starších 65 let v letech 2007 – 2012 v okrese Č.B. ...	39
4.2 Počet vydaných posudků stupně závislosti podle jednotlivých stupňů .....	41
4.3 Změny v posouzení v jednotlivých stupních závislosti .....	42
4.4 Průměrný počet úkonů v jednotlivých stupních závislosti .....	44
4.5 Ověření stanovených hypotéz .....	46
<b>5 Diskuse .....</b>	<b>49</b>
<b>6 Závěr .....</b>	<b>53</b>
<b>7 Seznam informačních zdrojů .....</b>	<b>54</b>
<b>8 Seznam příloh.....</b>	<b>59</b>

## **Seznam použitých zkratk**

**ČSSZ** - Česká správa sociálního zabezpečení

**LPS** - Lékařská posudková služba

**MPSV ČR** - Ministerstvo práce a sociálních věcí České republiky

**OSSZ** - Okresní správa sociálního zabezpečení

**ORP** - obec s rozšířenou působností

**PnP** - příspěvek na péči

**SZ** - stupeň závislosti

**ÚP ČR** - Úřad práce České republiky

## Úvod

Zákon č. 108/2006 S., o sociálních službách je zákonem, který v rámci reformy sociální práce v České republice nově upravuje podmínky pro poskytování pomoci a podpory fyzickým osobám v nepříznivé sociální situaci a to jak prostřednictvím sociálních služeb, tak i novou dávkou – příspěvek na péči. Příspěvek na péči nahradil do té doby platný příspěvek při péči o osobu blízkou a zvýšení důchodu pro bezmocnost.

Od r. 2002 pracuji jako tajemnice Posudkové komise Ministerstva práce a sociálních věcí České republiky a téma bakalářské práce je mi velmi blízké. Ve své praxi se setkávám s osobami, které o tuto dávku požádali, ale byla jim zamítnuta či přiznána v takové výši, jež je neuspokojuje, a tudíž si podali odvolání. Jedná se o osoby různých věkových skupin, ale majoritně jsou zde zastoupeni senioři.

Vznik zákona o sociálních službách nebyl jednoduchý, první návrh zákona byl předložen ke schválení již v r. 1995, vzhledem ke kritice a nutnosti přepracování došlo ke schválení 14. března 2006, v účinnost vstoupil k 1. 1. 2007.

Příspěvek na péči je přiznáván na základě určitých podmínek, které jsou popsány v teoretické části bakalářské práce. Do 31. 12. 2011 se provádělo posuzování stupně závislosti prostřednictvím hodnocení funkčního dopadu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu na schopnost zvládat celkem 36 úkonů péče o vlastní osobu a soběstačnosti. Jednalo se o velmi složité posuzování a někdy docházelo i k překrývání posuzovaných skutečností. V rámci novelizace zákona o sociálních službách se od 1. 1. 2012 při posuzování stupně závislosti hodnotí funkční dopad dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu na schopnost zvládat 10 základních životních potřeb.

Cílem této práce je zmapovat a porovnat kritéria pro přiznávání příspěvku na péči u seniorů podle původního zákona č. 108/2006Sb., o sociálních službách a po jeho novelizaci.

Pro výzkum byla použita kvantitativní metoda: obsahová analýza statisticky zpracovaných dat, několikastupňové třídění dat z dokumentace týkající se posuzování stupně závislosti ČSSZ, OSSZ a MPSV ČR.

Cílovou skupinu tvořili senioři nad 65 let v okrese České Budějovice, kterým byl přiznán určitý stupeň závislosti v roce 2012. Základní soubor pro analýzu jsou osoby, které byly posuzovány podle kritérií pro přiznávání příspěvku na péči platných do 31. 12. 2011 a podle kritérií pro přiznávání příspěvku na péči platných od 1. 1. 2012.

Před zahájením výzkumu jsem si vytýčila dvě hypotézy: zda při posuzování stupně závislosti u seniorů dle nových kritérií je přiznáván vyšší stupeň závislosti a zda nižší počet hodnocených úkonů při posuzování stupně závislosti koresponduje s objektivizací zdravotního stavu.

## **1 Současný stav**

Osoby se zdravotním postižením jsou určitým způsobem limitované v normálním běžném životě a jsou závislé na pomoci jiné fyzické osoby. Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách přinesl novou sociální dávku - příspěvek na péči, která nahradila dosavadní příspěvek při péči o osobu blízkou nebo jinou osobu a zvýšení důchodu pro bezmocnost. Senioři tvoří nejpočetnější skupinu příjemců sociálních služeb. Smyslem sociální práce se seniory je zabránění snižování kvality jejich života a propojení zdravotní péče a sociální práce. Od 1. 1. 2012 dochází ke změnám kritérií v posuzování stupně závislosti pro účely přiznávání příspěvku na péči.

### **1.1 Stáří, stárnutí, senior**

V této části práce je charakterizován pojem stáří, senior, proces stárnutí a jsou přiblíženy společenské a sociální faktory ovlivňující poslední fázi vývoje člověka, které vedou k prodlužování lidského života.

#### **1.1.1 Charakteristika období stáří**

Stáří je další vývojovou etapou člověka, kterými prochází během svého vývoje od narození a každou z těchto fází prožívá zcela individuálně. (Křivohlavý, 2011) Z pohledu vývoje je fází poslední, neboť za ní následuje smrt a dochází tak k ukončení života. (Říčan, 2006) Bednářová (2003) definuje stáří jako přirozené období lidského života, ve kterém dochází k postupným omezováním funkcí lidského organismu. Haškovcová (2010) vnímá stáří rovněž jako přirozené období lidského života, na které má člověk povinnost se připravit. Konstatuje, že všechny vývojové etapy jsou ovlivněny tou předcházející a současně ovlivňují tu následující; je prokázáno, že především rané fáze vývoje jsou pro stáří důležité.

Kalvach (2004) rozděluje etapu stáří na:

- a) kalendářní stáří (jednoznačně vymezené, dané věkem):
  - mladí senioři – 65 – 74 let,
  - starší senioři – 75 – 84 let,
  - velmi staří senioři – 85 a více let,
- b) sociální stáří (spojené se změnou sociálních rolí, životního stylu a ekonom. zajištění, počátkem je odchod do důchodu),
- c) biologické stáří (spojené s konkrétními změnami v organismu člověka).

V současné době se spíše používá dělení dle Haškovcové (2010, s. 20), které druhou polovinu lidského života rozděluje takto:

- a) střední nebo zralý věk – 45 – 59 let,
- b) vyšší věk nebo rané stáří – 60 – 74 let,
- c) stařecký věk nebo vlastní stáří – 75 – 89 let,
- d) dlouhověkost<sup>1</sup> – 90 let a výše.

### 1.1.2 Proces stárnutí

Stárnutí je proces, kdy dochází v životě jedince k určitým specifickým změnám. Křivohlavý (2011, s. 19) konstatuje, že „*stárnutí člověka začíná počítím.*“

Pod pojmem stárnutí se zpravidla rozumí souhrn změn ve struktuře a funkcích organismu, které podmiňují jeho zvýšenou zranitelnost a zároveň pokles schopností a výkonnosti jedince. (Langmeier, Krejčířová, 2006)

Vágnerová (2007) souhlasí s Křivohlavým, že člověk začíná stárnout již od narození, ale větší úpadek funkcí se začíná projevovat až v rané dospělosti. Člověk stárnutí prožívá zcela individuálně v závislosti na interakci dědičných předpokladů a důsledků různých exogenních vlivů. Genetické dispozice jedince jsou dané a nelze je změnit, vnější faktory může člověk ovlivňovat. Rozdílně se ve stárnutí projevují psychické změny, ať už biologicky podmíněné - prožívání, uvažování a chování (např. celkové zpomalení, obtíže s pamětí, snížení frustrační tolerance), tak i psychosociálně

---

<sup>1</sup> Dlouhověkost je dána kombinací genetických předpokladů a vlivů prostředí.

podmíněné – individuální životní styl, dosažené vzdělání, sociální zkušenost, očekávání a postoj společnosti. Dochází postupně k tělesným změnám, snížení fyzické aktivity, poruchám chůze, problémům s pamětí.

Pro stáří je typické více současných onemocnění závažnějšího charakteru. Téměř 90 % osob nad 75 let se léčí s jednou či více chronickými chorobami, obvyklé je sdružování nemocí nebo tzv. příčinné řetězení chorob, kdy jedna vyvolává druhou. (Topinková, 2005, s. 8)

Haškovcová (2010) popisuje, že společnost považuje člověka za starého jeho odchodem do starobního důchodu. Tato skutečnost je chápána za počátek stáří. Trendem poslední doby je zvyšování věkové hranice pro odchod do penze, ale většinou je tento fakt spojen v evropských zemích s 65. rokem.

Z hlediska společenského lze obecně říci, že člověk je starý, když ostatní členové společnosti jej za takového pokládají. Z pohledu dnešní gerontologie<sup>2</sup> se za seniora považuje jedinec od 75 let výše. (Langmeier, Krejčířová, 2006)

Sociální gerontologie zkoumá společenské faktory stárnutí a dopady na společnost. V České republice je i v dnešní době pojem starý člověk ztotožněn více s ošetrovatelskou a sociální problematikou a s dlouhodobou ústavní péčí. (Kalvach, 2008)

Rozdíly mezi jedinci jsou značné, někteří si uchovávají duševní svěžest i tělesnou zdatnost do vysokého věku, při odchodu do důchodu chtějí být nadále pracovně i společensky aktivní a jejich zdravotní stav jim to umožňuje. Na druhou stranu někteří senioři vykazují výrazné známky stárnutí a v důsledku zdravotního postižení potřebují pomoc, ať už v oblasti zdravotní péče, tak i v sociální. (Langmeier, Krejčířová, 2006)

Sociální práce by se měla soustředit na ty seniory, jejichž zdravotní stav je spojen s poklesem funkčních schopností a soběstačností. Seniora ze všeho nejvíce limituje omezení hybnosti a poruchy smyslového vnímání. (Janečková, 2005)

Bočková (2011) konstatuje, že faktorem aktivního stárnutí je možnost seniora participovat na ochraně svého zdraví a prodloužit si tak zdravý a kvalitní život.

---

<sup>2</sup> Gerontologie je věda, která se zabývá fyziologickými změnami v průběhu stárnutí a stáří.

### 1.1.3 Společenské a sociální faktory

K prodloužení lidského života přispívá rozvoj zdravotní a sociální péče, rozvoj techniky, změny v životním stylu obyvatel. Stále více lidí se dožívá vyššího věku a tím dochází ke stárnutí obyvatelstva a zároveň ke zvýšeným nárokům na systém sociálních služeb. Demografické stárnutí se stává celosvětovým problémem především ve vyspělých státech, kde ke stárnutí populace dochází právě vlivem prodloužení délky života při současném poklesu natality.<sup>3</sup> (Langmeier, Krejčířová, 2006)

Podle Tomeše (2010) patří mezi hlavní činitele prodloužení lidského života společenské faktory: stupeň civilizačního vývoje společnosti, technická úroveň společnosti, sociální infrastruktura, ekonomické možnosti společnosti a životní úroveň lidí; velkým vlivem se podílí i aktuální politická situace. Na délce života má současně vliv např. chudoba, úroveň životního prostředí, nemocnost, rodinné zázemí v průběhu života, vzdělání či partnerské soužití. Stejně faktory popisuje i Pestiaeu (2006), navíc zmiňuje i zvyšování mezd, finanční dotace léků, administrativní poplatky a neustále se zvyšující očekávání společnosti dostávat co nejkvalitnější zdravotní péči. Ze sociálních aspektů podílejících se na kvalitě života seniora lze zmínit osamělost a izolaci, nízký příjem, špatné bytové poměry, obtížnou dostupnost pomoci, vazbu k rodině, ztrátu blízké osoby, ztíženou orientaci z nedostatku informací, osobní a bytovou zanedbanost. (Osobní asistence, 2013)

Stárnoucí jedinec reaguje na všechny tyto změny a působící vlivy různými způsoby a úspěchem je, pokud se člověk se všemi těmito aspekty ztotožní a je schopen zapojovat se do řešení své nepříznivé životní situace. (Holmerová, 2007)

## 1.2 Sociální práce v České republice

V této kapitole je nastíněn rozvoj sociální práce v České republice. Sociální péče se ze začátku poskytovala jenom těm lidem, kteří se o sebe nemohli postarat sami a byli zcela odkázáni na organizovanou a financovanou pomoc státu. Moderní poskytování

---

<sup>3</sup> Natalita – počet narozených dětí.



sociálních služeb je zaměřeno na zachování důstojnosti, nezávislosti, individualitě a participaci příjemců sociálních služeb.

### 1.2.1 Sociální práce do r. 2007

V době první republiky se sociální služby vykonávaly v rámci obcí a dobročinných spolků, což se až do r. 1956 víceméně nezměnilo. Dle Matouška (2001) se v 50. letech 20. století sociální péči nevěnovala velká pozornost a předpokládalo se, že všechny sociální problémy jsou dočasné a zmizí odstraněním třídních rozdílů. Zákonem č. 55/1956Sb., o sociálním zabezpečení přešla sociální práce téměř do rukou státu. Všechny druhy možné pomoci měl zabezpečit stát, finanční prostředky se přidělovaly na základě rozhodnutí centrálních úřadů. V 70. letech bylo přeloženo sociální zabezpečení do působnosti Ministerstva práce a sociálních věcí. Rozhodující pravomoci v sociálních věcech měly okresní národní výbory, okresy byly zřizovateli většiny ústavů sociální péče. V 80. letech se i u nás začaly konat různé odborné konference zaměřené na gerontologii, geriatrii,<sup>4</sup> výchovu mládeže, problematiku alkoholismu atd., které se podílely na výchově sociálních pracovníků. Ti se snažili lidem opravdu pomáhat: poskytovali péči starým lidem, vyřizovali jim sociální dávky a rovněž zastupovali práva dětí u soudu. Sociální práce však byla jako obor stále podceňována a její rozvoj tak probíhal velmi pomalu.

Krebs (2005) uvádí, že obyvatelstvo vždy očekávalo řešení svých problémů od státu a komunistický režim to využil ve svůj prospěch. Vytvořil se silně centralizovaný neprůhledný systém, který obyvatelstvo nebylo schopno kontrolovat. Zdůrazňuje (2005, s. 263), že *„spoléhání na stát, naprostý ústup od vlastní odpovědnosti a od lidské solidarity se stal základním prvkem chování obyvatelstva.“*

Zákon č. 100/1988Sb., o sociálním zabezpečení (1988) přinesl změny v sociální péči - zaměřil se na poskytování dávek a sociálních služeb určitým skupinám osob: rodinám s dětmi, občanům těžce zdravotně postiženým, seniorům a těm, kteří potřebují

---

<sup>4</sup> Geriatrie je lékařský obor, který se zabývá diagnostikovaním a léčením nemocí u starých lidí.

zvláštní pomoc nebo jsou společensky nepřizpůsobiví. V odstavci 1, § 73 tohoto zákona byl stanoven rozsah sociální pomoci: sociální péči zajišťuje stát jako pomoc občanům, jejichž životní potřeby nejsou dostatečně zabezpečeny příjmy z pracovní činnosti, dávkami důchodového nebo nemocenského zabezpečení, popřípadě jinými příjmy a občanům, kteří ji potřebují vzhledem ke svému zdravotnímu stavu nebo věku, anebo, kteří bez pomoci společnosti nemohou překonat obtížnou životní situaci nebo nepříznivé zdravotní životní poměry.

Odst. 4 § 73 zákona o sociálním zabezpečení (1988) uvádí, že sociální péče je poskytována např. formou peněžitých dávek, věcných dávek, výchovnou a poradenskou péčí, sociálně právní ochranou, ústavní sociální péčí a pečovatelskou službou. Sociální služby jsou poskytovány státem – Ministerstvem práce a sociálních věcí a národními výbory, respektive okresními úřady.<sup>5</sup> Po jejich zrušení přešla pravomoc na krajské úřady a obce s rozšířenou působností (ORP). Stále byl při poskytování sociální péče kladen důraz na celodenní ústavní péči.

Ke změně v sociální práci došlo v 90. letech 20. století, kdy podle Matouška (2001, s. 152) „*hlavními inovační trendy byly snahy o tzv. deinstitucionalizaci sociálních služeb.*“

V rámci novelizace zákona o sociálním zabezpečení vznikl velký počet nevládních i církevních organizací, které se zaměřovaly na sociální a zdravotní problémy obyvatel a to především na poskytování pečovatelské péče a terénní práce. Jelikož nebyla dána žádná specifika, organizace vznikaly většinou jako občanská sdružení později jako obecně prospěšné společnosti. Snažily se o poskytování alternativní pomoci, kterou ústavní péče (domovy důchodců) nedokázaly zabezpečit. Pracovali zde většinou sociální pracovníci těsně po ukončení studia nebo absolventi středních škol bez určitého sociálního vzdělání. Organizace se potýkaly s nedostatkem financí, jelikož příspěvek ve formě státních dotací nebylo jednoduché získat a mezi státními a nestátními organizacemi tak docházelo k určitému napětí. (Matoušek, 2001)

Sociální pomoc se stále jevila jako nejméně vyvinutý pilíř sociálního zabezpečení i po novelizaci zákona o sociálních službách v r. 1991. (Svobodová, Kozlová, 2003)

---

<sup>5</sup> Okresní úřady ukončily svoji činnost k 31.12.2002.

Dávky sociální péče se podle Průši (2003) v 90. letech vyvíjely dynamicky, protože narostl okruh domácností, jejichž příjmy byly velmi nízké. Výrazně se zvýšily výdaje na péči o těžce zdravotně postižené občany podmíněné sociální potřebností občana a jeho rodiny. Mezi základní faktory ovlivňující vývoj sociálních služeb patří:

- prodlužování lidského věku (prodlužuje se období života, kde člověk potřebuje pomoc jiné osoby),
- přenášení standartu života (v produktivním věku i do období, když se člověk stává závislým na pomoci jiné osoby),
- rostoucí nákladnost kompenzace (závislá na vnější pomoci).

Tomeš (1991) konstatuje, že moderní sociální pomoc by měla vycházet ze systémových zásad, které lze v moderní společnosti vymezit výchozími principy:

- demonopolizace sociální pomoci,
- decentralizace státní sociální správy,
- demokratizace sociální správy,
- pluralizace zdrojů pomoci a forem sociální pomoci,
- změna objektu sociální pomoci,
- humanizace prostředků sociální pomoci,
- přiměřenost sociální pomoci sociální potřebě,
- personifikace sociální pomoci,
- profesionalizaci sociální pomoci.

Formováním sociální práce a hlavně snaha o její modernizaci začaly vznikat první návrhy nového systému sociálních služeb v r. 1994. První vládní návrh zásad zákona o sociální pomoci nebyl Poslaneckou sněmovnou Parlamentu na základě kritických připomínek projednán. Ale v tomto roce, tj. 1995, však došlo k přijetí zákona o důchodovém zabezpečení a zákona o státní sociální podpoře. MPSV ČR dostalo za úkol vypracovat novou koncepci zákona o sociální pomoci, podrobný návrh změny systému financování sociálních služeb schválila vláda až v souvislosti s projednáním návrhu věcného záměru zákona o sociální pomoci na jaře 1998. (Průša, 2012)

Reforma sociální práce byla nejdříve myšlena jako reforma, která měla podpořit především liberální prvky a utlumit pečovatelskou roli státu. (Francová, Novotný, 2008)

Průša (2012) uvádí, že na začátku r. 1999 bylo rozhodnuto navržený systém financování sociálních služeb přehodnotit, neboť nezaručoval dostatečně jejich dostupnost a státem nebyly vytvořeny nástroje pro ovlivňování jejich dalšího vývoje.

Podle Průši (2003, s. 13 – 14) bylo prioritou vytvoření konstrukce záchranné sociální sítě, kde by základním cílem byla hlavně ochrana co největšího počtu obyvatelstva před dopady ekonomické a sociální transformace. Tato koncepce zahrnovala opatření v oblasti:

- zaměstnanosti (vytvoření úřadů práce, hmotné zabezpečení v nezaměstnanosti, realizace aktivní politiky zaměstnanosti),
- (mzdového vývoje (vznik minimální mzdy a pravidel pro stanovení tzv. směrného růstu mezd),
- důchodového zabezpečení (stanovení princip valorizace vyplácených i nově přiznávaných důchodů),
- ochrany rodin s dětmi (stanovení životního minima a pravidel pro valorizaci dávek pro rodiny s malými dětmi),
- ochrany bydlení poskytování sociálních služeb.

Během transformace systému sociálního zabezpečení na systém sociální ochrany obyvatelstva byly zahájeny práce na vytvoření tří vzájemně propojených samostatných systémů: sociálního pojištění, státní sociální podpory a sociální pomoci. V rámci sociálního pojištění by se řešily sociální situace, které může člověk očekávat – důchod, nemoc (systémy důchodového pojištění, penzijního pojištění, nemocenského pojištění). V druhém systému státní sociální podpory byly popsány situace, kdy je vhodné podporovat rodinu s dětmi a v systému sociální pomoci byly zohledněny situace, které není člověk schopen sám nebo s pomocí rodiny vyřešit. Sociální pomoc by se měla poskytovat formou sociálních služeb a formou sociálně právní ochrany a dávek sociální pomoci. (Krebs, 2005)

Nové přístupy k poskytování sociálních služeb měly co největší měrou vést k respektování důstojnosti uživatelů, zároveň měly podporovat jejich nezávislost za účelem zvýšení jejich společenské a ekonomické spoluúčasti. Vše bylo založeno na

upřednostňování individuálních potřeb jedinců, veškeré finanční prostředky byly adresně směřovány k oprávněným osobám. (Bednářová, 2003)

Krebs (2005, s. 263) uvádí, že „*postupně byla, jak ve vědomí občanů, tak i v zákonodárné činnosti uplatňována zásada, že za vlastní životní úroveň je odpovědný především každý občan, respektive rodina.*“ Rodina při péči o nemocného seniora využívala příspěvek při péči o osobu blízkou nebo jinou osobu či zvýšení důchodu pro bezmocnost. Tato dávka byla poskytována osobě, která o seniora celodenně pečovala.

Cílem předloženého návrhu věcného záměru zákona o sociálních službách v. 2004 k připomínkovému je vytvořit podmínky pro uplatnění principů moderní sociální politiky v oblasti sociálních služeb. Důraz je kladen na přenesení tohoto procesu na úroveň samosprávných územně správních celků a maximální přiblížení systému sociálních služeb jejich uživatelům za dodržení rovných podmínek pro všechny osoby. Mezi hlavní principy navrhovaného řešení patří zajištění kvalitních sociálních služeb pro uživatele a jejich participace, rozvoj kvalitních sociálních služeb a transparentní konkurenční prostředí. Evropská unie prosazuje v oblasti sociální politiky moderní strategii založenou na vytváření rovných příležitostí ve společnosti a podpoře ohrožených skupin obyvatel tak, aby nedocházelo k jejich sociálnímu vyloučení a nezvyšovalo se riziko společenských konfliktů. (Vládní návrh, 2004)

Tento fakt konstatuje i Chytil (2007), že nejen v České republice, ale i ve všech evropských státech v současné době probíhá nepřetržitý vývoj sociální práce a její flexibilní a plynulý rozvoj se promítá do všech mezinárodních dokumentů, tak aby nedocházelo k vyloučení ohrožených skupin obyvatel.

Dle Průši (2009) jsou častým tématem všech sociálních systémů ve vyspělých zemích nejen Evropy principy solidarity a ekvivalence, které spolu úzce souvisí. Míra jejich uplatňování je právě závislá na úpravách jednotlivých sociálních systémů.

Do Poslanecké sněmovny Parlamentu ČR se návrh nového zákona o sociálních službách dostává až v r. 2006, kdy je 14. března schválen. Hlavní myšlenkou je změna úlohy státu jako poskytovatele sociální péče a aktivního zapojení občanů.

### 1.2.2 Vznik nového zákona o sociálních službách

Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách (2006) přinesl zásadní změny, které se týkají nového pojetí samotných sociálních služeb, jejich forem, druhů a podmínek poskytování. § 2 zákona praví: *„každá osoba má nárok na bezplatné poskytnutí základního sociálního poradenství o možnostech řešení nepříznivé sociální situace nebo jejího předcházení.“*

Vznikla tak zcela nová dávka – příspěvek na péči, který je poskytován osobám závislým na pomoci jiné fyzické osoby za účelem zajištění potřebné sociální pomoci. Příspěvek má být použit jen na ty výdaje, které souvisejí se zabezpečením pomoci a podpory závislé osoby. Osoba, které tato dávka náleží, může příspěvek využít k zakoupení sociální služby od registrovaného poskytovatele sociálních služeb nebo může poskytnout určitou částku osobě, která mu bude péči poskytovat. Zákon vymezil i nové pojmy: sociální službu, nepříznivou sociální situaci oslabení nebo ztrátu schopnosti z důvodu věku, dlouhodobý nepříznivý zdravotní stav, přirozené sociální prostředí, sociální začleňování, sociální vyloučení osoby, zdravotní postižení a plán rozvoje sociálních služeb jako výsledek procesu aktivního zjišťování potřeb osob.

Průša (2010) konstatuje, že cílem zavedení příspěvku na péči jako nového nástroje financování sociálních služeb je:

- zabezpečit svobodnou volbu způsobu zabezpečení služeb a přechod od „pasivního závislého pacientství“ k „aktivnímu klientství“,
- sjednotit podmínky pro získání veřejných prostředků všemi subjekty, poskytujícími péči za podmínek jejich registrace,
- zvýšit prvek spoluúčasti občana při řešení jeho sociální situace,
- zrušit paušalizaci pohledu na zdravotně postižené občany a starobní důchodce,
- nastartovat proces deinstitucionalizace a individualizace péče.

Příspěvek na péči může dle Matouška (2007) výrazně zlepšit situaci pečujících rodinných příslušníků, protože nový zákon neomezuje jejich výdělečnou činnost, jak tomu bylo u příspěvku při péči o osobu blízkou nebo jinou osobu.

### **1.3 Kritéria pro přiznávání příspěvku na péči od 1. 1. 2007**

Příspěvek na péči je poskytován osobě, která z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu<sup>6</sup> potřebuje pomoc při péči o vlastní osobu a při zajištění soběstačnosti a je zařazena do některého stupně závislosti. Náklady na příspěvek na péči se hradí ze státního rozpočtu. Nárok na příspěvek mají osobu starší jednoho roku. O příspěvku rozhoduje obecní úřad ORP. (Zákon 108/2006,2006)

#### ***Implementace původních dávek***

Na základě přijetí nového zákona bylo od 1. 1. 2007 zrušeno zvýšení důchodu pro bezmocnost a příspěvek při péči o osobu blízkou nebo jinou osobu, poskytované podle zákona č. 100/1988 Sb., o sociálním zabezpečení. Osoby, kterým jedna z těchto dávek náležela před 1. 1. 2007 se od 1. 1. 2007 považují za osoby závislé na pomoci jiné fyzické osoby:

- a) ve stupni I (lehká závislost), pokud byly částečně bezmocné,
- b) ve stupni II (středně těžká závislost), pokud byly převážně bezmocné,
- c) ve stupni III (těžká závislost), pokud byly úplně bezmocné.

Děti, které byly považované za dlouhodobě těžce zdravotně postižené vyžadující mimořádnou péči se od 1. 1. 2007 považované za osoby závislé na pomoci jiné fyzické osoby ve stupni III (těžká závislost). Příspěvek na péči je poskytován až do doby, kdy je provedena kontrola zdravotního stavu nebo na základě nové žádosti osoby o přezkoumání zdravotního stavu a stanovení jiného stupně závislosti. (Králová, Rážová, 2007, s. 14)

#### ***Okruh oprávněných osob***

Příspěvek na péči je poskytován při splnění stanovených podmínek v § 4 zákona č.108/2006Sb., o sociálních službách (2006):

---

<sup>6</sup> Dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav se rozumí takový zdravotní stav, který trvá nebo má trvat déle než 1 rok nebo musí existovat kvalifikovaný a medicínsky důvodný předpoklad trvání neschopnosti zvládat 1 a více úkonů déle než 1 rok.

- osobě, která je na území České republiky hlášena k trvalému pobytu podle zvláštních právních předpisů,
- osobě, které byl udělen azyl podle zvláštního právního předpisu,
- cizinci, bez trvalého pobytu na území České republiky, kterému tato práva zaručuje mezinárodní smlouva,
- občanovi členského státu Evropské unie, pokud je hlášen na území České republiky k pobytu podle zvláštního právního předpisu po dobu delší než 3 měsíce,
- rodinnému příslušníkovi občana členského státu Evropské unie, pokud je hlášen na území České republiky k pobytu podle zvláštního předpisu po dobu delší než 3 měsíce,
- cizinci, který je držitelem povolení k trvalému s přiznaným právním postavením dlouhodobě pobývajícího rezidenta v Evropském společenství na území jiného členského státu Evropské unie, pokud je hlášen na území České republiky k dlouhodobému pobytu podle zvláštního předpisu po dobu delší než 3 měsíce.

### ***Působnost v oblasti sociálních služeb***

Výkon státní správy je zajišťován podle § 5 zákona o sociálních službách (2006) Ministerstvem práce a sociálních věcí ČR, krajskými úřady, obecními úřady ORP, okresními správami sociálního zabezpečení a Úřadem práce ČR, krajskými pobočkami. V oblasti sociálních služeb vykonávají působnost také obce a kraje.

### ***Poskytovatelé sociálních služeb***

Při splnění podmínek stanovených tímto zákonem jsou dle § 6 zákona o sociálních službách (2006) poskytovateli sociálních služeb samosprávné celky a jimi zřizované právnické osoby, další právnické osoby, fyzické osoby a ministerstvo a jim zřízené organizační složky státu.



### ***Průběh řízení***

Zahájení řízení o přiznání příspěvku na péči se děje na základě písemné žádosti podaného na tiskopisu předepsaném MPSV ČR dnem, kdy dojde žádost k místně příslušnému obecnímu úřadu ORP, je možné zahájení řízení i z moci úřední. Sociální pracovník obecního úřadu ORP nejprve na základě žádosti osoby provádí sociální šetření, při kterém se zjišťuje schopnost samostatného života osoby v jejím přirozeném sociálním prostředí. Následně lékař Úřadu práce ČR provede posouzení stupně závislosti osoby, při kterém vychází ze zdravotního stavu osoby, doloženého nálezem vydaným poskytovatelem zdravotních služeb, z výsledku sociálního šetření a zjištění potřeb osoby, popřípadě z výsledků funkčních vyšetření a z výsledku vlastního vyšetření posuzujícího lékaře. Rozhodnutí je vydáno obecním úřadem ORP. (Králová, Rážová, 2007)

### ***Způsob výplaty příspěvku***

Příspěvek je vyplácen měsíčně v české měně, a to v kalendářním měsíci, za který náleží. Vyplácí jej obecní úřad ORP podle místa trvalého nebo hlášené pobytu žadatele. Dávka je vyplácena v hotovosti nebo se poukazuje na bankovní účet určený příjemcem (jedna z povinných položek v žádosti o příspěvek). (Kahoun, 2009)

### ***Povinnosti oprávněné osoby a dalších osob***

Pro účely zjištění nároku na příspěvek má oprávněná osoba následující povinnosti:

- podrobit se vyšetření zdravotního stavu lékařem lékařské posudkové služby (LPS),
- podrobit se vyšetření zdravotního stavu v určeném zdravotnickém zařízení,
- podrobit se sociálnímu šetření,
- předložit určenému zdravotnickému zařízení lékařské nálezy ošetřujících lékařů,
- sdělit a doložit další významné údaje a poskytnout potřebnou součinnost pro vypracování posudku.

Žadatel příspěvku je povinen vůči příslušnému obecnímu úřadu obce s rozšířenou působností:

- písemně nahlásit změny ve skutečnostech rozhodných pro nárok na příspěvek, jeho výši nebo výplatu ve lhůtě 8 dnů,
- na základě výzvy osvědčit skutečnosti rozhodné pro nárok na příspěvek, jeho výši nebo výplatu ve lhůtě 8 dnů od doručení výzvy,
- písemně ohlásit, kdo oprávněné osobě poskytuje pomoc a jakým způsobem (mělo by to být uvedeno v žádosti, rovněž ve lhůtě 8 dnů, ode dne právní moci rozhodnutí o příspěvku, v rámci této lhůty platí povinnost ohlásit změny v zajištění pomoci. (Kahoun, 2009)

### ***Odvolání***

Odvolání proti rozhodnutí obecního úřadu ORP je možné podat u příslušného krajského úřadu, to je poté postoupeno Posudkové komisi MPSV ČR.

### ***Kontrola***

Obecní úřad ORP má ve své kompetenci provádění kontroly u registrovaného poskytovatele služeb – zda je příspěvek poskytnutý osobě k zajištění pomoci opravdu využit a zda pomoc je poskytována k odpovídajícímu stupni závislosti. Pokud jsou shledány závažné nedostatky, obecní úřad obce s ORP je povinen neprodleně o tomto informovat orgán, který rozhodl o registraci. (Koldinská, 2009)

Příjemce příspěvku je povinen pro kontroly využívání příspěvku písemně nahlásit příslušnému obecnímu úřadu ORP, kdo bude poskytovat pomoc a jakým způsobem, a to ve lhůtě 15 dnů ode dne právní moci rozhodnutí o příspěvku. V této lhůtě je povinen nahlásit i změny ve způsobu zajištění pomoci. Zaměstnanci obecního úřadu ORP jsou na základě souhlasu osoby oprávněni provádět kontrolu vstupem do obydlí, v němž osoba žije, za účelem provedení sociálního šetření a kontroly využívání příspěvku (jsou povinni prokázat se zvláštním oprávněním). (Zákon 108/2006, 2006, § 29)

### ***Stupně závislosti***

Závislost osoby na pomoci jiné fyzické osoby se posuzuje na základě hodnocení schopnosti osoby zvládat celkem 36 stanovených úkonů, a to 18 úkonů péče o vlastní osobu a 18 úkonů soběstačnosti. S ohledem na věk osoby a počtu úkonů, při kterých osoba potřebuje u důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu každodenní pomoc nebo dohled se rozlišují tyto stupně závislosti:

- stupni I (lehká závislost), jestliže z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu potřebuje každodenní pomoc nebo dohled při více než 12 úkonech péče o vlastní osobu a soběstačnosti nebo u osoby do 18 let věku při více než 4 úkonech péče o vlastní osobu a soběstačnosti,
- stupni II (středně těžká závislost), jestliže z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu potřebuje každodenní pomoc nebo dohled při více než 18 úkonech péče o vlastní osobu a soběstačnosti nebo u osoby do 18 let věku při více než 10 úkonech péče o vlastní osobu a soběstačnosti,
- stupni III (těžká závislost), jestliže z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu potřebuje každodenní pomoc nebo dohled při více než 24 úkonech péče o vlastní osobu a soběstačnosti nebo u osoby do 18 let věku při více než 15 péče o vlastní osobu a soběstačnosti,
- stupni IV (úplná závislost), jestliže z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu potřebuje každodenní pomoc nebo dohled při více než 30 úkonech péče o vlastní osobu a soběstačnosti nebo u osoby do 18 let věku při více než 20 úkonech péče o vlastní osobu a soběstačnosti. (Zákon 108/2006, 2006, § 8)

### ***Výše příspěvku***

§ 11 zákona o sociálních službách (2006) uvádí výši příspěvku na péči, která se liší s ohledem na stupeň závislosti osoby a podle věku osoby.

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

- a) 3 000 Kč – I. stupeň,
- b) 5 000 Kč – II. stupeň,

- c) 9 000 Kč – III. stupeň,
- d) 11 000 Kč – IV. stupeň.

Výše příspěvku pro osoby od 18 let věku činí za kalendářní měsíc:

- a) 2 000 Kč – I. stupeň,
- b) 4 000 Kč – II. stupeň,
- c) 8 000 Kč – III. stupeň,
- d) 11 000 Kč – IV. stupeň.

### **1.3.1 Hodnocení úkonů péče o vlastní osobu a úkonů soběstačnosti**

Pro účely stanovení stupně závislosti jsou úkony jak péče o vlastní osobu, tak i úkony soběstačnosti rovnocenné. Počet nezvládnutých úkonů se sčítá z obou skupin dohromady – jedná se o 18 úkonů péče o vlastní osobu a 18 úkonů soběstačnosti, celkem 129 podúkonů.

#### ***Úkony péče o vlastní osobu***

Úkony péče o vlastní osobu jsou každodenně opakující se úkony související se zajištěním stravy a jejím přijímáním, osobní hygienou, oblékáním a pohybem. Jednotlivé úkony jsou uvedeny v § 9, odst. 1 tohoto zákona a dále v příloze č. 1 vyhlášky 505/2006Sb. (2006), podle které se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách. Při posuzování péče o vlastní osobu pro účely stanovení stupně závislosti se hodnotí schopnost zvládat tyto úkony:

- a) příprava stravy,
- b) podávání a porcování stravy,
- c) přijímání stravy a dodržování pitného režimu,
- d) mytí těla,
- e) koupání nebo sprchování,
- f) péče o ústa, vlasy, nehty, holení,
- g) výkon fyziologické potřeby včetně hygieny,
- h) vstávání z lůžka, uléhání, změna poloh,

- i) sezení, schopnost vydržet v poloze v sedě,
- j) stání, schopnost vydržet stát,
- k) přemísťování předmětů denní potřeby,
- l) chůze po rovině,
- m) chůze po schodech nahoru a dolů,
- n) výběr oblečení, rozpoznání jeho správného vrstvení,
- o) oblékání, svlékání, obouvání, zouvání,
- p) orientace v přirozeném prostředí,
- q) provedení si jednoduchého ošetření,
- r) dodržování léčebného režimu.

Schopnost zvládat jednotlivé úkony jsou hodnoceny podle specifikovaných činností, je zde uvedena věková hranice, na jejímž základě se u některých úkonů při hodnocení schopnosti zvládnout úkon nepřihlíží k potřebě pomoci a dohledu při úkonu. Podrobný přehled těchto činností (i s podúkony) je přiložen v příloze 1.

### ***Úkony soběstačnosti***

Úkony soběstačnosti jsou uvedeny v § 9, odst. 2 zákona o sociálních službách a blíže jsou specifikovány v příloze č. 1 prováděcí vyhlášky č. 505/2006Sb. (2006) Pomocí úkonů soběstačnosti se hodnotí schopnost osoby účastnit se sociálního života. Při posuzování soběstačnosti pro účely stanovení stupně závislosti je hodnocena schopnost zvládat tyto úkony:

- a) komunikace slovní, písemná, neverbální,
- b) orientace vůči jiným fyzickým osobám, v čase a mimo přirozené prostředí,
- c) nakládání s penězi nebo jinými cennostmi,
- d) obstarávání osobních záležitostí,
- e) uspořádání času, plánování života,
- f) zapojení se do sociálních aktivit odpovídajícího věku,
- g) obstarávání si potravin a běžných předmětů (nakupování),
- h) vaření, ohřívání jednoduchého jídla,
- i) mytí nádobí,

- k) péče o prádlo běžný úklid v domácnosti,
- l) přepírání drobného prádla,
- m) péče o lůžko,
- n) obsluha běžných domácích spotřebičů,
- o) manipulace s kohouty a vypínači,
- p) manipulace se zámky, otevírání, zavírání oken a dveří,
- q) udržování pořádku v domácnosti, nakládání s odpady,
- r) další jednoduché úkony spojené s chodem a udržováním domácnosti.

Podrobný přehled těchto činností (i s podúkony) je přiložen v příloze č. 2.

#### **1.4 Dílčí novelizace zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách**

Zákon č. 261/2007, o stabilizaci veřejných rozpočtů (2007) účinný od 1. 1. 2008 přinesl i změnu zákona o sociálních službách. Příspěvek na péči není vyplácen, pokud je oprávněná osoby po celý kalendářní měsíc v ústavní péči.

Od 1. 8. 2009 nabyl účinnosti zákon č. 206/2009 Sb. (2009) kterým se mění zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách ve znění pozdějších předpisů. Zároveň byla novelizována i prováděcí vyhláška. Novelizace přinesla několik zásadních změn, z těch nejdůležitějších je možno uvést:

- osoby do 18 let věku splňují žadatelé kritéria zařazení do stupně závislosti I (lehká závislost), jestliže budou potřebovat pomoc nebo dohled při více než 4 úkonech,
- zvýšení měsíčního PnP pro osoby starších 18 let ve stupni IV z 11 000,- Kč na 12 000,- měsíčně,
- zmírnění podmínek pro vznik nároku na příspěvek na péči pro chronicky nemocné děti do 18 let,
- při změně skutečností rozhodných pro nárok se PnP odejme od prvního dne kalendářního měsíce následujícího měsíce, kdy došlo ke změně,
- po úmrtí žadatele o příspěvek před pravomocným rozhodnutím o PnP, vstupuje do dalšího řízení a nabývá nárok na částky splatné do dne jeho smrti osoba

blízká či jiná fyzická osoba, zařízení sociálních služeb poskytující pobytové sociální služby atd.,

- posouzení zdravotního stavu ve věci PnP a k určení stupně závislosti vypracovává lékař okresní správy sociálního zabezpečení (OSSZ),
- zefektivnění kontroly využívání PnP obecním úřadem ORP – zda je příspěvek využíván k zajištění pomoci, kým a jak je poskytován.

Další novelizace zákona o sociálních službách zákona č. 362/2009 Sb. (2009) účinná od 1. 1. 2011 změnila způsob výplaty příspěvku ve stupni I u osob starších 18 let. Byl zaveden tzv. kombinovaný způsob výplaty, jedna polovina bude vyplacena peněžně, druhá polovina za pomoci poukázek. Pokud člověk žije v místě, kde není možné tyto poukázky využít, bude mu nadále výplata poskytována jako dosud.

V souvislosti s úspornými opatřeními v působnosti MPSV ČR prostřednictvím zákona č. 347/2010 Sb. (2010), kterým se mění i zákon o sociálních službách, od 1. 1. 2011 byla výše příspěvku na péči v I. stupni u osob starších 18 let z 2.000,- Kč snížena na 800,- Kč.

### **1.5 Kritéria pro přiznávání příspěvku na péči od 1. 1. 2012**

Od 1. 1. 2012 je v platnosti nový způsob posuzování nepříznivého zdravotního stavu, který by měl zajišťovat objektivnější a hlavně spravedlivější posuzování zdravotního stavu osoby. K tomuto datu vstupuje v platnost zákon č. 366/2011 Sb. (2011), který mění původní zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. Nové posuzování by mělo přispět k výraznému zjednodušení a větší efektivitě při stanovení stupně závislosti pro účely přiznání příspěvku na péči podle mezinárodního modelu hodnocení zdravotního stavu. Při posuzování by nemělo docházet k tomu, aby některé činnosti byly posuzovány duplicitně. (MPSVc, 2013)

Změna posuzování stupně je více celostně orientována na kvalitu života prostřednictvím zjišťování schopnosti samostatného života v přirozeném sociálním prostředí. Zdravotní model postavený na diagnóze je nahrazen sociálním modelem zdravotně postiženého. Je nově klasifikován pojem dlouhodobě nepříznivý zdravotní

stav.<sup>7</sup> Namísto bývalých 36 úkonů (129 podúkonů) se nyní posuzuje zdravotní stav při hodnocení stupně závislosti v 10 základních životních potřebách (53 podúkonů). Zůstal zachován dosavadní model čtyř stupňů závislosti, pouze se stanovily nové podmínky pro zařazení osoby s dlouhodobě nepříznivým zdravotním stavem do jednotlivých stupňů závislosti, přičemž platí, že s počtem stupňů klesá samostatnost klienta a stoupá jeho závislost na systému. Deset základních životních potřeb odpovídá deseti oblastem testu ADL.<sup>8</sup> Původních 36 úkonů péče o vlastní osobu a úkonů soběstačnosti bylo agregováno do deseti základních životních potřeb tak, aby byly posuzovány skutečnosti, které jsou rozhodující pro nezávislý život jedince a které poskytují ucelený přehled o jeho nepříznivé sociální situaci. Agregáčn<sup>í</sup> tabulka je přiložena v příloze 4. (MPSV, 2012)

Novelizací zákona dochází ke změně působnosti orgánů v oblasti sociálních služeb:

- státní správu v oblasti sociálních služeb vykonávají krajské pobočky ÚP České republiky (působnost, povinnosti žadatele, způsob výplaty dávky, vydání rozhodnutí, kontrola využíván<sup>í</sup> příspěvku, informační systém o příspěvku),
- odvolání proti rozhodnutí krajské pobočky ÚP rozhoduje MPSV ČR,
- ve stupni II u osob mladší 18 let dochází ke zvýšení finanční částky na 6000,- Kč měsíčně,
- při hodnocení schopnosti zvládat základní životní potřeby se hodnotí funkční dopad dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu na schopnost zvládat základní životní potřeby, přitom se nepřihlíží k pomoci, dohledu nebo péči, která nevyplývá z funkčního dopadu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu. (Zákon 366/2011, 2011)

Zákonná právní úprava obsahuje sedm základních zásad hodnocení:

1. zásadu příčinné souvislosti dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu a závislosti,
2. zásadu nehodnocení pomoci, dohledu nebo péče, která nesouvisí s dlouhodobě

---

<sup>7</sup> Dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav se rozumí takový zdravotní stav, který trvá nebo má trvat déle než 1 rok, a který omezuje funkční schopnosti nutné pro zvládnutí základních životních potřeb.

<sup>8</sup> ADL – Activity of daily Living, test Bartelové.



nepříznivým zdravotním stavem,

3. zásadu přijatelného standardu zvládnutí základní životní potřeby (v uživatelsky přijatelné kvalitě a spolehlivosti),

4. zásadu hodnocení schopnosti zvládat základní životní potřeby s dostupnými kompetencemi posuzované osoby a s „facilitujícími prostředky“ (s využitím běžných pomůcek, prostředků, předmětů denní potřeby nebo vybavení v domácnosti, veřejných prostor nebo s využitím zdravotnického prostředku),

5. zásadu hodnocení každodenní potřeby mimořádné péče (v případě osob 1-18 let věku) a potřeby každodenní pomoci a dohledu jiné fyzické osoby (v případě osob starších 18 let věku),

6. zásadu porovnání rozsahu, intenzity a náročnosti péče, kterou je třeba věnovat posuzované osobě se zdravotním postižením (1- 18 let věku), s péčí, kterou je třeba věnovat zdravé fyzické osobě téhož věku a nepřihlížení k potřebě péče, která vyplývá z věku osoby a tomu odpovídajícímu stupni biopsychosociálního vývoje,

7. vymezení mimořádné péče jako péče, která svým rozsahem, intenzitou nebo náročností podstatně přesahuje péči poskytovanou osobě téhož věku. (MPSV, 2011)

V souvislosti se změnou způsobu posuzování SZ v zákoně o sociálních službách byla novelizována i vyhláška č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů (podrobnější stanovení způsobu hodnocení schopnosti zvládat základní životní potřeby a vymezení schopností zvládat základní životní potřeby).

Příspěvek na péči se dle nového znění zákona § 7 (2011) poskytuje osobám závislým na pomoci jiné fyzické osoby. Nárok na příspěvek má osoba, která z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu potřebuje pomoc jiné fyzické osoby při zvládnutí životních potřeb v rozsahu stanoveném stupněm závislosti, pokud ji tuto pomoc poskytuje osoba blízká nebo asistent sociálních služeb nebo poskytovatel sociálních služeb. Nárok na příspěvek má osoba staršího jednoho roku.

### ***Průběh řízení***

Řízení o PnP je zahájeno na základě písemné žádosti podaného na tiskopisu MPSV ČR

dnem podáním na krajskou pobočku ÚP ČR (může být zahájeno i z moci úřední). Sociální pracovník krajské pobočky ÚP ČR na základě žádosti osoby provádí sociální šetření, při kterém se zjišťuje schopnost samostatného života osoby v jejím přirozeném sociálním prostředí. Následně krajská pobočka ÚP ČR zašle OSSZ žádost o posouzení stupně závislosti osoby. Při posuzování stupně závislosti osoby pak vychází OSSZ ze zdravotního stavu osoby, doloženého nálezem vydaným poskytovatelem zdravotních služeb, z výsledku sociálního šetření a zjištění potřeb osoby, popřípadě z výsledků funkčních vyšetření a z výsledku vlastního vyšetření posuzujícího lékaře. Rozhodnutí o přiznání či zamítnutí PnP vydává krajská pobočka ÚP ČR. (MPSVa, 2013)

### ***Odvolání***

Odvolání proti rozhodnutí krajské pobočky ÚP ČR je možno podat u příslušného krajského referátu odvolání a správní agendy MPSV ČR. Odvolání je poté postoupeno Posudkové komisi MPSV České republiky. (MPSVa, 2013)

### ***Způsob výplaty příspěvku***

Příspěvek se i nadále vyplácí měsíčně, a to v kalendářním měsíci, za který náleží. Příspěvek vyplácí krajská pobočka ÚP ČR, která je příslušná k rozhodnutí o příspěvku a ten je vyplácen v české měně prostřednictvím karty sociálních systémů, a to využitím platební funkce karty nebo převodem na platební účet určený příjemcem příspěvku anebo v hotovosti. (Zákon 366/2011, 2011)

### ***Stupně závislosti***

Osoba se považuje za závislou na pomoci jiné fyzické osoby ve

- ve stupni I (lehká závislost), jestliže z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu není schopna zvládat tři základní životní potřeby u osoby do 18 let nebo tři nebo čtyři základní životní potřeby u osob starších 18 let,

- ve stupni II (středně těžká závislost), jestliže z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu není schopna zvládat čtyři nebo pět základních životních potřeb u osoby do 18 let nebo pět nebo šest základních životních potřeb u osob starší 18 let,
- ve stupni III (těžká závislost), jestliže z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu není schopna zvládat šest nebo sedm základních životních potřeb u osoby do 18 let nebo sedm nebo osm základních životních potřeb u osob starší 18 let,
- stupni IV (úplná závislost), jestliže z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu není schopna zvládat osm nebo devět základních životních potřeb u osob do 18 let nebo devět nebo deset základních životních potřeb u osob starších 18 let. (MPSVb, 2013)

### ***Výše příspěvku***

§ 11 zákona o sociálních službách (2011) uvádí, že výše příspěvku na péči se liší s ohledem na stupeň závislosti osoby a podle věku osoby.

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

- a) 3 000 Kč – I. stupeň,
- b) 6 000 Kč – II. stupeň,
- c) 9 000 Kč – III. stupeň,
- d) 12 000 Kč – IV. stupeň.

Výše příspěvku pro osoby od 18 let věku činí za kalendářní měsíc:

- a) 800 Kč – I. stupeň,
- b) 4 000 Kč – II. stupeň,
- c) 8 000 Kč – III. stupeň,
- d) 12 000 Kč – IV. stupeň.

### **1.5.1 Hodnocení základních životních potřeb**

Schopnost zvládat základní životní potřebu uvedenou v odstavci 1, písm. h) se hodnotí ve vztahu ke konkrétnímu zdravotnímu postižení a režimu stanovenému ošetřujícím lékařem. Schopnost zvládat základní životní potřebu uvedenou v odstavci 1, písm. j) se nehodnotí u osob do 18 let věku. Při posuzování stupně závislosti se hodnotí schopnost zvládat základní životní potřeby:

- a) mobilita,
- b) orientace,
- c) komunikace,
- d) stravování,
- e) oblékání a obouvání,
- f) tělesná hygiena,
- g) výkon fyziologické potřeby,
- h) péče o zdraví,
- i) osobní aktivity,
- j) péče o domácnost.

Podrobný přehled jednotlivých hodnocených životních potřeb je uveden v příloze č. 3. (MPSVc, 2013)

## **2 Cíl práce a hypotézy**

### **2.1 Cíl práce**

Cílem práce je zmapovat a porovnat kritéria pro přiznávání příspěvku na péči u seniorů podle původního zákona č. 108/2006Sb., o sociálních službách a po jeho novelizaci. Důvodem vytýčení cíle práce byla změna legislativy v oblasti způsobu posuzování stupně závislosti pro účely příspěvku na péči, kdy podle novely zákona o sociálních službách je využíván nový a přehlednější systém posuzování stupně závislosti. Dosažení cíle předpokládalo analýzu jednotlivých případů formou pre a post testů.

### **2.2 Hypotézy**

Hypotéza 1: Při posuzování stupně závislosti u seniorů dle nových kritérií je přiznáván vyšší stupeň závislosti.

Hypotéza 0: Při posuzování stupně závislosti u seniorů dle nových kritérií není přiznáván vyšší stupeň závislost.

Hypotéza 2: Nižší počet hodnocených úkonů při posuzování stupně závislosti koresponduje s objektivizací zdravotního stavu posuzovaného.

Hypotéza 0: Nižší počet hodnocených úkonů při posuzování stupně závislosti nekoresponduje s objektivizací zdravotního stavu posuzovaného.

## **3 Metodika**

### **3.1 Použité metody**

Ve výzkumné části bakalářské práce byl zvolen kvantitativní výzkum založený na analýze dat z dokumentace týkající se posuzování stupně závislosti České správy sociální zabezpečení (ČSSZ) a MPSV ČR. Výzkum byl proveden obsahovou analýzou statisticky zpracovaných dat a pomocí systematického náhodného výběru výzkumného vzorku. Definuje kvantitativní obsahovou analýzu jako zkoumání vztahu proměnných zachycených analýzou k nějakým externím proměnným a určuje při ní četnosti výskytu jednotlivých kategorií informací a vztahů mezi nimi. U statistického zpracování dat bylo využito několikastupňové třídění dat v kontextu se získanými nominální, ordinálními a kardinálními proměnnými. Byla použita především analýza kategoriálních dat, Pearsonův korelační koeficient, kontingenční tabulky.

### **3.2 Charakteristika výzkumného souboru**

Cílovou skupinu tvořili senioři nad 65 let v okrese České Budějovice, kterým byl přiznán určitý stupeň závislosti v roce 2012. Dle statistiky ČSSZ bylo v roce 2012 projednáno 2036 žádostí. Z databáze ČSSZ byl zjištěn základní soubor – 582 osob, které byly posuzovány v tzv. přechodném období podle kritérií pro přiznávání příspěvku na péči platných do 31. 12. 2011 a podle kritérií pro přiznávání příspěvku na péči platných od 1. 1. 2012. Do přechodného období byly zařazeny žádosti seniorů, které byly podány v roce 2011 a vztahovalo se na ně posuzování stupňů závislosti podle obou právních předpisů. Analýzou dat byl ze základního souboru získán výběrový soubor, který je tvořen náhodným systematickým výběrem, do vzorku byl zahrnut každý třetí žadatel, přičemž první žadatel byl vybrán náhodně. Tímto způsobem byl získán výběrový vzorek o velikosti 233 osob.

## 4 Výsledky

### 4.1 Stupně závislosti u seniorů starších 65 let v letech 2007 – 2012 v okrese České Budějovice

V r. 2007 bylo posouzeno v okrese České Budějovice celkem 1948 žádostí seniorů nad 65 let, z toho 316 osobám nebyl přiznán žádný stupeň závislosti, I. stupněm závislosti bylo ohodnoceno 462, II. stupněm závislosti 408, III. stupněm závislosti 312. V r. 2008 je vidět větší nárůst, bylo projednáno o 507 žádostí více, celkem 2455, 224 osobám nebyl přiznán žádný stupeň závislosti, I. stupněm závislosti bylo ohodnoceno 573 osob, II. stupněm závislosti 596, III. stupněm závislosti 543 a IV. stupněm závislosti 519 osob. V r. 2009 dochází k většímu poklesu, celkově téměř o 641 žádostí, což se projevuje i v jednotlivých stupních závislosti. Žádný stupeň závislosti nedostalo 176 osob, I. stupněm závislosti bylo ohodnoceno 430 osob, II. stupně závislosti 458, III. stupněm závislosti 406 a IV. stupněm závislosti 344 osob. V r. 2010 dochází jen k mírnému nárůstu, bylo projednáno jen o 215 žádostí více než v loňském roce, celkově 2029. Žádným stupněm závislosti nebylo ohodnoceno 313 osob, I. stupněm závislosti 496 osob, II. stupněm závislosti 470, III. stupněm závislosti 369 a IV. stupněm závislosti 381. Rok 2011 je nejslabším rokem v celkovém počtu projednaných žádostí za celé sledované období (2007 – 2012), sice je to jen o 456 žádostí než v r. 2010, ale oproti roku 2008 došlo o 882 méně žádostí. Žádný stupeň závislosti neobdrželo 193 osob, I. stupněm závislosti bylo ohodnoceno 417, II. stupněm závislosti 404, III. stupněm 288 a IV. stupněm 271. Rok 2012 se celkovým počtem 2036 přibližuje k r. 2010, kdy bylo celkově projednáno 2029 žádostí. V jednotlivých stupních závislosti nebylo přiznáno 273 osobám žádný stupeň závislosti, I. stupeň závislosti 570 osobám, II. stupeň závislosti 470, III. stupeň závislosti 408 a IV. stupeň závislosti 315 osobám.

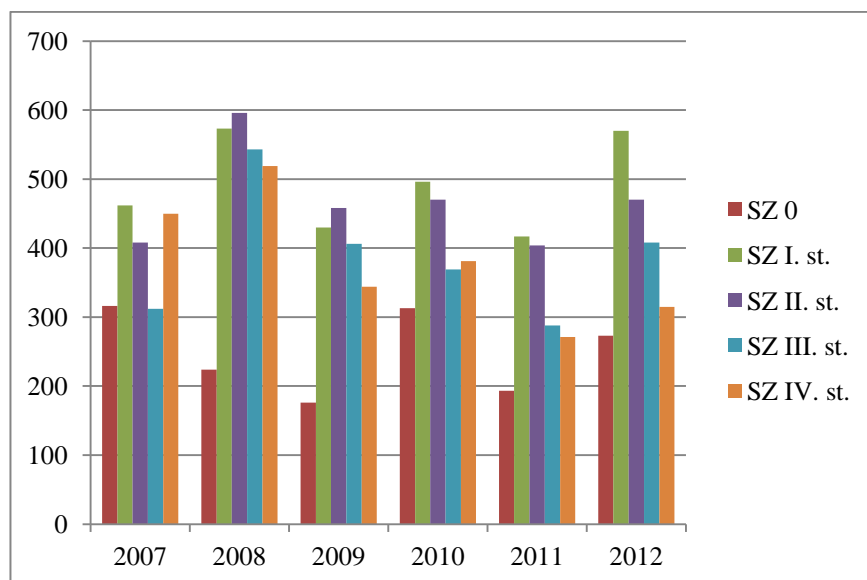
**Tabulka 1: Počet vydaných posudků SZ u seniorů starších 65 let v okrese České Budějovice v letech 2007 – 2012**

rok	SZ 0	SZ I. st.	SZ II. st.	SZ III. st.	SZ IV. st.	celkem
2007	316	462	408	312	450	1948
2008	224	573	596	543	519	2455
2009	176	430	458	406	344	1814
2010	313	496	470	369	381	2029
2011	193	417	404	288	271	1573
2012	273	570	470	408	315	2036

Zdroj: ČSSZ

Pro názornost byly získané údaje dosazeny do níže uvedeného grafu.

**Graf 1: Počet vydaných posudků SZ u seniorů starších 65 let v okrese České Budějovice v letech 2007 – 2012**



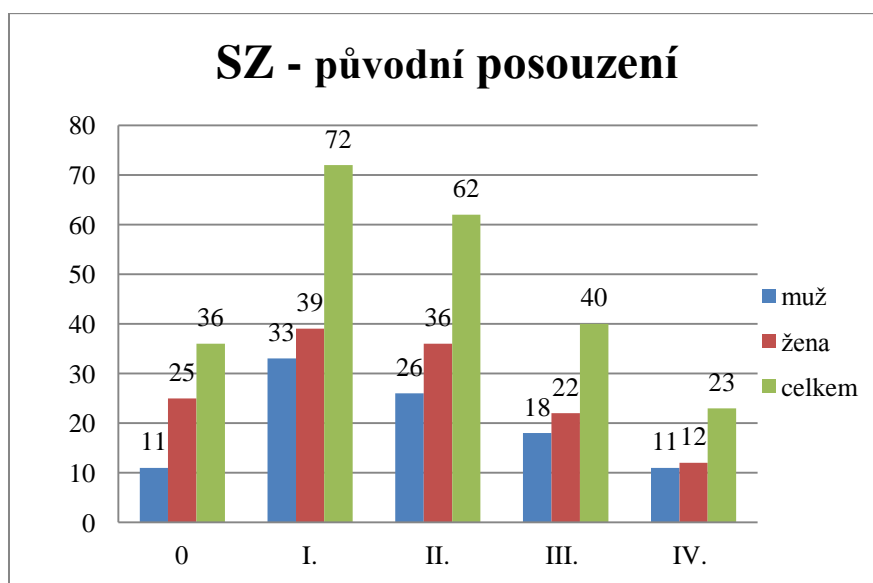
Zdroj: ČSSZ



## 4.2 Počet vydaných posudků stupně závislosti podle jednotlivých stupňů

V roce 2012 bylo v okrese České Budějovice posouzeno celkem 2036 seniorů nad 65 let, z toho bylo 582 žadatelů posouzeno podle obou kritérií, náhodným systematickým výběrem byl získán výběrový vzorek 233 osob, z toho je 134 žen a 99 mužů. Tabulka celkového výběrového souboru je v příloze 4.

**Graf 2: Jednotlivé stupně závislosti – původní posouzení – senioři nad 65 let v okrese České Budějovice v r. 2012 (výběrový vzorek)**



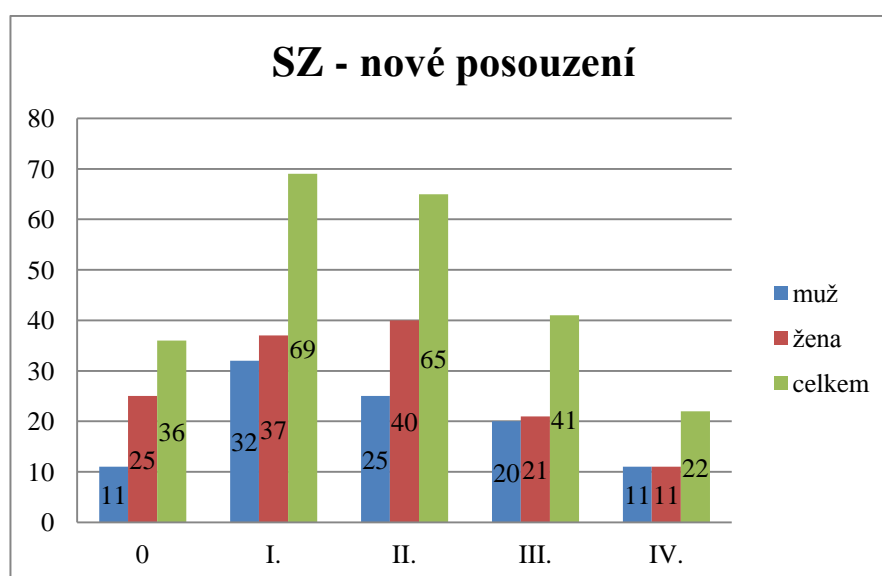
Zdroj: OSSZ, vlastní výzkum.

Pomocí kontingenčních tabulek bylo zjištěno, že žádným stupněm závislosti podle původního posouzení nebylo ohodnoceno celkově 36 osob, z toho 11 mužů a 25 žen. I. stupeň závislosti byl přiznán celkově u 72 osob, z toho u 33 mužů a 39 žen, II. stupeň byl přiznán celkově 62 osobám, z toho 26 mužům a 36 ženám, ve III. stupni bylo celkem 40 osob, z toho 18 mužů a 22 žen a ve IV. stupni celkem 23 osob, z toho 11 mužů a 12 žen.

Dále bylo zjištěno, že podle nového posouzení nebyl žádný stupeň přiznán celkově 36 osobám, z toho 11 mužům a 25 ženám. V I. stupni bylo ohodnoceno celkově 69 osob, z toho 32 mužů a 37 žen, ve II. stupni celkově 65 osob, z toho 25 mužů a 40 žen, III stupeň byl přiznán celkově 41 osobám, z toho 20 mužům a 21 ženám a IV. stupeň dostalo celkem 22 osob, z toho 11 mužů a 11 žen.

Pro názornost byly získané údaje dosazeny do níže uvedeného grafu.

**Graf 3: Jednotlivé stupně závislosti – nové posouzení – senioři nad 65 let v okrese České Budějovice v r. 2012 (výběrový vzorek)**



Zdroj: OSSZ, vlastní výzkum.

#### 4.3 Změny v posouzení v jednotlivých stupních závislosti

Z výzkumu vyplývá, že ve vybraném vzorku došlo ke změně posouzení stupně závislosti pouze u 16 osob. Bylo zjištěno, že dle nového posouzení došlo ke zvýšení stupně závislosti u 9 osob a ke snížení stupně závislosti u 7 osob. U dalších 217 osob

nedošlo ke změně přiznání stupně závislosti, byl jim přiznán stejný stupeň závislosti podle původního i nového posouzení.

Tři ženy a jeden muž byli podle nového posouzení zařazeni do II. stupně závislosti oproti původnímu posouzení. (viz tabulka 2)

**Tabulka 2: Změnové posouzení v I. stupni závislosti**

Pohlaví	Věk	Původní SZ	Nový SZ	Počet původních úkonů	Počet nových úkonů
Žena	83	I.	II.	18	5
Žena	69	I.	II.	18	5
Žena	67	I.	II.	17	5
Muž	94	I.	II.	17	4

Zdroj: OSSZ, vlastní výzkum.

Dále bylo provedeno 5 změnových posudků ve stupni II., kde 2 ženy byly posouzeny vyšším stupněm, tedy stupněm III., u jedné došlo ke snížení stupně na stupeň I. U dvou mužů byl rovněž II. stupeň navýšen podle nového posouzení na stupeň III. (viz tabulka 3)

**Tabulka 3: Změnové posouzení v II. stupni závislosti**

Pohlaví	Věk	Původní SZ	Nový SZ	Počet původních úkonů	Počet nových úkonů
Žena	75	II.	I.	19	3
Muž	77	II.	III.	19	7
Muž	67	II.	III.	19	7
Žena	81	II.	III.	19	7
Žena	85	II.	III.	22	7

Zdroj: OSSZ, vlastní výzkum.

Podle původního posouzení byl šesti ženám přiznán stupeň závislosti III, podle nového posouzení u tří žen došlo ke snížení III. stupně na II. stupeň, u jedné dokonce na I. stupeň a jedné ženě byl stupeň navýšena na stupeň IV. (viz tabulka 4)

**Tabulka 4: Změnové posouzení v III. stupni závislosti**

Pohlaví	Věk	Původní SZ	Nový SZ	Počet původních úkonů	Počet nových úkonů
žena	88	III.	II.	25	6
žena	77	III.	I.	25	4
žena	74	III.	II.	25	6
žena	83	III.	IV.	29	9
žena	77	III.	II.	25	6

Zdroj: OSSZ, vlastní výzkum.

Podle nového posouzení stupně závislosti byl jen jedné ženě snížen stupeň č. IV na stupeň III. (viz tabulka 5)

**Tabulka 5: Změnové posouzení v IV. stupni závislosti**

Pohlaví	Věk	Původní SZ	Nový SZ	Počet původních úkonů	Počet nových úkonů
žena	88	IV.	III.	34	8

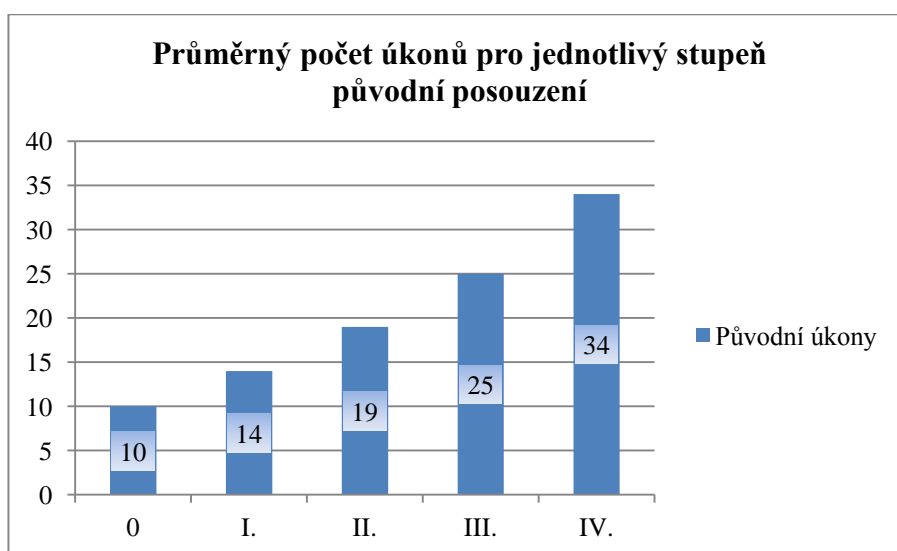
Zdroj: OSSZ, vlastní výzkum.

#### 4.4 Průměrný počet úkonů v jednotlivých stupních závislosti

Při posouzení určitého stupně závislosti se lékařem LPS hodnotí jednotlivé úkony. V původním posouzení musí osoba pro I. stupeň nezvládat nejméně 13 úkonů péče o vlastní osobu a soběstačnost, pro II. stupeň nejméně 19 úkonů, pro III. stupeň nejméně 25 úkonů a pro IV. stupeň nejméně 31 úkonů. Výpočtem aritmetického průměru všech

úkonů u osob celého výběrového vzorku bylo zjištěno, že při nepřiznání stupně závislosti je osobě přiznáno 10 úkonů, v I. stupni 14 úkonů, v II. stupni 19 úkonů, v III. stupni 25 úkonů a ve IV. stupni 34 úkonů. (viz graf 4)

**Graf 4: Původní posouzení – průměrný počet úkonů pro jednotlivý stupeň u seniorů nad 65 let**

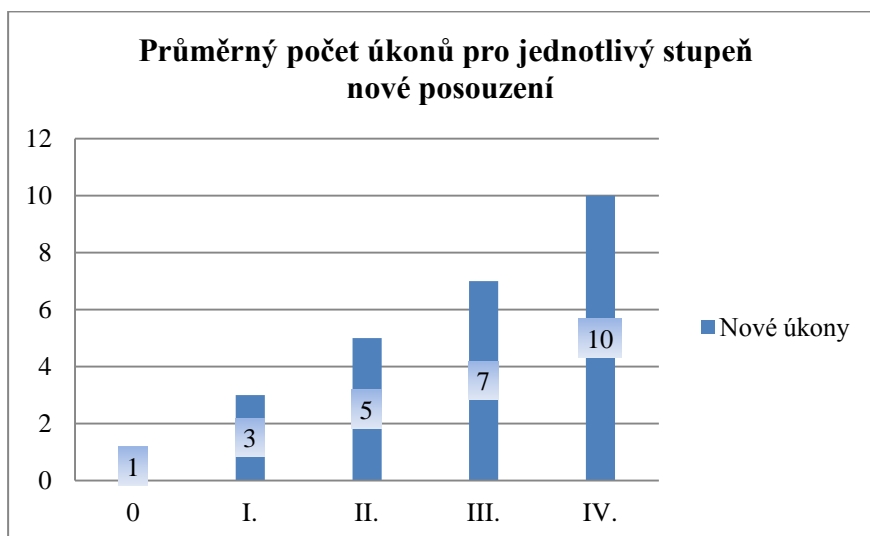


Zdroj: OSSZ, vlastní výzkum.

Nové posouzení hodnotí při posuzování stupně závislosti namísto původních 36 úkonů péče o vlastní osobu a soběstačnosti 10 základních životních potřeb.

V novém posouzení musí osoba pro I. stupeň nezvládat 3 až 4 potřeby, pro II. stupeň 5 nebo 6 potřeb, pro III. stupeň 7 nebo 8 potřeb a pro IV. stupeň 9 nebo 10 potřeb. Provedením výpočtu aritmetického průměru všech úkonů u osob z celkového výběrového vzorku je patrné, že pokud se osobě nepřizná žádný stupeň závislosti je ohodnocena 1 úkonem, ve I. stupni 3 úkony, ve II. stupni 5 úkony, ve stupni III. 7 úkony a ve IV. stupni je osobě přiznáno 10 úkonů. (viz graf 5)

**Graf 5: Nové posouzení – průměrný počet úkonů pro jednotlivý stupeň u seniorů nad 65 let**



Zdroj: OSSZ, vlastní výzkum.

#### 4.5 Ověření stanovených hypotéz

Při analýze míry závislosti zjištěných dat byl použit Pearsonův koeficient, jehož výpočtu bylo dosaženo pomocí analytického nástroje korelace. V řádcích i ve sloupcích jsou uvedeny všechny zkoumané hodnoty, čísla uvnitř matice jsou hodnoty Pearsonova korelačního koeficientu pro danou dvojici znaků.

Je zřejmé, že nejsilnější pozitivní závislost je mezi novým posuzováním stupně závislosti a počty úkonů pro nové posuzování  $r = 0,980$ , ukazuje se i větší závislost mezi původním posuzováním stupně závislosti a počty úkony původního posouzení  $r = 0,971$ . Slabá korelace byla zjištěna mezi věkem a přiznanými původními stupni závislosti  $r = 0,378$ , můžeme říct, že věk osob žádajících o přiznání stupně závislosti nemá vliv na počet přiznaných úkonů a výsledného stupně závislosti ani podle původního posouzení a ani nového posouzení.

Provedeným výzkumem v oblasti posuzování stupně závislosti pro účely příspěvku

na péči u seniorů nad 65 let v okrese České Budějovice byly ověřeny dvě stanovené hypotézy.

V případě první hypotézy bylo pomocí kontingenčních tabulek zjištěno, že z 233 posuzovaných osob nebyl ve 217 případech změněn stupeň závislosti podle nového posouzení a pouze u 16 osob došlo ke změně stupně závislosti, u 9 osob došlo ke zvýšení stupně závislosti a u 7 osob dokonce ke snížení stupně závislosti. U H 1 tedy nebylo prokázáno její potvrzení, neboť při posuzování stupně závislosti u seniorů dle nových kritérií není obvykle přiznáván vyšší stupeň závislosti. Vše je znázorněno v grafu 2 a 3.

V případě druhé hypotézy pomocí vypočítání aritmetického průměru počtu hodnocených v jednotlivých stupních závislosti podle původního i nového posouzení stupně závislosti (graf 4 a 5) a výpočtem Pearsonova korelačního koeficientu (viz tabulka 5) došlo k jejímu potvrzení, neboť i nižší počet hodnocených úkonů při posuzování stupně závislosti pro účely příspěvku na péči koresponduje s objektivizací zdravotního stavu posuzované osoby.

**Tabulka 6: Korelační matice**

	Věk žadatele	Původní posouzení SZ	Nové posouzení SZ	Počet úkonů původní	Počet úkonů nové
Věk žadatele	1				
Původní SZ	0,377367802	1			
Nový SZ	0,390758959	0,969847041	1		
Počet úkonů původní	0,409997849	0,971031661	0,953864239	1	
Počet úkonů nové	0,391235184	0,964696313	0,980316333	0,965883912	1

Zdroj: Vlastní výzkum.

V souvislosti se změnou způsobu posuzování stupně závislosti je sice hodnoceno méně úkonů než v původním posuzování, ale tyto hodnocené skutečnosti jsou

rozhodující a dostatečně vystihují vyjádření schopnosti osoby zvládat samostatný život v přirozeném sociálním prostředí. Dle výsledku výpočtu Pearsonova korelačního koeficientu při stanovení výše stupně závislosti u celkového výběrového vzorku bylo zjištěno, že rovněž nezáleží na věku posuzované osoby, neboť mezi věkem a stupni závislosti a počty hodnocených úkonů podle nového posouzení je nižší míra závislosti.



## 5 Diskuse

Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách vymezil nové pojetí sociálních služeb, což změnilo celý systém sociální práce se zdravotně postiženými osobami.

Příspěvek na péči měl být dávkou, která zdravotně postiženým přinese finanční prostředky, které budou následně využity k zakoupení sociální služby od státních či nestátních organizací. Primárním účelem přiznáním PnP je skutečnost setrvání nemocné osoby co nejdéle ve svém přirozeném prostředí. Zajištění péče bylo poskytováno jednak blízkými osobami nebo poskytovateli sociálních služeb, které jsou také v novém zákoně ukotveny.

Sociální práce se zaměřuje především na tyto nemocné osoby, jejichž zdravotní stav je natolik omezuje v běžném životě, že se pak stávají závislými na pomoci druhé osoby. (Bednářová (2003) konstatuje: nové možnosti v poskytování sociálních služeb mají vést k upřednostňování individuálních potřeb zdravotně postižených osob a současně mají zvyšovat jejich společenskou a ekonomickou spoluúčasť.

První změnu v sociální péči přinesl zákon č. 100/1988 Sb., o sociálním zabezpečení (1988), který stanovuje rozsah sociální pomoci. Stát zajišťuje pomoc občanům, kteří mají nedostatečné příjmy, jsou zdravotně postižení a nejsou schopni bez pomoci překonat svoji obtížnou situaci.

Průša (2012) zdůrazňuje, že první návrhy nové koncepce sociálních služeb vznikají už v 1994, ale do Poslanecké sněmovny Parlamentu ČR se návrh nového zákona o sociálních službách dostává až v r. 2006, kdy je 14. března schválen. Hlavní myšlenkou je změna úlohy státu jako poskytovatele sociální péče a aktivního zapojení občanů.

Bohužel od začátku nové koncepce chybí dostatečná kontrola příjemců PnP, kteří jej od začátku nevyužívají k nákupu sociálních služeb. To je ta část v novém zákoně, která je velmi sporná. Občan je sice aktivně zapojen, jsou mu dány prostředky na zakoupení sociálních služeb. Ale je toho schopen? Využívá opravdu finanční pomoc tak, aby si zakoupením sociální služby pomohl ve své těžké životní situaci? Domnívám se, že většina těchto osob PnP vnímá spíše jako přilepšení ke svému příjmu a že

původní koncipování PnP, které vycházelo, že se jedná o příspěvek určený ke krytí části nákladů na potřebnou péči, se nedařilo naplnit.

Novelizace zákona o sociálních službách zákonem č. 206/2009 Sb. reaguje právě na tuto situaci a zpřísňuje systém kontroly využívání PnP. Nejzásadnější a nejradikálnější změnu z pohledu příjemce PnP je novelizace zákonem č. 347/2009 Sb., kdy v souvislosti s úspornými opatřeními v působnosti MPSV ČR dochází od 1. 1. 2011 ke snížení výše PnP v I. stupni závislosti u osob starších 18 let z 2 000,- Kč na 800,- Kč.

Posuzování podle platných zákonných předpisů do konce r. 2011 bylo leckdy pro žadatele velmi náročné, v souběhu několika přiznávaných dávek musela probíhat samostatná řízení. Při posuzování stupně závislosti pro účely PnP byla hodnocena schopnost zvládat 36 úkonů o vlastní osobu a úkonů soběstačnosti.

Od 1. 1. 2012 vstupuje v platnost zákon č. 366/2011 Sb. (2011), kterým se mění některá ustanovení původního zákona o sociálních službách. Nová sociální reforma se zaměřila právě na odstranění dyskomfort osob se zdravotním postižením a nové posuzování stupně závislosti hodnotí schopnost osoby zvládat jen 10 základních životních potřeb. (MPSV, 2013d)

Původních 36 úkonů péče o vlastní osobu a úkonů soběstačnosti bylo agregováno do 10 základních životních potřeb tak, aby byly posuzovány skutečnosti, které jsou jednak rozhodnutí pro nezávislý život jedince a které poskytují ucelený přehled o jeho nepříznivé životní situaci. Je důležité zdůraznit, že hlavním záměrem nového systému spočívalo v zavedení víceúčelového využití posudku o stupni závislosti i pro oblast nových dávek – mobility a průkazu osob se zdravotním postižením. Stupeň závislosti je dán třemi kumulativními podmínkami: DNZS, každodenním nezvládnutím určitého počtu základních životních potřeb a každodenní potřebou mimořádné pomoci, dohledu či péče.

V této práci jsou zmapována a porovnána kritéria posuzování stupně v závislosti pro účely PnP podle původních právních předpisů platných od 1. 1. 2007 a podle právních předpisů platných od 1. 1. 2012 u seniorů nad 65 let v okrese České Budějovice. Při analýze počtu vydaných posudků stupně závislosti u seniorů starších 65 let v okrese České Budějovice v letech 2007 až 2012 je zjištěno, že v r. 2007 bylo

podáno celkem 1 948 žádostí, je to dáno zjevně tím, že se jednalo o novou dávku, o které lidé nebyli dostatečně informováni, což je patrné i z toho, že v r. 2008 již bylo vypracováno celkem 2 455 posudků. Pak dochází v letech 2009, 2010 k mírné stagnaci vypracovaných posudků, v r. 2011 dochází k propadu a je vypracováno jen 1573 posudků SZ, což je nejméně za celé sledované období. V r. 2012 došlo opět k nárůstu a bylo vydáno 2 036 posudků. (viz tabulka 1)

V rámci zajištění plynulého přechodu starého systému na nový systém spadala některá posuzování SZ v r. 2012 do tzv. přechodného období a musela být posuzována podle obou právních předpisů. Z celkového počtu 2036 posudků bylo 582 osob posouzeno podle obou kritérií. Náhodným systematickým výběrem byl získán výběrový vzorek 233 osob, z toho je 134 žen a 99 mužů.

Výzkumem bylo prokázáno, že v rámci původního posouzení nebylo žádným stupněm závislosti ohodnoceno 36 osob, v I. stupni 72 osob, v II. stupni 62 osob, v III. stupni 40 osob a v IV. stupni 23 osob. Graf 2 znázorňuje jak celkové počty, tak i rozdělení přiznaných jednotlivých stupňů podle mužů a žen. Posuzování stupně závislosti dle nových právních předpisů, kdy žádný stupeň závislosti nedostalo přiznáno 36 osob, I. stupněm bylo hodnoceno 69 osob, II. stupněm 65 osob, III. stupněm 41 osob a IV. stupněm 22 osob. V grafu 3 jsou opět tyto jednotlivé stupně znázorněny celkovým počtem, počtem mužů i žen.

Při analýze vyplynulo, že ke změně dle nového posouzení došlo jen u 16 osob, ke zvýšení stupně závislosti došlo u 9 osob a ke snížení osob stupně závislosti u 7 osob.

Jednotlivé změnové posouzení ukazují tabulky 2, 3, 4 a 5, kde lze vyčíst změnu stupně závislosti i změnu počtu úkonů podle původního posouzení a podle nového posouzení.

Na základě provedeného výzkumu pomocí kontingenčních tabulek u výběrového vzorku nebylo prokázáno potvrzení hypotézy 1, neboť při posuzování stupně závislosti u seniorů dle nových kritérií není obvykle přiznáván vyšší stupeň závislosti.

Při analýze počtu hodnocených úkonů v stupni závislosti pro účely PnP byl zjištěn pomocí výpočtu aritmetického průměru průměrný počet úkonů pro jednotlivé stupně závislosti v obou právních předpisech. Graf 4 ukazuje, že v původním posouzení je při

nepřiznání žádného stupně závislosti v průměru 10 úkonů, v I. stupni 14 úkonů, v II. stupni 19 úkonů, v III. stupni 25 úkonů a v IV. stupni 34 úkonů. Průměrný počet úkonů pro jednotlivé stupně podle nového posouzení ukazuje graf 5 a je z něho zřejmé, že pro nepřiznání žádného stupně závislosti je v průměru posuzovaná osoba hodnocena 1 úkonem, v I. stupni 3 úkony, v II. stupni 5 úkony, v III. stupni 7 úkonů a v IV. stupni 10 úkonů.

V průběhu výzkum byl použit i Pearsonův korelační koeficient (viz tabulka 5), jehož výpočtem došlo k potvrzení hypotézy 2, že i nižší počet hodnocených úkonů při posuzování stupně závislosti pro účely PnP koresponduje s objektivizací zdravotního stavu. V příloze 7 je uvedena případová studie, kde se projevuje následná agregace původních úkonů hodnocení péče o vlastní osobu a úkonů soběstačnosti do nových úkonů - životních potřeb.

Nová koncepce staví na průřezovém hodnocení skutečností rozhodných pro nezávislý život a staví na principu celostního pojetí potřeb osoby se zdravotním postižením a vychází především z funkčního postižení, tím je poté umožněno cílené, individuální posouzení a poskytnutí dávek. (MPSV, 2012)

Dle mého názoru přináší nová legislativa hodnocení stupně závislosti pro účely PnP opravdu přehlednější systém v oblasti posuzování zdravotního stavu. Nižší počet hodnocených úkonů – životních potřeb dostatečně pokrývá veškeré skutečnosti, které jsou rozhodující pro nezávislý život osoby v jeho nepříznivé životní situaci.

## 6 Závěr

Hlavním záměrem této práce bylo zmapování a porovnání kritérií pro přiznávání příspěvku na péči u seniorů podle původního zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách a po jeho novelizaci od 1. 1. 2012. Důvodem byla změna legislativy v oblasti způsobu posuzování stupně závislosti pro účely příspěvku na péči.

Metodou kvantitativního výzkumu byla provedena obsahová analýza statisticky zpracovaných dat ČSSZ, OSSZ a MPSV ČR a pomocí systematického náhodného výběru byl získán výběrový vzorek – skupina seniorů nad 65 let v okrese České Budějovice v r. 2012, který byl na základě tzv. přechodného ustanovení posuzován podle obou právních předpisů.

Výsledkem podrobného zkoumání bylo potvrzení jedné ze stanovených hypotéz: bylo prokázáno, že při posuzování stupně závislosti u seniorů dle nových kritérií není obvykle přiznáván vyšší stupeň závislosti (viz graf 2 a 3) a nižší počet hodnocených úkonů při posuzování stupně závislosti pro účely příspěvku na péči koresponduje s objektivizací zdravotního stavu posuzované osoby. (viz graf 4 a 5)

Novelizaci citované vyhlášky provedlo MPSV ČR v úzké součinnosti s Národní radou osob se zdravotním postižením ČR jako výraz otevřenosti státní správy vůči potřebám osob se zdravotním postižením a docílení spolehlivosti a přesvědčivosti právní úpravy pro klienty se zdravotním postižením.

Nová kritéria hodnocení stupně závislosti pro účely PnP zatím naplňují představu nové sociální koncepce - vnést přehlednější a ucelenější systém v oblasti posuzování zdravotního stavu a využívání posudku o stupni závislosti i v oblasti nových dávek.

Domnívám se, že nový systém sociálních služeb platný od 1. 1. 2012 je dobře nastaven, je opravdu ucelenější a přehlednější. Nižší počet hodnocených úkonů – životních potřeb dostatečně pokrývá veškeré skutečnosti, které jsou rozhodující pro nezávislý život osoby v jeho nepříznivé životní situaci. Přikláním se ovšem k většímu prohloubení informovanosti jak sociálních pracovníků, tak i veřejnosti, aby navrhované víceúčelové využívání posudku SZ pro účely PnP bylo naprosto adekvátně využito.

## 7 Seznam informačních zdrojů

### Monografie

BEDNÁŘOVÁ, D. et al., 2003. *Vybrané aspekty života seniorů*. 1. vydání. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. ISBN 80-7040-641-0.

BOČKOVÁ, L., et al., 2011 *50 aktivně: fakta, inspirace a rady do druhé poloviny života*. Praha: Respekt institut. s. 95. ISBN 978-80-904153-2-4.

FRANCOVÁ, H.; NOVOTNÝ, A., 2008. *Sociální politika v základech*. Praha: Triton. s. 185. ISBN 978-80-7387-125-3.

HAŠKOVCOVÁ, H., 2010. *Fenomén stáří*. 2. přepracované a doplněné vydání. Praha: Havlíček Brain Team. s. 365. ISBN 978-808-7109-199.

HENDL, J., 2005. *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*. 1. vydání. Praha: Portál. s. 408. ISBN 80-7367-040-2.

HOLMEROVÁ, I. et al., 2007. *Vybrané kapitoly z gerontologie*. 3. přepracované a doplněné vydání. Praha: EV public relations. s. 143. ISBN 978-80-254-0179-8.

KAHOUN, V. et al., 2009. *Sociální zabezpečení*. 2009. Praha: Triton. ISBN 978-80-7387-346-2.

KALVACH, Z. et al., 2004. *Geriatric a gerontologie*. 1. vydání. Praha: Grada. s. 861. ISBN 80-247-0548-6.

KALVACH, Z. et al., 2008. *Geriatrické symptomy a geriatrický pacient*. 1. vydání. Praha: Grada. s. 336. ISBN 978-80-247-2490.

KRÁLOVÁ, J., RÁŽOVÁ, E., 2007. *Sociální služby a příspěvek na péči 2007*. 1. vydání. Olomouc: ANAG. ISBN 978-80-7263-405-7.

KREBS, V. et al., 2005. *Sociální politika*. 3. Přepřacované a aktualizované vydání. Praha: Aspi. ISBN 80-7357-050-5.

KŘIVOHLAVÝ, J., 2011. *Stárnutí z pohledu pozitivní psychologie: možnosti, které čekají*. 1. vydání. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3604-4.

LANGMEIER, J., KREJČÍŘOVÁ, D., 2006. *Vývojová psychologie*. 2. aktualizované vydání. Praha: Grada. s. 368. ISBN 80-247-1284-9.

MATOUŠEK, O. et al., 2007. *Sociální služby*. 1. vydání. Praha: Portál. s. 184. ISBN 978-80-7367-310-9.

MATOUŠEK, O. et al., 2001. *Základy sociální práce*. 1. Vydání. Praha: Portál. s. 312. ISBN 80-7178-473-7.

PESTIAEU, P., 2006. *The Welfare State in the European Union. Economic and Social Perspectives*. 1. vydání. New York: Oxford. ISBN 0-19-926101-6.

PRŮŠA, L., 2012. *Optimalizace sociálních služeb*. 1. vydání. Praha: VÚSP. s. 130. ISBN 978-80-7416-099-8.

PRŮŠA, L., 2010. Příspěvek na péči - nový nástroj financování sociálních služeb. In: *Rezidenční péče*. Ročník 6, číslo 2, s. 4. (příloha). ISSN 1801-8718.

PRŮŠA, L., 2009. *Solidarity and Equivalence in the State Benefits System [Solidarita a ekvivalence v systému státních dávek]*. ACTA VŠFS. Ročník 3, číslo 2, s. 124-136. ISSN 1802-7946.

PRŮŠA, L., 2003. *Ekonomie sociálních služeb*. Praha: ASPI. s. 152. ISBN 80-86395-69-3.

ŘÍČAN, P., 2006. *Cesta životem*. 2. přepracované vydání. Praha: Portál. 390 s. ISBN 80-736-7124-7.

TOMEŠ, I., 1991. *Koncepce systému sociální pomoci*. Bratislava: VÚPSV. s. 2-5.

TOMEŠ, I., 2010. *Úvod do teorie a metodologie sociální politiky*. 1. vydání. Praha: Portál. s. 440. ISBN 978-80-7367-680-3.

TOPINKOVÁ, E., 2005. *Geriatric pro praxi*. 1. vydání. Praha: Galén. ISBN 80-7262-365-6.

VÁGNEROVÁ, M., 2007. *Vývojová psychologie II. Dospělost a stáří*. 1. vydání. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-1318-5.

### **Kapitola v monografii**

CHYTL, O., 2007. The Consequences of Modernisation for Social Work. In: Adams, A., ERATH, P., JOVELIN, E. *Social Work and Science – An uneasy relationship*. ISIS Eichstätt, Germany. 1. Vydání, ISBN 978-80-7326-132-0.

JANEČKOVÁ, H., 2005. Sociální práce se starými lidmi. In: MATOUŠEK, O. et al. *Sociální práce v praxi*. 1. vydání. Praha: Portál. s. 163 – 194. ISBN 80-7367-002-X.

KOLDINSKÁ, K., 2009. Správa sociálních služeb a sociální péče. In: TOMEŠ, I. et al. *Sociální správa*. 2. vydání. Praha: Portál. s. 304. ISBN 978-80-7367-483-0.



SVOBODOVÁ, T.; KOZLOVÁ, L., 2003. Sociální pomoc (v 90. letech). In: KAHOUN, V.; KOZLOVÁ L. et al. *Sociální práce*. Praha: Triton. s. 283 – 291. ISBN 80-7254-138-2.

### **Elektronické zdroje**

MPSV, 2013a. Příspěvek na péči. In: *Portal.mpsv.cz*. [online]. [cit. 2013-03-09]. Dostupné z : <http://portal.mpsv.cz/soc/ssl/prispevek>.

MPSV, 2013b. Příspěvek na péči. In: *MPSV.cz*. [online]. [cit. 2013-03-09]. Dostupné z: <http://www.mpsv.cz/cs/8#pp>.

MPSV, 2013c. Sociální reforma. In: *Socialnireforma.cz*. [online]. [cit. 2013-03-09]. Dostupné z: <http://socialnireforma.mpsv.cz/cs/23>.

MPSV, 2004. Vládní návrh věcného záměru zákona o sociálních službách. MPSV, 2004/26010-22. 28.5.2004. [cit. 2013-03-09]. Dostupné z: [http://www.crss.cz/otevri\\_soubor.php?id=4686](http://www.crss.cz/otevri_soubor.php?id=4686). (Materiál je určen pro vnější připomínkové řízení)

OSOBNÍ ASISTENCE, 2009. In: *Osobní asistence.cz*. [online]. [cit. 2013-03-09]. Dostupné z: <http://www.osobniasistence.cz/?tema=1&article=2&detail=4>.

### **Interní zdroje**

MPSV, 2012. *Aktuality pro lékařskou posudkovou službu*. Praha. Interní materiály MPSV ČR.

MPSV, 2013d. *Změna posuzování zdravotního stavu a jeho důsledků*. Praha. Interní materiály MPSV ČR.

MPSV, 2011. *Posuzování stupně závislosti, sociální reforma, I. etapa*. Praha. Interní materiály.

## **Legislativa**

ČESKO. *Vyhláška Ministerstva práce a sociálních věcí České republiky č. 505 ze dne 15. listopadu 2006, kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách v původním znění.*

ČESKO. *Vyhláška Ministerstva práce a sociálních věcí České republiky č. 505 ze dne 15. listopadu 2006, kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách ve znění vyhláška č. 391/2011 Sb.*

ČESKO. *Zákon č. 100 ze dne 16. června 1988 o sociálním zabezpečení.*

ČESKO. *Zákon č. 108 ze dne 14. března 2006 o sociálních službách.*

ČESKO. *Zákon č. 206 ze dne 17. června 2009, kterým se mění zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách.*

ČESKO. *Zákon č. 261 ze dne 19. září 2007, o stabilizaci veřejných rozpočtů.*

ČESKO. *Zákon č. 347 ze dne 12. listopadu 2010, Zákon, kterým se mění některé zákony v souvislosti s úspornými opatřeními v působnosti Ministerstva práce a sociálních věcí.*

ČESKO. *Zákon č. 362 ze dne 5. října 2009, kterým se mění některé zákony v souvislosti s návrhem zákona o státním rozpočtu České republiky na rok 2010.*

ČESKO. *Zákon č. 366 ze dne 6. listopadu 2011, kterým se mění zákon č. 111/2006 Sb., o pomoci v hmotné nouzi, ve znění pozdějších předpisů, 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, a další související zákony.*

## **8 Seznam příloh**

Příloha 1 – Podrobný seznam úkonů péče o vlastní osobu

Příloha 2 – Podrobný seznam úkonů soběstačnosti

Příloha 3 - Seznam životních potřeb

Příloha 4 - Agregační tabulka

Příloha 5 - Základní výběrový soubor – senioři nad 65 let v okrese České Budějovice  
posuzovaných podle původních a nových právních předpisů v r. 2012

Příloha 6 - Kontingenční tabulky

Příloha 7 – Případová studie - ukázka agregace jednotlivých úkonů při posuzování SZ  
podle původních a nových kritérií

Příloha 8 – Seznam použitých tabulek a grafů

## **Příloha 1**

### **Podrobný seznam úkonů péče o vlastní osobu:**

#### **a) příprava stravy:**

1. rozlišení jednotlivých druhů potravin a nápojů,
2. výběr nápojů,
3. výběr jednoduchých hotových potravin podle potřeby a účelu,
4. vybalení potravin,
5. otevírání nápojů;

#### **b) podávání a porcování stravy:**

1. podávání stravy v obvyklém režimu,
2. schopnost dát stravu na talíř nebo misku a jejich přenesení,
3. rozdělení stravy na menší kousky za používání alespoň lžice,
4. míchání, lití tekutin,
5. uchopení nádoby s nápojem,
6. spolehlivé a bezpečné přenesení nápoje, láhve, šálku nebo jiné nádoby;

#### **c) přijímání stravy, dodržování pitného režimu:**

1. přenesení stravy k ústům alespoň lžící,
2. přenesení nápoje k ústům,
3. konzumace stravy a nápojů obvyklým způsobem;

#### **d) mytí těla:**

1. umytí rukou, obličeje,

2. utírání se;

**e) koupání nebo sprchování:**

1. provedení celkové hygieny včetně vlasů,
2. péče o pokožku;

**f) péče o ústa, vlasy, nehty, holení:**

1. čištění zubů nebo zubní protézy,
2. česání vlasů,
3. čištění nehtů, stříhání nebo opilování nehtů,
4. holení;

**g) výkon fyziologické potřeby včetně hygieny:**

1. regulace vyprazdňování moče a stolice,
2. zaujetí vhodné polohy při výkonu fyziologické potřeby,
3. manipulace s oděvem před vyprázdněním a po vyprázdnění,
4. očista po provedení fyziologické potřeby,
5. vyhledání WC;

**h) vstávání z lůžka, uléhání, změna poloh:**

1. změna polohy těla z polohy v leže do polohy v sedě nebo ve stoji a opačně,  
popřípadě s přidržováním nebo s oporou,
2. změna polohy ze sedu a do sedu,
3. změna polohy z boku na bok;

**i) sezení, schopnost vydržet v poloze v sedě:**

1. schopnost vydržet v poloze v sedě po dobu alespoň 30 minut,
2. udržovat polohy těla v požadované poloze při delším sezení;

**j) stání, schopnost vydržet stát:**

1. stání, popřípadě s přidržováním nebo s oporou o kompenzační pomůcku,
2. setrvání ve stoji, popřípadě s přidržováním nebo s oporou po dobu alespoň 10 minut;

**k) přemísťování předmětů denní potřeby:**

1. vykonávání koordinovaných činností při manipulaci s předměty,
2. rozlišení předmětů,
3. uchopení předmětu rukou nebo oběma rukama,
4. zdvihnutí předmětu ze stolu, ze země,
5. přenášení předmětu z jednoho místa na druhé,
6. vyhledání a rozeznání předmětů;

**l) chůze po rovině:**

1. chůze, popřípadě s použitím kompenzačních pomůcek krok za krokem,
2. chůze v bytě,
3. chůze v bezprostředním okolí bydliště,
4. udržování požadovaného směru chůze,
5. chůze okolo překážek;

**m) chůze po schodech nahoru a dolů:**

1. chůze po stupních směrem nahoru a dolů, popřípadě s použitím opory o horní končetiny nebo kompenzační pomůcky;

**n) výběr oblečení, rozpoznání jeho správného vrstvení:**

1. výběr oblečení odpovídající situaci, prostředí a klimatickým podmínkám
2. rozeznání jednotlivých částí oblečení,

3. vrstvení oblečení ve správném pořadí;

**o) oblékání, svlékání, obouvání a zouvání:**

1. oblékání spodního a vrchního oděvu na různé části těla,
2. obutí vhodné obuvi,
3. svlékání oděvu z horní a dolní části těla,
4. zouvání;

**p) orientace v přirozeném prostředí:**

1. orientování se v prostoru bytu, popřípadě i s použitím kompenzační pomůcky,
2. orientování se v okolí domů, školy nebo školské zařízení, popřípadě i s použitím kompenzační pomůcky,
3. poznávání blízkých osob,
4. opuštění bytu nebo zařízení, ve kterém je osoba ubytována,
6. rozlišování zvuků a jejich směru;

**q) provedení si jednoduchého ošetření:**

1. ošetření kůže,
2. výměna jednoduché pomůcky nebo zdravotnického prostředku,
3. přiložení ortézy nebo protézy,
4. dodržování diety,
5. provádění cvičení,
6. měření tělesné teploty,
7. vyhledání nebo přivolání pomoci;

**r) dodržování léčebného režimu:**

1. dodržování pokynů ošetřujícího lékaře,

2. příprav léků, rozpoznání správného léku,
3. pravidelné užívání léků,
4. aplikace podkožních injekcí,
5. provádění inhalací, převazů,
6. rehabilitace.



## **Příloha 2**

### **Podrobný seznam úkonů soběstačnosti:**

#### **a) komunikace slovní, písemná, neverbální:**

1. přijímání a vytváření smysluplných mluvených zpráv a srozumitelné řeči s použitím kompenzačních pomůcek, např. naslouchadel,
2. přijímání a vytváření smysluplných písemných zpráv, popřípadě s použitím kompenzačních pomůcky, např. brýlí,
3. pochopení významu a obsahu přijímaných a sdělovaných zpráv a informací,
4. komunikace prostřednictvím gest a zvuků;

#### **b) orientace vůči jiným fyzickým osobám, v čase a mimo přirozené prostředí:**

1. rozlišování známých osob a cizích osob,
2. znalost hodin,
3. rozlišení denní doby,
4. orientování se v místě bydliště, prostředí školy nebo zaměstnání,
5. zvládání pouličního provozu,
6. dosažení cíle své cesty,
7. rozlišení zvuků mimo přirozené prostředí;

#### **c) nakládání s penězi nebo jinými cennostmi:**

1. znalost hodnoty peněz,
2. rozpoznání hodnoty jednotlivých bankovek a mincí,
3. rozlišení hodnoty věcí;

**d) obstarávání osobních záležitostí:**

1. styk a jednání se školou, zájmovými organizacemi,
2. jednání se zaměstnavatelem, orgány veřejné moci, zdravotnickými zařízeními, bankou,
3. obstarání si služeb,
4. rozlišení a vyplnění dokumentů a tiskopisů;

**e) uspořádání času, plánování života:**

1. dodržování denního a nočního režimu,
2. plánování a uspořádání osobních aktivit během dne a během týdne,
3. rozdělení času na pracovní a domácí aktivity a na volný čas,
4. využití času podle potřeb a zájmů;

**f) zapojení se do sociálních aktivit odpovídajících věku:**

1. předškolní vzdělávání a výchova, školní vzdělávání a výchova, získávání dovedností,
2. mimopracovní aktivit podle zájmů a místních možností, zejména sport, kultura, rekreace,
3. vstupování do vztahů a udržování vztahů s jinými osobami podle potřeb a zájmů;

**g) obstarávání si potravin a běžných předmětů (nakupování):**

1. plánování nákupu,
2. vyhledání příslušného obchodu,
3. výběr zboží,
4. zaplacení nákupu,

5. přinesení běžného nákupu,

6. uložení nákupu;

**h) vaření, ohřívání jednoduchého jídla:**

1. sestavení plánu jídla,

2. očištění a nakrájení potřebných surovin,

3. dávkování surovin a přísad,

4. vlastní příprava jednoduchého teplého jídla s malým počtem surovin a přísad,  
na jehož úpravu jsou potřebné jednoduché postupy za použití spotřebiče;

**i) mytí nádobí:**

1. umytí a osušení nádobí,

2. uložení použitého nádobí na vyhrazené místo;

**j) běžný úklid domácnosti:**

1. mechanická nebo přístrojová suchá a mokrá očista povrchů, nábytku, podlahy  
v bytě;

**k) péče o prádlo:**

1. třídění prádla na čisté a špinavé,

2. skládání prádla,

3. ukládání prádla na vyhrazené místo,

4. drobné opravy prádla, např. přišítky knoflíku;

**l) přepírání drobného prádla:**

1. rozlišení jednotlivých druhů prádla,

2. praní drobného prádla v ruce,

3. sušení prádla;

**m) péče o lůžko:**

1. ustlání, rozestlání lůžka,
2. výměna lůžkovin;

**n) obsluha běžných domácích spotřebičů:**

1. zapnutí, vypnutí běžných domácích spotřebičů, například rozhlasu, televize, ledničky, varné konvice, mikrovlnné trouby,
2. telefonování;

**o) manipulace s kohouty a vypínači:**

1. ovládání manipulace s kohouty a vypínači,
2. rozlišení kohoutů a vypínačů,
3. ruční ovládání vodovodních kohoutů a elektrických vypínačů;

**p) manipulace se zámky, otevírání, zavírání oken a dveří:**

1. zamykání a odemykání dveří,
2. ovládání klik, otevíracích a zavíracích mechanismů u oken;

**q) udržování pořádku v domácnosti, nakládání s odpady:**

1. udržování vybavení domácnosti v čistotě,
2. třídění odpadů,
3. vynášení odpadů na vyhrazené místo;

**r) další jednoduché úkony spojené s chodem a udržováním domácnosti:**

1. obsluha topení,
2. praní prádla,
3. žehlení prádla.

## **Příloha 3**

### **Seznam životních potřeb:**

#### **a) mobilita:**

1. vstávání a usedání,
2. stoj,
3. zaujímání poloh,
4. chůze krok za krokem, popř. i s přerušováním zastávkami, alespoň 200 m (i po nerovném povrchu),
5. chůze po schodech v rozsahu jednoho patra (směrem nahoru i dolů),
6. používání dopravních prostředků včetně bariérových;

#### **b) orientace:**

1. poznávat a rozeznávat zrakem,
2. poznávat a rozeznávat sluchem,
3. mít přiměřené duševní kompetence,
4. orientace časem, místem a osobou,
5. orientace v obvyklém prostředí a situacích a přiměřeně v nich reagovat;

#### **c) komunikace:**

1. dorozumět se a porozumět mluvenou srozumitelnou řečí,
2. dorozumět se a porozumět psanou zprávou,
3. porozumět všeobecně používaným základním obrazovým symbolům nebo zvukovým signálům,  
používání běžných komunikačních prostředků;

#### **d) stravování:**

1. vybrat si ke konzumaci hotový nápoj a potraviny,
2. nalít nápoje,
3. naporcování stravy,
4. naservírování stravy,
5. najíst se a napít,
6. dodržování stanoveného dietního režimu;

**e) oblékání a obouvání:**

1. vybrat si oblečení a obutí přiměřené okolnostem,
2. oblékat se a obouvat se,
3. svlékat se a zouvat se,
4. manipulace s oblečením v souvislost s denním režimem;

**f) tělesná hygiena:**

1. použití hygienického zařízení,
2. mytí a osušování jednotlivých částí svého těla,
3. provádění celkové hygieny,
4. česání,
5. provádění ústní hygieny,
6. holení;

**g) výkon fyziologické potřeby:**

1. včasné použití WC,
2. vyprázdnění se,
3. provedení očisty,
4. používání hygienické pomůcky;

**h) péče o zdraví:**

1. dodržování stanoveného léčebného režimu,
2. provádění stanovených léčebných a ošetrovatelských opatření a používání k tomu potřebných léků a pomůcek;

**i) osobní aktivity:**

1. vstupování do vztahů s jinými osobami,
2. stanovení si a dodržení denního programu,
3. vykonávání aktivit obvyklých věku a prostředí, např. vzdělávání, zaměstnání, volnočasové aktivity,
4. vyřizování si svých záležitostí;

**j) péče o domácnost:**

1. nakládání s penězi v rámci osobních příjmů a domácností,
2. manipulace s předměty denní potřeby,

3. obstarání si běžného nákupu,
4. ovládání běžných domácích spotřebičů,
5. uvaření si teplého jídla a nápoje,
6. vykonávání běžných domácích prací,
7. obsluhování topení,
8. udržování pořádku.

## Příloha 4

### Agregace předchozích úkonů péče o vlastní osobu a soběstačnosti do nových 10 základních životních potřeb

Základní životní potřeba – nový systém	Úkony dle § 9 zákona o sociálních službách dle předchozí právní úpravy	
	Péče o vlastní osobu	Soběstačnost
<b>mobilita, pohyblivost</b>	h) vstávání z lůžka, uléhání, změna poloh	
	l) sezení, schopnost vydržet v poloze v sedě	
	j) stání, schopnost vydržet stát	
	k) přemísťování předmětů denní potřeby	
	l) chůze po rovině	
	m) chůze po schodech nahoru a dolů	
<b>orientace</b>	p) orientace v přirozeném prostředí	b) orientace vůči jiným fyzickým osobám, v čase a mimo přirozené prostředí
<b>komunikace</b>		a) komunikace slovní, písemná, neverbální
<b>stravování</b>	a) příprava stravy	
	b) podávání, porcování stravy	
	c) přijímání stravy, dodržování pitného režimu	
<b>oblékání a obouvání</b>	n) výběr oblečení, rozpoznání	



	jeho správného vrstvení	
	o) oblékání, svlékání, obouvání, zouvání	
<b>tělesná hygiena</b>	d) mytí těla	
	e) koupání nebo sprchování	
	f) péče o ústa, vlasy, nehty, holení	
<b>výkon fyziologické potřeby</b>	g) výkon fyziologické potřeby včetně hygieny	
<b>péče o zdraví</b>	q) provedení si jednoduchého ošetření	
	r) dodržování léčebného režimu	
<b>osobní aktivity</b>		d) obstarávání osobních záležitostí
		e) uspořádání času, plánování života
		f) zapojení se do sociálních aktivit odpovídajících věku
<b>péče o domácnost</b>		c) nakládání s penězi
		g) obstarávání si potravin a běžných předmětů (nakupování)
		h) vaření, ohřívání jednoduchého jídla
		i) mytí nádobí
		j) běžný úklid v domácnosti
		k) péče o prádlo
		l) přepírání drobného

		prádla
		m) péče o lůžko
		n) obsluha běžných domácích spotřebičů
		o) manipulace s kohouty, vypínači
		p) manipulace se zámky, otevírání, zavírání oken a dveří
		q) udržování pořádku v domácnosti, nakládání s odpady
		r) další jednoduché úkony spojené s chodem a udržováním domácnosti

## Příloha číslo 5

Základní výběrový soubor – senioři nad 65 let v okrese České Budějovice  
posuzovaných podle původních i nových právních předpisů v r. 2012

Žadatel	Pohlaví žadatele	Věk žadatele	Původní SZ	Nový SZ	Počet úkonů původní	Počet úkonů nové
1	muž	79	II.	II.	20	5
2	žena	73	II.	II.	19	5
3	žena	70	III.	III.	25	7
4	muž	79	I.	I.	13	3
5	muž	89	I.	I.	16	4
6	žena	89	0	0	9	2
7	žena	88	0	0	7	1
8	žena	78	I.	I.	13	3
9	žena	80	I.	I.	16	4
10	žena	83	I.	II.	18	5
11	žena	94	I.	I.	14	3
12	muž	82	0	0	12	2
13	muž	89	III.	III.	25	5
14	žena	84	III.	III.	26	6
15	muž	89	IV.	IV.	31	9
16	muž	81	III.	III.	25	7
17	žena	81	III.	III.	25	7
18	žena	75	II.	I.	19	3
19	žena	69	I.	II.	18	5
20	muž	82	II.	II.	19	5
21	žena	81	0	0	12	1
22	muž	82	III.	III.	25	8
23	žena	72	IV.	III.	31	8
24	žena	77	0	0	12	1
25	muž	84	II.	II.	19	5
26	žena	84	I.	I.	13	3
27	žena	78	III.	III.	25	7
28	muž	69	III.	III.	26	7
29	žena	80	I.	I.	14	3
30	muž	83	I.	I.	16	4

31	muž	80	I.	I.	17	4
32	muž	80	III.	III.	25	7
33	muž	72	II.	II.	19	5
34	žena	78	I.	I.	14	3
35	žena	90	I.	I.	17	4
36	žena	79	I.	I.	15	3
37	žena	88	III.	II.	25	6
38	žena	77	I.	I.	14	3
39	žena	77	III.	I.	25	4
40	muž	77	I.	I.	14	3
41	muž	81	I.	I.	13	3
42	muž	91	IV.	IV.	31	9
43	muž	71	I.	I.	13	4
44	muž	78	II.	II.	19	5
45	muž	94	III.	III.	25	7
46	žena	82	I.	I.	14	3
47	žena	84	II.	II.	19	5
48	muž	84	II.	II.	20	5
49	žena	84	III.	III.	25	7
50	muž	97	IV.	IV.	31	9
51	žena	91	IV.	IV.	35	10
52	žena	74	III.	II.	25	6
53	žena	83	III.	IV.	29	9
54	žena	86	III.	III.	25	7
55	muž	63	III.	III.	25	7
56	žena	80	I.	I.	13	3
57	žena	81	IV.	IV.	35	10
58	žena	68	II.	II.	19	5
59	muž	77	III.	III.	26	7
60	muž	80	0	0	12	2
61	muž	92	IV.	IV.	35	10
62	muž	84	IV.	IV.	33	9
63	žena	92	I.	I.	13	3
64	muž	79	II.	II.	19	5
65	muž	69	0	0	12	2
66	žena	81	II.	II.	19	5
67	žena	71	II.	II.	19	5
68	žena	82	II.	II.	19	5
69	žena	86	II.	II.	20	5

70	žena	85	0	0	12	2
71	muž	90	0	0	6	1
72	muž	83	III.	III.	25	7
73	žena	76	0	0	9	1
74	žena	88	IV.	IV.	32	9
75	žena	82	0	0	8	1
76	žena	81	IV.	IV.	35	10
77	muž	75	I.	I.	13	3
78	muž	67	II.	II.	19	5
79	žena	82	II.	II.	19	5
80	žena	86	II.	II.	19	5
81	žena	69	I.	I.	13	4
82	žena	81	III.	III.	25	7
83	žena	89	III.	III.	26	7
84	muž	77	II.	III.	19	7
85	žena	84	I.	I.	14	3
86	žena	80	I.	I.	15	3
87	žena	66	I.	I.	13	3
88	žena	86	I.	I.	13	3
89	žena	68	I.	I.	16	3
90	muž	71	II.	II.	19	5
91	muž	85	II.	II.	20	5
92	muž	67	I.	I.	15	3
93	muž	90	I.	I.	15	3
94	muž	85	III.	III.	25	7
95	žena	67	II.	II.	19	5
96	žena	87	IV.	IV.	32	9
97	žena	79	III.	III.	25	7
98	žena	82	IV.	IV.	35	10
99	muž	97	IV.	IV.	35	10
100	žena	61	I.	I.	13	3
101	žena	72	II.	II.	19	5
102	žena	74	I.	I.	14	3
103	žena	72	II.	II.	19	5
104	muž	81	III.	III.	25	7
105	žena	83	II.	II.	19	5
106	žena	79	0	0	8	1
107	muž	85	II.	II.	19	5
108	žena	78	II.	II.	20	5

109	žena	84	I.	I.	14	3
110	žena	87	III.	III.	25	7
111	muž	68	I.	I.	14	3
112	žena	74	0	0	10	2
113	žena	78	II.	II.	19	5
114	žena	83	II.	II.	19	5
115	muž	86	II.	II.	21	6
116	muž	66	0	0	12	2
117	žena	89	III.	III.	25	7
118	muž	65	I.	I.	14	3
119	muž	68	I.	I.	14	3
120	žena	74	II.	II.	19	7
121	muž	76	I.	I.	15	3
122	muž	78	II.	II.	19	6
123	žena	72	I.	I.	14	4
124	muž	76	II.	II.	19	6
125	muž	85	III.	III.	25	7
126	žena	66	I.	I.	14	4
127	žena	87	II.	II.	20	6
128	muž	89	III.	III.	25	7
129	muž	71	IV.	IV.	32	9
130	muž	67	II.	III.	19	7
131	žena	83	0	0	11	1
132	žena	81	I.	I.	14	3
133	žena	64	0	0	12	1
134	muž	74	II.	II.	19	5
135	muž	89	III.	III.	25	7
136	žena	89	I.	I.	14	3
137	muž	71	III.	III.	25	7
138	žena	80	II.	II.	19	5
139	muž	74	IV.	IV.	33	9
140	žena	81	II.	III.	19	7
141	muž	75	II.	II.	19	5
142	muž	69	I.	I.	14	3
143	žena	66	II.	II.	19	5
144	žena	91	IV.	IV.	36	10
145	žena	66	0	0	12	1
146	žena	71	III.	III.	25	7
147	žena	68	I.	I.	13	3

148	žena	75	II.	II.	19	5
149	žena	74	0	0	12	1
150	žena	77	III.	II.	25	6
151	muž	69	I.	I.	14	3
152	žena	67	I.	II.	17	5
153	žena	85	II.	III.	22	7
154	žena	85	III.	III.	25	7
155	muž	71	I.	I.	13	3
156	muž	73	II.	II.	19	5
157	žena	93	IV.	IV.	36	10
158	muž	68	I.	I.	13	3
159	muž	78	I.	I.	13	3
160	žena	63	0	0	9	2
161	muž	94	IV.	IV.	33	9
162	žena	77	II.	II.	19	5
163	muž	75	III.	III.	25	7
164	žena	61	II.	II.	19	5
165	muž	75	II.	II.	20	5
166	muž	77	0	0	9	1
167	muž	94	I.	II.	17	4
168	žena	77	0	0	11	1
169	muž	81	I.	I.	14	3
170	žena	66	0	0	12	1
171	muž	75	II.	II.	19	5
172	žena	69	I.	I.	14	3
173	žena	73	I.	I.	13	3
174	žena	81	II.	II.	19	5
175	žena	86	II.	II.	19	5
176	žena	75	I.	I.	13	3
177	žena	77	II.	II.	19	5
178	žena	84	III.	III.	25	7
179	muž	67	I.	I.	14	3
180	žena	92	IV.	IV.	36	10
181	muž	67	I.	I.	13	3
182	muž	83	0	0	11	1
183	muž	77	II.	II.	19	5
184	žena	81	III.	III.	25	7
185	muž	69	I.	I.	13	3
186	žena	92	IV.	IV.	36	10

187	žena	84	III.	III.	25	7
188	muž	69	0	0	12	1
189	žena	74	0	0	10	1
190	muž	65	I.	I.	13	3
191	žena	67	I.	I.	13	3
192	muž	93	III.	III.	26	6
193	žena	77	0	0	5	1
194	žena	81	I.	I.	13	3
195	žena	84	II.	II.	19	5
196	žena	75	II.	II.	19	5
197	muž	72	I.	I.	13	3
198	žena	64	IV.	III.	32	9
199	muž	75	I.	I.	13	3
200	žena	94	0	0	7	1
201	muž	77	I.	I.	13	3
202	žena	69	0	0	10	1
203	muž	68	0	0	5	1
204	muž	95	IV.	IV.	36	10
205	žena	84	III.	III.	26	7
206	žena	87	II.	II.	20	6
207	muž	94	IV.	IV.	36	10
208	žena	75	II.	II.	20	6
209	muž	67	0	0	6	1
210	žena	88	II.	II.	19	5
211	muž	87	III.	III.	25	7
212	žena	81	II.	II.	19	5
213	muž	75	II.	II.	19	5
214	žena	83	0	0	7	1
215	žena	68	0	0	11	1
216	muž	68	I.	I.	13	3
217	muž	79	II.	II.	19	5
218	žena	74	I.	I.	13	4
219	muž	78	I.	I.	13	3
220	žena	84	I.	I.	15	3
221	muž	91	I.	I.	17	4
222	žena	82	I.	I.	13	4
223	žena	69	I.	I.	13	3
224	žena	72	0	0	8	1
225	žena	77	0	0	11	2



<b>226</b>	muž	82	I.	I.	14	4
<b>227</b>	muž	65	II.	II.	19	5
<b>228</b>	žena	79	I.	II.	18	5
<b>229</b>	žena	85	II.	II.	22	6
<b>230</b>	muž	88	II.	II.	19	5
<b>231</b>	muž	67	0	0	9	1
<b>232</b>	žena	71	0	0	11	2
<b>233</b>	muž	78	I.	I.	13	3

## Příloha číslo 6

### Kontingenční tabulky

#### Stupně závislosti – původní posouzení

Popisky řádků	muž	žena	Celkový součet
0		11 25	36
I.		33 39	72
II.		26 36	62
III.		18 22	40
IV.		11 12	23
<b>Celkový součet</b>		<b>99 134</b>	<b>233</b>

#### Stupně závislosti – nové posouzení

Popisky řádků	muž	žena	Celkový součet
0		11 25	36
I.		32 37	69
II.		25 40	65
III.		20 21	41
IV.		11 11	22
<b>Celkový součet</b>		<b>99 134</b>	<b>233</b>

#### Počet úkonů – původní posouzení

Popisky řádků	muž	žena	Celkový součet
5		1 1	2
6		2	2
7		3	3
8		3	3
9		2 3	5
10		3	3
11		1 5	6
12		5 7	12
13		16 16	32
14		9 13	22
15		3 3	6
16		2 2	4

17	3	2	5
18		3	3
19	21	29	50
20	4	5	9
21	1		1
22		2	2
25	15	18	33
26	3	3	6
29		1	1
31	3	1	4
32	1	3	4
33	3		3
35	2	4	6
36	2	4	6
<b>Celkový součet</b>	<b>99</b>	<b>134</b>	<b>233</b>

#### Počet úkonů – nové posouzení

Popisky řádků	muž	žena	Celkový součet
1		7 19	26
2		4 6	10
3		26 29	55
4		7 8	15
5		22 32	54
6		4 8	12
7		17 19	36
8		1 1	2
9		7 4	11
10		4 8	12
<b>Celkový součet</b>	<b>99</b>	<b>134</b>	<b>233</b>

## **Příloha 7**

### **Případová studie - ukázka agregace jednotlivých úkonů při posuzování SZ podle původních a nových kritérií**

#### **Posuzovaná osoba, věk 68 let, muž**

68 - letý muž je schopen chůze s oporou 2 FH, používá protézu na LDK, která je plně funkční. Je orientovaný všemi kvalitami, inzulin si aplikuje sám, sám se nají, umyje si obličej, po schodech se nepohybuje, využívá výtah, nedokáže spolehlivě přenést jídlo, předměty, doma používá chodítko, nevydrží dlouho stát, vybere si sám oblečení, ale sám se neobleče, s penězi hospodaří, inzulin si aplikuje sám, potřebuje pomoci s koupáním, doprovodem k lékaři, nakupováním a úklidem domácnosti.

#### **U posuzovaného jsou v diagnostickém souhrnu uvedeny tyto diagnózy:**

Diabetes mellitus 2. typu s orgánovými komplikacemi, amputace I. a II. prstu pravé nohy, diabet. retinopatie

Amputace LDK ve stehně pro gangrénu v 9/2010

Chronická ICHS se syndromem anginy pectoris, s prodělaným IM

Arteriální hypertenze komp. léčbou

Chronická renální insuficience

#### **Posouzení SZ podle původních kritérií**

Z důvodu DNZS vyžaduje každodenní pomoc, dohled nebo péči jiné fyzické osoby a není schopen zvládat tyto **úkony péče o vlastní osobu: b)** podávání a porcování stravy, **e)** koupání, **j)** stání, schopnost vydržet stát, **k)** přemístování předmětů denní potřeby, **m)** chůze po schodech nahoru a dolů, **o)** oblékání, svlékání, **p)** orientace v přirozeném prostředí a **úkony soběstačnosti: b)** orientace vůči jiným fyzickým osobám, v čase a mimo přirozené prostředí, **d)** obstarání osobních záležitostí, **f)** zapojení do soc. aktivit, **g)** obstarávání si potravin (nakupování), **h)** vaření, **j)** běžný úklid v domácnosti, **k)** péče

o prádlo, **l**) přepírání drobného prádla, **m**) péče o lůžko, **p**) manipulace se zámkou, **q**) udržování pořádku v domácnosti, nakládání s odpady, **r**) další jednoduché úkony spojené s chodem a udržováním domácnosti.

Podle původních kritérií mu bylo přiznáno **7 úkonů** péče o vlastní osobu a **12 úkonů** v posuzování soběstačnosti, celkem **19 úkonů**, byl mu přiznán **II. stupeň**.

### **Posouzení SZ podle nových kritérií**

Tyto úkony byly následně agregovány do nové tabulky životních potřeb a to následovně: do bodu **a) mobilita** - úkony péče o vlastní osobu k), j), m), lze sem zařadit i body b) a p), kde je v podúkonech hodnoceno dosažení cíle v přirozeném prostředí. a bezpečné přenesení jídla a z úkonů soběstačnosti bod b) – v podúkonech je dosažení cíle mimo přirozené prostředí, do bodu **e) oblékání a obouvání** byly převeden bod o), do bodu **f) tělesná hygiena** byl převeden bod e), do bodu **i ) osobní aktivity** byly agregovány úkony soběstačnosti d) a f), do bodu **j) péče o domácnost** body g), h), j), k), l), m), p), q) a r). Celkově bylo přiznáno **5 základních životních potřeb**, tj. **II. stupeň závislost**.

## **Příloha 8**

### **Seznam použitých tabulek a grafů:**

**Tabulka 1:** Počet vydaných posudků SZ u seniorů starších 65 let v okrese České Budějovice v letech 2007 – 2012

**Tabulka 2:** Změnové posouzení v I. stupni závislosti

**Tabulka 3:** Změnové posouzení v II. stupni závislosti

**Tabulka 4:** Změnové posouzení v III. stupni závislosti

**Tabulka 5:** Změnové posouzení v IV. stupni závislosti

**Tabulka 6:** Korelační matice

**Graf 1:** Počet vydaných posudků SZ u seniorů starších 65 let v okrese České Budějovice v letech 2007 – 2012

**Graf 2:** Jednotlivé stupně závislosti – původní posouzení - senioři nad 65 let v okrese České Budějovice v r. 2012 (výběrový vzorek)

**Graf 3:** Jednotlivé stupně závislosti – nové posouzení - senioři nad 65 let v okrese České Budějovice v r. 2012 (výběrový vzorek)

**Graf 4:** Původní posouzení – průměrný počet úkonů pro jednotlivý stupeň závislosti u seniorů nad 65 let

**Graf 5:** Nové posouzení – průměrný počet úkonů pro jednotlivý stupeň závislosti u seniorů nad 65 let