

Univerzita Karlova v Praze

Právnická fakulta

Šárka Trnková

Příspěvek na péči a jeho použití pro potřeby seniorů v ČR

Diplomová práce

Vedoucí diplomové práce: doc. JUDr. Kristina Koldinská, Ph.D.

Katedra pracovního práva a práva sociálního zabezpečení

Datum vypracování práce (uzavření rukopisu): 28. 6. 2016

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem předloženou diplomovou práci vypracovala samostatně, všechny použité prameny a literatura byly řádně citovány a uvedeny v seznamu použité literatury. Dále prohlašuji, že tato práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

V Praze dne: 28. 6. 2016

.....

Šárka Trnková

Poděkování

Na tomto místě bych ráda poděkovala doc. JUDr. Kristině Koldinské, Ph.D. za cenné připomínky a odborné rady, kterými přispěla k vypracování této diplomové práce. Poděkování patří také mé rodině za podporu, pomoc, trpělivost a shovívavost, kterou mi poskytovala v průběhu celého mého studia.

Obsah

Úvod.....	3
1. Historie sociálního zákonodárství.....	6
1.1 Pojem sociálního zabezpečení a jeho vývoj	6
1.2 Období do vzniku samostatného Československa	6
1.3 Období po vzniku samostatného Československa	8
1.4 Období po 2. světové válce.....	8
1.5 Období po roce 1989.....	9
2. Stárnutí, stáří, demografické údaje a ageismus.....	11
2.1 Stárnutí.....	11
2.2 Stáří.....	12
2.3 Demografické údaje.....	14
2.3.1 Věkové zastoupení starších mužů a žen v populaci.....	14
2.3.2 Index stáří	14
2.3.3 Naděje dožití	15
2.3.4 Střední délka zdravého života.....	16
2.3.5 Úmrtnost	17
2.3.6 Demografické stárnutí populace s výhledem do budoucnosti	17
2.4 Ageismus	19
3. Sociální pomoc seniorům v systému sociálního zabezpečení, příspěvek na péči	22
3.1 Příspěvek na péči	25
3.1.1 Podmínky nároku příspěvku na péči.....	26
3.1.2 Stupně závislosti	27
3.1.3 Výše příspěvku na péči	28
3.1.4 Předpokládaný vývoj výše příspěvku na péči během roku 2016.....	29
3.1.5 Řízení o příspěvku na péči a sociální šetření	30
3.1.6 Kontrola využívání příspěvku.....	33
3.1.7 Demografické údaje související s příspěvkem na péči	34
3.1.8 Ustanovení zákona v praxi.....	39
3.1.9 Aspekty domácí péče o osobu závislou na péči jiné osoby	43
4. Sociální služby.....	47
4.1 Vybrané sociální služby, jež jsou nejčastěji poskytovány seniorům	50

4.1.1 Sociální poradenství.....	50
4.1.2 Osobní asistence	50
4.1.3 Pečovatelská služba	51
4.1.4 Tísňová péče	51
4.1.5 Podpora samostatného bydlení	51
4.1.6 Odlehčovací služby.....	51
4.1.7 Centra denních služeb	52
4.1.8 Denní stacionáře	52
4.1.9 Týdenní stacionáře	52
4.1.10 Domovy pro seniory	52
4.1.11 Domovy se zvláštním režimem.....	52
4.1.12 Sociální služby poskytované ve zdravotnických zařízeních lůžkové péče..	53
4.2 Smlouva o poskytování sociálních služeb	53
4.3 Poskytovatelé sociálních služeb a registrace poskytovatelů sociálních služeb	56
4.3.1 Povinnosti poskytovatelů sociálních služeb a standardy kvality sociálních služeb	57
4.3.2 Opatření omezující pohyb osob	58
4.4 Předpoklady pro výkon povolání sociálního pracovníka a pro výkon činnosti v sociálních službách	61
4.4.1 Syndrom vyhoření.....	64
4.4.2 Syndrom pomáhajících	65
4.5 Demografické údaje k sociálním službám	66
4.5.1 Počet uživatelů pobytových sociálních služeb.....	68
4.5.2 Počty obyvatel domovů pro seniory	71
4.5.3 Počet klientů pečovatelské služby	72
4.5.4 Počet neuspokojených žádostí o sociální služby	73
Závěr	76
Seznam použité literatury a pramenů.....	79
Internetové zdroje	81
Seznam zkratk, grafů, tabulek a příloh	83
Abstrakt.....	85
Abstract.....	86

Úvod

„Již od mládeže je třeba mít před očima stáří“

Gaius Lucilius

Tato práce je věnována velmi aktuálnímu tématu, a to seniorům, příspěvku na péči a jeho využití pro péči o seniory jako takové.

Vlivem zásadních pokroků medicíny a lékařské péče, zlepšením životních podmínek, ekonomiky, vývojem nových technologických postupů a techniky za účelem snížení namáhavosti práce, a vlivem mnoha dalších faktorů má v dnešní době daleko více lidí možnost prožít delší a kvalitnější život než v minulosti. Senioři již dnes tvoří významnou část populace, a vzhledem k demografickým prognózám do budoucna můžeme očekávat, že bude i nadále přibývat osob ve vyšších věkových kategoriích a bude se prodlužovat celková délka života. Pozitivním následkem kvalitní medicíny a kvalitní zdravotní péče je prodlužování života, což ale bohužel automaticky neznamená prožití aktivního a soběstačného života až do okamžiku smrti. Ne každý senior má to štěstí, aby se mohl těšit dobrému zdraví i v pokročilém věku. Vystává zde tedy i negativní protipól prodlužování délky života, jímž je například nárůst počtu starších osob s diagnostikovanou Alzheimerovou chorobou, na kterou je v současné době naše medicína stále krátká. Dílčí studie očekávají stálý vzestup počtu nových nádorových onemocnění, metabolických nemocí (zejména cukrovky), onemocnění pohybového aparátu, a zejména vzestup nervových a duševních nemocí. S tím souvisí i potřeba zajištění kvalitní péče o tyto osoby a o všechny seniory, jež nemají možnost prožít zbytek svého života aktivně a ve zdraví.

Stárnutí populace nelze chápat jako problém, ale naopak jako výzvu, kterou je nutno přijmout a postupně připravit co nejlepší podmínky pro realizaci řešení projevů stárnutí populace.

Za účelem připravit co nejlepší podmínky pro řešení projevů stárnutí populace vznikají mnohé studie a vládní programy, řešící nejen ekonomické dopady projevu stárnutí populace, ale také zmiňující důležitost prevence, podporu zdravého životního stylu, zdravého prostředí a v neposlední řadě podporu zdravého a aktivního stárnutí. Zaměřují se také na řešení dopadů stárnutí populace, jímž je zejména zvýšení nároků na systém

sociální ochrany, především na systém sociálního pojištění a poskytování sociálně - zdravotní péče. Berme ale v potaz, že tyto systémy vznikaly za zcela odlišných demografických i hospodářských podmínek, proto bude nezbytné je neustále přizpůsobovat společenskému vývoji.

Při realizaci politiky stárnutí a při řešení problémů spojených se stárnutím populace bude nutno více zapojovat rodinu, jelikož do budoucna bude mít nezastupitelný význam právě role rodiny, a proto bude nutné začít mnohem více posilovat její roli a zdůrazňovat její význam pro zdravý vývoj společnosti.

Tato diplomová práce se věnuje ve svých jednotlivých částech několika tématům úzce souvisejícím se stárnutím populace a zvýšené potřebě péče o takové osoby. První kapitola práce je zaměřena na historii sociálního zákonodárství, osvětluje základní pojmy a vymezuje stěžejní právní předpisy sociálního zákonodárství již od první zmínky historických pojmů v 16. století postupně až do současnosti.

Druhá kapitola se zabývá institutem stárnutí a stáří, vysvětluje základní pojmy a promítá tyto instituty do demografických údajů vycházejících ze statistik zveřejněných Českým statistickým úřadem. V závěru kapitoly je vysvětlen fenomén problematiky ageismu.

Třetí kapitola je věnována sociální pomoci seniorů v kontextu sociálního zabezpečení s podrobnou analýzou institutu příspěvku na péči, včetně zmínění nedostatků současné právní úpravy a možných návrhů de lege ferenda. Příspěvek na péči je podrobně rozebrán od podmínek nároku na příspěvek na péči, jeho výše, řízení o přiznání příspěvku až po kontrolu využívání příspěvku. Tato kapitola je také doplněna o demografické údaje související s příspěvkem na péči a analýzu domácí péče o osobu závislou za použití příspěvku na péči.

Čtvrtá kapitola je věnována právě použití příspěvku na péči pro potřeby seniorů v ČR při zajištění si potřebné péče výběrem vhodné sociální služby. Sociální služby jsou v této kapitole teoreticky popsány. Popsán je též nový institut smluvního principu. Část kapitoly je zaměřena také na podmínky, které právní úprava požaduje pro práci na pozicích sociálních pracovníků a pracovníků v sociálních službách. Poté je pozornost ještě věnována opomíjenému tématu syndromu vyhoření a syndromu pomáhajícího, který bohužel potká velkou část pracovníků v oblasti sociálních služeb, a proto cítím

potřebu ho v souvislosti s tímto tématem alespoň v krátkosti zmínit. Kapitola je zakončena demografickými údaji souvisejícími se sociálními službami.

Tato diplomová práce vychází ze stěžejního právního předpisu, jímž je zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. Celá práce vychází z právního stavu účinného k červnu 2016.

Práce je, jak již bylo výše zmíněno, zaměřena na jednotlivé části tohoto zákona, a pokusí se analyzovat nedostatky právní úpravy a navrhnout jejich řešení de lege ferenda. Pokusí se zanalyzovat možnosti seniorů, jež potřebují pomoc a péči jiné osoby, při použití příspěvku na péči za účelem realizace výběru a následného zakoupení nejvhodnější služby.

Práce ve svých částech s demografickými údaji také vychází ze statistických údajů, které zveřejňuje zejména Český statistický úřad a Ministerstvo práce a sociálních věcí, případně vládní strategické dokumenty. Práce je doplněna i o poznatky a postřehy, které byly získány z rozhovorů s posudkovými lékaři, lékaři se specializací v oboru psychiatrie, obvodními lékaři i pracovníky úřadů práce a pracovníky okresních správ sociálního zabezpečení.

1. Historie sociálního zákonodárství

1.1 Pojem sociálního zabezpečení a jeho vývoj

Pojmu sociální zabezpečení předcházelo několik historických pojmů, které počaly vznikat v evropské společnosti od 16. století a jejich vývoj trval až do 1. světové války. Jednalo se o pojmy: chudinská péče, sociální správa (social administration), sociální péče (social welfare) a sociální bezpečnost. Chudinská péče byla prvně vymezena v Chudinských zákonech Alžběty I. v roce 1597 a jednalo se o soustavu opatření, která prováděl stát a později obce za účelem pomoci chudým. Chudinská správa, později sociální správa prostřednictvím veřejnoprávní administrativy zajišťovala dohled nad dodržováním právních předpisů, zajišťovala přerozdělování daní a poplatků a také poskytovala chudině azyl a pokrytí nezákladnějších lidských potřeb. Péči o sociálně slabší občany vykonával stát a obce koncem 19. století a počátkem 20. století, a tato péče byla souhrnně označována pojmem sociální péče. V období 2. světové války používá pojem sociální péče (social welfare) Sir William Henry Beveridge k označení povinné náplně sociálního státu. Posledním z užívaných pojmů je výkladově složitý a nejednoznačný pojem sociální bezpečnost, později sociální zabezpečení, který se v průběhu dějin vyvíjel.¹

1.2 Období do vzniku samostatného Československa

V období před vznikem samostatného Československa byly na území Rakouska-Uherska položeny základy moderních forem sociálního zákonodárství. Po zrušení nevolnictví v roce 1781 vzrostl příliv obyvatel z venkova do měst a bylo nutno řešit nově vzniklé sociální problémy. Císařskými dekrety za vlády Marie Terezie a Josefa II. byly vydány v roce 1771 a 1781 dva tzv. penzijní normály, jimiž stát zabezpečoval státní zaměstnance a vojenské vysloužilce včetně jejich vdov a sirotek.² Díky penzijním normálům byl na našem území položen základ sociálního zaopatření (nazývaného též jako státní zaopatření). Almužna a přístřeší bylo v té době poskytováno chudině zejména ze strany církve a vrchnosti. S novou myšlenkou přichází právní úprava veřejné chudinské péče, která přenáší povinnost péče o chudé na obce. Tuto zásadu

¹ TRÖSTER, P. et al. *Právo sociálního zabezpečení*. 6. vyd. Praha: C. H. Beck, 2013. str. 1.

² Tamtéž, str. 15.

zakotvuje Obecní zákon č.18/1862 ř. z., jenž byl proveden dvěma zvláštními zákony, a to zákonem č. 105/1883 ř. z. o domovském právu a chudinským zákonem č. 59/1868 čes. z. z.³ Po vzoru Německa vzniká v Rakousku-Uhersku moderní systém sociálního pojištění, který zavádí předseda vlády hrabě E. Taafe (často bývají tyto zákony nazývány jako tzv. Taafeho reforma).⁴ Povinný systém sociálního pojištění zaměřuje Taafe na skupiny obyvatelstva, které by mohly způsobit ohrožení společenské stability, a taktéž na skupiny v té době nejvíce sociálně ohrožené. Kvůli čím dál častějším závažným pracovním úrazům dělníků v továrnách, způsobovaných zřejmě zaváděním nových strojů do výroby, bylo roku 1888 zavedeno úrazové a nemocenské pojištění dělníků zákony č. 1/1888 ř. z. (o úrazovém pojištění dělníků) a 33/1888 ř. z. (o nemocenském pojištění dělníků). Nemocenské pojištění bylo pojištěním obligatorním a dle zákona měli nárok na peněžité a věcné dávky pouze pojištěnci, nikoliv jejich rodinní příslušníci. Dle obecného zákona horního byl přijat zákon o bratrských pokladnách č. 127/1889 ř. z., který zaváděl úpravu nemocenského a úrazového pojištění pro horníky a taktéž upravil institut horních bratrských pokladen.⁵ Tyto tři výše zmiňované zákony zavedly povinné veřejnoprávní pojištění. Nově bylo roku 1907 zavedeno zákonem o penzijním pojištění zřízenců ve službách soukromých a některých zřízenců ve službách veřejných (z. č. 1/1907 ř. z.) penzijní pojištění, avšak pouze pro některé nedělnické profese. Povinné sociální pojištění navazovalo na fondy, svépomocné spolky a dělnické pokladny, které fungovaly na principu dobrovolnosti. Jak již bylo výše zmiňováno, s rozvojem společnosti a s postupující industrializací bylo nutno zabezpečovat osoby v situacích v životě člověka obvyklých – a to zejména pro případ nemoci a úrazu. Docházelo ke spojování různých druhů a forem pojištění. Postupem času se ukazovalo, že princip dobrovolnosti v pojištění není příliš vhodný, a proto jsou postupně do zabezpečování osob proti následkům různých událostí zaváděna určitá pravidla a dochází k přechodu od dobrovolného k povinnému pojištění zaměstnanců.⁶

³ KOLDINSKÁ, K. *Sociální právo*. 2. vyd. Praha: C. H. Beck, 2013. str. 10.

⁴ TRÖSTER, P. et al. *Právo sociálního zabezpečení*. 6. vyd. Praha: C. H. Beck, 2013. str. 22.

⁵ KOLDINSKÁ, K. *Sociální právo*. 2. vyd. Praha: C. H. Beck, 2013. str. 12.

⁶ TRÖSTER, P. et al. *Právo sociálního zabezpečení*. 6. vyd. Praha: C. H. Beck, 2013. str. 22.

1.3 Období po vzniku samostatného Československa

Vznik samostatného Československa a současně poválečná situace na našem území s sebou přináší potřebu přijetí nových zákonů upravujících péči zejména o válečné poškozence a také právní předpisy upravující případy nemoci, invalidity a stáří. Nutností bylo taktéž sjednocení roztržštěných systémů sociálního pojištění a rozšíření vlastního obsahu tak, aby pokrývalo větší část obyvatelstva než doposud. Nejvýznamněji toto ovlivnil právě zákon č. 221/1924 Sb. z. a n., o pojištění zaměstnanců pro případ nemoci, invalidity a stáří, který upravoval velmi rozsáhlou problematiku a nově přinesl propojení nemocenského a důchodového pojištění do jednoho předpisu. Byl zákonem základním, díky němuž byli pojištěni všichni zaměstnanci s výjimkou zaměstnanců veřejných (státní zaměstnanci) a soukromých úředníků, jejichž zabezpečení upravoval zákon č. 221/1925 Sb. z. a n., o nemocenském pojištění veřejných zaměstnanců. Státní starobní podpory na zabezpečení starších zaměstnanců, kteří dosáhli věku 65 let, byli nemajetní a neschopní výdělků, přináší v roce 1929 zákon č. 43/1929 Sb. z. a n.. Pensijní pojištění soukromých zaměstnanců ve vyšších službách upravoval další zvláštní zákon č. 26/1929 Sb. z. a n.. Přesto však byla většina obyvatelstva tehdejší ČSR pojištěna v rámci systému sociálního pojištění, které zavedl výše zmíněný zákon č. 221/1924 Sb. z. a n.. Úprava chudinské péče byla do velké míry převzata z rakouského právního systému, avšak ingerence státu byla mnohem výraznější, než tomu bylo před rokem 1918, přesto však nelze opomenout přetrvávající charitativní charakter mnoha spolků, církevních a dobrovolných organizací.^{7,8}

1.4 Období po 2. světové válce

V období po druhé světové válce docházelo k převzetí sociálního zákonodárství z období první republiky, jelikož předpisy z doby okupace nebyly uznány součástí československého právního řádu. Téměř po dvaceti letech vzniká nový, velmi pokrokový zákon č. 99/1948 Sb., o národním pojištění, který vychází z britského modelu národního pojištění, jehož autorem byl Sir William Henry Beveridge. Tento model byl inspirací pro českou inteligenci, která v té době pobývala v exilu v Anglii

⁷ KOLDINSKÁ, K. *Sociální právo*. 2. vyd. Praha: C. H. Beck, 2013. str. 13–15.

⁸ TRÖSTER, P. et al. *Právo sociálního zabezpečení*. 6. vyd. Praha: C. H. Beck, 2013. str. 22–23.

a měla tak možnost vidět přípravu a zavádění britského Národního pojištění v praxi. Velkým přínosem tohoto zákona bylo zejména sjednocení právní úpravy sociálního pojištění a rozšíření důchodového zabezpečení také na samostatně hospodařící občany. Kvůli politické situaci byl však tento zákon po dlouhé roky posledním demokratickým předpisem v Československu v sociální oblasti. Po roce 1948 dochází k zásadním změnám po vzoru Sovětského svazu. Byl opuštěn pojišťovací princip, který postupně přešel v systém sociálního zabezpečení financovaný ze státního rozpočtu, což vedlo k výraznému zvýšení nákladů na všechna odvětví sociálního zabezpečení. Sociální zabezpečení bylo nově upraveno zákonem č. 55/1956 Sb., o sociálním zabezpečení, který mimo jiné zrušil chudinskou péči, nahradil ji sociální péčí a delegoval ji na stát a jeho orgány, vyjma ústavního zaopatření, které mohl vykonávat i nestátní subjekt. Bezplatná všeobecná zdravotní péče byla poskytována na základě nemocenského pojištění, které zakotvil zákon č. 54/1956 Sb., o nemocenském pojištění zaměstnanců. Tato zdravotní péče i dávky nemocenského pojištění byly kryty státním rozpočtem. Pravidla poskytování zdravotní péče byla stanovena zákonem č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, který byl základní normou v této oblasti až do konce 90. let minulého století. Následně byly prováděny jen dílčí změny dosavadního systému spočívající zejména ve změnách výše jednotlivých dávek, přičemž koncepce systému zůstávala stejná.^{9,10}

1.5 Období po roce 1989

Po roce 1989 bylo evidentní, že bude nutno přistoupit k zásadní sociální reformě. Tato reforma spočívala na třech základních programových pilířích, zaměřujících se na aktivní politiku zaměstnanosti, politiku rodinnou a politiku v oblasti pracovních příjmů, a v neposlední řadě i politiku sociálního zabezpečení. Za klíčový úkol si tato reforma kladla zejména přechod od sociálního zabezpečení k sociálnímu pojištění. V některých oblastech, například v oblasti zabezpečení rodin byl systém na poměrně dobré úrovni, nicméně v jiných oblastech zásadně zaostával a trpěl celou řadou nedostatků – například v oblasti důchodů. Systém důchodů byl těžkopádný s neschopností přizpůsobit se novým podmínkám, nespravedlivý kvůli institutu

⁹ KOLDINSKÁ, K. *Sociální právo*. 2. vyd. Praha: C. H. Beck, 2013. str. 16–18.

¹⁰ TRÖSTER, P. et al. *Právo sociálního zabezpečení*. 6. vyd. Praha: C. H. Beck, 2013. str. 24.

osobních důchodů a velmi finančně náročný. Cílem reformy bylo mimo jiné vytvoření jednotného systému obsahujícího zdravotní, nemocenské, důchodové pojištění, včetně připojištění, státní sociální podporu a sociální pomoc. Prvním počinem reformy byla na počátku 90. let tzv. záchraná sociální síť, jejímž smyslem bylo zmírnit dopady ekonomických změn na sociální situaci obyvatelstva a zabránit masovému propadu populace k chudobě. V rámci reformy také vzniká zcela nový systém všeobecného zdravotního pojištění, kdy pojištění spravují zdravotní pojišťovny jako na státu nezávislé právnické osoby. Po vzniku samostatné ČR v roce 1993 se začínají projevovat neoliberalní tendence, kdy bylo zavedeno pojistné, které bylo koncipováno jako zvláštní platba mimo daňový systém. Významné změny přináší rok 1995, kdy vzniká zákon č. 155/1995 Sb., o důchodovém pojištění, který nahradil dosavadní systém důchodového zabezpečení novým systémem důchodového pojištění. K tomuto systému je zavedeno, jako doplňkový důchodový systém, penzijní připojištění se státním příspěvkem, upravené zákonem č. 42/1994 Sb., o penzijním připojištění se státním příspěvkem. V témže roce vzniká i zákon č. 117/1995 Sb., o státní sociální podpoře. V roce 1997 byl přijat zákon o veřejném zdravotním pojištění. K další významnější vlně reform v této oblasti dochází až v roce 2006, kdy byly přijímány tyto zákony: zákon o sociálních službách, o pomoci v hmotné nouzi, o úrazovém pojištění, o nemocenském pojištění a zákoník práce.^{11,12}

V roce 2010 došlo ke změně vymezení invalidity. Místo dřívějšího plného a částečného invalidního důchodu je zaveden nově třístupňový invalidní důchod závislý na poklesu pracovní schopnosti jedince. V roce 2013 došlo k dlouho připravované důchodové reformě, která stanovila, že důchodový systém České republiky byl tvořen třemi pilíři. První pilíř tvořil všeobecný a povinný základní státní důchodový systém, dle zákona č. 155/1995 Sb., o důchodovém pojištění. Druhý pilíř byl tvořen důchodovým spořením dle zákona č. 426/2011 Sb., o důchodovém spoření. A poslední, třetí pilíř byl tvořen penzijním připojištěním se státním příspěvkem dle zákona č. 42/1994 Sb., a také doplňkovým penzijním spořením dle zákona č. 427/2011 Sb.¹³

¹¹ KOLDINSKÁ, K. *Sociální právo*. 2. vyd. Praha: C. H. Beck, 2013. str. 19–20.

¹² TRÖSTER, P. et al. *Právo sociálního zabezpečení*. 6. vyd. Praha: C. H. Beck, 2013. str. 25–26.

¹³ Tamtéž, str. 26–27.

2. Stárnutí, stáří, demografické údaje a ageismus

„Vědět, jak zestárnout, to je mistrovské dílo moudrosti a jedna z nejdůležitějších kapitol velkého umění žít.“

Henri Amiel

2.1 Stárnutí

Stárnutí probíhá u osob různě, nelze proto zcela jasně charakterizovat pojem stárnutí a generalizovat proces stárnutí jako takový. Stárnutí je velmi individuální proces, jehož průběh je u každé osoby jiný, byť může vykazovat mnoho podobných znaků (výrazněji se mění vzhled člověka – vrásčitá kůže, šedivění a řidnutí vlasů, tvorba pigmentových skvrn na kůži, povětšinou ochabuje držení těla kvůli ztrátě svalové hmoty, osobní tempo stárnoucího člověka je pomalejší a snižuje se jeho výkonnost, zvyšuje se nemocnost, apod.). Stárnutí je jednou z životních etap, která v životě potká většinu z nás. Jedná se o biologický proces, který může probíhat buď přirozeně, nebo chorobně. Přirozené stárnutí označujeme jako proces fyziologický, na rozdíl od chorobného procesu, který nazýváme patologickým procesem stárnutí. Nutno však podotknout, že stáří není nemoc, nicméně tyto stavy se dost často prolínají a vzájemně ovlivňují. *„Je známo, že onemocnění, která předcházejí stáří, často urychlují jeho průběh.“*¹⁴ Stárnutí představuje neodvratný fyziologický děj, který je cestou do stáří.

Výčet mnoha definic stárnutí od různých autorů uvádí ve své práci Malíková¹⁵, jako příklad jsou zde zmíněny dvě definice, se kterými je možno se ztotožnit. Dle Prchlíka In Malíková je označeno stárnutí jako *„plynulý a pozvolný přirozený zákonitý fyziologický proces, ve kterém dochází ke změnám v organismu i v psychice člověka“*¹⁶. Jako další zmiňuje definici Webera, který uvádí, že *„stárnutí a stáří je na konci přirozeného vývojového procesu každého individua. Stárnutí hodnotí jako proces, kdy nastupují v jednotlivých orgánech na všech úrovních specifické degenerativní, morfologické a funkční změny. K nástupu těchto změn dochází v různou dobu*

¹⁴ TOMES, I. *Sociální politika: teorie a mezinárodní zkušenost*. 2. vyd. Praha: Socioklub, 2001. str. 146.

¹⁵ MALÍKOVÁ, E. *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011. str. 15.

¹⁶ Tamtéž, str. 15.

a pokračuje různou rychlostí. Rychlost stárnutí je geneticky zakódována. Jde o multifaktoriální typ dědičnosti.“¹⁷

Vlivem zásadních pokroků v medicíně, které umožňují vyléčení mnoha dříve neléčitelných a nevléčitelných nemocí, umírá předčasně v dětství daleko méně lidí a zcela zásadně se snížila úmrtnost lidí nejen nižšího věku, a tím pádem se i výrazně zvyšuje věk, kterého se osoby dožívají. Daleko méně lidí dnes umírá předčasně během pracovního života, čehož lidstvo dosáhlo zejména vývojem nových technologických postupů, vývojem strojů a techniky za účelem snížení namáhavosti práce a taktéž zlepšením pracovních podmínek. Za zmínku jistě stojí i zlepšení životních podmínek, sociální rozvoj a prosazování sociálních práv. Díky výše zmíněnému má daleko více lidí možnost prožít delší život než v minulosti, a proto také tvoří starší lidé v dnešní době významnější část populace než kdykoliv v minulosti.

2.2 Stáří

„Každý člověk si přeje dlouhý život, ale nikdo nechce být starý.“

Jonathan Swift

Průběh stáří závisí zejména na zdravotním a psychickém stavu člověka a také na sociálních okolnostech (tyto faktory jsou do značné míry ovlivněny působením genetických dispozic a také zčásti dosavadním způsobem života a okolnostmi v životě člověka). Stáří přináší mnoho změn – tělesných, psychických i sociálních. Kromě tělesných změn (změna vzhledu člověka, pokles motoriky, schopností a výkonnosti, častější nemocnost, snížená termoregulace, apod.) se člověk v důsledku stáří stává méně adaptabilním a kvůli tomu často trvá na svých zažitých návycích a stereotypech, bývá přecitlivělý, ubývá schopnost empatie, zhoršuje se paměť a vážnou myšlenkové pochody, dochází ke změnám vnímání a schopnosti úsudku. Často tito lidé žijí ve vzpomínkách, hodnotí uplynulý život a více či méně úspěšně se vyrovnávají s blížící se smrtí, s tím se často spojují pocity méněcennosti, deprese, strachu a úzkosti.

Proto je velmi důležité, v jakém prostředí a s jakými lidmi tráví tito lidé většinu svého času, ať už je to doma s partnerem, dětmi nebo v některém ze zařízení sociálních služeb.

¹⁷ MALÍKOVÁ, E. *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011. str. 15.

Kontakt se starým člověkem a péče o něj vyžaduje velkou dávku empatie. Péče by neměla spočívat pouze v obstarání nejnnutnějšího v rámci ošetrovatelství, ale měla by být komplexní se zaměřením i na psychiku, duševní stav a aktivní prožití stáří. Aktivita je pro seniora velmi důležitá, jelikož nečinnost ve stáří může vést k depresím, úzkostem, k urychlení fyziologických procesů stárnutí a k rozpadu vlastní osobnosti. Aktivní přístup k životu mobilizuje psychickou i fyzickou stránku osobnosti člověka a zpomaluje procesy stárnutí, přispívá k utváření nových vztahů a pomáhá překonávat samotu. Aktivizační činnosti jsou poskytovány za účelem aktivizace jejich uživatelů, navozují a obnovují dovednosti a schopnosti v seniorském věku. Takovéto činnosti nejen, že vedou ke zpomalení stárnutí, ale také posilují pocity užitečnosti, úcty a uznání, a pocit užitečnosti prostřednictvím vlastní seberealizace, což nedovolí seniorovi utápnout se v sebedestruktivních myšlenkách. Mezi aktivizační činnosti můžeme zahrnout například ergoterapii, canisterapii, trénování paměti, společenské a hudební programy, turistický klub, vzdělávací programy, náboženské programy a jiné, ...¹⁸ Aktivní účast seniorů má mnoho předností nejen pro seniory samotné, ale také pro celou společnost, jelikož senioři nabízejí obrovský potenciál svých celoživotních znalostí a zkušeností. Aktivní účast seniorů se promítá i do výdajů zdravotní péče, jelikož jejich aktivní účast přináší vyšší životní spokojenost, vitalitu i ve vyšším věku a častěji v důsledku toho i lepší zdravotní stav.

Problematikou stárnutí a stáří se zabývá mnoho vědních disciplín a řada oborů, jako jsou například gerontologie, geriatrie, gerontopsychologie. Gerontologie (*gerontos* = starý člověk a *logos* = slovo, nauka) je souhrn poznatků o stárnutí a stáří, zaměřující se na zkoumání biologických, fyzických a psychických vlastností stárnoucího organismu a sociální aspekty stáří. Geriatrie (*gerón* = starý člověk a *iátró* = léčím) je lékařský obor zabývající se problematikou zdravotního a funkčního stavu ve stáří, diagnostikováním, léčením a zvláštnostmi chorob u starých lidí. Gerontopsychologie je speciální psychologická disciplína, která studuje psychologické aspekty stárnutí a stáří.¹⁹

¹⁸ Domov pro seniory Telč. *Volnočasové aktivity*. [online]. © 2015 [cit. 2015-07-03]. Dostupné z <http://www.domovproseniorytelc.cz/volnocasove-aktivity>

¹⁹ STAŠKOVÁ, Z. *Období stáří* [online]. © 2015 [cit. 2015-07-03]. Dostupné z http://www.szscb.wz.cz/info/projekty/sablony/ps6/vy_32_inovace_ps6-st-18.pdf

2.3 Demografické údaje

Demografické stárnutí populace se stává jednou z nejméně diskutovaných otázek posledních několika desetiletí, protože různou měrou ovlivňuje všechny státy světa. Vzhledem k dostupnosti dat a údajů ze statistiky uvedené Českým statistickým úřadem jsou v této části práce uvedena data vycházející z Demografické statistiky ČSÚ k datu 31. 12. 2013.

2.3.1 Věkové zastoupení starších mužů a žen v populaci

„Populace nad 50 let věku představovala k 31. 12. 2013 37,2 % z celkové populace. Zastoupení osob ve věku 65 a více let dosáhlo 17,4 %.“²⁰ Z celkového počtu žen bylo 50 a víceletých žen 40 %. Z celkového počtu mužů bylo 50 a víceletých 34 %. Z celkového počtu žen bylo v kategorii 65+ letých 20% zastoupení žen. Z celkového počtu mužů bylo v kategorii 65+letých 15% zastoupení mužů.

Zajímavé je hledisko manželských párů v souvislosti s ovdověním. Zhruba 15 % žen se stává vdovami ve věku 60–64 let, ve věku 70–74 let je to již 39 %. Více než polovina žen přichází o svého manžela v 75–79 letech, v letech 80-84 je to již 71 % žen. V nejstarších věkových kategoriích (85–89 let a 90+) je poměr vdov a vdovců velmi nevyrovnaný, protože počet vdov v tomto věku je 82 a 88 %, zatímco vdovců jen 39 a 56 %. Více než polovina mužů ve věku 55–89 je stále ženatých. Z výše uvedených statistik můžeme vyvodit, že muži se dožívají v průměru podstatně nižšího věku než ženy, což je zřejmě možno přisuzovat jejich horšímu zdravotnímu stavu, který může souviset s životním cyklem mužů zpravidla rozdílným od životního cyklu žen.²¹

2.3.2 Index stáří

Dalším velmi zajímavým pohledem na danou problematiku je ten z hlediska indexu stáří, který vyjadřuje, kolik připadá osob ve věku 65+ na 100 dětí ve věku do 14 let. V minulosti převažoval poměr počtu dětí nad seniory, tento stav přetrvával až do roku 2006, kdy byl poměr seniorů a dětí téměř v rovnováze. Vývoj indexu stáří má

²⁰ Český statistický úřad. Demografické statistiky seniorů [online]. © 2015 [cit. 2015-10-26]. Dostupné z <https://www.czso.cz/documents/10180/25627994/310035142d.pdf/f3dd5b37-69e4-454d-8f00-a5f944fa3f8a?version=1.0>

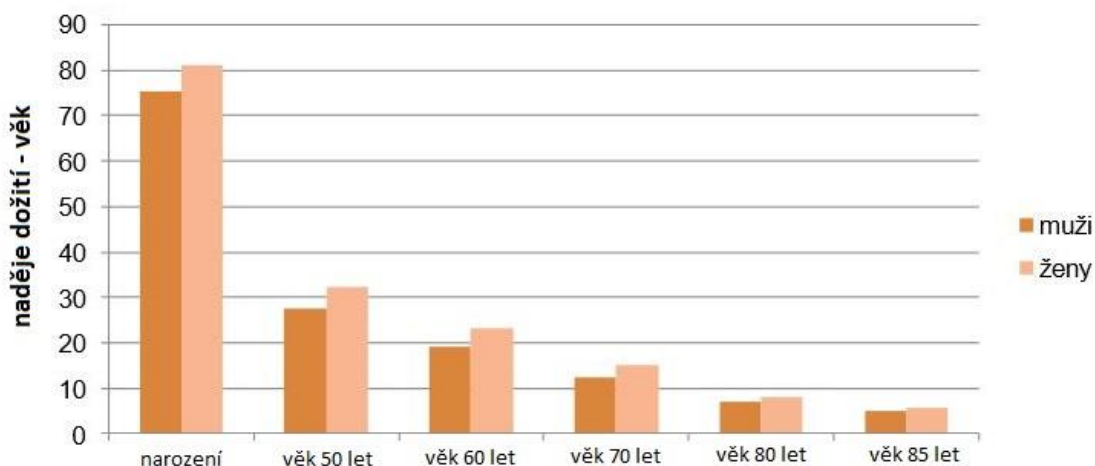
²¹ Český statistický úřad. Demografické statistiky seniorů [online]. © 2015 [cit. 2015-10-26]. Dostupné z <https://www.czso.cz/documents/10180/25627994/310035142d.pdf/f3dd5b37-69e4-454d-8f00-a5f944fa3f8a?version=1.0>

však od roku 2006 stoupající tendenci, to znamená, že se výrazně zvyšuje počet seniorů ve věku nad 65+ let oproti dětem ve věku 0–14 let.²²

2.3.3 Naděje dožití

Za povšimnutí stojí též statistická data reflektující tzv. naději dožití, někdy nazývanou střední nebo průměrná délka života, která nám říká, kolika let (v průměru) má šanci se dožít osoba v určitém věku, pokud budou zachovány stávající úmrtnostní poměry. Naděje dožití se s každým přibývajícím rokem prodlužuje. V roce 2013 měla osoba narozená v tomto roce naději dožít se 75,23 let, pokud se jednalo o muže a 81,13 let, pokud by touto osobou byla žena. Ten, kdo se v roce 2013 dožil věku 85 let, měl ještě naději v průměru na 5,17 let života (muži) a 5,54 let života (ženy). Z grafu uvedeného dále (graf č. 1) je zřejmé, že u starších osob se rozdíl v naději dožití u mužů a žen stírají a obě pohlaví mají podobnou šanci dožít se stejného věku.

Graf č. 1: Vybrané naděje dožití mužů a žen v ČR v roce 2013²³



²² Český statistický úřad. Demografické statistiky seniorů [online]. © 2015 [cit. 2015-10-26]. Dostupné z <https://www.czso.cz/documents/10180/25627994/310035142d.pdf/f3dd5b37-69e4-454d-8f00-a5f944fa3f8a?version=1.0>

²³ Český statistický úřad. Demografické statistiky seniorů [online]. © 2015 [cit. 2015-10-26]. Dostupné z <https://www.czso.cz/documents/10180/25627994/310035142d.pdf/f3dd5b37-69e4-454d-8f00-a5f944fa3f8a?version=1.0>

2.3.4 Střední délka zdravého života

Střední délkou zdravého života označujeme průměrný počet let, jež má osoba šanci prožít ve zdraví, což chápeme jako období s absencí jakýchkoliv handicapů a zdravotních omezení. V České republice v roce 2012 dosáhli muži střední délky zdravého života při narození 62,3 let a ženy 64,1 let, což jsou velmi optimistické a nadprůměrné hodnoty. Nejnižší údaj v celé EU vykazuje Slovensko, kde se muži ve zdraví dožívají pouze 53,4 let. Podobných hodnot dosahuje také Slovinsko a Finsko, což je možné sledovat v tabulce (tabulka č. 1) uvedené níže.

Tabulka č. 1: Střední délka zdravého života při narození a ve věku 65 let v ČR a vybraných zemích EU²⁴

		2010		2011		2012	
		0	65	0	65	0	65
Slovensko	muži	52,4	3,3	52,1	3,5	53,4	3,5
	ženy	52,1	2,8	52,3	2,9	53,1	3,1
Slovinsko	muži	53,4	6,6	54,0	6,2	56,5	7,3
	ženy	54,6	7,2	53,8	6,9	55,6	6,9
Finsko	muži	58,5	8,8	57,7	8,4	57,3	8,4
	ženy	58,2	8,9	58,3	8,6	56,2	9,0
Malta	muži	70,2	12,0	70,3	11,8	71,8	12,5
	ženy	71,6	11,9	70,7	11,0	72,4	12,2
Švédsko	muži	71,7	14,1	71,1	13,9	70,9	14,0
	ženy	71,1	15,5	70,2	15,2	70,7	15,4
Norsko	muži	69,8	14,5	69,9	14,7	71,8	15,4
	ženy	69,8	15,7	70,0	15,9	72,4	15,9
EU 28	muži	61,9	8,7	61,7	8,6	61,3	8,4
	ženy	62,7	8,9	62,2	8,6	61,9	8,5
Česko	muži	62,2	8,7	62,2	8,4	62,3	8,3
	ženy	64,5	8,8	63,6	8,7	64,1	8,9

²⁴ Český statistický úřad. Demografické statistiky seniorů, Zdravotní stav seniorů [online]. © 2015 [cit. 2015-10-26]. Dostupné z <https://www.czso.cz/documents/10180/25627994/310035143z.pdf/2e6f6f7e-3488-43f0-bcb1-af8a15439ee6?version=1.0>

2.3.5 Úmrtnost

Mortalita neboli úmrtnost je demografickým ukazatelem, který udává podíl zemřelých jedinců z určité skupiny za určité časové období. Úmrtnostní charakteristiky podle věku můžeme najít v tabulce č. 2. S rostoucím věkem sledované populace se úmrtnost významně zvyšuje. Z pohledu úmrtnosti v ČR můžeme konstatovat, že v roce 2013 zemřelo celkem 55098 mužů a 54062 žen, z čehož osob ve věku 50+ zemřelo celkem 51096 mužů a 52354 žen. Pokud se zaměříme na osoby až od věku 80 let a starší, z celkového počtu osob zemřelo 17631 mužů a 31118 žen.

Tabulka č. 2: Úmrtnostní charakteristiky podle věku – rok 2013²⁵

Věk	Zemřelí celkem		z toho:									
			zhoubné novotvary		z toho:		nemoci oběhové soustavy		z toho:			
					ZN průdušky a plic				infarkt myokardu		cévní onemocnění	
ženy	muži	ženy	muži	ženy	muži	ženy	muži	ženy	muži	ženy	muži	
celkem	54062	55098	12045	15039	1678	3733	28030	23701	2762	3627	6067	4249
0-14	167	252	16	16	0	0	4	7	0	0	1	1
15-29	232	681	38	41	1	3	26	42	1	3	4	7
30-44	734	1 768	284	255	16	21	104	293	17	53	23	47
45-49	575	1 301	256	301	27	50	103	331	19	80	18	50
50+	52354	51096	11451	14426	1634	3659	27793	23028	2725	3491	6021	4144
50-64	5487	11363	2614	3964	466	1103	1281	3775	200	865	244	474
65-79	15749	22102	5225	7386	846	2043	6560	9210	869	1539	1434	1679
80+	31118	17631	3612	3076	322	513	19952	10043	1656	1087	4343	1991

2.3.6 Demografické stárnutí populace s výhledem do budoucnosti

Dle uvedených údajů a statistik ČSÚ bude populace v ČR v průběhu 1. poloviny tohoto století dále výrazně stárnout. Celkový počet obyvatel se do roku 2050 sníží, přestože projekce ČSÚ v ČR očekává mírné zvyšování úrovně plodnosti, zlepšování úmrtnostních poměrů a příliv osob díky zahraniční migraci. Bude docházet k mírnému snižování podílu osob mladších 15 let, k výraznému snižování podílu tzv. ekonomicky aktivních osob, a naproti tomu k nárůstu osob starších 65 let. „*Nejvyšší počet obyvatel*

²⁵ Český statistický úřad. Demografické statistiky seniorů, Zdravotní stav seniorů [online]. © 2015 [cit. 2015-10-26]. Dostupné z <https://www.czso.cz/documents/10180/25627994/310035143z.pdf/2e6f6f7e-3488-43f0-bcb1-af8a15439ee6?version=1.0>

ve věku 65 a více let se očekává v 50. letech 21. století, kdy by mohl být až dvojnásobný ve srovnání se současným stavem. Relativně nejrychleji se přitom bude zvyšovat počet osob nejstarších. ²⁶ Počet osob starších 85 let má být v roce 2060 čtyřikrát vyšší, než tomu bylo v roce 2013.

Nicméně vliv demografických změn a stárnutí populace představuje pro společnost také přínos v podobě většího počtu osob, jež jsou sice starší, ale disponují cennými životními zkušenostmi, odborností a orientací ve vykonávané profesi, spolehlivostí, větší odpovědností, názorovou stabilitou a celkově větší vyzrálostí, což mohou tyto osoby využít při předávání svých znalostí a zkušeností mladší generaci. Proto by se společnost měla snažit co nejefektivněji využít znalostí a potenciálu přibývajících počtu starších lidí prostřednictvím integrace starších osob do ekonomického a sociálního rozvoje a vytvořit věkově inkluzivní společnost. S tímto ale také souvisí nutnost řešit efektivněji problematiku stárnutí populace a přizpůsobit této situaci politiku přípravy na stárnutí. Ministerstvo práce a sociálních věcí za tímto účelem vypracovává strategické dokumenty, které navazují na dokumenty a doporučení OSN a dalších mezinárodních organizací, zejména na Zásady OSN pro starší osoby (1991) a Mezinárodní akční plán pro problematiku stárnutí (OSN, 2002). Nejnovějším dokumentem MPSV je Národní akční plán podporující pozitivní stárnutí pro období let 2013 až 2017, který navazuje na Národní program přípravy na stárnutí na období let 2008 až 2012 a Národní program přípravy na stárnutí na období let 2003 až 2007. Tento strategický dokument si klade za cíl efektivněji řešit problematiku stárnutí populace na vládní úrovni, propojit opatření Národního akčního plánu s koncepčními dokumenty dalších resortů a vytvořit prostor pro prosazování politiky přípravy na stárnutí na regionální úrovni. Taktéž plánuje dosáhnout zlepšení mediálního obrazu seniorů, podporovat rozvoj mezigeneračních vztahů, posílit roli rodiny v zajištění péče o seniory a v neposlední řadě také podporu aktivního života seniorů, která je důležitým předpokladem pro zvládnutí problémů spojených se stárnutím populace v budoucnosti.²⁷

²⁶ Ministerstvo práce a sociálních věcí. Příprava na stárnutí v ČR [online]. © 2015 [cit. 2015-11-04]. Dostupné z <http://www.mpsv.cz/cs/2856>

²⁷ Ministerstvo práce a sociálních věcí. Příprava na stárnutí v ČR [online]. © 2015 [cit. 2015-11-04]. Dostupné z <http://www.mpsv.cz/cs/2856>

2.4 Ageismus

Pojem ageismus vznikl v 60. letech 20. století. Poprvé tento pojem použil americký psychiatr Robert Butler v roce 1968 ve svém článku v souvislosti se segregační bytovou politikou. V roce 1975 Butler ve své knize „*Why Survive? Being Old in America*“ pojem rozpracovává. Až v roce v roce 1979 se pojem ageismus („ageism“) dostává do povědomí lidí díky zahrnutí do slovníku „*The American Heritage Dictionary of the English Language*“.²⁸

Za původní a dodnes pravděpodobně nejrozšířenější definici ageismu můžeme považovat tu, která hovoří o stereotypizování a diskriminaci lidí pro jejich stáří (Butler 1975). Pojem „ageismus“ bývá také někdy opisován synonymem „věková diskriminace“ nebo „diskriminace na základě věku“.²⁹

První česká sociologická definice ageismu zní: „*Ageismus – neboli věková diskriminace, je ideologie založená na sdíleném přesvědčení o kvalitativní nerovnosti jednotlivých fází lidského životního cyklu. Projevuje se skrze proces systematické, symbolické i reálné stereotypizace a diskriminace osob a skupin na základě jejich chronologického věku a/nebo na jejich příslušnosti k určité generaci.*“³⁰

Koncept ageismu se objevuje i v českém odborném diskursu, především v sociologii a psychologii. Některá dílčí témata ageismu zmiňuje již Haškovcová (1989) a později také Tošnerová (2002). Prvním rozsáhlejším zpracováním a komplexnějším pojetím fenoménu věkové diskriminace v českém kontextu je práce Vidovičové (2005), která definovala ageismus jako „*ideologii založenou na sdíleném přesvědčení o kvalitativní nerovnosti jednotlivých fází lidského životního cyklu, manifestovanou skrze proces systematické, symbolické i reálné stereotypizace a diskriminace osob a skupin na základě jejich chronologického věku a/nebo na jejich příslušnosti k určité generaci.*“³¹ Její definice se tak opírá o psychologická a sociologická východiska zde diskutovaného konceptu. „*Ageismus je ideologie a přesvědčení. Jedním z jeho projevů*

²⁸ Ageismus. *O ageismu*. [online]. © 2015 [cit. 2015-06-27]. Dostupné z <http://www.ageismus.cz/>

²⁹ Ageismus. *O ageismu*. [online]. © 2015 [cit. 2015-06-27]. Dostupné z <http://www.ageismus.cz/>

³⁰ VIDOVIČOVÁ, L.; RABUŠIC, L. *Věková diskriminace – ageismus: úvod do teorie a výskyt diskriminačních přístupů ve vybraných oblastech s důrazem na pracovní trh*. Praha, Brno: VÚPSV, 2005. (výzkumná zpráva), str. 5.

³¹ Ageismus. *O ageismu*. [online]. © 2015 [cit. 2015-06-27]. Dostupné z <http://www.ageismus.cz/>

*je věková diskriminace. Diskriminace je ale až krajní, nejviditelnější podobou ageismu“.*³²

Ageismem, respektive jedním z jeho projevů, tedy například nazýváme chování společnosti nebo jedinců vedoucí k diskriminaci určité skupiny lidí v důsledku jejich věku (např. stáří), která zahrnuje zejména systém předsudků nevýhodných pro určitý věk. Jedná se zejména o předsudky vyjadřující přesvědčení o nízké hodnotě seniorů, např. o jejich nepotřebnosti, nadbytečnosti, o ekonomické zátěži pro společnost, o neschopnosti seniorů učit se novým věcem a adaptovat se rychlému tempu vyvíjející se společnosti. Ageismus však nemá pouze podobu negativních předsudků, ale může mít například i podobu přehnaných projevů soucitu a přehnaného ochráníství vůči lidem určitého věku, což může následně v těchto lidech vyvolávat pocity méněcennosti. Vágnerová³³ zmiňuje, že ageismus považuje za méněcenné všechny staré lidi, bez přihlídnutí k jejich individualitě a různým věkovým kategoriím. Nutno zmínit, že ageismus se ale neváže pouze ke starým lidem, jelikož objektem ageismu mohou být senioři, ale ve stejné míře to mohou být i mladí lidé. Je vhodné zamyslet se i nad faktem, že ageismus a s ním spojené předsudky mohou za pár let postihnout (a s největší pravděpodobností i postihnou) i zastánce těchto diskriminačních myšlenek, jelikož i oni se jednoho dne ocitnou na prahu stáří a budou nuceni potýkat se se stejnými nebo podobnými problémy, jako se potýkají nynější senioři a důchodci, jelikož čas je neúprosný a stáří jednou postihne i je. Budou se muset adaptovat na role seniorů stejně tak, jako to museli dělat ti, které kdysi sami tak odsuzovali.

Za zmínku stojí článek 1 Listiny základních práv a svobod (dále jen „LZPS“), který stanovuje, že lidé jsou svobodní a rovní v důstojnosti i právech. K němu se váže taktéž článek 10 LZPS, který zakotvuje, že každý má právo, aby byla zachována jeho lidská důstojnost, osobní čest, dobrá pověst a chráněno jeho jméno. Právě lidská důstojnost, osobní čest a dobrá pověst nesmí být opomíjena ani v souvislosti se starými lidmi a jednání s nimi, protože její respektování je jedním z velmi důležitých aspektů péče o seniory. Jakýkoliv projev ageismu by totiž byl snižováním důstojnosti takového člověka a byl by tudíž nezákonný.

³² Ageismus. [online]. 2015 [cit. 2015-06-27]. Dostupné z http://www.socioweb.cz/upl/editorial/download/186_SOCIOWEB_01_2011__.pdf

³³ VÁGNEROVÁ, M. *Vývojová psychologie: dětství, dospělost, stáří*. 1. vyd. Praha: Portál, 2000.

K zajímavému poznatku došli řešitelé projektu „Stárnutí, věk a diskriminace – nové souvislosti pro ČR“. Řešitelé se zabývali problematikou ageismu a dospěli k závěru, že věková segregace je zdrojem ageismu, avšak věková inkluze jeho prevencí. Lidé, kteří se stýkají se staršími lidmi, tím posouvají chronologický začátek stáří do vyššího věku (což lze interpretovat také jako potenciálně větší porozumění této fázi života), vystupují proti segregaci věkových skupin ve společnosti a daleko méně akceptují existenci věkových hranic a bariér ve strukturách.³⁴ K diskriminaci seniorů taktéž mohou implicitně přispívat i mnohé výzkumy, které do svých studií často nezahrnují osoby nad 65 let věku³⁵.

Na problematiku ageismu byl zaměřen mezinárodní sociologický výzkum European Social Survey Round 4 (ESS4), kterému bylo podrobeno v roce 2009 několik evropských států včetně České republiky. Z výzkumu vyplývá, že v České republice je ageismus nejrozšířenějším typem diskriminace, protože s ním má osobní zkušenost více lidí než s diskriminací na základě etnické příslušnosti nebo pohlaví. Z výzkumu lze dovodit, že seniory starší 70 let považuje za schopné jen třetina lidí, na rozdíl například od dvacátníků, které považuje za schopné většina lidí, jak uvedlo 63 % dotázaných. Na otázku, jakou emoci z vyjmenovaných (závist, obdiv, soucit a opovržení) v respondentech vyvolávají senioři, označilo nejvíce z nich emoci soucitu vůči seniorům starším 70 let. Více jak polovina dotázaných se shoduje na tom, že v České republice můžeme věkovou diskriminaci považovat za dosti závažný nebo velmi závažný problém.³⁶

Na závěr této problematiky uveďme shrnutí pojmu ageismus. Jak již bylo zmíněno, jedná se o ideologii a přesvědčení. Může se projevovat věkovou diskriminací, ale to je až krajní a nejintenzivněji viditelná forma ageismu. Vedle této formy se ageismus může projevovat i sdílením stereotypních očekávání vůči druhým na základě jejich věku nebo přijímání předsudků (negativních i pozitivních). Základem ageismu je předpoklad kvalitativní nerovnosti, tedy přesvědčení, že určitá věková skupina je v něčem „lepší“ než druhá.

³⁴ Ageismus. *O ageismu*. [online]. © 2015 [cit. 2015-06-27]. Dostupné z <http://www.ageismus.cz/>

³⁵ srov. SEYMOUR, L.; GALE, E. Even elders get the blues. *Mental Health Today*. 2005, str. 29–31.

³⁶ BENEŠOVÁ, R. „Ageismus.“ *Socioweb*, 2011 (1): 8–9. Dostupné z: http://www.socioweb.cz/upl/editorial/download/186_SOCIOWEB_01_2011_.pdf

3. Sociální pomoc seniorům v systému sociálního zabezpečení, příspěvek na péči

Tato kapitola se věnuje charakteristice sociální pomoci, kterou prostřednictvím několika institutů zakotvuje právní řád České republiky. Větší část této kapitoly je věnována institutu příspěvku na péči, pomocí kterého si má osoba uhradit potřebnou pomoc, péči či službu, kterou si žádá její zdravotní stav. S ohledem na téma této diplomové práce zaměřené na seniory bude i výklad této kapitoly směřovat právě na sociální pomoc seniorům.

Senioři tvoří již dnes významnou část populace. S ohledem na předchozí kapitolu a v ní zmiňované demografické údaje bude dle uvedených prognóz populace i nadále výrazně stárnout. Zvyšující se věk dožití s sebou nicméně přináší situace, které dané osoby často nejsou schopny samy, někdy ani za pomoci rodin, finančně zvládnout.

Stáří, špatný zdravotní stav a zdravotní postižení jsou označovány jako jedny z nejvýznamnějších příčin chudoby a sociálního vyloučení.

V současné době se neustále zvyšují ceny všech služeb a zboží, nicméně platy, potažmo důchody seniorů se téměř nemění. Se zhoršujícím se zdravotním stavem a vyšším stupněm závislosti těchto osob rostou zcela zásadně i náklady na pokrytí veškeré péče a služeb. Právě ke zvládnání takových situací je tu systém sociální pomoci.

Pro pochopení smyslu sociální pomoci, příspěvku na péči a sociálních služeb (o kterých bude pojednáno v následující kapitole) a jejich začlenění do našeho právního řádu, je vhodné vymezit několik pojmů, jakož i strukturu sociální pomoci sociálního zabezpečení v českém právním řádu.

System sociálního zabezpečení tvoří 3 subsystemy:

- sociální pojištění
- státní sociální podpora
- sociální pomoc

Sociální pojištění můžeme charakterizovat jako povinný finanční systém, kterým se občan povinně zajišťuje pro případ budoucí sociální události tím, že odkládá část osobní

spotřeby, aby se pro budoucnost dokázal o sebe a svou rodinu postarat, nikoliv na úkor veřejných daní.

Státní sociální podpora zahrnuje systém dávek určených především rodinám s nezaopatřenými dětmi. Některé dávky z tohoto systému jsou závislé na výši příjmu v rodině, ty nazýváme dávkami testovanými. Naopak některé dávky tohoto systému na příjmové situaci rodiny nezávisí, a ty nazýváme dávkami netestovanými.

Sociální pomoc, donedávna nazývanou též sociální péče, můžeme z hlediska sociální politiky chápat jako poslední síť sociální ochrany, která je dle čl. 30 odst. 2 LZPS zaručena každému člověku, který se ocitne v hmotné nouzi. Sociální pomoc se od zbylých dvou subsystémů liší zejména rozsahem, jelikož se týká poměrně malé části populace. Sociální pomoc, na rozdíl od zbývajících subsystémů, nastupuje až v případě, kdy občané v důsledku nastalé sociální události nejsou schopni tuto událost pokrýt ze zmiňovaných dvou subsystémů sociálního zabezpečení (sociálního pojištění a státní sociální podpory). Což souvisí s principem subsidiarity, kdy věcná působnost právních norem sociální pomoci nastupuje až v případě, kdy není k dispozici plnění ze žádného jiného systému nebo již byla tato plnění vyčerpána, ale stále je nutno zabezpečit základní životní potřeby občana. Sociální události jsou velmi často řešeny formou sociálních služeb. Služby sociální pomoci poskytují přednostně soukromoprávní právnické osoby, tedy nestátní organizace. Dávky z tohoto systému poskytují krajské pobočky úřadů práce, jimž byla svěřena správa veškerých „nepříspěvkových dávek“³⁷. Dávky jsou v rámci tohoto systému poskytovány buď k řešení hmotné nouze občana, nebo účelově. Nárok na dávky sociální pomoci vzniká zpravidla až správním rozhodnutím o výši nároku a jeho formě. Ke správním rozhodnutí je nutno zmínit vysokou míru správního uvážení, jež je pro systém sociální pomoci typická. Na sociální pomoc si občané zásadně nepřispívají zvláště a předem, protože v našem právním řádu neexistuje pojištění nebo spoření pro případ sociální události řešené systémem sociální pomoci (na rozdíl od Německa, či Rakouska, jejichž právní řády takové pojištění zakotvují).³⁸

³⁷ TRÖSTER, P. et al. *Právo sociálního zabezpečení*. 6. vyd. Praha: C. H. Beck, 2013. str. 205.

³⁸ Tamtéž, str. 206.

Sociální pomoc se vyznačuje velkou mírou individualizace nejen při posuzování existence nároku na plnění, ale také při plnění samotném. Je tedy možné kombinací různých sociálních služeb a různých forem dávek vytvořit klientovi pomoc „sestavenou na míru jeho potřebám“.

Pojem sociální pomoc jako takový česká právní úprava nezná, pracuje s ním pouze teorie, nicméně pod něj můžeme zařadit: systém pomoci v hmotné nouzi, systém sociálních služeb a také systém dávek pro osoby se zdravotním postižením.

Systém pomoci v hmotné nouzi obsahuje tři dávky:

- Příspěvek na živobytí
- Doplatek na bydlení
- Mimořádnou okamžitou pomoc

Systém dávek poskytovaných osobám se zdravotním postižením obsahuje:

- Příspěvek na mobilitu
- Příspěvek na zvláštní pomůcku

Sociální služby jsou děleny na:

- Sociální poradenství
- Služby sociální péče (péče o osobu, jež není schopna se o sebe sama postarat)
- Služby sociální prevence (pro klienty se sociálními problémy poskytované za účelem zpětné integrace jedince do společnosti)

Sociálním službám bude věnována následující samostatná kapitola, kde o nich bude podrobněji pojednáno.

V zákoně o sociálních službách je upravena dávka, jejímž prostřednictvím si má ten, kdo potřebuje sociální služby, tyto služby obstarat a uhradit. Jedná se o příspěvek na péči.

3.1 Příspěvek na péči

Příspěvek na péči, dle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, s účinností od 1. 1. 2007 nahradil dvě dávky, které byly do té doby upraveny zákonem č. 100/1988 Sb., o sociálním zabezpečení. Jednalo se o dávku zvýšení důchodu pro bezmocnost, a dále o dávku nazvanou příspěvek při péči o blízkou nebo jinou osobu, které byly účinností zákona o sociálních službách transformovány v příspěvek na péči.

Příspěvek na péči je upraven v části druhé zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, v ustanoveních § 7 až § 30. Tato část zákona je členěna do devíti hlav, které upravují podmínky nároku na příspěvek na péči, výši příspěvku, zvýšení příspěvku, nárok na příspěvek a jeho výplatu, výplatu příspěvku, povinnosti žadatele o příspěvek, oprávněné osoby a jiného příjemce příspěvku, řízení o příspěvku, kontrolu využívání příspěvku a informační systém o příspěvku.

Příspěvek na péči je dávkou poskytovanou krajskými pobočkami Úřadu práce České republiky ze státního rozpočtu fyzickým osobám na základě zjištění, že jejich zdravotní stav je natolik nepříznivý, že minimálně v některých doménách života takový člověk (dále jen „osoba závislá“) nezvládá plně a samostatně péči o svou osobu a svou domácnost^{39,40}. Nevyžaduje se splnění žádných dalších podmínek, nezjišťuje se příjmová situace v rodině. Účelem této dávky je napomáhat osobě závislé, aby si dle vlastního uvážení zajistila potřebnou pomoc při zvládání základních životních potřeb, a to buď v rámci své rodiny, nebo prostřednictvím poskytovatele sociálních služeb, popřípadě prostřednictvím jiné fyzické nebo právnické osoby, případně kombinací těchto zmíněných forem.

Příspěvek na péči je koncipován jako tzv. „dotace na hlavu“, která byla zavedena v průběhu 90. let i v dalších evropských státech. Hlavní myšlenkou této koncepce je, že příspěvek na péči je poskytován přímo osobě závislé (nikoliv osobě pečující, jak tomu bylo v právní úpravě přecházející úpravě současné), kdy se osoba závislá na péči může svobodně rozhodnout, jakým způsobem tento příspěvek použije a od jakého subjektu si

³⁹ srov. SCHALOCK, R. *Outcome-based evaluation*. 2. vyd. New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers, 2001. 271 s.

⁴⁰ srov. PIVARČ, J. Koncept kvality života u osob s mentálním postižením. In *Reviewed Proceedings of the Interdisciplinary Scientific International Conference for PhD students and assistants*. Vol. V. Hradec Králové: QUAERE, 2015. s. 1287–1295.

dané služby „zakoupí“⁴¹. Pro srovnání je vhodné zmínit i dřívější „dotaci na lůžko“, která představovala určitý finanční obnos, který každoročně obdržel ústav sociální péče nebo domov důchodců (jejichž zřizovatelem byla obec) k zajištění veškerých potřeb a služeb poskytovaných klientovi umístěnému v tomto zařízení. Výše dotace byla určena podle typu zařízení a byla každoročně stanovována v zákoně o státním rozpočtu. Při porovnání těchto dvou dotací je vhodné se zamyslet nad tím, jaká rizika může přinášet nová úprava, tedy tzv. „dotace na hlavu“. Poskytovatel služby by v rámci ekonomického smýšlení mohl začít upřednostňovat uživatele příspěvku na péči, kteří jej pobírají trvale a ve výši odpovídající třetímu nebo čtvrtému stupni závislosti, před uživateli, kteří pobírají příspěvek na péči jen v rozsahu prvního nebo druhého stupně závislosti. Dalším z rizik je i možnost záměrně horší péče o osobu z důvodu, aby nedocházelo ke zlepšování jejího zdravotního stavu a zvyšování její soběstačnosti a nezávislosti na druhé osobě, což by mohlo vést ke snížení stupně závislosti a následkem toho by poskytovatel mohl přijít o část příjmu od této osoby poskytovaného právě z příspěvku na péči.

3.1.1 Podmínky nároku příspěvku na péči

Nárok na příspěvek na péči (dále jen „příspěvek“) má fyzická osoba, která vzhledem ke svému dlouhodobě nepříznivému zdravotnímu stavu potřebuje pomoc při zvládnutí základních životních potřeb v takovém rozsahu, který odůvodňuje její zařazení do některého ze stupňů závislosti. Dlouhodobým nepříznivým zdravotním stavem je označován zdravotní stav, který dle poznatků lékařské vědy má trvat nebo trvá déle než jeden rok a který omezuje schopnosti osoby nutné k obstarání základních životních potřeb při péči o sebe sama.

Podmínkou nároku na příspěvek, při zařazení do některého ze čtyř stupňů závislosti, je předpoklad, že potřebnou péči osobě poskytuje osoba blízká, asistent sociální péče (jiná osoba než osoba blízká, pokud tuto pomoc nevykonává jako podnikatel - např. přátelská nebo sousedská výpomoc), poskytovatel sociálních služeb zapsaný v registru poskytovatelů sociálních služeb, speciální lůžkové zdravotnické zařízení hospicového typu, případně dětský domov v případě dítěte.

⁴¹ TRÖSTER, P. et al. *Právo sociálního zabezpečení*. 6. vyd. Praha: C. H. Beck, 2013. str. 215.

3.1.2 Stupně závislosti

Závislost osoby na pomoci jiné osoby, a potažmo i výše příspěvku, se posuzuje na základě schopnosti zvládat zákonem stanovené životní potřeby prostřednictvím úkonů péče o vlastní osobu související s osobní hygienou, zajištěním stravování, oblékáním, apod. Dle počtu samostatně zvládnutých životních potřeb je osoba zařazena do jednoho ze čtyř stupňů závislosti – lehká závislost, středně těžká závislost, těžká závislost a úplná závislost, které nalezneme v § 8 zákona o sociálních službách.⁴² Od 1. 1. 2012 byla stanovena nová kritéria pro uznání stupně závislosti pro účely příspěvku. Nově se hodnotí pouze schopnost zvládat 10 základních životních potřeb, které nahradily původních 36 úkonů (ve 129 činnostech) při péči o vlastní osobu a soběstačnost. Jedná se o základní životní potřeby, které vycházejí z Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví, a které jsou uvedeny v § 9 zákona o sociálních službách a specifikovány v příloze č. 1 prováděcí vyhlášky č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách. Jedná se o následující aktivity: mobilita, orientace, komunikace, stravování, oblékání a obouvání, tělesná hygiena, výkon fyziologické potřeby, péče o zdraví, osobní aktivity, péče o domácnost.

Schopnost osoby zvládat výše zmíněné úkony se hodnotí v jejím přirozeném sociálním prostředí (např. domácnost). Pro uznání závislosti dané konkrétní životní potřeby musí existovat příčinná souvislost mezi poruchou funkčních schopností z důvodu nepříznivého zdravotního stavu a pozbytím schopnosti zvládat základní životní potřebu v přijatelném standardu. Funkční schopnosti jsou hodnoceny s využíváním zachovaných potenciálů a kompetencí osoby a využíváním běžně dostupných pomůcek, předmětů denní potřeby nebo vybavení domácnosti, veřejných prostor nebo s využitím

⁴² ČR. Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. § 8 (2) Osoba starší 18 let věku se považuje za závislou na pomoci jiné fyzické osoby ve:

- a) stupni I (lehká závislost), jestliže z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu není schopna zvládat tři nebo čtyři základní životní potřeby,
- b) stupni II (středně těžká závislost), jestliže z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu není schopna zvládat pět nebo šest základních životních potřeb,
- c) stupni III (těžká závislost), jestliže z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu není schopna zvládat sedm nebo osm základních životních potřeb,
- d) stupni IV (úplná závislost), jestliže z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu není schopna zvládat devět nebo deset základních životních potřeb, a vyžaduje každodenní pomoc, dohled nebo péči jiné fyzické osoby.

zdravotnických prostředků.⁴³ U některých diagnóz je možné pozorovat kolísavý vliv na funkční schopnosti, a to z důvodu střídavého zhoršování a zlepšování zdravotního stavu. V takových případech se schopnost zvládat životní potřeby posuzuje tak, aby hodnocení odpovídalo převažujícímu rozsahu schopnosti ve sledovaném období, kterým je zpravidla rok. Což by i tak mohlo být u některých diagnóz (například stařecká demence) náročné a těžce objektivně posouditelné.

K uznání neschopnosti zvládat základní životní potřebu postačuje neschopnost zvládnout alespoň jeden z vyjmenovaných úkonů, kterými je blíže vymezena schopnost zvládat příslušnou základní životní potřebu. Osoby mladší 18 let mají mírně odlišná kritéria pro přiřazení stupně závislosti – postačí jim zvládat méně úkonů, než osobě zletilé pro přiřazení do stejného stupně závislosti (např. osoba nezletilá v prvním stupni závislosti není schopna zvládat 3 potřeby, osoba zletilá pro zařazení do prvního stupně není schopna zvládat 3 – 4 potřeby). U osob mladších 18 let se hodnotí jen 9 základních životních potřeb, nehodnotí se schopnost zvládat péči o domácnost. Nicméně vždy se u osob mladších 18 let hodnotí potřeba každodenní mimořádné péče. Takovou péčí rozumíme pomoc, která je podstatně větší, než kterou by k provedení stejného úkonu vyžadovalo zdravé dítě.

3.1.3 Výše příspěvku na péči

Výše příspěvku na péči je stanovena v zákoně o sociálních službách v § 11. Příspěvek na péči je stanoven v rozdílné výši pro osoby do 18 let a pro osoby starší 18 let věku. Výši příspěvku ovlivňuje přiřazení daného stupně závislosti osoby. Výše příspěvku je zákonem stanovena pro období jednoho kalendářního měsíce.

Pro osoby mladší 18 let činí výše příspěvku 3000 Kč v prvním stupni závislosti, 6000 Kč v druhém stupni závislosti, 9000 Kč ve třetím stupni závislosti a 12000 Kč ve čtvrtém stupni závislosti.

U osob starších 18 let činí výše příspěvku v případě prvního stupně závislosti 800 Kč, v případě druhého stupně závislosti 4000 Kč, v případě třetího stupně závislosti 8000 Kč a v případě čtvrtého stupně závislosti 12000 Kč.

⁴³ KRÁLOVÁ, J.; RÁŽOVÁ, E. *Sociální služby a příspěvek na péči*. 4. vyd. Olomouc: ANAG, 2012. str. 23.

V roce 2011 došlo v rámci úsporných opatření vlády k výraznému snížení příspěvku na péči v prvním stupni závislosti u osob starších 18 let věku. Z dřívějších 2000 Kč, vyplácených až do 31. 12. 2010, se měsíční dávka snížila od počátku roku 2011 na 800 Kč. U mladistvých do 18 let zůstala v nezměněné výši 3000 korun.

Od 1. 1. 2012 došlo ke zvýšení příspěvku ve druhém stupni závislosti u osob mladších 18 let z 5000 Kč na 6000 Kč.

Vyšší částka příspěvku na péči pro osoby do 18 let je dána zejména tím, že tyto osoby zpravidla nemají svůj vlastní příjem (mzda, plat, důchod či jiné příjmy), a současně má, nebo by měla motivovat rodiny k tomu, aby děti zůstávaly v domácí péči.

Rok 2012 s sebou přinesl také novinku v podobě zvýšení příspěvku na péči, které je náhradou za dříve poskytovaný sociální příplatek ze systému dávek státní sociální podpory. Zvýšení příspěvku má akcesorickou povahu, tedy není samostatnou dávkou a nemůže existovat bez existence příspěvku na péči. Toto zvýšení příspěvku je určeno nezaopatřenému dítěti do 18 let věku (vyjma dětí, jimž náleží příspěvky z dávek péčovské péče) a taktéž je určeno pro rodiče, kterému náleží příspěvek a který současně pečuje o nezaopatřené dítě do 18 let.

3.1.4 Předpokládaný vývoj výše příspěvku na péči během roku 2016

Tisková zpráva Ministerstva práce a sociálních věcí z října 2015 uváděla, že návrh státního rozpočtu na rok 2016 s navýšením příspěvku na péči nepočítá.⁴⁴ Zvýšení příspěvku by však bylo vhodné i s přihlédnutím k faktu, že v roce 2007 byly náklady na hodinovou dotaci poskytované sociální služby cca 85 Kč. Za stejnou poskytovanou sociální službu je však v současné době hrazeno 130 Kč, přestože příspěvek na péči je v současnosti stejný, jako v roce 2007.

Poslanecká sněmovna v květnu 2016 schválila na své schůzi novelu zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, podle které by měl příspěvek na péči pro zdravotně postižené občany vzrůst o deset procent ve všech stupních závislosti. Předpis bude ještě posuzovat Senát, účinnosti by měl nabýt 1. srpna 2016. Příspěvek na péči se

⁴⁴ Ministerstvo práce a sociálních věcí. Tisková zpráva Ministryně Michaely Marksové ze dne 7. října 2015, 2. ledna 2016, [online]. © 2016 [cit. 2016-02-01]. Dostupné z http://www.mpsv.cz/files/clanky/22388/TZ_071015a.pdf

zvýší poprvé od roku 2007, kdy byl zaveden. Níže je uvedena tabulka č. 3 s plánovanou výší příspěvku na péči od 1. 8. 2016.

Tabulka č. 3: Předpokládaná výše příspěvku od 1. 8. 2016⁴⁵

Výše příspěvku od 1. 8. 2016 za kalendářní měsíc		
stupeň závislosti	mladší 18 let	starší 18 let
I. lehká závislost	3300	880
II. středně těžká závislost	6600	4400
III. těžká závislost	9900	8800
IV. úplná závislost	13200	13200

3.1.5 Řízení o příspěvku na péči a sociální šetření

Řízení o příspěvku na péči probíhá podle zákona č. 500/2004 Sb., správní řád. Odchytky od některých ustanovení správního řádu stanovuje Zákon o sociálních službách č. 108/2006 Sb.

Řízení se zahajuje na základě písemné žádosti podané na tiskopisu předepsaném MPSV (viz. Příloha č. 1), včetně přílohy této žádosti, kterou tvoří Oznámení o poskytovateli pomoci. Dále osoba přikládá Prohlášení k žádosti o příspěvek na péči (taktéž viz Příloha č. 1). Žádost se podává na kontaktním pracovišti krajské pobočky Úřadu práce. Příslušnost se určuje dle místa trvalého pobytu žadatele o příspěvek.

Řízení může být výjimečně zahájeno i z moci úřední, ale pouze v případě, že fyzická osoba není schopna jednat samostatně a nemá zástupce. O příspěvku na péči rozhoduje v prvním stupni správního řízení Úřad práce České republiky prostřednictvím svých krajských poboček a pobočky pro hlavní město Prahu.

Řízení je zahájeno dnem, kdy žádost dojde místně příslušné krajské pobočce Úřadu práce. Tato pobočka provede za účelem posouzení stupně závislosti dané osoby a následného rozhodnutí o příspěvku na péči sociální šetření. Sociální šetření provede sociální pracovník dané pobočky. Úkolem sociálního šetření je zjistit schopnost osoby samostatně žít a postarat se o sebe v přirozeném sociálním prostředí, jímž se rozumí především domácnost osoby, včetně její rodiny, a dále také místo, kde osoba pracuje,

⁴⁵ Ministerstvo práce a sociálních věcí. Tisková zpráva MPSV, 2. června 2016, [online]. © 2016 [cit. 2016-02-06]. Dostupné z <http://www.mpsv.cz/cs/25310>

vzdělává se a realizuje běžné sociální aktivity. V případě, že posuzovaná osoba žije v zařízení sociálních služeb, je sociální šetření provedeno v daném zařízení. Povinností posuzované osoby je podrobit se sociálnímu šetření. Pokud jej posuzovaná osoba podstoupit odmítne, může to být důsledkem nepřiznání příspěvku z důvodu nemožnosti opatření jednoho ze zákonem stanovených podkladů pro rozhodnutí. O sociálním šetření pořizuje sociální pracovník písemný záznam (viz. Příloha č. 2). Osoba, u níž bylo sociální šetření provedeno, má právo do tohoto záznamu nahlédnout, pokud o to požádá.⁴⁶

Na základě záznamu ze sociálního šetření (viz. Příloha č. 2), který provedla krajská pobočka Úřadu práce, nálezů o zdravotním stavu vydaném poskytovatelem zdravotních služeb, popřípadě i z výsledků funkčních vyšetření a z výsledků vlastního šetření posuzujícího lékaře (které je prováděno ovšem velmi výjimečně a pouze na výzvu Okresní správy sociálního zabezpečení, dále jen „OSSZ“) vyhotoví posudkový lékař příslušné OSSZ posudek s uvedením základních životních potřeb, které daná osoba není schopna zvládat, a přiřadí daný stupeň závislosti. Lhůta pro vydání posudku činí 45 kalendářních dnů, pokud krajská pobočka Úřadu práce nestanoví lhůtu delší. Lhůta 45 dnů může být ze závažných důvodů i prodloužena o 30 kalendářních dnů (pokud krajská pobočka Úřadu práce nestanoví lhůtu delší).⁴⁷ Stejnopis vydaného posudku, tj. komplexní posudek, zašle OSSZ příslušné krajské pobočce Úřadu práce pro účely rozhodnutí o příspěvku na péči. Povinnost OSSZ zaslat Krajské pobočce Úřadu práce komplexní posudek vychází z § 16a odst. 3 zákona č. 582/1991 Sb., zákon České národní rady o organizaci a provádění sociálního zabezpečení. Toto ustanovení bylo přijato v návaznosti na judikaturu NSS, týkající se soudního přezkumu rozhodnutí správních orgánů ve věci nároku na příspěvek na péči, kde bylo konstatováno, že správní orgány rozhodující o příspěvku na péči nemohou hodnotit úplnost a přesvědčivost posudku o zdravotním stavu žadatele, protože nemají k dispozici komplexní posudek, který je jedním z důkazů v řízení o příspěvku.⁴⁸

⁴⁶ KRÁLOVÁ, J.; RÁŽOVÁ, E. *Sociální služby a příspěvek na péči*. 4. vyd. Olomouc: ANAG, 2012. str. 53–54.

⁴⁷ Tamtéž, str. 57.

⁴⁸ Tamtéž, str. 58.

Lhůty pro vydávání rozhodnutí vycházejí z § 71 správního řádu. Krajská pobočka Úřadu práce je povinna vydat rozhodnutí o příspěvku na péči bez zbytečného odkladu. Pokud nelze rozhodnutí vydat bez zbytečného odkladu, je povinna vydat rozhodnutí nejpozději do 30 dnů od zahájení řízení. K takové lhůtě se připočítává doba až 30 dnů, pokud je potřeba provést místní šetření (tím je v tomto případě sociální šetření). Do lhůty pro vydání rozhodnutí se však nezapočítává doba, kdy je přerušeno řízení, což se děje ve dvou případech. Prvním z nich je doba, po kterou OSSZ posuzuje stupeň závislosti osoby. Druhým případem je doba, kdy je osobě posuzované poskytována zdravotní péče v průběhu hospitalizace, pokud ještě nebylo u osoby provedeno sociální šetření.⁴⁹

Právě kvůli těmto výše zmíněným lhůtám a přerušení řízení bývá celý proces vyřízení příspěvku na péči velmi zdlouhavý. Ne zřídka se stává, že žadatel zemře dříve, než je o jeho žádosti o příspěvek rozhodnuto.

Je vhodné zamyslet se nad otázkou efektivnosti tohoto příspěvku. Daná osoba, která se stane závislou na péči jiné osoby, zpravidla potřebuje péči a pomoc okamžitě. Často je ale taková péče velmi finančně náročná – ať už se jedná o péči v domácím prostředí, či péči v některém ze zařízení poskytujících sociální služby. Daná osoba se v mezidobí vyřízení žádosti o příspěvek na péči může potýkat s finančními nesnázemi, a potažmo následkem toho i s existenčními problémy, právě kvůli zdlouhavosti vyřízení příspěvku na péči. Vzhledem k závažnosti této situace by měla být pozornost více zaměřena na výše zmíněnou problematiku, a toto by mělo být reflektováno v právní úpravě řízení o příspěvku a v úpravě lhůt stanovených pro toto řízení.

Vzhledem k tomu, že příspěvek na péči je poskytován z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu, musí být přihlíženo především ke stanovení stupně závislosti posudkovým lékařem. Zde je vhodné se zamyslet také nad skutečností, zda by nebylo vhodnější, aby sociální šetření neprováděl sociální pracovník, ale přímo posudkový lékař, který může mnohem lépe a efektivněji, vzhledem ke svému vzdělání a zkušenostem, posoudit zdravotní stav dané osoby. V současné době posudkoví lékaři vycházejí ve většině případů pouze ze zápisu sociálního pracovníka ze sociálního

⁴⁹ KRÁLOVÁ, J.; RÁŽOVÁ, E. *Sociální služby a příspěvek na péči*. 4. vyd. Olomouc: ANAG, 2012. str. 59–60.

šetření a z podkladů zaslaných od ošetřujících lékařů, aniž by posuzovanou osobu viděli osobně. I toto činí celý proces řízení o příspěvku zdlouhavým a může ho činit méně objektivním. Zamysleme se tedy, zda by výše zmiňované opatření *de lege ferenda* nespělo ke zkrácení a zefektivnění celého procesu rozhodování o příspěvku na péči.

3.1.6 Kontrola využívání příspěvku

Kontrolu využívání příspěvku na péči provádí krajská pobočka Úřadu práce, která vydala rozhodnutí o přiznání příspěvku. Na postup při kontrole se nevztahuje zákon č. 255/2015 Sb., zákon o kontrole. Zaměstnanci krajské pobočky Úřadu práce jsou na základě souhlasu osoby oprávněni vstupovat do obydlí, v němž osoba žije, za účelem provedení kontroly využívání příspěvku. Kritéria, jejichž plnění musí být v rámci kontroly zjištěno a která jsou rozhodná pro závěr, že příspěvek je využíván v souladu se zákonem, upravuje zákon o sociálních službách. Obsahem kontroly je zejména to, jak bylo s příspěvkem naloženo, tedy zda byl využit k zajištění potřebné pomoci. Dále je kontrolováno, zda pomoc skutečně poskytuje ten, kdo byl uveden v žádosti o příspěvek, popřípadě později ohlášen Úřadu práce jako osoba poskytující pomoc. Kontroluje se, zda je splněna jedna ze základních podmínek nároku na příspěvek – zda pomoc poskytuje osoba blízká, asistent sociální péče, poskytovatel sociálních služeb, který je zapsán v registru poskytovatelů sociálních služeb, dětský domov nebo hospic. Pokud pomoc poskytuje osoba blízká nebo asistent sociální péče, kontroluje se, zda je tato pečující osoba zdravotně způsobilá, tedy zda sama tato osoba nemá nárok na příspěvek. Za zdravotně způsobilou se však může považovat i osoba, která nárok na příspěvek má, ale jejíž zdravotní posudek dokládá, že je schopna takovou pomoc poskytovat.⁵⁰

Tuto situaci si v praxi můžeme představit například v případě manželského páru, kdy jeden z manželů má přiznaný 3. nebo 4. stupeň závislosti a druhý manžel má přiznaný pouze 1. stupeň závislosti a pečuje o svého těžce nemocného manžela. Zde vyvstává otázka, zda není paradox, že osoba závislá na pomoci jiné osoby by sama měla poskytovat pomoc další osobě?

Pokud poskytuje pomoc poskytovatel sociálních služeb, který je oprávněn tuto pomoc poskytovat na základě smlouvy o poskytování sociálních služeb, kontroluje se, zda byla

⁵⁰ KRÁLOVÁ, J.; RÁŽOVÁ, E. *Sociální služby a příspěvek na péči*. 4. vyd. Olomouc: ANAG, 2012. str. 65.

tato smlouva platně uzavřena a také to, zda byly skutečně poskytnuty služby, za něž osoba zaplatila. Příjemce příspěvku je povinen využití příspěvku prokázat rok zpětně, proto by si měl po tuto dobu uschovat potřebné doklady prokazující využití příspěvku.

O provedené kontrole zaměstnanec vyhotovuje Záznam o kontrole využívání příspěvku na péči pro potřeby Úřadu práce ČR (viz. Příloha č. 3).

3.1.7 Demografické údaje související s příspěvkem na péči

V níže uvedené tabulce č. 4 je znázorněno rozvrstvení příjemců příspěvku na péči dle jednotlivého pohlaví, věku a krajů v měsíci červnu roku 2013, což je nejaktuálnější statistika pro tuto problematiku na internetových stránkách Českého statistického úřadu.

Za měsíc červen roku 2013 bylo vyplaceno celkem 316819 příspěvků na péči, z čehož z hlediska pohlaví připadlo 37 % příspěvků mužům a celých 63 % ženám. Nejvíce příspěvků na péči bylo přiděleno lidem ve věkové kategorii do 59 let (27 %) a poté osobám v nejstarší věkové kategorii, 85 a více let (26 %). Z celkového počtu osob, kterým je vyplácen příspěvek na péči, je 10 % osob ve věku 75–79 let a 17 % ve věku 80–84 let. Pokud se zaměříme na kritérium věku, zjistíme, že s přibývajícím věkem počet vyplácených příspěvků na péči roste.

Při porovnání jednotlivých krajů docházíme k závěru, že v Praze a ve většině dalších krajů se vyplácejí více příspěvky na péči zpravidla lidem ve vyšších věkových kategoriích. Naopak v kraji Ústeckém pobírá příspěvek na péči podstatně větší část populace nižšího věku. Největší část příspěvků je vyplácena osobám do 59 let věku (což tvoří 34 %), stejně tak, jako v kraji Karlovarském, což se nikde jinde na území ČR v takové míře nevyskytuje. Naproti tomu v Praze je osobám ve věku 50–64 let vypláceno pouze 5 % z celkového objemu příspěvku na péči, osobám ve věku 80–84 let 16 % a osobám starším 85 let dokonce 32 %. V Ústeckém kraji je vypláceno osobám starším 85 let pouze 20 % příspěvků na péči.

Tabulka č. 4: Počet vyplacených příspěvků na péči přiznaných za červen 2013⁵¹

Kraj	celkem		z toho ve věku					
			50–64		65–79		80+	
	muži	ženy	muži	ženy	muži	ženy	muži	ženy
Česká republika	117012	199807	19528	17146	29855	47382	28788	108193
Praha	9558	17434	1391	1402	2372	3513	2722	10363
Středočeský kraj	11878	20083	1947	1774	2924	4884	2787	10512
Jihočeský kraj	7347	13454	1183	1049	1971	3389	1969	7343
Plzeňský kraj	6401	10660	1093	901	1615	2622	1527	5635
Karlovarský kraj	3048	4814	558	567	688	1214	592	2181
Ústecký kraj	10838	16255	2124	1873	2691	4212	1821	7403
Liberecký kraj	5234	8607	925	806	1314	2020	1198	4542
Královéhradecký kraj	6286	11198	972	993	1597	2574	1629	6101
Pardubický kraj	6566	10746	1094	895	1559	2622	1629	5725
Vysočina	6477	11011	1017	728	1641	2632	1805	6325
Jihomoravský kraj	13526	24055	2138	1892	3606	5389	3683	13957
Olomoucký kraj	7863	12982	1325	1049	1884	2979	2091	7124
Zlínský kraj	7736	14070	1164	1052	2170	3398	2170	7954
Moravskoslezský kraj	14254	24438	2597	2165	3823	5934	3165	13028

⁵¹ Český statistický úřad. Demografické statistiky seniorů, Sociální služby. Počet vyplacených příspěvků na péči [online]. © 2015 [cit. 2015-11-11]. Dostupné z <https://www.czso.cz/csu/czso/seniori-v-cr-2014-2gala5x0fg>

pokračování tabulky

Kraj	celkem	z toho ve věku						
		-59	60–64	65–69	70–74	75–79	80–84	85+
Česká republika	316819	85756	16845	21204	23414	32619	55133	81848
Praha	26992	6735	1287	1812	1721	2352	4437	8648
Středočeský kraj	31961	9153	1701	2226	2312	3270	5462	7837
Jihočeský kraj	20801	5174	955	1385	1571	2404	3885	5427
Plzeňský kraj	17061	4739	923	1195	1238	1804	3066	4096
Karlovarský kraj	7862	2679	508	529	620	753	1164	1609
Ústecký kraj	27093	9154	1812	2158	2125	2620	3868	5356
Liberecký kraj	13841	3939	828	1008	986	1340	2267	3473
Královéhradecký kraj	17484	4623	960	1140	1229	1802	3091	4639
Pardubický kraj	17312	4859	918	1177	1188	1816	3109	4245
Vysočina	17488	4314	771	1029	1301	1943	3304	4826
Jihomoravský kraj	37581	8996	1950	2378	2738	3879	6864	10776
Olomoucký kraj	20845	5740	1027	1283	1494	2086	3651	5564
Zlínský kraj	21806	5129	985	1301	1715	2552	4390	5734
Moravskoslezský kraj	38692	10522	2220	2583	3176	3998	6575	9618

Dle údajů poskytnutých ze statistiky ČSÚ z roku 2013 je patrné, že nejvyšší příspěvky na péči se poskytují osobám zcela nemohoucím, tedy osobám s přiděleným 4. stupněm závislosti. V celé České republice byl podíl těchto osob 12,9 % z celkového počtu osob. Nejvíce příjemců příspěvku na péči s přiděleným 4. stupněm závislosti bylo evidováno v Moravskoslezském kraji (19,4 %), Zlínském kraji (17,2 %) a v kraji Plzeňském (16,2 %). Z hlediska věku lze konstatovat, že největší podíl příjemců příspěvku na péči se 4. stupněm závislosti byl ve věkové skupině osob do 59 let, a to celkem 16,6 % z celkového objemu osob této věkové skupiny. Poté celých 14,3 % příjemců příspěvku na péči ve 4. stupni závislosti bylo ve skupině osob věku 85 a více.

Níže uvedené údaje vychází z materiálu MUDr. Aleny Zvoníkové, z odboru posudkové služby MPSV, prezentovaném na semináři dne 25. 2. 2015.⁵²

V tabulce č. 5 jsou uvedeny výsledky posuzování stupňů závislosti Okresními správami sociálního zabezpečení v letech 2011, 2012, 2013 a 2014. Nejvíce posudků bylo vyhotoveno v roce 2012. Z uvedené statistiky vyplývá, že z počtu posuzovaných případů v jednotlivých letech bylo zhruba 12–16 % posudků, v nichž nebyl žadateli přiznán žádný stupeň závislosti. Nejvíce posudků určovalo 1. a 2. stupeň závislosti. Nejméně posudků bylo po všechny sledované roky pro 4. stupeň závislosti

Tabulka č. 5: Výsledky posuzování SZ na OSSZ v letech 2011–2014⁵³

Počet posudků o stupních závislosti pro účely příspěvku na péči 2011–2014												
Rok	SZ 0	%	SZ I	%	SZ II	%	SZ III	%	SZ IV	%	Celkem	%
2011	18988	14,2	37571	28,1	36145	27,0	23366	17,5	17622	13,2	133692	100,0
2012	25538	16,3	42125	27,0	38239	24,5	29340	18,7	21175	13,5	156397	100,0
2013	20159	14,0	38297	26,5	36547	25,2	30073	20,7	19701	13,6	144777	100,0
2014	17275	12,5	36175	26,1	36228	26,2	29843	21,6	18869	13,6	138390	100,0

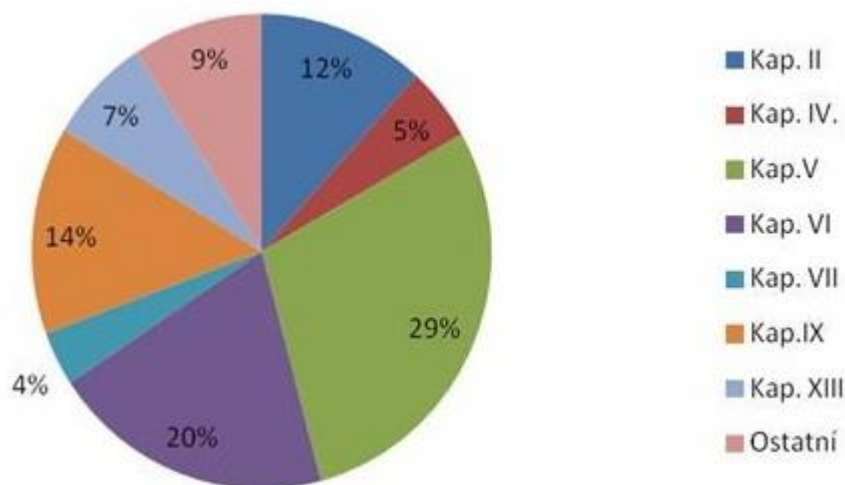
Z výše zmiňovaného dokumentu vychází i následující dva grafy. Můžeme sledovat, že u osob ve věku 18–65 jsou nejčastějšími zdravotními příčinami pro uznání stupně závislosti Poruchy duševní a poruchy chování, na druhém místě Nemoci nervové soustavy a na třetím místě Nemoci oběhové soustavy. Nejméně se v této věkové kategorii naopak vyskytují příčiny Nemoci oka a očních adnex.

U věkové skupiny osob starších 65 let jsou naopak nejčastějšími příčinami pro přiznání stupně závislosti Nemoci oběhové soustavy, na druhém místě jsou to Nemoci svalové a kosterní soustavy a pojiva a třetí nejčastější příčinou jsou Porucha duševní a poruchy chování. Nejméně častou příčinou u této věkové kategorie jsou Nemoci endokrinní, výživy a přeměny látek.

⁵² Společnost sociálních pracovníků ČR a MPSV. Příspěvek na péči a posuzování stupně závislosti, seminář 25. února 2015 [online]. © 2015 [cit. 2015-02-12]. Dostupné z <http://www.petraskala.cz/file/30/posudkova-sluzba-mpsv-seminar-25.2.-2015-i.ppt>

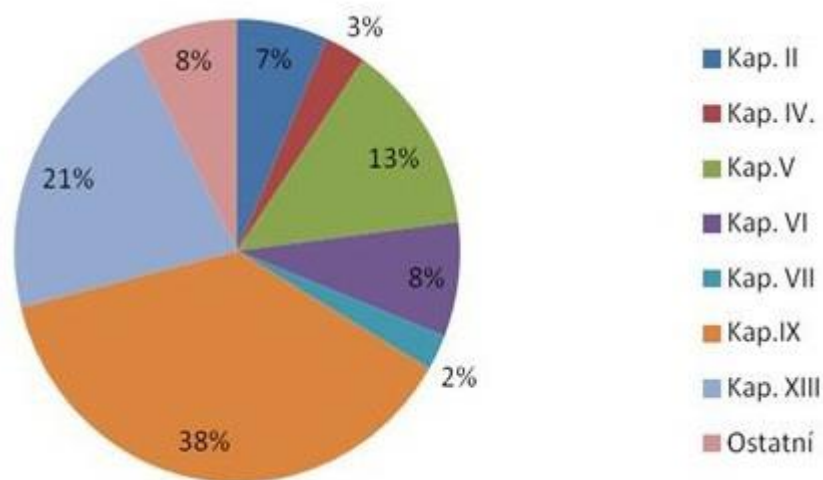
⁵³ Společnost sociálních pracovníků ČR a MPSV. Příspěvek na péči a posuzování stupně závislosti, seminář 25. února 2015 [online]. © 2015 [cit. 2015-02-12]. Dostupné z <http://www.petraskala.cz/file/30/posudkova-sluzba-mpsv-seminar-25.2.-2015-i.ppt>

Graf č. 2: Zdravotní příčiny uznání SZ u osob 18–65 let věku podle kapitol MKN-10⁵⁴



Vysvětlivky: kap. II: Novotvary, kap. IV: Nemoci endokrinní, výživy a přeměny látek, kap. V: Poruchy duševní a poruchy chování, kap. VI: Nemoci nervové soustavy, kap. VII: Nemoci oka a očních adnex, kap. IX: Nemoci oběhové soustavy, kap. XIII: Nemoci svalové a kosterní soustavy a pojiva

Graf č. 3: Zdravotní příčiny uznání SZ u osob nad 65 let věku podle kapitol MKN-10⁵⁵



Vysvětlivky: kap. II: Novotvary, kap. IV: Nemoci endokrinní, výživy a přeměny látek, kap. V: Poruchy duševní a poruchy chování, kap. VI: Nemoci nervové soustavy, kap. VII: Nemoci oka a očních adnex, kap. IX: Nemoci oběhové soustavy, kap. XIII: Nemoci svalové a kosterní soustavy a pojiva

⁵⁴ Společnost sociálních pracovníků ČR a MPSV. Příspěvek na péči a posuzování stupně závislosti, seminář 25. února 2015 [online]. © 2015 [cit. 2015-02-12]. Dostupné z <http://www.petraskala.cz/file/30/posudkova-sluzba-mpsv-seminar-25.2.-2015-i.ppt>

⁵⁵ Společnost sociálních pracovníků ČR a MPSV. Příspěvek na péči a posuzování stupně závislosti, seminář 25. února 2015 [online]. © 2015 [cit. 2015-02-12]. Dostupné z <http://www.petraskala.cz/file/30/posudkova-sluzba-mpsv-seminar-25.2.-2015-i.ppt>

Mezi roky 2011 až 2014 došlo k nárůstu poživatelů příspěvku na péči o zhruba 25 tisíc osob, z toho cca o 5,5 tisíce bylo osob do 18 let věku a cca 19,5 tisíce bylo osob ve věku nad 18 let. Docházelo ke zvýšení uznaných stupňů závislosti, zejména ve II. stupni a III. stupni. Došlo k nárůstu nákladů na příspěvek na péči z původních 18,084 mld. Kč na 20,402 mld. Kč, tedy o 2,318 mld. Kč za 4 roky. Celkově se snížil počet podílů s neuznaným stupněm závislosti o přibližně 3,5 %. Naopak došlo k nárůstu podílu případů se zvyšováním stupně závislosti o zhruba 8 % a oproti tomu se snížil podíl případů se snížením stupně závislosti o přibližně 3 %.⁵⁶

3.1.8 Ustanovení zákona v praxi

„§ 14a zákona o sociálních službách

(1) Příspěvek se nevyplácí, jestliže je oprávněné osobě po celý kalendářní měsíc poskytována zdravotní péče v průběhu hospitalizace, nejde-li o poskytování sociálních služeb podle § 52; to neplatí v případě, kdy je s oprávněnou osobou k hospitalizaci přijata podle jiného právního předpisu^{7c}) jako průvodce fyzická osoba, která byla uvedena v žádosti o příspěvek, popřípadě ohlášena podle § 21 odst. 1 písm. d) nebo § 21 odst. 2 písm. c) jako osoba poskytující pomoc. Podmínka celého kalendářního měsíce není splněna, pokud k hospitalizaci došlo první den v kalendářním měsíci nebo k propuštění z tohoto zařízení došlo poslední den v kalendářním měsíci. Výplata příspěvku se zastaví od prvního dne kalendářního měsíce následujícího po kalendářním měsíci, ve kterém byla oprávněná osoba k hospitalizaci přijata, není-li podle § 21a odst. 1 ohlášeno propuštění ze zdravotnického zařízení. Výplata příspěvku se obnoví od prvního dne kalendářního měsíce, ve kterém hospitalizace netrvala po celý kalendářní měsíc.“⁵⁷

Z tohoto ustanovení lze vyvodit značnou mezeru v zákoně. Toto tvrzení lze demonstrovat na dvou příkladech a znázornit tak, v čem je spatřována výše zmiňovaná mezera v zákoně, která zbytečně zatěžuje stát výplatou příspěvku. Dochází k výplatě příspěvku i v situaci, kdy prokazatelně nemůže být využit na zaplacení služeb, které si osoba z příspěvku běžně hradí, neboť z důvodu hospitalizace v nemocnici osobě

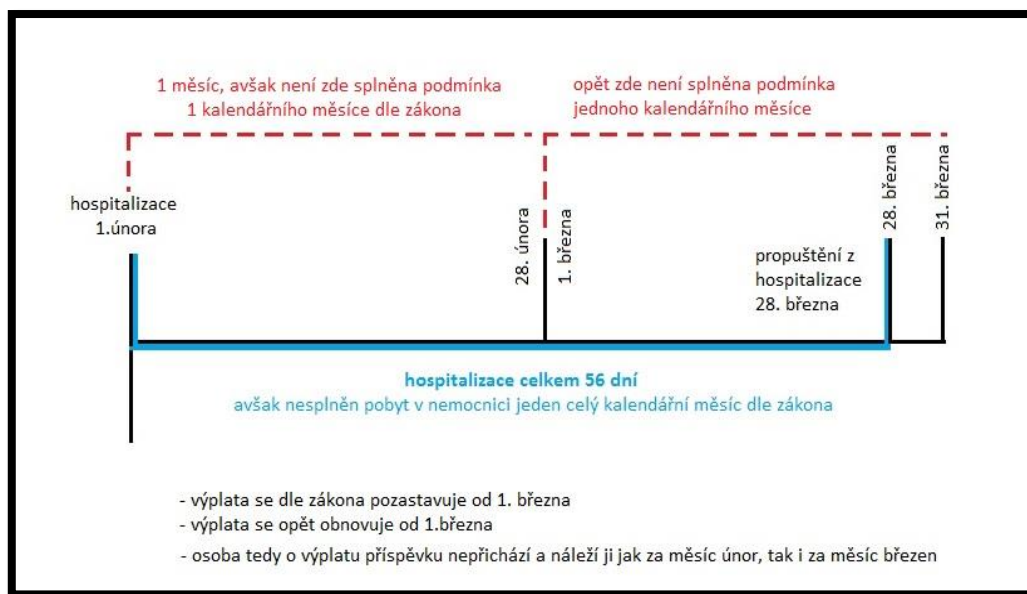
⁵⁶ Společnost sociálních pracovníků ČR a MPSV. Příspěvek na péči a posuzování stupně závislosti, seminář 25. února 2015 [online]. © 2015 [cit. 2015-02-12]. Dostupné z <http://www.petraskala.cz/file/30/posudkova-sluzba-mps-v-seminar-25.2.-2015-i.ppt>

⁵⁷ Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách.

nemohou být a nejsou poskytovány. Toto ustanovení zvýhodňuje osobu hospitalizovanou na delší dobu oproti osobě hospitalizované na kratší dobu, avšak která ke své smůle strávila v nemocnici celý kalendářní měsíc. Vezmeme-li v potaz, že příspěvek na péči se nevyplácí, pokud je oprávněné osobě po celý *kalendářní* měsíc poskytována zdravotní péče v průběhu hospitalizace. Tedy daná osoba musí být hospitalizována celý kalendářní měsíc (nikoliv měsíc). Podmínka celého kalendářního měsíce není splněna, pokud k hospitalizaci došlo již první den v kalendářním měsíci nebo k propuštění z tohoto zařízení došlo poslední den v kalendářním měsíci. Toto ustanovení bude nyní převedeno do praxe za pomoci příkladů.

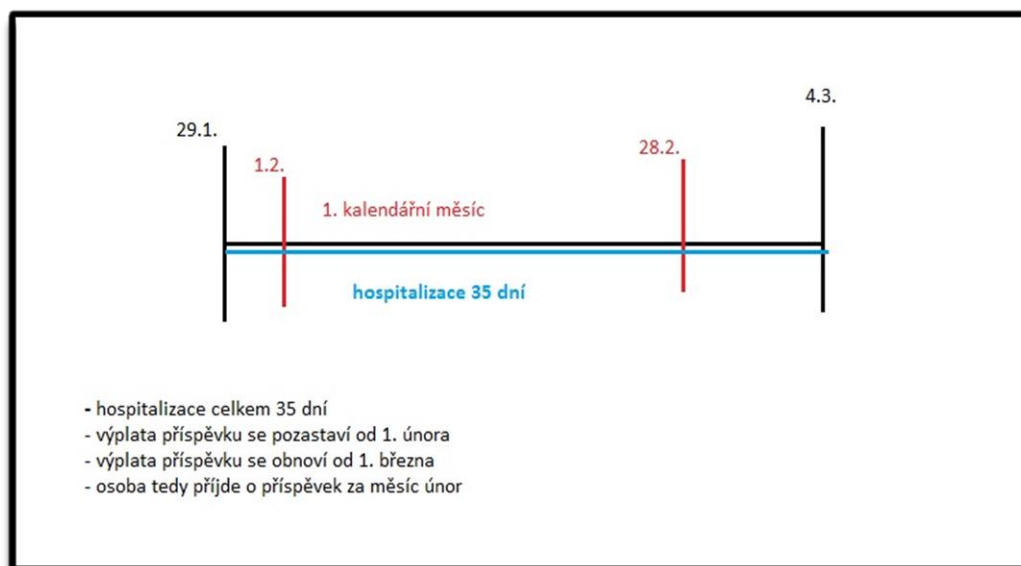
V prvním případě nastane situace, že osoba je hospitalizována v nemocnici od 1. února a propuštěna z hospitalizace až 28. března. Zjišťujeme, že osoba byla hospitalizovaná v nemocnici celých 56 dní, avšak nesplnila podmínku jednoho kalendářního měsíce, a proto jí nebude pozastavena výplata příspěvku. Dle zákona o sociálních službách se výplata příspěvku na péči pozastavuje od prvního dne kalendářního měsíce následujícího po kalendářním měsíci, ve kterém byla oprávněná osoba k hospitalizaci přijata, tedy v naší modelové situaci od 1. března. Výplata příspěvku se obnovuje od prvního dne kalendářního měsíce, ve kterém hospitalizace netrvala po celý kalendářní měsíc, tedy v našem případě byla osoba propuštěna z hospitalizace 28. března (hospitalizace netrvala celý kalendářní měsíc), a proto by se výplata příspěvku obnovila již od 1. března. Osoba tedy byla hospitalizována celkem 56 dní, kdy se o ni staral zdravotnický personál v nemocnici, prokazatelně tudíž nevynakládala přiznaný příspěvek na péči na úhradu služeb, které si platí běžně za situace, kdy není hospitalizována. Přesto však o výplatu tohoto příspěvku nepřišla, jelikož nesplnila podmínku hospitalizace celý kalendářní měsíc tím, že nastoupila do nemocnice v průběhu 1. dne kalendářního měsíce. Bude jí tedy vyplacen celý příspěvek na péči za oba dva měsíce – únor i březen, přestože byla téměř celou dobu těchto dvou měsíců hospitalizovaná v nemocnici. Tato situace je znázorněna v grafu č. 4 – viz níže.

Graf č. 4: Výplata příspěvku na péči v případě hospitalizace po dobu 56 dní



Naopak druhá modelová situace nám zobrazuje případ, kdy bude osoba hospitalizována 29. ledna a její pobyt v nemocnici potrvá až do 4. března, kdy bude její hospitalizace ukončena. Tato osoba byla přijata do nemocnice tak, že splňuje podmínku hospitalizace celý kalendářní měsíc (1. února až 28. února včetně). V nemocnici byla hospitalizována oproti první modelové situaci podstatně kratší dobu, jen 35 dní, avšak o výplatu příspěvku za jeden kalendářní měsíc přijde, jelikož splnila zákonnou podmínku hospitalizace po celý kalendářní měsíc. Tato druhá modelová situace je vyobrazena v grafu č. 5 níže.

Graf č. 5: Výplata příspěvku na péči v případě hospitalizace po dobu 35 dní



Pokud zhodnotíme obě modelové situace, docházíme k závěru, že osoba, která byla hospitalizována celých 56 dní, o výplatu příspěvku na péči nepřišla, avšak osoba, která byla hospitalizována pouze po dobu 35 dní, přišla o výplatu příspěvku na péči za jeden celý kalendářní měsíc.

Tuto situaci je nutno považovat za dosti zásadní. Neměla by uniknout pozornosti a měla by vést k zamyšlení, jak dané ustanovení v zákoně upravit tak, aby nedocházelo k zjevné nespravedlnosti a zbytečnému vyplácení dávky ze státního rozpočtu v případě, kdy na ni osoba nemá nárok, jelikož prokazatelně nevynakládá prostředky na hrazení péče z důvodu hospitalizace.

Doporučení de lege ferenda

Ustanovení § 14a zákona o sociálních službách by bylo vhodné změnit tak, aby výplata příspěvku na péči závisela na celkové délce hospitalizace, nikoliv však na uplynutí doby celého kalendářního měsíce. Jako vhodné řešení můžeme uvažovat například nahrazení „celý kalendářní měsíc“ určitým počtem dní, například 30 dní.

Druhé možné řešení této situace by de lege ferenda mohlo znít:

Příspěvek se nevyplácí, jestliže je oprávněné osobě po dobu 30 dní, nebo déle, poskytována zdravotní péče formou hospitalizace, nejde-li o poskytování sociálních služeb podle § 52; to neplatí v případě, kdy je s oprávněnou osobou k hospitalizaci přijata podle jiného právního předpisu jako průvodce fyzická osoba, která byla uvedena v žádosti o příspěvek, popřípadě ohlášena podle § 21 odst. 1 písm. d) nebo § 21 odst. 2 písm. c) jako osoba poskytující pomoc. Výplata příspěvku se zastaví na celé období hospitalizace. Výplata příspěvku se obnoví od ukončení hospitalizace a příspěvek se vyplatí v poměrné výši za kalendářní dny v měsíci, kdy osoba ještě nebyla hospitalizována a také za dny zbývající v měsíci, kdy osoba již byla propuštěna z hospitalizace.

3.1.9 Aspekty domácí péče o osobu závislou na péči jiné osoby

V České republice není znám přesný počet rodin, které pečují o svého člena, jehož zdravotní stav vyžaduje pomoc a péči další osoby. Nicméně alespoň částečný přehled o tom, kolika rodin se tato situace týká, můžeme získat analýzou příspěvku, který je v těchto případech vyplácen – a to právě příspěvku na péči.

Budeme vycházet z výše uvedených demografických údajů zveřejněných v tabulce č. 4 (Počet vyplacených příspěvků na péči přiznaných za červen 2013) a z dat zveřejněných v tabulce č. 5 (Výsledky posuzování SZ na OSSZ v letech 2011 až 2014). Uvedené údaje potvrzují, že trend stárnutí populace je u nás stále zřetelnější a údaje o vyplacených příspěvcích na péči potvrzují, že procento osob závislých na péči jiné osoby výrazně stoupá ve věkové kategorii 75 a více let. U závislosti ve III. a IV. stupni převažují lidé starší 75 let věku.

Modelovou pečující rodinou bude tedy rodina starající se o svého člena v seniorském věku. Takových rodin je v současnosti několik desítek tisíc a jejich počet bude zřejmě i nadále narůstat. Jak již bylo v úvodu práce zmíněno, při realizaci politiky stárnutí bude nutno mnohem více posilovat roli rodiny a také ji podporovat, jelikož se dá očekávat, že bude mít do budoucna nezastupitelný význam.

Domácí péče v rodinách znamená pro stát nezanedbatelnou výhodu z hlediska jeho veřejného rozpočtu. Nutno konstatovat, že péče o osoby v domácím prostředí je pro stát daleko levnější než péče poskytovaná u registrovaných poskytovatelů. Jelikož například osoba pobírající příspěvek náležející III. stupni závislosti, obdrží příspěvek ve výši 8000 Kč, z něž si hradí potřebnou péči. Pokud bychom uvažovali umístění takové osoby do zařízení s celoročním pobytem, stoupne požadavek na veřejné rozpočty minimálně dvojnásobně, ale třeba i čtyřnásobně. Domácí péče je tedy díky výše uvedenému pro stát výhodná a levná, jelikož pečující osoba péčí ve své domácnosti svou aktivitou šetří státu finance.⁵⁸

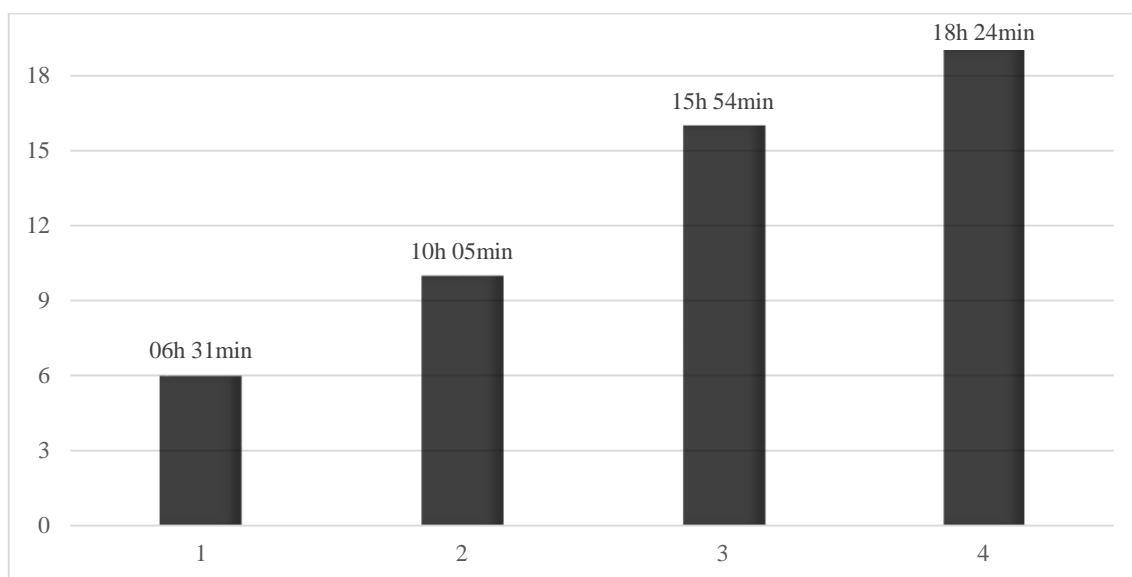
V odborné i laické veřejnosti panuje shoda nad konstatováním, že domácí péče o osobu závislou na péči jiné osoby v rodinném prostředí je velice náročná. Podrobnější zkoumání tohoto však nebylo dosud provedeno, vyjma výzkumu „Postoje uživatelů

⁵⁸ MICHALÍK, J. *Zdravotní postižení a pomáhající profese*. 1. vyd. Praha: Portál, 2011. str. 99.

sociálních služeb k jejich novému způsobu poskytování“, v letech 2007 a 2008, z něž vychází následující graf č. 6.

V grafu č. 6 je uveden součet doby přímé péče a tzv. dohledu, který uvedlo více než 700 respondentů z celé České republiky v rozsáhlém a reprezentativním výzkumu osob pečujících v rodinách o osobu závislou na péči jiné osoby.

Graf č. 6: Součet doby přímé péče a dohledu podle stupňů závislosti (shrnutí doby péče o závislé osoby v rodinách)⁵⁹



Uvedené výsledky byly prvním reálně naměřeným údajem, který vypovídá o hodinové dotaci neboli časové náročnosti péče o osoby závislé v jednotlivých stupních.

Na základě těchto údajů můžeme provést přepočít časové náročnosti péče a zjistit tak koupěschopnost příspěvku na péči ve vztahu k době péče a dohledu (tabulka č. 6). Jedná se o modelový výpočet ocenění práce pečující osoby v domácnosti o osobu závislou*, a také o výpočet počtu dní, na které je možno si z příspěvku službu koupit**, vycházíme-li při tom z průměrného počtu dní v měsíci (30) a hodinové ceně služby 130 Kč (která je v současné době obvyklá u většiny služeb).

⁵⁹ MICHALÍK, J. *Zdravotní postižení a pomáhající profese*. 1. vyd. Praha: Portál, 2011. str. 100.

Tabulka č. 6: Koupěschopnost příspěvku na péči ve vztahu k době péče⁶⁰

Stupeň závislosti	Potřebná péče a dohled za den	Péče a dohled za měsíc	Příspěvek na péči	Odměna za hodinu pro pečující osobu*	Počet dní, na které je možno si službu zakoupit**
I.	06 h 31 min	195,5 hod	800 Kč	4,09 Kč	0,94
II.	10 h 05 min	305,0 hod	4000 Kč	13,11 Kč	3,06
III.	15 h 54 min	477,0 hod	8000 Kč	16,77 Kč	3,96
IV.	18 h 24 min	552,0 hod	12000 Kč	21,73 Kč	5,06

V níže uvedené tabulce (tabulka č. 7) je znázorněno v podstatě totéž, jen z pohledu osoby závislé na péči jiné osoby. Tedy můžeme zde vidět, kolik osoba v průměru za jeden den potřebuje hodin péče a kolik hodin péče denně si může dovolit při úhradě služeb jen z příspěvku na péči. Bereme-li v potaz taktéž 30 dní v měsíci a hodinovou cenu služby 130 Kč/hod.

Tabulka č. 7: Použití příspěvku na péči pro úhradu péče o závislou osobu

Stupeň závislosti	Potřebná péče a dohled za den	Příspěvek na péči	Počet hodin denně, které si osoba může zaplatit z příspěvku***
I.	06 h 31 min	800 Kč	12 minut/ den
II.	10 h 05 min	4000 Kč	1 hod 2 min/ den
III.	15 h 54 min	8000 Kč	2 hod 23 min/ den
IV.	18 h 24 min	12000 Kč	3 hod 5 min/ den

Uvedené údaje přináší pohled na náročnost péče o jednotlivé osoby v domácí péči. Výsledek potvrzuje stoupající délku péče (předpokládá se i stoupající obtížnost péče) v souvislosti s vyšší stupně závislosti osoby.

I za předpokladu možnosti výskytu statistické chyby můžeme konstatovat dvě následující tvrzení:

- 1) V současnosti je dle vyjádření Ministerstva práce a sociálních věcí základní sazba minimální mzdy 58,70 Kč za hodinu⁶¹.

⁶⁰ MICHALÍK, J. *Zdravotní postižení a pomáhající profese*. 1. vyd. Praha: Portál, 2011. str. 101.

⁶¹ Ministerstvo práce a sociálních věcí. Příjmy a životní úroveň. Minimální mzda. [online]. © 2016 [cit. 2016-06-13]. Dostupné z <http://www.mpsv.cz/cs/22117>

Pokud budeme předpokládat, že celý příspěvek na péči bude využit pouze na odměnu pečující osobě, činí poté hodinová odměna osoby pečující o osobu závislou na péči zhruba 10 – 20 Kč.

- 2) Pokud budeme počítat s hodinovou sazbou za péči obvyklých 130 Kč, dojdeme k závěru, že pokud by bylo potřeba hradit potřebnou službu jinému poskytovateli péče, než je člen rodiny (tj. registrovanému poskytovateli sociálních služeb), vystačil by příspěvek na péči k úhradě zhruba jen 1–5 dní v měsíci!

K výše uvedenému je nutno říci, že i přesto, že příspěvek na péči nebyl zamýšlen jako dávka, která má zajistit pořízení celé služby v potřebném rozsahu, je zjištěný počet dní, na něž příspěvek k zajištění péče v potřebném rozsahu dostačuje, velmi nízký⁶².

Vzhledem k výše uvedenému můžeme relativizovat tvrzení o zneužívání příspěvku, o nichž můžeme poměrně často slyšet zejména od laické veřejnosti. Pokud vezmeme v potaz, že byl stupeň závislosti příspěvku na péči skutečně posouzen objektivně a zodpovědně, je poté vzhledem k výše uvedenému, prakticky nemožné příspěvek na péči de facto zneužít, jelikož vypočtené údaje o částkách, kterými může osoba pro zajištění péče o svou osobu disponovat, tato tvrzení zřetelně vyvracejí.

Ne všichni senioři mají bohužel možnost využít toho, aby o ně pečoval rodinný příslušník v domácím prostředí, byť tuto variantu péče můžeme zajisté hodnotit jako nejlepší možnou. Pokud však nastane situace, kdy senior nemá možnost, aby o něj pečoval rodinný příslušník, je tu pro tyto případy k výběru široká nabídka sociálních služeb.

⁶² MICHALÍK, J. *Zdravotní postižení a pomáhající profese*. 1. vyd. Praha: Portál, 2011. str. 101.

4. Sociální služby

Sociální služby můžeme charakterizovat jako soubor činností, jež zabezpečují poskytovatelé sociálních služeb na základě zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách.

Sociální služby se zaměřují na individuální potřeby konkrétního jedince a měly by vést k zachování co nejvyšší kvality a důstojnosti jeho života. Zejména je kladen důraz na vytvoření podmínek, které jsou srovnatelné s životními podmínkami osob bez zdravotního nebo jiného sociálního znevýhodnění. Sociální služba by měla osobě umožnit žít takový život, který je společností považován za běžný. Sociální služby mají být především aktivizační, tedy mají podporovat samostatnost osob a předcházet delšímu trvání jejich nepříznivé sociální situace.

Mezi nejpočetnější příjemce sociálních služeb patří především senioři, na něž je tato práce obsahově zaměřena a bude jim věnována pozornost i v této kapitole. Mezi další početné skupiny příjemců sociálních služeb můžeme zařadit zejména osoby se zdravotním postižením, rodiny s dětmi, a také osoby, které se z různých důvodů dostaly na „okraj společnosti“ a žijí v nepříznivé sociální situaci.

Sociální služby lze podle zaměření rozdělit do tří základních skupin⁶³:

- sociální poradenství,
- služby sociální prevence,
- služby sociální péče.

Sociální poradenství má specifické postavení v celém systému sociálních služeb. Sociální poradenství zahrnuje základní sociální poradenství a odborné sociální poradenství. Dle § 2 zákona o sociálních službách má každá osoba nárok na bezplatné poskytnutí základního sociálního poradenství o možnostech řešení nepříznivé sociální situace nebo jejího předcházení. Základní poradenství je považováno za základní činnost při poskytování všech druhů sociálních služeb, a proto jsou všichni poskytovatelé služeb vždy povinni tuto činnost zajistit. Odborné sociální poradenství je

⁶³ KRÁLOVÁ, J.; RÁŽOVÁ, E. *Sociální služby a příspěvek na péči*. 4. vyd. Olomouc: ANAG, 2012. str. 73.

poskytováno osobám v občanských, manželských a rodinných poradnách, poradnách pro seniory a osoby se zdravotním postižením, poradnách pro oběti trestných činů a domácího násilí, a také ve speciálních lůžkových zdravotnických zařízeních hospicového typu. Toto poradenství zahrnuje také práci s osobami, jejichž způsob života může vést ke konfliktu se společností.

Cílem služeb sociální prevence je napomáhat osobám ohrožených sociálním vyloučením překonat jejich nepříznivou sociální situaci a chránit tak společnost před vznikem a působením nežádoucích sociálních jevů. Služby sociální prevence jsou poskytovány zejména osobám, jejichž tíživou situaci způsobila nastalá krizová sociální situace, nebo ji zapříčinil jejich způsob života vedoucí ke konfliktu se společností, život v sociálně nevyhovujícím prostředí, případně ohrožení práv a zájmů způsobené trestnou činností jiné osoby.

Službami sociální péče jsou takové služby, které napomáhají osobám, které již nejsou natolik soběstačné, aby dokázaly bez pomoci zvládnout běžné každodenní úkony, zajistit jejich fyzickou a psychickou soběstačnost. Mohou být poskytovány jak v domácím prostředí dané osoby nebo v zařízeních sociálních služeb. Specifickou možností je poskytnutí sociální péče ve zdravotnickém zařízení poté, co pomine důvod hospitalizace osoby, avšak trvá potřeba nezbytné pomoci, dokud se nepodaří vyřešit tuto situaci uspokojivým způsobem – například umístěním osoby do pobytového zařízení sociální péče. Tato varianta péče ve zdravotnickém zařízení by však měla trvat pouze po nezbytně nutnou dobu.

Cílem těchto služeb je tedy umožnit výše zmíněným osobám v co největší možné míře zapojit se do běžného života, případně zajistit těmto osobám důstojné prostředí a zacházení v případech, kdy to jejich nepříznivá sociální situace vyžaduje⁶⁴.

Služby sociální péče se potýkají se značnou převahou poptávky po službách nad jejich nabídkou. Nejzásadnější příčinu můžeme spatřovat zejména v jejich nedostatečné kapacitě. Tato situace může vznikat dle mého názoru proto, že pořadníky žadatelů o sociální službu neplní jen žádosti aktuálně nesoběstačných seniorů, ale i těch, kteří si žádost podávají preventivně dopředu jednak díky obavě, aby pro ně bylo místo až tuto

⁶⁴ KRÁLOVÁ, J.; RÁŽOVÁ, E. *Sociální služby a příspěvek na péči*. 4. vyd. Olomouc: ANAG, 2012. str. 73.

službu budou potřebovat, a také z obavy aby nemuseli nic složitě vyřizovat, až bude jejich zdravotní nebo duševní stav natolik vážný, že by toho nebyli ani schopni.

Otázka finanční dostupnosti služeb je také zásadní, nicméně se jeví jako méně podstatná, než problematika kapacity zařízení.

Dle zákona o sociálních službách jsou možné tři formy, ve kterých mohou být sociální služby poskytovány, jedná se o:

- služby pobytové,
- služby ambulantní,
- služby terénní.

Pobytové sociální služby, jak už vyplývá ze samotného názvu, spočívají v poskytnutí ubytování v zařízeních sociálních služeb. Ambulantními sociálními službami jsou ty, za kterými daná osoba dochází nebo je doprovázena či dopravována, jsou poskytovány taktéž v zařízeních sociálních služeb, avšak nezahrnují ubytování. Terénní sociální služby spočívají v poskytování činnosti v přirozeném sociálním prostředí osob, tedy například v jejich domácnostech, nebo v místech, kde osoby pracují nebo se vzdělávají⁶⁵.

Zákon o sociálních službách v § 34 stanovuje, že sociální služby mohou být poskytovány v zařízeních center denních služeb, v denních stacionářích, v týdenních stacionářích, v domovech pro osoby se zdravotním postižením, v domovech pro seniory, v domovech se zvláštním režimem (ty se vyznačují specializovanou péčí o klienty například s demencí, nejčastěji pak Alzheimerovou chorobou), v zařízeních chráněného bydlení, v azylových domech, domech na půl cesty, zařízeních pro krizovou pomoc, v nízkoprahových denních centrech, nízkoprahových centrech pro děti a mládež, v noclehárnách, terapeutických komunitách, v sociálních poradnách, sociálně terapeutických dílnách, v centrech sociálně-rehabilitačních služeb, pracovištích rané péče, v intervenčních centrech a v zařízeních následné péče.

Výčet základních činností, jež jsou poskytovány v rámci sociálních služeb, stanovuje zákon o sociálních službách v § 35. Jednotlivé činnosti jsou rozděleny ještě na úkony,

⁶⁵ KRÁLOVÁ, J.; RÁŽOVÁ, E. *Sociální služby a příspěvek na péči*. 4. vyd. Olomouc: ANAG, 2012. str. 74.

jejichž rozsah a zaměření upravuje prováděcí vyhláška č. 505/2006 Sb. Mezi základní činnosti při poskytování sociálních služeb řadíme zejména pomoc při zvládnání běžných úkonů péče o vlastní osobu, pomoc při osobní hygieně, poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy, poskytnutí ubytování, pomoc při zajištění chodu domácnosti, výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti, základní sociální poradenství a telefonickou krizovou pomoc, sociálně terapeutické činnosti, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím a pomoc při uplatňování práv a oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí.

Zákon o sociálních službách definuje v § 37 – § 70 jednotlivé druhy sociálních služeb stanovením účelu sociální služby, vymezením okruhu osob, pro něž je služba určena, a výčtem základních činností, kterými je určen obsah dané sociální služby. Prováděcí vyhláška č. 505/2006 Sb. k zákonu poté stanovuje, jaké úkony v rámci základních činností se u daného druhu sociální služby poskytují.

Jelikož nabídka sociálních služeb je opravdu široká, chtěla bych se v následující části práce zabývat jen problematikou péče o seniory, kteří jsou z podstatné části klientelou sociálních služeb.

4.1 Vybrané sociální služby, jež jsou nejčastěji poskytované seniorům

4.1.1 Sociální poradenství

Jak již bylo výše zmíněno, mohou senioři využít zdarma základní sociální poradenství o možnostech řešení jim vzniklé nepříznivé sociální situace, nebo i poradenství o způsobech předcházení jejího vzniku. Odborné sociální poradenství zaměřené na jejich specifické potřeby mohou získat v odborných sociálních poradnách, například v poradně pro seniory.

V rámci činnosti odborné poradny mohou využít také zapůjčení kompenzačních pomůcek.

4.1.2 Osobní asistence

Tuto službu mohou využít senioři podle potřeby v průběhu celého dne i noci, bez omezení, a to přímo ve své domácnosti a při činnostech vyžadujících osobní asistenci. Mohou tedy využít pomoci při zvládnání běžných úkonů péče o vlastní osobu (strava,

oblékání, přesun z postele na vozík, pohyb osoby), pomoci při osobní hygieně, zajištění chodu domácnosti, zajištění aktivizačních činností, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím a pomoc při uplatňování práv a oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí.

4.1.3 Pečovatelská služba

Pečovatelská služba je poskytována jako terénní nebo ambulantní služba. Senior může jejích služeb využít v předem dohodnutém časovém úseku zejména ve své domácnosti, nebo i v zařízeních sociálních služeb. Za domácnost je považován i byt v domě s pečovatelskou službou. Pokud senior využije pečovatelské služby domova s pečovatelskou službou, musí mít uzavřenou nájemní smlouvu na užívání bytu, ze které hradí veškeré poplatky související s užíváním bytu. Vedle nájemní smlouvy musí tato osoba taktéž uzavřít s poskytovatelem pečovatelské služby smlouvu o poskytování pečovatelské služby (o níž je pojednáno v následující podkapitole).

4.1.4 Tísňová péče

Služby tísňové péče může využít senior v případě rizika ohrožení zdraví nebo života, zejména v důsledku náhlého zhoršení jeho zdravotního stavu nebo schopností. Tísňová péče je poskytována v podobě nepřetržité distanční hlasové a elektronické komunikace.

4.1.5 Podpora samostatného bydlení

Této terénní služby může senior využít v případě, kdy jeho životní situace nebo zdravotní stav vyžaduje pomoc jiné fyzické osoby. Cílem služby je podpora osoby, která žije ve své vlastní domácnosti. Služba zahrnuje především pomoc při zajištění chodu domácnosti, aktivizační činnosti, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, sociálně terapeutické činnosti a pomoc při uplatňování práv a oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí.

4.1.6 Odlehčovací služby

Tato služba může být využita osobou, o níž jinak pečuje zpravidla rodinný příslušník nebo jiná osoba. Cílem této služby je umožnit pečující osobě nezbytný odpočinek. Tato služba může být poskytnuta například v době, kdy pečující osoba musí

nastoupit do zdravotnického zařízení ústavní péče. Služba je poskytována na určitou, přechodnou dobu⁶⁶.

4.1.7 Centra denních služeb

Centrum denních služeb poskytuje ambulantně služby osobám, které potřebují pomoc při zajištění péče o svoji osobu, pomoc při posílení jejich schopností a dovedností, a také služby, které si nejsou tyto osoby schopny samy zajistit.

4.1.8 Denní stacionáře

Denní stacionáře mohou seniorovi poskytnout pomoc v oblasti osobní péče a soběstačnosti v průběhu denních hodin. Klient se odpoledne nebo večer vrací do vlastního domácího prostředí⁶⁷.

4.1.9 Týdenní stacionáře

Službu týdenního stacionáře může využít senior v pracovních dnech k pomoci v oblasti osobní péče a soběstačnosti. Na dny pracovního klidu se klient poté navrací do vlastního domácího prostředí.

4.1.10 Domovy pro seniory

Domovy pro seniory poskytují pobytové služby osobám, které potřebují pomoc v oblasti soběstačnosti a osobní péče. Jejich nepříznivá životní situace už jim nedovoluje žít ve vlastním domácím prostředí. Pobyt v domově pro seniory plně nahrazuje domácí prostředí. Seniorům je v těchto domovech zajištěna komplexní péče.

4.1.11 Domovy se zvláštním režimem

Domovy se zvláštním režimem poskytují pobytové služby osobám se specifickými potřebami vyplývajícími z jejich onemocnění. V souvislosti se seniory zde můžeme zejména zmínit péči o osoby se stařeckou, Alzheimerovou demencí. Tyto

⁶⁶ KRÁLOVÁ, J.; RÁŽOVÁ, E. *Sociální služby a příspěvek na péči*. 4. vyd. Olomouc: ANAG, 2012. str. 84.

⁶⁷ Tamtéž, str. 86.

domovy mohou poskytovat specializovanou péči osobám s jedním typem onemocnění nebo okruhu osob s několika obdobnými typy onemocnění⁶⁸.

4.1.12 Sociální služby poskytované ve zdravotnických zařízeních lůžkové péče

V těchto zařízeních je poskytována pobytová péče osobám, které již nevyžadují lůžkovou péči, ale vzhledem ke svému zdravotnímu stavu nejsou schopny se obejít bez pomoci jiné fyzické osoby, a nemohou být propuštěny z tohoto zdravotnického zařízení do doby, než jim je zajištěna potřebná pomoc ze strany rodinného příslušníka nebo poskytovatele sociální služby. Poskytování sociálních služeb ve zdravotnických zařízeních lůžkové péče je pouze dočasným opatřením. Zdravotnická zařízení lůžkové péče nejsou zákonem č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách, konkrétně vyjmenována. Můžeme za ně však považovat zejména nemocnice, léčebny pro dlouhodobě nemocné, psychiatrické léčebny a rehabilitační ústavy. U těchto zdravotnických zařízení lůžkové péče zákon o sociálních službách dle § 84 odst. 5 nevyžaduje registraci, tj. získání oprávnění k poskytování sociální služby dle § 78 zákona o sociálních službách. Nicméně tito poskytovatelé lůžkové péče ve zdravotnických zařízeních musí plnit některé povinnosti zákonem stanovené poskytovatelům sociálních služeb. Jedná se zejména o informační povinnost o způsobu poskytování služby a její úhradě, a dále o povinnost vytvářet při poskytování služby takové podmínky, které umožňují osobám naplňovat jejich lidská i občanská práva. Poskytovatelé lůžkové péče jsou taktéž povinni dodržovat standardy kvality sociálních služeb a nebrání-li tomu zákonem stanovené důvody, mají taktéž povinnost uzavřít s osobou smlouvu o poskytnutí sociální služby⁶⁹.

4.2 Smlouva o poskytování sociálních služeb

Zákon o sociálních službách s sebou přinesl mnoho zásadních změn. Jednou z nich je změna charakteru právního úkonu, na jehož základě je poskytována sociální služba. Podle dřívější právní úpravy bylo o poskytování sociální služby rozhodnuto ve správním řízení příslušným správním úřadem. Nově je nyní zaveden smluvní princip

⁶⁸ KRÁLOVÁ, J.; RÁŽOVÁ, E. *Sociální služby a příspěvek na péči*. 4. vyd. Olomouc: ANAG, 2012. str. 94.

⁶⁹ Tamtéž, str. 98.

– sociální služby se tedy poskytují na základě smluvního vztahu vzniklého ze smlouvy o poskytování sociální služby. V některých případech, výslovně stanovených zákonem, především u poskytování služeb sociální péče, je stanovena povinnost uzavřít tuto smlouvu v písemné podobě. V ostatních případech musí být smlouva uzavřena písemně, pokud alespoň jedna smluvní strana při jednání o uzavření smlouvy tuto formu navrhne.

Pokud má poskytovatel, který požadovanou službu poskytuje, dostatečnou kapacitu pro její zajištění, je povinen uzavřít smlouvu s osobou, která o její poskytnutí požádala.⁷⁰ Poskytovatel však může dle § 91 odst. 3 zákona o sociálních službách uzavření smlouvy odmítnout ze 4 stanovených důvodů. Prvním z důvodů možnosti odmítnout uzavření smlouvy je situace, kdy poskytovatel služeb neposkytuje službu, o níž žadatel žádá. Druhým důvodem je již výše zmíněná situace, kdy poskytovatel nemá dostatečnou kapacitu k poskytnutí sociální služby. Třetím případem je situace, kdy zdravotní stav osoby vylučuje poskytnutí sociální služby, o níž tato osoba žádá. Prováděcí vyhláška stanovuje tyto zdravotní stavy, které vylučují poskytování pobytových sociálních služeb. Čtvrtým, posledním důvodem odmítnutí sepsání smlouvy může být situace, kdy poskytovatel sociální služby vypověděl v době kratší než 6 měsíců před touto žádostí smlouvu o poskytování téže služby z důvodu porušení povinností, které pro žadatele ze smlouvy plynuly.

Pokud poskytovatel sociálních služeb odmítne uzavřít s osobou smlouvu o poskytnutí sociální služby z výše uvedených důvodů, vydá o tom osobě na její žádost písemné oznámení s uvedením konkrétního důvodu odmítnutí uzavření smlouvy.

V případě, že by nastala situace, že se daná osoba z uvedených důvodů nedomůže uzavření smlouvy o poskytnutí sociální služby s více poskytovateli, a současně se jedná o případ, kdy neposkytnutí okamžité pomoci může ohrozit její život nebo zdraví, může se taková osoba obrátit na obecní úřad obce s rozšířenou působností v místě svého trvalého pobytu. Tento obecní úřad je poté, co doložila písemné oznámení o odmítnutí uzavření smlouvy od poskytovatelů služeb, povinen zajistit poskytnutí sociální služby.⁷¹

⁷⁰ TRÖSTER, P. et al. *Právo sociálního zabezpečení*. 6. vyd. Praha: C. H. Beck, 2013. str. 219.

⁷¹ KRÁLOVÁ, J.; RÁŽOVÁ, E. *Sociální služby a příspěvek na péči*. 4. vyd. Olomouc: ANAG, 2012. str. 145.

Smlouva o poskytování sociální služby je občanskoprávní smlouvou. Zákon stanovuje, že pro uzavírání této smlouvy a pro vztahy z ní vzniklé, se použijí ustanovení občanského zákoníku. Případné spory z této smlouvy se poté tedy budou řešit před obecnými soudy.

Povinnými náležitostmi smlouvy, které zákon vyžaduje, je uvedení smluvních stran, uvedení druhu sociální služby, vymezení rozsahu poskytování sociální služby, stanovení místa a času poskytování služby, výše úhrady za sociální služby a způsob jejího placení, ujednání o dodržování vnitřních pravidel stanovených poskytovatelem sociální služby, stanovení výpovědních lhůt včetně výpovědních důvodů a také dobu platnosti smlouvy.

Esenciální náležitostí každé smlouvy je předmět smlouvy, neboli vymezení, proč je smlouva uzavírána a jaké vztahy mezi poskytovatelem a uživatelem upravuje. Je tedy nezbytné vymežit druh sociální služby, kterou poskytovatel s uživatelem sjednává, přičemž označení druhu sociální služby se musí shodovat s názvem sociální služby podle zákona o sociálních službách, na kterou má poskytovatel služby registraci. K tomu je vhodné uvést také ustanovení zákona uvedením paragrafu, který daný druh služby vymezuje.

Rozsah poskytování sociální služby stanovuje zákon ve formě souboru základních činností, které ještě podrobně specifikuje prováděcí vyhláška. Rozsah poskytování však může být v jednotlivých případech upraven individuálně.

Výše úhrady za sociální službu musí zejména odpovídat zásadám pro stanovení výše úhrady podle jednotlivých druhů sociálních služeb, jež vymezuje zákon o sociálních službách v § 73 – §77. Jestli je úhrada stanovena v souladu se zákonem, je předmětem kontroly v rámci inspekce poskytování služeb.

Kromě všech výše uvedených náležitostí smlouvy, které jsou podmínkou, aby smlouva byla platná, je možné, aby smlouva obsahovala ještě další ujednání, které poskytovatel považuje za potřebná. Dalším ujednáním může být například stanovení smluvních pokut za nesplnění některé z povinností vyplývajících pro klienta ze smlouvy⁷².

⁷² KRÁLOVÁ, J.; RÁŽOVÁ, E. *Sociální služby a příspěvek na péči*. 4. vyd. Olomouc: ANAG, 2012. str. 152.

V závěru smlouvy je vhodné uvést, v kolika vyhoveních byla smlouva sepsána a kolik vyhotovení obdrží která smluvní strana. Taktéž je vhodné uvést, že písemná smlouva může být měněna nebo zrušena pouze v písemné podobě.

4.3 Poskytovatelé sociálních služeb a registrace poskytovatelů sociálních služeb

Sociální služby je možno v současné době poskytovat pouze na základě oprávnění k poskytování sociálních služeb. Takové oprávnění vzniká rozhodnutím o registraci, na které je právní nárok v případě, že jsou splněny zákonem stanovené podmínky. Rozhodnutí o registraci vydává příslušný krajský úřad.

Poskytovatelem sociálních služeb mohou být, při splnění stanovených podmínek, obce a kraje a jimi zřizované právnické osoby na základě § 23 zákona č. 250/2000 Sb., o rozpočtových pravidlech územních rozpočtů. Dále mohou být poskytovatelem sociálních služeb také další právnické osoby bez ohledu na jejich právní formu, taktéž jimi mohou být fyzické osoby, a také Ministerstvo práce a sociálních věcí a jím zřízené organizační složky státu.

Podmínky registrace stanovuje § 79 zákona o sociálních službách. Podmínkou registrace je podání písemné žádosti, bezúhonnost a odborná způsobilost, zajištění hygienických podmínek zařízení, vlastnické právo k objektu, v němž bude docházet k poskytování sociální služby, zajištění materiálních a technických podmínek pro poskytování dané sociální služby, a také skutečnost, že na majetek žadatele nebyl prohlášen konkurz. Jestliže žadatel prokáže, že splňuje stanovené podmínky, registrující orgán mu vydá rozhodnutí o registraci. Z registrační povinnosti zákon stanovuje výjimky. Registraci nepožaduje po osobě blízké nebo asistentovi sociální péče, kteří poskytují osobě potřebnou pomoc a tuto činnost nevykonávají jako podnikatelé. Registrace se dále rovněž nepožaduje po fyzické nebo právnické osobě, která je usazena v jiném členském státě EU, ani po zdravotnických zařízeních lůžkové péče, pokud poskytují sociální služby na základě § 52 zákona o sociálních službách⁷³.

⁷³ KRÁLOVÁ, J.; RÁŽOVÁ, E. *Sociální služby a příspěvek na péči*. 4. vyd. Olomouc: ANAG, 2012. str. 163.

Aktuální seznam všech poskytovatelů sociálních služeb na území České republiky vede za účelem získání veškerých informací o jednotlivých poskytovatelích, o druzích sociálních služeb a jejich územní dostupnosti krajský úřad. Krajský úřad je správcem listinné podoby celého registru, a také zpracovatelem elektronické podoby registru. Tento registr však v jeho elektronické podobě spravuje Ministerstvo práce a sociálních věcí, které bezplatně poskytuje krajským úřadům počítačový program potřebný k vedení registru, jež jsou krajské úřady povinny používat. Na požádání se z veřejné části registru vydá úřední výpis či opis.

Kontrolu plnění podmínek stanovených pro registraci provádí registrující orgán, který poskytovateli sociální služby vydal rozhodnutí o registraci. Registrační orgán je oprávněn ukládat poskytovatelům sociálních služeb nápravná opatření k odstranění nedostatků zjištěných při kontrole⁷⁴.

4.3.1 Povinnosti poskytovatelů sociálních služeb a standardy kvality sociálních služeb

Soubor povinností poskytovatelů sociálních služeb stanovuje zákon o sociálních službách v § 88 a § 89. Tyto definované povinnosti tvoří základ pro definování standardů kvality sociálních služeb. Standardy kvality sociálních služeb můžeme tedy definovat jako soubor kritérií, jejichž prostřednictvím se hodnotí úroveň kvality poskytování sociálních služeb v oblasti personálního a provozního zabezpečení sociálních služeb a v oblasti vztahů mezi poskytovatelem a osobami, kterým tyto služby poskytuje. Standardy kvality spolu s kritérii, která je naplňují, jsou upraveny v příloze č. 2 vyhlášky č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách.⁷⁵

Plnění povinností poskytovatelů, jež stanovuje zákon o sociálních službách v § 88 a § 89 je předmětem inspekce poskytování sociálních služeb a jejich neplnění může být správním deliktem, za který je možno poskytovateli uložit pokutu. Správní delikty vázané k výše uvedeným povinnostem poskytovatelů jsou v zákoně o sociálních službách zakotveny v § 107 a § 108. Za nesplnění povinnosti vést záznamy o plánování

⁷⁴ KRÁLOVÁ, J.; RÁŽOVÁ, E. *Sociální služby a příspěvek na péči*. 4. vyd. Olomouc: ANAG, 2012. str. 167.

⁷⁵ Tamtéž, str. 172.

průběhu poskytování služby a nevedení evidence žadatelů o sociální službu, se kterými nebyla uzavřena smlouva z důvodu nedostatečné kapacity, může být uložena pokuta až do výše 10000 Kč. Za porušení povinnosti uzavřít smlouvu o poskytnutí sociální služby je možno poskytovateli uložit pokutu až do výše 20000 Kč. Pokud by poskytovatel použil opatření omezující pohyb osob v rozporu s povinnostmi, které mu ukládá zákon (o tomto bude pojednáno v následující podkapitole), může mu být uložena pokuta až do výše 250000 Kč⁷⁶.

Maximální výše pokuty za správní delikt, je zákonem stanovena na 1000000 Kč a týká se situace, kdy právnická osoba nebo podnikající fyzická osoba poskytuje sociální služby bez příslušného oprávnění k jejich poskytování.

Poslanecká sněmovna v květnu 2016 schválila na své schůzi novelu zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. Předpis bude ještě posuzovat Senát, účinnosti by měl nabýt 1. srpna 2016. Dle vyjádření Ministerstva práce a sociálních věcí k plánované novele: „*Novela zákona o sociálních službách se zabývá též poskytováním sociálních služeb bez příslušného oprávnění, tj. bez registrace. Sankce za poskytování nelegálních sociálních služeb se zvyšuje z jednoho na dva miliony korun. Kontrolní orgány krajů budou nově oprávněny provádět kontrolu i u fyzických a právnických osob, kterým nebylo vydáno rozhodnutí o registraci. Budou tak moci lépe reagovat a předcházet případům sociálních služeb bez oprávnění k jejich poskytování.*“⁷⁷

4.3.2 Opatření omezující pohyb osob

Specificky upravený okruh povinností poskytovatelů se týká používání opatření omezující pohyb osob. Opatření omezující pohyb osob neboli restrikce, restriktivní opatření zahrnují řadu postupů a prostředků, které vedou k omezení uživatele svobodně a bez omezení se pohybovat, a tím projevat svou svobodnou vůli. Jedná se o velmi citlivou oblast, v níž byla dříve zcela běžně porušována řada lidských práv a nebyla

⁷⁶ KRÁLOVÁ, J.; RÁŽOVÁ, E. *Sociální služby a příspěvek na péči*. 4. vyd. Olomouc: ANAG, 2012. str. 173.

⁷⁷ Ministerstvo práce a sociálních věcí. Tiskové zprávy (duben). [online]. © 2016 [cit. 2016-06-14]. Dostupné z <http://www.mpsv.cz/cs/25310>

respektována lidská důstojnost, protože byly opomíjeny a hrubě porušovány základní etické normy v chování a přístupu ze strany pracovníků⁷⁸.

Zákon o sociálních službách v § 89 zakazuje používání opatření omezující pohyb osob, jimž jsou sociální služby poskytovány, s výjimkou případů, kdy je přímo ohroženo jejich zdraví a život, nebo zdraví a život jiných fyzických osob, a v těchto případech stanovuje možnosti jejich použití jen za dále stanovených podmínek a pouze po dobu nezbytně nutnou, která postačuje k odstranění přímého ohrožení zdraví a života.

Dále zákon ukládá poskytovateli služby postupovat při poskytování sociální služby tak, aby předcházel situacím, ve kterých je poté nezbytné použít restriktivní opatření. Tato opatření je dle zákona možno použít až ve chvíli, kdy byla neúspěšně použita jiná opatření k zabránění ohrožujícího jednání osoby. Jinými opatřeními, která je poskytovatel služby povinen nejdříve využít, rozumíme slovní, či jiné způsoby zklidnění situace, například aktivní naslouchání, rozptýlení dané osoby a odvedení její pozornosti jiným směrem. Osoba dle zákona musí být vhodným způsobem informována, že proti ní může být použito restriktivní opatření.

V případech, kdy k zabránění ohrožujícího jednání nepostačuje použití výše uvedených zklidňujících opatření, lze poté využít zmiňovaná restriktivní opatření, za splnění zákonem stanovených podmínek, kdy je poskytovatel povinen od počátku užít vždy co nejmírnější opatření. Zasáhnout lze nejdříve pomocí použití fyzických úchopů, poté umístěním osoby do místnosti zřízené k bezpečnému pobytu, popřípadě lze na základě přivolaného lékaře a za jeho přítomnosti podat léčivé přípravky.

O použití restriktivních opatření je poskytovatel sociálních služeb povinen informovat bez zbytečného odkladu zákonného zástupce nebo opatrovníka osoby, které jsou poskytovány sociální služby. Poskytovatel sociálních služeb je také povinen vést evidenci případů použití opatření omezujících pohyb se zákonem stanoveným určením obsahu této evidence. Poté je poskytovatel povinen umožnit nahlédnout do této evidence osobě, proti níž bylo použito restriktivní opatření, fyzické osobě, kterou osoba s jejím předchozím souhlasem určí, zákonnému zástupci osoby nebo opatrovníkovi nebo osobě jí blízké nebo fyzické osobě, které byla nezletilá osoba svěřena rozhodnutím

⁷⁸ MALÍKOVÁ, E. *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011. str. 282.

příslušného orgánu do péče, zřizovateli zařízení, lékaři, členům inspekčního týmu při provádění inspekce poskytování sociálních služeb a Veřejnému ochránci práv.

Zákon o sociálních službách stanovuje v § 85 odst. 5 poskytovateli sociálních služeb povinnost poskytnout údaje o počtu osob, u kterých byla použita opatření omezující pohyb osob, a o četnosti jejich použití podle druhů těchto opatření, krajskému úřadu prostřednictvím elektronického systému na tiskopisu předepsaném ministerstvem, a to ve lhůtě do 30. června za předchozí kalendářní rok. Příslušný krajský úřad kontroluje správnost a úplnost těchto údajů.

„Problematikou omezování pohybu uživatele v zařízení sociálních služeb se Ministerstvo práce a sociálních věcí dlouhodobě koncepčně zabývá již od roku 2002 v souvislosti se Zprávou o stavu lidských práv v ČR Evropského výboru pro zabránění mučení a nelidskému či ponižujícímu zacházení nebo trestání. Tato zpráva mimo jiné poukazovala na zneužívání klecových lůžek s mříží či sítí v zařízeních sociální péče v ČR a upozorňovala na absenci kontroly vycházející z neexistence pravidel.“⁷⁹

Mezi oficiální dokumenty, jež vydalo MPSV ČR a právní normy vztahující se k restrikcím můžeme zmínit zejména⁸⁰:

- Metodické opatření pro mimořádné použití klecových lůžek se sítí v zařízeních sociální péče (červenec 2004) – dokument má charakter doporučení. Použití klecových lůžek s mříží bylo zamítnuto jako nepřípustné.
- Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách v § 88, § 89, § 97 – § 99, § 107 – § 108 zabývajících se problematikou použití opatření omezujících pohyb osob a související svobody pohybu.
- Příloha č. 2 vyhlášky č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách, ve znění vyhlášky č. 166/2007 Sb. (Obsah standardů kvality sociálních služeb).
- Doporučený postup MPSV ČR pro používání opatření omezujících pohyb osob (červenec 2008).

⁷⁹ Ministerstvo práce a sociálních věcí. Problematika restriktivních opatření. [online]. © 2016 [cit. 2016-06-15]. Dostupné z <http://www.mpsv.cz/cs/1087>

⁸⁰ Ministerstvo práce a sociálních věcí. Problematika restriktivních opatření. [online]. © 2016 [cit. 2016-06-15]. Dostupné z <http://www.mpsv.cz/cs/1087>

4.4 Předpoklady pro výkon povolání sociálního pracovníka a pro výkon činnosti v sociálních službách

V oblasti sociálních služeb se můžeme setkat s okruhem různých pracovníků. Tyto pracovníky zákon o sociálních službách vyjmenovává v § 115. Jedná se o sociální pracovníky, pracovníky v sociálních službách, zdravotnické pracovníky, pedagogické pracovníky, manželské a rodinné poradce a další odborné poradce, kteří přímo poskytují sociální služby. Mimo tento rámec mohou poskytovat sociální služby také dobrovolníci, podmínky jejich působení upravuje zákon č. 198/2002 Sb., o dobrovolnické službě.

Zákon o sociálních službách stanovuje právní úpravu předpokladů pro výkon povolání sociálního pracovníka, která je právní úpravou obecnou, tedy vztahuje se nejen na činnost sociálního pracovníka v sociálních službách, ale i na činnost sociálních pracovníků vykonávanou dle zvláštních právních předpisů (ve zdravotnických zařízeních, školských zařízeních, ve věznicích, při pomoci v hmotné nouzi, v azylových zařízeních apod.). Tato právní úprava, jakožto úprava obecná, neumožňuje výjimky. Není proto rozhodující, jakým způsobem jsou v jiných právních předpisech (které nabyly účinnosti před 1. 1. 2007), stanoveny podmínky pro výkon povolání sociálního pracovníka. Toto se týká zejména vymezení odborné způsobilosti (např. v zákoně o sociálně právní ochraně dětí). Pokud tedy zvláštní zákon stanoví podmínky odlišně od právní úpravy v zákoně o sociálních službách, a splní-li pracovník jen tyto odlišné podmínky, nelze považovat podmínky za splněné⁸¹. U zdravotnických a pedagogických pracovníků zákon o sociálních službách odkazuje na podmínky činnosti, které stanovuje příslušný zvláštní předpis.⁸²

Předpokladem pro výkon povolání sociálního pracovníka i pracovníka v sociálních službách je splnění zákonných podmínek, mezi něž patří zejména plná svéprávnost, kterou zakotvuje zákon č. 89/2012 Sb., občanský zákoník v § 15 (2). Svéprávnost je způsobilost nabývat pro sebe vlastním právním jednáním práva a zavazovat se k povinnostem (právně jednat). Plně svéprávným se člověk stává zletilostí. Zletilosti se nabývá dovršením osmnáctého roku věku. Dalšími podmínkami pro výkon povolání sociálního pracovníka jsou bezúhonnost, zdravotní způsobilost a odborná způsobilost.

⁸¹ KRÁLOVÁ, J.; RÁŽOVÁ, E. *Sociální služby a příspěvek na péči*. 4. vyd. Olomouc: ANAG, 2012. str. 177.

⁸² TRÖSTER, P. et al. *Právo sociálního zabezpečení*. 6. vyd. Praha: C. H. Beck, 2013. str. 221.

Bezúhonnost se dokládá výpisem z evidence Rejstříku trestů. Zdravotní způsobilost se prokazuje lékařským posudkem. Odborná způsobilost se posuzuje dle nejvyššího dosaženého vzdělání, popřípadě dosaženého vzdělání a současně s tím absolvování akreditovaných vzdělávacích kurzů v uvedených oblastech. Podmínky splnění odborné způsobilosti pro výkon pracovníků stanovuje zákon o sociálních službách. Požadavky na odbornou způsobilost sociálního pracovníka a pracovníka v sociálních službách se liší. Vzhledem k zodpovědné a často náročné práci, kterou vykonává sociální pracovník, zákon o sociálních službách stanovuje minimálně vyšší odborné vzdělání specializované na sociální práci. V případě pracovníka v sociálních službách nejsou podmínky tak přísné, postačí absolvování akreditovaného kvalifikačního kurzu, který daného pracovníka připraví na výkon daného povolání. Tedy nemůže dojít k situaci, aby k péči o osobu nemohoucí byl připuštěn pracovník, který na takovou práci nebyl vůbec připraven⁸³.

Zákon o sociálních službách stanovuje sociálním pracovníkům v § 111 povinnost dalšího vzdělávání včetně rozsahu a formy vzdělávání.

Náplní práce sociálního pracovníka je dle § 109 zákona o sociálních službách provádění sociálních šetření, zpracování sociální agendy včetně řešení souvisejících sociálně právních problémů v zařízeních poskytujících služby sociální péče, dále poskytování sociálně právního poradenství, provádění analytické, metodické a koncepční činnosti v sociální oblasti, výkon další odborné činnosti v zařízeních poskytujících služby sociální prevence, depistážní činnost, poskytování krizové pomoci, sociálního poradenství a sociální rehabilitace, zjišťování potřeb obyvatel obce a kraje a koordinace poskytování sociálních služeb.

Sociální pracovník tedy není osobou, která by přímo poskytovala sociální služby. Náplní jeho práce je spíše služby koordinovat, vyhledávat klienty a poskytovat odborné poradenství. „*Odbornost sociálního pracovníka se vyznačuje tím, že je schopen se znalostí základů sociologie, psychologie, zdravotní péče, práva a sociální politiky diagnostikovat konkrétní potřeby konkrétního člověka a navrhnout řešení. Sám však*

⁸³ TRÖSTER, P. et al. *Právo sociálního zabezpečení*. 6. vyd. Praha: C. H. Beck, 2013. str. 221.

neposkytuje psychologické, zdravotní, právní nebo jiné specifické odborné služby, ale odkazuje klienta na příslušné odborníky.“⁸⁴

Náplní práce pracovníka v sociálních službách je dle § 116 zákona o sociálních službách zejména přímá obslužná péče osob nacházejících se v ambulantních nebo pobytových zařízeních sociálních služeb, spočívající například v pomoci při osobní hygieně a oblékání, manipulaci s pomůckami a přístroji, udržování čistoty a osobní hygieny, podpora soběstačnosti, posilování životní aktivizace, vytváření základních sociálních a společenských kontaktů.

Dále poskytování činnosti vedoucí k prohlubování a upevňování základních hygienických a společenských návyků, pracovních návyků, manuální zručnosti, provádění volnočasových aktivit. Pracovník v sociálních službách provádí taktéž pečovatelskou činnost přímo v domácnosti osoby, která spočívá nejen v péči o danou osobu, ale také v komplexní péči o její domácnost. Mimo jiné tento pracovník zajišťuje sociální pomoc, aktivizační činnosti, komplexní koordinování pečovatelské činnosti a provádění osobní asistence. Mimo výše uvedené také provádí pod vedením sociálního pracovníka sociální depistáže, základní sociální poradenství, činnost při zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, činnosti při poskytování pomoci při uplatňování práv a oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí.

Laická veřejnost, často bohužel ale i odborníci, mají problém s rozlišením termínů sociální pracovník a pracovník v sociálních službách, přesto, že se jedná o zcela odlišné profese spočívající ve zcela odlišné náplni práce, tak i v rozdílných požadavcích na dosažené vzdělání. De lege ferenda by bylo vhodné zvážit, zda nepoužít pojmy zcela odlišné, aby se předešlo tomuto zaměňování. Vhodným označením pro pracovníka v sociálních službách se jeví označení pečovatel, které daleko více vypovídá o náplni jeho práce a nevedlo by ke zbytečnému zaměňování pojmů.

K požadovaným specifickým vlastnostem a schopnostem, na které je kladen důraz v oblasti sociálních služeb, bychom měli zcela jistě zmínit empatii a flexibilitu, naslouchání, vřelý přístup ke klientům, který usnadní vzájemnou komunikaci

⁸⁴ MATOUŠEK, O. et al. *Základy sociální práce*. 2. vyd. Praha: Portál, 2007. str. 180.

a spolupráci a napomůže pracovníkovi získat důvěru ze strany klienta. Pracovník by měl dbát na dodržování základních lidských práv a svobod, práci vykonávat s cílem zajištění lidské důstojnosti, dodržovat etické kodexy a základní hodnoty pečovatelské práce. Přesto by však měl práci vykonávat jen do takové míry, která spadá do jeho kompetencí a nezasahovat tak do klientova autonomního rozhodování. Velmi důležité je zmínit i využívání průběžné supervize, aby pracovník předešel možnému nástupu syndromu vyhoření.

4.4.1 Syndrom vyhoření

Syndrom vyhoření, nebo také burnout, byl poprvé popsán americkým psychoanalytikem Herbertem J. Freudenbergem v článku „Staff burnout“ v časopisu *Journal of Social Issues*⁸⁵.

Syndrom vyhoření nevyhnutelně patří k pracovníkům takzvaně pomáhajících nebo pečujících profesí, k nimž jednoznačně můžeme zařadit právě práci v oblasti sociálních služeb. Prakticky každý pracovník takové profese má po určité době některé projevy syndromu vyhoření. Jedná se tedy o soubor typických příznaků vznikajících u pracovníků pomáhajících profesí v důsledku nezvládnutého pracovního stresu, ať už jde o pracovníka profesionála nebo pracovníka dobrovolníka. Mezi typické projevy syndromu vyhoření můžeme zařadit ztrátu schopnosti tvořivě přistupovat k práci a ztrátu schopnosti se pro něco se nadchnout, pokles pracovního nasazení, neangažovaný vztah ke klientům bez schopnosti empatie, ztráta citlivosti pro potřeby klientů, minimalizace času práce s klientem, nechut' a lhostejnost ve vztahu k práci, pochybnosti o sobě, skepse o účinnosti služby, časté pracovní neschopnosti, emocionální problémy, únava, pocit vyčerpání, poruchy spánku, pocity depersonalizace, psychosomatické obtíže, a v ojedinělých případech i zneužívání klientů.

Syndrom vyhoření se vyvíjí plynule a postupně, jde o dlouhodobý proces, který má zhruba tyto fáze: počáteční nadšení, vystřízlivění, frustrace, apatie a rozvinutý syndrom. Nicméně každý člověk je jedinečný, takže jednotlivé projevy se mohou případ od případu lišit.

⁸⁵ BÁŠTECKÁ, B. et al. *Klinická psychologie v praxi*. 1. vyd. Praha: Portál, 2003. 416 s.

Obecnou příčinou vzniku syndromu vyhoření v sociální oblasti jsou zvláštní nároky, které na pracovníka klade intenzivní kontakt s lidmi využívajícími sociální služby. Protože se jedná o osoby, jejichž potřeby jsou akcentované, jejich psychika je v nerovnováze a jejich představy o potřebné a přiměřené pomoci nejsou vždy zcela realistické. Tato práce vyžaduje od pracovníka vysokou míru nezdolnosti, umění rozpoznat hranice, odlišovat soucit a empatii, schopnost najít optimální stupeň angažovanosti na osudech svých klientů, a také schopnost se průběžně a efektivně vyrovnávat s prožitým stresem.

Prevencí syndromu vyhoření je zejména kvalitní příprava na profesi zahrnující dostatečně dlouhou praxi u případově shodných klientů s takovými, s jakými se bude pracovník v budoucnu setkávat. Součástí praxe by měl být i odborný trénink v komunikačních dovednostech, včetně znalosti základů psychologie a osobního rozvoje. Mezi další body prevence vzniku syndromu vyhoření by měla patřit jasná definice profesionální role daného pracovníka a jasně stanovená náplň práce⁸⁶. Důležitou roli hraje také profesionální poradenství s odborníky, průběžná supervize, případové konference v rámci instituce nebo v rámci spolupracujících institucí.

Ze strany vedení organizace sociální práce by mělo docházet k používání metodických postupů, aby byla minimalizovaná pravděpodobnost vzniku syndromu vyhoření u pracovníků, a také zajistit kvalitní a neustálou možnost supervize. Protože syndrom vyhoření bychom mohli definovat také jako výsledek interakce podmínek k práci vytvořených organizací, pod níž pracovník vykonává svou práci, a na druhé straně soubor subjektivních očekávání tohoto pracovníka.⁸⁷

4.4.2 Syndrom pomáhajících

Od syndromu vyhoření můžeme odlišit ještě syndrom pomáhajících, jež definoval W. Schmidbauer jako specifickou narcistickou poruchu, jejímž prostřednictvím pracovník v pomáhající profesi řeší, většinou nevědomě, své rané trauma odmítnutého dítěte. Chybí mu porozumění a uznání. Pokud v rámci pomáhající profese není poskytována supervize, neustále se prohlubuje nekončící touha po vděčnosti a obdivu. V sociální oblasti je pracovník daleko více, než v jiných profesích, angažován ve své

⁸⁶ MATOUŠEK, O. et al. *Metody a řízení sociální práce*. 2. vyd. Praha: Portál, 2008. str. 58.

⁸⁷ Tamtéž, str. 55.

pracovní činnosti svou osobností. Každého takového pracovníka ovlivňuje soubor mnoha velmi osobních motivů od náboženského názoru až po nevědomou snahu léčit si vlastní psychická traumata. Z výše zmiňovaných důvodů je pro takové pracovníky mnohem obtížnější dosáhnout pocitu uspokojení než pro pracovníky v odlišných profesích. Schmidbauer konstatoval, že syndromem pomáhajících netrpí jen jednotlivci, ale celé instituce – sociální, zdravotnické, pedagogické.

Syndrom vyhoření podporuje také to, že se pracovník denně setkává s emocionálními projevy svých klientů, avšak on sám se musí od veškerých svých potřeb a projevů tohoto typu při své práci oprostít.

Jedinou možností, jak předcházet vzniku syndromu pomáhajících, nebo napomoci ke zlepšení situace, je dlouhodobý a důkladný trénink končící aprobačí, a po celou dobu výkonu práce v této oblasti také průběžná supervize⁸⁸.

4.5 Demografické údaje k sociálním službám

Podkladem této části práce jsou statistická data dostupná z internetových stránek Českého statistického úřadu. Nejaktuálnější podklady k této problematice jsou dle dostupných zdrojů k datu 31. 12. 2013.

K datu 31. 12. 2013 se na území ČR nacházelo celkem 3240 zařízení, která poskytují sociální služby. Ne všechna tato zařízení jsou ale primárně určena pro seniory, jsou přístupná populaci různého věku. Z celkového počtu 3240 zařízení je 491 domovů pro seniory, což procentuálně vychází na 15,2 %. Domovy pro seniory poskytovaly k uvedenému datu služby 38091 klientům, což je v souhrnu 46,9 % všech klientů ze všech zařízení. Kraje a obce poskytovaly 85 % kapacity domovů pro seniory.

Stát byl k uvedenému datu zřizovatelem pouze 0,5 % zařízení s kapacitou 1,1 % míst. Kraje poskytovaly 20,9 % zařízení s kapacitou 45,9 % míst. Obce zřizovaly 15,4 % zařízení s celkovou kapacitou 28,2 % a církve byly zřizovatelem téměř pětiny zařízení, ale s kapacitou pouze 9,2 %. Ostatní subjekty zřizovaly 43,7 % zařízení, ale s kapacitou pouze 15,5 %.

⁸⁸ MATOUŠEK, O. et al. *Metody a řízení sociální práce*. 2. vyd. Praha: Portál, 2008. str. 59.

K výše uvedeným údajům je níže v tabulce (tabulka č. 8) uveden přehled počtu zařízení, jejich kapacity a rozdělení podle vlastníků, taktéž k datu 31. 12. 2013.

Tabulka č. 8: Sociální služby podle zřizovatele k 31. 12. 2013⁸⁹

	Celkem		Státní		Krajské	
	počet	kapacita	počet	kapacita	počet	kapacita
Centra denních služeb	86	896	0	0	6	168
Denní stacionáře	265	3120	3	30	41	567
Týdenní stacionáře	65	897	1	91	34	418
Domovy pro osoby se zdravotním postižením	212	13423	5	670	158	10924
Domovy pro seniory	491	38091	0	0	190	17290
Domovy se zvláštním režimem	228	12048	0	0	102	6100
Chráněné bydlení	161	2956	3	80	67	1393
Azylové domy	215	6661	0	0	6	278
Domy na půl cesty	34	355	0	0	0	0
Zařízení pro krizovou pomoc	46	38	0	0	1	10
Nízkoprahová denní centra	55	0	0	0	0	0
Nízkoprahová zařízení pro děti a mládež	236	0	0	0	2	0
Noclehárny	67	431	0	0	1	0
Terapeutické komunity	16	263	0	0	1	15
Sociální poradny	575	0	1	0	41	0
Sociálně terapeutické dílny	123	709	1	0	15	77
Centra sociálně rehabilitačních služeb	263	1072	1	18	6	25
Pracoviště rané péče	42	0	1	0	0	0
Intervenční centra	18	0	0	0	6	0
Služby následné péče	42	223	0	0	0	0
Celkem ČR	3420	81183	16	889	677	37265

⁸⁹ Český statistický úřad. Senioři v ČR – 2014. [online]. © 2016 [cit. 2016-06-12]. Dostupné z <https://www.czso.cz/csu/czso/seniori-v-cr-2014-2gala5x0fg>

pokračování tabulky

	Obecní		Církevní		Ostatní	
	počet	kapacita	počet	kapacita	počet	kapacita
Centra denních služeb	20	245	27	123	33	360
Denní stacionáře	75	972	60	554	86	997
Týdenní stacionáře	9	114	10	85	11	189
Domovy pro osoby se zdravotním postižením	27	1291	12	251	10	287
Domovy pro seniory	170	15102	70	2620	61	3079
Domovy se zvláštním režimem	55	3157	19	453	52	2338
Chráněné bydlení	16	436	24	321	51	726
Azylové domy	49	1374	81	2476	79	2533
Domy na půl cesty	5	31	8	76	21	248
Zařízení pro krizovou pomoc	3	2	12	0	30	26
Nízkoprahová denní centra	2	0	29	0	24	0
Nízkoprahová zařízení pro děti a mládež	18	0	74	0	142	0
Noclehárny	13	112	28	139	25	180
Terapeutické komunity	0	0	1	15	14	233
Sociální poradny	28	0	83	0	422	0
Sociálně terapeutické dílny	4	73	26	181	77	378
Centra sociálně rehabilitačních služeb	1	0	46	174	209	855
Pracoviště rané péče	2	0	13	0	26	0
Intervenční centra	0	0	4	0	8	0
Služby následné péče	2	24	5	18	35	181
Celkem ČR	499	22933	632	7486	1416	12610

4.5.1 Počet uživatelů pobytových sociálních služeb

V následující tabulce (tabulka č. 9) je uveden přehled o zařízeních, které k datu 31. 12. 2013 poskytovaly celoroční, týdenní i denní pobytové služby. V tabulce je promítnut pohyb klientů (přijatých, odešlých i zemřelých).

Senioři nejčastěji využívají služeb v domech pro seniory, kde je jim poskytována ošetrovatelská a obslužná péče, zdravotní péče a rehabilitace a aktivizační činnost. K datu 31. 12. 2012 bylo v domovech pro seniory celkem 36490 klientů. O rok později, k datu 31. 12. 2013, využilo služeb domovů pro seniory celkem 36598 klientů, což svědčí o neustálém nárůstu poptávky po této službě. Na základě demografických prognóz můžeme do budoucna i nadále počítat s nárůstem zájmu o tato zařízení.

Pro potřeby seniorů jsou k dispozici mimo domy pro seniory také např. denní stacionáře, které umožňují rodinám, které se z důvodů pracovní vytíženosti nemohou starat o seniora během dne, umístit po tuto dobu seniora do takového zařízení. Tyto denní stacionáře poskytly v roce 2013 službu celkem 2692 klientům.

Kromě denních stacionářů také slouží seniorům a dospělým osobám se zdravotním postižením centra denních služeb, kde mají tyto osoby zejména možnost sociálního kontaktu. K dispozici jsou i ambulantní služby. V roce 2012 měla tato zařízení 802 klientů, k 31. 12. 2013 jich bylo 821.

Domovy se zvláštním režimem měly v roce 2013 celkem 11564 klientů. Domovy se zvláštním režimem se vyznačují specializovanou péčí o klienty, například s demencí, nejčastěji pak Alzheimerovou chorobou.

Tabulka č. 9: Počet uživatelů pobytových sociálních služeb k datu 31. 12. 2013⁹⁰

	Počet uživatelů (klientů) k 31. 12. 2012		Počet uživatelů (klientů) k 31. 12. 2013	
	celoroční a týdenní pobyty	denní pobyty	celoroční a týdenní pobyty	denní pobyty
Centra denních služeb	0	802	0	821
Denní stacionáře	0	2565	0	2692
Týdenní stacionáře	798	0	773	0
Domovy pro osoby se zdravotním postižením	13270	0	12956	0
Domovy pro seniory	36490	0	36598	0
Domovy se zvláštním režimem	10449	0	11564	0

⁹⁰ Český statistický úřad. Senioři v ČR – 2014. [online]. © 2016 [cit. 2016-06-12]. Dostupné z <https://www.czso.cz/csu/czso/seniori-v-cr-2014-2gala5x0fg>

Chráněné bydlení	2474	0	2803	0
Azylové domy	5108	0	5380	0
Domy na půl cesty	285	0	283	0
Zařízení pro krizovou pomoc	61	0	21	0
Nízkoprahová denní centra	0	0	0	0
Nízkoprahová zařízení pro děti a mládež	0	0	0	0
Noclehárny	270	72	240	65
Terapeutické komunity	207	0	222	0
Sociální poradny	0	0	0	0
Sociálně terapeutické dílny	0	774	0	820
Centra sociálně rehabilitačních služeb	696	188	790	207
Pracoviště rané péče	0	0	0	0
Intervenční centra	0	0	0	0
Služby následné péče	150	0	181	0
Celkem ČR	70258	4401	71811	4605

pokračování tabulky

	Pohyb v roce 2013					
	přijetí		odešli		zemřelí	
	celoroční a týdenní pobyty	denní pobyty	celoroční a týdenní pobyty	denní pobyty	celoroční a týdenní pobyty	denní pobyty
Centra denních služeb	0	298	0	252	0	27
Denní stacionáře	0	709	0	536	0	46
Týdenní stacionáře	226	0	224	0	27	0
Domovy pro osoby se zdravotním postižením	1074	0	807	0	581	0
Domovy pro seniory	12118	0	1915	0	10095	0
Domovy se zvláštním režimem	5100	0	863	0	3122	0
Chráněné bydlení	757	0	381	0	47	0
Azylové domy	11324	0	11024	0	28	0

Domy na půl cesty	500	0	502	0	0	0
Zařízení pro krizovou pomoc	254	2	294	2	0	0
Nízkoprahová denní centra	0	0	0	0	0	0
Nízkoprahová zařízení pro děti a mládež	0	0	0	0	7	0
Noclehárny	1658	468	1681	473	0	2
Terapeutické komunity	446	0	431	0	0	0
Sociální poradny	0	0	0	0	0	0
Sociálně terapeutické dílny	0	157	0	110	0	1
Centra sociálně rehabilitačních služeb	873	91	779	72	0	0
Pracoviště rané péče	0	0	0	0	0	0
Intervenční centra	0	0	0	0	0	0
Služby následné péče	350	0	319	0	0	0
Celkem ČR	34680	1725	19220	1445	13907	76

4.5.2 Počty obyvatel domovů pro seniory

Zajímavá je také statistika počtu obyvatel domovů pro seniory, kdy v celé České republice v nich bylo k datu 31. 12. 2013 umístěno 36598 osob, z toho nejvíce bylo osob umístěných ve Středočeském kraji (4901) a Moravskoslezském kraji (4672).

Můžeme konstatovat, že s přibývajícím věkem vzrůstá i počet osob umístěných do těchto zařízení. Statistika uvádí, že ve věku do 65 let se v těchto zařízeních nacházelo k výše zmiňovanému datu celkem 1998 osob, ve věku 66 – 75 let to bylo již 5497 osob. Nejpočetnější skupinou osob byla věková kategorie 76 – 85 let, kdy se v těchto zařízeních nacházelo 14287 osob, a také věková kategorie 86 – 95 let, kdy služby těchto zařízení využívalo 14056 osob.

Osob doživších se věku 96 a více let již není mnoho, a proto výrazně klesá i jejich zastoupení v domovech seniorů. Koncem roku 2013 bylo evidováno pouze 760 jedinců tohoto věku.

Tabulka č. 10: Počty obyvatel domovů pro seniory podle věku a krajů k 31. 12. 2013⁹¹

Kraj	Celkem	Věk klientů					Podíl klientů ve věku 86+ na populaci ve věku 86+ v jednotlivých krajích (v %)
		-65	66–75	76–85	86–95	96+	
Česká republika	36598	1998	5497	14287	14056	760	10,55
Hlavní město Praha	2349	58	235	755	1202	99	6,24
Středočeský kraj	4901	260	833	1929	1781	98	12,23
Jihočeský kraj	2879	191	385	1153	1098	52	14,05
Plzeňský kraj	1730	134	269	664	634	29	9,19
Karlovarský kraj	825	61	221	302	230	11	7,53
Ústecký kraj	3600	141	586	1524	1296	53	15,23
Liberecký kraj	936	44	140	352	380	20	6,97
Královéhradecký kraj	2288	136	286	898	916	52	12,14
Pardubický kraj	2054	115	297	856	745	41	11,37
Vysočina	2171	130	324	879	798	40	12,27
Jihomoravský kraj	2994	123	373	1167	1253	78	7,58
Olomoucký kraj	2492	215	381	921	926	49	11,03
Zlínský kraj	2707	126	425	1138	975	43	12,59
Moravskoslezský kraj	4672	264	742	1749	1822	95	12,98

4.5.3 Počet klientů pečovatelské služby

Významnou roli hraje i pečovatelská služba, která poskytuje pomoc osobám se sníženou soběstačností při každodenních činnostech, zejména pomoc s osobní hygienou, úklidem, domácností, nakupováním, stravováním, docházkou k lékaři, apod. V celé České republice využívalo k datu 31. 12. 2013 pomoc pečovatelské služby 31509 mužů

⁹¹ Český statistický úřad. Senioři v ČR – 2014. [online]. © 2016 [cit. 2016-06-12]. Dostupné z <https://www.czso.cz/csu/czso/senioři-v-cr-2014-2gala5x0fg>

a 76984 žen, jedná se o dospělé osoby, převážně seniory. Ze statistik vyplývá, že z výše uvedeného celkového počtu se jednalo o 71 % žen a 29 % mužů.

Tabulka č. 11: Počet klientů pečovatelské služby v roce 2013⁹²

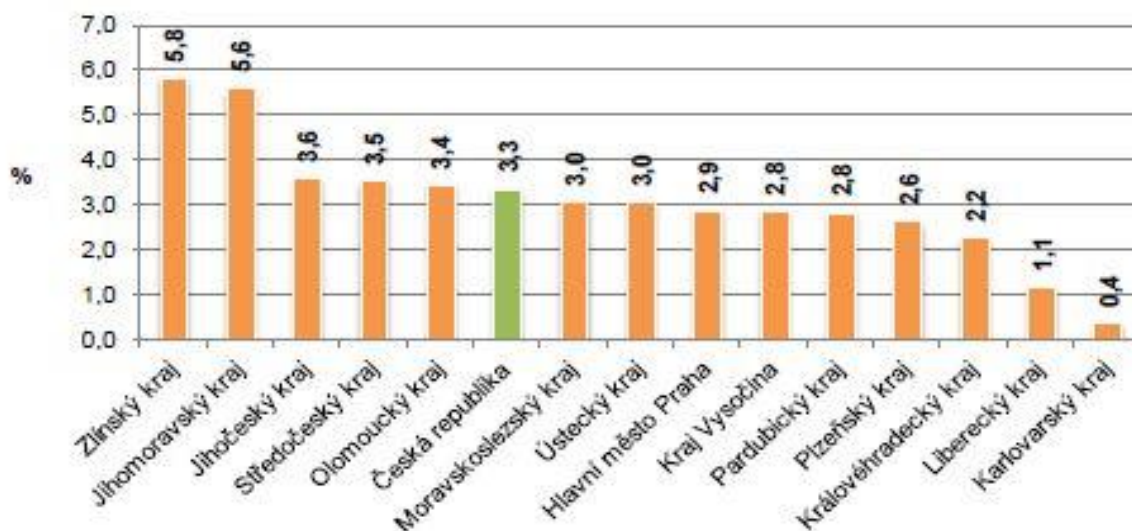
Kraj	Klienti – děti a mládež do 18 let	Klienti – dospělí		Celkem
		muži	ženy	
Česká republika	2011	31509	76984	110504
Hlavní město Praha	1918	3880	9744	15542
Středočeský kraj	18	4128	10210	14356
Jihočeský kraj	10	2337	5206	7553
Plzeňský kraj	1	2470	6420	8891
Karlovarský kraj	0	910	2223	3133
Ústecký kraj	3	1622	4400	6025
Liberecký kraj	0	1122	2989	4111
Královéhradecký kraj	3	2067	4540	6610
Pardubický kraj	3	1478	3713	5194
Vysočina	7	1610	3779	5396
Jihomoravský kraj	14	3639	8953	12606
Olomoucký kraj	3	1765	4383	6151
Zlínský kraj	3	1515	3798	5316
Moravskoslezský kraj	28	2966	6626	9620

4.5.4 Počet neuspokojených žádostí o sociální služby

Nutno podotknout, že sociální služby neuspokojují v plné míře všechny žadatele. Velká část žadatelů o sociální služby bývá odmítnuta, v nejvyšším počtu se jedná o odmítnutí žádostí do domovů pro seniory. Za rok 2013 se jednalo o 60809 odmítnutí žádostí do domovů pro seniory. Níže v grafu č. 7 je zveřejněn podíl neuspokojených žádostí o umístění do domova pro seniory vzhledem k počtu 65 a víceletých obyvatel v jednotlivých krajích.

⁹² Český statistický úřad. Senioři v ČR – 2014. [online]. © 2016 [cit. 2016-06-12]. Dostupné z <https://www.czso.cz/csu/czso/seniori-v-cr-2014-2gala5x0fg>

Graf č. 7: Podíl neuspokojených žádostí o místo v domově pro seniory vzhledem k počtu 65+letých v krajích v %



V následující tabulce (tabulka č. 12) je pak znázorněn počet neuspokojených žádostí evidovaných v roce 2013 i v jiných zařízeních, která využívají seniory. Jedná se zejména o domovy se zvláštním režimem, chráněné bydlení, týdenní stacionáře a podobně.

Tabulka č. 12: Počet neuspokojených žádostí o sociální služby k 31. 12. 2013⁹³

	Poskytovaná sociální služba				
	chráněné bydlení	domovy pro osoby se zdr. postižením	domovy se zvláštním režimem	týdenní stacionáře	krizová pomoc
Hlavní město Praha	75	110	580	11	311
Středočeský kraj	138	179	1491	33	0
Jihočeský kraj	49	212	576	2	0
Plzeňský kraj	11	158	1352	0	0
Karlovarský kraj	5	28	93	0	0
Ústecký kraj	127	279	1571	9	0
Liberecký kraj	25	49	232	1	0
Královéhradecký kraj	29	279	583	0	0

⁹³ Český statistický úřad. Senioři v ČR – 2014. [online]. © 2016 [cit. 2016-06-12]. Dostupné z <https://www.czso.cz/csu/czso/senioři-v-cr-2014-2gala5x0fg>

Pardubický kraj	191	160	473	1	0
Vysočina	15	102	704	11	0
Jihomoravský kraj	157	316	4478	34	10
Olomoucký kraj	1045	268	589	10	4
Zlínský kraj	21	257	1409	18	0
Moravskoslezský kraj	175	318	1357	4	38
Česká republika	2063	2715	15488	134	363

pokračování tabulky

	Poskytovaná sociální služba				
	domovy pro seniory	azylové domy	domy na půl cesty	noclehárny	terapeutické komunity
Hlavní město Praha	6450	771	202	251	19
Středočeský kraj	7418	674	9	51	0
Jihočeský kraj	3961	172	0	12	0
Plzeňský kraj	2661	124	4	0	0
Karlovarský kraj	178	181	5	0	0
Ústecký kraj	4100	693	33	37	48
Liberecký kraj	855	130	0	0	48
Královéhradecký kraj	2287	69	20	371	0
Pardubický kraj	2530	287	1	37	0
Vysočina	2566	225	0	0	32
Jihomoravský kraj	11573	266	0	0	0
Olomoucký kraj	3847	134	0	24	0
Zlínský kraj	6058	287	0	2	0
Moravskoslezský kraj	6325	652	42	473	7
Česká republika	60809	4665	316	1258	154

Závěr

Senioři jsou jednou z nejohroženějších skupin uživatelů sociálních služeb, a proto je jim potřeba věnovat zvýšenou pozornost. Jak již bylo v práci několikrát zmiňováno, dle prognóz bude populace stárnout a bude nutno tomu přizpůsobit i sociální politiku a legislativu, aby byla zajištěna dostatečná podpora a pomoc těmto osobám, protože bohužel ne každý senior má to štěstí, aby se mohl těšit dobrému zdraví i v pokročilém věku.

Ve stěžejní třetí kapitole jsem věnovala pozornost právní úpravě příspěvku na péči a došla jsem k závěru, že by bylo vhodné jej do budoucna upravit novelou více ve prospěch seniorů (potažmo všech jeho uživatelů). Bylo by vhodné upravit lhůty pro přiznání příspěvku na péči, protože jsou velmi dlouhé a ne málo osob se kýžené pomoci bohužel ani nedožije. Osoba, která se stane závislou na péči jiné osoby, zpravidla potřebuje péči a pomoc okamžitě. Taková péče je dle propočtů, které jsem v práci provedla, velmi finančně náročná – ať už se jedná o péči v domácím prostředí, či péči v některém ze zařízení poskytujících sociální služby. Daná osoba se v mezidobí vyřízení žádosti o příspěvek na péči může potýkat s finančními nesnáze, a potažmo následkem toho i s existenčními problémy, právě kvůli zdlouhavosti vyřízení příspěvku na péči. Vzhledem k nastalé sociální události tyto osoby potřebují pomoc téměř okamžitou a doba čekání i půl roku až rok, než je jim příspěvek na péči přiznán, mi přijde absolutně nepřijatelná. S tím souvisí i způsob posuzování stupně závislosti ze strany posudkových lékařů, kteří posuzovanou osobu ve většině případů osobně nevidí a rozhodují o ní tak prakticky „od stolu“ jen na základě písemných podkladů od ošetřujících lékařů a zápisu sociálních pracovníků ze sociálního šetření. Toto by se dle mého názoru mělo změnit. Tím by se nejen zvýšila objektivnost posuzování, ale také výrazně zkrátila doba přiznávání příspěvku.

Co se týče výše příspěvku na péči, bylo by jí vhodné další případnou novelou výrazněji upravit. K tomuto závěru jsem došla po přepočtu hodin péče, které závislé osoby potřebují, a hodin, které si mohou z příspěvku uhradit. Situace, kdy si je osoba schopna z příspěvku na péči uhradit pouze 1–5 dní potřebné péče v měsíci mi přijde nedostatečná.

Pozornosti v případě novely by taktéž nemělo uniknout ustanovení § 14a zákona o sociálních službách hovořící o výplatě příspěvku na péči v případě hospitalizace jejího adresáta. Toto ustanovení by bylo vhodné změnit tak, aby výplata příspěvku na péči závisela na celkové délce hospitalizace, nikoliv však na uplynutí doby celého kalendářního měsíce.

Jak už bylo v práci zmiňováno, při realizaci politiky stárnutí a při řešení problémů spojených se stárnutím populace bude nutno více zapojovat rodinu, jelikož do budoucna bude mít nezastupitelný význam právě role rodiny. Pro seniory je stále nejlepší variantou, když mohou trávit konec svého života ve své domácnosti a je o ně pečováno v jejich přirozeném prostředí, na které jsou zvyklí. Čímž není nijak zpochybňována péče poskytovatelů sociálních služeb, která je kvalitní a zajišťuje taktéž komplexní péči o seniora. Nicméně musíme brát v potaz i psychický stav a pohodu seniora a té zajisté taková osoba dosahuje lépe ve svém přirozeném prostředí než po vytrhnutí z domova a umístění do cizího prostředí.

Další problematickou věcí je nedostatečná kapacita zařízení poskytujících služby sociální péče a s tím související dlouhé pořadníky osob majících o služby zájem. Služby sociální péče se potýkají se značnou převahou poptávky po službách nad jejich nabídkou. Tedy nastává nám opětovně situace, že osoba, která potřebuje pomoc a péči v důsledku nastalé sociální události ihned, nemá prakticky šanci si ji obratem zajistit, právě kvůli dlouhým pořadníkům čekacích listin. Pokud tedy tato osoba nebyla prozíravá několik měsíců až let dopředu a žádost o takové zařízení si preventivně nepodala. Což ovšem dle mého názoru není správný postup, a protože k tomuto v praxi dochází, bylo by na místě změnit systém sociálních služeb tak, aby k tomuto jevu nedocházelo. Bohužel jsem se nejednou setkala, při neformálních rozhovorech s veřejností, i se zmínkou o nápadu použití „finančního daru“ pro urychlení postupu osoby v pořadníku čekací listiny. Což je situace naprosto nepřijatelná.

Za zmínku jistě stojí i problematika týrání seniorů, ke kterému může docházet nejen způsobem fyzického týrání, ale i psychickým a emocionálním týráním, ekonomickým zneužíváním zejména ze strany rodinných příslušníků, zanedbáváním druhou osobou a taktéž nedůvodným používáním restriktivních opatření u klientů pobytových zařízení.

Nesoběstační senioři se stávají častěji obětí týrání než jejich fyzicky a psychicky zdatnější vrstevníci, a to bez ohledu na to, zda pobývají doma a pečuje o ně rodina, nebo jsou v institucionální péči. Nejčastějšími příčinami a faktory podporujícími týrání seniorů mohou být:

- Špatná organizace zdravotních a sociálních služeb – nemožnost umístit nesoběstačného seniora brzy do pobytového zařízení, dlouhé čekací doby, problém rodiny zajistit pro seniora potřebnou péči, atd.
- Nedostatek kvalifikovaného personálu, nedostatek potřebných stimulačních podmínek pro pečující pracovníky a s tím související vznik syndromu vyhoření.
- Nedostatečná kontrolní činnost kvality poskytované péče, dodržování etických norem a lidských práv.
- Vliv ageismu.

Výše zmíněným příčinám a faktorům se práce ve svých jednotlivých částech také věnuje a pokouší se (nejen) na tuto problematiku nazírat z různých úhlů pohledu.

V této práci jsem se pokusila podat ucelený pohled na problematiku týkající se příspěvku na péči a jeho použití pro potřeby seniorů v ČR. Diplomová práce vychází ze stěžejního právního předpisu, jímž je zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. Zaměřena je především na analýzu nedostatků jednotlivých částí tohoto zákona a na konkrétní návrhy řešení de lege ferenda. Celá práce vychází z právního stavu účinného k červnu 2016.

Seznam použité literatury a pramenů

- 1) BÁŠTECKÁ, B. et al. *Klinická psychologie v praxi*. 1. vyd. Praha: Portál, 2003. 416 s. ISBN 80-7178-735-3.
- 2) KOLDINSKÁ, K. *Sociální právo*. 2. vyd. Praha: C. H. Beck, 2013. 208 s. ISBN 978-80-7400-474-2.
- 3) KRÁLOVÁ, J.; RÁŽOVÁ, E. *Sociální služby a příspěvek na péči*. 4. vyd. Olomouc: ANAG, 2012. 464 s. ISBN 978-80-7263-748-5.
- 4) Listina základních práv a svobod. In *Sbírka zákonů, Česká republika*. 1992, částka 1, usnesení předsednictva České národní rady č. 2, s. 17–23. ISSN 1211-1244.
- 5) MALÍKOVÁ, E. *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011. 328 s. ISBN 978-80-247-3148-3.
- 6) MATOUŠEK, O. et al. *Metody a řízení sociální práce*. 2. vyd. Praha: Portál, 2008. 384 s. ISBN 978-80-7367-502-8
- 7) MATOUŠEK, O. et al. *Základy sociální práce*. 2. vyd. Praha: Portál, 2007. 312 s. ISBN 978-80-7367-331-4.
- 8) MICHALÍK, J. *Zdravotní postižení a pomáhající profese*. 1. vyd. Praha: Portál, 2011. 512 s. ISBN 978-80-7367-859-3.
- 9) PIVARČ, J. Koncept kvality života u osob s mentálním postižením. In *Reviewed Proceedings of the Interdisciplinary Scientific International Conference for PhD students and assistants*. Vol. V. Hradec Králové: QUAERE, 2015. s. 1287–1295. ISBN 978-80-87952-10-8.
- 10) SEYMOUR, L.; GALE, E. Even elders get the blues. *Mental Health Today*. 2005, s. 29–31. ISSN 1474-5186.
- 11) SCHALOCK, R. *Outcome-based evaluation*. 2. vyd. New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers, 2001. 271 s. ISBN 03-064-6458-6.

- 12) TOMESŠ, I. *Sociální politika: teorie a mezinárodní zkušenost*. 2. vyd. Praha: Socioklub, 2001. 264 s. ISBN 80-86-484-00-9.
- 13) TRÖSTER, P. et al. *Právo sociálního zabezpečení*. 6. vyd. Praha: C. H. Beck, 2013. 320 s. ISBN 978-80-7400-473-5.
- 14) VÁGNEROVÁ, M. *Vývojová psychologie: dětství, dospělost, stáří*. 1. vyd. Praha: Portál, 2000. 524 s. ISBN 80-7178-308-0.
- 15) VIDOVIČOVÁ, L.; RABUŠIC, L. *Věková diskriminace – ageismus: úvod do teorie a výskyt diskriminačních přístupů ve vybraných oblastech s důrazem na pracovní trh*. Praha, Brno: VÚPSV, 2005. (výzkumná zpráva)
- 16) Vyhláška č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách. In *Sbírka zákonů, Česká republika*. 2006, částka 164, s. 7021–7048. ISSN 1211-1244.
- 17) Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. In *Sbírka zákonů, Česká republika*. 2006, částka 37, s. 1257–1289. ISSN 1211-1244.
- 18) Zákon č. 198/2002 Sb., o dobrovolnické službě a o změně některých zákonů. In *Sbírka zákonů, Česká republika*. 2002, částka 82, s. 4835–4839. ISSN 1211-1244.
- 19) Zákon č. 250/2000 Sb., o rozpočtových pravidlech územního rozpočtu. In *Sbírka zákonů, Česká republika*. 2000, částka 73, s. 3557–3567. ISSN 1211-1244.
- 20) Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování. In *Sbírka zákonů, Česká republika*. 2011, částka 131, s. 4730–4801. ISSN 1211-1244.
- 21) Zákon č. 89/2012 Sb., občanský zákoník. In *Sbírka zákonů, Česká republika*. 2012, částka 33, s. 1026–1368. ISSN 1211-1244.

Internetové zdroje

- 1) Ageismus. [online]. 2015 [cit. 2015-06-27]. Dostupné z http://www.socioweb.cz/upl/editorial/download/186_SOCIOWEB_01_2011_.pdf
- 2) Ageismus. *O ageismu*. [online]. © 2015 [cit. 2015-06-27]. Dostupné z <http://www.ageismus.cz/>
- 3) BENEŠOVÁ, R. „Ageismus.“ *Socioweb*, 2011 (1): 8–9. Dostupné z: http://www.socioweb.cz/upl/editorial/download/186_SOCIOWEB_01_2011_.pdf
- 4) Český statistický úřad. Demografické statistiky seniorů [online]. © 2015 [cit. 2015-10-26]. Dostupné z <https://www.czso.cz/documents/10180/25627994/310035142d.pdf/f3dd5b37-69e4-454d-8f00-a5f944fa3f8a?version=1.0>
- 5) Český statistický úřad. Demografické statistiky seniorů, Sociální služby. Počet vyplacených příspěvků na péči [online]. © 2015 [cit. 2015-11-11]. Dostupné z <https://www.czso.cz/csu/czso/seniori-v-cr-2014-2gala5x0fg>
- 6) Český statistický úřad. Demografické statistiky seniorů, Zdravotní stav seniorů [online]. © 2015 [cit. 2015-10-26]. Dostupné z <https://www.czso.cz/documents/10180/25627994/310035143z.pdf/2e6f6f7e-3488-43f0-bcb1-af8a15439ee6?version=1.0>
- 7) Český statistický úřad. Senioři v ČR – 2014. [online]. © 2016 [cit. 2016-06-12]. Dostupné z <https://www.czso.cz/csu/czso/seniori-v-cr-2014-2gala5x0fg>
- 8) Domov pro seniory Telč. *Volnočasové aktivity*. [online]. © 2015 [cit. 2015-07-03]. Dostupné z <http://www.domovproseniorytelc.cz/volnocasove-aktivity>
- 9) Ministerstvo práce a sociálních věcí. Problematika restriktivních opatření. [online]. © 2016 [cit. 2016-06-15]. Dostupné z <http://www.mpsv.cz/cs/1087>

- 10) Ministerstvo práce a sociálních věcí. Příjmy a životní úroveň. Minimální mzda. [online]. © 2016 [cit. 2016-06-13]. Dostupné z <http://www.mpsv.cz/cs/22117>
- 11) Ministerstvo práce a sociálních věcí. Příprava na stárnutí v ČR [online]. © 2015 [cit. 2015-11-04]. Dostupné z <http://www.mpsv.cz/cs/2856>
- 12) Ministerstvo práce a sociálních věcí. Tisková zpráva Ministryně Michaely Marksové ze dne 7. října 2015, 2. ledna 2016, [online]. © 2016 [cit. 2016-02-01]. Dostupné z http://www.mpsv.cz/files/clanky/22388/TZ_071015a.pdf
- 13) Ministerstvo práce a sociálních věcí. Tisková zpráva MPSV, 2. června 2016, [online]. © 2016 [cit. 2016-02-06]. Dostupné z <http://www.mpsv.cz/cs/25310>
- 14) Ministerstvo práce a sociálních věcí. Tiskové zprávy (duben). [online]. © 2016 [cit. 2016-06-14]. Dostupné z <http://www.mpsv.cz/cs/25310>
- 15) Společnost sociálních pracovníků ČR a MPSV. Příspěvek na péči a posuzování stupně závislosti, seminář 25. února 2015 [online]. © 2015 [cit. 2015-02-12]. Dostupné z <http://www.petraskala.cz/file/30/posudkova-sluzba-mpsv-seminar-25.2.-2015-i.ppt>
- 16) STAŠKOVÁ, Z. *Období stáří* [online]. © 2015 [cit. 2015-07-03]. Dostupné z http://www.szscb.wz.cz/info/projekty/sablony/ps6/vy_32_inovace_ps6-st-18.pdf

Seznam zkratk, grafů, tabulek a příloh

Seznam zkratk

ČSÚ – Český statistický úřad

ČR – Česká Republika

OSN – Organizace spojených národů

MPSV – Ministerstvo práce a sociálních věcí

LZPS – Listina základních práv a svobod

OSSZ – Okresní správa sociálního zabezpečení

SZ – stupeň závislosti

Seznam grafů

Graf č. 1: Vybrané naděje dožití mužů a žen v ČR v roce 2013

Graf č. 2: Zdravotní příčiny uznání SZ u osob 18–65 let věku podle kapitol MKN-10

Graf č. 3: Zdravotní příčiny uznání SZ u osob nad 65 let věku podle kapitol MKN-10

Graf č. 4: Výplata příspěvku na péči v případě hospitalizace po dobu 56 dní

Graf č. 5: Výplata příspěvku na péči v případě hospitalizace po dobu 35 dní

Graf č. 6: Součet doby přímé péče a dohledu podle stupňů závislosti (shrnutí doby péče o závislé osoby v rodinách)

Graf č. 7: Podíl neuspokojených žádostí o místo v domově pro seniory vzhledem k počtu 65+letých v krajích v %

Seznam tabulek

Tabulka č. 1: Střední délka zdravého života při narození a ve věku 65 let v ČR a vybraných zemích

Tabulka č. 2: Úmrtnostní charakteristiky podle věku – rok 2013

Tabulka č. 3: Předpokládaná výše příspěvku od 1. 8. 2016

Tabulka č. 4: Počet vyplacených příspěvků na péči přiznaných za červen 2013

Tabulka č. 5: Výsledky posuzování SZ na OSSZ v letech 2011–2014

Tabulka č. 6: Koupěschopnost příspěvku na péči ve vztahu k době péče

Tabulka č. 7: Použití příspěvku na péči pro úhradu péče o závislou osobu

Tabulka č. 8: Sociální služby podle zřizovatele k 31. 12. 2013

Tabulka č. 9: Počet uživatelů pobytových sociálních služeb k datu 31. 12. 2013

Tabulka č. 10: Počty obyvatel domovů pro seniory podle věku a krajů k 31. 12. 2013

Tabulka č. 11: Počet klientů pečovatelské služby v roce 2013

Tabulka č. 12: Počet neuspokojených žádostí o sociální služby k 31. 12. 2013

Seznam příloh

Příloha č. 1: Žádost o příspěvek na péči

Příloha č. 2: Záznam ze sociálního šetření

Příloha č. 3: Záznam o kontrole využívání příspěvku na péči pro potřeby Úřadu práce
ČR

Abstrakt

Diplomová práce je věnována aktuálnímu tématu stárnutí populace a s ním související vzrůstající potřebě péče o seniory a promítnutí této skutečnosti do české právní úpravy. Práce se podrobně zaměřuje na příspěvek na péči a jeho využití pro péči o specifickou klientelu sociálních služeb, kterou tvoří senioři.

Práce se skládá celkem ze 4 kapitol, v první kapitole zmiňuje historii sociálního zákonodárství, v druhé kapitole je rozebrán fenomén stárnutí a stáří včetně jeho stinných stránek a demografických údajů. Třetí a stěžejní kapitola této práce je věnována právě institutu příspěvku na péči z pohledu jeho adresátů, a to seniorů, od podmínek nároku na příspěvek na péči až po kontrolu využívání příspěvku. Kapitola také obsahuje demografické údaje a analýzu koupěschopnosti příspěvku na péči ve vztahu k době péče o závislou osobu, a také analýzu použití příspěvku na péči pro úhradu péče o závislou osobu s rozpočtem na jednotlivé dny. Také jsou zde zmíněny shledané nedostatky právní úpravy a snaha nastítnit případné možné řešení de lege ferenda. Čtvrtá, poslední kapitola, je poté věnována sociálním službám, které si mohou senioři díky příspěvku na péči zajistit. Také je zde v krátkosti zaměřena pozornost na poskytovatele sociálních služeb a pracovníky v sociální oblasti a jsou nastíněna možná úskalí této práce. Poté je zmínka o restriktivních opatřeních v rámci analýzy povinností poskytovatelů sociálních služeb. Závěr kapitoly je věnován demografickým údajům týkajících se využívání sociálních služeb z pohledu seniorů.

Cílem této diplomové práce bylo nastítnit současnou právní úpravu příspěvku na péči a sociálních služeb jako součásti systému práva sociálního zabezpečení. Zanalyzovat její nedostatky a případně navrhnout možná řešení de lege ferenda.

Klíčová slova

Příspěvek na péči; sociální služby; stáří; ageismus

Abstract

The master's thesis is focused on the current topic of aging population. This coincided with the growing need for care for the elderly, and this fact is reflected in the Czech legislation. Thesis is focused on care allowance and its use for the care of social services specific clientele consisting of seniors.

This thesis is composed of a total of four chapters. The first chapter is mentioned the history of social legislation. In the second chapter is analyzed the phenomenon of aging and old age, including its downsides, and demographics. The third, crucial chapter of this thesis is devoted to the institute of care allowance in terms of its use by the addressees – particularly by the seniors. This chapter also mentions the conditions for entitlement to care allowance and control its use. The third chapter also contains demographic data and analysis of the purchasing power of the care allowance in relation to period of care for a dependent person. It contains analysis of care allowance use with a budget for individual days to payment care of dependent person. Last, described the shortcomings of the legislation and any attempt to outline possible solutions *de lege ferenda*. The fourth, final chapter is then devoted to social services, which can seniors thanks to the care allowance to ensure. Also briefly, attention is focused on social service providers and workers in the social field and outlines the potential pitfalls of this work. Then there is mention of restrictive measures in the framework of the analysis of the obligations on providers of social services. Conclusion of the chapter is devoted to demographic data concerning the use of social services from the perspective of seniors.

The aim of this master thesis was to outline the current legislation of care allowance and social services as part of a law system of social security. Analyze its shortcomings and to propose possible solutions *de lege ferenda*.

Key words

Care allowance; social services; old age; ageism

Název práce v českém jazyce:

„Příspěvek na péči a jeho použití pro potřeby seniorů v ČR“

Název práce v anglickém jazyce:

„The Care Allowance and Its Use for the Needs of Senior Citizens in the Czech Republic”

Příloha č. 1: Žádost o příspěvek na péči



ÚŘAD PRÁCE ČR

SocS

Tiskopis prosím vyplňte čitelně

OSÚ S 15

podací razítko

Žádost o příspěvek na péči

A. Žadatel:

Příjmení:	Jméno ¹⁾ :	Rodné číslo v ČR ²⁾ :
Rodné příjmení ³⁾ :	Titul před:	za:
		Státní příslušnost:
Trvalý pobyt:	Obec:	Část obce:
	Ulice:	Č. p. ⁴⁾ : Č. orient.: PSČ:
Skutečný pobyt ⁵⁾ :	Obec:	Část obce:
	Ulice:	Č. p. ⁴⁾ : Č. orient.: PSČ:
Adresa pro doručování ⁵⁾ :	Obec:	Část obce:
	Ulice:	Č. p. ⁴⁾ : Č. orient.: PSČ:
Rodinný stav ⁶⁾ :		
Telefon:	E-mail:	Id datové schránky:

B. Zástupce žadatele:

Vyplňte v případě, že žádost podává zástupce žadatele (zmocněnec, rodič, opatrovník, poručník, jiná fyzická osoba, které byla nezletilá osoba rozhodnutím příslušného orgánu svěřena do péče).

Příjmení:	Jméno ¹⁾ :	Rodné číslo v ČR ²⁾ :
Rodné příjmení ³⁾ :	Titul před:	za:
		Státní příslušnost:
Trvalý pobyt ⁷⁾ :	Obec:	Část obce:
	Ulice:	Č. p. ⁴⁾ : Č. orient.: PSČ:
Adresa pro doručování ⁵⁾ :	Obec:	Část obce:
	Ulice:	Č. p. ⁴⁾ : Č. orient.: PSČ:
Rodinný stav ⁶⁾ :		
Telefon:	E-mail:	Id datové schránky:

1) Uvedte všechna jména osoby.

2) Cizinci, pokud nemají v ČR přiděleno rodné číslo, uvedou v kolonce **Rodné číslo v ČR** datum narození ve tvaru den, měsíc, rok a pohlaví ve tvaru: M nebo Ž (muž nebo žena).

3) Kolonku **Rodné příjmení** vyplňte pouze v případě, že se liší od příjmení.

4) Pokud je místo čísla popisného přiděleno číslo evidenční, uveďte před číslem písmeno E.

5) Nevyplňujte, pokud je adresa shodná s trvalým pobytem.

6) Do kolonky **Rodinný stav** запиšte jednu z uvedených možností ve formě: 1 – svobodný(á), 2 – ženatý/vdaná, 3 – vdovec/vdova, 4 – rozvedený(á), 5 - registrované partnerství.

7) Nevyplňujte, pokud je adresa shodná s trvalým pobytem žadatele.

C. Právnícká osoba zastupující žadatele:

Vyplňte v případě, že žádost podává právnická osoba, která je zmocněncem, zástupcem pro řízení o dávce (zastupuje-li nezletilou osobu zařízení sociálních služeb) nebo opatrovníkem.

Název zařízení:	IČ:
Adresa zařízení: Obec:	Část obce:
Ulice:	Č. p. ⁴⁾ : Č. orient.: PSČ:
Telefon:	E-mail: Id datové schránky:

Osoba pověřená jednat jménem právnické osoby:

Příjmení:	Jméno ¹⁾ :	Rodné číslo v ČR ⁸⁾ :
Funkce:	Pověření jednat od: . . . 20 do: . . . 20	Titul před: za:
Adresa pro doručování ⁹⁾ : Obec:	Část obce:	
Ulice:	Č. p. ⁴⁾ : Č. orient.: PSČ:	

D. Informace pro poskytování příspěvku na péči v rámci EU:

Informace o žadateli:

Zaškrtněte jednu z uvedených variant.

- Žadatel je osobou, která je zdravotně pojištěná v jiném čl. státě EU nebo která pobírá důchod nebo dávky v nezaměstnanosti ze systému sociálního zabezpečení jiného čl. státu EU a nebo která vykonává výdělečnou činnost v jiném čl. státě EU
- není výše uvedenou osobou

Informace o rodičích žadatele mladšího 18 let:

Vyplňte pouze v případě, že žadatel je mladší 18 let. Zaškrtněte jednu z uvedených variant.

- Alespoň jeden z rodičů žadatele mladšího 18ti let je osobou, která je zdravotně pojištěná v jiném čl. státě EU nebo která pobírá důchod nebo dávky v nezaměstnanosti ze systému sociálního zabezpečení jiného čl. státu EU a nebo která vykonává výdělečnou činnost v jiném čl. státě EU
- Žádný z rodičů žadatele mladšího 18ti let není výše uvedenou osobou

E. Ošetřující lékaři žadatele:

Vyplňte údaje, které jsou vám o ošetřujícím lékaři známy.

Příjmení:	Jméno ¹⁾ :	Titul před: za:
Název zařízení:		
Oddělení:		
Adresa: Obec:	Část obce:	
Ulice:	Č. p. ⁴⁾ : Č. orient.: PSČ:	
Telefon:	E-mail: Id datové schránky:	
Příjmení:	Jméno ¹⁾ :	Titul před: za:
Název zařízení:		
Oddělení:		
Adresa: Obec:	Část obce:	
Ulice:	Č. p. ⁴⁾ : Č. orient.: PSČ:	
Telefon:	E-mail: Id datové schránky:	

8) Údaj je nepovinný. Cizinci, pokud nemají v ČR přiděleno rodné číslo, uvedou v kolonce **Rodné číslo v ČR** datum narození ve tvaru den, měsíc, rok a pohlaví ve tvaru: M nebo Ž (muž nebo žena).

9) Nevyplňujte, pokud je adresa shodná s adresou zařízení.

F. Způsob výplaty dávky:

Zaškrtněte prosím jednu z následujících čtyř variant a do příslušné tabulky uveďte doplňující informace.

na platební účet u peněžního ústavu v ČR vedeném v CZK:

Číslo účtu:	Kód banky:	Specifický symbol ¹⁰⁾ :
-------------	------------	------------------------------------

na platební účet zahraničního peněžního ústavu v EU, EHP nebo Švýcarsku:

Příjemce	IBAN:	Měna:
	Název:	
	Adresa: Město:	Stát:
(uvedte alespoň město a stát)		
Banka příjemce	BIC/SWIFT:	
	Název:	
	Adresa: Město:	
(uvedte alespoň město)		

poštovním poukazem na adresu trvalého pobytu v ČR

poštovním poukazem na jinou adresu v ČR:

Obec:	Část obce:
Ulice:	Č. p. ⁴⁾ : Č. orient.: PSC:

G. Prohlášení:

Veškeré údaje v této žádosti jsou pravdivé a jsem si vědom(a) případných následků, které by pro mne z nepravdivých údajů vyplývaly. Podpisem rovněž dávám svůj výslovný souhlas k tomu, aby příslušné právnické osoby a fyzické osoby sdělily OSSZ, která bude posuzovat stupeň závislosti na pomoci jiné fyzické osoby, informace o zdravotním stavu.

Jsem si vědom(a) povinnosti písemně ohlásit příslušnému úřadu, který o příspěvku na péči rozhoduje, do 8 dnů změny ve skutečnostech, které jsou rozhodné pro trvání nároku na příspěvek na péči, jeho výši a výplatu a do 8 dnů změny poskytovatele sociálních služeb nebo osoby, která pomoc poskytuje.

Formulář jsem převzal(a) z oficiálních webových stránek Ministerstva práce a sociálních věcí, nezměnil(a) jsem na něm žádné pevné texty, pouze jsem pravdivě vyplnil(a) kolonky určené k vyplňování.

Poučení:

Příjemce příspěvku je povinen na vyžádání správního orgánu, který provádí kontrolu využívání příspěvku, prokázat, že byl příspěvek využit k zajištění pomoci, a to způsobem, který osvědčí využití příspěvku nebo dokladem o vyplacení příspěvku fyzickým nebo právnickým osobám, které poskytují pomoc při zvládnutí základních životních potřeb, uvedeným v žádosti o příspěvek, popřípadě ohlášeným podle § 21 odst. 1 písm. d) nebo § 21 odst. 2 písm. c), a to nejvýše 1 rok zpětně.

V	dne 20
---------	-----------	--------

Podpis žadatele/zástupce

K žádosti prosím doložte

- pro všechny uvedené osoby **průkaz totožnosti**, u dětí do 15 let rodný list
- pokud v průkazu totožnosti není uvedeno rodné příjmení, doložte rodný list
- **Oznámení o poskytovateli pomoci**

Údaje, pro které na formuláři nedostačuje vyhrazené místo, uveďte na volném listě a přiložte k tiskopisu.

Formuláře žádostí, potvrzení a ostatních dokladů naleznete na internetové adrese <http://portal.mpsv.cz/forms> nebo si je vyzvednete na pracovišti Úřadu práce ČR. Na toto pracoviště se také obraťte, pokud budete mít při vyplňování pochybnosti.

¹⁰⁾ Kolonku **Specifický symbol** vyplňte pouze v případě Československé obchodní banky pro účty s číslem 6699.



ÚŘAD PRÁCE ČR

Příloha - SocS

Tiskopis prosím vyplňte čitelně

OSÚ S 15
podací razítko

Oznámení o poskytovateli pomoci

Tento doklad slouží k oznámení o poskytovateli pomoci a ohlášení jeho změn. Doklad musí podat žadatel o příspěvek na péči se žádostí o přiznání příspěvku. Změny týkající se zajištění pomoci je žadatel povinen ohlásit do 8 dnů od jejich vzniku.

A. Žadatel o příspěvek na péči:

Příjmení:	Jméno ¹⁾ :	Rodné číslo v ČR ²⁾ :
Rodné příjmení ³⁾ :	Titul před: za:	Státní příslušnost:
Trvalý pobyt:	Obec:	Část obce:
	Ulice:	Č. p. ⁴⁾ : Č. orient.: PSČ:
Skutečný pobyt ⁵⁾ :	Obec:	Část obce:
	Ulice:	Č. p. ⁴⁾ : Č. orient.: PSČ:
Adresa pro doručování ⁵⁾ :	Obec:	Část obce:
	Ulice:	Č. p. ⁴⁾ : Č. orient.: PSČ:
Rodinný stav ⁶⁾ :		
Telefon:	E-mail:	Id datové schránky:

1) Uvedte všechna jména osoby.

2) Cizinci, pokud nemají v ČR přiděleno rodné číslo, uvedou v kolonce **Rodné číslo v ČR** datum narození ve tvaru den, měsíc, rok a pohlaví ve tvaru: M nebo Ž (muž nebo žena).

3) Kolonku **Rodné příjmení** vyplňte pouze v případě, že se liší od příjmení.

4) Pokud je místo čísla popisného přiděleno číslo evidenční, uveďte před číslem písmeno E.

5) Nevypíňujte, pokud je adresa shodná s trvalým pobytem.

6) Do kolonky **Rodinný stav** запиšte jednu z uvedených možností ve formě: 1 – svobodný(á), 2 – ženatý/vdaná, 3 – vdovec/vdova, 4 – rozvedený(á), 5 - registrované partnerství.

B. Poskytovatelé sociálních služeb a jiné pomoci:

Vyplňte údaje o poskytovatelích sociálních služeb⁷⁾, kteří žadateli o příspěvek na péči (osobě, které byl přiznán příspěvek na péči) poskytují nebo budou poskytovat pomoc. Osoby blízké a asistenty sociální péče, kteří poskytují pomoc, uveďte v části C.

Podpisem poskytovatel projevuje souhlas s poskytováním pomoci. Poskytovatel, kterým je zařízení sociálních služeb uvedené v § 48 až 50 zákona o sociálních službách, poskytující osobě pobytové sociální služby, bere na vědomí povinnost ohlásit podle § 21a zákona o sociálních službách úřadu, který o příspěvku rozhoduje, přijetí osoby do ústavní péče v nemocnici nebo odborném zdravotnickém léčebném ústavu a propuštění z tohoto zařízení. Poskytovatel si je také vědom povinnosti vyplývajících z § 21a odst. 2 zákona o sociálních službách.

Poskytovatel:	IC:
Pracoviště:	
Adresa pracoviště: Obec: Část obce: Ulice: Č. p. ⁴⁾ : Č. orient.: PSČ:	
Název služby:	
1. Datum zahájení ⁸⁾ : Datum ukončení ⁹⁾ : Identifikační číslo služby ¹⁰⁾ :	
Název služby:	
Datum zahájení ⁸⁾ : Datum ukončení ⁹⁾ : Identifikační číslo služby ¹⁰⁾ :	
Název služby:	
Datum zahájení ⁸⁾ : Datum ukončení ⁹⁾ : Identifikační číslo služby ¹⁰⁾ :	
Podpis	
Poskytovatel:	IC:
Pracoviště:	
Adresa pracoviště: Obec: Část obce: Ulice: Č. p. ⁴⁾ : Č. orient.: PSČ:	
Název služby:	
2. Datum zahájení ⁸⁾ : Datum ukončení ⁹⁾ : Identifikační číslo služby ¹⁰⁾ :	
Název služby:	
Datum zahájení ⁸⁾ : Datum ukončení ⁹⁾ : Identifikační číslo služby ¹⁰⁾ :	
Název služby:	
Datum zahájení ⁸⁾ : Datum ukončení ⁹⁾ : Identifikační číslo služby ¹⁰⁾ :	
Podpis	

7) Poskytovatelem sociálních služeb je poskytovatel, který je zapsán v registru poskytovatelů sociálních služeb podle § 85 odst. 1 nebo dětský domov, anebo speciální lůžkové zdravotnické zařízení hospicového typu nebo zdravotnické zařízení ústavní péče poskytující sociální služby podle § 52 zákona o sociálních službách.

8) Do kolonky **Datum zahájení** uveďte datum zahájení poskytování pomoci. Pokud oznamujete ukončení pomoci, kolonku nevyplňujte.

9) Do kolonky **Datum ukončení** uveďte datum ukončení poskytování pomoci. Pokud oznamujete zahájení poskytování pomoci, kolonku nevyplňujte.

10) Kolonku **Identifikační číslo služby** vyplňte pouze v případě, že se jedná o sociální službu registrovaného poskytovatele péče.

C. Pomoc poskytovaná osobou blízkou nebo asistentem sociální péče:

Vyplňte údaje o osobách, které žadateli o příspěvek na péči (osobě, které byl přiznán příspěvek na péči) poskytují nebo budou poskytovat pomoc.

Podpisem poskytovatel projevuje souhlas s poskytováním pomoci a bere na vědomí povinnost nahlásit podle § 21a zákona o sociálních službách úřadu, který o příspěvku rozhoduje, přijetí oprávněné osoby k hospitalizaci, propuštění z hospitalizace a úmrtí oprávněné osoby.

1.	Příjmení:	Jméno ¹⁾ :	Rodné číslo v ČR ²⁾ :	
	Rodné příjmení ³⁾ :	Titul před:	za:	Státní příslušnost:
	Trvalý pobyt ¹¹⁾ : Obec:			Část obce:
	Ulice:			Č. p. ⁴⁾ : Č. orient.: PSČ:
	Osoba blízká ¹²⁾ :	Společná domácnost ¹³⁾ :	Asistent sociální péče ¹⁴⁾ :	
	Telefon:	E-mail:	Id datové schránky:	
	Datum zahájení ⁸⁾ :	Datum ukončení ⁹⁾ :	Podpis:	
2.	Příjmení:	Jméno ¹⁾ :	Rodné číslo v ČR ²⁾ :	
	Rodné příjmení ³⁾ :	Titul před:	za:	Státní příslušnost:
	Trvalý pobyt ¹¹⁾ : Obec:			Část obce:
	Ulice:			Č. p. ⁴⁾ : Č. orient.: PSČ:
	Osoba blízká ¹²⁾ :	Společná domácnost ¹³⁾ :	Asistent sociální péče ¹⁴⁾ :	
	Telefon:	E-mail:	Id datové schránky:	
	Datum zahájení ⁸⁾ :	Datum ukončení ⁹⁾ :	Podpis:	

D. Prohlášení:

Veškeré údaje v tomto dokladu jsou pravdivé a jsem si vědom(a) případných následků, které by pro mne z nepravdivých údajů vyplývaly.

Jsem si vědom(a) povinnosti písemně ohlásit příslušnému úřadu, který o dávce rozhoduje, do 8 dnů změny ve skutečnostech, které jsou rozhodné pro trvání nároku na dávku, její výši a výplatu a do 8 dnů změny poskytovatele sociálních služeb nebo osoby, která péči poskytuje.

Formulář jsem převzal(a) z oficiálních webových stránek Ministerstva práce a sociálních věcí, nezměnil(a) jsem na něm žádné pevné texty, pouze jsem pravdivě vyplnil(a) kolonky určené k vyplňování.

V dne 20.....

Podpis žadatele

K oznámení prosím doložte:

- Písemnou smlouvu o poskytnutí pomoci, pokud je pomoc osobě poskytována asistentem sociální péče

Údaje, pro které na formuláři nedostačuje vyhrazené místo, uveďte na volném listě a přiložte k tiskopisu.

Formuláře žádostí, potvrzení a ostatních dokladů naleznete na internetové adrese <http://portal.mpsv.cz/forms> nebo si je vyzvednete na pracovišti Úřadu práce ČR. Na toto pracoviště se také obraťte, pokud budete mít při vyplňování pochybnosti.

11) Nevypíňujte, pokud je adresa shodná s trvalým pobytem žadatele.

12) Do kolonky **Osoba blízká** uveďte vztah osoby poskytující pomoc k žadateli ve tvaru: 1 – manžel(ka), 2 – dítě, 3 – rodič, 4 – sourozenec, 5 – prarodič, 6 – zeť/snacha, 7 – vnuk/vnučka, 8 – tchán/tchyně, 9 – pravnuk/pravnučka, 10 – jiná osoba.

13) Do kolonky **Společná domácnost** vyplňte **ANO**, jestliže osoba poskytující pomoc žije s žadatelem ve společné domácnosti.

14) Do kolonky **Asistent sociální péče** vyplňte **ANO**, pokud osoba poskytující pomoc je asistent sociální péče.



Úřad práce České republiky, Krajská pobočka v Plzni,
Kontaktní pracoviště Klatovy,
oddělení nepojistných sociálních dávek, agenda příspěvku na péči
Videňská 66, 339 01 Klatovy

Příjmení:

Jméno:

Datum narození:

Bydliště:

PROHLÁŠENÍ

V souvislosti s čerpáním dávky - příspěvek na péči, příp. zvýšení příspěvku na péči, vypláceného v souladu se zákonem č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších právních předpisů, prohlašuji, že pro mne i osoby společně posuzované platí, že máme bydliště na území České republiky.

Byl/a jsem poučen/a, že osoba má bydliště na území české republiky zejména pokud se zde dlouhodobě zdržuje, vykonává zde výdělečnou činnost, žije zde s rodinou, plní zde povinnou školní docházku nebo se zde soustavně připravuje na budoucí povolání, případně existují jiné významné důvody, zájmy či aktivity, jejichž vzájemná souvislost dokládá sepětí této osoby s Českou republikou (ustan. § 5 odst. 6 zák. č. 111/2006 Sb., o pomoci v hmotné nouzi, ve znění pozdějších právních předpisů).

Byl/a jsem poučen/a, že jakoukoli skutečnost, která má vliv na nárok na dávku či výplatu dávky, písemně oznámím Úřadu práce ČR – krajské pobočce v Plzni, kontaktnímu pracovišti Klatovy ve lhůtě do osmi dnů.

V Klatovech dne:

.....
Podpis klienta

Za Úřad práce ČR, krajskou pobočku v Plzni, kontaktní pracoviště Klatovy:

.....
Podpis OÚO

OSÚ

Příloha č. 2: Záznam ze sociálního šetření

Záznam ze sociálního šetření

OSÚ

ÚŘAD PRÁCE ČESKÉ REPUBLIKY, krajská pobočka v Plzni, kontaktní pracoviště Klatovy

Datum:

Počátek šetření: hod

Konec šetření: hod

Místo šetření:

Osoby účastnící se šetření:

Žadatel:

Další osoby:

Podpis:

Sociální šetření provedl(a):

Osoba(y), která(é) zajišťuje(i) péči:

Rozsah zajištěné péče (zda se střídá více osob, zda je peč. osoba zaměstnána, jak často navštěvuje klienta, čas. intervaly od kdy do kdy):

Jak je péče s pečující osobou sjednávána (dostupnost péče v případě akutní potřeby):

Registrovaný poskytovatel soc. služeb + rozsah poskytované péče:

1. SCHOPNOST PEČOVAT O VLASTNÍ OSOBU

příprava snídaně, čaj/káva + přenos

dietní omezení

podávání, porcování stravy (lžíce, příbor)

pitný režim, nalití pití

ranní hygiena (zuby, česání)

mytí těla, koupání nebo sprchování (sám x s dopomocí)

(zda dojde do koupelny) + KP?

vlasy, holení

HK-

DK-

výkon fyziologické potřeby včetně hygieny (inkontinenční pomůcky)

(zda dojde na wc sám či s pomocí) + KP?

vstávání z lůžka, změna poloh, typ postele + KP?

sezení, schopnost vydržet v poloze vsedě

stání, schopnost vydržet stát

chůze po rovině (jak se pohybuje po bytě, venku, dokáže ujít vzdálenost a v jakém čase, potíže, pomůcky)
chůze po schodech nahoru a dolů

výběr oblečení, rozpoznání jeho správného vrstvení
oblékání, svlékání, obouvání, zouvání, tkaničky, obouvací lžice

provedení si jednoduchého ošetření, rehabilitace, cvičení (inzulin, měření krevního tlaku...)
léčebný režim – příprava, dávkování léků, lékovka?

orientace v bytě, v okolí

orientace v čase (uvědomění si dne, měsíce, roku, datum narození)

orientace vůči osobám (poznávání osob někdy nebo vždy)

sluch-

zrak/brýle-

způsob komunikace – slovní, písemná, podpis

zda rozumí mluvenému slovu, chápe spojitosti

psychický stav klienta

2. VÝDĚLEČNÁ ČINNOST/ŠKOLNÍ POVINNOSTI (zaměstnání – vzdálenost od bydliště, dochází sám či s doprovodem, vyhovující prac. podmínky, využívání MHD, auta, studium – typ školy, stupeň vzdělání, potřeba pomoci s dopravou či doprovodem, kdo zajišťuje, frekvence docházky, asistent, schopnost plnění školní povinností, důchod, pobírání sociálních dávek a kterých)

Hodnota peněz, manipulace s nimi-

Úřední záležitosti vyřizuje-

3. RODINNÉ VZTAHY

vztahy v rodině – zda klient komunikuje s rodinou a jakým způsobem, zda žije v manželském vztahu, zda žije sám, zda udržuje kontakty se všemi členy rodiny a jakým způsobem, zda žadatel preferuje jednu osobu (koho)

4. SOCIÁLNÍ VZTAHOVÝ RÁMEC (MIMO RODINY) - (zejména přátelské vztahy – zda je v kontaktu s jinými osobami než rodinou, způsob trávení volného času – zda tráví volný čas s jinými osobami, zapojení se do volnočasových aktivit sám nebo s doprovodem, stanovení denního režimu, u dětí – kroužky, mimoškolní zájmové činnosti.

5. DOMÁCNOST

obstarávání si potravin a běžných předmětů (nakupování)

vaření, ohřívání jednoduchého jídla – zapne vařič, mikrovlnku, zda uvaří oběd, večeři

mytí nádobí

běžný úklid v domácnosti (vlastního pokoje, ost. prostor)

péče o prádlo

péče o lůžko, ustláání lůžka

obsluha běžných domácích spotřebičů (sporák, pračka, rádio, tv, telefon)

manipulace s kohouty a vypínači

manipulace se zámky, otevírání, zavírání oken a dveří

udržování pořádku v domácnosti, nakládání s odpady

topení

6. PROSTŘEDÍ

stav bydlení včetně vybavenosti pomůckami (kompenzační) – jaký je příchod do domu, bytu, vlastní vstup (počet schodů, patro, výtah, umístění WC a koupelny, zda je žadatel v čistém prostředí, zda prostředí by mohlo mít vliv na zdravotní stav (psychický, somatický), bezbariérovost prostředí (v místě bydliště i v širším okolí – např. bezbariérový přístup a vzdálenost do obchodu, k lékařské péči – praktický lékař, zdravotnické středisko)

Bydlí.....

MUDr.

MUDr.

MUDr.

KP:

K lékařům.....

7. DALŠÍ ZJIŠTĚNÍ

- **Pozorování**
- **Zdravotní potíže, délka, úrazy, operace, plánované výkony**
- **+ vlastní shrnutí šetření, moje poznatky**

Příloha č. 3: Záznam o kontrole využívání příspěvku na péči pro potřeby Úřadu práce ČR

Úřad práce České republiky – Krajská pobočka v Plzni
Kontaktní pracoviště Klatovy
Vídeňská 66
33901 Klatovy

Počet příloh:

ZÁZNAM O KONTROLE VYUŽÍVÁNÍ PŘÍSPĚVKU NA PÉČI PRO POTŘEBY ÚŘADU PRÁCE ČR

Oprávněná osoba:

Datum narození:

Trvalá adresa:

Poskytovatelé péče:

Oprávněná osoba

a) zastižena

b) nezastižena

Oprávněná osoba nezastižena z důvodu:

Kontaktní pracoviště Klatovy – OSÚ, MPSV- ved. odd. 331, 1. 1. 2012, S15

strana 1/5

Úřad práce České republiky – Krajská
pobočka v Plzni

Informace o důvodu nepřítomnosti podal:

Příspěvek na péči přiznán ve stupni závislosti:

Další zjištění o výdajích na zajištění péče:

Zjištění o rozsahu a kvalitě poskytované péče:

Oblasti základních životních potřeb z posledního lékařského posudku
není k dispozici

Důvody nevyužívání příspěvku na péči:

Kontaktní pracoviště Klatovy – OSÚ, MPSV- ved. odd. 331, 1. 1. 2012,S15

strana 2/5

Úřad práce České republiky – Krajská
pobočka v Plzni

Poznámka: tento tiskopis slouží jako podklad pro zhotovení záznamu z kontrolního šetření využívání příspěvku na péči a bude jeho součástí.

Na základě zvláštního oprávnění vydaného příslušnou krajskou pobočkou Úřadu práce ČR kontrolní šetření provedl(a):

Interní poznámka popř. podpis poskytovatelů péče

(vyžádat podpis pouze v případě, že je při kontrolním šetření přítomen a je plně seznámen s obsahem kontrolního šetření)

Záznam o opatřeních vyplývajících z provedení kontrolního šetření:

- Žádná opatření
- Poučení příjemce příspěvku (zákonného zástupce) o nedostacích bez opatření (upozornění na sankce atp.)
- Poučení příjemce příspěvku (zákonného zástupce) o nedostacích a návrh na opakovanou kontrolu

Kontaktní pracoviště Klatovy – OSÚ, MPSV- ved. odd. 331, 1. 1. 2012,S15

strana 3/5

Úřad práce České republiky – Krajská
pobočka v Plzni

- Zahájení řízení z moci úřední Úřadem práce ČR ve věci:
 - přeposouzení stupně závislosti na základě kontroly využívání
 - ustanovení zvláštního příjemce dle ust. § 20 zákona 108/2006 Sb.
 - odejmutí příspěvku na péči
 - zastavení výplaty příspěvku na péči

Související zjištění:

Podpis zaměstnance Úřadu práce ČR, který provedl kontrolní šetření

Kontaktní pracoviště Klatovy – OSÚ, MPSV- ved. odd. 331, 1. 1. 2012,S15

strana 4/5

Úřad práce České republiky – Krajská
pobočka v Plzni

Místo šetření:

Datum: 201

Počátek šetření:hod Konec šetření:hod

Osoby účastnící se šetření:

Žadatel:

Další osoby:

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