

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLMOUCI
PEDAGOGICKÁ FAKULTA
ÚSTAV SPECIÁLNĚPEDAGOGICKÝCH STUDIÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Alena Tomanová

Příspěvek na péči z pohledu sociálního pracovníka na Úřadu práce

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci zpracovala samostatně pod odborným vedením prof. Mgr. PaedDr. Jana Michalíka, Ph.D. a použila prameny uvedené v seznamu bibliografických citací.

V Olomouci dne 20.6.2018

Alena Tomanová

Poděkování

Děkuji vedoucímu mé bakalářské práce prof. Mgr. PaedDr. Janu Michalíkovi, Ph.D. za odborné vedení, cenné rady a připomínky při realizaci práce, a také sociálním pracovníkům Úřadu práce na Jesenicku, pracujícím na oddělení příspěvku na péči a dávek pro osoby se zdravotním postižením, díky kterým jsem mohla výzkum k této práci realizovat.

Obsah

Úvod	6
TEORETICKÁ ČÁST	8
1. Příspěvek na péči	8
1.1 Vymezení pojmů	8
1.1.1 Dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav	8
1.1.2 Základní životní potřeby	9
1.1.3 Sociální služby	9
1.1.4 Nepříznivá sociální situace	9
1.1.5 Přirozené sociální prostředí	10
1.2 Etapy vývoje příspěvku na péči	10
1.2.1 Zvýšení důchodu pro bezmocnost a příspěvek při péči o osobu blízkou před 1.1.2007	10
1.2.2 Příspěvek na péči od 1.1.2007	11
1.2.3 Příspěvek na péči od 1.1.2012	14
1.3 Účel příspěvku na péči	16
1.4 Druhy péče	16
1.4.1 Neformální péče	17
1.4.2 Formální péče	17
1.4.3 Sdílená péče	18
1.5 Poskytovatel péče	18
1.5.1 Osoba blízká	18
1.5.2 Asistent sociální péče	19
1.5.3 Poskytovatel sociálních služeb	19
1.5.4 Dětský domov	19
1.5.5 Speciální lůžkové zdravotnické zařízení hospicového typu	19
2. Podmínky nároku na příspěvek na péči	20
2.1 Stupně závislosti a výše příspěvku na péči	20
2.2 Základní životní potřeby	21
2.3 Hodnocení základních životních potřeb	21
2.4 Specifika hodnocení základních životních potřeb u osob do 18 let věku	22
3. Řízení o příspěvku na péči	23

4. Podklady pro vydání rozhodnutí	24
4.1 Sociální šetření	24
4.2 Posouzení stupně závislosti.....	25
4.3 Rozhodnutí	27
PRAKTICKÁ ČÁST	28
5. Cíl práce	28
6. Metodika práce	29
6.1 Výzkumný vzorek	29
6.2 Sběr dat.....	29
7. Metody zpracování výzkumu	31
8. Výsledky výzkumu	34
9. Diskuse	38
Závěr.....	43
Citovaná literatura	45
Seznam zkratk.....	50
Seznam tabulek.....	51
Seznam příloh.....	52
ANOTACE	61

Úvod

Již pátým rokem pracuji na Kontaktním pracovišti Úřadu práce v Jeseníku, které spadá pod Krajskou pobočku Úřadu práce ČR v Olomouci, a to na oddělení hmotné nouze, PnP a DOZP, jako pracovník dávek hmotné nouze. S kolegy pracujícími na oddělení příspěvku na péči jsme téměř každodenně v pracovním kontaktu, jelikož společně konzultujeme stávající situaci rodin, které pečují o osoby, které jsou z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu závislé na pomoci jiné osoby, zejména pak řešíme jejich finanční zajištění. Jednou z finanční pomoci, kterou stát zajišťuje osobám závislým na pomoci jiné osoby je právě příspěvek na péči.

Výběr tématu „*Příspěvek na péči z pohledu sociálního pracovníka na Úřadu práce*“ jsem si vybrala z toho důvodu, že v posední době se stále více setkávám s rozporuplnými názory kolegů ohledně hodnocení základních životních potřeb posudkovými lékaři OSSZ. Hlavním důvodem těchto negativních názorů je údajný nesoulad mezi provedeným sociálním šetřením sociálních pracovníků a závěry posudkových lékařů při posouzení stupně závislosti.

Lékařská posudková služba OSSZ posuzující zdravotní stav pro účely příspěvku na péči a sociální pracovníci Úřadu práce, kteří agendu příspěvku na péči zpracovávají a provádí sociální šetření, spadají pod Ministerstvo práce a sociálních věcí. Při hodnocení základních životních potřeb se řídí Zákonem o sociálních službách a jeho prováděcí vyhláškou, závěrečné výstupy by tedy neměly být odlišné.

Má bakalářská práce si klade za cíl představit názory sociálních pracovníků Úřadu práce ČR, Krajské pobočky v Olomouci, působících na oddělení DOZP a PnP, Kontaktního pracoviště Javorník, Kontaktního pracoviště Jeseník a jeho Detašovaného pracoviště Zlaté Hory, na přiznávání stupně závislosti posudkovými lékaři Okresní správy sociálního zabezpečení v Jeseníku a jejich posuzování základních životních potřeb v návaznosti na provedené sociální šetření.

Hlavním cílem bude zjistit, jakou důležitost má provedené sociální šetření sociálních pracovníků Úřadu práce pro posudkové lékaře Okresní správy sociálního zabezpečení při stanovení stupně závislosti v řízení o příspěvku na péči.

Práce je členěna na teoretickou a praktickou část.

V první kapitole teoretické části jsou stručně vymezeny pojmy týkající se příspěvku na péči, jeho vývoj od příspěvku při péči o osobu blízkou, přes transformaci sociálních služeb v roce 2006 a vznik příspěvku na péči od 1.1.2007, až po sociální reformu a novou právní úpravu od 1.1.2012. Kapitola druhá charakterizuje účel příspěvku na péči, zejména péči samotnou, a dále její poskytovatele, jak je definuje současná právní úprava. Třetí kapitola popisuje podmínky nároku na příspěvek na péči, především vymezuje základní životní potřeby a jejich hodnocení pro posouzení stupně závislosti. Samotné řízení o příspěvku na péči a podklady pro vydání rozhodnutí pak popisují dvě závěrečné kapitoly teoretické části.

Praktická část se věnuje výzkumnému šetření, kdy pro naplnění stanoveného cíle jsem zvolila kvalitativní výzkum a metodu polostrukturovaných dotazníků. Cílovou skupinu tvoří sociální pracovníci Úřadu práce ČR, Krajské pobočky v Olomouci, Kontaktního pracoviště Javorník, Kontaktního pracoviště Jeseník a jeho Detašovaného pracoviště Zlaté Hory, tedy bývalého okresu Jeseník. V závěrečné části jsou prezentovány výsledky provedeného výzkumného šetření.

TEORETICKÁ ČÁST

Co je příspěvek na péči? Jak probíhá řízení o přiznání příspěvku na péči, šetření a posuzování základních životních potřeb? Na tyto otázky odpoví teoretická část.

1. Příspěvek na péči

„Příspěvek na péči náleží těm lidem, kteří jsou především z důvodu nepříznivého zdravotního stavu závislí na pomoci jiné osoby a splňují podmínku nepříznivého zdravotního stavu, který trvá nebo má trvat déle než jeden rok a který omezuje jejich funkční schopnosti nutné pro zvládnutí základních životních potřeb.“ (Viereckl, 2015, s. 51)

V zákoně č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů (dále jen „zákon o sociálních službách“), je příspěvku na péči věnována celá druhá část. Tento zákon pak příspěvek na péči v § 7 definuje takto: *„Příspěvek na péči se poskytuje osobám závislým na pomoci jiné fyzické osoby. Tímto příspěvkem se stát podílí na zajištění sociálních služeb nebo jiných forem pomoci podle tohoto zákona při zvládnutí základních životních potřeb osob. Náklady na příspěvek se hradí ze státního rozpočtu.“* (Zákon č. 108/2006 Sb.)

1.1 Vymezení pojmů

1.1.1 Dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav

Dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav vymezuje § 3 zákona o sociálních službách jako: *„zdravotní stav, který podle poznatků lékařské vědy trvá nebo má trvat déle než 1 rok, a který omezuje funkční schopnosti nutné pro zvládnutí základních životních potřeb.“* (Zákon č. 108/2006 Sb.)

Stejně definuje tento pojem i Instrukce č. 15/2016 (Instrukce náměstkyně pro řízení sekce sociálně pojistných systémů č. 15/2016), určená posudkovým komisím MPSV při posuzování stupně závislosti pro účely příspěvku na péči, dle které je existence dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu základním kritériem pro stanovení stupně závislosti.

1.1.2 Základní životní potřeby

„Základní životní potřeby vycházejí z Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví a uceleným způsobem sledují rozhodující oblasti života posuzované osoby ve vztahu ke schopnosti péče o sebe a schopnosti sociálního začlenění.“ (Králová, 2012, s. 21)

Jedná se o tyto základní životní potřeby: mobilita, orientace, komunikace, stravování, oblékání a obouvání, tělesná hygiena, výkon fyziologické potřeby, péče o zdraví, osobní aktivity a péče o domácnost, které blíže vymezuje vyhláška č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů (dále jen „prováděcí vyhláška“).

1.1.3 Sociální služby

Sociální služby popisuje Matoušek (2007, s. 9-10) jako meziresortní služby lidem s určitou mírou společenského znevýhodnění, které těmto uživatelům pomáhají zlepšit kvalitu jejich života, začlenit vhodným způsobem do společnosti, ale také samotnou společnost chránit před případnými riziky spojenými s těmito uživateli. Jako příklady služeb zde uvádí např. resort Ministerstva spravedlnosti, pod který spadá probační a mediační služba, resort Ministerstva vnitra zabývající se prevencí kriminality mládeže, resort Ministerstva zdravotnictví, v jehož působnosti jsou léčebny dlouhodobě nemocných. Každá služba příslušného resortu je pak vedena danou právní normou.

Sociální služby spadající do oblasti řízené Ministerstvem práce a sociálních věcí jsou definovány v § 3 zákona o sociálních službách takto: *„Sociální službou se rozumí činnost nebo soubor činností podle tohoto zákona zajišťujících pomoc a podporu osobám za účelem sociálního začlenění nebo prevence sociálního vyloučení.“* (Zákon č. 108/2006 Sb.)

1.1.4 Nepříznivá sociální situace

„Nepříznivá sociální situace zahrnuje různé životní situace, ve kterých je osoba ohrožena sociálním vyloučením (tj. může být ohrožena nebo narušena schopnost osoby uspokojovat základní potřeby, žít ve svém běžném prostředí způsobem, který je ve společnosti považován za obvyklý apod.) a nemůže nebo má oslabenou schopnost (např. z důvodu věku, nepříznivého zdravotního stavu, pro krizovou sociální situaci, životní návyky a způsob života vedoucí ke konfliktu se společností, sociálně znevýhodňující prostředí, ohrožení práv a zájmů trestnou činností jiné fyzické osoby atd.) tuto situaci sama nějakým způsobem řešit.“ (Slovník sociálního zabezpečení 2015, s. 43)

1.1.5 Přirozené sociální prostředí

Přirozené sociální prostředí je popsáno v § 3 zákona o sociálních službách (Zákon č. 108/2006 Sb.) jako prostředí, ve kterém se osoba běžně pohybuje, fungují zde rodinné a sociální vazby k osobám blízkým, kterými jsou příbuzní v řadě přímé, sourozenci, manžel/ka, registrovaný/á partner/ka, sociální vazby k dalším osobám, se kterými mají společnou domácnost, pracovní prostředí, vzdělávací prostředí a uskutečňují se zde běžné sociální aktivity.

Instrukce č. 15/2016 (Instrukce náměstkyně pro řízení sekce sociálně pojistných systémů č. 15/2016) vymezení přirozeného sociálního prostředí doplňuje o pobytová zařízení služeb sociální péče.

1.2 Etapy vývoje příspěvku na péči

„V souvislosti s politicko-ekonomickými změnami v ČR došlo po roce 1989 k zahájení procesu transformace oblasti sociálních služeb. ... Celý proces transformace sociálního systému a sociální politiky byl výrazně ovlivněn mimo jiné skutečností, že nový zákon o sociálních službách vznikl více než deset let... Sociální služby se tedy až do roku 2006 poskytovaly na základě právní úpravy z roku 1988 (zákon č. 100/1988 Sb.). Tento právní předpis byl upraven a doplněn vyhláškou č. 182/1991 Sb., ovšem obě tyto normy stále méně odpovídaly aktuálním potřebám sociálních služeb. ... Skutečný rozvoj v oblasti služeb sociální péče nastal až po účinnosti zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách.“ (Čámský, 2011, s. 9-10)

Matoušek (2007, s. 39) upozorňuje na skutečnost, že cesta ke změně celého systému sociální péče od prvotních návrhů trvala více jak 10 let.

1.2.1 Zvýšení důchodu pro bezmocnost a příspěvek při péči o osobu blízkou před 1.1.2007

V období po roce 1989 byla, dle Matouška (2007, s. 37-38), v systému sociální péče upřednostňována ústavní péče. Toto odůvodňuje zejména nedostatkem sociálních služeb a neodpovídající finanční podporou osob pečujících o rodinného příslušníka závislého na péči.

Nedostatečnou podporu státu osob se zdravotním postižením zmiňuje i Michalík (2008, s. 13-14), zejména pak při péči o zdravotně postižené děti, které neměly nárok na žádný trvalý příjem. Uvádí možnost podpory dospělých se zdravotním postižením, požádat si o zvýšení

důchodu o bezmocnost, ovšem jak už z názvu vyplývá, museli být pobírateli nějakého typu důchodu.

Dle Vojáčkové-Kuncové (2005) byla dávka zvýšení důchodu o bezmocnost určena osobám odkázaným na pomoc druhé osoby a zdravotní stav těchto osob omezoval jejich soběstačnost. Bezmocnost byla rozdělena do třech stupňů: částečná, převážná a úplná, a to dle míry potřeby přijímat pomoc.

Další dávkou v systému sociální péče v období před 1.1.2007 byl příspěvek při péči o osobu blízkou nebo jinou osobu, na kterou „... vznikl nárok osobě, jež osobně, celodenně a řádně pečovala o osobu, která byla převážně nebo úplně bezmocná, nebo starší 80 let a částečně bezmocná.“ (Matoušek, 2007, s. 38). Stejný autor upozorňuje na nedostatečnou výši tohoto příspěvku, která se odvíjela od životního minima, a po navýšení v roce 2005 činil příspěvek v případě péče o jednu osobu částku 5310,- Kč a částku 9086,- Kč při péči o dvě a více osob.

1.2.2 Příspěvek na péči od 1.1.2007

Ve Sbírce zákonů České republiky, v částce 37, vyšel dne 31.3.2006 zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve kterém byl legislativně ukotven příspěvek na péči a ve Sbírce zákonů České republiky, v částce 164, vyšla dne 20.11.2006 vyhláška č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách, obsahující legislativní ukotvení způsobu hodnocení úkonů péče o vlastní osobu a úkonů soběstačnosti pro účely stanovení stupně závislosti, když příloha č. 1 shora uvedené vyhlášky popisovala činnosti pro hodnocení schopnosti zvládat úkony péče o vlastní osobu a úkony soběstačnosti a odchylný způsob ohodnocení těchto úkonů u osob do 18 let věku.

Zákon o sociálních službách nabyl účinnosti dnem 1.1.2007 a do oblasti sociálních služeb (dříve sociální péče), jak konstatuje Michalík (2008, s. 3), přinesl novinky týkající se uživatelů, poskytovatelů a zadavatelů sociálních služeb, zejména pak zmiňuje rovnoprávné postavení uživatelů a poskytovatelů sociálních služeb, upravených smlouvou o poskytování sociální služby.

Změny v novém systému sociálních služeb popisuje i Matoušek (2007, s. 39), především v poskytování bezplatného základního sociálního poradenství, kdy osoba, která se ocitla v nepříznivé sociální situaci, má možnost tuto situaci za pomoci podpory řešit sama a vlastními silami. V případě, že nepříznivou sociální situaci klient sám nevyřeší, nastupují sociální služby, které mají podporovat klientovu samostatnost a být „...šité potřebám konkrétního jedince na míru.“

„Základním nástrojem pro fungování nového modelu sociálních služeb je poskytování příspěvku na péči. Jedná se o nově zavedenou státní sociální dávku, která posiluje finanční soběstačnost uživatele sociálních služeb.“ (Stručný průvodce zákonem o sociálních službách, b.r.)

Matoušek (2007, s. 40) charakterizuje příjemce příspěvku na péči jako osobu, která potřebuje pomoc jiné osoby při zvládnání běžných životních činností, a to s ohledem na svůj zdravotní stav. Tímto příspěvkem z veřejného rozpočtu si pak příjemce příspěvku na péči, současně jako žadatel o příspěvek na péči, vybírá a hradí sociální službu.

Michalík (2009, s. 21) pak popisuje příspěvek na péči jako novou dávku, která vznikla účinností zákona o sociálních službách, ale také transformací obou dávek dřívější právní úpravy, a to zvýšení důchodu pro bezmocnost a příspěvku při péči o osobu blízkou nebo jinou osobu.

„Podle přechodných ustanovení zákona o sociálních službách se částečná bezmocnost převáděla do I. stupně závislosti (s výjimkou osob starších 80 let, o něž pečovala jiná osob, které byly automaticky přeřazeny do II. stupně), převážná bezmocnost do II. stupně závislosti, do III. stupně závislosti pak byly převedeny převážná bezmocnost u osoby, o kterou pečovala jiná osoba, úplná bezmocnost a dítě dlouhodobě těžce zdravotně postižené, vyžadující mimořádnou péči. Zvýšení důchodu pro bezmocnost se do IV. stupně závislosti netransformovalo, ten mohl být uznán jedině na základě nového řízení po 1. lednu 2007.“ (Sixtová, 2015)

V novém zákoně o sociálních službách se stanovovaly čtyři stupně závislosti na pomoci jiné fyzické osoby, a to lehká závislost, středně těžká závislost, těžká závislost a úplná závislost.

„Změnou legislativy byl pohled na závislost zcela změněn. Nově se začala hodnotit schopnost zvládat celkem 36 úkonů (18 úkonů péče o vlastní osobu a 18 úkonů soběstačnosti), z nichž některé se pro nízký věk dítěte nehodnotily (a legislativa stanovila, co se nehodnotilo např. do dvou let, do tří let, do sedmi let, do patnácti let věku, po této hranici už se hodnotilo vše shodně jako u dospělých).“ (Sixtová, 2015, s. 26)

V prováděcí vyhlášce, účinné od 1.1.2007, byly podrobněji popsány činnosti pro hodnocení zvládat jednotlivé úkony péče o vlastní osobu a úkony soběstačnosti. Přehled úkonů znázorňuje níže uvedená tabulka č. 1.

Míra závislosti, jak popisuje Michalík (2008, s. 17-18), byla stanovena počtem úkonů, které osoba na základě lékařského vyšetření a sociálního šetření, nezvládá, přičemž úkony péče o vlastní potřebu a úkony soběstačnosti se sčítaly.

O příspěvku na péči, jak popisuje Matoušek (2007, s. 40-41), rozhodoval obecní úřad obce s rozšířenou působností, když jeho sociální pracovníci prováděli sociální šetření, ve kterém zjišťovali schopnost žadatele o příspěvek na péči zvládat jednotlivé úkony péče o vlastní osobu a úkony soběstačnosti.

„Úkon se považuje za zvládnutý jen tehdy, jestliže je osoba schopna dlouhodobě, samostatně, spolehlivě a opakovaně rozpoznat potřebu úkonu, úkon fyzicky provádět obvyklým způsobem a kontrolovat jeho správnost.“ (Michalík, 2009, s. 28)

Výši příspěvku na péči k datu účinnosti zákona o sociálních službách, tedy k 1.1.2007, znázorňuje níže uvedená tabulka č. 2.

Tabulka č. 1 Hodnocení úkonů péče o vlastní osobu a úkony soběstačnosti

Úkony péče o vlastní osobu	Úkony soběstačnosti
1. příprava stravy	1. komunikace slovní, písemná, neverbální
2. podávání a porcování stravy	2. orientace vůči jiným fyzickým osobám, v čase a mimo přirozené prostředí
3. přijímání stravy, dodržování pitného režimu	3. nakládání s penězi nebo jinými cennostmi
4. mytí těla	4. obstarávání osobních záležitostí
5. koupání nebo sprchování	5. uspořádání času, plánování života
6. péče o ústa, vlasy, nehty, holení	6. zapojení se do sociálních aktivit odpovídajících věku
7. výkon fyziologické potřeby včetně hygieny	7. obstarávání si potravin a běžných předmětů (nakupování)
8. vstávání z lůžka, uléhání, změna poloh	8. vaření, ohřívání jednoduchého jídla
9. sezení, schopnost vydržet v poloze v sedě	9. mytí nádobí
10. stání, schopnost vydržet stát	10. běžný úklid v domácnosti
11. přemísťování předmětů denní potřeby	11. péče o prádlo
12. chůze po rovině	12. přepírání drobného prádla
13. chůze po schodech nahoru a dolů	13. péče o lůžko
14. výběr oblečení, rozpoznání jeho správného vrstvení	14. obsluha běžných domácích spotřebičů
15. oblékání, svlékání, obouvání, zouvání	15. manipulace s kohouty a vypínači
16. orientace v přirozeném prostředí	16. manipulace se zámky, otevírání, zavírání oken a dveří
17. provedení si jednoduchého ošetření	17. udržování pořádku v domácnosti, nakládání s odpady
18. dodržování léčebného režimu	18. další jednoduché úkoly spojené s chodem a udržováním domácnosti

Zdroj: vlastní zpracování dle přílohy č. 1 vyhlášky č. 505/2006 Sb., v platném znění k 1.1.2007

Tabulka č. 2 Výše příspěvku na péči k 1.1.2007

Osoby do 18 let věku			Osoby starší 18 let věku		
Stupeň závislosti	Počet nezvládnutých úkonů péče o vlastní osobu a úkonů soběstačnosti	Výše příspěvku na péči	Stupeň závislosti	Počet nezvládnutých úkonů péče o vlastní osobu a úkonů soběstačnosti	Výše příspěvku na péči
I.	5	3 000,- Kč	I.	12	2 000,- Kč
II.	10	5 000,- Kč	II.	18	4 000,- Kč
III.	15	9 000,- Kč	III.	24	8 000,- Kč
IV.	20	11 000,- Kč	IV.	30	11 000,- Kč

Zdroj: vlastní zpracování dle § 8, § 11 zákona č. 108/2006 Sb., v platném znění k 1.1.2007

1.2.3 Příspěvek na péči od 1.1.2012

Ve sféře nepojistných sociálních dávek došlo v roce 2012 v rámci tzv. sociální reformy k nové právní úpravě zákona o sociálních službách, účinné od 1.1.2012. Hlavní změny v oblasti příspěvku na péči, jak uvádí Králová (2012, s. 13), spočívají v převodu působnosti řízení o příspěvku na péči na Úřady práce ČR, dochází k novému způsobu posuzování dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu, nově si mohli příjemci příspěvku na péči požádat o zvýšení příspěvku na péči z důvodu nedostatku příjmů, a v neposlední řadě dochází k novému systému výplaty dávek prostřednictvím karty sociální systémů.

Karty sociálních systémů neboli tzv. sKarty, měly „... zajistit co největší efektivnost a komfort pro klienta.“ (Karta sociálních systémů (sKarta), b.r.) Stejný zdroj dále uvádí dvě varianty SKaret, a to základní, pro výplatu dávek nepojistných sociálních systémů a speciální, která měla sloužit zároveň jako průkaz TP, ZTP či ZTP/P pro osoby se zdravotním postižením. „sKartou, nebo-li průkazem, se klienti prokazují úřadům práce. Slouží jako identifikační doklad těch, kteří pobírají sociální dávky.“ (Karta sociálních systémů (sKarta), b.r.)

Tento nepopulární projekt rozhodně nezajišťoval komfort pro osoby se zdravotním postižením a k 30.4.2014 byla platnost karty ukončena.

O zvýšení příspěvku na péči o částku 2000,- Kč může od 1.1.2012 žádat rodič pobírající příspěvek na péči, který pečuje o nezaopatřené dítě a také nezaopatřené dítě do 18 let věku, za předpokladu, jak uvádí Králová (2012, s. 26), že jejich příjmy a příjmy osob s nimi společně posuzovaných nejsou nižší než dvojnásobek částky životního minima oprávněné osoby a osob

s ní společně posuzovaných. Tento příspěvek nahradil dříve poskytovaný sociální příplatek ze systému dávek státní sociální podpory.

Zásadní změnu zaznamenalo hodnocení základních životních potřeb, když předchozí hodnocení schopnosti zvládat 36 úkonů, nahradilo deset základních životních potřeb, pro věkovou kategorii do 18 let věku devět základních životních potřeb. Vymezení schopností zvládat základní životní potřeby znázorňuje níže uvedená tabulka č. 3.

Stupeň závislosti se začal posuzovat s ohledem na počet základních životních potřeb, při kterých osoba potřebuje pomoc, dohled nebo péči jiné fyzické osoby. Výši příspěvku na péči k datu účinnosti zákona o sociálních službách, tedy k 1.1.2012, znázorňuje níže uvedená tabulka č. 4.

Blíže je příspěvek na péči v aktuální právní úpravě popsán v samostatné kapitole 2. Podmínky nároku na příspěvek na péči.

Tabulka č. 3 Vymezení schopností zvládat základní životní potřeby

1. Mobilita (zvládat vstávání, usedání, chůze)
2. Orientace (orientovat se zrakem, sluchem, pomocí psychických funkcí)
3. Komunikace (dorozumět se a porozumět – mluvenou řečí i psanou zprávou)
4. Stravování (stravu naporcovat, najíst se a napít se, dodržovat dietní režim – dietu)
5. Oblékání a obouvání (vybrat si oblečení a obutí, oblékat se, obouvat se, svlékat se a zouvat se)
6. Tělesná hygiena (umývat si obličej, ruce a celé tělo, česat se, péče o ústní hygienu)
7. Výkon fyziologické potřeby (používat WC, vyprázdnit se, provést očistu, používat hygienické pomůcky)
8. Péče o zdraví (dodržování stanoveného léčebného režimu, ošetřovatelská opatření)
9. Osobní aktivity (stanovit si a dodržet denní režim, zapojit se do aktivit odpovídajících věku)
10. Péče o domácnost (nakládat s penězi, obstarat si nákup potravin, nosit běžné předměty)

Zdroj: vlastní zpracování dle přílohy č. 1 vyhlášky č. 505/2006 Sb., v platném znění k 1.1.2012 a (Viereckl, 2015, s. 52)

Tabulka č. 4 Výše příspěvku na péči k 1.1.2012

Osoby do 18 let věku			Osoby starší 18 let věku		
Stupeň závislosti	Počet uznávaných základních životních potřeb	Výše příspěvku na péči	Stupeň závislosti	Počet uznávaných základních životních potřeb	Výše příspěvku na péči
I.	3	3 000,- Kč	I.	3 nebo 4	800,- Kč
II.	4 nebo 5	6 000,- Kč	II.	5 nebo 6	4 000,- Kč
III.	6 nebo 7	9 000,- Kč	III.	7 nebo 8	8 000,- Kč
IV.	8 nebo 9	12 000,- Kč	IV.	9 nebo 10	12 000,- Kč

Zdroj: vlastní zpracování dle § 8, § 11 zákona č. 108/2006 Sb., v platném znění k 1.1.2012

Další vývoj příspěvku na péči, zejména změnu výše příspěvku od 1.8.2016, znázorňuje tabulka č. 5 v podkapitole 3.1

1.3 Účel příspěvku na péči

Účelem dávky příspěvku na péči je podle Králové (2012, s. 16) zejména zajištění potřebné pomoci osobám při zvládnání základních životních potřeb, a to za pomoci rodiny, nebo za pomoci některé sociální služby, kterou nabízejí jak poskytovatelé sociálních služeb, tak fyzické nebo právnické osoby stanovené zákonem o sociálních službách. Pomocí příspěvku na péči si osoba obstará a uhradí pomoc, kterou potřebuje.

Haškovcová (2010, s. 100-101) tuto možnost výběru kvituje, ovšem na druhou stranu upozorňuje, že současná generace seniorů většinou vůbec netuší, že příspěvek na péči náleží jim, a to právě za účelem výběru poskytovatele péče. Autorka předpokládá, že až další generace seniorů bude umět nakupovat potřebnou sociální službu a péči. Současně upozorňuje, že je třeba v rámci sociálního poradenství na tuto skutečnost seniory upozorňovat a zdůrazňovat, že se nejedná o tzv. „přilepšení k důchodu“, jak tomu bylo za dřívější právní úpravy, tedy před 1.1.2007.

1.4 Druhy péče

Péče o osobu v nepříznivé sociální situaci vyžaduje, s ohledem na její dlouhodobě nepříznivý stav, zapojení jak rodinných pečujících, tak péči z oblasti zdravotních či sociálních slu-

žeb. O vzájemné propojenosti služeb při poskytování péče hovoří i Valenta (2015, s. 126) ve vymezení dlouhodobé péče.

1.4.1 Neformální péče

Karta neformální péče vymezuje neformální péči takto:

- *„Je poskytována rodinou, blízkými příbuznými, přáteli nebo sousedy. Úkoly a povinnosti pečující osoby jsou větší než v běžném recipročním vztahu dospělých.*
- *Pečující osoba není profesionálem (toto nevylučuje absolvování kurzů zaměřených na podporu dovedností spojených s pečovatelskými úkony).*
- *Pečující osoba neuzavírá smlouvu o poskytování péče (vyjma asistenta sociální péče).*
- *Odměna pro pečující osobu není definována. Neformální péče není placenou činností ve smyslu pracovního práva.*
- *Při poskytování neformální péče nejsou stanoveny časové limity (tedy poskytování péče "od... do").*
- *Úkoly zahrnují emocionální podporu, přímé poskytování služeb, spolupráci s formálními poskytovateli služeb a finanční podporu.*
- *Péče je obvykle poskytována jen jedné osobě.*
- *Neformální péče je charakterizována ekonomickou neviditelností.*“ (Karta neformální péče, b.r.)

Zajištění péče a pomoci prostřednictvím rodiny a dalších blízkých osob, tedy neformální péči, uvádí Čámský (2011, s. 69) jako nedílnou součást systému pomoci osobám sociálně vyloučeným nebo ohroženým sociálním vyloučením.

Michalík (2013, s. 78-79) v souvislosti s domácí péčí zmiňuje, že ve většině případů, pokud hovoříme o pečující osobě, je tato péče výhradní záležitostí žen. Převzetím role pečující osoby ženy mnohdy rezignují na rozvoj pracovní kariéry a dochází rovněž k omezení jejich sociálních kontaktů.

1.4.2 Formální péče

Formální péče je další z možných variant poskytování péče osobě v nepříznivé situaci. Tato péče je poskytována především v resortech zdravotnictví a sociálních věcí, v některých případech i v resortu školství, a to převážně pokud se jedná o institucionalizovanou péči. (Současná praxe dlouhodobé a přímé péče v EU a ČR, b.r.)

V oblasti sociálních služeb, jak uvádí Čámský (2011, s. 69), jsou využívány především služby sociální péče, a to osobami s dlouhodobě nepříznivým zdravotním stavem.

Karta neformální péče vymezuje formální péči takto:

- „*Služby jsou poskytovány kvalifikovaným personálem (kvalifikace je vyžadována právními předpisy).*
- *Služby jsou poskytovány na základě smluvního vztahu.*
- *Osoby poskytující péči vykonávají tuto činnost za odměnu a vyplývají pro ně závazky z pracovního práva nebo právních norem upravujících podnikatelskou činnost.*
- *Existují časové limity.*“ (Karta neformální péče, b.r.)

1.4.3 Sdílená péče

Jak už vychází ze samotného názvu, jde o propojení neformální péče a formální sociální služby. Nejvíce se o ní hovoří zejména v oblasti plánování sociálních služeb. Jak uvádí Haškovcová (2002, s. 230), při sdílené péči je umožněno lidem, i přes jejich zdravotní omezení, zůstat v domácím prostředí a pečujícími nabídnou potřebnou podporu.

„Péče a pomoc osobám je obvykle zabezpečena s využitím neformálních (soukromých) i veřejných zdrojů. Míra spoluúčasti neformálních a veřejných zdrojů je individuální a závisí na jedné straně na možnostech a životních okolnostech jednotlivců a jejich blízkých a na druhé straně na fyzické a finanční dostupnosti sociálních služeb. Synergické využití neformálních a veřejných zdrojů pak nazýváme pojmem sdílené péče či pomoc.“ (Čámský, 2011, s. 69)

1.5 Poskytovatel péče

Ze samotné podstaty příspěvku na péči je patrné, že ona péče musí být někým poskytována. Současná právní úprava nabízí tyto možnosti poskytování péče v souvislosti s přiznáním příspěvku na péči.

1.5.1 Osoba blízká

V pojetí sociálních služeb, popsána ve Slovníku sociálního zabezpečení (2015, s. 48-49), má osoba blízká příbuzenský nebo nepříbuzenský vztah (těsné přátelství) k osobě závislé na péči jiné fyzické osoby. Tato péče není osobou blízkou vykonávána na základě pracovněprávního poměru s poskytovatelem sociálních služeb ani jako podnikatelská činnost.

1.5.2 Asistent sociální péče

Asistent sociální péče je popsán Královou (2012, s. 16-17) jako jiná fyzická osoba než osoba blízká, která pomoc osobě závislé na péči neposkytuje jako podnikatel, nemusí plnit podmínky registrace poskytovatelů sociálních služeb, může jí být pouze osoba zdravotně způsobilá starší 18 let. Při této formě pomoci je třeba mezi osobou, které je péče poskytována a asistentem sociální péče uzavřít písemnou smlouvu o poskytnutí pomoci.

1.5.3 Poskytovatel sociálních služeb

Poskytovatel sociálních služeb je zapsán v registru poskytovatelů sociálních služeb podle § 85 odst. 1 zákona o sociálních službách. Dle § 6 uvedeného zákona jsou „*poskytovateli sociálních služeb při splnění podmínek stanovených tímto zákonem územní samosprávné celky a jimi zřizované právnické osoby, další právnické osoby, fyzické osoby a ministerstvo a jím zřízené organizační složky státu nebo státní příspěvkové organizace, které jsou právnickými osobami.*“ (Zákon č. 108/2006 Sb.)

1.5.4 Dětský domov

Dětský domov je školským zařízením pro výkon ústavní výchovy dle zákona č. 109/2002 Sb., o výkonu ústavní výchovy nebo ochranné výchovy ve školských zařízeních a o preventivně výchovné péči ve školských zařízeních, ve znění pozdějších předpisů. Jak uvádí Králová (2012, s. 17-18), ústavní výchova v dětském domově nahrazuje rodinnou péči pro děti od 3 do 18 let, bez závažných poruch chování, s nařízenou ústavní výchovou, a tudíž mají při stanovení nároku na příspěvek na péči stejné postavení jako děti žijící v rodině.

1.5.5 Speciální lůžkové zdravotnické zařízení hospicového typu

„*Speciální lůžkové zdravotnické zařízení hospicového typu, které podle § 25 zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, ve znění pozdějších předpisů, poskytuje paliativní a symptomatickou léčbu osobám v terminálním stavu.*“ (Králová, 2012, s. 18)

2. Podmínky nároku na příspěvek na péči

„Nárok na příspěvek na péči (dále jen „příspěvek“) má osoba, která z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu potřebuje pomoc při zvládnutí základních životních potřeb v takovém rozsahu, který odůvodňuje její zařazení do některého ze stupňů závislosti.“ (Králová, 2012, s. 16) „Nárok na příspěvek nemá osoba mladší jednoho roku.“ (Zákon č. 108/2006 Sb.)

2.1 Stupně závislosti a výše příspěvku na péči

Zákon o sociálních službách rozeznává čtyři stupně závislosti na pomoci jiné osoby, a to od lehké závislosti až po závislost úplnou. Jak uvádí Králová (2012, s. 20) k posouzení stupně závislosti je nutné zhodnotit počet základních životních potřeb, které osoba není schopna s ohledem na zdravotní stav sama zvládat a potřebuje tedy každodenní pomoc, dohled nebo péči jiné osoby (u osob starších 18 let věku) a mimořádnou péči (osoba do 18 let věku).

V současné právní úpravě se hodnotí deset základních životních potřeb, které jsou blíže popsány v následující podkapitole. Výše příspěvku na péči je stanovena v § 11 zákona o sociálních službách, a to dle stupňů závislosti uvedených v § 8 zákona o sociálních službách, když tyto stupně závislosti zohledňují počet základních životních potřeb, které osoba není schopna zvládat, a které jsou vymezeny v příloze č. 1 prováděcí vyhlášky. Příspěvek na péči se vyplácí měsíčně. Pro lepší orientaci slouží níže uvedená tabulka č. 5.

Tabulka č. 5 Výše příspěvku na péči k 1.8.2016 platná doposud

Osoby do 18 let věku			Osoby starší 18 let věku		
Stupeň závislosti	Počet uznaných základních životních potřeb	Výše příspěvku na péči	Stupeň závislosti	Počet uznaných základních životních potřeb	Výše příspěvku na péči
I.	3	3 300,- Kč	I.	3 nebo 4	880,- Kč
II.	4 nebo 5	6 600,- Kč	II.	5 nebo 6	4 400,- Kč
III.	6 nebo 7	9 900,- Kč	III.	7 nebo 8	8 800,- Kč
IV.	8 nebo 9	13 200,- Kč	IV.	9 nebo 10	13 200,- Kč

Zdroj: vlastní zpracování dle § 8, § 11 zákona č. 108/2006 Sb., v platném znění k 1.8.2016

2.2 Základní životní potřeby

„Od 1.1.2012 jsou nově stanovena kritéria pro uznání stupně závislosti pro účely příspěvku na péči. Při posuzování stupně závislosti se hodnotí schopnost zvládat 10 základních životních potřeb, které nahradily dřívějších 36 úkonů péče o vlastní osobu a soběstačnosti.“ (Králová, 2012, s. 21).

Základní životní potřeby dle § 9 zákona o sociálních službách jsou:

- 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 (není hodnocena u osob do 18 let).

Podrobná charakteristika základních životních potřeb je uvedena v příloze č. 1 této bakalářské práce, tak jak ji vymezuje prováděcí vyhláška, v platném znění k 1.1.2018.

2.3 Hodnocení základních životních potřeb

Pro stanovení stupně závislosti je klíčové hodnocení základních životních potřeb. Toto hodnocení je upraveno v § 9 zákona o sociálních službách a současně v prováděcí vyhlášce, a to v § 1 a § 2.

Jak již bylo uvedeno v předchozí kapitole, v prováděcí vyhlášce, resp. v její příloze č. 1, jsou vymezeny aktivity pro jednotlivé základní životní potřeby, podle kterých se hodnotí schopnost životní potřeby zvládat. „K uznání neschopnosti zvládat základní životní potřebu postačuje neschopnost zvládat alespoň jednu z aktivit, kterými je blíže vymezena schopnost zvládat příslušnou základní životní potřebu.“ (Králová, 2012, s. 24)

Králová (2012, s. 23) uvádí, že při hodnocení základních životních potřeb se vychází ze stávajícího dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu, přičemž k uznání závislosti v příslušné životní potřebě, je třeba příčinné souvislosti mezi poruchou funkčních schopností z důvodu nepříznivého zdravotního stavu a neschopností zvládat základní životní potřebu

v přijatelném standardu. Toto hodnocení probíhá v přirozeném sociálním prostředí a současně s ohledem na věk osoby.

„Přijatelným standardem se rozumí zvládnání základní životní potřeby v kvalitě a způsobem, který je běžný a obvyklý, a který umožňuje, aby tato potřeba byla zvládnuta bez každodenní pomoci jiné osoby.“ (Zákon č. 108/2006 Sb.)

„Funkční schopnosti se hodnotí s využíváním zachovaných potenciálů a kompetencí osoby a využíváním běžně dostupných pomůcek, prostředků, předmětů denní potřeby nebo vybavení domácnosti, veřejných prostor nebo s využitím zdravotnických prostředků.“ (Králová, 2012, s. 23)

2.4 Specifika hodnocení základních životních potřeb u osob do 18 let věku

Zákon o sociálních službách vymezuje hodnocení základních životních potřeb u osob do 18 let věku v § 10 a dále v § 2a prováděcí vyhlášky.

Tato ustanovení definují zejména potřebu každodenní mimořádné péče, když tuto popisuje Sixtová (2015, s. 26) jako péči, která je osobě mladší 18 let věku (z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu) poskytována rodičem či jinou osobou nad rámec běžně poskytované péče, a to v porovnání rozsahu, intenzity nebo náročnosti s péčí, kterou je třeba věnovat zdravé osobě téhož věku.

„Přitom se nepřihlíží k potřebě péče, která vyplývá z věku osoby a tomu odpovídajícímu stupni biopsychosociálního vývoje. Pokud osoba do 18 let věku nemá z důvodu nízkého věku a tomu odpovídajícímu stupni biopsychosociálního vývoje ještě vyvinutou schopnost zvládat některou ze základních životních potřeb nebo v jejich rámci některou aktivitu, není pro účely posuzování stupně závislosti považována za osobu, která je neschopna základní životní potřebu zvládat.“ (Králová (2012, s. 25)

Podrobné vymezení psychomotorického vývoje dítěte je uvedeno v příloze č. 2 této bakalářské práce, tak jak je definuje příloha k Instrukci náměstkyně pro řízení sekce sociálně pojistných systémů č. 15/2016, blíže popsaná v kapitole 4.2.

3. Řízení o příspěvku na péči

Řízení ve věcech příspěvku na péči upravuje zákon o sociálních službách, popisující většinu informací týkajících se příspěvku na péči, dále prováděcí vyhláška, která obsahuje přílohu č. 1 vymezující aktivity základních životních potřeb a v neposlední řadě se řídí zákonem č. 500/2004 Sb., správní řád, ve znění pozdějších předpisů, který řeší zejména pravidla a průběh správního řízení.

Jak již bylo zmíněno v podkapitole 1.2.3, od roku 2012 rozhoduje o příspěvku na péči Krajská pobočka Úřadu práce, místně příslušná trvalému pobytu žadatele o příspěvek na péči.

O příspěvek na péči, dle Čámského (2011, s. 71), je třeba požádat na příslušné pobočce Úřadu práce, kdy žadatel je povinen uvést zejména své osobní údaje, údaje o poskytovateli péče a způsob, jakým má být příspěvek na péči vyplácen.

Sociální pracovník krajské pobočky Úřadu práce, která vede řízení o příspěvku na péči, provede v přirozeném sociálním prostředí žadatele sociální šetření, jehož cílem je zjistit schopnost samostatného života. (Příspěvek na péči, b.r.)

Následně je kopie žádosti, společně s písemným záznamem o sociálním šetření, zaslána lékařské posudkové službě příslušné Okresní správy sociálního zabezpečení, s žádostí o posouzení stupně závislosti. Králová (2012, s. 58).

„Při posuzování stupně závislosti osoby vychází okresní správa sociálního zabezpečení 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.“ (Příspěvek na péči, b.r.)

S ohledem na skutečnost, že vypracování lékařského posudku převyšuje délku správního řízení, je třeba v tomto okamžiku řízení o příspěvku na péči přerušit, a to Usnesením o přerušování řízení, zaslaným Krajskou pobočkou Úřadu práce žadateli o příspěvek na péči.

Jakmile Krajská pobočka Úřadu práce obdrží posudek lékařské posudkové služby se stanoveným stupněm závislosti a s uvedením základních životních potřeb, které osoba není schopna zvládat, zašle žadateli Oznámení o pokračování ve správním řízení společně s Vyrozuměním o možnosti vyjádřit se k podkladům rozhodnutí. Následně vydá Rozhodnutí ve věci řízení o příspěvku na péči. (Příspěvek na péči, b.r.)

4. Podklady pro vydání rozhodnutí

Králová (2012, s. 57) uvádí, že jako podklady pro vydání rozhodnutí slouží sociální šetření a posouzení stupně závislosti. Současně rozvádí skutečnost, že zákon o sociálních službách neupravuje, který z těchto podkladů by měl být stěžejní pro vydání rozhodnutí ve věci řízení o příspěvku na péči. Obratem ale dodává, s ohledem na fakt, že příspěvek na péči je poskytován z důvodu dlouhodobě nepříznivého stavu, musí být stěžejním podkladem posudek posudkového lékaře, tedy posouzení medicínské, kterým se stanoví stupeň závislosti.

4.1 Sociální šetření

MPSV, odbor sociálních služeb, sociální práce a sociálního bydlení, vydalo Instrukci č. 5/2015, ve věci postupu při vykonávání sociálního šetření v rámci řízení o příspěvku na péči podle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů. Tato Instrukce upravuje způsob a průběh sociálního šetření, vztah mezi sociálním pracovníkem a žadatelem, obsah sociálního šetření včetně obsahu písemného záznamu ze sociálního šetření. (Instrukce č. 5/2015, s. 2)

V rámci řešení projektu *Využívání poznatků sociálního šetření v sociální práci se žadateli o příspěvek na péči*, vydal Výzkumný ústav práce a sociálních věcí Metodiku sociálního šetření v rámci řízení o příspěvku na péči (dále jen „Metodika“), která navazuje na Instrukci č. 5/2015. „*Metodika vznikla na základě poznatků získaných prostřednictvím výzkumu založeného na propojení aktuálních poznatků z praxe výkonu agendy PnP, názoru expertů z praxe a relevantních teorií sociální práce.*“ (Musil, 2015, s. 10) Jejím obsahem jsou podrobné postupy a doporučení při provádění šetření v rámci příspěvku na péči, od přípravy na šetření až po samotný výstup, tedy záznam ze sociálního šetření, a to s cílem sjednocení přístupů jednotlivých sociálních pracovníků.

„*Sociální šetření v rámci řízení o PnP je vymezeno v § 25 zákona 108/2006 Sb. a žadatel o PnP je dle § 21 odst. 1 písm. a) téhož zákona povinen se sociálnímu šetření podrobit, což zejména znamená, že žadatel je povinen umožnit sociálnímu pracovníkovi uskutečnit sociální šetření v jeho přirozeném prostředí (domácnosti, sociální službě, škole apod.).*“ (Musil, 2015, s. 11)

Současná právní úprava zákona o sociálních službách, a to s platností od 1.8.2016, v § 25 určuje, že pokud je žadatel o příspěvek na péči hospitalizován ve zdravotnickém zařízení lůž-

kové péče po dobu delší než 60 dnů, a to po celou dobu pro stejnou diagnózu, je možno provést po této době sociální šetření přímo ve zdravotnickém zařízení, a následně dokončit řízení o příspěvku na péči. (Zákon č. 108/2006 Sb.),

Sixtová (2015, s. 27-28) uvádí, že sociální šetření provedené sociálními pracovníky Úřadu práce ve věci řízení o příspěvku na péči je jedním z podkladů pro posuzujícího lékaře. Stejná autorka tamtéž popisuje, že „... *sociální pracovník by mohl za ideální situace být, když ne ‚prodlouženou rukou‘, tak ‚okem‘ či ‚předsunutým tykadlem‘ posuzujícího lékaře, ovšem pokud by k tomu měl vytvořeny adekvátní podmínky. ...*“ a dále zmiňuje navrhovaný průběh řízení o příspěvku na péči, který byl v záměru tvůrců zákona o sociálních službách, kdy sociální šetření by bylo prováděno až na zadání posudkového lékaře, který by po prostudování zdravotní dokumentace, zjistil skutečnosti, které by bylo třeba sociálním pracovníkem v průběhu sociálního šetření zjistit.

V současné době probíhá sociální šetření pro účely příspěvku na péči dle Musila (2015, s. 11) tak, že ve fázi před kontaktem s lékařskou posudkovou službou sociální pracovník zjišťuje a následně slovně podrobně popisuje, jak žadatel uspokojuje základní životní potřeby, popřípadě jak a v jakém rozsahu jsou mu zajištěny druhou osobou. Sociální pracovník tedy nehodnotí, zda základní životní potřeby zvládá nebo nezvládá, netvoří ani diagnózy, ale na základě své profesní odbornosti provádí vyhodnocení úrovně naplnění potřeb žadatele, hodnotí přiměřenost poskytované péče a s ohledem na konkrétní situaci žadatele nebo pečující osoby navrhuje případné další poskytnutí sociální pomoci. Výstupem sociálního šetření je písemný záznam ze sociálního šetření, který je podkladem pro vypracování posudku LPS OSSZ.

4.2 Posouzení stupně závislosti

„Stupeň závislosti osoby posuzuje okresní správa sociálního zabezpečení na základě žádosti krajské pobočky Úřadu práce. Součástí žádosti je písemný záznam o sociálním šetření a kopie žádosti osoby o příspěvek.“ (Králová, 2012, s. 58)

MPSV, odbor výkonu posudkové služby, vydalo Instrukci náměstkyně pro řízení sekce sociálně pojistných systémů č. 15/2016, ve věci posuzování zdravotního stavu pro účely zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů (posuzování stupně závislosti pro účely příspěvku na péči), (dále jen „Instrukce“). Tato Instrukce upravuje pracovní postupy LPS OSSZ, ČSSZ a PK MPSV při posuzování stupně závislosti pro účely PnP. (Instrukce náměstkyně pro řízení sekce sociálně pojistných systémů č. 15/2016)

LPS OSSZ postupují při posuzování stupně závislosti pro účely příspěvku na péči také dle procesních pravidel stanovených v Metodickém pokynu ředitele odboru posudkové služby pro posudkové komise MPSV (Posuzování stupně závislosti pro účely příspěvku na péči), který vydalo MPSV, odbor posudkové služby, který upravuje postupy posudkových komisí MPSV při posuzování stupně závislosti pro účely příspěvku na péči. (Metodický pokyn ředitele odboru posudkové služby pro posudkové komise MPSV, 2014)

Oba tyto dokumenty upravují v zásadě stejné postupy. Článek 3 Instrukce (Instrukce náměstkyně pro řízení sekce sociálně pojistných systémů č. 15/2016) definuje obecné zásady posuzování stupně závislosti, uvádí i podklady, ze kterých při posuzování vychází, když těmito podklady jsou: nález vydaný poskytovatelem zdravotních služeb ohledně zdravotního stavu posuzované osoby, výsledek sociálního šetření, lékařské nálezy a výsledky funkčních vyšetření posuzované osoby a výsledek vlastního vyšetření posuzujícího lékaře.

Základním předpokladem pro stanovení stupně závislosti je dle Instrukce (Instrukce náměstkyně pro řízení sekce sociálně pojistných systémů č. 15/2016) podmínka dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu a existence zdravotního postižení, které omezuje funkční schopnosti nutné pro zvládnání základních životních potřeb. Jedná se o kritérium dlouhodobosti a o kritérium nepříznivosti, které se zkoumá ve vztahu ke každé základní životní potřebě. V případě, že zdravotní postižení neomezuje funkční schopnosti nutné pro zvládnání jednotlivých základních životních potřeb, není naplněno kritérium nepříznivosti. Kritérium dlouhodobosti se zohledňuje po stabilizaci zdravotního stavu a funkčních schopností posuzované osoby, a také po adaptaci na zdravotní postižení, tedy době, kdy se osoba naučí zvládat příslušnou aktivitu náhradním způsobem, s facilitátory apod.

„... ČL. 4 odst. 4).... Nelze-li konstatovat DNZS, další skutečnosti se již neposuzují (neprovádí se hodnocení ZŽP). Do výrokové části posudkového závěru se uvede, že nejde o DNZS ve smyslu ZSS.

... ČL. 4 odst. 5).... Při zjištění DNZS vyhodnotí posudkový lékař informace o zdravotním stavu a informace obsažené v sociálním šetření ve vztahu k:

- a) funkčnímu dopadu DNZS na schopnost zvládat ZŽP,*
- b) existenci příčinné souvislosti mezi poruchou funkčních schopností z důvodu DNZS a pozbytím schopnosti zvládat ZŽP v přijatelném standardu a*
- c) přínosu ‚facilitátorů‘.“ (Instrukce náměstkyně pro řízení sekce sociálně pojistných systémů č. 15/2016)*

4.3 Rozhodnutí

Po posouzení dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu zašle OSSZ Krajské pobočce Úřadu práce stejnopis posudku o zdravotním stavu a posouzení stupně závislosti osoby, který zhodnocuje, jak uvádí Králová (2012, s. 58), základní životní potřeby, které osoba není schopna zvládat a podle výčtu základních životních potřeb určí stupeň závislosti, popř. rozhodnutí, že nejde o osobu, která se považuje za závislou na pomoci jiné osoby.

Na základě tohoto posudku, jak popisuje Králová (2012, s. 61), vyhotoví Krajská pobočka Úřadu práce, která vede řízení o příspěvku na péči, rozhodnutí o přiznání, ve kterém uvede základní životní potřeby, které osoba není schopna z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu zvládnout, výši příspěvku na péči, stupeň závislosti a jeho platnost. V případě, že dle posudku OSSZ nejde o osobu závislou na pomoci jiné osoby, vyhotoví Krajská pobočka Úřadu práce, která vede řízení o příspěvku na péči rozhodnutí o nepřiznání, když do odůvodnění popíše důvody, pro které nebyl stanoven OSSZ stupeň závislosti.

PRAKTICKÁ ČÁST

V předchozí části jsem teoreticky vymezila pojmy příspěvku na péči, zejména hodnocení základních životních potřeb a posuzování stupně závislosti na pomoci jiné osoby, při přiznání příspěvku na péči.

5. Cíl práce

Praktická část mé práce představí výsledky kvalitativního výzkumu provedeného se sociálními pracovníky Úřadu práce ČR, Krajské pobočky v Olomouci, působících na oddělení DOZP a PnP Kontaktního pracoviště Javorník, Kontaktního pracoviště Jeseník a jeho Detašovaného pracoviště Zlaté Hory.

Představí jejich pohled na posuzování základních životních potřeb a přiznávání stupně závislosti posudkovými lékaři Okresní správy sociálního zabezpečení v Jeseníku.

Prostřednictvím své práce bych chtěla nalézt odpověď na hlavní výzkumnou otázku:
Jakou důležitost má, dle názoru sociálních pracovníků Kontaktního pracoviště Javorník, Kontaktního pracoviště Jeseník a jeho Detašovaného pracoviště Zlaté Hory, provedené sociální šetření v řízení o příspěvku na péči, pro posudkové lékaře Okresní správy sociálního zabezpečení v Jeseníku při stanovení stupně závislosti?

6. Metodika práce

Pro účely své práce jsem zvolila kvalitativní výzkum, a to s ohledem na cíl práce a počet respondentů. „... *kvalitativní výzkum nelze chápat jako jednolitý, homogenní celek, nýbrž se jedná o paletu rozdílných postupů, které však vycházejí z jednoho základního principu – zkoumat určitý proces, fenomén ad. v přirozených podmínkách, snažit se mu porozumět a vytvořit pokud možno jeho komplexní obraz.*“ (Reichel, 2009, s. 62)

Cílem výzkumu bylo zjistit názory sociálních pracovníků na Úřadu práce, zda při posuzování základních životních potřeb OSSZ, vychází posudkoví lékaři také z provedeného šetření v řízení o příspěvku na péči, popř. zda k němu alespoň přihlíží.

6.1 Výzkumný vzorek

Jak jsem již uvedla v úvodu mé práce, na Úřadu práce v Jeseníku pracuji již pátým rokem, s kolegy vykonávající agendu příspěvku na péči, se denně setkávám a při přípravě výzkumu a samotné realizaci mi vyšli vstříc.

V první fázi výzkumu jsem jako výzkumný vzorek chtěla použít pouze kolegy z Kontaktního pracoviště Jeseník, kde sociální šetření pro účely příspěvku na péči a jeho agendu vykonávají tři sociální pracovníci. Posuzování zdravotního stavu pro účely příspěvku na péči pro Kontaktní pracoviště Jeseník provádí dva posudkoví lékaři OSSZ v Jeseníku. Tito lékaři jsou však místně příslušnými i pro Kontaktní pracoviště Javorník a Detašované pracoviště Zlaté Hory. Z tohoto důvodu jsem se tedy rozhodla oslovit pro svůj výzkum i sociální pracovníky obou uvedených pracovišť Úřadu práce.

Zvolila jsem tedy metodu totálního výběru. „*Výběr jednotlivých zkoumaných případů se orientuje na jejich rovnoměrné zastoupení v jednotlivých bodech výběrové struktury. Za určitých okolností lze provést totální výběr, pokud je počet objektů malý (např. provedeme rozhovor se všemi pracovníky zkoumané instituce.)*“ (Hendl, 2005, s. 151)

Rozsah výzkumného vzorku tedy činil 6 respondentů. Ve výzkumu označení anonymně R1 až R6. Označení blíže popsáno v následující kapitole 6.2.

6.2 Sběr dat

Pro svůj výzkum jsem jako cestu k získání informací využila dotazování. Tento způsob popisuje Reichel (2009, s. 99-100) jako vhodný pro sociální výzkum, kdy kladení otázek pro-

bíhá formou rozhovoru nebo dotazníku. Také Hendl (2005, s. 161) uvádí tyto metody jako vhodné pro kvalitativní výzkum při zjištění, co si lidé myslí.

Při rozhodování, zda využít rozhovor nebo dotazník jsem se přiklonila k formě dotazníku, a to z důvodu snadné a rychlé administrace. Přihlédla jsem zejména k pracovní vytíženosti všech zúčastněných, kdy dohodnutí termínu individuálně s každým účastníkem a následná realizace rozhovoru by byla složitá a časově náročná. Před zahájením výzkumu jsem osobně kontaktovala sociální pracovníky Kontaktního pracoviště Jeseník, a telefonicky pak pracovníky Kontaktního pracoviště Javorník a Detašovaného pracoviště Zlaté Hory, zda by pro ně byla taková forma žádoucí. Všichni tuto volbu dotazníkového šetření uvítali.

Aby výzkum odpověděl na výzkumnou otázku, bylo třeba vytvořit dotazník formou jak polouzavřených otázek, tak otázek otevřených, které dle Skutila (2011, s. 83) dávají možnost respondentovi k jeho vysvětlení dané odpovědi a neomezují jeho vyjádření.

K administraci dotazníků jsem využila pracovní e-mail každého respondenta, průvodním dopisem představila cíl své práce a zmínila anonymitu dotazníků. V závěru jsem poděkovala všem respondentům za účast a požádala o navrácení vyplněných dotazníků během 14-ti dnů. Tento e-mail byl respondentům zaslán v druhé polovině měsíce května letošního roku.

Přílohou e-mailu byl dokument se samotným dotazníkem, do kterého respondenti odpovědi dopisovali a následně mi ho, jako přílohu e-mailu, vrátili. Podle časové návratnosti dotazníků jsem přiřadila respondentům označení R1 až R6. Návratnost dotazníků byla 100 %.

Celý text dotazníku je uveden v příloze č. 3 této bakalářské práce.

7. Metody zpracování výzkumu

„Způsoby třídění a vyhodnocování kvalitativních údajů jsou různorodé jako tyto údaje samy.“ (Reichel, 2009, s. 164)

Při analýze a zpracování dotazníků jsem postupovala dle Skutila (2011, s. 216-233), který způsob zpracování kvalitativního výzkumu rozděluje na jednotlivé dílčí operace, které mnohdy probíhají současně. Pro svou práci jsem využila zejména následující postupy:

- Segmentace

V dodaných dotaznících bylo třeba některé získané odpovědi redukovat. V rozsáhlých odpovědích jsem proto barevně zvýraznila úseky, které měly význam pro výzkumnou otázku. Odlišnou barvou jsem pak zvýraznila zajímavé poznatky a informace, které sice neměly vliv na výzkumnou otázku, nicméně v závěrečném zhodnocení celé práce bych je ráda zmínila.

- Kódování

Jednotlivým segmentům, zejména u rozsáhlejších odpovědí, jsem následně přidělila kódy, dle uvedeného vzorce:

Otázka č. 1 praxe (1)

Otázka č. 2 hodnocení osob (2/1), důvod (2/2)

Otázka č. 3 využití metodiky (3/1), přínos metodiky (3/2), negativa metodiky (3/3)

Otázka č. 4 akceptuje LPS šetření (4/1), sporné ZŽP (4/2)

Otázka č. 5 závěry LPS dle zákona a vyhlášky (5/1), důvod (5/2)

Otázka č. 6 důležitost záznamu ze SŠ (6)

Otázka č. 7 hlavní podklad (7)

zajímavé poznatky a informace (8)

- Grafické a tabelární zobrazování

Pro zpřehlednění vybraných segmentů jsem si vytvořila tabulku, která obsahovala v řádcích výčet otázek a jejich zjednodušené označení a ve sloupcích pak jednotlivé respondenty. Jednotlivé kódem označené segmenty jsem následně zanesla do tabulky. Zobrazení výsledných dat uvedeno v tabulce č. 6 Zobrazení zjištěných dat 1. část a 2. část.

- Interpretace zkoumaných dat

„Popis třídění dat a jejich dalších analýz, komentáře tabulek, grafů a provedených operací ad. představuje prezentaci dat. Výklad zjištěných výsledků (vysvětlení co znamenají, co z nich vyplývá, jaké závěry a jaká opatření atd.) je interpretací dat. Tyto dvě roviny práce s daty se ale v analýzách kvalitativních neodlučitelně prolínají.“ (Reichel, 2009, s. 169)

Tabulka č. 6 Zobrazení zjištěných dat 1. část

OTÁZKA	R1	R2	R3
č.1 <u>praxe (1)</u>	<u>od 1.1.2012 resp. 1/2012</u>	<u>od 1.1.2007</u>	<u>před 1.1.2007</u>
č. 2 <u>hodnocení osob (2/1)</u>	<u>nelze porovnat</u>	<u>od 1.1.2012</u>	<u>od 1.1.2012</u>
<u>důvod (2/2)</u>	<u>s ohledem na praxi</u>	<u>lépe se popisují potřeby</u> <u>větší vypovídající hodnota</u> <u>klient se může vyjádřit</u>	<u>výhrada k termínu „každodennost“ u dospělých (8)</u>
č. 3 <u>využití metodiky (3/1)</u>	<u>částečné využití spíše individuální přístup</u>	<u>ano, také psychomotorický vývoj dětí OSSZ</u>	<u>částečné využití</u>
<u>přínos metodiky (3/2)</u>		<u>rozepsány úkony, dle nich klade otázky při šetření</u>	
<u>negativa metodiky (3/3)</u>	<u>zbytečná složitost</u>	<u>nezohledňuje šetření ve zdravotnickém zařízení, není objektivní (8)</u>	<u>zbytečné zjišťování osobních a rodinných záležitostí, nejde o zdravotní stav</u>
č. 4 <u>akceptuje LPS šetření (4/1)</u>	<u>zjištěné skutečnosti vyvracejí dle lékařské zprávy (nebývá ale aktuální)</u>	<u>akceptují dle toho, jak se jim hodí pro nižší stupeň</u>	<u>neakceptují v plném rozsahu, někdy vůbec, někdy co je jim hodí</u>
<u>sporné ZŽP (4/2)</u>	<u>mobilita, stravování, oblékání, tělesná hygiena, péče o zdraví</u>	<u>orientace, stravování, péče o zdraví, výkon fyziologické potřeby</u> <u>posuzování ZŽP při duševním onemocnění (8)</u>	<u>mobilita, stravování, komunikace</u>
č. 5 <u>závěry LPS dle zákona a vyhl. (5/1)</u>	<u>často nejsou</u>	<u>nejsou</u>	<u>nejsou</u>
<u>důvod (5/2)</u>	<u>nestačí 1 aktivita, při rozporu mezi SŠ a lékařskou zprávou by měl PL provést vlastní vyšetření</u>	<u>nestačí 1 aktivita, rozpor ve zvládnutí „v přijatelném standardu“ (8)</u>	<u>často sjednocují aktivity ze dvou potřeb do jedné potřeby</u>
č. 6 <u>důležitost záznamu ze SŠ (6)</u>	<u>spíše okrajový</u>	<u>PL si záznam přečte a vybere, co pokládá za důležité</u>	<u>rozhodně není</u>
č. 7 <u>hlavní podklad (7)</u>	<u>lékařské zprávy</u>	<u>lékařské zprávy</u>	<u>lékařské zprávy</u>

Tabulka č. 6 Zobrazení zjištěných dat 2. část

OTÁZKA	R4	R5	R6
č.1 praxe (1)	<u>od 1.1.2007</u>	<u>od 1.1.2012 resp. 4/2017</u>	<u>Od 1.1.2012 resp. 12/2014</u>
č. 2 <u>hodnocení osob (2/1)</u>	<u>od 1.1.2012</u>	<u>nelze porovnat</u>	<u>nelze porovnat</u>
<u>důvod (2/2)</u>	<u>lépe se popisují jsou více individuální</u>	<u>s ohledem na praxi</u>	<u>s ohledem na praxi</u>
č. 3 <u>využití metodiky (3/1)</u>	<u>ano, také psychomotorický vývoj dětí OSSZ</u>	<u>ano</u>	<u>ano</u>
<u>přínos metodiky (3/2)</u>		<u>zejména na při začátcích</u>	
<u>negativa metodiky (3/3)</u>	<u>nezohledňuje šetření ve zdravotnickém zařízení (8)</u>		<u>bez výhrad</u>
č. 4 <u>akceptuje LPS šetření (4/1)</u>	<u>akceptují, ale neuznají při jedné neovládnuté aktivitě (5/2)</u>	<u>s ohledem na praxi nelze objektivně hodnotit</u>	<u>ano, akceptuje</u>
<u>sporné ZŽP (4/2)</u>	<u>péče o zdraví a hygiena (zejména duš. nemocných) (8), stravování, oblékání, orientace</u>	<u>posuzování ZŽP při duševním onemocnění (8)</u>	<u>posuzování ZŽP při duševním onemocnění (8)</u>
č. 5 <u>závěry LPS dle zákona a vyhl. (5/1)</u>	<u>ne vždy</u>	<u>ano</u>	<u>ano</u>
<u>důvod (5/2)</u>	<u>uznají potřebu jen při nezvládnutí všech aktivit, DNZS neuznají při době kratší než 1 rok při progresivních onemocnění</u>		
č. 6 <u>důležitost záznamu ze SŠ (6)</u>	<u>je vedlejší</u>	<u>pouze dokreslující</u>	<u>není</u>
č. 7 <u>hlavní podklad (7)</u>	<u>lékařské zprávy</u>	<u>lékařské zprávy</u>	<u>lékařské zprávy</u>

8. Výsledky výzkumu

V této kapitole jsou shrnuta získaná data, která jsem po provedené analýze výzkumem získala. Některé otázky v dotazníku respondenti nerozvedli tak, jak jsem očekávala, přesto jsem získala informace potřebné ke zpracování výzkumu.

Otázkou č. 1 „*Jak dlouho se zabýváte agendou příspěvku na péči?*“ jsem zjistila délku praxe zúčastněných respondentů.

Nejdéle, tedy ještě před právní úpravou platnou od 1.1.2007, vykonává praxi jeden respondent (R3). Dva respondenti (R2, R4) se začali zabývat agendou nově vzniklého příspěvku na péči, a tedy i provádět sociální šetření, od 1.1.2007. Zbývající tři respondenti nastoupili na agendu příspěvku na péči až po tzv. sociální reformě, tedy po roce 2012 (R1 od 1/2012, R6 od 12/2014 a R5 od 4/2017).¹

Jak již bylo uvedeno v teoretické části², posuzování stupně závislosti prošlo dvěma zásadními změnami. Otázka č. 2 „*Jakou právní úpravu příspěvku na péči ve smyslu posouzení stupně závislosti, shledáváte objektivnější pro hodnocení osob závislých na pomoci a proč?*“ byla tedy zodpovězena pouze třemi respondenty, kteří mohli s ohledem na dobu praxe změnu hodnotit, a to R2, R3 a R4. Všichni tři ale shodně odpověděli, že objektivnější pro posouzení stupně závislosti je právní úprava od 1.1.2012, tedy úprava platná doposud.

Všichni tři dále důvod své odpovědi rozepsali. Dva respondenti (R2 a R4) téměř shodně zdůvodnili svou odpověď tak, že stávající hodnocení základních životních potřeb se v šetření lépe popisuje, je více individuální, má větší vypovídající hodnotu.

Třetí respondent (R3) zdůraznil výhradu k termínu „každodennost“³ u dospělých, kdy PL některé aktivity neuznává jako nutné každodenní. Jako příklad z praxe uvedl klienta, diabetika, inkontinentního, po amputaci dolní končetiny na vozíku, a právě u tohoto klienta PL neuznal aktivitu celkovou hygienu, s odůvodněním, že celková koupel není každodenní úkon.

¹ Tyto tři etapy vývoje příspěvku na péči jsou blíže popsány v teoretické části této práce, v kapitole 1.2.

² v podkapitolách 1.2.2 a 1.2.3

³ Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů, § 8 odst. 2 poslední věta „...a vyžaduje každodenní pomoc, dohled nebo péči jiné fyzické osoby.“

Na otázku č. 3 „*Provádíte sociální šetření za pomoci Metodiky sociálního šetření v rámci řízení o příspěvku na péči, vydanou Ministerstvem práce a sociálních věcí ČR?*“ odpověděli všichni respondenti kladně.

R1 a R3 svou odpověď specifikovali na částečné využití, když spíše preferují individuální přístup ke klientovi.

R2 a R4 při odpovědi zmínili ještě přílohu Instrukce OSSZ – psychomotorický vývoj dítěte⁴, který vždy při šetření u dětí využívají.

Pokud jde o negativa Metodiky, R1 zmínil její zbytečnou složitost, R3 zbytečné zjišťování osobních a rodinných záležitostí, když se při posuzování hodnotí striktně zdravotní stav.

R2 a R4 shodně upozornili na skutečnost, že Metodika nezohledňuje a neupravuje sociální šetření prováděné ve zdravotnickém zařízení, i když tuto možnost zákon ukládá.⁵ Sociální šetření v době hospitalizace je, dle jejich názoru, velmi neobjektivní, neboť, jak uvádí R2 „... je obtížné popsat zvládání základních životních potřeb, jelikož je klient ve zdravotnickém zařízení neprovádí, např. péče o domácnost, hygiena, příprava jídla, přenos jídla do místa konzumace, to mají všechno v zařízení nachystané.“ Oba respondenti ale spatřují v šetření v době hospitalizace velkou výhodu pro klienty, pro které je návrat do domácího prostředí složitý či nemožný. Přiznaný PnP během hospitalizace klientovi usnadní zajištění pečovatelské služby do domácnosti, popřípadě umístění do zařízení sociálních služeb.

Otázku č. 4 „*Akceptují, dle Vašeho názoru, posudkoví lékaři Okresní správy sociálního zabezpečení při hodnocení zvládání základních životních potřeb skutečnosti zjištěné na provedeném sociálním šetření sociálních pracovníků Úřadu práce?*“ zodpověděli respondenti rozdílně.

R6 si myslí, že ano. R5 uvedl, že s ohledem na krátkou praxi nemůže posoudit.

R4 zastává názor, že akceptují, ovšem v případě, kdy je v šetření popsána jen jedna ne-zvládnutá aktivita z životní potřeby, PL celou potřebu neuzná jako nezvládnutou.

R3 si myslí, že skutečnosti zjištěné při sociálním šetření PL buď neakceptuje v plném rozsahu, nebo vůbec, nebo „...co se jim hodí“. Také R2 ze své zkušenosti poukázal na skuteč-

⁴ Příloha č. 2 této bakalářské práce - Psychomotorický vývoj dítěte pro hodnocení ZŽP

⁵ Blíže popsáno v podkapitole 4.1

nost, že se PL přikloní k sociálnímu šetření v případě přiznání nižšího stupně, jinak taktéž „...*jak se jim hodí*“. R1 uvedl, že zjištěné skutečnosti PL vyvrací na základě lékařských zpráv, které ale mnohdy nejsou aktuální.

Jako nejvíce spornou ZŽP uvedli čtyři respondenti (R1, R2, R3 a R4) potřebu stravování, a to zejména u imobilních klientů, kteří si stravu nepřemístí do místa konzumace, ovšem PL odůvodní neuznání potřeby tím, že se klient zvládne najíst. R4 uvedl příklad diabetického klienta se zrakovým postižením, který si musí hlídat množství cukru v potravinách, kdy u tohoto klienta PL potřebu stravování neuznal s odůvodněním, že neschopnost rozeznávat zrakem byla uznána v potřebě orientace. Z odpovědi R3 bylo zřejmé rozhořčení při posuzování potřeby stravování u osoby na vozičku: „...*LPS tvrdí, že si jídlo do místa konzumace převezou na vozíku (???) – viděli někdy vozičkáře (???)*“

Druhou nejvíce spornou byla potřeba péče o zdraví. Zajímavý příklad z praxe uvedl R2: „... *pokud má klient močový katetr, posoudí lékař OSSZ jako nezvládnutou ZŽP péče o zdraví, ale už nezhodnotí jako nezvládnutou pomoc při výkonu fyziologické potřeby, i přesto, že sáček musí někdo vylévat, tedy uklízet – klient nevykonává potřebu běžným, standardním způsobem a potřebu nereguluje. Dle mého názoru už toto spadá do výkonu fyziologické potřeby, toto neuznávají, tento člověk by tedy měl být uznán ve dvou potřebách.*“

Další výčet sporných potřeb uvádí tabulka č. 7. V tabulce nejsou uvedeni R5 a R6, kteří neměli výhrady k žádné základní životní potřebě, ovšem oba shodně zastávají názor, že je sporné posuzování osob s dušením onemocnění, tento názor zastávají i R2 a R4.

Tabulka č. 7 Sporné základní životní potřeby

	R1	R2	R3	R4
mobilita	X			
orientace		X		X
komunikace			X	
stravování	X	X	X	X
oblékání	X			X
tělesná hygiena	X			X
fyziologická potřeba		X		
péče o zdraví	X	X		X
osobní aktivity				
péče o domácnost				

Na otázku č. 5 *„Jsou, dle Vašeho názoru, závěry posudkových lékařů Okresní správy sociálního zabezpečení při stanovení stupně závislosti v souladu se zákonem č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů a s vyhláškou č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách?“* odpověděli R6 a R5 kladně.

Oproti tomu R4 si myslí, že ne vždy, a jako příklad uvedl neuznání potřeby při nezvládnutí jen jedné aktivity. Také hodnocení DNZS je dle jeho názoru v rozporu, kdy PL neuzná DNZS při době kratší než 1 rok při progresivním nevyhlášením onemocnění, kdy je předpoklad, že DNZS bude trvat.

Nesoulad mezi závěry PL a právní úpravou uvedli také R1, R2 i R3, kdy R1 a R2 mají zkušenosti s neuznáním potřeby při nezvládnutí jen jedné aktivity, R3 stejný názor ještě rozvedl *„... když jednu aktivitu uznají jako nezvládnutou v jedné potřebě, podobnou neuznají v jiné potřebě.“*

Další nesoulad uvedl R2 ve zvládnutí v přijatelném standardu, kdy jako příklad z praxe popsal potřebu stravování u klienta o dvou berlích, který si *„...jídlo nepřenesse do místa konzumace, podle OSSZ by to zvládnout měl, ale jak, dokopat si talíř před sebou? To není přijatelný standard.“*

R1 svou odpověď doplnil o názor, že pokud PL shledá rozdíl mezi lékařskou zprávou a záznamem ze sociálního šetření, měl by klienta pozvat a provést vlastní šetření, to ale PL nedělá.

Téměř shodné odpovědi byly zjištěny u otázky č. 6 *„Je záznam z Vámi provedeného sociálního šetření, dle Vašeho názoru, jedním z hlavních podkladů pro posudkové lékaře Okresní správy sociálního zabezpečení při posuzování stupně závislosti?“* R1 uvedl, že spíše okrajový, R5 pak použil výraz dokreslující a R4 vedlejší. R2 zastává názor, že si PL záznam přečte a pouze vybere, co pokládá za důležité. R3 a R6 uvedli jednoznačně, že není.

V závěrečné otázce č. 7 *„Jaké podklady, dle Vašeho názoru, jsou stěžejní pro posudkové lékaře Okresní správy sociálního zabezpečení při posuzování stupně závislosti?“* se všichni respondenti shodli, že lékařské zprávy.

9. Diskuse

Záměrem výzkumu bakalářské práce bylo zjistit názory sociálních pracovníků agentury příspěvku na péči na posuzování základních životních potřeb a následného přiznávání stupně závislosti posudkovými lékaři, a to v souvislosti s jejich provedeným sociálním šetřením.

S ohledem na cíl práce jsem zvolila kvalitativní výzkum. V první fázi výzkumu jsem měla v úmyslu jako zkoumaný vzorek využít tři sociální pracovníky Úřadu práce, kteří pracují na Kontaktním pracovišti Jeseník, a pro účely příspěvku na péči rovněž provádějí sociální šetření. Vzhledem k tomu, že OSSZ Jeseník, která hodnotí základní životní potřeby pro účely příspěvku na péči, a to prostřednictvím dvou posudkových lékařů, je místně příslušná i pro Kontaktní pracoviště Javorník a současně Detašované pracoviště Zlaté Hory, rozhodla jsem se do výzkumného vzorku zařadit i sociální pracovníky obou těchto pracovišť. Dalo by se tedy shrnout, že jako výzkumný vzorek jsem použila všechny sociální pracovníky agentury příspěvku na péči pro oblast Jesenicko.

Jako výzkumnou metodu jsem, především s ohledem na pracovní vytížení samotných respondentů, zvolila dotazníkové šetření. Dotazníky jsem rozeslala elektronicky, jako přílohu průvodního dopisu, ve kterém jsem představila cíl své práce. Po navrácení dotazníků jsem přistoupila k další fázi výzkumu, tedy jejich zpracování a analýze.

Již při prvotním prozkoumání všech vrácených dotazníků mi bylo zřejmé, že zvolená forma dotazníkového šetření nebyla, pro zjištění názorů, úplně optimální. I když byl dotazník sestaven sedmi otázkami, z nichž některé měly ještě uvedeny podotázky, nebyly všechny odpovědi u některých respondentů rozvedeny tak, jak bych očekávala. Z tohoto důvodu by zřejmě bylo vhodnější provést šetření polostrukturovaným rozhovorem s každým respondentem zvlášť, abych mohla případné stručné odpovědi respondenta další otázkou lépe rozvést. Zajímavou metodou pro získání potřebných dat by bylo také skupinové interview, které je dle Hendla (2005, s. 183-184) určeno pro skupinu šesti až osmi lidí, kteří mají společné téma a v rámci společného rozhovoru se zaměřují na nejdůležitější témata. Tato metoda by však byla, s ohledem na pracovní vytížení všech zúčastněných, velmi složitě realizovatelná.

Lze ale konstatovat, že zvolenou dotazníkovou metodou se mi podařilo získat informace, které byly potřeba k naplnění cíle výzkumu, tedy k zodpovězení výzkumné otázky.

Po provedené analýze získaných dat, při které jsem nejprve z odpovědí vybrala segmenty, které byly důležité pro výzkumnou otázku, a tyto jsem následně vkládala do předem připravené tabulky⁶, jsem přistoupila k vyhodnocení výsledků provedeného šetření.

Výzkumu se zúčastnilo šest sociálních pracovníků, z toho jeden s praxí před vznikem samotného příspěvku na péči, dva pracovníci prováděli šetření v obou právních úpravách příspěvku na péči, tedy od jeho vzniku doposud, a tři zahájili praxi až v nové právní úpravě platné doposud. Výzkumný vzorek byl tedy, dle Skutila (2011, s. 73) širokospektrální s maximální variantností.

Všichni tři sociální pracovníci, kteří měli možnost provádět sociální šetření jak při hodnocení 36 úkonů péče o vlastní osobu a úkony soběstačnosti, tak při současném hodnocení 10 základních životních potřeb (resp. 9 u dětí), se shodli na tom, že pro posouzení stupně závislosti se jim jako více objektivnější jeví současná právní úprava. Hodnocení základních životních potřeb se jim v šetření lépe popisuje, má větší vypovídající hodnotu a je více individuální. Zajímavým postřehem byla výhrada jednoho sociálního pracovníka k termínu „každodennost“, a to zejména při hodnocení některých potřeb u dospělých. Dle jeho názoru, kdy současně uvedl i příklady ze své praxe, posudkový lékař některé aktivity neuznává jako nutné každodenní, i když jde o aktivity vymezené vyhláškou.⁷

K další diskuzi by bylo, zda skutečně některé aktivity nesvádí k tomu, aby je posudkový lékař odůvodnil, že se nejedná o aktivity každodenní, při které osoba „...vyžaduje každodenní pomoc, dohled nebo péči jiné fyzické osoby.“ (Zákon č. 108/2006 Sb.)

Pro sjednocený přístup jednotlivých sociálních pracovníků byla vydána Metodika sociálního šetření v rámci řízení o příspěvku na péči.⁸ Všichni dotazovaní sociální pracovníci jsou s metodikou seznámeni a k práci ji používají. Dva specifikovali svou odpověď na částečné využívání, kdy preferují spíše individuální přístup.

⁶ Tabulka č. 6 Zobrazení zjištěných dat 1. část a 2. část

⁷ Příloha č. 1, vyhlášky č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů

⁸ Blíže popsána v podkapitole 4.1 odst. 2

Dalším zajímavým postřehem byl názor dvou sociálních pracovníků, kteří zmínili možnost provádět sociální šetření ještě v době hospitalizace⁹, a jako negativum Metodiky uvedli skutečnost, že neupravuje sociální šetření prováděné ve zdravotnickém zařízení. Ovšem tato změna nabyla účinnosti až 1.8.2016 a uvedená Metodika byla vydána v roce 2015, tudíž lze předpokládat, že postup při provádění šetření ve zdravotnickém zařízení upravovat nebude.

Nicméně možnost provádět sociální šetření v době hospitalizace oba sociální pracovníci hodnotí jako pozitivum, kdy přiznání příspěvku na péči ještě v době pobytu ve zdravotnickém zařízení napomůže zajistit potřebnou pomoc ihned po návratu do domácího prostředí, popř. usnadní umístění klienta do zařízení sociálních služeb. Ovšem jako negativum vnímají to, že sociální šetření ve zdravotnickém zařízení je neobjektivní, jelikož některé základní životní potřeby nelze objektivně popsat, a to s ohledem na skutečnost, že většinu z nich klient ve zdravotnickém zařízení sám neprovádí (např. aktivity spojené se stravováním, jako přenos jídla do místa konzumace, aktivity spojené s tělesnou hygienou a s péčí o zdraví, aktivity spojené s péčí o domácnost), nebo je provádí za pomoci „facilitátorů“, které má zdravotnické zařízení k dispozici, a které pak v domácím prostředí nemá možnost využívat (pomůcky usnadňující aktivity spojené s mobilitou, výkonem fyziologické potřeby).

K dalšímu zamyšlení by tedy mohlo být, zda tato jistě pozitivní možnost provádět sociální šetření v době hospitalizace, vymezená v zákoně o sociálních službách s platností od 1.8.2016, si nezasloužila lepší uchopení, než přidáním jedné věty v § 25 odst. 1 a jedné věty v § 26 odst. 1 písm b).

Z odpovědí na otázku, zda skutečnosti zjištěné na provedeném sociálním šetření posudkoví lékaři akceptují, jsem došla k závěru, že ano, ovšem většina sociálních pracovníků zastává názor, že posudkový lékař si ze šetření vybere pouze ty skutečnosti, které se mu hodí.

Jako nejvíce spornou základní životní potřebu, posuzovanou posudkovými lékaři, hodnotili sociální pracovníci potřebu stravování, a to zejména u imobilních klientů. Sociální pracovníci se neztotožňují s názorem posudkových lékařů, kdy klient na vozíčku nebo klient, který používá při chůzi dvě francouzské hole, je schopen si přemístit stravu do místa konzumace. Z vlastní zkušenosti, kdy jsem tři měsíce po operaci kolene chodila za pomoci dvou francouz-

⁹ Blíže popsáno v podkapitole 4.1 odst. 5

ských holí, mohu říct, že přemístit si stravu do místa konzumace bylo bez pomoci jiné osoby nemožné. Rovněž si nedovedu představit, že bych jako osoba na vozíčku měla horkou polévku převézt do místa konzumace. Ovšem jako nestranný pozorovatel se musím zastat i samotných posudkových lékařů, kteří k hodnocení základních životních potřeb využívají svou Instrukci pro posuzování stupně závislosti pro účely příspěvku na péči,¹⁰ která uvádí: „*Naservírování stravy (přemístění stravy a nápoje z místa přípravy na místo konzumace) je možno realizovat nejen přenášením, ale i posouváním nebo např. převozem na servírovacím stolku nebo na invalidním vozíku. Tzn., že samotný údaj o používání 2 FH nebo invalidního vozíku nemusí podmiňovat neschopnost naservírovat stravu. Předpokladem k tomu však je zejména zachovaná funkce obou HKK (včetně rukou) a přiměřené duševní kompetence.*“ (Instrukce náměstkyně pro řízení sekce sociálně pojistných systémů č. 15/2016)

K podnětu by bylo, zda by uvedená Instrukce náměstkyně pro řízení sekce sociálně pojistných systémů č. 15/2016, kterou se řídí posudkoví lékaři a současně Metodika sociálního šetření v rámci řízení o příspěvku na péči, kterou se řídí sociální pracovníci, neměla sjednotit základní terminologii, aby nedocházelo ke shora popsaným sporům, jako např., co se rozumí pod pojmem *přijatelný standard*.

Zajímavým postřehem čtyř sociálních pracovníků bylo sporné posuzování osob s duševním onemocněním, kdy tyto osoby potřebují zvýšenou péči zejména ve „špatných obdobích“, což posudkoví lékaři nehodnotí jako dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav, a tudíž další skutečnosti již nehodnotí. Z názorů sociálních pracovníků vyplývá, že tyto osoby by mohly mít přiznán alespoň I. stupeň závislosti.

Velmi mě překvapila odpověď čtyř sociálních pracovníků, že závěry posudkových lékařů Okresní správy sociálního zabezpečení při stanovení stupně závislosti nejsou v souladu se zákonem o sociálních službách a s prováděcí vyhláškou. Častou zkušeností sociálních pracovníků je skutečnost, že posudkoví lékaři neuznají základní životní potřebu za nezvládnutou v případě, že klient není schopen zvládat jen jednu aktivitu z této potřeby. V tomto případě se však posudkových lékařů zastat nemohu, když i jejich Instrukce uvádí: „*K uznání neschop-*

¹⁰ Blíže popsána v podkapitole 4.2 odst. 2

nosti zvládat ZŽP z důvodu DNZS postačuje prokázání neschopnosti zvládat aspoň jednu z aktivit, která je pro schopnost zvládat ZŽP vymezena v příloze č. 1 k vyhlášce, a to bez ohledu na příčinu DNZS.“ (Instrukce náměstkyně pro řízení sekce sociálně pojistných systémů č. 15/2016)

Závěrečné odpovědi sociálních pracovníků na dvě poslední výzkumné otázky byly stručné, ovšem velmi jednoznačné. Sociální pracovníci zastávají názor, že záznam z provedeného sociálního šetření je pro posudkové lékaře spíše okrajový, a pro posuzování stupně závislosti je pro posudkové lékaře stěžejní lékařská zpráva praktického či odborného lékaře.

Lze tedy konstatovat, že provedeným výzkumem se podařilo nalézt odpověď na hlavní výzkumnou otázku: *„Jakou důležitost má, dle názoru sociálních pracovníků Kontaktního pracoviště Javorník, Kontaktního pracoviště Jeseník a jeho Detašovaného pracoviště Zlaté Hory, provedené sociální šetření v řízení o příspěvku na péči, pro posudkové lékaře Okresní správy sociálního zabezpečení v Jeseníku při stanovení stupně závislosti?“*, když bylo zjištěno, že **hlavním podkladem pro posudkové lékaře při posuzování stupně závislosti jsou lékařské zprávy a zpráva sociálních pracovníků o provedeném sociálním šetření je pro posudkové lékaře pouze doplňující.**

Závěr

V životě nás všech mohou nastat situace, kdy z důvodu nemoci, zdravotních komplikací, zdravotního postižení či znevýhodnění, budeme my sami nebo naši blízcí potřebovat finanční pomoc. V současné době lze pro zajištění této pomoci požádat o dávku příspěvku na péči ze systému nepojistných sociálních dávek, a to na místně příslušné pobočce Úřadu práce.

V teoretické části práce byl představen příspěvek na péči s vymezením důležitých pojmů. Dále byl stručně popsán jeho vývoj v čase s charakteristikou nejdůležitějších změn, včetně změn v jeho výši. V další samostatné podkapitole byl vysvětlen účel příspěvku na péči, tedy zajištění péče, s vymezením možností poskytování neformální, formální či sdílené péče, a vymezením poskytovatelů péče. Samostatná kapitola pak definovala podmínky nároku na příspěvek na péči, stupně závislosti, základní životní potřeby a jejich hodnocení, když samotné hodnocení základních životních potřeb a posuzování stupně závislosti bylo hlavním cílem výzkumu.

V závěru teoretické části bylo stručně popsáno, jak probíhá řízení o příspěvku na péči a jaké jsou základní podklady pro vydání rozhodnutí. Blíže bylo vymezeno samotné sociální šetření prováděné sociálními pracovníky Úřadu práce a posuzování stupně závislosti posudkovými lékaři Okresní správy sociálního zabezpečení.

Sociální pracovníci Úřadu práce, v rámci agendy příspěvku na péči, provádí sociální šetření, které by mělo být jedním z hlavních podkladů pro posudkové lékaře Okresní správy sociálního zabezpečení při hodnocení základních životních potřeb a následném posuzování stupně závislosti.

Cílem praktické části bakalářské práce bylo s pomocí kvalitativního výzkumu představit názory sociálních pracovníků Kontaktního pracoviště Javorník, Kontaktního pracoviště Jeseník a jeho Detašovaného pracoviště Zlaté Hory, na hodnocení základních životních potřeb a posuzování stupně závislosti v řízení o příspěvku na péči.

Z odpovědí sociálních pracovníků vyplynulo, že závěry z provedeného sociálního šetření a závěry posudkových lékařů nejsou a ani nemohou být v korelaci, jelikož Metodika, která byla vydána pro sociální pracovníky a Instrukce, která byla vydána pro posudkové lékaře, nemá jednotnou terminologii pro hodnocení schopnosti zvládat základní životní potřeby.

Hlavním cílem pak bylo zjistit, jakou důležitost má, dle názoru sociálních pracovníků Kontaktního pracoviště Javorník, Kontaktního pracoviště Jeseník a jeho Detašovaného pracoviště Zlaté Hory, provedené sociální šetření v řízení o příspěvku na péči, pro posudkové lékaře Okresní správy sociálního zabezpečení v Jeseníku při stanovení stupně závislosti.

Provedeným výzkumem bylo zjištěno, že zpráva sociálních pracovníků o provedeném sociálním šetření je pro posudkové lékaře pouze doplňující, když hlavním podkladem pro posudkové lékaře při posuzování stupně závislosti jsou lékařské zprávy.

Z analýzy výzkumu a následné diskuze vyplynuly následující otázky k zamyšlení:

- zda některé aktivity, které vymezují schopnosti zvládat základní životní potřeby, nesvádí k tomu, aby je posudkový lékař odůvodnil tím, že se nejedná o aktivity každodenní, při kterých je osobě poskytována *každodenní* pomoc, dohled nebo péče jiné osoby,
- zda si možnost provádět sociální šetření v době hospitalizace, vymezená v zákoně o sociálních službách s platností od 1.8.2016, nezasloužila lepší uchopení, než přidáním jedné věty v § 25 odst. 1 a jedné věty v § 26 odst. 1 písm b),
- zda by Instrukce náměstkyně pro řízení sekce sociálně pojistných systémů č. 15/2016, kterou se řídí posudkoví lékaři a současně Metodika sociálního šetření v rámci řízení o příspěvku na péči, kterou se řídí sociální pracovníci, neměla sjednotit základní terminologii, zejména aby nedocházelo k rozporům, jako např., co se rozumí pod pojmem *přijatelný standard*.

Tyto otázky by mohly být námětem pro rozšíření této práce v rámci dalšího studia.

Citovaná literatura

ČÁMSKÝ, Pavel, Jan SEMBDNER a Dagmar KRUTILOVÁ, 2011. *Sociální služby v ČR v teorii a praxi*. Vyd. 1. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0027-7.

HAŠKOVCOVÁ, Helena, 2002. *Lékařská etika*. 3., rozš. vyd. Praha: Galén. ISBN 80-726-2132-7.

HAŠKOVCOVÁ, Helena, 2010. *Fenomén stáří*. Vyd. 2., podstatně přeprac. a dopl. Praha: Havlíček Brain Team. Pyramida (Panorama). ISBN 978-80-87109-19-9.

HENDL, Jan, 2005. *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*. Vyd. 1. Praha: Portál. ISBN 80-736-7040-2.

KRÁLOVÁ, Jarmila a Eva RÁŽOVÁ, 2012. *Sociální služby a příspěvek na péči: komentář, právní předpisy ...* 4. aktualizované vydání. Olomouc: ANAG. Práce, mzdy, pojištění. ISBN 978-80-7263-748-5.

MATOUŠEK, Oldřich, 2007. *Sociální služby: legislativa, ekonomika, plánování, hodnocení*. Vyd. 1. Praha: Portál. ISBN 978-80-73-67-310-9.

MICHALÍK, Jan, 2008. *Smluvní vztahy v sociálních službách*. 1. vydání. Olomouc: Výzkumné centrum integrace zdravotně postižených. ISBN 978-80-903658-1-7.

MICHALÍK, Jan, 2009. *Poradenství pro uživatele sociálních služeb*. 4. doplněné a upravené vydání. Praha: NRZP ČR. ISBN 978-80-87181-03-4.

MICHALÍK, Jan, 2013. *Rodina pečující o člena se zdravotním postižením - kvalita života*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 978-80-244-3644-9.

REICHEL, Jiří, 2009. *Kapitoly metodologie sociálních výzkumů*. Vyd. 1. Praha: Grada. Sociologie (Grada). ISBN 978-80-247-3006-6.

SIXTOVÁ, Eva a Jarmila MATĚJČKOVÁ, 2015. Mýty a omyly spojené s příspěvkem na péči a jejich uvedení na pravou míru. *Národní pojištění: odborný měsíčník České správy sociálního zabezpečení*. **46**(1), 26-29. ISSN 0323-2395.

SKUTIL, Martin, 2011. *Základy pedagogicko-psychologického výzkumu pro studenty učitelství*. Vyd. 1. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-778-7.

Slovník sociálního zabezpečení 2015, 2015. Vydání první. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR. ISBN 978-80-7421-114-0.

VALENTA, Milan, 2015. *Slovník speciální pedagogiky*. Vydání první. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0937-9.

VIERECKL, Michael, Daniela LIDINSKÁ a Petra VOTOČKOVÁ, 2015. *Určitě si poradíte 2015: praktické rady pro životní situace, kdy potřebujete zdravotní a sociální služby*. Vydání první. Praha: FM solutions, a.s. ISBN 978-80-905989-4-2.

INSTRUKCE A METODIKY

Instrukce č. 5/2015: Postup při vykonávání sociálního šetření v rámci řízení o příspěvku na péči podle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů, 2015.

Ministerstvo práce a sociálních věcí. Dostupné také z:

https://www.mpsv.cz/files/clanky/21744/Instrukce_5-2015.pdf

Instrukce náměstkyně pro řízení sekce sociálně pojistných systémů č. 15/2016: Posuzování zdravotního stavu pro účely zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů (Posuzování stupně závislosti pro účely příspěvku na péči), 2016.

Ministerstvo práce a sociálních věcí. Dostupné také z:

https://www.mpsv.cz/files/clanky/28003/c.j._MPSV_2016-208532_Instrukce_NM_7___15-2016_Posuzovani_zdravotniho_stavu_pro_ucely_zakona_c._108-2006.pdf

Metodický pokyn ředitele odboru posudkové služby pro posudkové komise MPSV: Posuzování stupně závislosti pro účely příspěvku na péči, 2014. Ministerstvo práce a sociálních věcí.

Dostupné také z:

<https://www.mpsv.cz/files/clanky/19744/pokyn.pdf>

MUSIL, Libor, Jana HAVLÍKOVÁ, Olga HUBÍKOVÁ a Kateřina KUBALČÍKOVÁ, 2015. *Metodika sociálního šetření v rámci řízení o příspěvku na péči.* ©Výzkumný ústav práce a sociálních věcí, v.v.i. Dostupné také z:

https://www.mpsv.cz/files/clanky/25111/Metodika_socialniho_setreni_v_ramci_rizeni_o_prispevku_na_peci.pdf

INTERNETOVÉ ZDROJE

Karta neformální péče: aktivita č. 4 „Karty“ sociálních služeb, podpora procesů v sociálních službách, b.r. In: *Podporaprocessu.cz: sociální služby eektivně, transparentně, aktivně* [online]. [cit. 2018-05-09]. Dostupné z: <http://www.podporaprocessu.cz/wp-content/uploads/2013/01/Karta-neform%C3%A1ln%C3%AD-p%C3%A9%C4%8De.pdf>

Karta sociálních systémů (sKarta), b.r. In: *Sociální reforma: změny 2012* [online]. [cit. 2018-05-27]. Dostupné z: <http://socialnireforma.mpsv.cz/cs/3>

Příspěvek na péči: Řízení o přiznání příspěvku na péči, b.r. In: *Ministerstvo práce a sociálních věcí* [online]. [cit. 2018-05-29]. Dostupné z: <https://www.mpsv.cz/cs/8#pp>

Současná praxe dlouhodobé a přímé péče v EU a ČR: Formální dlouhodobá péče, b.r. In: *Portál inovací v sociální péči* [online]. [cit. 2018-05-29]. Dostupné z: <http://pecujeme.eracr.cz/pece-v-cr-a-v-eu/formalni-dlouhodob-a-pece/>

Stručný průvodce zákonem o sociálních službách, b.r. In: *Helpnet.cz: informační portál pro osoby se specifickými potřebami* [online]. [cit. 2018-05-24]. Dostupné z: <http://www.helpnet.cz/aktualne/strucny-pruvodce-zakonem-o-socialnich-sluzbach>

VOJÁČKOVÁ-KUNCOVÁ, Jarmila, 2005. Zvýšení důchodu pro bezmocnost: Jak mohou lékaři pacientům radit. *Medicína pro praxi* [online]. Solen s.r.o., **2005**(4), 179 [cit. 2018-05-24]. ISSN 1803-5310.

Dostupné z: <https://www.medicinapropraxi.cz/pdfs/med/2005/04/10.pdf>

LEGISLATIVNÍ DOKUMENTY

Vyhláška č. 505/2006 Sb.: kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů, 2006. In: *Sbírka zákonů*. částka 164, ISSN 1211-1244.

Zákon č. 108/2006 Sb.: o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů, 2006. In: *Sbírka zákonů*. částka 37, ISSN 1211-1244.

Seznam zkratek

ČR – Česká republika

ČSSZ – Česká zpráva sociálního zabezpečení

DNZS – dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav

FH – francouzské hole

HKK – horní končetiny

LPS – lékařská posudková služba

MPSV – Ministerstvo práce a sociálních věcí

OSSZ – Okresní zpráva sociálního zabezpečení

PK MPSV – posudková komise Ministerstva práce a sociálních věcí

PL – posudkový lékař

PnP a DOZP – příspěvek na péči a dávky pro osoby se zdravotním postižením

R1 – R6 – respondent 1 – respondent 6

SŠ – sociální šetření

ZŽP – základní životní potřeba

Seznam tabulek

- Tabulka č. 1 Hodnocení úkonů péče o vlastní osobu a úkony soběstačnosti
- Tabulka č. 2 Výše příspěvku na péči k 1.1.2007
- Tabulka č. 3 Vymezení schopností zvládat základní životní potřeby
- Tabulka č. 4 Výše příspěvku na péči k 1.1.2012
- Tabulka č. 5 Výše příspěvku na péči k 1.8.2016
- Tabulka č. 6 Zobrazení zjištěných dat 1. část
- Tabulka č. 6 Zobrazení zjištěných dat 2. část
- Tabulka č. 7 Sporné základní životní potřeby

Seznam příloh

- Příloha č. 1 Vymezení schopností zvládat základní životní potřeby
- Příloha č. 2 Psychomotorický vývoj dítěte pro hodnocení ZŽP
- Příloha č. 3 Dotazník

a) Mobilita

Za schopnost zvládat tuto základní životní potřebu se považuje stav, kdy osoba je schopna zvládat

1. vstávání a usedání,
2. stoj,
3. zaujímat a měnit polohy,
4. pohybovat se chůzí krok za krokem, popřípadě i s přerušováním zastávkami, v bytě a běžném terénu v dosahu alespoň 200 m, a to i po nerovném povrchu,
5. otevírat a zavírat dveře,
6. chůzi po schodech v rozsahu jednoho patra směrem nahoru i dolů,
7. nastupovat a vystupovat z dopravních prostředků včetně bariérových, a používat je.

b) Orientace

Za schopnost zvládat tuto základní životní potřebu se považuje stav, kdy osoba je schopna

1. poznávat a rozeznávat zrakem a sluchem,
2. mít přiměřené duševní kompetence,
3. orientovat se osobou, časem a místem,
4. orientovat se v přirozeném sociálním prostředí,
5. orientovat se v obvyklých situacích a přiměřeně v nich reagovat.

c) Komunikace

Za schopnost zvládat tuto základní životní potřebu se považuje stav, kdy osoba je schopna

1. vyjadřovat se srozumitelně mluvenou řečí a dorozumět se jejím prostřednictvím s jinými osobami v rozsahu běžné slovní zásoby odpovídající věku a sociálnímu postavení,
2. chápat obsah přijímaných a sdělovaných zpráv,
3. vytvářet rukou psanou krátkou zprávu,
4. porozumět všeobecně používaným základním obrazovým symbolům a zvukovým signálům,
5. používat běžné komunikační prostředky.

d) Stravování

Za schopnost zvládat tuto základní životní potřebu se považuje stav, kdy osoba je schopna

1. vybrat si ke konzumaci hotový nápoj a potraviny,
2. nalít nápoj,
3. rozdělit stravu na menší kousky a naservírovat ji,
4. najíst se a napít,
5. dodržovat stanovený dietní režim,
6. konzumovat stravu v obvyklém denním režimu,
7. přemístit nápoj a stravu na místo konzumace.

e) Oblékání a obouvání

Za schopnost zvládat tuto základní životní potřebu se považuje stav, kdy osoba je schopna

1. vybrat si oblečení a obutí přiměřené okolnostem,
2. rozeznat rub a líc oblečení a správně je vrstvit,
3. oblékat se a obouvat se,
4. svlékat se a zouvat se,
5. manipulovat s oblečením v souvislosti s denním režimem.

f) Tělesná hygiena

Za schopnost zvládat tuto základní životní potřebu se považuje stav, kdy osoba je schopna

1. použít hygienické zařízení,
2. dodržovat tělesnou hygienu, mýt si a osušovat si jednotlivé části těla,
3. provádět celkovou hygienu,
4. česat se, provádět ústní hygienu, holit se.

g) Výkon fyziologické potřeby

Za schopnost zvládat tuto základní životní potřebu se považuje stav, kdy osoba je schopna

1. včas používat WC,
2. zaujmout vhodnou polohu,
3. vyprázdnit se,
4. provést očistu,
5. používat hygienické pomůcky.

h) Péče o zdraví

Za schopnost zvládat tuto základní životní potřebu se považuje stav, kdy osoba je schopna

1. dodržovat stanovený léčebný režim,
2. provádět stanovené preventivní, léčebné a léčebně rehabilitační a ošetrovatelské postupy a opatření a používat k tomu potřebné léky nebo pomůcky,
3. rozpoznat zdravotní problém a v případě potřeby vyhledat nebo přivolat pomoc.

i) Osobní aktivity

Za schopnost zvládat tuto základní životní potřebu se považuje stav, kdy osoba je schopna

1. navazovat kontakty a vztahy s jinými osobami,
2. plánovat a uspořádat osobní aktivity,
3. styku se společenským prostředím,
4. stanovit si a dodržet denní program,
5. vykonávat aktivity obvyklé věku a prostředí, například vzdělávání, zaměstnání, volnočasové aktivity, vyřizovat své záležitosti.

j) Péče o domácnost

Za schopnost zvládat tuto základní životní potřebu se považuje stav, kdy osoba je schopna

1. nakládat s penězi v rámci osobních příjmů a domácnosti,
2. manipulovat s předměty denní potřeby,
3. obstarat si běžný nákup,
4. ovládat běžné domácí spotřebiče,
5. uvařit si jednoduché teplé jídlo a nápoj,
6. vykonávat běžné domácí práce, nakládat s prádlem, mýt nádobí,
7. obsluhovat topení,
8. udržovat pořádek.

Zdroj: (Instrukce náměstkyně pro řízení sekce sociálně pojistných systémů č. 15/2016)

1 rok až 2 roky		
	zvládá	nezvládá
Mobilita	samo se posadí a sedí jistě, vytáhne se do stoje, obchází postýlku, chodí kolem nábytku, začíná chodit, samostatně chodí	samo se neposadí, nevytáhne se do stoje, neudělá pár kroků s oporou
Orientace	rozdělí osoby blízké a cizí, obrací se za zvukem, sleduje očima, splní jednoduchý pokyn	nerozlišuje osoby blízké a cizí, neobrací se za zvukem, nesleduje očima
Komunikace	projevuje osobě blízké náklonnost, projevuje obavy z cizích lidí, dá najevo své přání jinak než pláčem, zdvojuje slabiky, bezvýznamně žvatlá, používá několik slov	neprojevuje osobě blízké náklonnost, neprojevuje obavy z cizích lidí, nedá najevo své přání jinak než pláčem, nežvatlá
Stravování	pokouší se o samostatné jídlo lžičkou	není schopno přijímat stravu způsobem věku obvyklým, potřeba speciální diety
Oblékání obouvání	samo se neoblékne ani neobuje	mimořádnou péči v tomto věku nelze hodnotit
Tělesná hygiena	hygienu samo nezvládá	mimořádnou péči v tomto věku nelze hodnotit
Výkon fyziologické potřeby	učí se vysazovat na nočník, samo ještě nezvládá	mimořádnou péčí je např. vybavování stolice, opakované cévkování, ošetřování stomie, ošetřování rozštěpových vad vývodných cest
Péče o zdraví	samo nedokáže pečovat o své zdraví	mimořádnou péčí je např. podávání medicíny, opakovaná rehabilitace, péče o patologické procesy na kůži apod.
Osobní aktivity	zajímá se o okolí a hračky	apatie

2 roky až 3 roky		
	zvládá	nezvládá
Mobilita	samostatně chodí, pobíhá, šplhá po schodech, s oporou chodí do i ze schodů	nechodí
Orientace	rozdělí osoby blízké a cizí, orientuje se na obličej i těle, obrací se za zvukem, sleduje očima	nerozlišuje osoby blízké, neobrací se za zvukem, nesleduje očima
Komunikace	umí cíleně používat alespoň 20 slov, tvoří věty minimálně o 2 slovech, splní několik pokynů	nemluví, neumí ani několik slov, nesplní pokyn
Stravování	jí lžičkou, pije z hrníčku (příliš nebryndá), řekne si o jídlo a pití	nejí lžičkou, nepije z hrníčku, neřekne si o jídlo a pití
Oblékání obouvání	samo se neoblékne ani neobuje, ke konci druhého roku věku se učí spolupracovat	mimořádnou péči v tomto věku nelze hodnotit
Tělesná hygiena	umyje si ruce	neumyje si ruce
Výkon fyziologické potřeby	vysazuje se na nočník, samo obvykle ještě plně nezvládá	mimořádná péče viz výše
Péče o zdraví	samo nedokáže pečovat o své zdraví	mimořádná péče viz výše
Osobní aktivity	hraje si mezi dětmi - ale ne s nimi, řadí kostky za sebou, chová panenku nebo medvídko	nehraje si

3 roky až 4 roky		
	zvládá	nezvládá
Mobilita	jistě chodí, do schodů a ze schodů chodí se střídáním nohou, umí kopat do většího míče	samostatně nechodí
Orientace	rozděljuje osoby blízké a cizí, orientuje se v bytě, řekne své jméno, ví, zda je kluk nebo holčička	nerozlišuje osoby blízké, neobrací se za zvukem, nesleduje očima
Komunikace	dobře rozumí mluvené řeči, mluví v jednoduchých větách, používá jednotné a množné číslo	nerozumí mluvené řeči, nemluví v jednoduchých větách
Stravování	samostatně se nají lžičkou	samostatně se nenají a nenapije, nepoužívá lžici
Oblékání obouvání	spolupracuje při vysvlékání a oblékání	nespolupracuje při vysvlékání a oblékání
Tělesná hygiena	umyje si a osuší si ruce	neumyje si a neosuší si ruce
Výkon fyziologické potřeby	zpravidla již nevyžaduje plenky, občasné selhání možné	neudrží stolici a moč, nutnost vybavování
Péče o zdraví	samo nedokáže pečovat o své zdraví	mimořádná péče viz výše
Osobní aktivity	sleduje hru ostatních dětí, přidává se k jednotlivým hrám, poslouchá pohádky, svoje hračky a věci si brání, maluje si po papíře	nehraje si, nesleduje hru ostatních dětí, nepřidává se k jednotlivým hrám

4 roky až 5 let		
	zvládá	nezvládá
Mobilita	chodí rovně, dodržuje směr, zvládá dětské prolézačky, poskakuje; na delší vzdálenosti se připouští kočárek nebo krosna	samostatně nechodí
Orientace	rozeznává den a noc, orientuje se v okolí domu, školky, poznává důvěrně známá místa	nerozlišuje osoby blízké, nerozeznává den a noc, neorientuje se v okolí domu, neobrací se za zvukem, nesleduje očima
Komunikace	mluví ve větách, používá minulý čas, hodně se ptá	nerozumí mluvené řeči, nemluví ani v jednoduchých větách
Stravování	samostatně jí a pije	samostatně se nenají a nenapije, nepoužívá lžici
Oblékání obouvání	oblékne si některé kusy oblečení, např. svetr, čepici; obuje si bačkůrky, sandálky, obuv na suchý zip	nespolupracuje při vysvlékání a oblékání ani na pokyn
Tělesná hygiena	umyje si obličej, ruce, čistí si zuby	neumyje si obličej a ruce, nečistí si zuby ani na pokyn
Výkon fyziologické potřeby	je suché ve dne i v noci, na provedení očisty dohlédne nebo ji provede druhá osoba	neudrží stolici a moč, nutnost vybavování, neumí použít WC
Péče o zdraví	samo nedokáže pečovat o své zdraví	mimořádná péče viz výše
Osobní aktivity	sleduje pohádky, hraje si v kolektivu, mluví s ostatními, má první kamarády, zvládá jednoduché hry, kreslí kruh, lidskou postavu kreslí bez trupu	nehraje si v kolektivu dětí, nestaví kostky, nečmárá

5 let až 6 let	
	zvládá
Mobilita	skáče na 1 noze, skáče do dálky, učí se jezdit na kole, v doprovodu chodí na procházky
Orientace	rozděluje domácí a vnější prostředí, chápe pojmy tma, světlo, brzo, rozeznává barvy a strany (levá/pravá)
Komunikace	má kamarády, při společné hře se dobrovolně podrobuje pravidlům, je schopno dělat to, co po něm dospělí chtějí, chlubí se, rádo vypráví a rozesmává ostatní
Stravování	samostatně jí a pije
Oblékání obouvání	pozná jednotlivé části oblečení, s dopomocí se oblékne
Tělesná hygiena	samo se umyje, učeše, čistí si zuby
Výkon fyziologické potřeby	zvládá úkon fyziologické potřeby, nutná dopomoc s očistou
Péče o zdraví	samo nedokáže pečovat o své zdraví do 12 let věku, mimořádná péče viz výše
Osobní aktivity	hraje si s dětmi, kreslí s detaily, s barevností a představivostí, lidskou postavu kreslí realisticky

6 let až 7 let	
	zvládá
Mobilita	zlepšují se dovednosti hrubé i jemné motoriky, pohyby jsou přesnější, účelnější, rychlejší a koordinovanější
Orientace	orientuje se již osobou, místem, částečně časem
Komunikace	správně se gramaticky vyjadřuje
Stravování	začíná jíst příborem
Oblékání obouvání	zvládá oblékání a obouvání, při výběru se připouští pomoc druhé osoby
Tělesná hygiena	samo se umyje, učeše, čistí si zuby, umyje si celé tělo za účasti druhé osoby
Výkon fyziologické potřeby	zvládá
Péče o zdraví	samo nedokáže pečovat o své zdraví do 12 let věku, mimořádná péče viz výše
Osobní aktivity	zapojuje se do kolektivních aktivit

7 let a více	
	zvládá
Mobilita	zvládá
Orientace	zvládá, trefí na známá místa
Komunikace	je hotový základní vývoj řeči, dítě je schopno odloučit se od rodiče, umí se podřídit jiné dospělé osobě (nejen rodičům), je schopno používat mobil, PC, učí se psát a zdokonaluje si psaní
Stravování	jí příborem
Oblékání obouvání	zvládá
Tělesná hygiena	zvládá
Výkon fyziologické potřeby	zvládá
Péče o zdraví	samo nedokáže pečovat o své zdraví do 12 let věku, mimořádná péče viz výše
Osobní aktivity	zvládá

DOTAZNÍK

OTÁZKA č. 1:

Jak dlouho se zabýváte agendou příspěvku na péči? (odpověď zvýrazněte podtržením)

- v době před 1.1.2007 (doposud)
 - v době od 1.1.2007 – 31.12.2011 (doposud)
 - v době od 1.1.2012 (doposud)
-

OTÁZKA č. 2:

Jakou právní úpravu příspěvku na péči, ve smyslu posouzení stupně závislosti, shledáváte objektivnější pro hodnocení osob závislých na pomoci a proč?

- schopnost zvládat úkony péče o vlastní osobu a úkony soběstačnosti (od 1.1.2007 do 31.12.2011)
- aktivity vymezené pro jednotlivé základní životní potřeby (od 1.1.2012)

ODPOVĚĎ:

OTÁZKA č. 3:

Provádíte sociální šetření za pomoci Metodiky sociálního šetření v rámci řízení o příspěvku na péči, vydanou Ministerstvem práce a sociálních věcí ČR?

- využíváte při šetření uvedenou metodiku
- je pro Vás tato metodika přínosem při prováděném šetření
- vnímáte v metodice něco, s čím se neztotožňujete

ODPOVĚĎ:

OTÁZKA č. 4:

Akceptují, dle Vašeho názoru, posudkoví lékaři Okresní správy sociálního zabezpečení při hodnocení zvládnutí základních životních potřeb skutečnosti zjištěné na provedeném sociálním šetření sociálních pracovníků Úřadu práce?

- které ZŽP shledáváte jako nejvíce sporné

ODPOVĚĎ:

OTÁZKA č. 5:

Jsou, dle Vašeho názoru, závěry posudkových lékařů Okresní správy sociálního zabezpečení při stanovení stupně závislosti v souladu se zákonem č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů a s vyhláškou č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách?

ODPOVĚĎ:

OTÁZKA č. 6:

Je záznam z Vámi provedeného sociálního šetření, dle Vašeho názoru, jedním z hlavních podkladů pro posudkové lékaře Okresní správy sociálního zabezpečení při posuzování stupně závislosti?

ODPOVĚĎ:

OTÁZKA č. 7:

Jaké podklady, dle Vašeho názoru, jsou stěžejní pro posudkové lékaře Okresní správy sociálního zabezpečení při posuzování stupně závislosti?

ODPOVĚĎ:

ANOTACE

Jméno a příjmení:	Alena Tomanová
Katedra:	Ústav speciálněpedagogických studií
Vedoucí práce:	prof. Mgr. PaedDr. Jan Michalík, Ph.D.
Rok obhajoby:	2018

Název práce:	Příspěvek na péči z pohledu sociálního pracovníka na Úřadu práce
Název v angličtině:	Allowance for care from the perspective of a social worker at the employment office
Anotace práce:	Bakalářská práce se zaměřuje na přiznávání příspěvku na péči, zejména na hodnocení základních životních potřeb. Teoretická část obsahuje vymezení pojmů, týkajících se příspěvku na péči, jeho vývoj v čase, vymezení péče samotné a poskytovatele péče. Dále jsou popsány podmínky nároku na příspěvek na péči, průběh řízení a podklady pro vydání rozhodnutí. Praktická část zahrnuje výsledky dotazníkového šetření, které bylo zaměřeno na názory sociálních pracovníků Úřadu práce, agentury příspěvku na péči, na přiznávání stupně závislosti posudkovými lékaři Okresní správy sociálního zabezpečení a jejich posuzování základních životních potřeb v návaznosti na provedené sociální šetření.
Klíčová slova:	Příspěvek na péči, základní životní potřeby, sociální šetření, sociální pracovník, posudkový lékař

Anotace v angličtině:	The bachelor thesis focuses on granting the care allowance, and especially on the assessment of the basic life needs. The theoretical part contains definitions of terms related to the care allowance, its development over time, the definition of the care itself and the definition of the care provider. Additionally, the conditions for the care allowance entitlement are described, together with the process and supporting documentation needed for the issue of the decision. The practical part includes results of the survey focused on the opinions of the Employment Office social workers, the care allowance agenda, on the granting of the dependency degree by the Medical Assessment Service of the Social Security Administration Office and their assessment of the basic life needs in connection with the survey conducted.
Klíčová slova v angličtině:	Allowance for care, basic necessities of life, social inquiry, social worker, Medical Assessment Service
Přílohy vázané v práci:	Vymezení schopností zvládat základní životní potřeby Psychomotorický vývoj dítěte pro hodnocení ZŽP Dotazník
Rozsah práce:	52 stran
Jazyk práce:	Český