

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE

FAKULTA SOCIÁLNÍCH VĚD

Institut sociologických studií

Diplomová práce

2011

Bc. Dana Štollová

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE

FAKULTA SOCIÁLNÍCH VĚD

Institut sociologických studií

Bc. Dana Štollová

**Postavení pečujících osob v kontextu zákona
o sociálních službách**

Diplomová práce

Praha 2011

Autor práce: **Bc. Dana Štolllová**

Vedoucí práce: **Ing. Bohumila Čabanová, Ph.D.**

Oponent práce:

Datum obhajoby:

Hodnocení:

Bibliografický záznam

ŠTOLLOVÁ, Dana. *Postavení pečujících osob v kontextu zákona o sociálních službách*. Praha, 2011. 84 s. Diplomová práce (Mgr.) Univerzita Karlova, Fakulta sociálních věd, Institut sociologických studií. Katedra veřejné a sociální politiky. Vedoucí diplomové práce Ing. Bohumila Čabanová, Ph.D.

Abstrakt

Práce s názvem „Postavení pečujících osob v kontextu zákona o sociálních službách“ analyzuje situaci pečujících osob v průběhu péče. Na základě analýzy výzkumů provedených jak v ČR, tak i v rámci Evropské unie sleduje otázku diskriminace a socioekonomické exkluze pečujících osob v ČR.

Postavení pečujících osob není legislativně zakotveno v žádném právním předpisu. Z toho ovšem vyplývá, že není stanoven ani rozsah povinností, ani práva, sociální zabezpečení v případě nemoci a velmi omezeně je stanoveno důchodové zabezpečení.

Práce předkládá návrhy opatření a řešení této problematiky tak, aby byla podporována rodinná a mezigenerační solidarita a pravidla subsidiarity a současně odstraněna diskriminace sociálního a ekonomického postavení pečujících osob v ČR.

Abstract

The work titled “Rank of caring persons in the context of the social services law” analyses the situation of caring persons during the care. The work follows the question of discrimination and social-economic exclusion of caring persons in the Czech Republic on the basis of executed research analyse.

The rank of caring persons is not legally embedded in any legal regulation. However, this results into the fact, that there is neither range of duties nor the law or social benefits in the case of sickness, and the old age pension scheme is very limited, too.

This work brings suggestions of measures and solutions of these problems so that family and intergeneration solidarity and rules of subsidiarity would be supported, and at the same time the social and economic discrimination of caring persons in the Czech Republic.

Klíčová slova

sociální služby, analýza aktérů, pečující osoby, chudoba, příspěvek na péči, psychická a fyzická zátěž, sociální izolace, socioekonomická exkluze, vyhoření.

Keywords

the social Services, the analysis of players, Caregiver, poverty, the contribution to care, psychological and physical burden, social isolation, socio-economic exclusion, burnout.

Prohlášení

1. Prohlašuji, že jsem předkládanou práci zpracovala samostatně a použila jen uvedené prameny a literaturu.
2. Souhlasím s tím, aby práce byla zpřístupněna pro studijní a výzkumné účely.

V Praze dne 20. 05. 2011

Dana Štollová

Poděkování

Ráda bych poděkovala Ing. Bohumile Čabanové, Ph.D. za odborné vedení diplomové práce, za cenné podněty a připomínky. Velmi si vážím jejího profesionálního a přátelského přístupu.

Ráda bych také poděkovala svým kolegyním a rodinným příslušníkům za jejich podporu a trpělivost.



TEZE DIPLOMOVÉ PRÁCE

Univerzita Karlova v Praze

Fakulta sociálních věd
Institut sociologických studií
Katedra veřejné a sociální politiky

Předpokládaný název diplomové práce:

„Postavení pečujících osob v kontextu zákona o sociálních službách“

Diplomant: Bc. Dana Štollová

Konzultant: Ing. Bohumila Čabanová, Ph.D.

1. Vymezení předmětu zkoumání a strukturace výzkumného tématu

Problematika pečujících osob o dospělé osoby, závislé na pomoci jiné fyzické osoby ve III. a IV. stupni závislosti dle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách v platném znění, v souvislosti s absencí legislativního zakotvení postavení pečující osoby, jako např. stanovení rozsahu jejích povinností, práv, nebo sociálního zabezpečení v nemoci.

2. Cíle diplomové práce

Cílem práce je analýza základních problémů a potřeb osob pečujících o osoby v III. a IV. stupni závislosti a návrh opatření vedoucích k efektivnímu řešení tohoto problému. Na základě zjištěných poznatků prokázat, že řešení problémů pečujících osob je veřejným zájmem společnosti.

Na základě shrnutí poznatků získaných analýzou rozhovorů s odborníky, analýzou problému a analýzou aktérů budou navrženy varianty řešení, stanovena hodnotící kritéria jednotlivých variant a provedeno porovnání variant s ohledem zejména na ekonomicko-sociální důsledky a ekonomické důsledky pro pečující osoby a osoby na péči závislé.

3. Teoretická východiska

A: Vyjádření celostních souvislostí poznávacího problému - legislativní zakotvení (zákon o rodině, zákon o státní sociální podpoře, zákoník práce, zákon o sociálním zabezpečení, zákon o důchodovém zabezpečení)

B: Teorie přirozeného práva - Ústava ČR - přirozené právo

C: Teorie sociální spravedlnosti – vyrovnávání sociálních rozdílů

D: Teorie sociálního fungování – interakce probíhající mezi jednotlivcem a prostředím.

4. Historický kontext

Souvislost problematiky s historickým a kulturním vývojem společnosti.

5. Metody a zdroje dat

- *Rozhovory s odborníky* – strukturovaný rozhovor (Hendl, 2005) s odborníky –

pečujícími osobami o osoby ve III. a IV. stupni závislosti, s pracovníky ve sféře sociálních služeb, sociálními pracovníky obecních úřadů.

Studium dokumentů a analýza odborné literatury

Internetové zdroje – zejména z již provedených výzkumů v této problematice využito bude i poznatků z *internetových zdrojů*, např. stránky Ligy vozíčkářů ((Dostupné z WWW: <www.ligavozick.skynet.cz), internetové stránky Ministerstva práce a sociálních věcí ČR, Úřadu veřejného ochránce práv, NZRP a další.

6. Analytická část

Analytický rámec – důsledky dosavadních politik řešení problému.

7. Předpokládaná struktura diplomové práce

1) Úvod

Vymezení problematiky pečujících osob z oblasti psychosociální, zdravotní a ekonomické. Stanovení hlavních cílů práce. Geneze problematiky. Porovnání současné situace se situací v nedaleké minulosti (před 1. 1. 2007 – platnost zákona č. 108/2006 Sb.).

2) Vymezení veřejně-politického problému

Za pomoci nástrojů pro vymezení základního problému, např. stromu problémů, úzké vymezení řešeného problému.

3) Cíle práce

Analýza problematiky metodou analýzy primárních a sekundárních dat, získaných jednak z rozhovorů s odbornou i laickou veřejností a jednak ze sekundárních zdrojů dat, a analýza hlavních aktérů dané problematiky.

4) Teoretická východiska

Vyjádření celostních souvislostí poznávacího problému. Zasazení do teoretického rámce.

5) Deskriptivní část

Popis situace s ohledem na kulturní a historický vývoj naší společnosti. Uvedení příkladů dobré praxe z kulturně a historicky podobných politik zemí Evropské unie.

6) Analytická část

Srovnání situace v ČR a jiných zemí EU. Péče o zdravotně postižené v zemích EU – příklady dobré praxe. Vyhodnocení provedených rozhovorů. Navržení variant řešení a stanovení hodnotících kritérií pro srovnání jednotlivých variant.

7) Závěry

Vyhodnocení závažnosti problému na základě provedených analýz, zhodnocení a doporučení vhodných variant v kontextu ekonomické a politické situace v současné ČR.

7. Základní literatura k tématu

BYLUND, P. *Jak sociální stát zkalil Švédsko*, The Ludwig von Mises Institute, 2008, Dostupné z WWW:

<<http://libinst.cz/clanky.php?id=663&highlight=Jak%20sociální%20stát>>

COMYN,G,CABRERA,M.,GUENZLER,R.,OLSSON,S.,ÖZCIVELEK,R.,ZINNBAUER,D. *Potřeby uživatelů ve výzkumu ICT v oblasti soběstačného života, se zaměřením na zdravotní aspekty*, Zpráva ze semináře DG JRC/IPTS-DG INFSO konaného v Bruselu, 2005, Dostupné z WWW: <<http://www.nrzp.cz/zahranici-dokumenty>>

ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD (2004): *Populační prognóza ČR do roku 2050*.

ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD. *Výsledky výběrového šetření zdravotně postižených osob za rok 2007*. Dostupné z WWW:

<<http://www.czso.cz/csu/2008edicniplan.nsf/p/3309-08>>

GLENDINNING, C. et al. *Care Provision within Families and its Socio-Economic Impact on Care Providers*. [online]. Social Policy Research Unit, University of York 2009. Dostupné z WWW:

<<http://www.york.ac.uk/inst/spru/research/pdf/EUCarers.pdf>>

KELLER, J. *Soumrak sociálního státu*. Praha: SLON, 2005, ISBN 80-86429-41-5

KOPŘIVA, K. *Lidský vztah jako součást profese*. Praha: Portál, 2000, ISBN 80-7178-429-X.

MUDr. KALVACH, Z., CSc, (2009):*Pečujeme doma (str. 25, 82)*, Dostupné z WWW: <http://zdar.domaci-hospic.cz/LinkedDocuments/Pecujeme_doma.pdf>

KRÁSA, V. *NRZP ČR Skok do reality č. 4/2008*. Dostupné z WWW: <www.nrzp.cz/skok-do-reality> KŘIVOHLAVÝ, J.; KACZMARCZYK, S. *Poslední úsek cesty*. 1 vyd. Praha: Návrat domů, 1995. 65 s. ISBN 80-85495-43-0

KŘIVOHLAVÝ, J. *Křesťanská péče o nemocné*. Praha: Advent, 1991, ISBN neuvedeno.

KŘIVOHLAVÝ, J. *Vážně nemocný mezi námi*. Praha: Avicenum, 1989, ISBN 08-065-89.

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

MATOUŠEK, O./ KOLÁČKOVÁ, J./ KODYMOVÁ, P. *Sociální práce v praxi*. Praha: Portál, 2005, ISBN 80-7367-002-X.

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

MICHALÍK, J. - VALENTA,M. *Výzkum pracovních kompetencí osob pečujících o člena rodiny se zdravotním postižením*. Výzkumné centrum integrace zdravotně postižených. 2007, Dostupné z WWW: <<http://www.vcizp.cz/doc/vcizp-quality-life>>

[zprava-celek.pdf](#)>

MICHALÍK, J., VALENTA, M. *Kvalita života a problém pracovní kompetence u osob dlouhodobě pečujících o člena rodiny se zdravotním postižením* [online]. VÚPSV, v.v.i. Praha 2007. Dostupné z WWW: <<http://www.vcizp.cz/doc/vcizp-quality-life-zprava-celek.pdf>>

PRŮŠA, L. Sborník II. ročníku konference Senior Living. *Důsledky stárnutí populace na potřebu sociálních služeb v dlouhodobém horizontu*. 2007

PRŮŠA, L. Sborník II. ročníku konference Senior Living *Důsledky stárnutí populace na potřebu sociálních služeb v dlouhodobém horizontu*. 2007.

ŘEZNÍČEK, I. *Metody sociální práce*. Praha: Sociologické nakladatelství, 1994, ISBN 80-85850-00-1.

SEZEMSKÝ, J. *Tisková zpráva ze dne 3.7.2007*, Dostupné z WWW: <www.mpsv.cz,<http://noviny.mpsv.cz>>

ŠTOLLOVÁ, D. *Problematika osob pečujících o těžce zdravotně postižené dospělé po 1.1.2007*. Ústí nad Labem, 2009. 48 s. Bakalářská práce. Univerzita J. E. Purkyně, Katedra sociální práce.

ÚLEHLA, I. *Umění pomáhat*. Praha: SLON, 1999. ISBN 80-85850-69-9.

VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*, Praha: Portál, 1999. ISBN 978-80-7367-414-4.

Právní předpisy

Česko. ČNR. Usnesení předsednictva ČNR ze dne 16.12.1992 č. 2 o vyhlášení Listiny zákl. práv a svobod jako součásti úst. pořádku ČR. In *Sbírka zákonů České republiky*. 2003, částka 1.

Česko. Zákon č.108/2006 Sb., O sociálních službách. In *Sbírka zákonů České republiky*. 2006, částka 37.

Česko. Zákon č. 262/2006 Sb., Zákoník práce. In *Sbírka zákonů České republiky*. 2006, částka 84.

Česko. Zákon č. 306/2008 Sb. kterým se mění zákon č. 155/1995 Sb., o důchodovém pojištění, In *Sbírka zákonů České republiky*. 2009, částka 91.

Česko. Vyhláška č 505/2006 Sb., ze dne 15. listopadu 2006, kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách. In *Sbírka zákonů České republiky*. 2006, částka 164.

Česko. Vyhláška č. 182/1991 Sb., ze dne 27. května 1991, kterou se provádí zákon o sociálním zabezpečení a zákon České národní rady o působnosti orgánů České republiky v sociálním zabezpečení. In *Sbírka zákonů České republiky*. 1991, částka 37.

Další zdroje

PORTÁL VEŘEJNÉ SPRÁVY ČESKÉ REPUBLIKY. *Průlom v důchodech osob dlouhodobě pečujících o blízkého*. Dostupné z WWW: <<http://portal.gov.cz/wps/portal/s.155/7226/s.155/10202?docid=110722>>

SEZEMSKÝ, J. *Tisková zpráva ze dne 3.7.2007*, Dostupné z WWW: <www.mpsv.cz,<http://noviny.mpsv.cz>>

STATISTICKÁ ROČENKA Z OBLASTI PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ. *Zdravotnictví České republiky 2006 ve statistických údajích*, Praha: UZIS 2007.

VÁCLAV KRÁSA, PŘEDSEDA NÁRODNÍ RADY OSOB SE ZDRAVOTNÍM POSTIŽENÍM ČR [online]. 2010. Dostupné z WWW: <<http://www.vaclavkrasa.cz/nrzp-cr.html>>

VEŘEJNÝ OCHRÁNCE PRÁV, OMBUDSMAN. *Důchody osob dlouhodobě pečujících o osobu blízkou 2009*. Dostupné z WWW: <<http://www.ochrance.cz/dokumenty/cast.php?back=/cinnost/hledej.php?oblast=203&doc=609&partid=583>>

V Praze dne 14.06.2010

Konzultant: Ing. Bohumila Čabanová, Ph.D. Diplomant: Bc. Dana Štollová

Podpis:

Podpis:

Obsah

ÚVOD.....	1
1. VYMEZENÍ POZNÁVANÉHO PROBLÉMU.....	4
1.1. CÍLE.....	8
1.1.1. VYMEZENÍ CÍLŮ.....	8
1.2. OTÁZKY.....	8
1.3. METODY A INFORMAČNÍ ZDROJE.....	10
2. LEGISLATIVNÍ ZAKOTVENÍ PROBLÉMU.....	12
3. TEORETICKÝ RÁMEC.....	15
3.1. TEORIE PŘIROZENÉHO PRÁVA.....	15
3.2. TEORIE SOCIÁLNÍ SPRÁVEDLNOSTI.....	18
3.3. TEORIE SOCIÁLNÍHO FUNGOVÁNÍ.....	22
4. HISTORICKÝ KONTEXT PROBLEMATIKY PEČUJÍCÍCH OSOB.....	26
4.1. STŘEDOVĚK.....	26
4.2. RENESANCE, OSVÍCENSTVÍ.....	27
4.3. OBDOBÍ RAKOUSKO - UHERSKÉ MONARCHIE.....	28
4.4. ČESKOSLOVENSKO – PRVNÍ REPUBLIKA.....	28
4.5. POVÁLEČNÁ LÉTA.....	30
4.6. ČR PO ROCE 1989.....	32
5.6.1. Vývoj příspěvku na péči po r. 1989.....	34
5. PROBLEMATIKA ZDRAVOTNĚ POSTIŽENÝCH A PEČUJÍCÍCH OSOB V MEZINÁRODNÍM KONTEXTU.....	37
6.1. ANALYTICKÝ RÁMEC PROBLEMATIKY.....	39
6.2. SUBJEKTY SE VZTAHEM K PROBLEMATICE.....	41
6.3. EVALUACE POLITIKY (UPLATNĚNÍ ZÁKONA Č. 108/2006 SB., V PRAXI).....	42
7. SITUACE PEČUJÍCÍCH V ZEMÍCH EVROPSKÉ UNIE.....	51
7.1. POLITIKA FINANČNÍ PODPORY.....	52
7.1.1. Model osobního rozpočtu.....	53
7.2. POLITIKA SOCIÁLNÍ POMOCI.....	53
7.2.1. Model přímé podpory a informací.....	53
7.2.2. Projekt „Volno pro rodinu“.....	54
7.2.3. Projekt „Růst sebevědomí pečujících“.....	54
7.2.4. Projekt „Flexibilní pracovní uspořádání“.....	54
7.2.5. Německý model.....	55

7.3.	SHRnutí.....	57
8.	ROZHOVORY S PEČUJÍCÍMI OSOBAMI.....	58
8.1.	VYHODNOCENÍ ROZHOVORŮ	59
8.1.1.	<i>Další poznatky z rozhovorů s pečujícími.....</i>	<i>63</i>
9.	ZÁVĚR.....	67
9.1.	ZDRAVOTNÍ PROBLEMATIKA.....	68
9.2.	EKONOMICKÁ PROBLEMATIKA	69
9.2.1.	<i>Poskytnutí odlehčovacích služeb.....</i>	<i>70</i>
9.2.2.	<i>Odstranění povinnosti hradit regulační poplatek u lékaře.....</i>	<i>70</i>
9.2.3.	<i>Pečování na základě smlouvy o péči.....</i>	<i>71</i>
9.3.	SOCIÁLNÍ PROBLEMATIKA	72
	SHRnutí.....	74
	SUMMARY	75
	POUŽITÁ LITERATURA.....	76
	SEZNAM PŘÍLOH.....	84
	VYSVĚTLIVKY:.....	88

Úvod

Zákonem č. 100/1988 Sb., o sociálním zabezpečení byly původně upraveny podmínky péče o zdravotně postižené osoby. Tomu, kdo pečoval, náležel příspěvek při péči o osobu blízkou¹. Jeho výše byla vyšší nežli stanovená výše dávky sociální potřeby pro jednotlivce. Pro splnění podmínek nároku na příspěvek na péči o blízkou osobu bylo nutné pečovat celodenně, bez možnosti přivýdělku. Zpočátku nebylo pečujícím osobám hrazeno ani sociální pojištění zajišťující nárok na důchod. Tyto podmínky značně zredukovaly okruh osob, které mohly pečovat o své blízké. Právní úpravou byla zajištěna možnost některých dalších příspěvků², ale pro pečující osobu chybělo právní zázemí, sociální jistoty a sociální status.

V roce 2006 byl schválen zákon č.108/2006 Sb., o sociálních službách. Na jeho vytvoření spolupracovala s legislativci i odborná a laická veřejnost. Byl diskutován na mnoha místech, vyjadřovalo se k němu nebývalé množství lidí. Výsledek odpovídá požadavkům doby, zejména co se týče zachování důstojnosti a práv seniorů, zdravotně postižených i dalších uživatelů služeb. Tento právní předpis měl být i pro pečující základním právním předpisem. K velkému zklamání pečujících osob se až na několik odstavců, vymezujících některé povinnosti pečujících osob, zákon samotnými pečujícími nezabývá. Tato skutečnost nebyla během tří let od počátku platnosti výše uvedeného zákona až na některé dílčí problémy řešena. Přitom existují studie a výzkumy, které rozebírají a analyzují socioekonomické a psychosociální důsledky dlouhodobé péče jak v kontextu České republiky, tak i v rámci Evropské unie (viz další text).

Dalším právním předpisem, který částečně řeší právní úpravu statusu pečující osoby, je zákon č. 110/2006 Sb., o životním a existenčním minimu a zákon č. 111/2006 Sb., o pomoci v hmotné nouzi, který pomáhá řešit životní situace pečujících v momentě, kdy jejich příjmy klesnou pod hranici životního, případně existenčního minima. Zákon č. 306/2008 Sb., kterým se mění zákon č. 155/1995 Sb., o důchodovém pojištění, pak vyřešil do určité míry sociální nespravedlnost vůči dlouhodobě pečujícím při výpočtu výše důchodů.

¹ Zákon č. 100/1988 Sb. ve znění pozdějších předpisů v platném znění do roku 2006

² Vyhláška č. 182/1991 Sb., MPSV ČR, kterou se provádí zákon o sociálním zabezpečení, § 32 - § 48

Péče o těžce zdravotně postiženého v jeho přirozeném prostředí je prakticky institucionální péčí nahraditelná co do poskytnutí odborné péče a zajištění potřeb pečované osoby. S ohledem na pečovaného jako na lidskou bytost s jejími potřebami, přáními a tužbami, není ovšem zastupitelná žádnou institucí, byť sebelépe organizovanou. Kritéria jako např. řízení vlastního života, svéprávnost, integrace, nezávislost a sebeúcta nelze přes veškerou snahu péčí v instituci beze zbytku splnit. Pečovaný a jeho život podléhají pravidlům života v instituci a v zájmu dodržení klidu a řádu v takovýchto zařízeních nelze klást individualitu jednotlivců na první místo.

Jedním z výzkumů, který se problematikou pečujících osob zabývá, je výzkum kvality života a problém pracovní kompetence u osob dlouhodobě pečujících o člena rodiny se zdravotním postižením (Michalík, Valenta, 2007). Závěr tohoto výzkumu ukazuje na skutečnost, že vzhledem k tomu, že v průběhu péče neměly pečující osoby možnost z finančních a časových důvodů rozvíjet svůj osobní potenciál, pracovní schopnosti a vzdělanostní aspirace spíše ztrácely, po skončení péče se těžko zapojí na pracovním trhu vzhledem k požadavkům trhu práce. Ve spojení se zhoršením vlastního zdravotního stavu jsou tyto osoby odkázány nejen na sociální dávky, ale mnohdy i na dlouhodobou a nákladnou zdravotní péči. Společnost ztrácí potenciální pracovní sílu a tato ztráta je spojena s vysokými ekonomickými náklady.

Dalším významným zdrojem dat je výzkum, který byl proveden pro Evropskou komisi v roce 2009 ve Velké Británii (Glendinning, et al, 2009) v souvislosti se stárnutím populace, a tedy stále rostoucími požadavky na péči (a to jak formální, tak i neformální) pro Evropskou komisi, na téma „Péče v rodině a její sociálně-ekonomický dopad na poskytovatele péče“. Výzkum, do kterého nebyla bohužel zařazena Česká republika, prokázal fakta o podmínkách tzv. neformální péče v řadě států Evropské unie. Výsledky nicméně korespondují s výsledky jiných výzkumů a prací prováděných u nás (Michalík, Valenta, 2007; Štollová, 2009). Problém nastává v případě dlouhotrvající péče v rozsahu 20 až 50 hodin týdně (Glendinning, et al, 2009). Jako zásadní byly vyhodnoceny problémy pečujících v oblasti ekonomické, sociální a zdravotní.

Jednou ze základních teorií, v kontextu které je v této práci na pečující osoby nahlíženo, je teorie přirozeného práva. Stěžejní právní předpis, Ústava ČR, ukotvuje právo

získávat prostředky pro své životní potřeby prací³. Tato práce má za cíl prokázat, že péče o osobu zdravotně postiženou je prací, a to velmi náročnou, kdy odměna za tuto práci není smluvně upravena, pečující nemá záruky sociálního zajištění, přestože odvádí pro společnost výkon, který lze finančně ohodnotit, případně odvodit (např. na základě úhrad výkonů ve zdravotnictví, případně v pobytových zařízeních pro osoby se zdravotním postižením).

Závislost osob se zdravotním postižením na pomoci jiné fyzické osoby ohodnocená stupni I. a II., podle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách zahrnuje z hlediska péče jen lehké a časově méně náročné úkoly, v jejichž důsledku nedochází k socioekonomické exkluzi, nevyžaduje si proto zásadní sociálně-politická řešení a není proto ani předmětem této práce.

Problematikou pečujících osob se zabývám již několik let. Jedním z hlavních důvodů je i to, že já sama jsem pečující osobou již více než deset let a pečuji o manžela v III. stupni závislosti na pomoci jiné fyzické osoby.

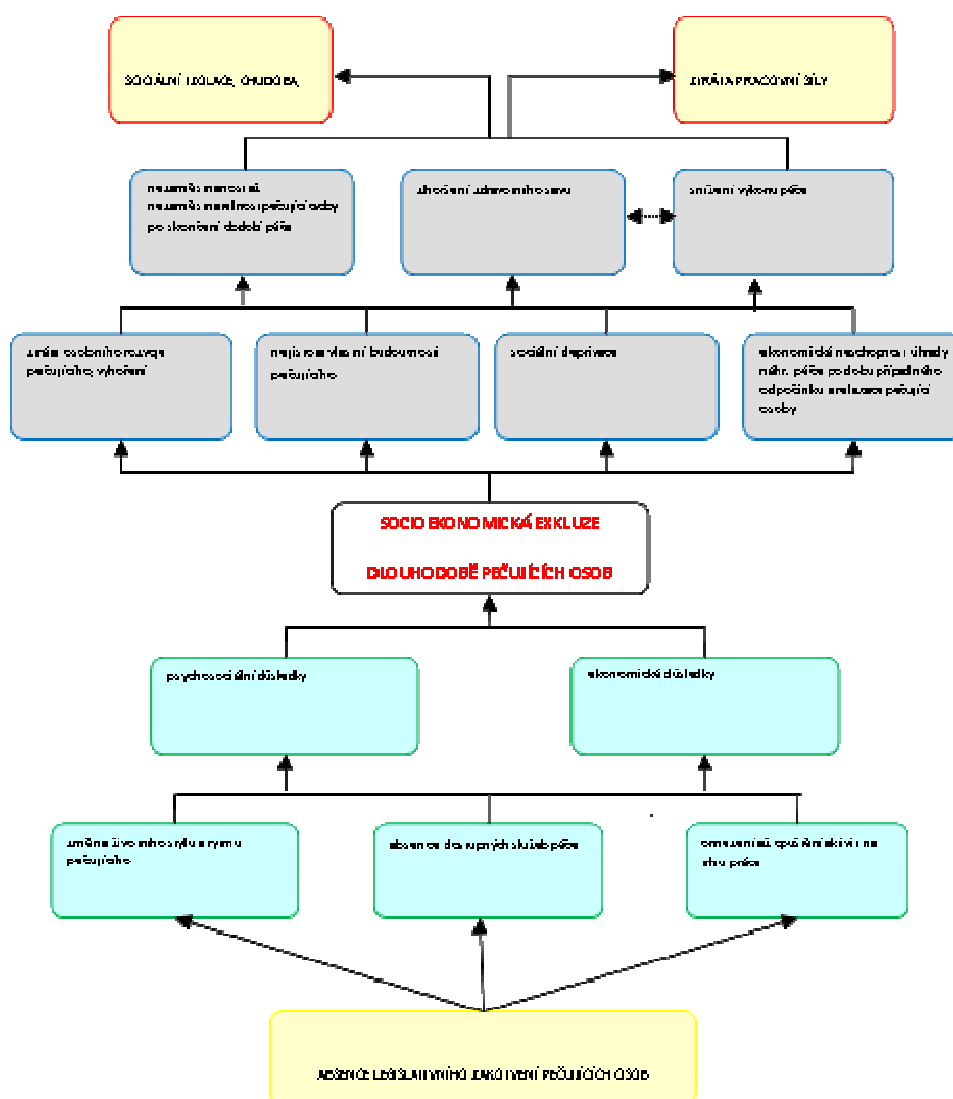
³ Česko. ČNR. Usnesení předsednictva ČNR ze dne 16.12.1992 č. 2 o vyhlášení Listiny zákl. práv a svobod jako součásti úst. pořádku ČR. In *Sbírka zákonů České republiky*. 2003, částka 1, čl. 26, odst. 3.

1. Vymezení poznávaného problému

Veřejně-politický problém byl vymezen na základě stromu problému

K určení problému bylo nutno zmapovat základní problematiku pečujících osob a kauzální souvislosti mezi jednotlivými dílčími problémy a jejich důsledky:

Obr. č. 1 : Strom problémů



Zdroj: autorka

„Od 1. 1. 2007 vešel v platnost zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. Jak je v tomto zákoně stanoveno, příspěvek na péči je vyplácen tomu, kdo potřebuje péči jiné fyzické osoby a ten jej vyplácí osobě, osobám či instituci vykonávající pro něj péči.

Postavení pečujících osob není legislativně zakotveno v žádném právním předpisu.“ (Štollová, 2009: 15). Z toho ovšem vyplývá, že není stanoven ani rozsah povinností, ani práva, sociální zabezpečení v případě nemoci a velmi omezeně je stanoveno důchodové zabezpečení⁴.

Pečující opouští trh práce, resp. v případě, že jim to zaměstnavatel umožní, omezují své pracovní aktivity – toto je spojeno s částečnou či úplnou ztrátou výdělku, kterou není příspěvek na péči schopen nahradit (Glendinning, et al, 2009; Michalík, Valenta, 2007; Štollová, 2009). Příspěvek na péči není zákonem primárně určen na úhradu potřeb pečující osoby, ale lze předpokládat, že osoba, která pečuje o osobu ve III. či IV. stupni závislosti dle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, užívá příspěvek na péči i pro uspokojení svých základních potřeb.

Pečující osoby jsou povinny z příspěvku na péči, který jim předává osoba, o kterou pečují, hradit další náklady spojené s péčí (hygienické pomůcky, odbornou péči apod.). Na osobě, o kterou pečují, se stávají ekonomicky závislími. Rovněž lze dokumentovat pokles ekonomický (snížením finančních zdrojů dochází k poklesu životní úrovně), a to nejen v průběhu péče, ale i po jejím případném ukončení z důvodu nemoci či stáří pečujících osob (Glendinning, et al, 2009).

Vzhledem k tomu, že péče o zdravotně postižené osoby ve III. a IV. stupni je v rozsahu minimálně 20 až 50 hodin týdně (Glendinning, et al, 2009), mění se pečujícím životní rytmus a styl, opouští dosavadní sociální skupiny, aniž by je nahradily sociální skupiny nové (Michalík, Valenta, 2007).

Při dlouhodobé péči (5 let a více) dochází ke zhoršení psychického stavu pocitu deprivace z oslabení v sociálních sítích (Michalík, Valenta, 2007), k následnému vyčerpání a vyhoření, které je častým jevem u osob dlouhodobě pečujících (Křivohlavý, Kaczmarczyk 1995).

Pečující osoby nejsou ekonomicky schopny uhradit odlehčovací služby ([viz příloha č. 1 této práce](#)) s přihlédnutím k minimálně částečné spotřebě příspěvku na péči samotným

⁴ Česko. Zákon č. 306/2008 Sb. kterým se mění zákon č. 155/1995 Sb., o důchodovém pojištění, In *Sbírka zákonů České republiky*. 2009, částka 91, § 19a

pečujícím⁵ (Glendinning, et al, 2009; Michalík, Valenta, 2007; Štollová, 2009). Nemají tedy dostatek volného času na svůj osobní rozvoj, ztrácí pracovní a vzdělanostní aspirace, nemají dostatečné sociální jistoty (zabezpečení v případě nemoci, stáří apod.), pociťují nejistotu vlastní budoucnosti (Michalík, Valenta, 2007). Se ztrátou volného času souvisí i sociální deprivace pečujících, zejména způsobená dlouhodobou absencí uspokojování takových lidských potřeb, jakými je sebeuplatnění a společenské ohodnocení (Michalík, Valenta, 2007).

V případě ukončení péče jsou v důsledku souhrnu negativních příčin dříve pečující osoby nezaměstnané a často i nezaměstnatelné (Glendinning, et al, 2009; Michalík, Valenta, 2007). Projeví se důsledky omezení osobního rozvoje pečujících - neaktuální znalosti a dovednosti, zhoršený zdravotní stav a rovněž vyšší věk (Glendinning, et al, 2009). Osoby dříve pečující, nyní nezaměstnané, umí pečovat, ale pro výkon této profese nezískaly během doby péče osvědčení o kvalifikaci pro výkon této činnosti na trhu práce. Ocitají se často v situaci, kdy samy musí čerpat ze systému sociálních dávek, ať již jako nezaměstnaní, nebo jako osoby závislé na fyzické pomoci jiné osoby.

Z výše uvedeného můžeme dovozovat důsledky socioekonomické exkluze dlouhodobě pečujících. Podle výzkumů (Glendinning, et al, 2009; Michalík, Valenta, 2007; Štollová, 2009) pociťuje většina pečujících nespokojenost, nedostatečné společenské ohodnocení, sociální vyloučení a rovněž omezení ve svých zákonných právech⁶ (každý má právo získávat prostředky pro své životní potřeby prací a další). Tito lidé chtěli pomoci, chtěli se zachovat správně a také se tak zachovali. Avšak v protikladu k uspokojení a vědomí toho, že mohli pomoci blízkému v jeho těžké životní situaci, splnit morální předpoklad očekávaný a vštěpovaný společností, je postavena následná ztráta životních

⁵ Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR vydalo v únoru 2007 komentář: „Osoba, které příspěvek na péči náleží, může tuto dávku využít k zakoupení sociální služby (péči mu poskytne registrovaný poskytovatel sociálních služeb), nebo může poskytnout určitou finanční částku osobě, která péči poskytuje (rodinný příslušník nebo jiná osoba), popřípadě může docházet ke kombinaci obou možností. V takovém případě použije např. část prostředků z příspěvku na péči na nákup služby nebo na nákup speciálních hygienických prostředků apod. a část poskytne např. rodinnému příslušníku, který o ni pečuje.“ (MPSV – Aktuálně, dostupné z WWW: <www.noviny-mpsv.cz> [cit. 1. 2. 2007]). Již zde se projevuje určitý paradox. Zatímco v původní zákonné úpravě náležel pečujícím příspěvek a bylo zcela jasné, že pečující osoba z něj bude tudíž uhrazovat své nezbytné životní potřeby, novou zákonnou úpravou jí vlastně byla i tato garance odejmuta, rozhodování přeneseno na pečovanou osobu, a pečující osoba se tak ocitla v ještě větším sociálním a právním vakuu, než dříve. (Štollová, 2009)

⁶ Česko. ČNR. Usnesení předsednictva ČNR ze dne 16.12.1992 č. 2 o vyhlášení Listiny zákl. práv a svobod jako součásti úst. pořádku ČR. In *Sbírka zákonů České republiky*. 2003, částka 1, čl. 26, odst. 3.

příležitostí, náhlá sociální izolace a mnohdy i ohrožení rizikem chudoby.

Po skončení péče se pečující v souvislosti se zhoršením zdravotního stavu a nedostatečných aktuálních pracovních znalostí může ocitnout až v síti sociálních dávek. Tím by se stal nejen neproduktivním členem společnosti, ale i finanční zátěží sociálního systému.

2. Cíle práce a metodologie

2.1. Cíle

Cílem této práce bude:

1. Přiblížit základní problémy a potřeby rodinných příslušníků pečujících o osoby v III. a IV. stupni závislosti.
2. Poukázat na veřejný zájem při řešení výše uvedené problematiky, naznačit kauzální souvislosti mezi veřejným zájmem a zájmem pečujících osob.
3. Navrhnout opatření vedoucí k efektivnímu řešení tohoto problému.

2.1.1. Vymezení cílů

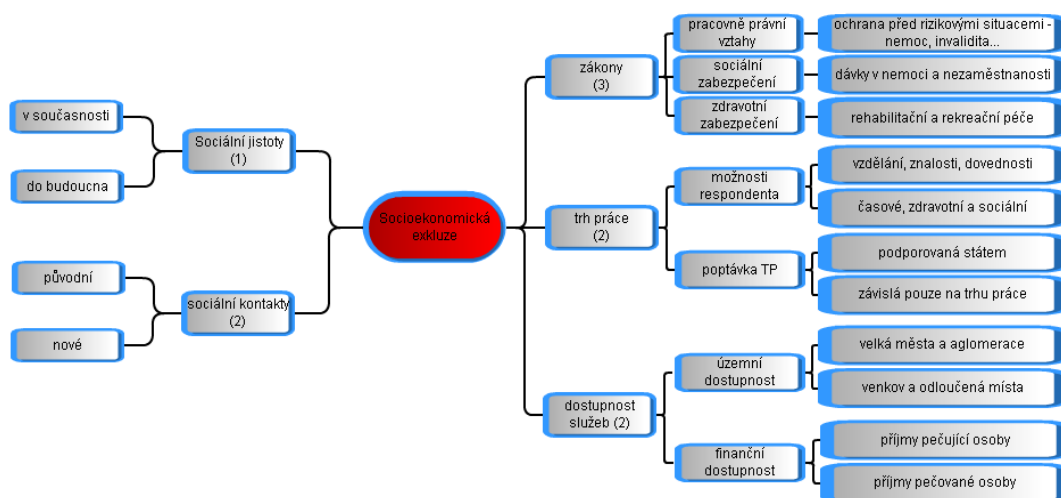
Pro vymezený veřejně-politický problém: **„Socioekonomická exkluze dlouhodobě pečujících osob“** byla struktura a vztahy cílů znázorněny pomocí grafického stromu problémů ([viz obr. č. 1, s. 6 této práce](#)). Všeobecným cílem je zlepšení socioekonomické situace dlouhodobě pečujících osob. Naplnění tohoto cíle je závislé na konkrétních cílech - zvýšení ekonomického statusu a snížení psychosociální zátěže dlouhodobě pečujících osob. K zobecnění byl podpůrně vzat v potaz strom cílů ([viz příloha č. 2 této práce](#)).

Cílem této práce je tedy dokázat na základě výše zmíněné analýzy dokumentů relevantnost této problematiky, resp. její příčiny (např. absence legislativního statusu pečující osoby), a nastínění možností řešení. Hlavní zřetel v této práci je kladen na odstranění diskriminace pečujících osob v porovnání s ostatními občany v ČR a jejich statutem v oblastech pracovně-právního postavení a sociální péče.

2.2. Otázky

Vzhledem k tomu, že problematika pokrývá široké spektrum dílčích otázek, byly základní výzkumné otázky vymezeny pomocí nástroje myšlenkové mapy:

Obr. č. 1: Myšlenková mapa



Zdroj: autorka

- Jak se mění sociální jistoty pečující osoby se započítáním péče?
- Jakým způsobem a jestli vůbec jsou nahrazeny sociální kontakty pečující osoby, které byly ztraceny v důsledku započítání péče?
- Do jaké míry jsou pečující osoby diskriminovány ve svých zákonných právech a nárocích? (v kontextu absence legislativního zakotvení postavení pečujících osob s odvoláním na Ústavu ČR – Listina základních práv a svobod). Jaké jsou důsledky nedostatečného právního zakotvení statusu pečující osoby?
- Jaké možnosti má pečující osoba v uplatnění na trhu práce v průběhu a po skončení výkonu péče?
- Jaký vliv má územní, případně finanční dostupnost služeb na výkon péče pečující osobou, na její možnosti rozvoje schopností a znalostí jak profesních, tak i sociálních?

2.3. Metody a informační zdroje

Pro zodpovězení nejen klíčových otázek je nutné pro tuto práci použít metodu **analýzy dokumentů** (Nekola, Veselý, 2007) jak tuzemských, tak i zahraničních, zejména z oblasti Evropské unie. Relevantní jsou dokumenty nejen oficiální, jakými jsou právní dokumenty, vládní a odborné publikace, ale i neoficiální - webové stránky osob, které spojuje stejná problematika, nadací apod. Odborných publikací je celá řada, nicméně danou problematikou – postavením pečujících osob - se zabývá jen malý zlomek z nich. Spíše se věnují poradenství v dané oblasti nebo osobám, o něž je pečováno, a pečující rodinné příslušníky zmiňují pouze okrajově. I tato literatura byla však pro uchopení problematiky v kauzálních souvislostech přínosná.

Zdrojem inspirace a informace byla pro mne konzultace s dnes již zemřelým ombudsmanem Otakarem Motejlem, který měl zájem na řešení této problematiky a kontaktoval mne na základě mnou vypracované bakalářské práce na podobné téma. Jednalo se o **neformální telefonické rozhovory** k tématu bez předem stanovené struktury. Dalšími odborníky byly pracovnice Městského úřadu Sokolov, odboru sociálních věcí a zdravotnictví, odd. sociálních služeb Bc. Soňa Zschkeová, Bc. Dana Jouzová, Renáta Svobodová, DiS., a další.

Jako další metodu získávání dat lze uvést **metodu zúčastněného pozorování** (Disman, 1969). Takto by se dala nazvat moje osobní zkušenost s péčí o osobu ve III. stupni, kterou jsem sama prožila. Vzhledem k tomu, že si uvědomuji subjektivitu vlastního prožívání, snažila jsem se své osobní zkušenosti využít pouze pro orientaci v problematice, případně k lepšímu navázání rozhovoru. V poznávání jsem tak využila vlastních životních zkušeností.

Další kvalitativní metodou bylo kvalitativní dotazování za použití techniky strukturovaného rozhovoru s otevřenými otázkami, případně neformálního rozhovoru (Hendl, 2005). Rozhovory s pečujícími osobami byly strukturovány podle předem připravených bodů. Vzhledem k citlivosti tématu – jedná se o velmi osobní údaje a informace, byly osoby pouze označovány počátečními písmeny jména a příjmení. Rozhovory nebyly nahrávány (ani v jednom případě nebyl dán souhlas s pořizováním zvukového záznamu), ale výpovědi byly bodově zaznamenávány a následně vyhodnoceny (Disman, 2002).

Pro svoji práci jsem dále využila metody myšlenkové mapy, stromu problémů. Tyto metody mi velmi pomohly nejen ujasnit si vymezení problému, ale rovněž se oprostit od dílčích problémů a jejich řešení.

3. Legislativní zakotvení problému

Základním kamenem všech legislativních dokumentů je Ústava ČR. Pilířem, na kterém stojí moderní stát, je zaručení základních lidských práv a svobod, jejichž garantování je principem demokratického státního zřízení. Listina základních práv a svobod, hlava první, čl. 1, říká: „*Lidé jsou svobodní a rovní v důstojnosti i v právech. Základní práva a svobody jsou nezadatelné, nezcižitelné, nepromlčitelné a nezrušitelné.*“; dále hlava čtvrtá, čl. 26, odst. 3: „*Každý má právo získávat prostředky pro své životní potřeby prací. Občany, kteří toto právo nemohou bez své viny vykonávat, stát v přiměřeném rozsahu hmotně zajišťuje; podmínky stanoví zákon*“ a článek 28: „*Zaměstnanci mají právo na spravedlivou odměnu za práci a na uspokojivé pracovní podmínky. Podrobnosti stanoví zákon.*“ tato práva upravuje.

Výzkum EU (Glendinning, et al, 2009) porovnával i postavení pečujících osob v kontextu Charty základních lidských práv a svobod⁷, zejména dodržování práva důstojnosti, svobody, rovnosti, solidarity a spravedlnosti, a konstatoval možnost diskriminace pečujících v souvislosti s právem pracovat a vykonávat zvolené povolání, čemuž může tlak vyvíjený na pečovatele - časový, fyzický a psychický – bránit.

Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách v platném znění (dále jen zákon o sociálních službách), mimo jiné zakotvuje péči o osoby se zdravotním postižením. „*Tento zákon upravuje podmínky poskytování pomoci a podpory fyzickým osobám v nepříznivé sociální situaci (dále jen „osoba“) prostřednictvím sociálních služeb a příspěvku na péči, podmínky pro vydání oprávnění k poskytování sociálních služeb, výkon veřejné správy v oblasti sociálních služeb, inspekci poskytování sociálních služeb a předpoklady pro výkon činnosti v sociálních službách*“⁸.

Zákon o sociálních službách vymezuje některé povinnosti pečující osoby. Je to zejména ohlašovací povinnost (písemné oznámení příslušnému obecnímu úřadu obce s rozšířenou působností přijetí oprávněné osoby do ústavní péče v nemocnici nebo v odborném léčebném ústavu, propuštění z takovýcho zařízení – pokud toto oznámení

⁷ Česko. ČNR. Usnesení předsednictva ČNR ze dne 16.12.1992 č. 2 o vyhlášení Listiny zákl. práv a svobod jako součásti úst. pořádku ČR. In *Sbírka zákonů České republiky*. 2003

⁸ Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách v platném znění, část první, § 1

nemůže učinit příjemce příspěvku, úmrtí oprávněné osoby).⁹ Práva pečující osoby jsou vymezena toliko §24 zákona o sociálních službách, a to nutnost písemného souhlasu pečující osoby s výkonem péče, a § 29 výše uvedeného zákona – nárok na bezplatné písemné potvrzení prokazující dobu poskytování této péče vykonávanou pečující osobou pro účely hmotné nouze, zdravotního pojištění, důchodového pojištění a zaměstnanosti s uvedením stupně závislosti osoby, které je péče poskytována.

Zákon č. 306/2008 Sb., kterým se mění zákon č. 155/1995 Sb., o důchodovém pojištění, odstranil nerovnost ve výpočtu výše důchodového zabezpečení alespoň u osob, které pečovaly více než 15 let. „Nově je řešen způsob výpočtu starobního a invalidního důchodu u pojištěnců, kteří dlouhodobě (alespoň 15 roků) pečovali o závislou osobu, což přináší finanční zvýhodnění zejména pro ty z nich, kterým byl dosud vypočítáván důchod mimo jiné i z příjmů dosahovaných jako přivýdělek během této péče. V těchto případech se v celém období, kdy se kryje vyloučená doba s dobou pojištění, buď tato doba vyloučí, anebo se započtou příjmy. Za příjem pojištěnce se přitom v jednotlivých kalendářních letech považuje nejen faktický příjem z přivýdělku, ale navíc i částka odpovídající ročnímu úhrnu výše příspěvků na péči v období po 31. 12. 2006, popř. částka 96.000 Kč v období před 1. 1. 2007 (ust. § 19a zdp)“.

Byl-li starobní nebo invalidní důchod přiznán před 1. 7. 2009 pojištěnci, který splňuje výše uvedené podmínky, přepočte se na žádost tento důchod ke dni jeho přiznání, a je-li důchod po tomto přepočtu vyšší, zvýší se od splátky důchodu splatné v červenci 2009 (čl. II bod 15. zákona č. 306/2008 Sb.).¹⁰

Zákon č. 110/2006 Sb., o životním a existenčním minimu, a zákon č. 111/2006 Sb., o pomoci v hmotné nouzi, lze využít v situaci, kdy příjem pečující osoby společně s příjmem pečovaného žijícího ve společné domácnosti není dostatečný k pokrytí základních životních potřeb (např. v situaci, kdy ještě není vyřízena žádost o příspěvek na péči, ale tato musí být již poskytována, případně jestliže je výše příspěvku a příjmu pečované osoby nedostatečná). Vzhledem k tomu, že ustanovením tohoto zákona se příspěvek na živobytí, resp. doplatek na bydlení a jejich výše stanovuje na základě příjmů za poslední tři kalendářní měsíce, je pro pečujícího dostupná pravděpodobně pouze dávka

⁹ Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách v platném znění, část první, §21

mimořádné okamžité pomoci. Její výše a podmínky poskytnutí jsou ovšem i tak zákonem značně omezeny.¹¹

Zákoník práce je pro tuto práci podpůrným zdrojem, lze z něj vycházet při posuzování výkonu péče na úrovni pracovního poměru.

¹⁰ Česko. Zákon č. 306/2008 Sb., kterým se mění Zákon č. 155/1995 Sb., o důchodovém pojištění. In *Sbírka zákonů České republiky*. 1995, částka 41, § 19a, odst. 1

¹¹ Česko. Zákon č. 111/2006 Sb., o pomoci v hmotné nouzi. In *Sbírka zákonů České republiky*. 2006, částka 037, § 37

4. Teoretický rámec

4.1. Teorie přirozeného práva

Jednou ze základních teorií, v kontextu které je v této práci na pečující osoby nahlíženo, je teorie přirozeného práva. Přirozené právo je právo existující nezávisle na státu. Jde o souhrn určitých právních principů nebo obecných právních norem se silným hodnotovým významem. Je chápáno jako vyšší právo, jeho význam je ale omezen a obsah kritizován dlouhodobě zejména z hlediska významu. Stěžejní právní předpis, Ústava ČR, ukotvuje právo získávat prostředky pro své životní potřeby prací. (Gerloch, 2009)

Tato teorie vychází z tzv. věčných principů, které naplňují platné právo. Vychází přitom z božího základu přirozeného práva, kdy právo je výraz boží vůle a je lidmi nepostižitelné. Základní zásady byly položeny Tomášem Akvinským ve 13. století. Z těchto zásad vychází tzv. poddanská smlouva, která určuje hierarchii lidí a tak stanovuje nerovnosti v reálném světě a dělí lidi na panstvo a poddané (Gerloch, 2009).

Racionalistická koncepce, rozvíjená plně v 18. století, odstupuje od poddanské smlouvy a mění základ práva svobodného člověka, který je oprávněn realizovat své představy a záměry. Nově nastupující společenská smlouva je legitimním základem státu, kde moc pochází z lidu. Buduje rovnost mezi lidmi zabezpečením jistoty a svobody na základě dohody o omezení, odstraňující negativní projevy neomezené svobody. Upravuje vztahy mezi lidmi s hlavním cílem ochrany jejich práv. Regulaci postavení osob odůvodňuje pouze ochrana práv lidí vzájemně a řešena musí být pouze kolize jejich práv. Důvodem k uzavření společenské smlouvy je zajištění ochrany vlastnictví, života a svobody a dále zejména zákona určujícího pravidla získání nestranného soudce a schopnost vynucení práva (Filip et al, 2006). Představitelem myšlenky lidských práv na základě teorie dělby moci byl Ch. Montesquieu. Podle něj nelze spojovat moc zákonodárnou a moc výkonnou v rukou jediného úřadu, případně osoby, bez hrozby tyranického provádění tyranických zákonů. Moc soudní musí být rovněž striktně oddělena, soudce nemůže být současně zákonodárcem či tyranem (Montesquieu, 2010). V praktické rovině známe tyto směry ve formě dokumentů, z nichž nejznámější je Magna charta libertatum z roku 1215, zakotvující právo na soudní ochranu (nejprve se týká pouze svobodných občanů, teprve později zahrnuje všechny osoby bez rozdílu stavu).

Sociologický směr vychází z pozitivismu v 19. století. Po druhé světové válce odstupuje i od liberalismu, který byl z pozitivismu původně vytvořen, a jako rozhodující prvek přirozeného práva stanovuje funkčnost práva, která je dána potřebami a dynamikou společnosti a platná úprava práva z tohoto musí vycházet (Gerloch, 2009).

V platném právu je nutné zohlednit i obsahové hledisko. Neměnné principy již nejsou podstatou. Tento princip je stěžejní při formulaci základních lidských práv svobod. Povahou veřejného práva, které je základním znakem právního státu, je závazek státu chránit práva občanů a možnost jedince prosadit toto vůči státu. V Prohlášení práv člověka a občana z roku 1789 je zakotvena rovnost a svoboda lidí, zachování přirozených a nepromlčitelných lidských práv. *„Po vyhlášení Ústavodárného národního shromáždění 9. července 1789 a po dobytí věznice Bastila o pět dní později vydalo Národní shromáždění tzv. srpnové dekrety, kterými byl zrušen dosavadní sociální systém. O několik dní později, 26. srpna, vydalo shromáždění Deklaraci práv člověka a občana. Na vzniku a obsahu se velkou měrou podílel Gilbert du Motier, markýz de La Fayette, francouzský aristokrat, který se zúčastnil americké války za nezávislost, a velmi dobrý přítel George Washingtona. Podílel se rovněž na tvorbě americké deklarace nezávislosti a její opis s sebou přivezl do Francie. Z Deklarace práv člověka a občana vychází i nová francouzská ústava z roku 1791, která zaručovala rovnost občanů, svobodu slova a právo na vlastnictví. Po přijetí této ústavy Ludvíkem XVI. se Francie stala formálně konstituční monarchií. Listina se stala stěžejním dílem pro pozdější určení základních práv člověka a základem demokracie, kterou známe v Evropě dnes. Poprvé v ní byly prohlášeny zásady, které v současné době pokládáme za nesporné. Deklarace obsahuje práva člověka, která označuje jako přirozená, nezcižitelná a posvátná, lidé se rodí a zůstávají svobodnými a rovnými ve svých právech. Přirozenými a nezadatelnými právy jsou svoboda, vlastnictví, bezpečnost a právo na odpor proti útlaku. Výkonná moc je odvozena z principu svrchovanosti národa. Lidská svoboda spočívá v tom, že každý může činit vše, co neškodí druhému, omezení těchto svobod mohou být ustanovena pouze zákonem.“*¹²

Jak je patrné z výše uvedeného textu, ideově čerpá z tohoto dokumentu i současná

¹² Informační centrum vlády ČR, Dostupné z WWW: <http://www.vlada.cz/cz/media-centrum/tema/deklarace-prav-cloveka-a-obcana-60939/tmplid-560/> [online:07.05.2011]

Listina základních práv a svobod – zejména neporušitelnost přirozených práv člověka.¹³ Průlomovým pro náš stát byl v roce 1811 „*Císařský patent č. 946/1811 Sb. zák. soud. Obecný zákoník občanský*“ (Rouček, 1932)¹⁴, který byl základem občanského práva a platil pro všechny země císařství, vyjma Uher. Nevycházel pouze z římského práva, ale již v té době zohledňoval koncepci přirozeného práva. V naší zemi jej nahradil až nový zákoník práce v roce 1965, do té doby byly nahrazeny jenom jednotlivé pasáže novými československými kodexy v letech 1950 – 1964.¹⁵

Po první světové válce se k těmto základním právům začala přidružovat další práva, např. sociální, kulturní a hospodářská (Štollová, 2009). Druhá světová válka tento vývoj zpřetrhala a nastolila bezpráví, resp. právní zvýhodnění jedné skupiny v kontrastu diskriminace, selekce a likvidace skupin jiných.

Období po druhé světové válce se vyznačuje rozmachem sociálního státu (Keller, 2005). Snad z důvodu dlouhodobého porušování lidských práv během válečných let dochází k formulaci Všeobecné deklarace lidských práv v roce 1948 v rámci OSN. Formálně nezávazný právní akt se pak stal podkladem pro normoprávní akty, jakožto univerzální a mezinárodně uznávaný právní podklad, zajišťující procesní mechanismy na ochranu těchto práv. Mezinárodně závaznými právními akty, vycházejícími z výše zmíněné deklarace, jsou Mezinárodní pakt o hospodářských, kulturních a sociálních právech a Mezinárodní pakt o občanských a politických právech. Později se k nim přiřazují Úmluva o právech dítěte, Úmluva o právním postavení uprchlíků atd. V rámci Evropy má značný význam zejména Evropská úmluva o ochraně lidských práv a základních svobod z roku 1950¹⁶, dále Evropská sociální charta z roku 1961¹⁷. Charta základních práv Evropské unie¹⁸ (2000 - politický dokument, právně nezávazný), obsahuje nejrozsáhlejší seznam lidských práv na mezinárodní úrovni. Základní práva člověka jsou na základě tohoto dokumentu nezrušitelná, jedinec se s nimi rodí a umírá (Ústava ČR,

¹³Dostupné z WWW: <http://cs.wikipedia.org/wiki/Prohlášení_práv_člověka_a_občana> [online:01. 05. 2011]

¹⁴ Císařský patent č. 946/1811 Sb., *Obecný občanský zákoník*, 1811. In Sběrka zákonů soudních, Dostupné z WWW: <http://iuridictum.pecina.cz/w/všeobecný_zákoník_občanský> [online:30.04.2011]

¹⁵ Dostupné z WWW: <http://cs.wikipedia.org/wiki/Všeobecný_zákoník_občanský> [online:07.05.2011]

¹⁶ Úmluva na ochranu lidských práv a základních svobod, Dostupné z WWW: <<http://www.novatrixprint.cz/umluva-o-ochrane-lidskych-prav-a-svobod.html>> [online:07.05.2011]

¹⁷ Zákon č. 14/2000 Sb. mezinárodních smluv. Evropská sociální charta, Dostupné z WWW: <www.radaevropy.cz/dokumenty/Sm00_014.pdf> [online:07.05.2011]

Listina základních práv a svobod, hlava první čl. 1). Proč tedy potřebují legislativní rámec? Stát se tímto legislativním ukotvením stává garantem jejich dodržování. Základní lidská práva vymezují kvalitu života občanů a tím je určena sama podstata státu.

Stát je povinen garantovat základní práva občanů ČR vymezených Ústavou ČR, tedy i právo získávat prostředky pro své životní potřeby: *„Každý má právo získávat prostředky pro své životní potřeby prací. Občany, kteří toto právo nemohou bez své viny vykonávat, stát v přiměřeném rozsahu hmotně zajišťuje; podmínky stanoví zákon.“*¹⁹ Je-li pečující osoba povahou výkonu péče postavena do situace, kdy bez vlastního zavinění (neboť ona sama nezavinila situaci, kdy je její péče potřebná pro osobu blízkou, a svými silami tedy zabezpečuje to, co by jinak muselo být státem hrazeno jinému subjektu, např. poskytovateli péče v pobytovém zařízení), nemůže získávat prostředky pro své životní potřeby prací, měl by této osobě stát garantovat hmotné zajištění. Současná legislativa ovšem toto právo pečující osoby neřeší, čímž náš stát neplní svoji povinnost danou mu nejzávažnějším právním dokumentem, totiž Ústavou. Již v roce 2005 v rámci Národní koncepce rodinné politiky²⁰ bylo navrženo např. několik opatření pro podporu slučitelnosti profesní role pečující osoby o člena rodiny, kompenzaci nákladů na péči o člena rodiny zdravotně postiženého a prevenci sociálního vyloučení rodin se zdravotně postiženým členem. Nicméně žádné z nich nebylo do současné doby realizováno v konkrétní podobě.

4.2. Teorie sociální spravedlnosti

Otázka sociální spravedlnosti je diskutována všemi společnostmi od nepaměti. Již Aristoteles chápe spravedlnost nejen jako ctnost, ale i jako politickou nezbytnost, zakládající princip rozdělení břemen a výhod společenského života a princip rovnosti při směně (Aristoteles, 1996). Vymezení principu spravedlnosti však není jednoduché, protože zájmy lidí jsou příliš individuální a nejednotné. Morálka se ve srovnání s právem definuje jako proměnlivý historicky a kulturně podmíněný souhrn soudů, zvyků, nároků, ideálů,

¹⁸ Charta základních práv Evropské unie, Dostupné z WWW:

<http://www.eppgroup.eu/Activities/docs/charter_eu/cs.pdf> [online:07. 05. 2011]

¹⁹ Česko. ČNR. Usnesení předsednictva ČNR ze dne 16.12.1992 č. 2 o vyhlášení Listiny zákl. práv a svobod jako součásti úst. pořádku ČR. In *Sbírka zákonů České republiky*. 2003, částka 1. Hlava čtvrtá, čl. 26 (3).

²⁰ Národní koncepce rodinné politiky, MPSV, Praha2005, s 45 – 46

pravidel, institucí a norem, jimiž se lidé v určitém ohledu řídí ve svém praktickém mravním jednání, kdežto právo je systém norem takové lidské jednání usměrňující.²¹

Rawls (Rawls, 1995) ve svých politicko-společenských úvahách „Teorie spravedlnosti“ hledá řešení problematických momentů politických teorií obecně. Hledá formulaci základních občanských práv a svobod, definuje politický závazek a jeho hranice. Jemu lze přiřknout autorizaci pojmu „spravedlivé nerovnosti“ v rámci ekonomických vztahů. Podle jeho názoru mají být směrodatné pro přiřazování práv a povinností obecné principy spravedlnosti zaručující stejnou měrou rozdělování výhod a zátěží společenského života (Kudelová, 2007). Tyto principy se ovšem nevztahují na posuzování vlastního lidského jednání v konkrétní situaci. „*Můžeme také rozlišovat mezi jednotlivými pravidly (nebo skupinou pravidel) instituce (nebo nějaké její důležité části) a základní strukturou sociálního systému jako celku, a to proto, že jedno, nebo několik pravidel může být nespravedlivých, aniž by to muselo platit o společenském systému samém. Obdobně může být instituce nespravedlivá, společenský systém jako celek nikoli.*“ (Rawls, 1995: 46). I v pravidlech pro pečující osoby je zřejmě nespravedlnost, ačkoli systém jako celek nespravedlivý není, nebo se tak nejeví.

Podle teorie Johna Locka (1632–1704)²² je svoboda a individuální rozvoj člověka od člověka neoddělitelná, byť spjatá s trhem. Ve své práci „List o toleranci“ přebírá Hobbesovu teorii o nezbytnosti autority k udržení vzájemného respektu, který je garantem svobody. Stát podle něj, jako společnost lidí souvztažných k občanským zájmům, zakládá existenci přirozeného práva na umění rozlišit mezi dobrým a zlým, spravedlivým a nespravedlivým. Přirozené právo je podle něj postaveno na lidské sociabilitě, mravním vědomí a lidském smyslu pro povinnost. Moc státu i společnosti je omezená a ani stát nesmí zasahovat do přirozených lidských práv jedince. Stát je instituce, která má člověka a občanskou společnost chránit a zajišťovat nezcizitelnost základních lidských práv a svobodné nakládání s individuálním majetkem. Důležitým aspektem je společné dobro, které by vláda měla definovat a rozvíjet. (Locke, 1965: 80, in Kudelová, 2007)

S ohledem na historický vývoj naší země a politické zaměření jak pravicových, tak

²¹ *Filosofický slovník*, Olomouc 2002.

²² První list o toleranci (*Epistola de tolerantia*, 1689), Druhý a třetí list o toleranci (*Second and Third Letters on Toleration*, 1690 a 1692), Esej o lidském rozumu (*Essay Concerning Human Understanding*, 1690), Pojednání o vládě (*Treatises on Government*, 1689).

i levicových vlád je nutno i v této problematice vyrovnat sociální rozdíly mezi zaměstnanci a osobami, které místo zaměstnání pečují o osoby závislé ve III. s IV. stupni. Vzhledem k tomu, že současná situace není sociálně spravedlivá (viz výzkumy uvedené výše v této práci), jsou varianty navrhované dále v této práci hodnoceny jako jednoznačně spravedlivější, ačkoli každá z nich počítá s jinou formou přerozdělování prostředků.

Etické systémy vytvářené společností mají prvořadý úkol působit na společnost. Stále znovu a znovu se společnost snaží nalézt ty správné normy, kritéria lidského jednání právě s odkazem na teorii spravedlnosti. Tento termín je společný nejen pro morální filozofii, ale přesahuje i do dalších oblastí – politologie, sociologie a jiných společenskovědních oborů. Roztříštěnost v hodnocení sociokulturních jevů je způsobena zejména posunem ve společenské stratifikaci na mentální a materiální bázi. Na jedné straně tříštění kulturních, sociálních a morálních pohledů, na straně druhé víra v platnost univerzálních etických teorií s konceptem sociální a distributivní spravedlnosti (Gerloch, 2009). Co vlastně teorie sociální spravedlnosti předkládá?

Sociální spravedlnost není možná bez distributivní spravedlnosti a současně i politické spravedlnosti. Některými liberalistickými teoriemi jsou odmítány pojmy sociální a distributivní spravedlnosti, kdy podle těchto teorií jejich funkce spočívá jen ve snaze vysvětlit procesy probíhající ve společnosti (Hayek, 1991).

Sociální spravedlnost je různými kulturami a politikami nahlížena různě. Ať už jako součást sociálního pořádku, nebo, na druhé straně názorového spektra, jako ohrožení osobních svobod. Všem současným teoriím spravedlnosti – liberalistickým, komunitaristickým i konsenzuálním, je společné přesvědčení o potřebnosti sociálních institucí realizujících sociální spravedlnost. Co je a co není spravedlivé, je odvislé od normativního soudu. Tento je závislý na pozici jednotlivce v sociální struktuře. V běžném povědomí je sociální spravedlnost spojena s ekonomickou a sociální nerovností. Tyto akcepty jsou pro jednotlivce uchopitelné, evidentně ovlivňují totiž jeho fungování ve společnosti. Politické systémy jsou potom do určité míry nuceny kontrolovat rozdílnosti a bránit přílišným nerovnostem mezi jednotlivými sociálními skupinami. Pro hodnocení nerovností je nutné určit kritéria spravedlnosti, či naopak nespravedlnosti. Sociologové vycházejí při analýze vnímání sociální reality pod úhlem sociální spravedlnosti z několika elementárních předpokladů (Matějů, Vlachová, 2000):

- „Sociální i ekonomické nerovnosti jsou vždy předmětem hodnocení, v nichž se uplatňují normativní hlediska, a tudíž i hlediska sociální, či distributivní spravedlnosti.“ (Matějů, Vlachová, 2000: 146).

- „Co je jednotlivcem považováno za „spravedlivé“, či „nespravedlivé“ v rámci distribuce žádoucích statků, je podmíněno náklonností k určité „ideologii“ distributivní spravedlnosti.“ (Matějů, Vlachová, 2000: 146).

- „Náklonnost k různým ideologiím sociální a distributivní spravedlnosti má jak osobní, tak i sociální kořeny. To znamená, že příslušníci stejných sociálních tříd mají tendenci zastávat stejné, nebo podobné ideologie distributivní spravedlnosti.“ (Matějů, Vlachová, 2000: 146).

- „Spontánní hodnocení sociálních a ekonomických nerovností má silný vliv na politické postoje a politické chování. Jedním ze základů legitimacy a stability politického systému je proto konsensus v tom, že společnost je organizována a strukturována na základě principů sociální, či distributivní spravedlnosti.“ (Matějů, Vlachová, 2000: 146).

V každé společnosti ale existuje k vedoucí ideologii distributivní spravedlnosti opoziční ideologie. Jejich soupeření je tím viditelnější, čím výraznější je distributivní systém dané společnosti. V takovýchto systémech jen stěží může docházet ke konsensu v hodnocení spravedlnosti distributivních systémů. Je velmi složité odůvodnit nerovnost vyplývající ze sociálního statusu jedince. Ne vždy lze toto obhájit schopnostmi a zásluhami jedince, nepřiznat vinu systému. Mnohdy se politické systémy zaštiťují právě při obhajobě nerovností mocenskými nástroji (médií, kulturními institucemi, náboženskými institucemi a rodinou), kterými legitimizují sociální nerovnosti (Váně, 2003).

Normativní kritéria distributivní spravedlnosti utvářejí a legitimizují přerozdělování statků, povinností, zásluh. V západním světě je sociální spravedlnost spojována s rovností v právu, občanskou, hospodářskou rovností a rovností sociálních šancí. Společenské systémy formulují principy sociální spravedlnosti vyhovující co největšímu počtu osob (Váně, 2003). Jestliže aplikujeme teorii sociální spravedlnosti na osoby pečující o osoby se zdravotním postižením ve III., resp. IV. stupni závislosti, tak

stěží zařadíme tyto osoby do jedné sociální skupiny se společným statutem. Rozdílné postavení bude mít rodič pečující o dospělého potomka, kdy jej hmotně zajišťuje navíc partner, a jiné je postavení seniora, pečujícího o druhého z manželů, kdy oba již dosáhli důchodového věku a pobírají tedy dávky důchodového zabezpečení. Zcela jiné bude postavení příbuzného (potomek, manžel/ka) v produktivním věku, kdy samotná péče bude překážkou výdělečné činnosti a jiné sociální dávky (až na výše již zmíněné dávky státní sociální podpory, případně dávky pomoci v hmotné nouzi) mu nebudou náležet. Z pohledu člověka, který je pouhým „divákem“ v problematice, bude zajištění pečujícího příspěvkem na péči nejen přiměřené, ale z určitého úhlu pohledu i nadlimitní. Z pohledu člověka, který celodenně pečuje a jehož příjem je přinejmenším velmi nejistý, bude toto legislativní zajištění jeho přirozených práv nedostatečné a sociálně nespravedlivé, protože on není osobou nevykonávající pracovní činnost, pouze se stal osobou, která za tuto činnost nepobírá mzdu.

4.3. Teorie sociálního fungování

Sociální fungování je vztah mezi očekáváním člověka a očekáváním sociálního prostředí. Je to tedy zejména schopnost provádět každodenní úkoly a uspokojivě se zapojovat do interakcí s druhými. Každý jedinec má ve společnosti svoji roli a v průběhu života dochází k její proměně zejména v souvislosti s okolnostmi (vývojové etapy) a společenskému očekávání. Důležité je pro každého jedince zvládnout požadavky nové role, její akceptace a úspěšné naplňování. V opačném případě – při neplnění rolového očekávání - může dojít k sociální exkluzi jedince (Navrátil, 2001).

Koncept sociálního fungování v sobě zahrnuje zejména pomoc jednotlivcům a sociálním systémům toto zlepšovat a současně měnit sociální podmínky k ochraně jednatelce i systémů před problémy ve fungování (Navrátil, 2001). U pečujících osob je nutná podpora sociálního fungování po celou dobu péče. Už při nástupu péče je pečující osoba stresována novým životním problémem, který je zcela jistě vnímán jako zatěžující, protože přinejmenším naruší existující rovnováhu. Dlouhodobě neřešený stres, doprovázený mimořádnými a mnohdy negativními emočními stavy, vede ke snížení sebeúcty a sebevlády a po zdravotní stránce k úzkostným stavům, případně k depresím. Úspěšné zvládnutí těchto překážek zvyšuje kompetence pečující osoby, její sebeúctu a

sebevládu a rozvíjí angažovanost ve vztazích – schopnost je udržovat, utvářet.

Koncept sociálního fungování v sobě zahrnuje termín životní situace. Životní situace v sobě zahrnuje množství faktorů, které člověku pomáhají nebo naopak znesnadňují sociální fungování ve společnosti. Sociální pracovník ve svém přístupu ke klientovi musí reflektovat jeho životní situaci. Teprve poté je možné nabízet určité postupy a metody práce, jež povedou k posílení klientových schopností zvládat požadavky prostředí a současně přispějí ke změně jeho životní situace a taktéž mohou posilovat jeho sociální fungování (Navrátil, Musil, 2000).

Životní situace má nejen svou dynamickou stránku (sociální fungování), ale taktéž ji utváří i určité statické prvky a systémy. Základními prvky životní situace jsou „osoba klienta“ a jeho „sociální prostředí“. Navrátil hovoří o těchto konkrétních prvcích:

- věk, pohlaví, stav, složení domácnosti
- rodinná struktura a vztahy (biologické děti, nevlastní děti, rodiče atd.)
- zaměstnanost, postavení v zaměstnání, jeho charakter
- sociální aktivity a zájmy (koníčky a rekreační aktivity atd.)
- členství ve formálních skupinách (církve, odborový svaz atd.)
- zdroje podpory a napětí v sociálních interakcích (mezi lidmi a komunitními systémy)
- využití formálních zdrojů (sociální zabezpečení, lékařská péče atd.)
- neformální zdroje (širší rodina, příbuzní, přátelé, sousedi, svépomocné skupiny)“ (Navrátil, 2003: 60).

Musil (Musil, 2002: 75) hovoří o čtyřech způsobech, jakými sociální pracovníci mohou intervenovat do životní situace svých klientů – *„přizpůsobení klienta prostředí, přizpůsobení požadavků prostředí možnostem klienta, přizpůsobení podpory nárokům prostředí a přizpůsobení podpory potřebám klienta.“* *„Při těchto intervencích se sociální pracovníci snaží posilovat schopnost klienta zvládat požadavky sociálního prostředí. Podle Musila (Musil, 2002) existují tři způsoby. Sociální pracovníci pomáhají klientovi, aby se*

sám dokázal přizpůsobit očekávání prostředí (kladou důraz na změnu klienta), nebo usilují o změnu v sociálním prostředí, aby se v něm klient lépe orientoval a měl možnost se prosadit (důraz kladen na změnu prostředí), nebo kladou důraz na obě varianty.“ (Musil in Majvaldová, 2007:10).

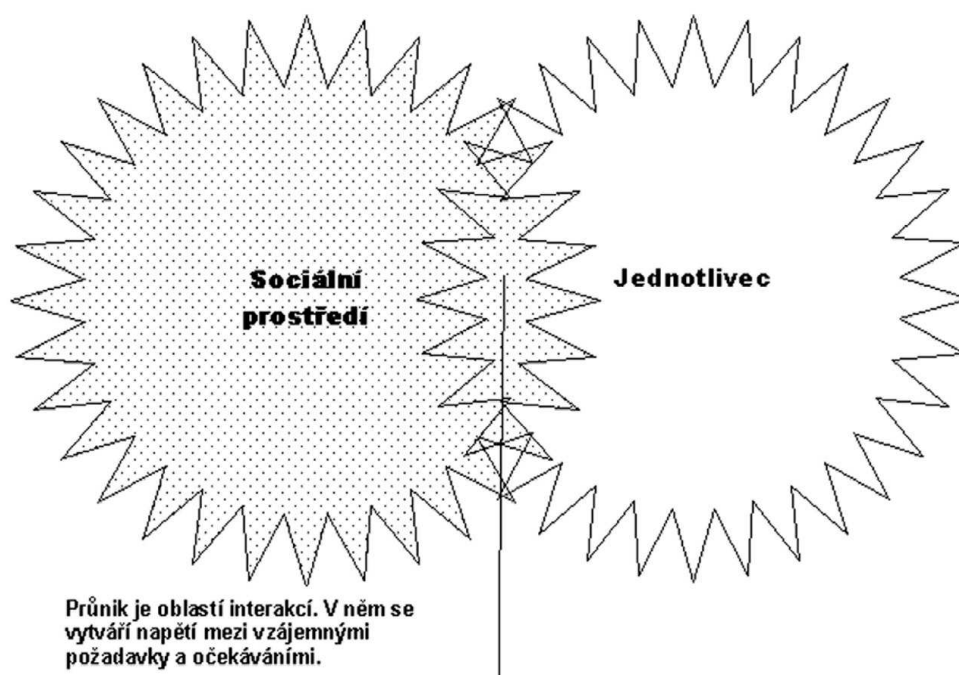
Nutné je dle mého soudu klást důraz na obě varianty, přičemž v pomoci klientovi – pečující osobě – při přizpůsobování očekávání prostředí je důležité vymezit skutečné očekávání jak společenského, tak i osobního (rodinného) prostředí.

Nesporně důležitou sociální potřebou jedince je pocit náležitosti ke skupině, participace na věcech společenských a společenské ohodnocení. Sebeúcta jako nejdůležitější složka sebepojetí významně ovlivňuje myšlení a chování jedince. Společně se schopností mít pod kontrolou vlastní život a být zodpovědný za svá rozhodnutí a jednání s ohledem nejen na druhé, ale i na sebe – sebevládou, je podstatnou složkou ovlivňující výkon péče pečující osoby. Proto by měly být tyto složky rozvíjeny a podporovány u pečujících osob prostřednictvím sociálních pracovníků. V případě vzniku situace potřeby výkonu péče může dojít k vyhocené životní situaci u pečující osoby, kdy nemá prostor pro realizaci smysluplné volby – nekontrolovatelná nežádoucí událost spojená s nestabilním finančním zabezpečením. Integrace a pocit sounáležitosti se společnostmi jsou závislé na čtyřech systémech. První z nich, občanská integrace, znamená rovnost postavení v demokratické společnosti. Druhým je ekonomická integrace, tedy mít práci, za kterou náleží odměna, na základě které je jedinec schopen využívat služby poskytované státem, tedy třetího systému - sociální integrace. Mít rodinu, přátele, sociální síť je čtvrtým systémem, systémem interpersonální integrace, který je schopen v případě nutnosti poskytnout dotyčnému péči a morální podporu (Parsons, 1971).

Při úvaze o vztahu člověka a jeho prostředí je nezbytné zohlednit, že i jednotlivec má svá očekávání vůči prostředí: *„S přihlédnutím k tomuto faktu je pak sociální fungování možno vymezit jako „vztah mezi očekáváními jednotlivce a sociálního prostředí.“* (Navrátil, 2003: 120)

„Jsou-li tato vzájemná očekávání v souladu (komplementarita), interakce probíhají harmonicky, nejsou-li, v interakcích nastávají obtíže. Schopnost zvládat (cope) životní úkoly je pak v principu nutno vztáhnout z jednotlivce také na prostředí. Také prostředí může naplňovat jistá očekávání dobře či problematicky.“ (Navrátil, 2003: 139)

Obr. č. 3 : Vztah člověka a prostředí (sociální fungování)



Zdroj: NAVRÁTIL, P., (2003:58)

Pečující osoba očekává od prostředí podporu se zvládnutím nové role. Zpravidla pociťuje situaci jako nezvykle stresující, ale současně vnitřně naplňující morální kodex, založený na historicko-kulturním vývoji celé společnosti, a tedy i jednotlivce. Převzetí péče a její výkon je pro pečující osobu přirozenou součástí života. Nerozhoduje se pouze na základě racionální úvahy – tedy zvládnutí péče po fyzické, psychické i ekonomické stránce, ale současně a mnohdy významnějším základem pro rozhodnutí je přirozený cit pro solidaritu, pomoc a podporu člena rodiny.

5. Historický kontext problematiky pečujících osob

Fungování té které společnosti v určité problematice vždy úzce souvisí s kulturou a historií společnosti. Jiné bude sociální fungování ve společnosti dlouhodobě demokratické, bez zkušenosti s totalitním režimem, jiné v totalitních společnostech a zcela jiné v naší společnosti, která se snaží nastolit demokracii se zátěží dlouhodobé absence demokratických principů. Mýtus všemocného státu v kontrastu s požadavkem participace na řešení vlastních problémů je součástí rozhodování většinové společnosti o redistribuci zdrojů směrem k osobám, které se ne vlastní vinou dostaly do složité životní situace. Takovými jsou jak osoby, o které je pečováno, tak i osoby, které pečují. Systémové segregáčnické a diskriminační přístupy, které zde byly uplatňovány po dlouhou dobu socialismu, se jen těžko mění.

„Po druhé světové válce převzal stát v první vlně znárodnování majetku i veškeré charitativní ústavy řízené církvemi spolu s odpovědností za ně i jejich klientelu. Tak převzal sociální ochranu a sociální zabezpečení veškerého obyvatelstva. Za socialismu byla péče o seniory nebo dlouhodobě nemocné příbuzné dvojnásob těžká. Důležitější bylo pracovat společně.“ Takto situaci popisuje Matoušek (Matoušek, 2007:142).

5.1. Středověk

Soustava institucí zajišťujících základní péči o potřebné je vytvořena již od středověku. Charitativní péče a její charakter byl dán tehdejším uspořádáním společnosti. Osoby ve složité sociální situaci, nebo v situaci těžko řešitelných komplikovaných vztahů, hledaly přirozeně pomoc u jedinců disponujících schopností pomoci odstranit, resp. zmírnit nepřízeň sociální situace. Tito „odborníci“ byli lidé většinou s vyšším vzděláním, např. lékaři, duchovní, soudci, a jejich pomoc byla spíše nahodilá, nežli soustavná a uvědomělá. Charitativní činnost se ve středověku opírá zejména o církevní instituce, zejména kláštery. Křesťanská nauka, která na našem území převládala a převládá doposud, hlásá lásku k bližnímu a získává příznivce této nauky, kteří kláštery a jejich činnost hmotně podporují. O chudé a nemocné je pečováno ve smyslu této zásady křesťanské společnosti. Opakované hladomory a morové epidemie vedly církve k tomu, aby vedle klášterů zakládala též ústavy. Vznikaly řádové nemocnice a útulky pro chudé, zmrzačené,

staré, sirotky, nemocné osoby a rodiny s více dětmi, v nichž živitel zemřel, pro lidi postižené živelnými pohromami. V době husitských válek byly sice tyto špitály zničeny, ale z nedostatku jiného řešení byly stejné tíživé situace řešeny sbírkami ve prospěch chudých a nemocných (Matoušek, 2007).

5.2. Renesance, osvícenství

Měšťanstvo v době renesance částečně přebírá roli církve. V rámci rozvoje organizované péče je v roce 1484 v Praze založen první Městský špitál. Stejně jako další vznikající špitály, i tento poskytoval pouze nouzové ubytování a základní ošetření, kdežto stravu a ošacení si museli potřební vyžebrot. Postupně projevovala iniciativu v péči o chudé i města. Povinnost obcí pečovat o chudé, sirotky, vdovy a další se pokoušely městské úřady zúžit pouze na své příslušníky obce. Těmto byla trpěna žebrota, cizí byli vyhnáni (Matoušek, 2007).

Od poloviny 18. století jsou prosazovány změny na zařízeních, která se proměňují nejen na azylová, ale i léčebná. Faráři obcí pod dozorem vrchnosti udělovali potřebnou pomoc chudým.

Za doby vlády Marie Terezie byla vybudována na tehdejší dobu rozsáhlá síť především obecného školství. Jezuitskému řádu bylo odňato právo na univerzitní studium a toto bylo reorganizováno. Z důvodu velkého množství zanedbaných dětí, jejichž rodiče o ně nepečovali, poskytovala obec ošacení a rodičům byla přikázána povinnost posílat tyto děti do tkalcovských škol (Matoušek, 2007).

Pod vlivem osvícenství přichází církve o svoje výhradní postavení v oblasti péče o chudé. Jsou zrušeny hygienicky nevyhovující špitály a zřízeny zdravotně-sociální instituce. Josef II. v roce 1781 určuje pravidla a řád nově zřizovaných institucí vydáním „Pravidel direktivních“. Tímto je dána významná podpora rozvoji ústavních forem péče (Matoušek, 2007).

5.3. Období Rakousko - Uherské monarchie

V období Rakousko-Uherské monarchie byl majetek farních ústavů ze zákona zrušen a převeden na chudinské pokladny, z nichž byla poskytována potřebným příslušníkům obce nezbytná péče. Chudinský zákon z r. 1868 upravil povinnost obce ve smyslu péče o příslušníka obce, který se dostal do nouze, po vyčerpání všech možností osob povinných ze zákona se o takového občana starat (Matoušek, 2007). Lze zde již vypořádat princip subsidiarity, uplatňovaný i v naší sociální politice²³.

19. století je charakterizováno industrializací, rozvojem měst, ale i rozpadem rodin, kdy člen rodiny, většinou živitel, odchází za prací do průmyslovějších oblastí. Zbytek rodiny je tak odkázán sám na sebe a na prostředky, které jim živitel posílá. V důsledku těchto změn narůstá kriminalita, tuláctví a žebrota nejen dospělých, ale zejména dětí. Odezvou na tuto situaci je Občanský zákon (1811), který zabezpečuje právní postavení dítěte v rodině, jeho nárok na výživu, výchovu, soudní ochranu. Zřízení ústavů pro zanedbané a zpustlé děti upravuje navazující zákon z roku 1869. Legislativa byla, její uplatňování však bylo problematické vzhledem k chybějícím nástrojům péče – institucím, které by výkon péče realizovaly, vyjma soukromých. Teprve po roce 1902 je zřízen „Zemský sirotčí fond“, poskytující příspěvek na dítě v cizí péči. Nejvýznamnějšími vykonavateli veřejné péče se v té době staly okresní komise pro péči o mládež (Matoušek, 2007).

Formy krátkodobé pomoci neodstraňovaly chudobu jako takovou a společnost si začíná uvědomovat nutnost vymezení objektivních měřítek pro posuzování potřebnosti. Chudobince a donucovací pracovny již přestávají být považovány za nejlepší formu sociální péče (Matoušek, 2007).

5.4. Československo – první republika

Sociální legislativu převzalo i nově vzniklé Československo. Velmi brzy bylo ale

²³ V rámci sociální politiky leží základní povinnost starosti o své zabezpečení na individu, nastává-li situace, kdy se člověk nemůže o sebe postarat sám, přechází tato odpovědnost na rodinu. Teprve selže-li rodina, vstupují do systému pomoci další společenství a stát je až poslední instancí v případě, že ostatní subjekty selžou. [Krebs, 2007, : 34-35]

nutno na nově vzniklé situace reagovat změnami v sociálních opatřeních. Většinu produkce vyrobené na našem území v roce před vznikem samostatného státu zabavil rakouský stát. Velký nedostatek potravin bylo proto nutno kompenzovat státními dotacemi na dovoz potravin, neboť jejich světové ceny nebyly dostupné většině obyvatel. V období konjunktury se zlepšováním ekonomické situace se zlepšuje i situace obyvatel. Základním cílem sociální politiky je zlepšování poměrů širokých vrstev obyvatelstva, snaha o nápravu největších sociálních rozdílů. Největší skupinou potřebující sociální ochranu jsou v této době váleční veteráni, invalidé a pozůstalí padlých vojáků. Tehdejší Ministerstvo sociální péče v čele s ministrem Dr. Lvem Winterem vydalo opatření pro zabezpečení výživy invalidů a jejich rodin, umožnění jejich samostatné existence, uplatňování zásady všech státních úřadů a podniků zaměstnávat k službě způsobilé invalidy. Rovněž bylo zřízeno zvláštní oddělení pro péči o válečné poškozence, jemuž připadl úkol pečovat o válečné invalidy.²⁴

Další velkou skupinu tvoří nezaměstnaní, lidé, kteří díky rozvoji industrializace přicházejí o práci. Sociální péče té doby odpovídá společenské situaci. Nový kapitalistický stát je zatížen feudalismem s prvky socialistických idejí (Matoušek, 2007).

Důsledky války jsou důvodem pro rozvoj sociální péče, a to zejména péče o zdraví obyvatel. Města zabezpečují stravování dětí ve školních kuchyních, vznikají poradny pro matky a děti s cílem snížit vysokou kojeneckou a dětskou úmrtnost. V této době je velmi intenzivně rozvíjena dobrovolnická sociální práce, která předchází péči veřejnou. Dobrovolnické organizace se specializují na různé úkoly. Některé poskytují peněžní nebo materiální pomoc, jiné vydržují a zřizují odborné ústavy a zařízení pro sociálně potřebné občany nebo se věnují poradenství (Československý červený kříž, Masarykova liga proti tuberkulóze a další). Mnoho spolků a dobrovolných organizací se zabývá péčí o zdravotně postižené děti i dospělé, a to v jimi založených specializovaných ústavech nebo formou individuální péče (Matoušek, 2007).

V této době se také začínají uplatňovat v oblasti péče odborně vyškolené sociální pracovnice, ačkoli nemají prozatím žádné zabezpečení plynoucí ze zákonného ustanovení a vedoucí postavení v této době zaujímají v dané oblasti sociální práce více lékaři, právníci

²⁴ Zasedání Národního shromáždění československého r. 1919. Praha 11. ledna 1919. Dostupné z WWW: <http://www.psp.cz/eknih/1918ns/ps/tisky/t0334_00.htm> [cit. 02. 04. 2011]

a pedagogové. Na návrh Anny Berkovcové (ve skutečnosti stála za tímto návrhem právě Alice Masaryková, která se o sociální práci zajímala, ale z politických důvodů nemohla úřady sama oficiálně oslovit) byla v r. 1918 zřízena Ženská vyšší škola, která byla později společně s rozšířením studia na dvouleté pomaturitní přejmenována na Vyšší školu sociální péče. I přesto byl v té době společností považován výkon profesionální sociální práce spíše za nadbytečný, tradičně byl i nadále spojován s amatérskou a dobrovolnou službou (Matoušek, 2007).

Střední a vyšší sociální školy vznikaly však i nadále a s nimi se otevřela i diskuse o společenském statusu nové profese. Sociální práce začala postupně tvořit uznatelný prvek života společnosti. Sociální pracovníce zavádějí do své práce případovou individuální práci s klienty a usměřňují tak nahodilou zdravotní a sociální pomoc k preventivnímu podchycení případu a jeho průběžnému sledování (Matoušek, 2007).

5.5.Poválečná léta

V poválečném Československu vládla silná předválečná tradice charity, a proto v prvních poválečných letech se sociální politika nijak významně nelišila od sociální politiky západoevropských zemí. Změna nastala až s politickým převratem v roce 1948, kdy byl jedinou vládnoucí komunistickou stranou nastolen model centrálního plánování a řízení nejen v oblasti sociální politiky a sociální péče. Vše kromě ekonomické základny byla podle komunistického dogmatu tzv. nadstavba (myšlení, nevhodné chování, návyky) – odraz vlastnictví výrobních prostředků a s nimi spojené vykořisťování člověka člověkem, který je schopen změny jedině v okamžiku změny ekonomické základny. Chudoba, nezaměstnanost, třídní rozdíly i sociální problémy měly být vyřešeny jednou provždy znárodněním, případně vyvlastněním výrobních prostředků. Stát převzal spolu s výrobními prostředky na sebe i sociální ochranu a sociální zabezpečení obyvatelstva. Charitativní sociální práce a dobrovolnictví se stalo nežádoucím. Působnost a odpovědnost za sociální ochranu a zabezpečení byla přenesena na výbory (krajské, okresní, městské a místní), kde pracovaly sociální pracovníce. Stát převzal všechny ústavy do té doby řízené církví. Postupně byly zrušeny sociální pojišťovny a prostředky byly převedeny do Ústřední národní pojišťovny. Tyto prostředky byly použity pro obnovu a rozvoj hospodářství. Lidé spořící si do té doby na stáří a nemoc o své důchodové připojištění přišli. Důchodové a

sociální pojištění bylo zestátněno a finanční prostředky byly přerozdělovány podle třídního původu. Oblast péče byla řízena jednotlivými státními resorty (zdravotnictví, školství...). Sám pojem „sociální problém“ byl diskutován jako nevhodný termín pro socialistickou společnost a místo toho se mluvilo o negativních sociálních přežitcích kapitalismu (Matoušek, 2007).

Ve druhé polovině padesátých let, po smrti J. V. Stalina a K. Gottwalda, s obdobím „tání“ stalinského režimu je vyslovena idea, že je nutno myslet i na osoby potřebující sociální služby (Matoušek, 2007). Aby nebyl promarněn zájem lidí majících zájem o sociální práci, bylo rozhodnuto vytvořit sbor profesionálních pečovatelek z okruhu zejména starších žen s nízkou kvalifikací, které by zastaly v péči ženy mladé, kvalifikované, které péče pouze zdržuje od produktivní společensky významné práce (XII. a XIII. sjezd KSČ)²⁵. V šedesátých letech dochází k určité renesanci institucí sociální politiky. Řádové sestry se vracejí alespoň do ústavů pro nevléčitelně nemocné a do psychiatrických léčeben. Druhá polovina šedesátých let přináší i novou koncepci sociální péče – sociální školství. Oteplení politické scény netrvalo dlouho a nepřineslo žádné významné změny v sociální politice. Pacienti a handicapovaní byli i nadále zavíráni do ústavů, léčeben, domovů aj. Podobná situace byla i v době normalizace (sedmdesátá a osmdesátá léta 20. stol.). Sociální služby a sociální dávky poskytovaly národní výbory (krajské, městské, okresní a místní). Okresní národní výbory byly zřizovateli většiny ústavů sociální péče (Matoušek, 2007).

Proces obnovování sociální práce, přerušovaný v srpnu 1968, byl provázen navazováním vztahů se zahraničím i v oblasti sociální práce. Díky tomu byly podstatné problémy již pojmenovány a bylo možno se k nim vracet. Jedním z uznaných problémů byl v té době i ten, že i v socialismu je nutno řešit sociální otázky. Proto je rozvíjena činnost sociálně-právních škol, prodloužena byla mateřská dovolená, rozšířena pečovatelská služba o staré lidi. Byly budovány domovy soustředěné péče o staré lidi, vznikly denní stacionáře pro staré osoby a v terénu začaly působit geriatrické sestry. Přesto nebyla sociální práce rozvíjena jako odborná disciplína, ale jako tematika pro nutnou praxi a byla úzce spjata se zdravotní politikou. Přirozeně byla rozvíjena sociální práce jedině ve velkých závodech, kde byla postupně systemizována funkce sociálních pracovníků.

²⁵ Dostupné z WWW: <<http://www.totalita.cz>> [cit. 02. 04. 2011]

Sociální práci zde vykonávali lidé, kteří ji nebrali jenom jako formální úkol, lidé, kteří si formou této práce nacházeli i unik z politicko-kádrového světa do smysluplné činnosti (Matoušek, 2007).

5.6.ČR po roce 1989

Morální smýšlení a hodnotový žebříček společnosti byl těmito skutečnostmi pochopitelně ovlivněn. Téměř tři generace od období první republiky nevěděly, co znamená pečovat, co znamená poskytovat sociální oporu, nepočítáme-li v to zajištění pobytu v separovaném zařízení. Problémy v sociální oblasti byly paušálně řešeny prostřednictvím institucí.

Po roce 1989 se situace začala pozvolna měnit. Se změnou společenské situace vyvstaly další, nové sociální problémy, jako neskrývaná prostituce, bezdomovectví, nezaměstnanost. Hlavními trendy sociální politiky v té době byla deinstitucionalizace sociálních služeb, tedy vytvoření alternativ k ústavní péči. Snaha o alternativu byla i v péči o staré a nemocné. V rámci nového pojetí sociální práce byl prosazován cíl navrátit dlouhodobě nemocné, staré a postižené jedince do jejich přirozeného prostředí – do rodin. Posláním komunitní sociální práce byla mobilizace občanské svépomoci (Řezníček 1994). Vzniklo mnoho nestátních občanských sdružení, vznikala nová zařízení pro podporu zdravotně postižených. Vládní výbor pro zdravotně postižené občany, zřízen usnesením vlády ČR ze dne 8. 5. 1991²⁶ č. 151, je stálým koordinačním, iniciativním a poradním orgánem vlády České republiky pro problematiku podpory zdravotně postižených občanů. Jeho cílem je pomáhat při vytváření rovnoprávných příležitostí pro zdravotně postižené občany ve všech oblastech života společnosti. Prostřednictvím svých zástupců ve Výboru se na jeho činnosti podílejí sami občané se zdravotním postižením.

V devadesátých letech dochází k profesionalizaci výkonu státní správy v oblasti problematiky zdravotně postižených. Je připravován Národní plán pro vyrovnání příležitostí pro občany se zdravotním postižením. Na úseku legislativy je vyrovnáván deficit a přijímány, popř. novelizovány normy související s problematikou zdravotně

²⁶ Usnesením vlády ČR ze dne 8. 5. 1991 č. 151 Dostupné z: WWW:<<http://www.vlada.cz/cz/ppov/vvzpo/uvod-vvzpo-17734/>> [cit. 02. 04. 2011]

handicapovaných občanů.

Konec devadesátých let se v této problematice vyznačuje otázkami rozporně vnímanými politickou a správní reprezentací a na straně druhé představiteli a zástupci zdravotně postižených. Jako by se energie vyčerpala, místo změn systémových dochází pouze ke korekci nastavených systémů. Bez důkladných analýz a výzkumů dopadů těchto změn. Jako odpověď vzniká Národní rada zdravotně postižených ČR, která oficiálně hájí práva svých členů (Michalík, 2008-2009).

Po roce 2005 je přístup konkrétních politik chladnější, problematika se stává okrajovou, ačkoli v této době je zpracováván a posléze uveden v platnost nový zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. V souvislosti s hospodářskou krizí je tendence silné restrukturalizace výdajů a nákladů na systém zdravotní a sociální péče. Společnost se stává citlivější, co se týče prostředků vynakládaných ve prospěch exkludovaných skupin, ačkoli skupinu zdravotně postižených a pečujících osob zatím přijímá více pozitivně než skupinu exkludovaných z důvodů hmotné nouze (Michalík, 2008-2009).

Se změnami ve společnosti se mění i názory obyvatel na určité oblasti života. Výzkum veřejného mínění (CVVM, 2008) prováděný v letech 1996 - 2007 ukázal posun v hodnocení některých sociálních podmínek v ČR respondenty výzkumu. Kladné hodnocení vzrostlo oproti zápornému například v otázce „Jak byste hodnotil situaci v ČR v otázce možnosti získání bytu“. V roce 1996; +4/-90, v roce 2007; +25/-72 (v procentech). V otázce „Jak byste hodnotil situaci v ČR v otázce změny životních podmínek zdravotně postižených osob k lepšímu, resp. horšímu“, změnili respondenti své pozitivní hodnocení pouze minimálně (od roku 1996; +22/-54, do roku 2007; +24/-63 procent). V této otázce tedy vrostlo spíše negativní hodnocení respondentů (Michalík, 2008 – 2009). Stejný výzkum poukázal na stagnaci tolerance společnosti vůči tělesně postiženým osobám, kdy v roce 1996 toleruje tyto osoby 72% a toto procento se v roce 2007 mění jenom mírně na 78%. Oproti tomu nárůst tolerance např. vůči Romům v naší společnosti (otázka: „Tolerance obyvatel ČR vůči daným skupinám občanů v %“) zaznamenává od roku 1996, kdy tuto menšinu toleruje 16% respondentů výzkumu, nárůst tolerance až k 36% v roce 2006²⁷ (Michalík, 2008 – 2009).

²⁷ údaj z r. 2007 není dostupný – pozn. autora.

Tato čísla spíše než negativní postoj obyvatel vůči zdravotně postiženým občanům vyjadřují míru nezájmu společnosti o problematiku skupiny zdravotně postižených osob. Důvodem může být i to, že zdravotně postižení nejsou v dostatečné míře schopni prezentovat své potřeby a zájmy, nejsou tolik viditelní pro většinu společnosti.

5.6.1. Vývoj příspěvku na péči po r. 1989

„Po roce 1989 jsou zákonem upraveny podmínky péče. Pečující osobě náleží příspěvek při péči o osobu blízkou²⁸, jehož výše se jen málo liší od dávek sociální potřeby. Pro získání tohoto příspěvku bylo nutné pečovat o osobu blízkou celodenně, (podmínka pečovat celodenně a řádně o blízkou osobu, která je převážně nebo úplně bezmocná, nebo starší 80 let a částečně bezmocná). V případě péče o jinou než blízkou osobu musela být splněna podmínka společné domácnosti. Poživatelům plného invalidního a starobního důchodu vznikl nárok na dávku pouze tehdy, pokud by výše důchodu byla nižší než výše příspěvku. Podmínka osobní, celodenní a řádné péče byla v některých případech považována za splněnou (doba výuky u dětí plnicích povinnou školní docházkou, doba, kdy si osoba pečující vyřizuje nezbytné osobní záležitosti nebo vykonává výdělečnou činnost a zajistí péči jinou zletilou osobou apod.). Pobírání příspěvku nebránila opravdu omezená výdělečná činnost (na výplatu příspěvku má však nárok jen za předpokladu, že příjem z výdělečné činnosti nepřesáhne v kalendářním měsíci po odpočtu daně z příjmů fyzických osob, pojistného na sociální zabezpečení a příspěvku na státní politiku zaměstnanosti a pojistného na veřejné zdravotní pojištění 1,5násobek částky životního minima na osobní potřeby občana stanovenou zákonem o životním minimu²⁹). V prvních letech nehradil stát za osoby pečující ani sociální pojištění. Kromě příspěvku na péči o osobu blízkou bylo možno získat nárok na některé z dalších příspěvků³⁰ (příspěvek na opatření zvláštních pomůcek, příspěvek na úpravu bytu, příspěvek na zakoupení, celkovou opravu a zvláštní úpravu motorového vozidla, příspěvek na provoz motorového vozidla, příspěvek na individuální dopravu, příspěvek na rekreaci a lázeňskou péči, příspěvek na topnou naftu a zakoupení topných těles a dalších spotřebičů) a opakujících se peněžitých

²⁸ Zákon č. 100/1988 Sb. ve znění pozdějších předpisů v platném znění do roku 2006

²⁹ §83 zákona č. 100/1988 Sb., o soc. zabezpečení, ve znění pozdějších předpisů v platném znění do roku 2006

³⁰ Vyhláška č. 182/1991 Sb., MPSV ČR, kterou se provádí zákon o sociálním zabezpečení, § 32 - § 48

dávek (příspěvek na zvýšené životní náklady, příspěvek na provoz telefonní účastnické stanice, příspěvek na úhradu a užívání bezbariérového bytu a garáže, příspěvek úplně, nebo prakticky nevidomým občanům, příspěvek na společné stravování). Zákonné zázemí pečujících, jejich sociální jistoty však legislativně upraveny nebyly.“ (Štollová, 2009: 6 – 7).

Tabulka č. 1: Výše příspěvku při péči o osobu blízkou od roku 2004

počet osob v péči	1 osoba	2 a více osob
do 1. 10. 2005	3.776,-Kč	6.490,-Kč
od 1. 10. 2005	5.310,-Kč	9.086

Zdroj: ŠTOLLOVÁ, D., (2009:7)

Většina starých a nemocných zůstávala, nebo byla i nadále umístěována do příslušných zařízení. Tato situace trvá až do roku 2007, kdy vstupuje v platnost zákon č.108/2006 Sb., o sociálních službách. Ten změnil celý systém vyplácení. Jiné jsou vyplácené částky, jiné je posuzování závislosti na pomoci jiné fyzické osoby, jiné jsou podmínky nároku.

Tabulka č. 2: Přehled výše příspěvku podle stupně závislosti pro osoby starší 18 let (platné od 1. 1. 2011)

stupeň	popis	měsíčně Kč -dnes
I.	lehká závislost	800
II.	středně těžká závislost	4.000
III.	těžká závislost	8.000
IV.	úplná závislost	12.000

Zdroj: autorka (podle zákona č. 108/2006 Sb. o sociálních službách)

Závislost je posuzována podle bodů vymezených výše uvedeným zákonem a posuzuje ji sociální pracovník šetřením v přirozeném prostředí žadatele. V konečném důsledku stanovuje míru závislosti posudkový lékař v kontextu se zdravotním stavem. Tedy ačkoli kritéria přiznání stupně závislosti na pomoci jiné fyzické osoby jsou sociální, rozhodující jsou i nadále v důsledku kritéria zdravotní. Do jaké míry musí lékař přihlížet

k šetření provedenému sociálními pracovníci, není žádným předpisem stanoveno. Pro stanovení stupně závislosti tedy nejsou rozhodující úkony, které zdravotně postižený nezvládne. „*Hodnocení míry závislosti zpracované sociálními pracovníky, kteří dotyčného člověka navštívili a pozorovali při relevantních činnostech v jeho sociálním prostředí, se často diametrálně liší od hodnocení posudkových lékařů, kteří člověka ve většině případů ani neviděli.*“ (Krása, 2008). Nesouhlas s posouzením závislosti na pomoci jiné fyzické osoby lze následně řešit v odvolacím řízení k nadřízenému orgánu (Krajský úřad, případně Komise Ministerstva zdravotnictví pro danou oblast), (zákon č. 500/2004 Sb., Správní řád, Hlava 8, § 81 – 93, Odvolací řízení).

6. Problematika zdravotně postižených a pečujících osob v mezinárodním kontextu

„Pojem soběstačného života je silně spojen s myšlenkou „komunitní integrace“, prosazující, aby lidé nebyli zbytečně svěřováni do institucionální péče, která často znamená určité narušení života. Komunitní integrace také nabízí nový přístup k poskytování služeb souvisejících s péčí. Řada služeb a programů je koncipována tak, aby pomáhaly jedincům s postižením žít v jejich komunitách.... Soběstačný život vyžaduje flexibilnější model pomoci, který přenáší těžiště rozhodování na klienta. Ten objednává požadované služby a uzavírá smlouvy. K aspektům soběstačného života patří řízení vlastního života a svéprávnost, integrace a plná účast na životě společnosti, nezávislost, autonomie, sebeurčení, sebeúcta a soběstačnost. Všechny tyto aspekty se určitým způsobem vztahují k hodnotám lidské důstojnosti jakožto univerzálnímu právu.“ (Comyn et al, 2005) Tato kritéria nelze přes veškerou snahu péčí v instituci splnit.

Jednou z mezinárodních organizací, které věnují pozornost problematice zdravotně handicapovaným osobám, je zejména Organizace spojených národů. Na celosvětovém setkání odborníků ve Švédsku (1987) byl přednesen návrh stanovit priority činnosti v oblasti práv osob s postižením. Valné shromáždění následně vypracovalo návrh mezinárodní konvence o odstranění všech forem diskriminace osob s postižením. Pro neshodu nebyla tato konvence schválena, a proto v roce 1993 pověřila Hospodářská a sociální rada OSN komisi pro sociální rozvoj vypracováním standardních pravidel pro vyrovnávání příležitostí pro děti, mládež a dospělé s postižením³¹. 20. 12. 1993 OSN tato pravidla schválila. Ačkoli tato pravidla nemají platnost mezinárodního práva a nejsou ani antidiskriminační legislativou, upozorňují na oblasti, které jsou krizové pro plné sociální začlenění a zachování rovnosti osob s postižením. Ani v těchto pravidlech nenalezneme zmínku o osobách věnujících se laické péči, ačkoli je nasnadě, že obě problematiky spolu úzce souvisí. Národní rada osob se zdravotním postižením ČR (NRZP) vypracovala pro

31 Doporučení Rady Evropy [Rec(2006)5] „Akční plán na podporu práv a plného zapojení osob se zdravotním postižením do společnosti: zlepšení kvality života osob se zdravotním postižením v Evropě 2006 – 2015“. (schváleno na 961 zasedání delegátů ministrů dne 5. dubna 2006). Dostupné z WWW: <<https://wcd.coe.int/ViewDoc.jsp?id=986865&Site=CM&BackColorInternet=9999CC&BackColorIntranet=FFBB55&BackColorLogged=FFAC75>>

svoji činnost na základě pravidel schválených OSN Program 22³², jehož hlavním cílem je zavádět tato pravidla do tvorby plánů sociální politiky.

Evropská sociální politika již toto téma zaznamenala, jak vyplývá ze zadání výzkumu Evropskou komisí na téma „Péče v rodině a jeho sociálně-ekonomický dopad na poskytovatele péče“³³. Výzkum prokázal fakta o podmínkách tzv. neformální péče ve státech Evropské unie. Neformální a rodinná péče se dostala do popředí politických fór Evropské unie zejména na jarním zasedání evropských ministrů pro zaměstnanost a sociální věci v roce 2007, na kterém byla schválena podpora neformální péče a označena nejvyšší prioritou Evropské unie (EPSCO;2007).

Naprosto jednoznačně byl výzkumem vyzdvižen problém vážného ohrožení pečující osoby chudobou. Kritériím pro tuto kategorii odpovídalo více než 50% pečujících pobírajících příspěvek na péči (Glendinning, et al, 2009). Jako závažné důvody tohoto ohrožení byly uvedeny:

- vysoké náklady spojené s péčí (doprava, nákup zdravotních a speciálních hygienických pomůcek aj.),
- výrazně nižší mzdové ohodnocení pečujících v porovnání s nepečujícími pracujícími v daném státě (toto platí i v případě omezení pracovních aktivit a jejich přizpůsobení nárokům péče – zkrácený pracovní úvazek zpravidla v jiné profesi, domácí práce, práce na základě dohody o provedení práce apod.),
- rodina pečující o zdravotně postiženého člena má zvýšené náklady na živobytí – až 2,16 násobek proti rodinám, ve kterých není o zdravotně postiženého pečováno.

Za nejvýznamnější sociální problémy byla označena ztráta volného času pečujícího. S tím souvisí ztráta sociálních kontaktů, nemožnost a neschopnost doplňování znalostí a vědomostí v oboru, a tedy následně s horším pracovním uplatněním – pro dříve pečujícího je velmi těžké nejen práci najít, ale rovněž si tuto udržet (Glendinning, et al, 2009).

32 Dostupné z WWW: <<http://www.nrzp.cz/dokumenty-odkazy/zkusenosti-ze-zahranici/126-program-22.html>> [cit.03.4.2011].

33 Dostupné z WWW: <<http://www.york.ac.uk/inst/spru/research/pdf/EUCarers.pdf>> [cit.25.4.2010]

Dalším výrazným problémem pečujících je vznik závažných problémů v rámci rodinných vztahů a s tím související častý rozpad rodiny (Glendinning, et al, 2009).

Výzkum rovněž porovnával postavení pečujících osob v kontextu Charty základních lidských práv a svobod³⁴, zejména dodržování práva důstojnosti, svobody, rovnosti, solidarity a spravedlnosti, a konstatoval možnost diskriminace pečujících v souvislosti s právem pracovat a vykonávat zvolené povolání, čemuž může tlak vyvíjený na pečovatele - časový, fyzický a psychický - bránit (Glendinning, et al, 2009).

Pečovatelé, kteří necítí podporu jak rodiny, tak i ze strany společnosti, jsou psychicky více ohroženi. (Glendinning, et al, 2009; Michalík, Valenta, 2007). Jako nutná byla vyhodnocena podpora ze strany společnosti v oblasti socioekonomicko-emocionální. (Glendinning, et al, 2009).

Dlouhodobé zdravotní problémy uvádí 35% dotazovaných (Glendinning, et al, 2009). Toto koresponduje i se zdroji z ČR, kde na stejný dotaz odpovědělo „spíše ano“ 25, 8% dotázaných (Michalík, Valenta, 2007). Jako hlavní zdravotní problémy uvádějí pečující deprese, ztrátu chuti k jídlu, narušený spánek, vyčerpání v důsledku nadměrné fyzické zátěže, významné bolesti zad a z psychických problémů kromě depresí dále soustavné psychické přetížení a pocit beznaděje (Glendinning, et al, 2009; Michalík, Valenta, 2007; Štollová, 2009).

6.1. Analytický rámec problematiky

Honba za neomezeným konzumentstvím ohrožující katastrofálními vztahy mezi lidmi je největší v zemích, které ještě nenaplnily buržoazní sen (Fromm, 1992). V dnešních politicko - ekonomických podmínkách společnosti se prohlubují nároky na jednotlivce, tržní mechanismy jsou založeny na poptávce a nabídce, tržní ceně a konkurenci. Stát by měl prostřednictvím stabilizační politiky (důchodové, monetární a fiskální) omezovat nezaměstnanost a inflaci, podporovat ekonomický růst a minimalizovat rizika slabších sociálních skupin, tedy těch osob, které se ne vlastní vinou ocitnou

³⁴ Česko. ČNR. Usnesení předsednictva ČNR ze dne 16.12.1992, čl. 2 o vyhlášení Listiny zákl. práv a

v problematických životních situacích (nezaměstnaní, osamělé matky s dětmi, staří a zdravotně postižení). V této skupině není a ani nemůže být skupina pečujících osob. Tyto osoby nejsou nezaměstnané, ne v klasickém smyslu slova, ačkoli práce, kterou vykonávají, není vázána žádnou pracovní či jinou obdobnou smlouvou. Příspěvek na péči náleží osobě, která je v daném stupni závislosti na pomoci jiné fyzické osoby a tato osoba sama rozhoduje, jakým způsobem bude tento využít. Z toho je patrné, že by pečovaná osoba, pokud o ni pečuje jiná dospělá osoba, měla této osobě za tuto péči předávat část, případně celý příspěvek na péči. Zákonem není určeno, jakým poměrem má být péče přerozdělována. Pokud tedy pečuje více fyzických osob, je na pečovaném (resp. na těchto osobách), jak bude mezi ně příspěvek na péči přerozdělen. Pokud do péče vstoupí instituce, která poskytne část péče, a zbytek péče je na pečující osobě, je příspěvek na péči rozdělen na základě smluvních cen za péči ([viz příloha č. 1.](#)). Pečující osobě v tom případě bude předána zbývající částka, bez ohledu na čas, který strávila péčí, případně náročnost jí poskytované péče.

Cílem politiky, který byl legislativně naplněn právě zákonem č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů, bylo mimo jiné zajištění důstojné životní úrovně občanů s postižením. Zdravotně postižená osoba pobírající příspěvek na péči je povinna uvést způsob využití této dávky, pokud toto neučiní, je jí výplata příspěvku zastavena. Tím by mělo být objektivně dáno, že příspěvek plní svůj účel. Poskytovatelům sociálních služeb jsou v souladu se zákonem poskytovány dotace na základě rozhodnutí Ministerstva práce a sociálních věcí, na finanční kontrole využití poskytnutí dotace se podílí i příslušné krajské úřady. Zákonem je rovněž stanovena odborná způsobilost pracovníků působících v sociálních službách.

Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR má snahu o analýzu a následnou transformaci služeb sociální péče. Cílem transformace jsou systémové změny, které povedou k humanizaci pobytových zařízení, ale i ke změnám v jejich provozování vedoucím k umožnění života uživatelů v přirozeném prostředí. Záměrem je síť komunitních služeb v přirozeném prostředí, kdy uživatel bude užívat pouze službu, kterou potřebuje, nikoli balíčky služeb nezohledňující skutečné potřeby pečovaného, jak tomu je v současné době zejména v pobytových zařízeních, kdy jsou služby poskytovány a

svobod jako součásti úst. pořádku ČR. In *Sbírka zákonů České republiky*. 2003

úctovány paušálně. Transformace sociálních služeb je souhrn procesů změny řízení, financování, vzdělávání, místa a formy poskytování služeb tak, aby výsledným stavem byla péče v běžných životních podmínkách (MPSV ČR, 2008)³⁵.

6.2. Subjekty se vztahem k problematice

Těchto subjektů je mnohem více, než bude dále uvedeno. Snahou bylo najít takové subjekty, které významným způsobem daný problém ovlivňují, či formují politiku daného problému.

- **Vláda, ministerstva, politické strany** - uvedené subjekty jsou rozhodujícími činiteli při tvorbě politik. Představitelé ministerstev formulují zásady politiky a realizují základní koncepční a realizační kroky k naplnění těchto politik. Jejich aktivita v dané problematice je dána spíše ekonomickou situací v zemi, nežli samotným politickým zabarvením té které vlády, či politické strany
- **Pečující a osoby, o které je pečováno** - tyto subjekty jsou přímými účastníky problematiky. Nejen že problematika je jejich životní součástí, ale každá politika související s danou problematikou má na jejich životy minimálně nepřímý vliv. Negativní vliv mají především politická rozhodnutí, která ve své přípravě nezahrnují do zorného pole dopadů právě tyto subjekty (viz důchodová reforma, daňové změny aj.)
- **Instituce Evropské unie** - tyto subjekty nejsou direktivní v oblasti sociální politiky členských států, a to zejména s ohledem na rozdílný historický a kulturní vývoj jednotlivých zemí. Důležitým cílem institucí Evropské unie je vyrovnání sociální nerovnosti mezi jednotlivými členskými státy za použití nástrojů, jakými jsou fondy, a to zejména Strukturální fondy (ERDF, ESF) a Fond soudržnosti. Politiku členských zemí ovlivňují rovněž

³⁵ Dostupné z WWW: <http://www.mpsv.cz/files/clanky/7759/Priority_rozvoje_soc_sluzeb.pdf> [cit. 10.03.2011]

např. výroky Evropského soudního dvora (Glendinning, et al, 2009).

- **Odborná veřejnost, výzkumníci** - tyto subjekty jsou pro danou problematiku důležití ve směru možnosti reagování na podněty a následně zejména na jejich možnosti vydávat posudky a stanoviska k jednotlivým dílům problematiky. Tyto kompetence jsou jim svěřovány ve fázi analýzy problému, a proto jsou jejich závěry tak důležité pro všechny subjekty, které tato problematika ovlivňuje.

Dalšími subjekty jsou určitě poskytovatelé sociálních služeb, které ovlivňuje problematika v jejich samotné existenci. Významnou neziskovou organizací s celorepublikovou působností je Národní rada osob se zdravotním postižením ČR³⁶. Tato organizace se angažuje na dané problematice zejména podáváním podnětů a návrhů na legislativní změny a veřejnou propagací sociální problematiky, byť je její zájem převážně směřován k samotným osobám zdravotně postiženým.

I úřad ombudsmana je subjektem, v jehož zorném poli se objevují jak pečovaní tak pečující osoby. Na základě jím podávaných zpráv poslanecké sněmovně se poslanci a politické strany mohou seznámit se stavem dané problematiky a následně se zasadit o prosazování změn.

Dalšími subjekty jsou zcela jistě i média, která ovlivňují názor jak veřejnosti, tak i subjektů dané problematiky. Navíc právě média slouží jako „hygiena problematiky“, kdy jsou rychle a velkoplošně schopna upozorňovat na nešvary, rozpory, nespravedlnosti aj.

6.3. Evaluace politiky (uplatnění zákona č. 108/2006 Sb., v praxi)

Evaluace je jednou z nejdůležitějších součástí tvorby politik. Poskytuje zpětnou vazbu, na které se dá posoudit vhodnost setrvání v daném směru politiky, případně směr jejích změn. Předmětem evaluace politiky jsou sociální vývoj, sociální spravedlnost, procesy sociálního začleňování aj. Nástrojem pro evaluaci ex post jsou statistiky, analýzy a výzkumy (Veselý, Nekola, 2007). Analýza financování služeb v kontextu s platností zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, byla vypracována i v roce 2009 (za roky 2007 a 2008), (Žárský, 2009). Data byla čerpána ze statistického modulu

³⁶ NRZP ČR. Dostupné z WWW: <<http://www.vaclavkrasa.cz/nrzp-cr.html>>

informačního systému OK Služby, která systém generuje. Některá data jsou vypovídající pro tuto práci.

Tabulka č. 3: Finanční prostředky na sociální služby (v tis. Kč)

	2006	Schválený rozpočet 2007	Skutečnost 2007	Schválený rozpočet 2008	Upravený rozpočet 2008	Návrh 2009	očekávaná skutečnost 2009
dotace soc. služby*	7 994 156	7 036 440	7 121 935	6 918 440	7 437 440	4 775 459	6 200 000
příspěvek na péči**	5 147 693	8 817 000	14 961 182	12 088 000	19 013 000	15 588 000	18 500 000
celkem	13 141 849	15 853 440	22 083 117	19 006 440	26 450 440	20 363 459	24 700 000

* v roce 2006 je započítána dotace na lůžko a dotace krajům na zřizovatelské funkce

**vyplácen od roku 2007, rok 2006 zvýšení důchodu pro bezmocnost a příspěvek při péči o osobu blízkou

Zdroj: ŽÁRSKÝ, M., (2009:13³⁷)

Z předchozí tabulky je patrné, že se téměř zdvojnásobily prostředky vložené do systému financování služeb po zavedení zákona o sociálních službách. To by bylo možno předpokládat, zejména vzhledem k tomu, že data z roku 2006 jsou zjišťována jiným způsobem z jiných zdrojů. Zajímavý je však nárůst finančních prostředků vyplácených na příspěvek na péči v poměru s jen mírně rostoucími náklady na služby. Záměrem zákona o sociálních službách byla spíše návratnost financí vkládaných do dávky příspěvek na péči skrze sociální služby, tedy, že klienti si v rámci dostupnosti a přiznaného příspěvku na péči služby nakoupí.

K tomuto je nutno podívat se na další tabulku, kde jednoznačně převažuje využití příspěvku na péči k zajištění pomoci fyzickou osobou. Zajímavý je fakt, že se využití příspěvku na péči k zajištění pomoci fyzickou osobou neliší nijak markantně v žádném ze stupňů závislosti, posun je patrný pouze u IV. stupně závislosti, ani ten však není tak výrazný, jak by měl být v závislosti na počtu nezvládaných úkonů pečovaným, stanovených zákonem. (zákon č. 108/2006 Sb., § 8, písm. d)).

Tabulka č. 4: Příspěvek na péči dle způsobu použití

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

Zdroj: ŽÁRSKÝ, M., (2009:13)

Lze se důvodně domnívat, že v případech, kde je zajišťována péče fyzickou osobou (pro tuto práci III. a IV. stupeň), jsou poptávány služby registrovanými poskytovateli v minimální míře. Tomu odpovídá i následující tabulka:

Tabulka č. 5 : Struktura poskytovatelů dle stupně PnP a formy služby následující

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

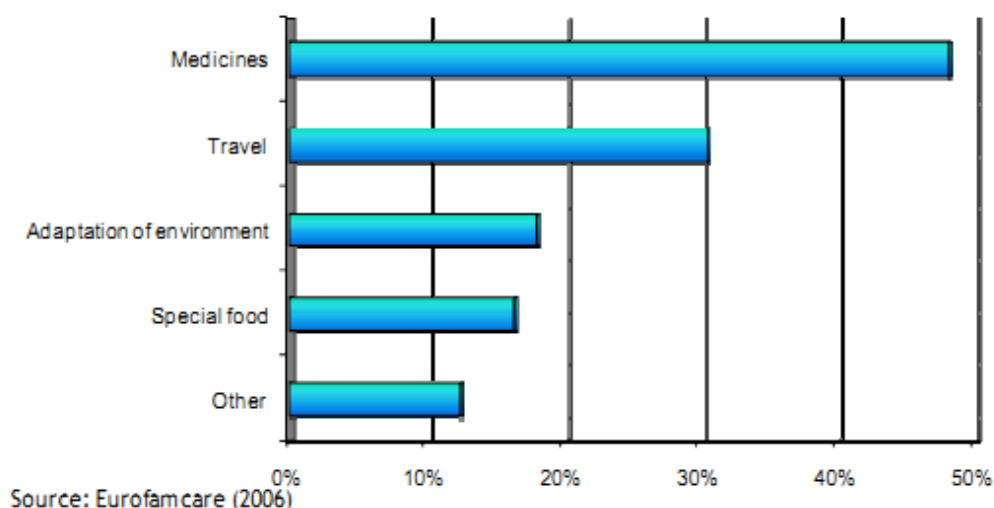
Zdroj: ŽÁRSKÝ, M., (2009:3)

Nicméně nelze odvodit z uvedených statistických údajů, proč tomu tak je. Těžko lze předpokládat, že fyzická osoba je schopna trvale bez pomoci vykonávat péči o osoby závislé na péči jiné osoby ve III. a IV. stupni závislosti. Takto zdravotně znevýhodněné osoby jsou na péči závislé v mnoha úkonech, od těch jednodušších (vaření, praní, úklid), až po složitější a fyzicky náročnější (koupání nebo sprchování, výkon fyziologické potřeby včetně hygieny, vstávání z lůžka, změna poloh a další). *„Na úhradu nákladů péče registrovaným poskytovatelům sociálních služeb je použit v méně než 1/3, ovšem postupně se tento podíl zvyšuje, a to především v pobytových službách sociální péče. Například v domovech pro seniory došlo k meziročnímu nárůstu o 2 000 uživatelů na 30 000 (celkem v*

³⁷Dostupné z WWW: <<http://www.mpsv.cz>> [cit. 10.01.2011]

domovech pro seniory 38 000 lůžek), kteří disponují PnP, což znamená, že v domovech pro seniory žije více než 78% osob s přiznaným PnP.“ (Pavlík, 2010:4)³⁸.

Jednou z možností hledání odpovědi na otázku, proč pečující osoby více nevyužívají odlehčovacích služeb, můžeme najít ve výzkumu provedeném pro Evropskou unii ve Velké Británii v roce 2009 (Glendinning, et al, 2009). V otázce dodatečných nákladů spojených s péčí o starší osobu odpovědělo téměř 50% respondentů, že vynakládá prostředky na léky a 30% na dopravu spojenou s přepravou pečované osoby. Dalšími náklady byly prostředky na úpravu prostředí (u nás srovnatelná možnost čerpání příspěvku na úpravu bytu, za předpokladu splnění zákonných podmínek), speciální stravu a jiné.

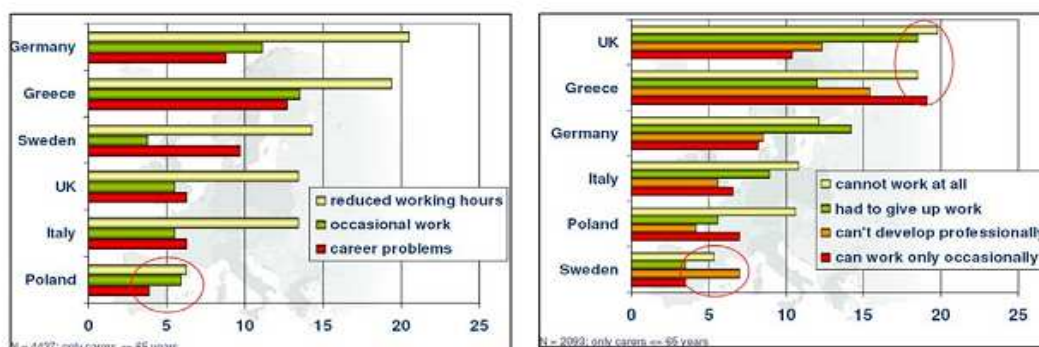


Graf č. 1: Procento pečovatелů s dodatečnými náklady spojenými s péčí
Zdroj: GLENDINNING, C. et al, (2009:39)

Při stávající výši příspěvku na péči (str. 37, kap. 5.6.1 této práce) lze předpokládat, že s ohledem na cenu služeb ([viz příloha č. 1 této práce](#)) těmto osobám na úhradu odlehčovacích služeb nezbyvají prostředky. V potaz je nutno vzít fakt, že většina pečujících o zdravotně postižené osoby ve III. a IV. stupni pečuje celodenně, tedy není aktivní na trhu práce. Toto dokládají výzkumy jak u nás, tak i ve státech Evropské unie.

³⁸Dostupné z WWW:

<http://www.mpsv.cz/files/clanky/9854/statisticka_rocenka_z_oblasti_prace_a_socialnich_veci_2009.pdf> [cit. 29.03.2011]



Graf č. 2 : Vlevo – omezení pracovní činnosti, Vpravo - pečující nevykonávající pracovní činnost

Zdroj: GLENDINNING, C. et al, (2009:37)

Z grafu č. 2 vyplývá, že pečující museli buď značně redukovat počet hodin výdělečné činnosti, či spíše, jak dokládá tabulka vpravo, se práce museli vzdát, neboť se nemohli věnovat a rozvíjet v dané profesi a pracovat již mohou pouze příležitostně.

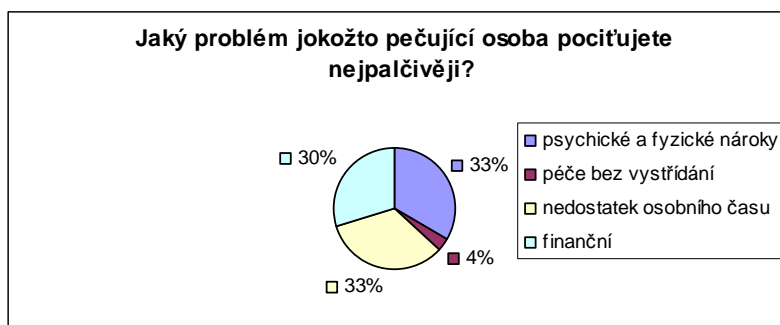
I výzkumy v ČR dokládají, že se společně se započítím péče zhoršuje ekonomická úroveň rodiny, ve které je pečováno o zdravotně postiženou osobu. Bohužel neobsahují údaje o tom, kolik osob zanechalo práce v původní profesi.

Tabulka č.6: Ekonomická úroveň rodiny se zhoršila

	Četnost	Rel. Četnost (%)
ano	63	28
spíše ano	52	23,1
nezměnilo se	34	15,1
spíše ne	24	10,7
ne	28	12,4
neodpovědělo/jiná odpověď	24	10,7
CELKEM	225	100

Zdroj: MICHALÍK, J., VALENTA, M., VÚPSU, (2007:30)

O tom, že finanční situace trápí řadu pečujících, vypovídá i průzkum provedený v roce 2009 jako součást mé bakalářské práce (Štollová, 2009). Dalším závažným problémem je však i dlouhodobá psychická zátěž, kterou péče klade na dlouhodobě pečující (Štollová, 2009).



Graf č. 3: Nejpalčivější problém pečující osoby
Zdroj: ŠTOLLOVÁ, D., (2009:35)

S ohledem na tuto stránku problematiky a společně s tím, že je pečující dlouhodobě vyřazen ze své profese, a tudíž nejen že ztrácí své schopnosti a dovednosti, ale není schopen rozšiřovat si své znalosti, ztrácí společnost pracovní sílu, a to mnohdy pracovní sílu kvalifikovanou.

Tabulka 7: Postoje respondentů k výroku ve škále: „návrat k původní profesi považuji za bezproblémový a možný – považuji za zcela nemožný“

	Četnost	Rel. Četnost (%)
1. bezproblémový a možný	11	4,8
2	7	3,1
3	20	8,9
4	21	9,3
5	20	8,9
6	26	11,6
7 zcela nemožný	78	34,7
neodpovědělo/jiná odpověď	42	18,7
CELKEM	225	100

Zdroj: MICHALÍK, J., VALENTA, M., VÚPSU, (2007:46)

Jak vypovídá následující tabulka o relevantní četnosti zastoupení vzdělání mezi pečujícími osobami, je evidentní, že skupina pečujících se středoškolským a vysokoškolským vzděláním předčí skupinu pečujících osob se základním vzděláním. Otázkou není, jaký typ vzdělání by měla mít pečující osoba, ale zda neumožněním dalšího osobního a profesního růstu pečujícím osobám v průběhu péče nepřichází do budoucna

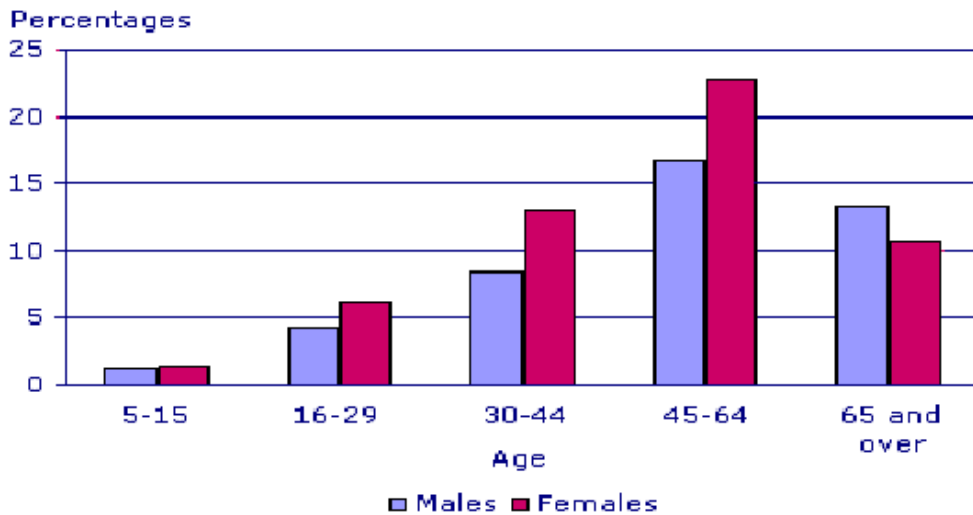
(myšleno po skončení péče) společnost o kvalifikované pracovní síly.

Tabulka 8: Vzdělání respondentů

	Četnost	Rel. Četnost (%)
základní	23	10,2
středoškolské	126	56,1
vyšší odborné	28	12,4
vysokoškolské	40	17,8
neodpovědělo/jiná odpověď	8	3,5
CELKEM	225	100

Zdroj: MICHALÍK, J., VALENTA, M., VCIZP, (2007:9)

O tom, že se jedná vesměs o osoby v produktivním věku, vypovídá výzkum v Evropské unii, kdy nejvyšší podíl pečujících osob je ve věkové kategorii 45 – 64 let, tedy osob s již ukončeným vzděláním, s určitou, nezanedbatelnou mírou pracovních zkušeností a dovedností (viz graf č. 5).



Source: 2001 Census

Graf č. 4: Pečující o osoby všech věkových kategorií podle věku a pohlaví, Anglie a Wales

Zdroj: GLENDINNING, C. et al, (2009:49)

I výzkum v ČR prokázal, že 60 % pečujících osob jsou osoby v produktivním věku, zatímco jenom něco málo nad 30% pečujících osob jsou osoby starší 60 let. Můžeme

předpokládat, že těchto třicet procent jsou z větší části osoby v důchodovém věku, které jsou zajištěny dávkami důchodového pojištění. Pro tyto osoby je příspěvek na péči pravděpodobně skutečně zdrojem, ze kterého jsou schopny financovat odlehčovací služby v nejnужnějším rozsahu.

Tabulka 9: Věk respondentů

	Četnost	Rel. Četnost (%)
do 20	0	0,0
do 30	11	4,9
do 40	44	19,6
do 50	39	17,3
do 60	45	20,0
do 70	53	23,5
nad 70	31	13,8
neodpovědělo	2	0,9
CELKEM	225	100,0

Zdroj: MICHALÍK, J., VALENTA, M., VCIZP, (2007:89)

Princip solidarity společnosti je postaven na přerozdělování určitých prostředků od těch, kteří jsou schopni si prostředky k obživě zajistit, k těm, kteří ne vlastním zaviněním nejsou schopni se sami o sebe v dostatečné míře postarat. Se vzrůstající krizí ve společnosti lze pociťovat i zřetelný růst desolidarizace společnosti. Toto se týká nejen jedinců „bohatých“, ale čím dál více i chudších občanů. Jedním z důvodů může být změna vedoucí k výrazné polarizaci společnosti na bohaté a chudé a za současného ubývání obyvatel střední vrstvy (Michalík, 2008 – 2009), kdy sociální stratifikace společnosti se z modelu cibule – dominantní široká vrstva dobře situovaných obyvatel střední třídy, směr nahoru a dolů – marginální vrstva výrazně bohatých či chudých obyvatel, mění v model pyramidy, kdy největší skupina má nejnižší příjmy a střední vrstva se postupně k této široké části propadá. Vrcholkem pyramidy je potom část obyvatel s nezvykle vysokými příjmy. S tím souvisí krize sociálního státu, kdy střední vrstva „nedosáhne“ na sociální dávky a zatížena daněmi se postupně slučuje se spodní vrstvou pyramidy, zatímco poptávka klientů péče neustále roste. Principy „Welfare state“ jsou založeny na angažování se státu na řešení sociálních problémů občanů, přebíráním sociálního zajištění společně s velkou mírou kontroly společnosti. Sociální stát disponuje rozsáhlým systémem sociálního zabezpečení a služeb, vyznačuje se vysokou mírou přerozdělování a je rovněž

výrazně náročný na zdroje (Keller, 2000).

„Právě s ohledem na vysoké náklady provozu sociálního státu je stále patrnější jev, který lze sledovat nejen v naší, ale i v ostatních demokratických společnostech. Tímto jevem je stále nižší ochota většinové společnosti podílet se na redistribuci části vytvořeného produktu pro saturaci potřeb skupiny obyvatelstva, která není schopna si své životní potřeby zabezpečit vlastními silami.“ (Michalík, 2008 – 2009:13).

Vzhledem k tomu, že není společensky přijatelné tento výrok spojovat i s lidmi, kteří nesou svůj zdravotní handicap, je toto zmírňováno projevem široké solidarity (z pohledu těch, kteří tento druh solidarity zrovna nevyužívají) a na straně druhé s projevem obyčejné lidské závisti. Jinak než závistí totiž nelze odůvodnit výroky nejen politiků, ale i zástupců zdravotně postižených, kteří čím dále a intenzivněji zmiňují obávané zneužívání dávek v souvislosti s dávkou „Příspěvek na péči“. Tato dávka však v současné výši, a to i ve IV. stupni (tedy 12 tis. Kč měsíčně) není schopna pokrýt skutečnou potřebu služeb. Pečující osoba tedy svou prací vykrývající 100% dané potřeby dostává pokryto 10 – 60% své práce³⁹. Tato skutečnost je v příkrém rozporu se základním principem demokracie – spravedlností (Michalík, 2008 -2009).

³⁹, Dostupné z WWW: <<http://www.uss.upol.cz/cz/clenove/profil/michalik/vyzkum-kvality-zivota.php>> s. 13. [cit. 17. 04. 2011]

7. Situace pečujících v zemích Evropské unie

V zemích Evropské unie jsou značné rozdíly v otázce možnosti podpory pečujících osob ze strany společnosti. Zatímco v zemích s relativně nižší úrovní veřejných služeb uvítají pečující osoby jakákoli opatření, která jim usnadní jejich postavení, v zemích s rozvinutou strukturou služeb je požadavek na podporu více konkretizován. Podle Krögra lze oblast Evropské unie rozdělit na severní část (institucionální typ), kde jsou pečující zvyklí na uznání zvláštních práv na podporu při zajišťování péče o osoby závislé na jejich pomoci podle individuálních potřeb, a jihoevropskou část (katolicko-konzervativní typ), kde je podpora spíše nahodilá, libovolná a společností subjektivně posuzovaná (Kröger, 2003: 14 in Glendinning, et al, 2009).

Opatření na podporu pečujících v Evropské unii se rovněž značně liší v závislosti na cílovou skupinu, kritéria stanovená pro přiznání podpory, na možnosti kombinace s formální péčí, na výši příspěvku a testovatelnosti finančních dávek, na jejich přímé zakotvení v systému sociálního zabezpečení. V rámci Evropské unie jsou rozdíly i v jejich převoditelnosti do jiných zemí unie. V ČR je toto pravidlo upraveno zákonem⁴⁰.

V mnoha případech je finanční příspěvek poskytován pro úhradu dodatečných nákladů spojených s péčí, tedy podmíněn dokladováním těchto nákladů. I v České republice lze v současné době pozorovat tendenci k této formě podpory neformální péče (snížení příspěvku na péči z 2000 Kč na 800 Kč). V některých zemích Evropské unie jsou hladiny finančních výhod tak nízké, že je velmi nepravděpodobné, že jsou motivující k výkonu péče v přirozeném prostředí. V těchto případech jsou však pečovatelé vystaveni daleko vyššímu riziku chudoby (Glendinning, et al, 2009). V těchto případech je negativní dopad zejména na ženy pečovatelky, jednak proto, že ženy tvoří většinu pečujících osob, jednak vzhledem k tomu, že nízká míra finančního ohodnocení není motivující k odstranění genderové nerovnosti v dělbě práce, v tomto případě v péči.

Jedním z výsledků výzkumu University of York bylo definování oblastí, ve kterých se pečující v péči angažují nejvíce. Tyto oblasti jsou zejména následující:

⁴⁰ Zákon č. 108/2006 Sb., O sociálních službách. In *Sbírka zákonů České republiky*. 2006, částka 37. § 4, § 18

- Zprostředkování společenského prostředí (návštěvy, lékař, kultura apod.)
- Péče o domácnost
- Pomoc s mobilitou – osobní péče (oblékání, přemísťování, hygiena)
- Vyřizování správních úkonů (finanční a administrativní)
- Jiná ošetrovatelská péče (Glendinning, et al, 2009: 79).

Souběžně se tým výzkumníků zaměřil na praktická opatření podporující neformální pečovatele, případně taková, která pomáhají zmírňovat nepříznivé socioekonomické dopady, a rovněž na taková, která by podporovala pečovatele v pokračování výkonu jejich profese – placené práci – omezením zátěže péče. Sledovali ukazatele materiální podpory (peněžité příspěvky, naturální dávky) a sociálního zajištění – ochrany nároku na důchod, přístup k plně dotovaným službám apod.

V závěrečné zprávě pro Evropskou komisi byla popsána škála politik a postupů určených k podpoře a zmírnění zátěže na rodinné pečovatele s cílem upozornit na jejich charakteristické rysy a základní zásady. U těch politik, které byly v rámci poskytující země již vyhodnoceny, uvádí zpráva potenciální převoditelnost do jiných zemí EU.

7.1. Politika finanční podpory

Průřezem států Evropské unie je pečujícím osobám poskytována finanční podpora, jakožto opatření zmírňující nepříznivé socioekonomické dopady. Výše podpory a jeho adresnost je závislá na sociálním systému té které země Evropské unie. Jsou určeny vždy určité cílové skupině (zdravotně postiženým v různém stupni závislosti, pečujícím apod.) a mnohdy propojené s formální péčí. V některých státech jsou tyto dávky testované, v jiných jsou závislé na délce péče.

Finanční modely mají za cíl náhradu ztráty na výdělku pečující osoby, nebo slouží k umožnění přístupu k formálním službám péče tak, aby osoby – potenciální pečující z rodiny – mohli i nadále setrvat v zaměstnání. V některých případech slouží pro odlehčení péče tak, aby pečující osoba získala časový prostor pro odpočinek a relaxaci a rovněž „přestávku“ v péči v rámci zachování psychické rovnováhy pečujících.

7.1.1. Model osobního rozpočtu

Podle tohoto modelu zdravotně postižený dostává příspěvek ve výši péče, kterou poptává. Jedná se o tzv. osobní rozpočet. Péče může být poskytována jak formálním, tak i neformálním pečovatelem. Jeho výše se řídí hodinovou sazbou v intencích nejméně stanovené minimální hodinové mzdy, a to i v případě předávání příspěvku neformálnímu pečovateli. Tento model je realizován v rámci pilotních programů rozvoje péče ve Velké Británii, Nizozemí a v Belgii. (Glendinning, et al, 2009).

Udržitelnost tohoto modelu je však úzce závislá na dobrých rodinných vztazích. Tento model nezajišťuje pečujícího ani v případě dlouhodobé hospitalizace pečované osoby, případně její smrti, ale není mu zajištěna ani ochrana jeho práv, jakými je např. právo na odpočinek. Znevýhodnění mohou být při aplikaci tohoto modelu rovněž při návratu na pracovní trh. Model osobního rozpočtu není příliš populární, v Nizozemí jej využívá pouze 10% zdravotně postižených s nárokem na finanční příspěvek. Model řeší ekonomickou exkluzi a psychosociální zátěž pečujících osob, ale neřeší jejich zákonné postavení – status pečujícího.

7.2. Politika sociální pomoci

Další sledované projekty si vzaly za úkol spíše pomoc v sociální oblasti a prevenci zdravotních potíží pečujících, a to jak fyzických, tak i psychických. Pečující velmi často pociťují nízké společenské ohodnocení své práce. Toto není jenom v důsledku ekonomické exkluze, ale i v pocitu izolace a odtržení od reálného světa (Michalík, Valenta, 2007).

7.2.1. Model přímé podpory a informací

Tříletý projekt Velké Británie, Portugalska, Švédska a Irska probíhal v letech 1997 až 2000. Je postaven na poskytnutí informační a komunikační technologie pečujícím osobám. Jejich prostřednictvím probíhají multimediální programy přístupné přes počítač či video, zaměřené tematicky, např. na manipulaci se zdravotně postiženými, informace o respitní péči, zvládání dovedností pečovatele aj. Hlavním cílem projektu bylo snížení pocitu izolace dlouhodobě pečujících (Glendinning, et al, 2009).

7.2.2. Projekt „Volno pro rodinu“

Tento velmi zajímavý projekt byl uskutečněn v Rakousku. V rámci projektu je dlouhodobě pečujícím osobám poskytnuta náhradní péče o zdravotně postiženého po dobu tří týdnů jedenkrát v roce. V těchto třech týdnech má pečující placenou zdravotní dovolenou, spojenou s lékařskou, rehabilitační a lázeňskou péčí. Cílem programu je odlehčení zátěže pečujících, regenerace jejich sil a prevence zdravotních následků péče. Finanční nákladnost tohoto modelu může být ospravedlněna prevencí vysokých nákladů spojených s následnou nevyhnutelnou léčbou fyzických a psychických důsledků dlouhodobé péče (Glendinning, et al, 2009).

Další projekty jsou většinou orientovány na zvládnání péče, osvojování si praktických dovedností, zvyšování soběstačnosti zdravotně postiženého s cílem odlehčení zátěže pečujícího.

7.2.3. Projekt „Růst sebevědomí pečujícího“

Tento projekt si vytyčil za cíl posílení rodiny a vzájemné podpory. V jeho rámci jsou pečujícím poskytnuty informace o možnostech sebevzdělávání, a to zejména ve sféře zvládnání dovednosti řešit zásadní životní události. Formou krizové intervence, práce ve skupině, zaměřené psychoterapie a poradenství je zvyšováno sebevědomí pečujícího, jeho sebepojetí. Je to krok vpřed v rámci prorodinné politiky. Pečující je totiž často ve své péči osamocen i v rámci své rodiny. Jen zřídka je mu příbuznými poskytována dostatečná fyzická i psychická podpora (Michalík, Valenta, 2007; Glendinning, et al, 2009).

7.2.4. Projekt „Flexibilní pracovní uspořádání“

Tento model je zaveden v Anglii od roku 2007. Pečující o zdravotně postiženou dospělou osobu mají zákonné právo požadovat pružnou pracovní dobu, zkrácený pracovní úvazek, sdílení pracovního místa nebo částečný pracovní úvazek. Rovněž mohou požádat o vykonávání práce doma. Zaměstnavatel může nevyhovět této žádosti, ale musí zdůvodnit

proč.⁴¹ Toto opatření je vhodné v případě, že zaměstnanec je schopen při péči vykonávat i nadále svoji původní práci. Tímto způsobem lze eliminovat do jisté míry finanční, zdravotní, ale i sociální důsledky dlouhodobé péče. Kvalitním legislativním zapracováním této výjimky lze snížit stigma či negativní postoje vůči takovému pracovníkovi na pracovišti (Glendinning, et al, 2009).

7.2.5. Německý model

V Německu má pečující osoba nárok na čerpání zákonného volna po dobu čtyř týdnů v roce s nárokem na poskytnutí respitní péče, nahrazující zcela péči pečující osoby po dobu této přestávky. Repitní péči může pečující čerpat již po šesti měsících od doby, kdy začal pečovat. Je rovněž důchodově a úrazově pojištěn, a to v případě, že pečuje více než 14 hodin týdně (Glendinning, et al, 2009).

V sousedním Německu se potýkají s řadou problémů. Mnohé z nich jsou naprosto odlišné od situace u nás, což souvisí jednak s kulturou a historií dané země, jednak s rozdílnou ekonomickou situací státu. „Péče –SHV“ je svépomocná organizace, která se zavázala k ochraně práv a podpory pečovaných.⁴² Velkým problémem je stejně jako u nás dostupnost respitní péče při péči v přirozeném prostředí. Celodenní péče zajištěna oficiální pečovatelskou službou přijde měsíčně od 3000 do 6000€. Pro informaci výše příspěvku na péči v SRN podle stupňů závislosti.

⁴¹ Tato praxe odpovídá nejvíce našemu zákonnému uspořádání, kdy je Zákoníkem práce upraveno, že požádá-li zaměstnankyně nebo zaměstnanec,... který prokáže, že převážně sám dlouhodobě pečuje o osobu, která se podle zvláštního právního předpisu považuje za osobu závislou na pomoci jiné fyzické osoby ve stupni II (středně těžká závislost), ve stupni III (těžká závislost) nebo stupni IV (úplná závislost) o kratší pracovní dobu nebo jinou vhodnou úpravu stanovené týdenní pracovní doby, je zaměstnavatel povinen vyhovět žádosti, nebrání-li tomu vážné provozní důvody.(§ 241, odst. 2, ZP)

⁴²Dostupné z WWW: < <http://www.pflege-shv.de> > [cit. 17.04.2011]

Tabulka č.10: Příspěvek na péči v SRN

Stupeň závislosti	Ambulantní péče (v € měsíčně)	Ústavní péče v € měsíčně)
I.	450,-	384,-
II.	1.00,-	921,-
III.	1.550,-	1.550,- (1.688,- - 1.918,-)

• v závažných případech

Zdroj: autorka, (s použitím informací z: <http://www.pflege-shv.de>)

Proto mnoho uživatelů péče zaměstnává nelegální pracovníky z východních zemí. V případě, že v domácnosti ubytujete pečovatelku z východní země, vyjde péče měsíčně na 800 - 1500€. Organizace Péče – SHV není podporovatelem nelegálního zaměstnávání. Na druhou stranu upozorňuje na to, že pokud je tímto způsobem v zemi zaměstnáváno až 100 tisíc nelegálních pečovatelů⁴³, není chyba v tom, že se tolik osob obrací na nelegální pracovníky, jako spíše v systému, který je drahý a neefektivní. Místo kriminalizace pečujících osob, které nechtějí nic jiného, než aby o jejich pečované bylo kvalitně a za dostupnou cenu postaráno, by měl být změněn systém. Jako velkou chybu vidí zavedení „katalogu služeb“, kdy je péče osekána na jednotlivé úkony a formální pečovatelé tak sbírají pouze body za úkon a s tím i finanční ohodnocení, bez ohledu na potřebnou komplexnost péče. U nelegálních pečovatelů z východních zemí si navíc odběratelé této péče cení klidu, vyrovnanosti a odbornosti, neboť v mnoha případech jde o pracovníky ze zdravotnictví, nebo dokonce o lékaře. Dalším kritizovaným bodem je rozdělení úrovně péče (obdoba našich stupňů závislosti na pomoci jiné fyzické osoby – pozn. autorky), do tří stupňů, kdo toto rozdělení nezohledňuje skutečnou potřebu, či požadovaný rozsah péče, jako spíše zohlednění zdravotního stavu⁴⁴. Toto je patrné zejména u pacientů s duševním onemocněním, například demencí, kdy pacient v „dobré“ chvíli zvládá naprosto veškeré úkony soběstačnosti, ale v jiné „denní době“ nezvládá ani základní úkony spojené s hygienou. Tento pacient podle „zdravého rozumu“ potřebuje 24hodinovou péči, podle stanovených kritérií je přiznaný stupeň v daleko nižší úrovni zohlednění rozsahu péče.

⁴³ Ergebnis der dip-Studie vom 24.04.2009. Dostupné z: WWW: <<http://www.pflege-shv.de>,> [cit. 22.04.2011]

⁴⁴ Kommentar zur Panorama-Sendung vom 31.08.2006. Dostupné z: WWW: <<http://www.pflege-shv.de/index.php?page=ilegale-pflege>,> [cit. 22.04.2011]

7.3. Shrnutí

Péče o blízké osoby je díky tradici a kultuře prostředí, ve kterém vyrůstáme, pro většinu z nás samozřejmostí. Očekáváme, že péči poskytneme, stejně jako očekáváme, že péče bude nám v případě potřeby poskytnuta. Staletími zakořeňovaný smysl pro solidaritu a soudržnost, prohlubovaný katolickou církví a stejně tak i představiteli našeho státu po první světové válce je dost hluboce usazen, než bychom nad ním museli přemýšlet a rozmýšlet se příliš dlouho. Očekáváme nejen participaci širší rodiny, ale i obce a státu. T. G. Masaryk viděl hlavní úkol státu, tedy organizované moci, ve vytváření podmínek pro to, aby každý jednotlivec co nejvíce vládl sám sebou a svým věcem (Matoušek 2001). Nikdo nezpochybňuje, že základním poskytovatelem péče má být rodina, jenom se zdá, že tváří tvář problému zjistíme, že samozřejmost nelze samozřejmě a bez přispění státu vykonávat.

Modely finanční pomoci v rámci zemí Evropské unie se snaží kompenzovat ekonomické ztráty pečujících osob (U nás zákonem nevymezeno jako náhrada ekonomické ztráty pečující osoby, pozn. autorky). Jsou nezbytné v případech, kdy je výkon péče neslučitelný s jakoukoli účastí na trhu práce. Jejich motivační složkou je snížení poptávky po formálních službách, cílem je zachování přirozeného prostředí pečované osobě. Diskutabilní je dostatečnost finančních příspěvků. Nejen s ohledem na to, že je jen velmi nízkou odměnou s aktuálním rozsahem poskytované péče, kdy i v případech, kdy je finanční příspěvek stanoven v závislosti na minimální mzdě, je celkový objem poskytovaných služeb obvykle mnohem vyšší, než jsou vypočtené placené hodiny. Nízká úroveň finančního ohodnocení prohlubuje genderovou nerovnost „zaměstnanců“ a tím i příjmovou nerovnost a nerovnost v důchodových náhradách. Z výzkumu v rámci Evropské unie vyplynula ještě další otázka do diskuze o postavení pečujících osob a tou je nerovnost až diskvalifikace účasti pečujících osob na společenském životě.

Cílem modelů je odlehčení fyzické a psychické zátěže péče, zmírnění izolace pečujících osob a zvýšení informovanosti v dané problematice. Model, který by řešil komplexně problematiku péče, zatím nebyl zaveden v žádné ze zemí Evropské unie.

8. Rozhovory s pečujícími osobami

V průběhu měsíců leden až duben 2011 byly uskutečněny rozhovory s pečujícími osobami v okrese Sokolov. Tyto rozhovory byly umožněny díky spolupráci s pracovníci Městského úřadu Sokolov, odbor sociálních věcí a zdravotnictví, oddělení sociálních služeb, které zprostředkovaly možnost se s pečujícími setkat v závěru jejich šetření v domácnosti pečované osoby. Pracovnice si vyměnily anonymitu jak svou, tak i pečujících osob, které vyslovily souhlas s rozhovorem. Rozhovor byl strukturován do několika částí. Úvodní části v rámci zkrácení doby rozhovoru doplnily sociální pracovníce. Jednalo se o informace o pohlaví pečující osoby, její věk (pečující osoby byly vybrány pouze v produktivním věku⁴⁵, rovněž i vytipovaly pečující osoby s dobou péče trvající více než pět let a pečované osoby v závislosti ve stupních III. a IV. Rozhovorů bylo uskutečněno 15.

V rozhovorech mne zejména zajímalo, zda pečující osoba (dále jen pečující) byla před započatím péče zaměstnána, zda je v současné době i nadále zaměstnána (pokud ano, jakou formou – plný úvazek zkrácený, nelegální zaměstnání apod.). Dále zda využívá respitních služeb a jakých. Čím se zabývá mimo oblast péče – zájmy a koníčky – volný čas.

Součástí rozhovorů bylo i zjišťování subjektivních pocitů pečující osoby, zda ji péče naplňuje, zda jí s péčí pomáhá někdo z rodiny, jaké je ocenění péče širší rodinou, jak vnímá pomoc státu a obce, zda počítá s návratem do zaměstnání.

Na závěr, když byl navázán dobrý kontakt a překonány bariéry ostychu a strachu pečující osoby (například proto, že si dělám při rozhovoru poznámky), jsem pečující osobě položila otázku, zda by se mohla na chvíli zamyslet, oprostít se od pocitů povinnosti, společenského očekávání, očekávání pečované osoby, tedy bez ohledu na city jak svoje, tak i okolí, a odpovědět na hypotetickou otázku: „Kdybyste se bez těchto ohledů mohl/a dnes rozhodnout mezi volbou celodenní péče a možností setrvat v zaměstnání a péči svěřit jiné osobě, osobám či institucím, rozhodla byste se pro péči, či pro možnost pracovat a o tuto osobu pečovat pouze příležitostně, po práci, ve svém volném čase?“ Tato otázka se mi

⁴⁵ Vzhledem k omezeným možnostem přístupu k pečujícím osobám, jsem se rozhodla nekombinovat situace osob, které jsou odkázány na příspěvek na péči, jakožto jediný zdroj příjmu, pokud nevykonává

zdála velmi zásadní. Spojená přes veškeré úsilí pečujícího s emotivním nábojem, s pocity viny, selhání a osobní nedostatečnosti a musím říci, že já sama bych měla s odpovědí velký problém.

8.1. Vyhodnocení rozhovorů

Z patnácti dotazovaných byly zastoupeny ženy v poměru k mužům **11:4**. Tato skutečnost odpovídá i výzkumům uvedeným již výše v této práci (př. [Graf č. 4](#)). Vyšší zastoupení žen nevypovídá jenom o tom, že je tato práce málo finančně i společensky ohodnocena. Dle mého soudu vychází i ze samotné podstaty rozdílů mezi muži a ženami. Ženy byly vždy ty, které se i v historii věnovaly péči, ať již o děti, nebo o rodinu jako takovou či o nemocné.

Věkové rozmezí dotazovaných osob bylo ženy: 45 – 59; muži 54 – 63 let. Péči poskytovala jedna žena po dobu delší 15 let, **1** žena po dobu 12 let, **2** ženy po dobu 10 let a ostatní ženy a muži, tedy **11** osob, po dobu šesti až devíti let. Z těchto osob bylo před započítáním péče **9** osob zaměstnaných, ostatní osoby vyživoval před péčí jiný rodinný příslušník a byly v domácnosti. Těchto **6** osob v domácnosti byly ženy.

Na otázku „Jaký je Váš současný zdroj příjmů?“ odpověděly všechny pečující osoby, že jejich zdrojem je příspěvek na péči, k tomu **9** osob udalo ještě jiný zdroj příjmů. Jako jiný zdroj příjmů uvedlo **6** osob přivýdělek v rámci legálních smluv o pracovním či jiném, obdobném poměru a **5** osob přiznalo nelegální zdroj příjmů. Co se týče legálních přivýdělků, tyto byly z většiny získávány domácí prací. Domácí práce byly typu montáž drobných součástek, kompletace a rozesílání reklamních materiálů apod. Nelegálním zdrojem příjmů bylo v jednom případě uvedeno příležitostné krátkodobé hlídání dětí, ve dvou případech to bylo vykonávání domácích prací v domácnosti pečované osoby pro jinou fyzickou osobu (praní a žehlení prádla), v jednom případě to bylo pravidelné vedení účetní dokumentace pro jinou osobu samostatně výdělečně činnou a v jednom případě to bylo příležitostné provozování původní živnosti – kadeřnické a pedikérské služby. Velmi zajímavý je důvod přivýdělku. Je jím pochopitelně finanční přilepšení pečujících, ale při bližším dotazování vyplynulo, že osoby, které pracují na základě legálně uzavřené

pečující k péči další práci., s osobami zajištěnými již vlastním příjmem z důchodového pojištění.

smlouvy, tuto činnost vykonávají zejména a jenom z důvodu nutnosti získat další finanční prostředky, zatímco osoby, které vykonávají nelegální výdělečnou činnost, toto zdůvodňovaly krom finanční stránky i potřebou seberealizace a udržování původních kontaktů. V jednom případě byl uveden jako důvod relaxace, resp. odpočinek od psychické zátěže péče.

Tím jsme se většinou v rozhovoru posunuli na hodnocení výše vypláceného příspěvku. Příspěvek byl vyplácen ve 4 případech ve IV. stupni závislosti na pomoci jiné fyzické osoby, tedy ve výši 12 tis. Kč a v 11 případech v III. stupni závislosti, tedy ve výši 8 tisíc Kč. Ve dvou případech (ženy, IV. stupeň) byl vyplácený příspěvek uznán jako dostatečný k úhradě nákladů spojených s péčí, tedy i obživu pečující osoby. V těchto dvou případech žily tyto osoby ve vlastním rodinném domě, ve městě, v dostupnosti infrastruktury. V ostatních případech, kdy byla výše příspěvku vyhodnocena jako nedostatečná, žily v rodinném domě na okraji města, s hůře dostupnou infrastrukturou - 2 osoby, z nichž jedna osoba žila v obecním bytě v obci vzdálené od města cca 5 km (obec s částečně dostupnou infrastrukturou - obchody se základními potravinami, praktický lékař). Ostatní osoby žily v nájemních bytech ve městě s dostupnou infrastrukturou. V šesti případech, kdy nebyla avizována legální či nelegální výdělečná činnost, bylo upřesněno, že pečovaná osoba je poživitelem starobního (1 případ), resp. invalidního důchodu a tento společně s příspěvkem na péči je dostačující k pokrytí potřeb spojených s péčí a současně i k pokrytí potřeb pečující i pečované osoby. Jako srovnání zde uvádím výsledky rozboru PnP za rok 2010.

Tabulka č. 11: Příspěvek na péči dle způsobu použití

Způsob péče(jako pečující je uveden/a)	Celkem	Podíl v procentech
FO – osoba blízká	156 032	52,76
FO – jiná osoba	16 760	5,67
FO – více osob	40 961	13,85
Jeden reg. poskytovatel soc. služeb	52 891	17,88
Více reg. poskytovatelů soc. služeb	1 032	0,35
Kombinace péče FO a reg. poskytovatele sos. služeb	29 970	9,45
Celkem	295 754	100

Zdroj: PAVLÍK, R., (2010: 53)

„Z hlediska způsobu použití je zcela zjevné, že PnP je využíván především při zajištění péče fyzickou osobou, tj. nejčastěji členem rodiny. U poskytovatelů sociálních služeb je využíván PnP jako zdroj úhrady odebrané péče v cca 28% případů. Především ve smyslu prosazování sdílené péče je způsob využití PnP v kombinaci neformální péče a profesionálního poskytovatele velmi nízký. Odhadem lze uvést, že z celkového objemu vyplacených PnP (cca 18 mld. Kč) je jako úhrada použito minimálně 5 mld. Kč.“ (Pavlík, 2010: 13)

Na otázku, zda využívá pečující osoba odlehčovacích služeb, pokud ano, tak jakých a v jakém rozsahu, pokud ne, tak z jakého důvodu, odpověděla pouze jedna osoba, že využívá služeb na základě smlouvy o poskytování služeb, a to v rozsahu asi 2 hodiny týdně (nepravidelně). Zejména využívá služeb pedikérských, někdy služeb dovoz obědů a při svých vlastních zdravotních potížích (bolesti zad) využívá služeb péče k pomoci při koupání a mytí, kdy je již nad její síly toto zvládnout. Tato osoba – žena, uvedla, že posledně jmenované služby využívá čím dál častěji, jednak z výše uvedeného důvodu, jednak „protože se jí tato činnost protíví“.

Osoby, které péči nevyužívají, uvedly, že to zatím není třeba – tedy že péči doposud zvládají (8 osob). Při bližším zkoumání vyšlo najevo, že jim s náročnější péčí pomáhá jiný člen domácnosti (například při mytí, ale i při obstarávání pochůzek pro pečujícího i pro pečovanou osobu a rovněž tak i ve dvou případech při transportu pečované osoby, například k lékaři nebo na návštěvu). Ostatní osoby (6 osob) uvedlo, že si nemohou respitní péči dovolit (5 případů) a v jednom případě nevěděla pečující osoba, kam by se o pomoc měla obrátit.

Otázka o případném návratu do zaměstnání byla přijímána tu s údivem, tu rozpačitě. Dva dotazovaní uvedli, že pokud „to přežijí“, tak se do zaměstnání vrátí. Na bližší dotaz vysvětlili, že (prakticky u obou totéž, řečeno jinými slovy) počítají s tím, že buď se stav pečované osoby zlepší, nebo v případě dalšího zhoršení budou muset pečovaného umístit do některého z domovů. Pět dotazovaných odpovědělo, že se nad tím nikdy nezamýšleli, a pokud ta situace nastane, tak o tom budou teprve přemýšlet. Tři respondenti odpověděli ANO, ale s tím, že se již nebudou moci vrátit k původní profesi, neboť jim v této profesi „již ujel vlak“ a budou muset vzít zavděk jakoukoli prací, nebo se zaevidovat na úřadu práce. Ostatní (5 respondentů) odpověděli NE, a to z důvodu vysokého věku (2 respondenti) a špatného zdravotního stavu (3 respondenti).

Skutečný prostor k diskuzi navodila otázka „Kdybyste bez těchto ohledů mohl/a dnes rozhodnout mezi volbou celodenní péče a možností setrvat v zaměstnání a péči svěřit jiné osobě, osobám, či institucím, rozhodl/a byste se pro péči, či pro možnost pracovat a o tuto osobu pečovat pouze příležitostně, po práci, ve svém volném čase?“ Velmi často se stalo, že dotazovaný ihned a bez rozmyšlení odpověděl „ano“, ale vzápětí vzal odpověď zpět. Začal s otázkou polemizovat. Nechyběly dotazy „A kdo by tedy péči konkrétně vykonával?“, „Z čeho bych tuto péči uhradil?“, „Mohl by pečovaný zůstat doma, nebo bych jej musel odvážet kamsi do denního stacionáře?“, „Jak bych mu to mohl udělat?“, „Jak bych to vysvětlil okolí (rodině)?“ Bylo marné přesvědčování, že jde o hypotetickou otázku a že by se měl pečující zamyslet bez ohledu na city a pocity jak své, tak pečovaného a okolí. Nejdříve jsme diskutovali o těchto otázkách. Péči by pečující ve většině případů svěřil/a nejráději někomu blízkému z rodiny, případně ze širšího okolí známých (8 respondentů). Jenom tři respondenti připustili svěření péče pečovatelským službám. Jeden respondent v této otázce namítal, že by se to muselo nejdříve vyzkoušet a teprve v případě, že by vše fungovalo a pečovaný by neměl s takovouto péčí problém, tak by se on sám vrátil do zaměstnání. Tři respondenti by přistoupili na pobytové služby trvalého charakteru s ohledem na profesní vytížení, kdy by nebyli schopni k práci nadále ve svém volnu pečovat. Devět z těchto respondentů jakoukoli náhradní péči připouští s výhradou, že by tato byla pouze dočasná. Do jaké míry dočasná nebyli schopni uvést. Důvodem, proč by na tuto dočasnou péči přistoupili, byl ve čtyřech případech pocit, že by si již chtěli na nějaký čas odpočinout od péče a po nabrání sil se k péči na plný úvazek vrátit. Tento aspekt se mi zdál jako velmi zajímavý, proto jsem tuto myšlenku rozváděla dál, s tím, zdali jsou přesvědčeni, že by se po nějaké době „odpočinku“ v podobě klasického zaměstnání s vymezenou pracovní dobou i vymezenými povinnostmi dokázali a chtěli vrátit k péči. K mému zklamání však žádný z dotazovaných neodpověděl jednoznačně. Většinou je spíše tato otázka uvedla do rozpaků, jako by se styděli za to, že mají potřebu si od péče „odpočinout“. Jedenáct respondentů namítalo, že by na péči jiné osoby, případně služby, neměl dostatek finančních prostředků. Jejich argumentem bylo, že kdyby péči měli uhradit, museli by si najít ještě „brigádu“ a tím by se ovšem navýšil počet hodin placené péče, pokud by se o osobu měli starat ve svém volnu.

U otázek, jak by svůj postoj vysvětlil pečovanému, případně rodině a okolí, jsme se „nepohnuli z místa“. Pro všech 15 respondentů bylo nepředstavitelné, že by pečovanému a rodině sdělili holý fakt, že pečovat již nemůžou, případně nechtějí. Tato patová situace se

nicméně stala výchozí pro možnost připuštění, že jde o otázku hypotetickou, bez emocí a s tím, že jejich odpověď se vlastně konkrétně nikdo nedozví, neboť je rozhovor anonymní. Za takto nastolené situace odpovědělo i přesto 6 dotazovaných, že kdyby se měli nyní pro péči znovu rozhodnout, rozhodlo by „ANO“ a osm tázaných by rozhodlo „NE“.

8.1.1. Další poznatky z rozhovorů s pečujícími

Při rozhovoru byly zmiňovány i otázky, jak pečující vnímá pomoc státu. Většina pečujících spíše krčila rameny. Zejména ti, kteří pečovali již před rokem 2007⁴⁶, jsou velmi rádi, že se příspěvek na péči oproti původnímu příspěvku při péči o osobu blízkou zvýšil. Problémy měli kromě jednoho dotázaného (osoba pracující před započatím péče ve sféře služeb) všichni v začátcích péče: *„Když jsem se rozhodla dát v práci výpověď a zůstat doma s maminkou po v pořadí již třetí prodělané mozkové mrtvici, byla jsem velmi ráda, že mi zaměstnavatel vyšel vstříc a ukončil se mnou pracovní poměr dohodou k nejbližšímu možnému datu. Najednou jsem byla tedy po letech zaměstnání doma, s maminkou, která měla problém mi i sdělit svá přání a pocity a já vůbec nevěděla, co bude dál. Manžel se o mne sice finančně postaral, ale už mu nezbyval čas na to, aby mi byl nápomocen při péči, a mnohokrát jsem žebrala u sousedů a známých, zda by se mnou například maminku nemohli odvézt na vyšetření do nemocnice. Nejhorší byla doba, kdy jsem začala pro maminku vyřizovat průkazku ZTP a musela jsem s ní strávit mnoho hodin u posudkového lékaře. Tam mne sice známí odvezli, ale nemohli na mne tak dlouho čekat a já po vyšetření ještě další hodinu sháněla odvoz. Když jsem potom na radu lékaře asi za měsíc začala obíhat příspěvek na péči, a znovu mi přišla pozvánka k témuž posudkovému lékaři, volala jsem mu v domnění, že maminku před nedávnem viděl a posudek tedy udělá podle poslední návštěvy. Lékař mi však sdělil, že už zažil i případy, kdy beznohý najednou znovu chodil a on riskovat nemůže a že musíme přijet znovu. Myslím, že to pro mne bylo asi nejhorší období. Teprve za dlouho potom jsem se dozvěděla, že mám možnost požádat o příspěvek na nákup motorového vozidla a o příspěvek na benzin a tak se stát alespoň zčásti nezávislou na dobré vůli a možnostech známých.“* (J. K., leden 2011). Tento příklad zde uvádím za všechny. V mnoha případech si totiž pečující stěžují, že od počátku péče nemají žádné informace, co vlastně dělat, na co mají nárok, jaké jsou možnosti apod. Zajímavá

diskuse se rozvinula o důchodovém zabezpečení. Pečující muž (U. K., 63 let, březen 2011) upozorňoval na nerovnou situaci v důchodovém zabezpečení pečujících osob. Zatímco osobám, které pracují, je započítávána částka skutečného příjmu, pečující je limitován do 1. 1. 2007 částkou příjmu do 8 tisíc Kč. Po tomto datu je mu důchod vypočítáván ze skutečně pobírané výše příspěvku na péči. Pan U. K. nemá pocit, že 8 tisíc korun je adekvátní odměna za práci, kterou vykonává, a má za to, že by mu měl být po dobu péče započítáván příjem, jaký měl před započítáním péče v zaměstnání.⁴⁷

Další věcí, kterou považuje tento pečující muž za diskriminační, je to, že pokud ten, kdo již pobírá starobní důchod, ještě pracuje, může si požádat o navýšení důchodu za každý rok. Když bude pečující osoba pracovat – ve smyslu pečovat i po dovršení důchodového věku, tak je jí tato možnost navýšení důchodu upřena⁴⁸. Pan U. K. si je vědom, neboť legislativní změny v této problematice dlouhodobě sleduje, že díky zásahu Úřadu ombudsmana došlo k významným změnám v započítávání náhradní doby pojištění. Před schválením novely o důchodovém pojištění⁴⁹ se dlouhodobá péče promítala do výpočtu výše důchodu v zásadě výrazně negativně. Pokud byla doba péče delší pěti let,

⁴⁶ Tedy před tím, než vstoupil v účinnost Zákon č. 108/2006 Sb., - pozn. autorky

⁴⁷ Doba takové péče se pro účely důchodového pojištění hodnotí jako doba pojištění, tedy obdobně jako např. doba zaměstnání nebo doba samostatné výdělečné činnosti. Osobou, o níž je pečováno, však musí být osoba závislá na pomoci jiné fyzické osoby ve stupni I mladší 10 let, popř. osoba závislá na pomoci jiné fyzické osoby ve stupni II-IV jakéhokoliv věku (ust. § 5 odst. 1 písm. s) zákona o důchodovém pojištění). Doba péče o jiné osoby není považována za dobu důchodového pojištění. Další podmínkou hodnocení je, že pečující osoba musí žít s osobou opečovávanou v domácnosti; podmínka domácnosti se ovšem nevyžaduje, jde-li o blízkou osobu (tzn. manžela, příbuzného v řadě přímé, dítě vlastní, osvojené popř. svěřené rozhodnutím příslušného orgánu do péče nahrazující péči rodičů, dále sourozence, zetě, snachu nebo manžela rodiče, anebo osobu, která je v některém z uvedených vztahů k manželu pečující osoby).

Uvedená doba péče se hodnotí plně jak pro účely nároku na důchod, tak pro účely jeho výše. Navíc, zasahuje-li do rozhodného období (období, ze kterého je zjišťována výše výpočtového základu pojištěnce), považuje se v plném rozsahu za dobu vyloučenou, tj. výdělky osoby dosažené v předchozím nebo následném období výdělečné činnosti nejsou rozměňovány do období, kdy, z důvodu péče o osobu závislou, nebylo dosahováno adekvátních příjmů. Doba této péče se prokazuje rozhodnutím OSSZ/PSSZ/MSSZ o době a rozsahu péče. Návrh na zahájení řízení o vydání tohoto rozhodnutí lze podat nejdříve po skončení péče nebo v době jejího trvání v souvislosti s podáním žádosti o přiznání důchodu, nejpozději však do dvou let od skončení péče. Dostupné z: <http://www.cssz.cz/cz/informace/nejcastejsi-dotazy/nejcastejsi-dotazy- Duchodove-pojisteni.htm> > [cit. 20.04.2011]

⁴⁸ Zvýšení se provádí na žádost pojištěnce a přizná se vždy od data, od něhož jsou splněny podmínky pro toto zvýšení. Zvýšení náleží ve výši 0,4 % výpočtového základu za každých 360 kalendářních dnů výkonu výdělečné činnosti, je-li starobní důchod vyplácen v plné výši; toto zvýšení náleží vždy až po dvou letech nepřetržitého výkonu výdělečné činnosti (za takový se považuje i situace, kdy na kalendářní den skončení bezprostředně navazuje kalendářní den začátku výkonu jiné výdělečné činnosti). Toto zvýšení náleží též v případech, že poživatel starobního důchodu získá alespoň 360 dnů výdělečné činnosti a zaměstnání ukončí (§ 34 odst. 4 zdp). (Přehled základních změn v oblasti důchodového pojištění od 1.1.2009 provedených zákonem č. 306/2008 Sb. a zákonem č. 479/2008 Sb.)

⁴⁹ Zákon č. 306/2008Sb., kterým se mění zákon č. 155/1995 Sb. o důch. pojištění, platnost od 1.1.2010

nad tuto hranici se vyloučená doba krátila na polovinu. Tak docházelo k rozmělnění výdělků a pečující byl paradoxně „trestán“ za snahu si legálně přivydělat. Podle priority vyměřovacích základů před vyloučenou dobou docházelo u pečujících při výpočtu důchodu k dalšímu rozmělnění výdělků. Bylo tedy výhodnější přivydělávat si nelegálně a nechat si důchod spočítat z výdělků před započítáním péče. Novelou je stanoveno, že pokud se vyloučená doba kryje s dobou účasti na pojištění pečujících osob, vychází se z výpočtu pro pečujícího výhodnějšího ([viz poznámka pod čarou č. 47](#)). Bohužel nebyla akceptována žádost veřejného ochránce práv o zavedení speciálního výpočtu starobního důchodu pro osoby dlouhodobě pečující. Přitom pádným argumentem ombudsmana byla skutečnost, že omezení pracovního potenciálu způsobeného péčí o osobu závislou na pomoci jiné fyzické osoby je srovnatelné s omezením způsobeným např. invaliditou.

Paní J. K., která pečuje již více než sedm let, jako největší problém vidí skutečnost, že jsou s pečovaným manželem trvale finančně závislí na svém již dospělém synovi. Je jí líto, že místo aby ona jako matka mu mohla svými úsporami přispět k lepšímu, syn pravidelně nakupuje a rovněž, pokud se porouchá některý ze spotřebičů, koupí jej syn na spotřebitelský úvěr a sám jej splácí. *„Mám strach, že za této situace si syn ani nezaloží rodinu. Která by ho chtěla, když mu visí táta s mámou na krku. Každá bude chtít cestovat, mít auto a děti. Před manželem o tom mluvit nesmím, ten to neuznává, tvrdí, že my se o něj starali dřív, teď ať se postará on o nás. Ale my se o něj starali jako o naše chtěné dítě. On si starost o nás nevybral a to chtěné dítě mít kvůli tomu nemůže.“* Tento příklad uvádím spíš pro dokreslení situace v rodinách pečujících. Špatný zdravotní stav jednoho člena rodiny ovlivňuje horizontálně i vertikálně celou rodinu. V rodině paní J. K. je situace sice trochu smutná, ale na druhou stranu je zde patrná semknutost rodiny, odhodlání si vzájemně pomáhat – každý podle svých sil a možností. Syn paní J. K. za ni nepřevzme břemeno péče, a to bohužel ani krátkodobě. Nemůže. Je zaměstnaný, mladý, chce mít také svůj život a záliby. Nicméně se stará o finanční dostatečnost podle svých sil a také zaopatřuje domácnost svých rodičů po technické stránce.

Jinde situace vypadá hůř.: *„Když tenkrát manžela porazilo auto, bylo mu 45 a mně 35 let.“* vypráví klientka Z. K. *„V prvních měsících jezdili za ním do nemocnice i za mnou domů snad všichni manželovi známí a příbuzní. Mnohdy jsem z jejich „psychické podpory“ byla hodně unavená. Když se manžel vrátil z nemocnice, návštěv postupně ubývalo a těch, kteří byli ochotni pomoci i jinak, nežli popíjením kávy a klábosením, ze*

všeho nejvíc. Za několik málo let zbylo pár přátel (resp. dva) a z manželovy rodiny se místo pomoci ozývaly pouze slova kritiky a slovních útoků. Nejhůře se jeho rodina zachovala v době, kdy měl manžel těžký zápal plic a byl v nemocnici. Navštívili ho i s právníkem a nechali podepsat darovací listinu našeho domu na jednu z jeho sester s klauzulí o tom, že jsem se o něj vlastně nestarala a navíc mu usiluji o život. Manžel sice po vyzdravení vzal tento dar zpět a musím říci, že i plakal, když se mi omlouval, ale já jsem se psychicky sesypala. Od té doby sice pečuji, ale nevěřím nikomu a ničemu, bojím se toho, co přijde, bojím se, že až třeba manžel zemře, tak zůstanu bez střechy nad hlavou, protože ani manžel bezpečně neví, zda nepodepsal těch dokumentů víc a v jakém znění. Nejhorší je, že mám již dnes tak velké problémy se zády a ženskými orgány, že ani nevím, jak dlouho bude trvat a budu sama invalidní, odkázána na pomoc někoho jiného – ale koho.“ V tomto případě, a jistě není krajní, se role rodiny otočila proti pečující osobě. Není předmětem zkoumání, proč se rodina zachovala a chová tímto způsobem. Spíše se zde nabízí otázka, proč paní Z. K. neměla možnost obrátit se na instituci, která by jí podala právní radu, podporu psychologa apod. Pečující je mnohdy ve své roli osamocen. Pozornost všech je zaměřena maximálně směrem k pečovanému. Legislativně je ukotvena kontrola výkonu péče. Toto se volně dá vyložit jako kontrola výkonu práce pečovatele. Pracovní podmínky pečovatelů řešeny nejsou⁵⁰, neboť jejich práce není založena na smlouvě o pracovním či jiném, obdobném poměru.

⁵⁰ Zaměstnavatelé jsou povinni vytvářet zaměstnancům pracovní podmínky, které umožňují bezpečný výkon práce; za tím účelem zajišťují zejména pracovnělékařskou péči (Zákoník práce, §224, odst. 1, písm. d) v platném znění)

9. Závěr

Současným trendem naší sociální politiky je snaha přiblížit sociální péči směrem ke klientovi, přizpůsobit ji jeho potřebám a možnostem. Po schválení zákona o sociálních službách jako by se tato tendence nasýtila. Jak jinak si vysvětlit absenci možnosti 24hodinové domácí péče, vysoké ceny za jednotlivé úkony apod. Se současnou ekonomickou krizí lze předpokládat, že tato problematika ustoupí do pozadí ještě více. Politici by proto měli i nadále v budoucnu věnovat pozornost tématům cenové dostupnosti a přístupnosti péče pro všechny.

Péče v přirozeném prostředí je jednoznačně preferována celosvětově. Někdy však vzbuzuje dojem „levné péče“. Neformální péče ovšem nemůže být z hlediska celospolečenského a dlouhodobého levná. Náklady jsou vysoké a finančně někdy těžko vyčíslitelné, zejména pokud vezmeme v potaz hodiny spotřebované samotnou péčí, zhoršenou kvalitou života nejen pečujících osob, ale i jejich rodin. Dále pak zhoršené zdraví pečujících v důsledku dlouhodobé péče, ztížení jejich společenského a pracovního uplatnění v dlouhodobém horizontu. Tyto skutečnosti dokazují již i v této práci uvedené výzkumy. Společnosti mnohdy vynakládají větší prostředky prostřednictvím neformální péče než prostřednictvím péče formální.

Zpráva OECD (OECD, 2005 in MPSV, 2010) zdůrazňuje, že rodinní pečující nemohou být považováni jen za samozřejmý zdroj péče, ale i oni vyžadují podporu. Výzkumy i rozhovory s pečujícími osobami ukazují na širokou a doposud neřešenou problematiku pečujících. Nikdo z dotazovaných si přímo nestěžuje na nedostatečné ohodnocení jejich činnosti – péče. Jak ale z rozhovorů vyplývá, pečující postrádají jakékoli zázeší. Jako by se současně se situací, kdy začali pečovat, stali pro společnost nezbytnou zátěží. Přitom výzkumy dokazují opak. Tito lidé vykonávají práci, která je při formální péči ceněna dle rozsahu minimálně časového. Ti, kteří péči vykonávají v rámci svého zaměstnání, jsou ohodnoceni přímo a zajištěni v nemoci, v nezaměstnanosti i ve stáří. Většina z pečujících by raději pracovala na základě pracovní smlouvy a péči vykonávala ve svém volnu. Z toho vyplývá, že se nezříkají zodpovědnosti v rámci rodiny, nechtějí delegovat svůj problém na společnost, jenom jsou ve stávajícím systému po několika letech péče vyčerpaní a toto vyčerpání hraničí s vyhořením.

Politika zlepšení socioekonomické situace dlouhodobě pečujících osob by měla být

realizována ve všech liniích souběžně a propojeně, aby byla její účinnost nejen včasná, ale i komplexní. Vymezením zásadní problematiky pečujících lze naznačit možné cesty řešení.

9.1. Zdravotní problematika

Z výzkumů vyplývá, že pečující osoba již po pěti letech péče pociťuje zhoršení zdravotního stavu ([viz příloha č. 3 této práce](#)). Toto je buď přímým důsledkem péče – bolesti kloubů a páteře – zejména péče o zdravotně postižené s poruchou mobility, nebo nepřímým, psychickým důsledkem, kdy je pečující vystavován permanentně stresové zátěži, spojené jak s péčí samotnou (Jak to zvládnou? Co se stane, když nebudu schopen pečovat?) či nepřímou (Z čeho budu hradit náklady na své základní potřeby a bydlení, pokud bude pečovaná osoba např. hospitalizována na dobu delší než jeden měsíc?) (Štollová, 2009; Michalík, Valenta, 2009). Podle výzkumu se téměř 29% pečujících osob „děsí toho, co přinese budoucnost“.

Ke zlepšení zdravotního stavu, a to fyzického i psychického, je nutné podpořit pečující osobu v její práci a odlehčit zátěž péče na snesitelnou mez. Je velmi složité stanovit kritéria, v jakém časovém či úkonovém rozpětí by měla být poskytována respitní péče, ale vycházet lze částečně z výše uvedených projektů, praktikovaných v rámci Evropské unie. Odlehčovací péče poskytovaná v rámci projektu „Volno pro rodinu“, který je uveden do praxe v Rakousku, je poskytnuta po dobu tří týdnů v roce, kdy pečující osobě je poskytnuta placená dovolená, jejíž součástí je i rehabilitační a lázeňská péče a po tuto dobu je pečovanému poskytnuta bezplatná náhradní péče.

Co se týká odlehčovací péče v průběhu roku, mělo by dojít k individuálnímu posouzení potřeb jak pečovaného, tak i pečující osoby. Jiná potřebnost bude v případě péče o pacienta s mírnou imobilitou, kdy pečující osobou bude zdravý muž v produktivním věku, a jiná potřeba respitní péče bude v případě imobilního pečovaného, kde péči poskytuje manželka v důchodovém věku.

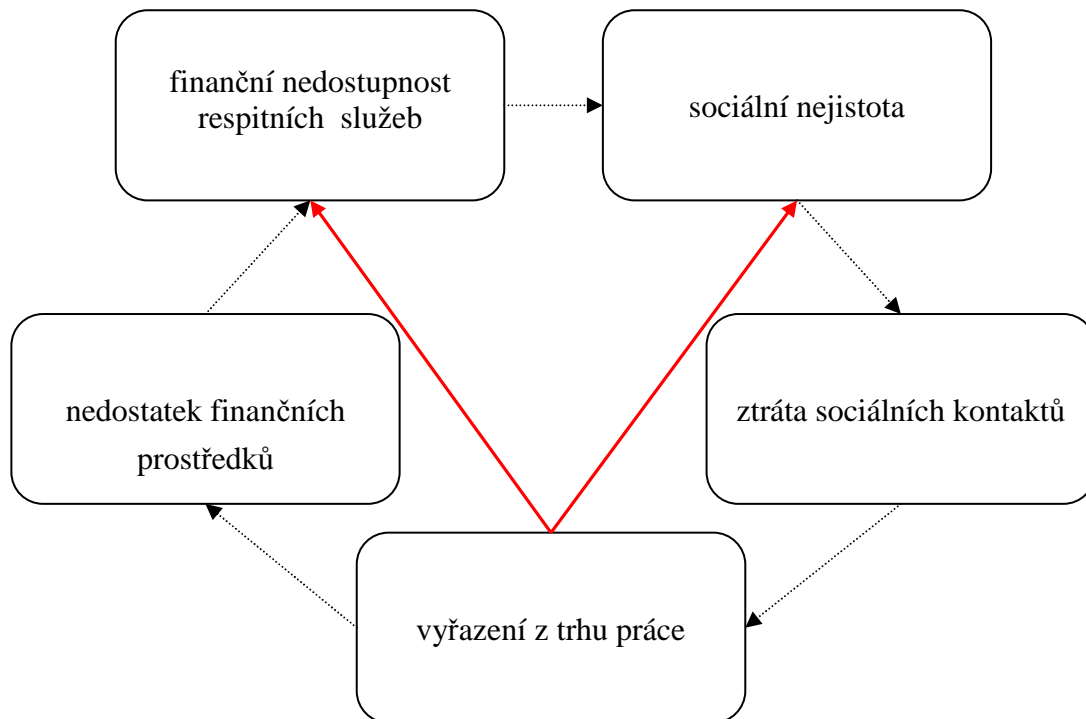
Omezení zdravotních důsledků dlouhodobé péče by mělo být docíleno soustavnou a pravidelnou lékařskou péčí, tedy pravidelnými preventivními prohlídkami tak, jak je tomu u zaměstnanců, a případnou lázeňskou a rekreační péčí. Při dlouhodobé péči (od 5 let více) dochází ke zhoršení psychického stavu, k následnému vyčerpání a vyhoření. Z tohoto

důvodu je vhodné poskytnout pečujícím psychosociální terapii a psychologické poradenství zajištěné odborníky.

9.2. Ekonomická problematika

Ekonomická situace pečujících osob se se započítím péče zhoršuje (52% udává zhoršení ekonomické situace; Michalík, Valenta, 2009), a to jednak z důvodu opuštění dosavadní výdělečné činnosti, jednak z důvodu dalších nákladů spojených s péčí ([viz Graf. č. 2 této práce](#)). Jedním z řešení je použití již výše zmíněného modelu osobního rozpočtu, kdy je péče hrazena podle skutečně poptávané péče v hodinové sazbě, a to ať již formálnímu pečujícímu, nebo pečovateli z okruhu rodiny, či jiné fyzické osobě. Tento model v našich podmínkách nemá příliš velkou naději na politickou průchodnost, a to zejména s ohledem na svoji finanční náročnost. Nicméně nedostatek finančních prostředků je provázán s ostatní problematikou pečujících osob, jak je ukázáno na modelu kauzálního vztahu hlavních problémů pečujících osob.

Obr. č. 4: Kauzální vztah hlavních problémů pečujících osob



Zdroj: autorka

9.2.1. Poskytnutí odlehčovacích služeb

Jak vyplynulo z rozhovorů, pečujícím osobám se nedostává zejména finančních prostředků na využití respitních služeb. Mnoho z nich si rovněž přivydělává nelegálními formami práce. Poskytnutím bezplatných respitních služeb v rozmezí individuální potřeby by jednak odpadl problém finanční nedostupnosti respitní péče, jednak by pečující osobě vznikl časový prostor pro výkon přivýdělečné činnosti nebo pro realizaci svých vlastních společenských, kulturních a sociálních potřeb.

Na základě této varianty by došlo k navýšení volného času pečujících osob, nutného pro nabytí nových sil, udržení sociálních kontaktů mimo oblast péče a případně k doplňování a udržování znalostí a dovedností. Varianta zahrnuje pouze dílčí úpravy stávající politiky (zákon č. 108 /2006 Sb., - příspěvek na péči) které by vyžadovaly minimální finanční a lidské zdroje ve srovnání s jinými variantami (např. varianta péče vykonávaná formou pracovního poměru na základě smlouvy o péči). Na zvažování je i využití dotačních programů (ESF, OPLZZ, IOP), kdy by mohly být současně podporovány volnočasové a vzdělávací aktivity pečujících osob, zvýhodněno navyšování objemu poskytovaných sociálních služeb, zvyšována kvalita a dostupnost veřejných služeb.

Tímto opatřením by mohly získat pečující osoby zákonné volno v rozsahu 3 kalendářních dní v měsíci a tři týdny zdravotně rehabilitační dovolené jedenkrát v roce. Opatření by mělo motivační a stabilizující charakter.

9.2.2. Odstranění povinnosti hradit regulační poplatek u lékaře

Dalším zdrojem finančních úspor, o kterém v této práci doposud nebyla zmínka, je možnost vyloučení pečujících i pečovaných z povinnosti hrazení regulačních poplatků u lékaře a za položku na receptu. Péče o zdraví a dostupnost zdravotní péče je obecně přijímaným kritériem měření kvality života. Pečující osoby nejsou uživateli dávek pomoci v hmotné nouzi, a proto nejsou zahrnuty do výjimky, která zvýhodňuje přístup ke zdravotní péči osobám v hmotné nouzi. Ale pečující osoby jsou „osobami bez příjmů“, pokud je jejich jediným zdrojem příspěvek na péči (příspěvek na péči se do příjmů

nezapočítává⁵¹). Tímto způsobem by byla odstraněna určitá diskriminace v přístupu ke zdravotní péči pečujících osob. Pečovaní by do této výjimky byli zahrnuti po přezkoumání jejich příjmů.

9.2.3. Pečování na základě smlouvy o péči

Jedná se o zákonné vymezení péče fyzické osoby o osobu závislou na pomoci jiné FO ve stupni závislosti III., resp. IV. na úrovni pracovního poměru se stanovením práv a povinností, rozsahem péče (časovým i věcným) a stanovenou odměnou za práci. Zaměstnavatelem pečující osoby by byl v tomto případě stát, respektive obec s rozšířenou působností, která již na základě rozšířené působnosti vyplácí příspěvek na péči a tímto by získala i nástroj kontroly využívání finančních prostředků vyplácených na péči. Příspěvek na péči ve stávající výši by použila osoba, o kterou je pečováno, výhradně k úhradě péče jinou osobou či formálním poskytovatelem péče, ve dnech pracovního volna osoby smluvně pečující.

Tato varianta znamená legislativní změny, a to jednak ve směru změny zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách a současně doplněním – změnou zákoníku práce, či vytvoření zákona speciálního pro tuto problematiku. Péče o osobu zdravotně postiženou nemůže být vykonávána jednou fyzickou osobou v právním vymezení pracovního poměru, zejména pro časovou náročnost péče. Musela by být doplněna buď odlehčovacemi službami pro poskytnutí zákonného volna pečující osobě, nebo by musela být vykonávána více osobami v několika směnách. Financování této politiky je vysoce náročné, ačkoli lze využít finanční zdroje z Evropských strukturálních fondů na rozvoj lidských zdrojů a vzdělávání.

Varianta by mohla být využita k postupnému vytvoření kvalifikovaných pracovníků z okruhu současných laických pečujících (při náležitém vyškolení v poskytování péče) a v dlouhodobém horizontu lze předpokládat úspory v sociálních a zdravotních nákladech na úhradu důsledků dlouhodobé péče (psychické, sociální a zdravotní důsledky permanentní dlouhodobé péče), (Jones, 2006).

⁵¹ § 4, odst., 1, písm. i), Zákona č. 586/1992 Sb., o daních z příjmů

Tato varianta se jeví jako nejméně průchodná napříč politickým spektrem, zejména pro svou finanční náročnost a současně i náročnost na legislativní změny.

9.3.Sociální problematika

Problematika sociální se týká zejména vyloučení pečujících ze společenského dění a ponechání je „napospas“ při výkonu péče. Podpora ekonomického statusu společně s odstraněním psychosociální zátěže je nutná pro odstranění diskriminace pečujících osob v porovnání s ostatními občany v ČR v oblastech pracovně-právního postavení a sociální péče.

Aby pečující mohl poskytovat péči, potřebuje informace, vzdělávání a podporu. Jak vyplývá z výzkumů uvedených v této práci, ani jednoho se pečujícím rodinám a jednotlivcům v dostatečné míře nedostává. Ke své práci pečovateli potřebují tito i odbornou pomoc a ocenění jejich práce. Odborná pomoc je nutná zejména v informovanosti pečujících o zdravotním stavu pečovaného, v nácviku zvládnutí pečovatelských dovedností v každodenním životě. To, co profesionální pečovatel vykoná s minimální fyzickou zátěží (např. přemístování postiženého z lůžka na vozík), laický pečovatel zvládá s vypětím všech sil, protože mu prostě nikdo neukázal, jak na to. Přínosné by tedy podle mého názoru bylo zavedení některých programů, obsahujících nácvik pečovatelských dovedností. Tím by byla odlehčena zátěž nejen fyzická, ale částečně rovněž psychosociální.

Velmi důležité je ocenění laických pečovateli. Jako nevhodná se jeví finanční závislost pečujícího na pečovaném. Tato situace je pro pečující jistě deprimující a nedůstojná vzhledem k tomu, že vykonávají práci společnosti prospěšnou.

Na pocitu „neocenění společností“ se jistě podílí značnou měrou i situace, kdy je pečující závislý na vůli pečované osoby ohledně ocenění jeho práce. Strach jistě vyvolává i případné nezaviněné přerušování péče a s tím spojené přerušování finančních zdrojů (pobírání příspěvku na péči) při dlouhodobějším pobytu pečující osoby např. v nemocnici. Pracující je chráněn zákoníkem práce (§§ 206- 210) a v případě nezaviněných prostojů zaměstnanec za tuto dobu pobírá průměrnou mzdu. Pečující mzdu nepobírá, tedy mu náhrady nenáleží a je tedy odkázán jenom sám na sebe a své úspory, nebo k evidenci na úřadu práce. Pokud

ovšem předpokládá, že se k péči v dohledné době vrátí, většinou se evidence na úřadu práce nejeví jako vhodné řešení.

Nátlak na pečující osobu nastává i tehdy, když umístí pečovaného do některého z pobytových zařízení a chtěl by o něj pečovat ve dnech svého volna. V takovém případě nemá nárok na žádnou část příspěvku na péči a v pobytovém zařízení sníží cenu pouze o položku stravy. Z rozhovoru s D. M.: *„Pečování o maminku bylo pro mne již tak vysilující, že jsem se s maminkou dohodla, že bude umístěna v domově pro seniory a já si ji budu brát na víkendy a svátky, případně v době dovolené. Zpočátku jsem to takto praktikovala, ale vzhledem k tomu, že maminka potřebovala péči 24 hodin denně a některé úkony jsem nezvládala, tak jsem musela alespoň na pár hodin zjednat pomoc pečovatelské služby. V domově pro seniory mi řekli, že maminka má pobyt u nich a jim je také směřován příspěvek na péči. Oni na něj tedy mají zákonné právo a navíc ani administrativně neví, jak by řešili přeposílání jakési poměrné části mně. Vzhledem k tomu, že toto řešení bylo finančně pro mne nadále neúnosné, vzala jsem si maminku zase zpět a dál o ni pečuji doma. Prostě začarovaný kruh.“*

Podpora státu osobám a rodinám, které pečují o osoby s těžkým zdravotním postižením, není v současné době prioritou státní sociální politiky. Mnohdy jsou opomíjeny osoby, které pečují o dospělé postižené ve stupních závislosti III a IV. Jako krok zpět můžeme označit vypuštění valorizace příspěvku na péči z návrhu změny zákona o sociálních službách. Vzhledem k tomu, že zákon č. 108/2006 Sb., vyřešil podmínky pro poskytování a výši příspěvku na péči a vymezil podmínky zřizování, činností sociálních služeb a jejich registrace, ale nevymezil podmínky poskytování péče pečujícími osobami, měla by být tato zákonná norma doplněna.

Shrnutí

Tuto práci jsem nazvala „Postavení pečujících osob v kontextu zákona o sociálních službách“. Pravděpodobně lepší název by vznikl nahrazením „v kontextu“ slovy „mimo kontext“. V teoretickém rámci byla problematika zařazena a charakterizována i nutný přístup k ní. Tento přístup by měl být zejména orientován na lidská práva.

Na otázky uvedené v části 2.2 této práce jsem odpověděla pomocí analýz dosud provedených výzkumů, dokumentů a dalších zdrojů. Rozhovory s pečujícími jsem se pokusila přiblížit údaje, které nelze vyjádřit číselnými hodnotami.

Tato práce nejen že prokázala negativní účinky dlouhodobé péče na pečující osoby v oblasti psychosociální, zdravotní a ekonomické, ale ukázala jejich diskriminaci v přístupu k prostředkům, svobodné volbě povolání a ke zdravotnictví.

Úpravou podmínek péče je možné poskytnout pečujícím osobám prostor a možnosti se nadále i po započetí dlouhodobé péče rozvíjet a vzdělávat, účastnit se kulturního života, podílet se na společenském dění. Zpřístupněním odlehčovacích služeb bude umožněno pečující osobě vykonávat péči kvalitněji a po delší dobu. Motivací na získávání znalostí a dovedností v oblasti péče získá společnost „kvalifikovaného pečujícího“ i do budoucna, namísto ztráty pracovní síly po skončení výkonu péče o blízkého člověka a s tím spojenými finančními náklady.

Střednědobá koncepce státní politiky slibuje věnovat do budoucna vyšší pozornost problematice rodin s těžce zdravotně postiženým členem. Vzhledem ke stárnutí populace bude nutno se touto problematikou intenzivně zabývat již v nejbližší budoucnosti.

Pečující osoby jsou lidé, kteří pracují mnohdy velmi těžce a zaslouží si tedy být v ohnisku politického zájmu. Při péči vykonávanou laickými pečovateli v přirozeném prostředí musí být zohledněna její náročnost a trvalost.

Summary

I called this work “Rank of caring persons in the context of the social services law”. Probably, a better title would be “out of the context” instead of “in the context”. In the theoretical framework, the problems were classified and the necessary approach to it was characterised. This approach should be oriented especially to the human rights.

I replied the questions of the part 2.2 of this work with a help of recently executed research analyses, documents and other recourses. I tried to get closer to the facts, which cannot be expressed in number values, using my discussions with the caring persons.

This work not only proved the negative effects of the long term care onto the caring persons in the psycho-social, health and economic area, but it also showed their discrimination in the access to the sources, free choice of occupation and to the health service.

By modification of the care conditions, it is possible to give the caring persons space and possibilities, even after the initiation of a long term care, to develop and educate themselves, to take part in the culture life and social events. Having access to the lightening service, the caring person will be able to do better care for a longer time. By motivation on obtaining the knowledge and skills in the area of care, the society will acquire “a qualified caring person” even for the future instead of loss of a work force after finishing care of a close man.

The medium term conception of the state policy promises for the future to devote higher attention to the problems of the families with heavily disabled persons. With regard to ageing process of the population, it will be necessary to be concerned with these problems already in the near future.

The caring persons are the people, who often work very hard and therefore deserve to be in the focus of the political interest. During the care practiced by unprofessional social workers, the care intensity and its persistence must be taken into consideration.

Použitá literatura

ARISTOTELEŠ. *Etika Nikomachova: Aristotelés*. (přeložil a poznámkami opatřil Antonín Kříž). 2. vyd. Praha: Rezek, 1996. 493 s. ISBN 8090179673.

ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD (2004): *Populační prognóza ČR do roku 2050*.

DISMAN, M. *Jak se vyrábí sociologická znalost*. 3. vyd. Praha: Karolinum, 2006. 374 s. ISBN: 978-80-246-0139-7. 374.

FILIP, J., SVATONĚ, J., ZIMEK, J. *Základy státovědy*. 4. vyd. Brno: Masarykova Univerzita, 2006. 266 s. ISBN 978-80-210-4057-1.

Filosofický slovník. 2. vyd. Olomouc: Olomouc, 2002. 463 s. ISBN 8071820644.

FROMM, E., *Mít nebo být?*. 1. vyd. Praha: Naše vojsko, 1992. 170 s. ISBN 80-206-0181-3.

GERLOCH, A., *Teorie přirozeného práva*. 5. vyd. Plzeň: Aleš Čeněk, s.r.o., 2009. 312 s. ISBN 80-7380-233-2.

GIDDENS, A., *Důsledky modernity*. Praha: SLON, 2003. 158 s. ISBN: 80-86429-15-6.

HAYEK, F., *Právo, zákonodárství a svoboda*. 2. vyd. Praha: Academia, 2004. 415 s. ISBN 80-200-0241-3.

HENDL, J., *Kvalitativní výzkum. Základní metody a aplikace*. 1. vyd. Praha: Portál, 2005. 408 s. ISBN-10: 80-7367-040-2.

JONES, S. H. *Self-Care in Caregiving*, vyd. Journal of Human Behavior in the Social Environment. The Haworth Press, 2006. roč. 4, č.1/2, s. 95-115.

KELLER, J. *Soumrak sociálního státu*. 1. vyd. Praha: SLON, 2005. 162 s. ISBN 80-86429-41-5.

KELLER, J., *Vzestup a pád středních vrstev*. 1. vyd. Praha: SLON, 2000. 124 s. ISBN 80-85850-95-8.

KREBS, V., et al. *Sociální politika*. 4. vyd. Praha: Aspi, 2007. 504 s.

ISBN 978-80-7657—276-1.

KUDELOVÁ, M., *K Teorii spravedlnosti Johna Rawlse*. Paříž, 2007. s. 85. Diplomová práce. Masarykova univerzita v Brně, Filosofická fakulta, Katedra filosofie.

LOCKE, J., *Dvě pojednání o vládě*. (Přeložil Josef Král). 1. vyd. Praha: Nakladatelství Československé akademie věd, 1965. s. 278. ISBN neuvedeno.

MACÁKOVÁ, L., et al. *Mikroekonomie – základní kurs*. 9. vyd. Slaný: Melandrium, 2005. 275 s. ISBN 80-86175-41-3.

MAJVALDOVÁ, M., *Sociální služby a péče o osoby s Alzheimerovou nemocí*. Brno, 2006. 75 s. Diplomová práce. Masarykova universita, Fakulta sociálních studií.

MATĚJŮ, P., VLACHOVÁ, K., *Nerovnost, spravedlnost, politika: Česká republika 1991-1998*. 1. vyd., Praha: SLON, 2000. 402 s. ISBN 80-85850-82-6.

MATOUŠEK, O., et al. *Metody a řízení sociální práce*. Praha: Portál, 2008. 284 s. ISBN 978-80-7367-502-8.

MATOUŠEK, O., et al. *Základy sociální práce*. Praha: Portál, 2007. 312 s. ISBN 978-80-7367-331-4.

MATOUŠEK, O., KOLÁČKOVÁ, J., KODYMOVÁ, P., *Sociální práce v praxi*. Praha: Portál, 2010. 352 s. ISBN 978-80-7367-818-0.

MONTESQUIEU, CH., *O duchu zákonů*. 1.vyd. Brno: Aleš Čeněk, 2003 468 s. ISBN 80-86473-30-9.

NAVRÁTIL, P – MUSIL, L., *Sociální práce s příslušníky menšinových skupin*. Sociální studia, Fakulta sociálních studií MU Brno, 2000. no. 5. s. 127-163. ISSN 1212-365X. 2000.

NAVRÁTIL, P. *Teorie a metody sociální práce*. 1. vyd. Brno: Marek Zeman, 2001, 168 s. ISBN 80-9030-700-0.

NAVRÁTIL, P., *Integrace (Romů) v kontextu životních situací: konceptualizace*. Sociální studia, Brno, Masarykova universita. ISSN 1212-365X, 2003, vol. 2003, no. 10, s. 120 – 139.

NEKOLA, M., VESELÝ, A. (eds.), *Analýza a tvorby veřejných politik, Přístupy, metody a praxe*. 1. vydání. Praha 2007. 407 s. ISBN 978-80-86429-75-5.

PARSONS. T., *Společnosti: vývojové a srovnávací hodnocení*. (přeložila Eva Bártová) 1. vyd. Praha: Svoboda, 1971. 182 s. ISBN neuvedeno.

PERGLER, P. a kol. *Vybrané techniky sociologického výzkumu*. 1 vydání. Praha: Svoboda, 1969. 767 s. ISBN neuvedeno.

RALWS, J., *Teorie spravedlnosti*. Praha: Victoria Publishing, 1995. 361 s. ISBN 80-85605-89-9.

ŘEZNÍČEK, I. *Metody sociální práce*. Praha: Sociologické nakladatelství, 1994, 75 s. ISBN 80-85850-00-1.

STATISTICKÁ ROČENKA Z OBLASTI PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ. *Zdravotnictví České republiky 2006 ve statistických údajích*, Praha: UZIS 2007.

ŠTOLLOVÁ, D. *Problematika osob pečujících o těžce zdravotně postižené dospělé po I. I. 2007*. Ústí nad Labem, 2009. 48 s. Bakalářská práce. Univerzita J. E. Purkyně, Katedra sociální práce.

Internetové zdroje

BYLUND, P. *Jak sociální stát zkažil Švédsko*, The Ludwig von Mises Institute, 2008, [online]. 2008. [cit. 05. 02. 2010]. Dostupné z WWW: <<http://libinst.cz/clanky.php?id=663&highlight=Jak%20sociální%20stát>>

Císařský patent č. 946/1811 Sb., *Obecný občanský zákoník*, 1811. In Sbíрка zákonů soudních (Justizgesetzsammlung; JGS), [online]. [cit. 15. 03. 2011]. Dostupné z WWW: <http://cs.wikipedia.org/wiki/Všeobecný_zákoník_občanský>

COMYN, G., CABRERA, M., GUENZLER, R., OLSSON, S., ÖZCIVELEK, R., ZINNBAUER, D. *Potřeby uživatelů ve výzkumu ICT v oblasti soběstačného života, se zaměřením na zdravotní aspekty*, Zpráva ze semináře DG JRC/IPTS-DG INFSO konaného v Bruselu, [online]. 2005. [cit. 15. 06. 2010]. Dostupné z WWW: <<http://www.nrzp.cz/zahranici-dokumenty>>

CVVM, Centrum pro výzkum veřejného mínění, Sociologický ústav AV ČR, Praha, [online]. 2008. [cit. 15. 03. 2010]. Dostupné z WWW: <www.soc.cas.cz. >

ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD. *Výsledky výběrového šetření zdravotně postižených osob za rok 2007*. [online]. 2008. [cit. 10. 03. 2010]. Dostupné z WWW: <<<http://www.czso.cz/csu/2008edicniplan.nsf/p/3309-08>>>

EPSCO (Rada ministrů pro zaměstnanost, sociální politiku a ochranu spotřebitelů EU), [online]. 2010. [cit. 29. 06. 2010]. Dostupné z WWW: <<http://www.consilium.europa.eu>>

GLENDINNING, C. et al. *Care Provision within Families and its Socio-Economic Impact on Care Providers*. Social Policy Research Unit, University of York 2009. [online]. 2010. [cit. 10. 03. 2010]. Dostupné z WWW: <<http://www.york.ac.uk/inst/spru/research/pdf/EUCarers.pdf>>

Charta základních práv Evropské unie. Brusel – Belgie 2007. Klub ELS-ED v Evropském Parlamentu. s.28 (Podepsána v Nice dne 7. 12. 2000) [online]. 2007. [cit. 07. 05. 2011]. Dostupné z WWW: <http://www.eppgroup.eu/Activities/docs/charter_eu/cs.pdf>

Informační centrum vlády ČR, [online]. 2009. [cit. 07. 05. 2011] Dostupné z WWW: <<http://www.vlada.cz/cz/media-centrum/tema/deklarace-prav-cloveka-a-obcana-60939/tmplid-560/>>

KRÁSA, V. NRZP ČR. *Skok do reality č. 4/2008*. [online] 2009. [cit. 15. 08. 2009]. Dostupné z WWW: <www.nrzp.cz/skok-do-reality>

Long-term Care for Older People. OECD, Paris, 2005, (Ministerstvo práce a sociálních věcí ve spolupráci s Katedrou řízení a supervize v sociálních a zdravotnických organizacích, Fakulta humanitních studií Univerzity Karlovy: *Diskusní materiál k východiskům dlouhodobé péče v České republice*. Praha 2010)str. 40)MPSV, *Národní koncepce rodinné politiky*, 2005, s 59, [online] 2010. [10. 10. 2010]. Dostupné z WWW: <http://www.mpsv.cz/files/clanky/2125/koncepce_rodina.pdf.>

MACHOVCOVÁ, K., *Sladování práce a rodiny: možnosti a perspektivy pro zaměstnavatele*. Zpráva z kvalitativního šetření. Genderové informační centrum NORA,

o.p.s., 2010. s. 17, [online]. 2010 [cit. 12. 4. 2011]. Dostupné z WWW:

<http://aa.ecn.cz/img_upload/8b47a03bf445e4c3031ce326c68558ae/Sla_ov_n_pr_ce_a_rodiny_mo_nosti_a_perspektivy_pro_zam_stnavatele.pdf>

MICHALÍK, J., VALENTA, M. *Kvalita života a problém pracovní kompetence u osob dlouhodobě pečujících o člena rodiny se zdravotním postižením*. VÚPSV, v.v.i. Praha 2007. [online]. 2008. [cit. 29. 03. 2009]. Dostupné z WWW:

<<http://www.vcizp.cz/doc/vcizp-quality-life-zprava-celek.pdf>>

MICHALÍK, J., VALENTA, M. *Výzkum pracovních kompetencí osob pečujících o člena rodiny se zdravotním postižením*. Výzkumné centrum integrace zdravotně postižených. 2007, [online]. 2008. [cit. 20. 06. 2010]. Dostupné z WWW:

<<http://www.vcizp.cz/doc/vcizp-quality-life-zprava-celek.pdf>>

MICHALÍK, J., *Východiska k řešení výzkumu kvality života osob pečujících o člena rodiny se zdravotním postižením – úvodní poznámky*. Olomouc, 2008/2009, [online]. 2010. [cit. 17. 04. 2011]. Dostupné z WWW:

<<http://www.uss.upol.cz/cz/clenove/profil/michalik/vyzkum-kvality-zivota.php>>

MPSV, *Priority rozvoje sociálních služeb pro období 2009 – 2012*, s. 26. [online]. 2009. [cit. 12. 04. 2011]. Dostupné z WWW:

<http://www.mpsv.cz/files/clanky/7759/Priority_rozvoje_soc_sluzeb.pdf>

MPSV, *Základní ukazatele z oblasti práce a sociálního zabezpečení v ČR ve vývojových řadách a grafech 2009*, Praha 2010 ISBN 978-80-7421-023-5, [online]. 2010 [cit. 20. 02. 2011]. Dostupné z WWW:

<http://www.mpsv.cz/files/clanky/10135/Zakladni_ukazatele_2009_ceska_verze.pdf>

MUDr. KALVACH, Z., CSc, (2009):*Pečujeme doma* (str. 25, 82), [online]. 2009. [cit. 18.05.2010]. Dostupné z WWW:

<http://zdar.domaci-hospic.cz/LinkedDocuments/Pecujeme_doma.pdf>

PAVLÍK, R., MPSV. Odbor sociálních služeb a sociálního začleňování. pracovní verze ze dne 11. 5. 2010, *Vybrané statistické údaje o financování sociálních služeb a příspěvku na péči*. Praha 2010, [online]. 2011. [cit. 29. 03. 2011]. Dostupné z WWW:

<http://www.mpsv.cz/files/clanky/9854/statisticka_rocenka_z_oblasti_prace_a_socialnich_veci_2009.pdf>

Pflege – SHV. *Ergebnis der dip-Studie vom 24.04.2009*. [online]. 2009. [cit. 22. 04. 2011]. Dostupné z WWW: <<http://www.pflege-shv.de>>

Pflege – SHV. *Kommentar zur Panorama-Sendung vom 31.08.2006*. [online]. 2006. [cit. 22. 04. 2011], Dostupné z WWW: <<http://www.pflege-shv.de/index.php?page=ilegale-pflege>>

PORTÁL VEŘEJNÉ SPRÁVY ČESKÉ REPUBLIKY. *Průlom v důchodech osob dlouhodobě pečujících o blízkého*. [online]. 2008. [cit. 11. 01. 2011]. Dostupné z WWW: <<http://portal.gov.cz/wps/portal/s.155/7226/s.155/10202?docid=110722>>

PRŮŠA, L. (eds.). Poskytování sociálních služeb pro seniory a osoby se zdravotním postižením, závěrečná zpráva o řešení projektu. *Analýza a prognóza potřeb poskytování sociálních služeb pro seniory a osoby se zdravotním postižením, ZVZ 2009*, VÚPSV, v.v.i. Praha, 2010, s. 244, [online]. 2010. [cit. 12. 03. 2011]. Dostupné z WWW: <<http://praha.vupsv.cz>>

PRŮŠA, L. Sborník II. ročníku konference Senior Living. *Důsledky stárnutí populace na potřebu sociálních služeb v dlouhodobém horizontu*. 2007. [online]. 2007. [cit. 12. 03. 2009]. Dostupné z WWW: <<http://praha.vupsv.cz>>

SEZEMSKÝ, J. *Tisková zpráva ze dne 3. 7. 2007*, [online]. 2007. [cit. 28. 02. 2010]. Dostupné z WWW: <www.mpsv.cz,<http://noviny.mpsv.cz>>

UHDE, Z., *Neoliberální „rodinná“ politika*, Literární noviny, roč. 3, 2008. [online]. 2008. [cit. 28. 03. 2011], Dostupné z WWW: <<http://obcinst.cz/cs/Quo-usque-tandem-teorie-genderu-c1232/>>

Usnesení vlády ČR ze dne 16. června 2004 č. 605. *Střednědobá koncepce státní politiky vůči občanům se zdravotním postižením na léta 2005 – 2009*. [online]. 2004. [cit. 24. 04. 2011]. Dostupné z WWW: <<http://www.vlada.cz/cz/ppov/vvzpo/dokumenty>>

VÁNĚ, J., *Chvála deskripce aneb možnosti deskripce v morální filozofii*. Pro-Fil, ročník IV, 2003. [online]. 2003. [cit. 15. 05. 2010]. Dostupné z WWW: <http://profil.muni.cz/01_2003/vane-deskripce.html>

VEŘEJNÝ OCHRÁNCE PRÁV, Ombudsman. *Důchody osob dlouhodobě pečujících o osobu blízkou* [online].2009. [cit. 20. 12. 2009]. Dostupné z WWW: <<http://www.ochrance.cz/dokumenty/cast.php?back=/cinnost/hledej.php?oblast=203&d oc=609&partid=583>>

WIKIPEDIA. Dostupné z WWW: <<http://cs.wikipedia.org/wiki/>>

ŽÁRSKÝ, M., Vybrané statistické údaje o financování sociálních služeb a příspěvku na péči: *Analýza financování služeb v letech 2007 až 2009*. [online]. 2009. [cit. 29. 03. 2011]. Dostupné z WWW: <<http://www.mpsv.cz>>

Právní předpisy

Česko. Zákon č. 108/2006 Sb., O sociálních službách. In *Sbírka zákonů České republiky*. 2006, částka 37.

Česko. Zákon č. 111/2006 Sb., o pomoci v hmotné nouzi. In *Sbírka zákonů České republiky*. 2006.

Česko. Zákon č. 155/1995 Sb., O důchodovém pojištění. In *Sbírka zákonů České republiky*. 1995, částka 41.

Česko. Zákon č. 262/2006 Sb., Zákoník práce. In *Sbírka zákonů České republiky*. 2006, částka 84.

Česko. Zákon č. 306/2008 Sb. kterým se mění zákon č. 155/1995 Sb., o důchodovém pojištění, In *Sbírka zákonů České republiky*. 2009, částka 91.

Česko. Zákon č. 500/2004 Sb., Správní řád In *Sbírka zákonů České republiky*. 2004, částka 174/2004, datum účinnosti: 1. 1. 2006.

Česko. Vyhláška č 505/2006 Sb., ze dne 15. listopadu 2006, kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách. In *Sbírka zákonů České republiky*. 2006, částka 164.

Česko. Vyhláška č. 182/1991 Sb., ze dne 27. května 1991, kterou se provádí zákon o sociálním zabezpečení a zákon České národní rady o působnosti orgánů České

republiky v sociálním zabezpečení. In *Sbírka zákonů České republiky*. 1991, částka 37.

ČSFR. ČNR. Usnesení předsednictva ČNR ze dne 16. 12. 1992, č. 2 o vyhlášení Listiny základních práv a svobod jako součásti úst. pořádku ČR. In *Sbírka zákonů České republiky*. 2003, částka 1.

ČSFR. Zákon č. 14/2000 Sb. mezinárodních smluv. Evropská sociální charta, Turín 1961. Rada Evropy. (platnost od 26. 2. 1965, datum ratifikace ČR: 3. 11. 1999, platnost pro ČR od: 3. 12. 1999). In *Sbírka mezinárodních smluv*. 2000, částka 7, s. 139- 173.

ČSFR. Sdělení FMZV č. 209/1992 Sb. Úmluva na ochranu lidských práv a základních svobod, tzv. Evropská úmluva, 1950. (Pro Českou a Slovenskou Federativní Republiku vstoupila v platnost v souladu s článkem 66 odst. 3 dnem 18. 3. 1992).

Ostatní související literatura

KOPŘIVA, K. *Lidský vztah jako součást profese*. 4. vyd. Praha: Portál, 2000. ISBN 80-7178-429-X.

KŘIVOHLAVÝ, J.; KACZMARCZYK, S. *Poslední úsek cesty*. 1. vyd. Praha: Návrat domů, 1995. 65 s. ISBN 80-85495-43-0.

KŘIVOHLAVÝ, J. *Křesťanská péče o nemocné*. Praha: Advent, 1991, 123 s. ISBN neuvedeno.

KŘIVOHLAVÝ, J. *Vážně nemocný mezi námi*. 1. vyd. Praha: Avicenum, 1989, 107 s. ISBN 08-065-89.

ÚLEHLA, I. *Umění pomáhat*. 3. vyd. Praha: SLON, 1999. 128 s. ISBN 80-85850-69-9.

VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*, 3 rozš. vyd. Praha: Portál, 1999. 872 s. ISBN 978-80-7367-414-4.

Seznam příloh

Příloha č. 1: Ceník úkonů Centra sociálních služeb Sokolov, o.p.s. (tabulka).

Příloha č. 2: Strom cílů: Zlepšení socioekonomické situace pečujících osob
(obrázek)

Příloha č. 3 :Zátěž a negativní dopad péče na pečující osoby (graf)

Příloha č. 1: Ceník úkonů Centra sociálních služeb Sokolov, o.p.s.

Centrum sociálních služeb Sokolov, o.p.s.

ul. J. z Poděbrad 2046, 356 01 Sokolov

Ceník úkonů od 1.2. 2010

(na základě vyhl. MPSV ČR č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách)

I. Základní činnosti při poskytování pečovatelské služby se zajišťují v rozsahu těchto úkonů:

a) pomoc při zvládnutí běžných úkonů **péče o vlastní osobu**

1.	pomoc a podpora při podávání jídla a pití	100,-/hod
2.	pomoc při oblékání a svlékání vč. spec. pomůcek; pomoc při drobném ošetř. úkonu (takového, který není ve výhr. kompetenci zdravotnic. personálu, a poskytovaném v souladu s doporučením. ošetřuj. lékaře)	100,-/hod
3.	pomoc při prostor. orientač. samost. pohybu ve vnitř. prostoru; vyžádaný zvýšený dohled na klienta	100,-/hod
4.	pomoc při přesunu na lůžko nebo vozík	100,-/hod

b) pomoc při **osobní hygieně** nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu:

1.	pomoc při úkonech osobní hygieny	100,-Kč/hod
2.	pomoc při základní péči o vlasy a nehty	100,-Kč/hod
3.	pomoc při použití WC	100,-/hod

c) poskytnutí **stravy** nebo pomoc při zajištění stravy

1.	dovoz nebo donáška jídla	do DPS á 14,- (+do bytu +3,-) ve městě Sokolov á 17,- obce: á 18, 19,-Kč
2.	pomoc při přípravě jídla a pití	100,-Kč /hod
3.	příprava a podání jídla a pití	100,-Kč/hod

d) pomoc při zajištění **chodu domácnosti**

Bod 1-5 včetně času nezbyt. k jejich zajištění

1.	běžný úklid a údržba domácnosti	100,-Kč/hod
2.	velký úklid domácnosti (sezonní, po malování; mytí oken á 100,-Kč)	100,-Kč/hod
3.	běžné nákupy (18min při 100,-Kč/hod)	30,-Kč /úkon
4.	pochůzky (21min při 100,-Kč/hod)	35,-Kč /úkon
5.	velký nákup (24min při 100,-Kč/hod)	40,-Kč /úkon
6.	praní a žehlení prádla	50,-Kč /kg

e) zprostředkování **kontaktu se společenským prostředím**

1.	doprovod dětí - do školy, k lékaři atd a zpět	100,-Kč/hod
2.	nutný doprovod dospělých - k lékaři, atd a zpět	100,-Kč/hod

II. **Fakultativní úkony:**

Přeprava+ doprovod vozidlem organizace:

- po městě Sokolov: á 40,-Kč/ jednotlivá jízda
- mimo město Sokolov – jednotlivá jízda: á 40,- Kč + 8 Kč/km (jen ve výjimečných případech, po povolení ředitelkou organizace).

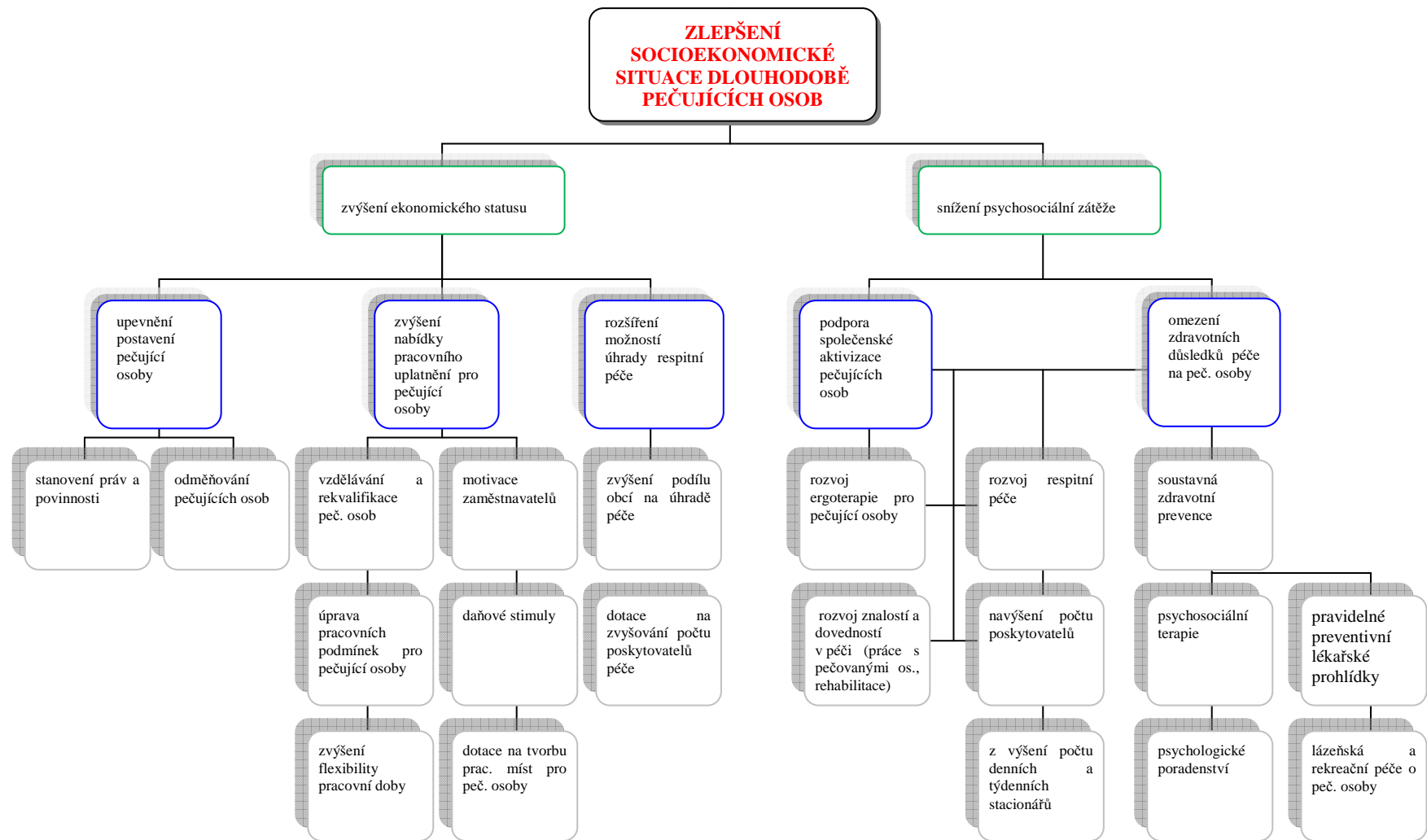
Pedikúra: 120,-Kč/ úkon

Zástřih vlasů, vodová ondul., holení: 35,-Kč/ za každou načatou čtvrt hodinu (tj. 0 - 15 min).

Zdroj: Sokolov – oficiální stránky města, Dostupné z WWW:

<http://www.sokolov.cz/scripts/detail.php?pgid=209>

Příloha č. 2: Strom cílů: Zlepšení socioekonomické situace pečujících osob

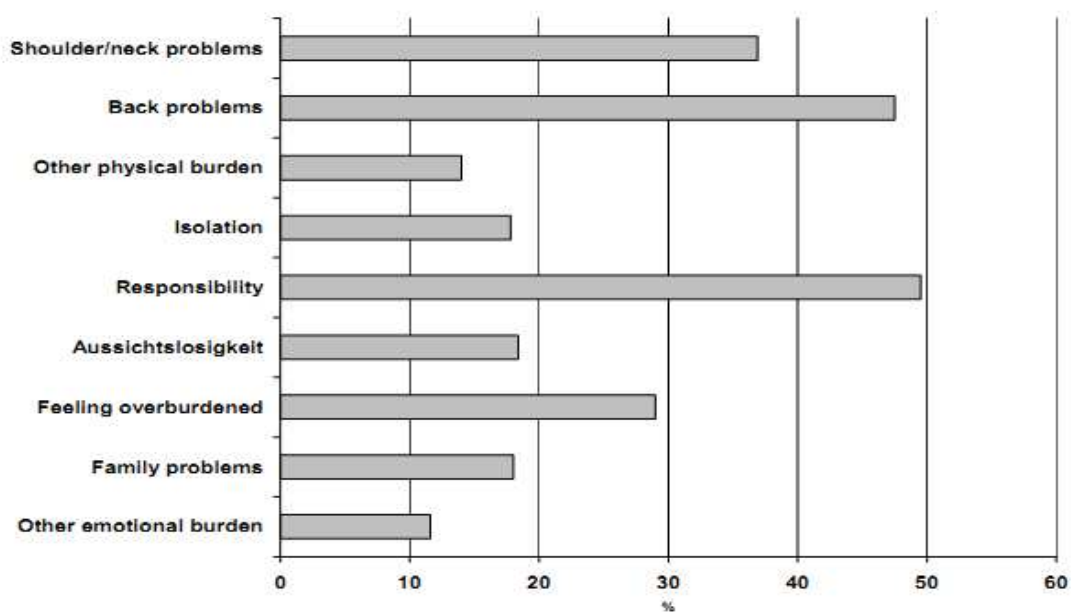


98

Zdroj: autorka

Příloha č. 3 :Zátěž a negativní dopad péče na pečující osoby

Figure 4.2 Burdens and negative impact of caring reported by carers (multiple answers)



Source: Pochobradsky *et al.* (2005)

Note: 'Aussichtslosigkeit' can be translated as hopelessness or pointlessness

Zdroj: Glendinning, et al, 2009: 56

Vysvětlivky:

ⁱ **Vyhodnocování potřebnosti péče v SRN** (vysvětlivky ke str. 57)

V Německu je systém vyhodnocování potřebnosti péče postaven na stupni autonomie při každodenních úkonech. Posouzení se skládá z 8 kapitol:

1. Mobilita
2. Kognitivní a komunikativní schopnosti
3. Chování a psychologické problémy
4. Soběstačnost
5. Jednání s nemoc-a léčba-související požadavky
6. Design z každodenního života a společenské kontakty
7. Aktivity mimo domov
8. Finanční řízení

Rozsah jednotlivých úkonů je posuzován v 5 krocích od zcela nezávislého zvládnání až po zcela závislé zvládnání – rozlišuje mezi péčí a potřebou pomoci. S ošetrovatelskou péčí jsou spojeny body 1 až 6 bez ohledu na výsledek posouzení bodů 7 a 8. Systém ve své podstatě rozlišuje 5 úrovní, jenomže v úrovni první se vlastně jedná o nepřiznání a v úrovni pět je závislost takového rázu, že není téměř schopna posouzení a osoba v tomto stupni je prakticky odkázána na lůžko intenzivní péče, které je hrazeno z jiné rozpočtové kapitoly. (Projekt „Das neue Begutachtungsassessment zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit“ 2008. Dostupné z: http://www.mds-ev.org/media/pdf/Abschlussbericht_Hauptphase_I_IPW_MDKWL_25.03.08.pdf

Dostupné z WWW: <http://www.mds-ev.org/media/pdf/Abschlussbericht_Hauptphase_I_IPW_MDKWL_25.03.08.pdf,
[cit. 22.04.2011]