



ombudsman

už 20 let pomáháme bez rozdílu

Život klientů a klientek v domovech pro osoby se zdravotním postižením

Výzkum veřejného ochránce práv 2020



Obsah

Život klientů a klientek v domovech pro osoby se zdravotním postižením	1
Obsah.....	2
Poslání ochránce.....	4
Seznam použitých zkratk	5
Seznam použitých právních předpisů.....	6
Úvodní slovo	7
Shrnutí výsledků výzkumu	9
Statistické údaje	9
Děti v domovech pro osoby se zdravotním postižením	10
Zaměstnávání	10
Zdraví a zdravotní péče	11
Základní vhled do právní úpravy	12
1. Úmluva o právech osob se zdravotním postižením	12
1.1 Právo na nezávislý způsob života.....	12
1.2 Práva dítěte se zdravotním postižením	13
1.3 Právo na práci a zaměstnání.....	13
1.4 Právo na zdraví.....	14
2. Zákon o sociálních službách	14
Analýza výsledků dotazníkového šetření	15
1. Struktura respondentů.....	15
2. Statistické údaje	16
2.1 Poskytovatelé a jejich právní formy.....	16
2.2 Kapacita domovů pro osoby se zdravotním postižením.....	18
2.3 Organizační členění.....	21
2.4 Klienti a jejich charakteristiky	25
3. Děti v domovech pro osoby se zdravotním postižením.....	29
3.1 Věk dětí žijících v domovech.....	32
3.2 Titul pobytu dětí v domovech pro osoby se zdravotním postižením	34
3.3 Spolupráce domovů s orgány sociálně-právní ochrany dětí u dětí s nařízenou ústavní výchovou	35
3.4 Důvody ukončení poskytování služby dětem	38
3.5 Děti v domovech při nabytí zletilosti	40



4.	Zaměstnávání	41
4.1	Počet a podíl zaměstnaných klientů	42
4.2	Druhy pracovněprávních vztahů	44
4.3	Pracovní odvětví a způsob výplaty odměny za práci	47
5.	Zdraví a zdravotní péče	50
5.1	Dostupnost lékařské péče	51
5.2	Fyzioterapie	56
5.3	Lázeňská péče	60
5.4	Péče v oblasti výživy	62
5.5	Výběr registrujících poskytovatelů zdravotních služeb	65
5.6	Výběr zdravotní pojišťovny	74
5.7	Čerpání příspěvků z fondů prevence zdravotních pojišťoven	75
6.	Další zjištění	77
	Závěr	79
	Použité zdroje informací	81
	Příloha 1: Znění dotazníku	85



Poslání ochránce

Již od roku 2001 ochránce chrání lidi před nezákonným či jinak nesprávným jednáním nebo nečinností správních úřadů a dalších institucí. Má při tom právo nahlížet do úředních či soudních spisů, žádat úřady o vysvětlení a může bez ohlášení provádět místní šetření. Shledá-li pochybení úřadu a nepodaří se mu dosáhnout nápravy, může informovat nadřízený úřad či veřejnost.

Od roku 2006 ochránce plní úkoly národního preventivního mechanismu podle Opčního protokolu k Úmluvě proti mučení a jinému krutému, nelidskému či ponižujícímu zacházení nebo trestání. Systematicky navštěvuje zařízení, v nichž se nacházejí osoby omezené na svobodě, a to jak z moci úřední, tak v důsledku závislosti na poskytované péči. Cílem návštěv je posílit ochranu před špatným zacházením. Svá zjištění a doporučení ochránce zobecňuje v souhrnných zprávách z návštěv a na jejich základě formuluje standardy zacházení. Návrhy na zlepšení zjištěného stavu a odstranění případného špatného zacházení ochránce směřuje jak k samotným zařízením a jejich zřizovatelům, tak k ústředním orgánům státní správy.

V roce 2009 byl ochránce pověřen rolí národního tělesa pro rovné zacházení a ochrany před diskriminací (equality body). Přispívá tedy k prosazování práva na rovné zacházení se všemi osobami bez ohledu na jejich rasu nebo etnický původ, národnost, pohlaví, sexuální orientaci, věk, zdravotní postižení, náboženské vyznání, víru nebo světový názor. Za tím účelem poskytuje pomoc obětem diskriminace, provádí výzkum, zveřejňuje zprávy a vydává doporučení k otázkám

souvisejícím s diskriminací a zajišťuje výměnu dostupných informací s příslušnými evropskými subjekty.

Od roku 2011 ochránce rovněž sleduje zajištění cizinců a výkon správního vyhoštění.

Počínaje lednem 2018 zastává ochránce také funkci monitorovacího orgánu pro naplňování práv zakotvených Úmluvou o právech osob se zdravotním postižením a pomáhá také cizincům-občanům Evropské unie, kteří žijí nebo pracují v České republice. Poskytuje jim informace o jejich právech a pomoc při podezření na diskriminaci z důvodu státní příslušnosti.

Ke zvláštním oprávněním ochránce patří právo podávat Ústavnímu soudu návrhy na zrušení podzákoných právních předpisů, právo vedlejšího účastenství před Ústavním soudem v řízení o zrušení zákona či jeho části, právo podat správní žalobu k ochraně veřejného zájmu či návrh na zahájení kárného řízení s předsedou či místopředsedou soudu. Ochránce také může příslušnému úřadu doporučit vydání, změnu či zrušení právního nebo vnitřního předpisu. Doporučení ke změně zákona podává vládě.

Ochránce je nezávislý a nestranný, z výkonu své funkce je odpovědný Poslanecké sněmovně, která ho zvolila. Má jednoho voleného zástupce, kterého může pověřit výkonem části své působnosti. Se svými poznatky ochránce průběžně seznamuje veřejnost. Nejdůležitější zjištění a doporučení shrnuje zpráva o činnosti veřejného ochránce práv předkládaná každoročně Poslanecké sněmovně.

Seznam použitých zkratek

ČR – Česká republika

MZ – Ministerstvo zdravotnictví

MPSV – Ministerstvo práce a sociálních věcí

DOZP – Domov pro osoby se zdravotním postižením

ČSÚ – Český statistický úřad

ÚP – Úřad práce

OSPOD – Orgán sociálně-právní ochrany dítěte

VZP – Všeobecná zdravotní pojišťovna

ZP MV – Zdravotní pojišťovna ministerstva vnitra

ČPZP – Česká podnikatelská zdravotní pojišťovna

PnP – Příspěvek na péči

NÚV – Nařízená ústavní výchova

HPP – Hlavní pracovní poměr

DPČ – Dohoda o pracovní činnosti

DPP – Dohoda o provedení práce

IPOD – Individuální plán ochrany dítěte

BMI – Index tělesné hmotnosti

PEG – Perkutánní endoskopická gastrostomie

ORL – Otorhinolaryngologie



Seznam použitých právních předpisů

Úmluva o právech osob se zdravotním postižením vyhlášená ve Sbírce mezinárodních smluv pod č. 10/2010 Sb. m. s., ve znění účinném od 28. října 2019.

Usnesení č. 2/1993 Sb., předsednictva České národní rady o vyhlášení Listiny základních práv a svobod jako součásti ústavního pořádku České republiky.

Sdělení federálního ministerstva zahraničních věcí č. 104/1991 Sb., o sjednání Úmluvy o právech dítěte.

Zákon č. 89/2012 Sb., občanský zákoník, ve znění pozdějších předpisů.

Zákon č. 592/1992 Sb., o pojistném na veřejné zdravotní pojištění, ve znění pozdějších předpisů.

Zákon č. 561/2004 Sb., o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání, ve znění pozdějších předpisů (školský zákon).

Zákon č. 280/1992 Sb., o resortních, oborových, podnikových a dalších zdravotních pojišťovnách, ve znění pozdějších předpisů.

Zákon č. 198/2009 Sb., o rovném zacházení a o právních prostředcích ochrany před diskriminací a o změně některých zákonů (antidiskriminační zákon), ve znění pozdějších předpisů.

Zákon č. 359/1999 Sb., o sociálně-právní ochraně dětí, ve znění pozdějších předpisů.

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

Zákon č. 349/1999 Sb., o veřejném ochránci práv, ve znění pozdějších předpisů.

Zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů.

Zákon č. 551/1991 Sb., o Všeobecné zdravotní pojišťovně ČR, ve znění pozdějších předpisů.

Zákon č. 109/2002 Sb., o výkonu ústavní výchovy nebo ochranné výchovy ve školských zařízeních a o preventivně výchovné péči ve školských zařízeních a o změně dalších zákonů, ve znění pozdějších předpisů.

Zákon č. 435/2004 Sb., o zaměstnanosti, ve znění pozdějších předpisů.

Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, ve znění pozdějších předpisů.

Zákon č. 262/2006 Sb., zákoník práce, ve znění pozdějších předpisů.

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

Vyhláška č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, ve znění pozdějších předpisů.

Vyhláška č. 2/2015 Sb., o stanovení odborných kritérií a dalších náležitostí pro poskytování lázeňské léčebně rehabilitační péče.

Nařízení vlády č. 307/2012 Sb., o místní a časové dostupnosti zdravotních služeb.



Úvodní slovo

Z pověření veřejného ochránce práv JUDr. Stanislava Křečka, který na mě přenesl některé oblasti své působnosti,¹ sleduji od února letošního roku dodržování Úmluvy o právech osob se zdravotním postižením v České republice. Provádím výzkumy, vydávám doporučení k otázkám souvisejícím s naplňováním práv osob se zdravotním postižením a navrhuji opatření směřující k jejich ochraně. Především ale usiluji o to, aby všichni lidé bez ohledu na své postižení mohli žít důstojně, samostatně či s potřebnou podporou se rozhodovat o svém životě a aby všichni lidé s postižením byli respektováni jako plnohodnotní členové společnosti.²

Tématem života klientů a klientek v domovech pro osoby se zdravotním postižením se veřejný ochránce práv zabývá dlouhodobě. Již jako národní preventivní mechanismus³ (od roku 2006) s posláním posilovat ochranu lidí žijících v institucích před všemi formami špatného zacházení,⁴ provedl v domovech několik sérií návštěv, při kterých se zabýval podmínkami života klientů a realizací jejich práv (2006, 2009, 2017–2018). Po každé sérii návštěv vydal souhrnnou zprávu se zjištěnými poznatky a doporučením pro poskytovatele služeb a další subjekty, které podobu pobytových sociálních služeb ovlivňují (zřizovatele, ministerstva atd.).⁵ V roli nezávislého monitorovacího mechanismu k Úmluvě o právech osob se zdravotním postižením (od roku 2018) pak provedl sérii návštěv domovů pro osoby se zdravotním postižením v souvislosti s výkonem volebního práva klientů (2018) a sérii návštěv domovů, kde žijí jako klienti také děti. Série byla zaměřena na realizaci nezávislého způsobu života, specifika poskytování služby dítěti, vzdělávání klientů, realizaci práva na osobní a rodinný život, práva na zdraví⁶ a další témata (2019). Kromě návštěv domovů získává veřejný ochránce práv poznatky o stavu pobytových sociálních služeb (tedy i domovů pro osoby se zdravotním postižením) z vyřizování individuálních podnětů, z kontaktu s odbornou veřejností atd.

Z poznatků, které mám o domovech pro osoby se zdravotním postižením, je patrné, že realizace práv garantovaných Úmluvou o právech osob se zdravotním postižením je klientům a klientkám těchto služeb stále často odepírána, ačkoliv by měla být samozřejmostí. Rozhodla jsem se proto na tyto poznatky navázat a výzkumem systematicky zmapovat určité aspekty života klientů a klientek domovů pro osoby se zdravotním postižením. Zajímalo mě, zda a jakým způsobem jsou realizována práva klientů a klientek

1 Podle ustanovení § 2 odst. 4 zákona o veřejném ochránci práv.

2 V souladu s článkem 19 Úmluvy.

3 Tuto působnost vykonávám na základě ustanovení § 1 odst. 3 a 4 zákona o veřejném ochránci práv.

4 Špatným zacházením se rozumí jednání, které nerespektuje lidskou důstojnost a dosahuje určitého stupně závažnosti (samo o sobě, nebo při kumulativním účinku jednotlivých zásahů). V pobytových zařízeních sociálních služeb může mít špatné zacházení například podobu nezajištění bezpečí, nerespektování lidské důstojnosti, práva na soukromí, posilování závislosti na poskytované péči nebo nerespektování sociální autonomie.

5 Souhrnné zprávy jsou dostupné pod odkazem: <https://www.ochrance.cz/ochrana-osob-omezenych-na-svobode/zarizeni-socialnich-sluzeb/>.

6 Články 7, 19, 23, 24 a 25 Úmluvy.



garantovaná Úmluvou o právech osob se zdravotním postižením ve vymezených oblastech, na jaké problémy poskytovatelé služeb naráží nebo co se jim naopak daří, jak lze dodržování práv klientů a klientek napomoci atd.

Cílem výzkumu tedy bylo zmapovat život klientů v domovech pro osoby se zdravotním postižením v oblastech celkového nastavení služby, nastavení služby pro nezletilé klienty, zaměstnávání klientů a zajištění zdravotní péče. Metodou výzkumu bylo elektronické dotazníkové šetření mezi sociálními službami typu domovy pro osoby se zdravotním postižením. Sběr dat probíhal v termínu od 21. října do 5. prosince 2019. Oslovili jsme všechny sociální služby typu domovy pro osoby se zdravotním postižením, které byly k 28. červnu 2019 registrovány v Registru poskytovatelů sociálních služeb,⁷ tedy celkem 205 domovů. Dotazník vyplnilo 156 z nich, tedy 76 %.

Pevně doufám, že výsledky výzkumu pomohou zdůraznit potřebu řešit problémy, na které v souvislosti s poskytováním služby domovy pro osoby se zdravotním postižením v návaznosti na své předchůdce opakovaně upozorňuji,⁸ napomohou ke zlepšení realizace práv lidí s postižením a k začlenění lidí s postižením do společnosti, do které také přirozeně patří.

Mgr. Monika Šimůnková
zástupkyně veřejného ochránce práv

7 Registr poskytovatelů sociálních služeb [online]. Praha, MPSV, 2020 [cit. 2020-04-02]. Dostupné z: <http://iregistr.mpsv.cz/>.

8 Například pomalý proces deinstitucionalizace, nedostatečné personální zajištění služeb, malá individualizace poskytované podpory atd. Viz například Zpráva z návštěv domovů pro osoby se zdravotním postižením 2020 [online]. Brno, veřejný ochránce práv, 2020 [cit. 2020-04-02]. Dostupné z: https://ochrance.cz/fileadmin/user_upload/ESO/11-2017-NZ-OV_souhrnna_zprava_DOZP.pdf.



Shrnutí výsledků výzkumu

Statistické údaje

1. Výzkumu se zúčastnilo **156 domovů** pro osoby se zdravotním postižením z počtu 205 domovů (76 %) zapsaných v době výzkumu v Registru poskytovatelů sociálních služeb.
2. V době výzkumu žilo v zúčastněných domovech **9 129 klientů**. Kapacita domovů byla v době výzkumu **naplněna na 98 %**.
3. **85 % všech zúčastněných domovů** zřizovaly územně samosprávné celky.
4. Většina domovů stále počtem svých klientů a uzpůsobením odpovídá spíše ústavnímu typu služby:
 - a) Domovy s kapacitou do 20 klientů představují pouze necelou pětinu (19 %) z celkového počtu. **Téměř třetinu domovů pak představují ty s kapacitou více než 76 klientů**. Do této kategorie patří také většina domovů zřizovaná **Ministerstvem práce a sociálních věcí**, kdy čtyři z pěti jím zřizovaných domovů mají dokonce kapacitu více než 100 klientů, v jednom případě i 192 klientů.
 - b) Stále existují domovy, ve kterých žijí **klienti pouze jednoho pohlaví** (12 domovů, tj. 8 %) nebo **jedno pohlaví výrazně převažuje**. Ve 21 domovech (13 %) tvořili klienti stejného pohlaví 90 % klientů.
 - c) Nejčastěji (47 %) se v domovech stále objevuje členění na oddělení, tedy členění odpovídající spíše zdravotnickým službám bez přizpůsobení prostředí podmínkám běžné domácnosti. **Ve velkém množství domovů pak členění na jakékoliv organizační jednotky neexistuje vůbec**. Pouze v malém množství domovů (12 %) je služba poskytována způsobem přibližujícím se bydlení v běžném prostředí (v samostatných bytových jednotkách).
 - d) Většina domovů má stále vícelůžkové pokoje. V sedmdesáti domovech jsou pokoje dvojlůžkové (45 %), dále pak jsou v domovech **pokoje trojlůžkové (28 %), čtyřlůžkové (16 %), pětilůžkové (5 %), výjimečně i šesti a sedmilůžkové**.
5. V domovech převažují **klienti s mentálním postižením (57 %)** a kombinovaným postižením (36 %).
6. V domovech rovněž žijí **lidé, kteří by pobytovou sociální službu pravděpodobně za využití jiné podpory v běžném prostředí nemuseli využívat**. Jedná se především o lidi se zrakovým a sluchovým postižením bez dalšího závažného přidruženého postižení (117 lidí) nebo o lidi se schopnostmi odpovídajícími příspěvku na péči I. stupně (506 lidí).



Děti v domovech pro osoby se zdravotním postižením

7. Pouze 19 dětí (5 %) s postižením žije v domovech s **kapacitou** do 20 klientů. Celkem 98 dětí, tedy více než čtvrtina (27 %) pak žije v domovech s kapacitou nad 76 klientů. Přitom obzvláště děti potřebují plně individualizovanou podporu a domácí v prostředí, což může být často v domově s vysokým počtem klientů nedostupné.
8. Ve třinácti domovech žilo pouze jedno či dvě děti. Všichni ostatní klienti těchto domovů byli v dospělém věku. Za takového stavu hrozí, že děti budou zcela **izolovány od svých vrstevníků**, stejně jako je přítomno riziko, že **potřeby dětí** budou poskytovatelem opomíjeny vůči potřebám dospělých klientů, které jsou v těchto případech většinové.
9. Pouze 11 % domovů sdělilo, že **spolupracuje s orgány sociálně-právní ochrany dětí** na možnosti odchodu dětí z domovů do rodinné péče. OSPOD má přitom zákonnou povinnost sledovat, zda trvají důvody pro pobyt dítěte v ústavním zařízení, nebo povinnost ve vhodných případech dítěti zprostředkovat náhradní rodinnou výchovu. Naopak domovy mají zákonnou povinnost dětem pomáhat v uplatňování jejich práv, tedy i v právu na život v rodině.
10. V letech 2015–2019 se pouze necelá pětina dětí (18 %) **navrátila do rodiny** a přibližně šestina dětí (15 %) odešla do **náhradní rodinné péče**. Ve stejném období rovněž naprostá většina klientů (93 %), kteří v domově dosáhli **zletilosti**, v domově zůstali žít i nadále. Žádný klient se po dosažení zletilosti neodstěhoval do vlastního bydlení.

Zaměstnávání

11. Celkový **počet zaměstnaných klientů** v produktivním věku (18 až 65 let) v domovech představuje pouze přibližně osminu z celkového počtu klientů v produktivním věku (886 ze 7 092; 13 %), přičemž téměř polovina domovů (46 %) nemá žádné klienty, kteří by byli zaměstnáni. **Míra zaměstnanosti** klientů domovů v produktivním věku je výrazně nižší než v případě lidí s postižením, kteří žijí v domácnostech (40 %). To může být dáno mnoha faktory, zejména dosaženým vzděláním a vlivem postižení na pracovní schopnost klientů.
12. Téměř **dvě třetiny klientů (62 %)**, kteří jsou zaměstnáni, mají pracovněprávní vztahy založeny dohodami konanými mimo pracovní poměr (**DPČ, DPP**). Téměř polovina zaměstnaných klientů má dohodu o provedení práce (41 %). Na hlavní pracovní poměr pracuje pouze 38 % klientů. Podíl klientů, které zaměstnávají samotné domovy, je velmi vysoký (51 %).
13. Většina zaměstnaných klientů (67 %) vykonává pouze **pomocné práce s nízkou kvalifikací**. Nejčastěji jsou zaměstnáni v oblasti úklidu, následují údržbářské práce, pomocné práce v kuchyni a pomocné činnosti v prádelně.



Zdraví a zdravotní péče

14. Celkem 93 % domovů zaznamenalo **obtíže při zajišťování zdravotní péče** svým klientům. Za obtížně dostupné označovaly zejména **zubní lékařství** (47 %), psychiatrickou péči (44 %), gynekologickou péči (25 %) a všeobecné praktické lékařství (22 %). Rovněž téměř polovina všech domovů s dětskými klienty (48 %) uvedla, že je pro ně obtížné zajistit dostupnost dětské a dorostové psychiatrie.
15. Celkem v 56 domovech (38 %) jsou všichni klienti **registrováni** pouze u jednoho poskytovatele **v příslušných specializacích lékařské péče** (všeobecné praktické lékařství, praktické lékařství pro děti a dorost, zubní lékařství a gynekologie). Naopak celkem v 15 domovech (10 %) jsou klienti registrováni u 6 a více poskytovatelů.
16. Pouze přibližně čtvrtina domovů (28 %) uvedla, že **hrazenou lázeňskou péčí** čerpal za poslední tři roky (2017–2019) alespoň jeden z jejich klientů. Naopak 72 % domovů nemělo žádného klienta, kterému by byla ve sledovaném období uvedená péče poskytnuta. Za poslední tři roky využilo hrazené lázeňské péče celkem 91 klientů. Uvedený počet klientů představuje pouze přibližně třetinu ve srovnání s daty v celé populaci v České republice. Klienti domovů tedy využívají hrazenou lázeňskou péči výrazně méně než lidé žijící v komunitě.
17. Ve více než třetině všech domovů (34 %) je přes 90 % všech klientů registrováno u jediné **zdravotní pojišťovny**, v naprosté většině se jedná o registraci u Všeobecné zdravotní pojišťovny. **Čerpání příspěvků z fondů prevence zdravotních pojišťoven** klienty potvrdila pouze přibližně třetina domovů (35 %), naopak téměř dvě třetiny (61 %) domovů uvedly, že žádný z klientů příspěvek z fondu prevence nečerpal.



Základní vhled do právní úpravy

1. Úmluva o právech osob se zdravotním postižením

Úmluva o právech osob se zdravotním postižením je v současné době nejvýznamnějším aktem mezinárodního práva⁹ v oblasti práv lidí s postižením.¹⁰ Česká republika přijala Úmluvu dne 30. března 2007, v platnost pak vstoupila po ratifikaci dne 28. října 2009.

Deklarovaným účelem Úmluvy je podpora, ochrana a zajištění plného a rovného užívání všech lidských práv a základních svobod všemi lidmi s postižením¹¹ a podpora úcty k jejich přirozené důstojnosti.¹² Vychází ze zásad respektování lidské důstojnosti, osobní nezávislosti, svobody volby, samostatnosti a nediskriminace.

V souvislosti se zkoumanými aspekty života klientů (celkové nastavení služby, nastavení služby pro nezletilé klienty, zaměstnávání klientů a zajištění zdravotní péče) je třeba zmínit následující práva lidí s postižením garantovaná Úmluvou.

1.1 Právo na nezávislý způsob života

Podle článku 19 Úmluvy mají lidé s postižením právo zvolit si kde a s kým budou žít, a současně právo nebýt nuceni žít ve specifickém prostředí. Měli by mít přístup ke službám poskytovaným v domácím prostředí, rezidenčním službám a dalším podpůrným komunitním službám včetně osobní asistence.

V domovech pro osoby se zdravotním postižením je jedním z projevů práva na nezávislý způsob života prostředí, které se podobá co nejvíce domovu a je prosté ústavních prvků.¹³ Klienti by zároveň měli být při poskytování služby aktivními partnery uplatňujícími svou vůli, měl by mít možnost rozhodovat o sobě samých a žít svůj život v co nejvyšší míře v souladu s principem normality.¹⁴

9 Mezi další mezinárodní akty zakotvující práva lidí s postižením patří například Všeobecná deklarace lidských práv, Deklarace práv mentálně postižených osob, Úmluva o právech dítěte a další.

10 Úmluva byla přijata Valným shromážděním Organizace spojených národů dne 13. 12. 2006 jako osmá lidskoprávní úmluva v důsledku neuspokojivého stavu, kdy lidé s postižením, navzdory předchozím úmluvám, nadále čelili diskriminaci.

11 Lidé s postižením jsou podle čl. 1 Úmluvy lidé, kteří mají „*dlouhodobé fyzické, duševní, mentální nebo smyslové postižení, které v interakci s různými překážkami může bránit jejich plnému a účinnému zapojení do společnosti na rovnoprávném základě s ostatními*“.

12 Článek 1 Úmluvy.

13 Mezi ústavní prvky patří například velké prostory bez členění, centrální jídelny, specifické pojmenovávání místností, společné sklady věcí klientů, společné šatny, velkokapacitní koupelny a toalety, unifikované vybavení, dlouhé chodby bez členění s dveřmi ústíci do pokojů klientů, mnohalůžkové pokoje atd.

14 „Základní myšlenka principu normality spočívá v tom, že i člověk s postižením se má nezávisle pohybovat mezi třemi oddělenými sférami tak, jak je tomu u většiny obyvatelstva, a těmi jsou sféra bydlení a spánku, sféra vzdělání, zaměstnání, případně terapeuticko-lékařského zabezpečení a péče, sféra volného času.“ In: ŠESTÁKOVÁ, I., FRANCOVÁ, N., PROCHÁZKOVÁ, J. a SOBEK, J. Bydlení (nejen) pro lidi se zdravotním postižením [online]. Praha:



Nezávislý způsob života v přirozeném prostředí je cílem probíhajícího procesu transformace a deinstitucionalizace pobytových sociálních služeb.¹⁵ V tomto procesu dochází k přechodu od ústavní (institucionální) péče o osoby se zdravotním postižením k péči poskytované v přirozeném prostředí. Cílem je zkvalitnit život lidem se zdravotním postižením a umožnit jim žít běžný život srovnatelný s životem jejich vrstevníků. Během deinstitucionalizace dochází k řízenému rušení ústavů a rozvoji komunitních sociálních služeb. Výsledná struktura a provoz sociálních služeb jsou primárně orientovány na potřeby uživatelů služeb a jejich sociální začleňování, klienti nejsou vystavováni institucionalizaci.¹⁶ Proces transformace a deinstitucionalizace je procesem dlouhodobým a neskončí, dokud nebude naplněno jeho cílů.

1.2 Práva dítěte se zdravotním postižením

Článek 7 Úmluvy zaručuje dětem se zdravotním postižením stejná práva jako ostatním dětem. V domovech pro osoby se zdravotním postižením by měly být pro dětské klienty zajištěny životní podmínky nezbytné pro jejich rozvoj, například odpovídající zdravotní péče, vzdělávání a volnočasové aktivity a další. Taktéž by jim měla být zajištěna specifická ochrana před jakoukoli formou násilí. Jakákoliv činnost týkající se dětí se zdravotním postižením také musí být vykonávána s ohledem na nejlepší zájem dítěte.¹⁷

1.3 Právo na práci a zaměstnání

Podle článku 27 Úmluvy mají lidé s postižením právo na práci na rovnoprávném základě s ostatními, a to ideálně na otevřeném trhu práce. Ať už však pracují kdekoli, při práci by měli mít zajištěny spravedlivé a uspokojivé pracovní podmínky včetně rovných příležitostí a rovného odměňování. Měly by jim taktéž být zajištěny bezpečnost a ochrana zdraví při práci, přiměřená opatření¹⁸ a další podmínky podle platných právních předpisů upravující práci a zaměstnávání.¹⁹

MPSV, 2012 [cit. 2020-06-17]. ISBN 978-80-7421-042-6. Dostupné z: http://www.trass.cz/archive_2015/files/Architektura_manual_all_30_FINAL4.pdf.

15 Hlavní priority procesu jsou vyjádřeny v dokumentu Koncepte podpory transformace pobytových sociálních služeb v jiné typy sociálních služeb, poskytovaných v přirozené komunitě uživatele a podporující sociální začlenění uživatele do společnosti. Viz Koncepte podpory transformace pobytových sociálních služeb v jiné typy sociálních služeb, poskytovaných v přirozené komunitě uživatele a podporující sociální začlenění uživatele do společnosti [online]. Praha: MPSV, 2007. [cit. 2020-04-06]. Dostupné z: https://www.mpsv.cz/documents/20142/225517/Koncepce_podpory.pdf/9849e5e3-206b-393e-00af-a8e210ee1c47.

16 Manuál transformace ústavů [online]. Praha: MPSV, 2013 [cit. 2020-04-19]. ISBN 978-80-7421-057-0. Dostupné z: [http://www.trass.cz/archive_2015/files/5-dok-dopor-postupy\(8\)_ManualTransformaceTisk-Text.pdf](http://www.trass.cz/archive_2015/files/5-dok-dopor-postupy(8)_ManualTransformaceTisk-Text.pdf), s. 18.

17 Článek 7 Úmluvy o právech osob se zdravotním postižením, článek 3 Úmluvy o právech dítěte.

18 Přiměřené opatření musí být vykládáno tak, že zahrnuje odstranění různých překážek, které narušují plné a účinné zapojení osob se zdravotním postižením do profesního života na rovnoprávném základě s ostatními pracovníky. Blíže viz rozsudky Soudního dvora Evropské unie ze dne 11. dubna 2013, HK Danmark, C-335/11 a C-337/11, EU:C:2013:222, bod 54, jakož i ze dne 4. července 2013, Komise v. Itálie, C-312/11, nezveřejněný, EU:C:2013:446, bod 59).

19 Článek 27 Úmluvy.



1.4 Právo na zdraví

Lidé s postižením mají podle Úmluvy právo na dosažení nejvyšší možné úrovně zdraví bez diskriminace na základě postižení.²⁰ To mimo jiné znamená, že i v domovech pro osoby se zdravotním postižením mají právo na poskytování stejného rozsahu a kvality zdravotních služeb, včetně léčebné rehabilitace, jako lidé bez postižení, a také právo na poskytování zdravotních služeb, které potřebují specificky z důvodu svého postižení.

2. Zákon o sociálních službách

Domovy pro osoby se zdravotním postižením poskytují podle zákona o sociálních službách bytové sociální služby lidem, kteří mají z důvodu zdravotního postižení sníženou soběstačnost a jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby.²¹

Podmínky poskytování této služby jsou zakotveny v českém právním řádu, především v zákoně o sociálních službách a vyhlášce, která provádí některá jeho ustanovení.²² Zákon o sociálních službách stanovuje základní činnosti a úkony při poskytování služby,²³ úhrady nákladů za poskytnutí služby, povinnosti poskytovatelů, podobu smlouvy o poskytování služby atd. Prováděcí vyhláška pak obsahuje například rozsah úkonů při poskytování služby, vymezuje maximální úhrady nákladů, v příloze č. 2 vymezuje standardy poskytování služby. Konkrétnímu člověku je služba poskytována na základě smlouvy mezi ním a poskytovatelem,²⁴ v níž by měla být práva a povinnosti obou stran smlouvy (poskytovatele i klienta) specifikována. Potřeby a přání klienta by měly být také promítnuty do individuálního plánu poskytování služby.²⁵

Poskytovatel by měl při poskytování služby vytvářet takové podmínky, které umožní klientům naplňovat jejich práva,²⁶ a to ať už vycházejí ze zákona o sociálních službách, či z obecných právních předpisů. Zejména je povinen klientům napomáhat zajišťovat jejich maximální fyzickou a psychickou soběstačnost s cílem umožnit jim život v přirozeném sociálním prostředí a co v nejvyšší možné míře se zapojit do běžného života společnosti. Pokud to jejich stav neumožňuje, je pak povinen jim zajistit důstojné prostředí a zacházení, a poskytovat službu v co v nejméně omezujícím prostředí.²⁷

20 Článek 25 Úmluvy.

21 Ustanovení § 48 zákona o sociálních službách.

22 Vyhláška č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů.

23 Mezi základní činnosti patří poskytnutí ubytování, pomoc při zvládnutí běžných úkonů péče o vlastní osobu, pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu, výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, sociálně terapeutické činnosti a pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí.

24 Ustanovení § 90 zákona o sociálních službách.

25 V souladu s ustanovením § 88 písm. f) zákona o sociálních službách.

26 V souladu s ustanovením § 88 písm. c) zákona o sociálních službách.

27 Ustanovení § 38 zákona o sociálních službách.



Analýza výsledků dotazníkového šetření

Dotazník obsahoval otázky směřující především ke stávající praxi poskytování sociální služby domovy pro osoby se zdravotním postižením.²⁸ Okruhy otázek byly zaměřeny na statistické údaje o domovech (kap. 2), dále na specifika poskytované služby u dětských klientů, (kap. 3), na podmínky pracovního uplatnění a zaměstnávání klientů (kap. 4) a na oblast zdraví a zdravotní péče (kap. 5). V závěru měli respondenti možnost se vyjádřit nad rámec kladených otázek. Sběr dat probíhal v termínu od 21. října do 5. prosince 2019 (pokud není uvedeno jinak).

1. Struktura respondentů

V rámci výzkumného šetření jsme oslovili všechny sociální služby typu domovy pro osoby se zdravotním postižením, které byly k 28. červnu 2019 registrovány v Registru poskytovatelů sociálních služeb,²⁹ tedy celkem 205 domovů. Dotazník vyplnilo 156 z nich, tedy 76 % z celkového počtu.

Návratnost dotazníků z jednotlivých krajů jsme vyhodnocovali podle informací uvedených ve zmíněném registru a dále v dotaznících a na webových stránkách poskytovatelů (k 7. listopadu 2019). V Kraji Vysočina dosáhla návratnost dotazníku 100 %, v šesti krajích (Karlovarský, Olomoucký, Pardubický, Středočeský, Zlínský a Ústecký kraj) návratnost představovala méně než 75 % z celkového počtu poskytovatelů v krajích.

Tab. 1 Návratnost dotazníků od sociálních služeb domovy pro osoby se zdravotním postižením (N=156)

KRAJ	NÁVRATNOST (PODÍL SOCIÁLNÍCH SLUŽEB, KTERÉ VYPLNILY DOTAZNÍK)	
Hlavní město Praha	75 %	(6 z 8)
Karlovarský kraj	63 %	(5 z 8)
Liberecký kraj	80 %	(8 z 10)
Olomoucký kraj	64 %	(7 z 11)
Pardubický kraj	67 %	(6 z 9)
Plzeňský kraj	82 %	(9 z 11)
Ústecký kraj	71 %	(22 z 31)
Kraj Vysočina	100 %	(10 z 10)
Jihomoravský kraj	89 %	(17 z 19)
Královéhradecký kraj	75 %	(9 z 12)
Zlínský kraj	69 %	(11 z 16)
Jihočeský kraj	75 %	(6 z 8)
Středočeský kraj	74 %	(20 z 27)
Moravskoslezský kraj	80 %	(20 z 25)
CELKEM	76 %	(156 z 205)

28 Plné znění dotazníku je uvedené v příloze.

29 Registr poskytovatelů sociálních služeb [online]. Praha, MPSV, 2020. Op. cit.



2. Statistické údaje

V této kapitole jsou vyhodnoceny základní údaje o domovech pro osoby se zdravotním postižením, které se zúčastnily výzkumného šetření. Obsahuje přehled právních forem, které jsou mezi poskytovateli zastoupeny, a statistické informace o zřizovatelích (kap. 2.1), velikosti domovů (kap. 2.2), jejich organizačním uspořádání (kap. 2.3) a charakteristikách cílové skupiny klientů (kap. 2.4).

2.1 Poskytovatelé a jejich právní formy

Poskytovateli sociálních služeb mohou být podle zákona „územní samosprávné celky a jimi zřizované právnické osoby, další právnické osoby, fyzické osoby a ministerstvo a jím zřízené organizační složky státu nebo státní příspěvkové organizace, které jsou právnickými osobami“.³⁰ Služby lze poskytovat pouze na základě oprávnění, které vzniká po splnění zákonem daných podmínek registrací sociální služby.³¹ Při poskytování služby se musí poskytovatel řídit zejména povinnostmi, které mu zákon o sociálních službách ukládá,³² a standardy kvality sociálních služeb.³³ Zároveň by vždy měl jednat také v zájmu klientů a poskytovat službu tak, aby bylo důsledně zajištěno dodržování lidských práv a základních svobod.³⁴

I přes obecný rámec, který je poskytovatelům pro jejich činnost právními předpisy nastaven, konkrétní podobu poskytované služby ovlivňuje mnoho faktorů. To, jakou má poskytovatel právní formu, kdo je jeho zřizovatelem, jaký vztah je mezi poskytovatelem a zřizovatelem případně nastaven, může ovlivňovat například způsob financování služby, její materiálně-technické zajištění, personální obsazení, zapojení do procesu transformace a deinstitucionalizace, přístup k některým otázkám života klientů atd. Zajímalo nás tedy, v jakém poměru jsou mezi domovy zastoupeny různé právní formy poskytovatelů a kdo domovy zřizuje.

Naprostá většina domovů (88 %) uvedla jako právní formu poskytovatele příspěvkovou organizaci. Další právní formy poskytovatele představují pouze jednotky procent, z čehož nejčastější je právní forma církve a náboženské společnosti (8 ze 156; 5 %).

30 Ustanovení § 6 zákona o sociálních službách.

31 Ustanovení § 79 zákona o sociálních službách.

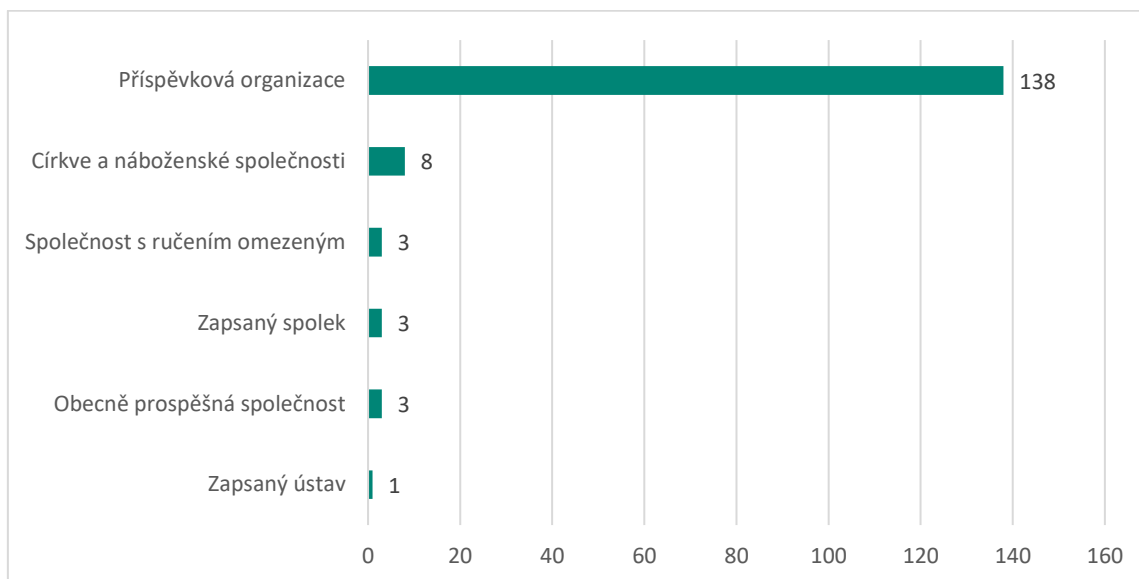
32 Ustanovení § 88 zákona o sociálních službách.

33 Příloha 2 zákona o sociálních službách.

34 Ustanovení § 2 odst. 2 zákona o sociálních službách.

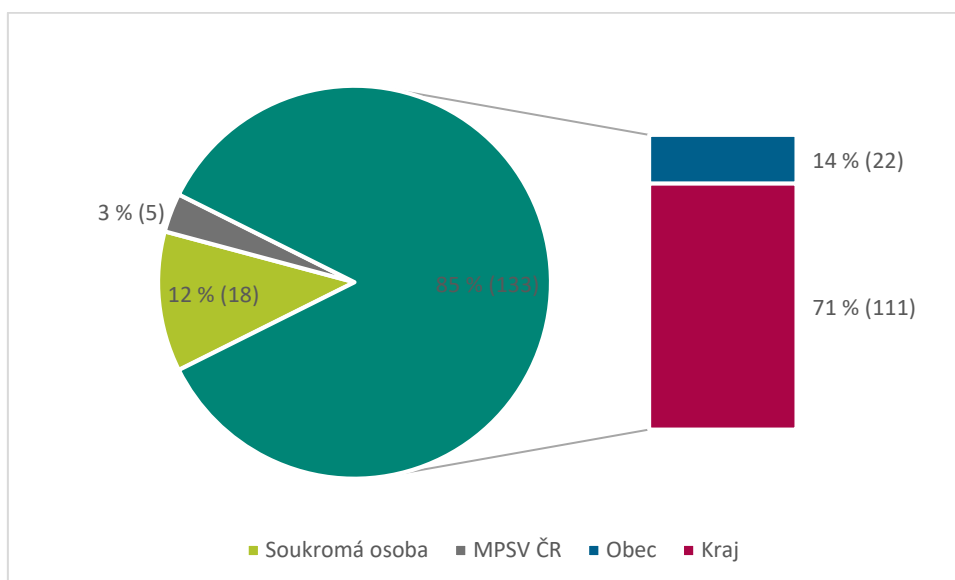


Graf 1 Právní formy poskytovatelů služby domovy pro osoby se zdravotním postižením (N=156)



Co se týče zřizovatelů, většinu domovů pro osoby se zdravotním postižením, které se účastnily výzkumného šetření, tedy téměř tři čtvrtiny všech domovů (71 %), zřizují kraje, významně méně domovů je zřizováno obcemi (14 %). **Územní samosprávné celky tedy zřizují celkem 85 % všech domovů.** Pouze pět domovů (3 %) má za zřizovatele Ministerstvo práce a sociálních věcí. Přibližně desetina (12 %) domovů je zřízena soukromými osobami.

Graf 2 Subjekt zřizovatelů domovů pro osoby se zdravotním postižením (N=156)



Převažující počet poskytovatelů zřízených jako příspěvková organizace jistě přináší své výhody. Územně samosprávné celky si mohou na svém území prostřednictvím domovů, které zřizují, regulovat dostupnost či financování tohoto typu služby nebo řídit a mít pod kontrolou proces transformace a deinstitucionalizace. Pro klienty se pak například také zvyšuje šance, že uspějí se stížností na poskytování služby, jelikož poskytovatel a zřizovatel



služby jsou dva rozdílné subjekty. Je však třeba si uvědomit, že také soukromé domovy jsou pro zajištění dostupnosti tohoto typu služby nepostradatelné.

2.2 Kapacita domovů pro osoby se zdravotním postižením

Kapacita poskytované sociální služby je jedním z údajů, které musí poskytovatel při její registraci uvádět.³⁵ Jejím vymezením určuje počet klientů, kterým je zároveň schopen poskytovat danou službu za zachování všech svých povinností a kvality této služby. Snižování kapacit domovů a přechod klientů z velkokapacitních domovů odpovídajících ústavnímu nastavení poskytování služby³⁶ do komunity je i proto jedním z cílů dlouhodobě probíhajícího procesu transformace sociálních služeb³⁷ a také prioritou Národní strategie rozvoje sociálních služeb na období 2016–2025.³⁸ Ať už je ale kapacita služby jakákoliv, vždy by měla být respektována individualita klientů a jejich potřeb.³⁹

Zejména u velkokapacitních služeb však stále hrozí, že individuální potřeby klientů nebudou naplňovány a namísto aktivních partnerů uplatňujících při poskytování služby svou vůli, se klienti stanou pouhými objekty péče.⁴⁰ S ohledem na to, že se kapacita domova pro osoby se zdravotním postižením může promítat do realizace práv klientů, jsme se tedy ptali na kapacitu domovů i ve výzkumném šetření.

Pro lepší orientaci v rozdělení domovů podle počtu klientů jsme vytvořili kategorie „velký domov“ jakožto domov s více než 75 klienty, „středně velký domov“ s 21 až 75 klienty a „malý domov“ s méně než 20 klienty.⁴¹

2.2.1 Celková kapacita

Z domovů, které se výzkumu účastnily, má nejvíce z nich stanovenou kapacitu služby mezi 21 až 75 klienty. Těchto středně velkých domovů je více než polovina (51 %). V nemalém počtu také stále existují velké domovy s kapacitou více než 76 klientů (47 ze 156; 30 %). Do této kategorie patří také většina domovů zřizovaná Ministerstvem práce a sociálních

35 Ustanovení § 79 odst. 5 písm. d) zákona o sociálních službách.

36 „Ústavní péče dosáhla největšího rozšíření v minulém století, odpovídala tehdejší společenské situaci a plnila ve své době důležité úkoly: zabezpečení základních životních potřeb a hmotných podmínek pro ty, kteří si je nebyli schopni zabezpečit sami. Jako takové byly ústavy výrazem solidarity. Lidé, kteří v nich žili, byli vnímáni jako objekt péče a neměli možnost ovlivnit chod instituce a tím ani svůj vlastní život.“ In: Manuál transformace ústavů [online]. Praha: MPSV, 2013. Op. cit.

37 Viz Koncepce podpory transformace pobytových sociálních služeb v jiné typy sociálních služeb, poskytovaných v přirozené komunitě uživatele a podporující sociální začlenění uživatele do společnosti [online]. Praha: MPSV, 2007. Op. cit.

38 Národní strategie rozvoje sociálních služeb na období 2016–2025 [online]. Praha: MPSV, 2016 [cit. 2020-04-17]. Dostupné z: https://www.dataplan.info/img_upload/7bdb1584e3b8a53d337518d988763f8d/nsrss.pdf.

39 Ustanovení § 2 odst. 2 zákona o sociálních službách.

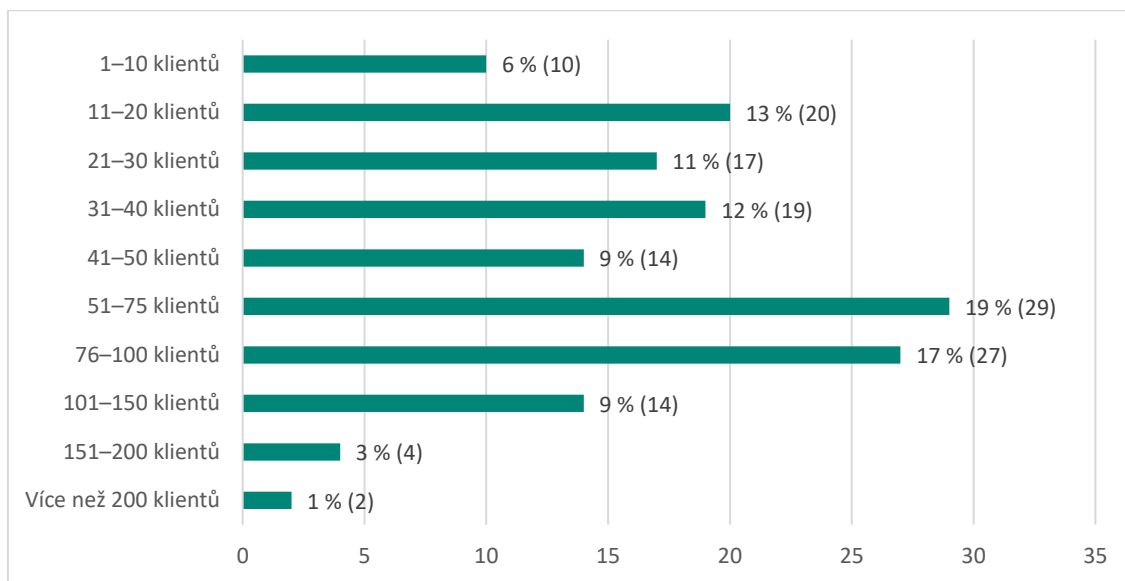
40 Viz například Manuál transformace ústavů [online]. Praha: MPSV, 2013. Op. cit. nebo JOHNOVÁ, M. *Sociální služby poskytované v ústavních zařízeních Zpráva modulu 2 česko-britského projektu na podporu MPSV při reformě sociálních služeb* [online]. Praha, 2003. [cit. 2020-04-17]. Dostupné z: <https://www.kvalitavpraxi.cz/res/archive/000117.pdf?seek=1186569359>.

41 Toto rozdělení bylo zvoleno s ohledem na vyskytující se kapacity stávajících domovů a nevyjadřuje srovnání s velikostí běžných domácností. Neodrážá, a tedy ani se nijak nevztahuje k zachování principu normality.



věcí, kdy čtyři z pěti jím zřizovaných domovů mají kapacitu dokonce více než 100 klientů. V jednom případě se jedná o 192 klientů. Malé domovy pro osoby se zdravotním postižením s kapacitou do 20 klientů pak představují pouze necelou pětinu (19 %) z celkového počtu. Kapacita nejmenšího domova je stanovena na čtyři klienty (takové domovy jsou dva), zatímco nejvyšší uvedená kapacita je u domova v Pardubickém kraji s místem pro 233 klientů.

Graf 3 Kapacita domovů pro osoby se zdravotním postižením (N=156)



Z odpovědí je patrné, že přes 80 % domovů neodpovídá současnému materiálně-technickému standardu Ministerstva práce a sociálních věcí, který doporučenou kapacitu stanovuje na 12 klientů (popřípadě na 18 klientů, pokud se jedná o klienty s vyšší mírou podpory).⁴² Tento standard nesplňují ani ty domovy, které ministerstvo samo zřizuje. **Stále přetrvávající vysoký počet velkých a středně velkých domovů poukazuje na to, že přechod od poskytování péče ústavním způsobem k rozvoji a využívání služeb komunitního charakteru není zdaleka dokončen⁴³ a ani ministerstvo, které by mělo být nositelem těchto změn, proces transformace nerealizuje v takové míře, jak by mělo.**

Jelikož jsou kromě Ministerstva práce a sociálních věcí klíčovými aktéry transformace také kraje,⁴⁴ zajímalo nás, v jakém poměru se na jejich území domovy s kapacitou vyšší

42 Doporučený postup Ministerstva práce a sociálních věcí č. 2/2016. Materiálně-technický standard pro služby sociální péče poskytované pobytovou formou [online]. Praha, MPSV. 2018. Dostupné z: https://www.mpsv.cz/documents/20142/225517/Doporučený_postup_Materiálně_techický_standard.pdf/cefa_ea04-4b3d-ed52-e383-4ebbd7609f96.

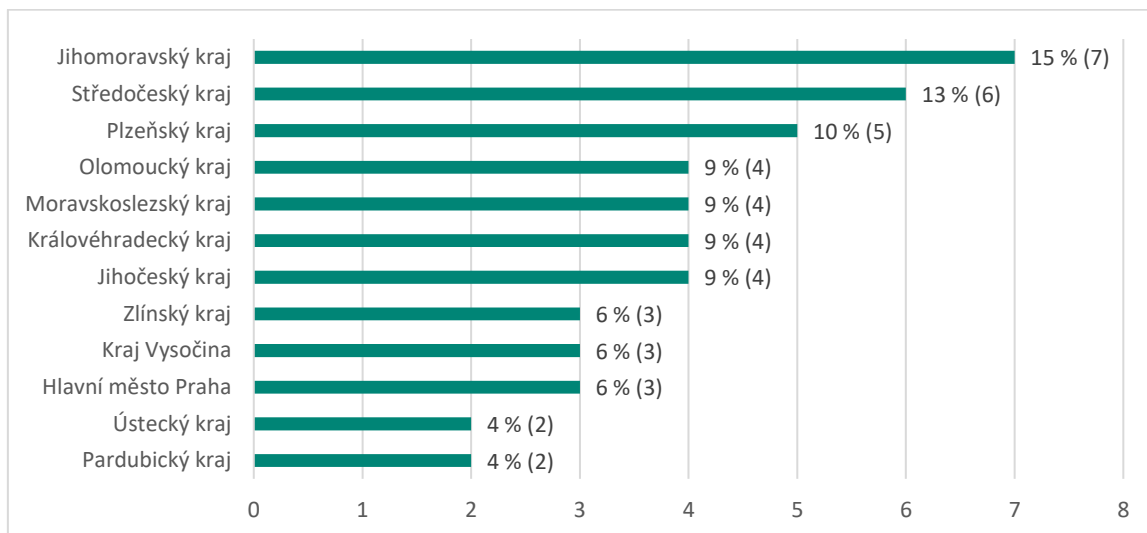
43 Na pomalý proces transformace a rizika spojená s velkou kapacitou domovů upozornila tehdejší veřejná ochránkyně práv Mgr. Anna Šabatová, Ph.D., mj. také v souhrnné zprávě ze série návštěv domovů pro osoby se zdravotním postižením realizovaných v letech 2017 a 2018. Viz Zpráva z návštěv domovů pro osoby se zdravotním postižením 2020 [online]. Brno, veřejný ochránce práv, 2020. Op. cit.

44 Tvoří střednědobé plány rozvoje sociálních služeb (podle ustanovení § 95 zákona o sociálních službách), významně se podílejí na financování sociálních služeb a další. Viz například Deinstitutionalizace a plánování sociálních služeb v kraji Příručka pro začlenění transformace [online]. Praha: Ministerstvo práce a sociálních služeb, 2012 [cit. 2020-04-19]. Dostupné z: <http://www.trass.cz/wp-content/uploads/2016/02/DEI.pdf>.



než 75 klientů nachází. Z domovů, které se výzkumného šetření zúčastnily, se nejvíc domovů s kapacitou nad 75 klientů nachází v Jihomoravském kraji (7 ze 47; 15 %), následuje Středočeský kraj s šesti velkými domovy (13 %) a Plzeňský kraj s pěti velkými domovy (10 %).

Graf 4 Domovy pro osoby se zdravotním postižením s kapacitou vyšší než 75 míst dle krajů (N=47)

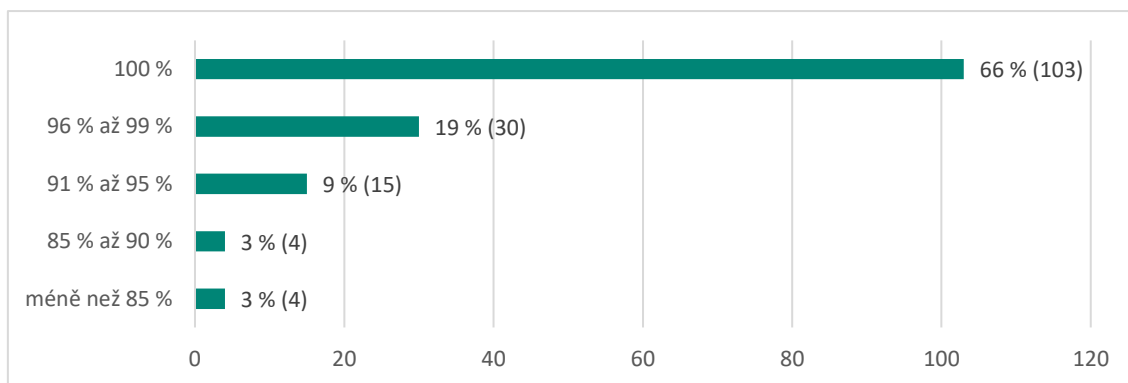


2.2.2 Využití kapacit

Vedle registrovaných kapacit domovů pro osoby se zdravotním postižením jsme také sledovali jejich reálné využití.

Až dvě třetiny (103 ze 156; 66 %) domovů mají plně obsazenou kapacitu, u pětiny (19 %) je kapacita naplněna téměř. Alespoň 10 % volné kapacity má pouze osm domovů (6 %). V sedmi případech se jedná o domovy pro osoby se zdravotním postižením, které mají celkovou kapacitu do 75 míst, v jednom případě se jedná o domov s celkovou kapacitou nad 150 klientů.

Graf 5 Využití kapacit domovů pro osoby se zdravotním postižením (N=156)



Ze získaných informací je zřejmé, že volných míst v domovech není mnoho. Pro nové klienty má místo jen třetina domovů. **Celková kapacita domovů zapojených do výzkumu je využita na 98 %.** To, že jsou domovy takto naplněny a často i přes sto klientů s postižením žije



na jednom místě, jen zdůrazňuje potřebu jejich kapacitu postupně snižovat, přetvářet velké služby na menší a zajišťovat lidem s postižením možnost žít v rámci běžné komunity.

2.3 Organizační členění

V souladu s trendy transformace a deinstitucionalizace sociálních služeb a právem na nezávislý způsob života klade stávající materiálně-technický standard Ministerstva práce a sociálních věcí na služby typu domovy pro osoby se zdravotním postižením požadavek, aby byly poskytovány jako bydlení v bytě, ne jako společné ubytování. Prioritou by mělo být inkluzivní bydlení v běžné zástavbě a mezi běžnými domácnostmi. Pokud je služba poskytována v rodinném domě nebo bytovém domě, vždy musí být vytvořeny tzv. domácnosti, maximálně pro šest klientů.⁴⁵

Domovy, které svou kapacitou standard nespĺňují a stále poskytují službu velkému množství klientů, mohou podmínky podobné běžným domácnostem vytvářet alespoň částečně vhodným organizačním uzpůsobením. Každá organizační jednotka by měla odpovídat běžné domácnosti, tedy poskytovat klientům zázemí při hygieně, přípravě a podávání jídla, být uzpůsobena jejich potřebám, zajišťovat klientům v co největší míře soukromí atd.⁴⁶

2.3.1 Organizační jednotky domovů

Způsobem nejvíce odpovídajícím nezávislému životu, tedy uspořádáním obdobným jako v samostatných bytových jednotkách, poskytuje službu pouze malé množství respondentů (12 %). Rozdělení na domácnosti uvedla necelá polovina domovů (44 %). Nejčastěji se však v domovech zúčastněných na výzkumu stále objevuje organizační členění na oddělení, tedy členění odpovídající spíše zdravotnickým službám bez přizpůsobení prostředí podmínkám běžné domácnosti.⁴⁷ Další 15 respondentů (10 %) uvedlo, že jsou jejich domovy členěny na pokoje, přičemž někteří blíže specifikovali, že mají společné prostory (kuchyň, prádelna), jiní další specifikaci neuvodli. Lze tedy předpokládat, že ani v těchto domovech nejsou vytvořeny samostatné domácnosti či bytové jednotky. Šest respondentů (4 %) pak uvedlo, že je jejich domov členěn na patra, což lze rozložením a organizací přibližně přirovnat oddělením. Čtyři respondenti (3 %) uvedli členění na komunity bez bližší specifikace.

45 Doporučený postup Ministerstva práce a sociálních věcí č. 2/2016. Materiálně-technický standard pro služby sociální péče poskytované pobytovou formou [online]. Op. cit.

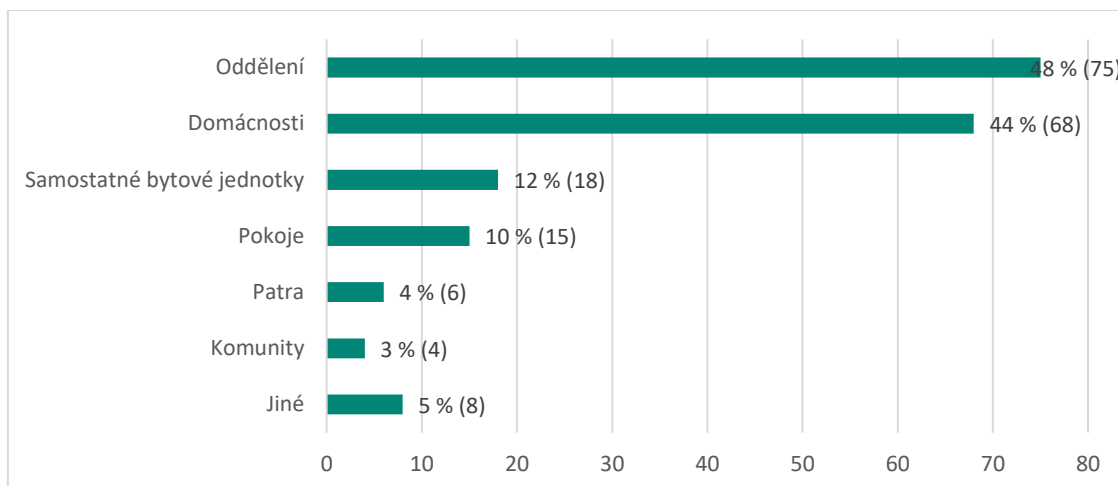
46 Tamtéž.

47 „Každá domácnost musí zajišťovat svým uživatelům soukromí v jejich pokoji (1 či 2lůžkovém), zázemí při hygieně (na 6 uživatelů minimálně 1 oddělené WC a 1 koupelna, vhodné s dalším WC v rámci domácnosti) a při přípravě a konzumaci jídla (kuchyň a obývací pokoj či obojí v jednom). Velikosti těchto prostor musí být uzpůsobeny potřebám daných uživatelů a odpovídat zákonným i podzákonným předpisům ČR. Pokoje musejí být uzamykatelné a klienti mají k dispozici klíč. Domácnost odráží individualitu svých klientů, a to i s ohledem na ostatní členy domácnosti, obytné prostory mají osobní charakter. Vybavení odpovídá potřebám klienta a je vybíráno s ohledem na jeho přání a možnosti. Vybavení pro podporu soběstačnosti vychází z potřeb klientů.“ In: Doporučený postup Ministerstva práce a sociálních věcí č. 2/2016. Materiálně-technický standard pro služby sociální péče poskytované pobytovou formou [online]. Op. cit., s. 19.



Zbytková kategorie Jiné (5 %) představuje soubor nejrůznějších odpovědí bez bližší specifikace: budovy, pavilony, skupiny, domovy, objekty.⁴⁸

Graf 6 Způsob organizačního členění domovů pro osoby se zdravotním postižením (N=156)



Pozn.: Součet kategorií převyšuje celkový součet respondentů, jelikož ti mohli označit více odpovědí.

To, že více než polovina domovů již pro klienty nějakým způsobem vytváří prostředí, které více či méně odpovídá běžné domácnosti (samostatné bytové jednotky, komunity, domácnosti) lze považovat za pozitivní zjištění odrážející potřebu respektovat princip normality a práva klientů na soukromí a na nezávislý způsob života. Na druhou stranu je z odpovědí patrný také vysoký počet domovů, které toto dosud nerealizují a jejich členění odpovídá spíše ústavnímu typu poskytování služby, či dokonce službám zdravotnickým (pavilony, objekty, oddělení).

Častá neexistence členění na organizační jednotky tak koresponduje s vysokým počtem velkokapacitních, netransformovaných domovů (viz výše).

2.3.2 Počet klientů v rámci organizační jednotky

*„Skupina lidí s postižením žijících pohromadě by měla být pouze tak velká, aby se mezi nimi navzájem a personálem mohly rozvinout osobní a trvalé vztahy. Jelikož komunikační schopnosti a schopnost předvídat různé reakce jsou u lidí s postižením omezené, je třeba, aby tato skupina byla malá“.*⁴⁹ Pro zachování přirozeného sociálního prostředí a běžné domácnosti stanovuje současný materiálně-technický standard pro pobytové sociální

48 Čtyři respondenti ještě doplnili, že jsou domovy pro osoby se zdravotním postižením aktuálně v procesu transformace (tedy přetvoření organizačního členění na domácnosti či samostatné bytové jednotky, eventuálně snížení jejich kapacit) nebo jsou dané změny naplánovány do budoucna (dva domovy uvedly rok 2020).

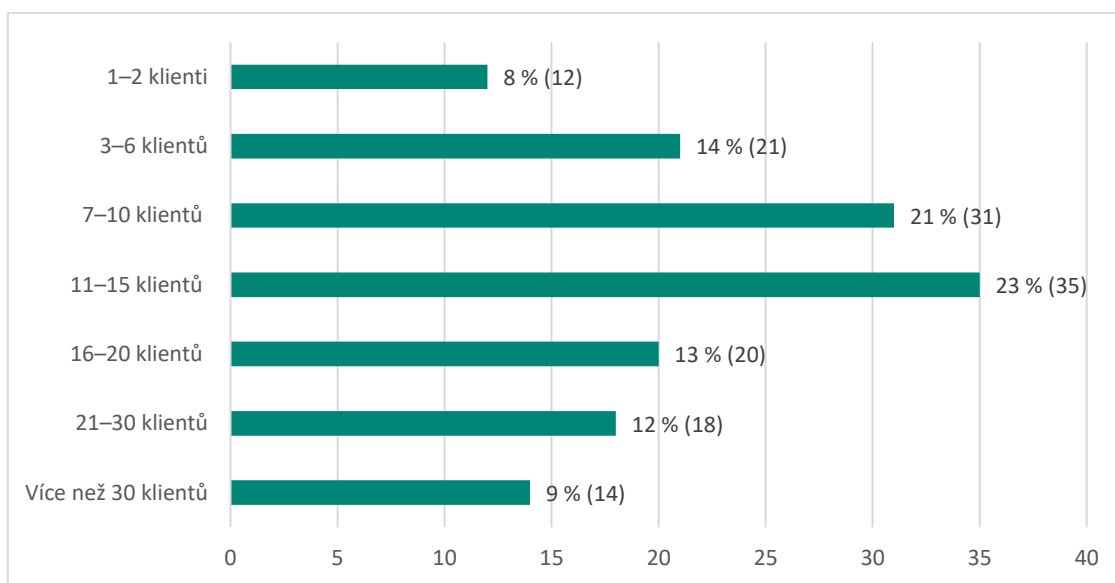
49 Grunewald, K., 2003. Zavřete ústavy pro mentálně postižené. In: Kvalita v praxi [online]. [cit. 2012-03-30]. Dostupné z: <http://www.kvalitavpraxi.cz/res/data/001/000182.pdf>. In: ŠESTÁKOVÁ, I., FRANCOVÁ, N., PROCHÁZKOVÁ, J. a SOBEK, J. Bydlení (nejen) pro lidi se zdravotním postižením [online]. Praha: MPSV, 2012 [cit. 2020-06-17]. ISBN 978-80-7421-042-6. Dostupné z: http://www.trass.cz/archive_2015/files/Architektura_manual_all_30_FINAL4.pdf.



služby⁵⁰ maximální počet klientů v domácnosti na šest. Tento standard je stanoven pro rodinné a bytové domy. Domovy s velkým počtem klientů, kde nelze s ohledem na materiálně-technické faktory poskytování služby realizovat, by k němu měly alespoň směřovat a omezovat množství klientů na organizačních jednotkách na co nejmenší počet. Čím vyšší počet klientů na organizační jednotce (domácnosti, oddělení atd.), tím vyšší riziko nedostatečného zajištění soukromí, vhodného zázemí pro klienty, potřeb klientů atd.

Maximální počet klientů žijících na jedné organizační jednotce nejčastěji představuje 11 až 15 klientů. Jedná se o téměř čtvrtinu všech domovů (23 %). Více než pětina domovů má maximálně 7 až 10 klientů na organizační jednotku a více než 16 klientů na jednotce je cca ve třetině všech domovů (34 %). Domov, ve kterém byl počet klientů na organizační jednotku (v tomto případě oddělení) v rámci výzkumu nejvyšší, uvedl, že na jednotce žije 74 osob (jedná se ale o významný výkyv, ostatní domovy nemají více než 40 klientů). Naopak počty klientů žijících na jedné organizační jednotce, které naplňují materiálně-technický standard pro pobytové sociální služby,⁵¹ má přibližně pětina domovů (22 %), z toho pouze jeden domov má maximálně jednoho klienta na organizační jednotku.

Graf 7 Maximální počet klientů žijících na jedné organizační jednotce (N=151)



Srovnáme-li počet členů na organizačních jednotkách v domovech s průměrnou českou domácností (průměrný počet členů v domácnosti byl v roce 2019 2,34 členů⁵²), běžné domácnosti podle počtu členů lze nalézt pouze v minimu domovů. **Více než polovina domovů má pak organizační jednotky s více než deseti členy, což je pro vytváření osobních**

50 Doporučený postup Ministerstva práce a sociálních věcí č. 2/2016. Materiálně-technický standard pro služby sociální péče poskytované pobytovou formou [online]. Op. cit.

51 Tamtéž.

52 Příjmy a životní podmínky domácností: Domácnosti podle členů a krajů v roce 2019 [online]. Praha: Český statistický úřad, 2019 [cit. 2020-06-18]. Dostupné z: <https://www.czso.cz/csu/xt/prijmy-a-zivotni-podminky-domacnosti-2019>.



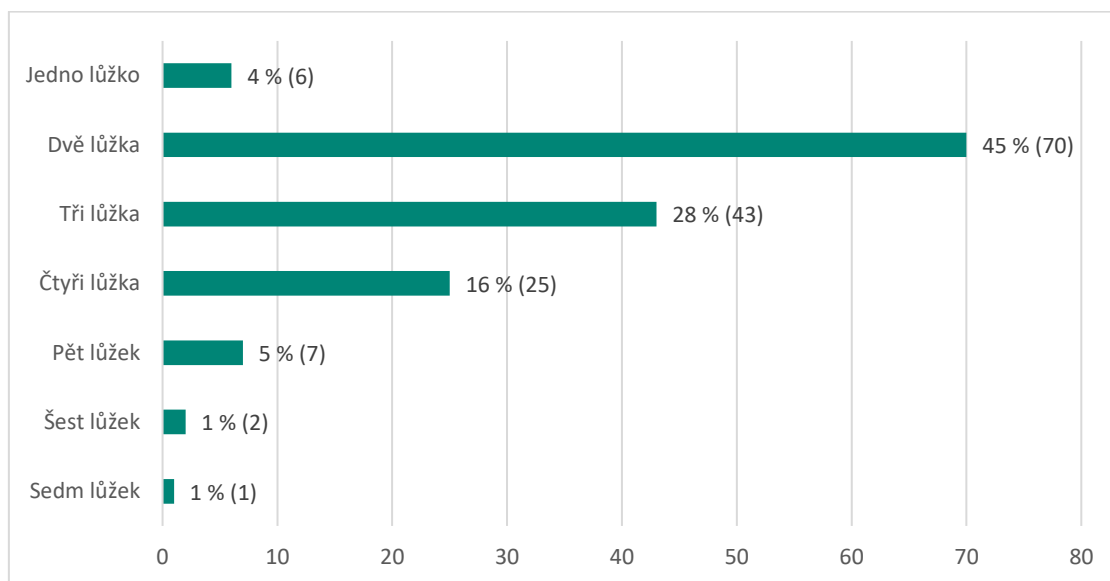
vazeb, stejně tak jako osobního prostoru klientů a pocitu domova, nežádoucí.⁵³ Tento stav bydlení neodpovídá (stejně jako další aspekty zmiňované v předchozích kapitolách) individuálnímu poskytování služby a zasahuje do práva klientů na nezávislý způsob života.

2.3.3 Počet klientů na pokojích

Pokoje (nebo v případě vícelůžkových pokojů jejich části) jsou pro klienty osobním prostorem a často jediným místem, o jehož podobě mohou (alespoň částečně) rozhodovat.⁵⁴ Měly by být pro klienty důstojným prostředím poskytujícím zázemí, prostor pro běžné denní aktivity a pro bezpečné uložení osobních věcí, a také dostatečnou míru soukromí. Standardem by v domovech pro osoby se zdravotním postižením tedy měly být pokoje jednolůžkové, maximálně dvojlůžkové. Dvojlůžkové pokoje by však měly být využívány pouze na žádost dvojice klientů, např. manželů, sourozenců, příbuzných, přátel.⁵⁵

Jednolůžkové pokoje jsou pouze v šesti domovech, které se výzkumného šetření účastnily (4 %). V sedmdesáti dalších jsou pokoje převážně dvojlůžkové (45 %). **Většina domovů má stále pokoje vícelůžkové, a to trojlůžkové (28 %), čtyřlůžkové (16 %), pětilůžkové (5 %). Mezi domovy byly zastoupeny i ty, které mají pokoje šesti a sedmilůžkové.**⁵⁶

Graf 8 Maximální počet lůžek na jednom pokoji v domovech pro osoby se zdravotním postižením (N=154)



Ze zjištěných poznatků vyplývá, klienti velkého množství domovů stále žijí na vícelůžkových pokojích. Oproti materiálně-technickému standardu jsou tak jednolůžkové pokoje stále

53 „Výzkum a zkušenosti ukazují, že ideální je skupina asi o čtyřech členech“. In: Grunewald, K., 2003. Zavřete ústavy pro mentálně postižené. Op. cit.

54 Zpráva z návštěv domovů pro osoby se zdravotním postižením 2020 [online]. Brno, veřejný ochránce práv, 2020. Op. cit.

55 Doporučený postup Ministerstva práce a sociálních věcí č. 2/2016. Materiálně-technický standard pro služby sociální péče poskytované pobytovou formou [online]. Op. cit.

56 Jedná se o maximální počet lůžek na pokoji.



spíše výjimkou. Není pak třeba rozvádět, že na pěti, šesti či sedmilůžkových pokojích mají klienti jen minimální možnost mít přehled o svých věcech, prostory si individualizovat či mít zajištěno soukromí. Ačkoliv se situace postupně mění k lepšímu a mnohalůžkových pokojů v domovech ubývá, s ohledem na právo na nezávislý způsob života je třeba tento proces co nejvíce uspořádat a zajištění samostatných pokojů, coby základního prostoru pro život klientů, prioritizovat.

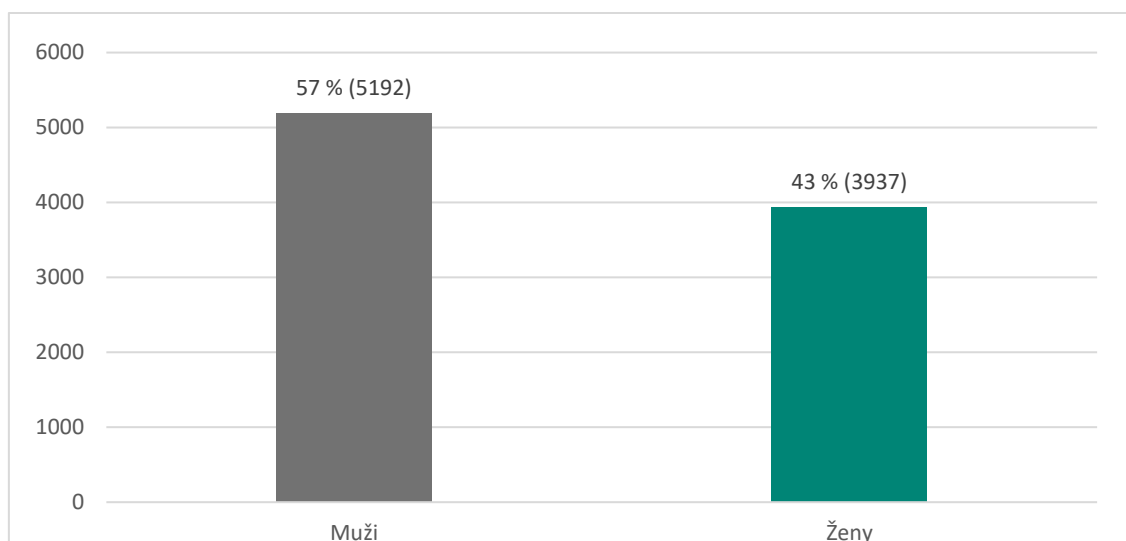
2.4 Klienti a jejich charakteristiky

V domovech pro osoby se zdravotním postižením zúčastněných na výzkumném šetření v době tohoto šetření dle respondentů žilo **celkem 9 129 klientů a klientek**.

2.4.1 Rozdělení klientů dle pohlaví

Muži (57 %) jsou mezi klienty zastoupeni přibližně o šestinu více než ženy (43 %). Toto rozdělení neodpovídá celkovému rozložení lidí s postižením dle pohlaví v České republice. Podle statistik totiž žije v České republice naopak více žen se zdravotním postižením (56 %) oproti mužům (44 %).⁵⁷ Ženy se zdravotním postižením převažují nad muži také celosvětově.⁵⁸

Graf 9 Podíl klientů dle pohlaví (N=156)



Stejně jako v běžné komunitě by muži a ženy měli žít v domovech pohromadě. V důsledku historického vývoje sociálních služeb, kdy ústavy sociální péče byly často zřizovány výhradně pro muže nebo pro ženy, však stále existují domovy, které jsou určeny výhradně pro jedno pohlaví, nebo kde muži a ženy žijí odděleně a mají omezenou možnost se navzájem navštěvovat.

57 *Výběrové šetření: Osoby se zdravotním postižením* [online]. Praha: Český statistický úřad, 2019 [cit. 2020-04-19]. s. 14. Dostupné z: <https://www.czso.cz/documents/10180/90600407/26000619.pdf/b1d5a2b3-a309-4412-a962-03d847d3d1a0?version=1.5>.

58 *World Report on Disability* [online]. Geneva, Switzerland: World Health Organisation, 2011 [cit. 2020-04-19]. ISBN 978 92 4 068521 5. Dostupné z: https://www.who.int/disabilities/world_report/2011/report.pdf.

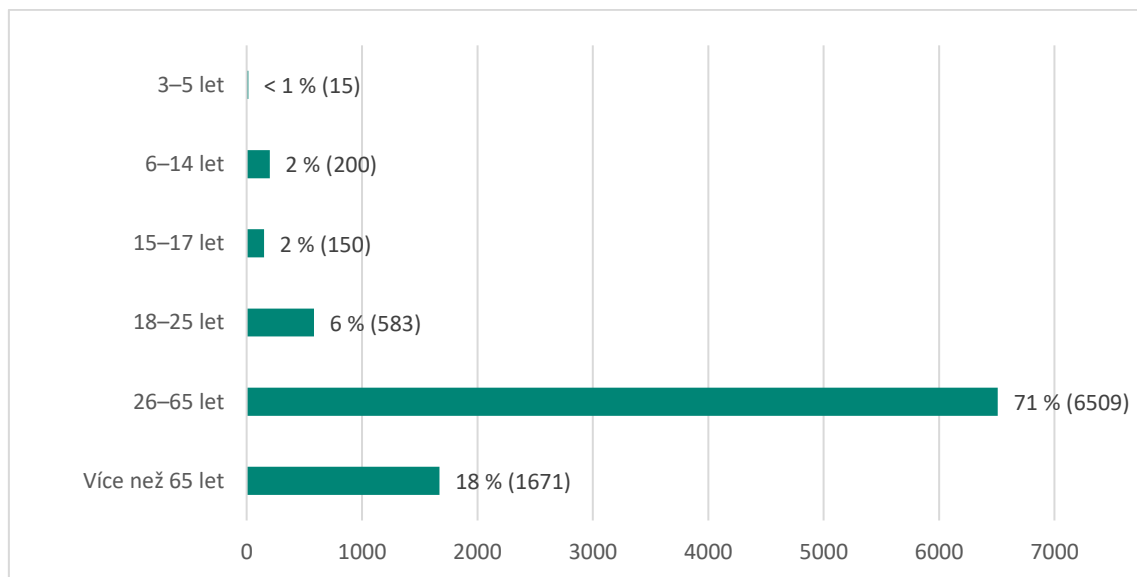


Mezi domovy pro osoby se zdravotním postižením, které se účastnily výzkumného šetření, bylo takovýchto domovů celkem 12 (8 %). V těchto domovech je mezi klienty zastoupeno pouze jedno pohlaví, z toho pět domovů (3 %) má mezi klienty výhradně muže a sedm domovů (4 %) má zastoupeny výhradně ženy. Sedm těchto domovů (4 %) má přitom více než 30 klientů, jeden domov má dokonce 122 klientů jednoho pohlaví – mužů. Dále celkem 21 domovů (13 %) má mezi klienty více než 90 % zástupců jednoho pohlaví (6 domovů má více než 90 % žen a 15 domovů má více než 90 % mužů). Takovéto uspořádání je nejen v rozporu s běžným životem společnosti, může také zasahovat do práv klientů.⁵⁹ Společně s procesem transformace je tedy třeba usilovat o odstranění takto nenormálního uspořádání, zvláště za situace, kdy domovy často představují jediné sociální prostředí, ve kterém se klienti převážně pohybují.

2.4.2 Rozdělení klientů dle věku

Co se týče **věku klientů**, téměř tři čtvrtiny (71 %) klientů se nacházelo ve věkové kategorii 26 až 65 let, tedy v produktivním věku. Významnou část klientů domovů zastávaly také osoby v seniorském věku; jde o téměř pětinu z celkového počtu (18 %). Naopak, málo (6 %) byli zastoupeni klienti ve věku 18 až 25 let a dětské klienti, kteří tvořili dvacetinu (5 %) z celkového počtu klientů. Ve srovnání s údaji, uvedenými ve výzkumné zprávě *Děti v ústavech pro osoby se zdravotním postižením* společnosti Lumos, klesl počet dětí v DOZP v roce 2019 na 365, oproti 497 dětem v DOZP v roce 2017.⁶⁰

Graf 10 Podíl klientů dle věku X (N=156)



59 Klienti (pro které je často obtížné být v kontaktu s lidmi mimo domov) například nemají možnost navazovat vztahy s opačným pohlavím, najít si partnera, učit se běžným sociálním situacím atd.

60 Uvedená výzkumná zpráva shrnuje údaje ze všech domovů, a přestože počet domovů s dětskými klienty je shodný jako v tomto šetření, nemáme jistotu, zda oproti roku 2017 počet domovů s dětskými klienty nevzrostl. Je ale pravděpodobné, že počet dětských klientů skutečně klesá. Srov. Děti v ústavech pro osoby se zdravotním postižením. Výzkumná zpráva. [online]. Praha: Lumos, 2018. Dostupné z: https://lumos.contentfiles.net/media/assets/file/DOZP_vyzkumna_zprava_lumos.pdf.



Ačkoliv počty dětí s postižením žijících v domovech lze oproti ostatním věkovým kategoriím považovat za nízké, s ohledem na právo vyrůstat v rodinném prostředí, sociální začlenění a další specifika daná věkem a rovněž v souvislosti s procesem transformace (jehož cílem by měla být minimalizace počtu dětí v pobytových službách) by se mělo jednat o výrazně nižší číslo.

2.4.3 Rozdělení klientů podle typu postižení

Poskytovatel si v rámci registračních podmínek⁶¹ vymezuje, jakým klientům dokáže v rámci poskytování služby zajistit adekvátní podporu a naplnění potřeb. Kromě svých materiálně-technických a personálních možností si vymezuje také věk či potřebnou míru podpory lidí, pro které je služba určena. Okruh klientů může také vymezovat podle typu zdravotního postižení. Ačkoliv většina poskytovatelů tento způsob vymezení cílové skupiny využívá, ne vždy mu pak odpovídá reálná skladba klientů.⁶²

V rámci dotazníkového šetření jsme se tedy zajímali o reálné **složení klientů podle typu postižení**. S ohledem na širokou škálu a různorodost postižení a jejich projevů, průvodních chronických onemocnění, zdravotních komplikací a kombinací všeho vyjmenovaného jsme se rozhodli zvolit jako třídící kritérium nejzávažnější projevy postižení ovlivňující život klienta. Pokud se u klienta vyskytovala kombinace dvou a více stejně závažných postižení, respondenti jej měli dle instrukcí zařadit do kategorie lidé s kombinovaným postižením. Pokud jeden druh postižení převažoval a klient měl zároveň další, ne tolik závažné postižení, respondenti klienta zařadili do kategorie s převažujícím postižením.

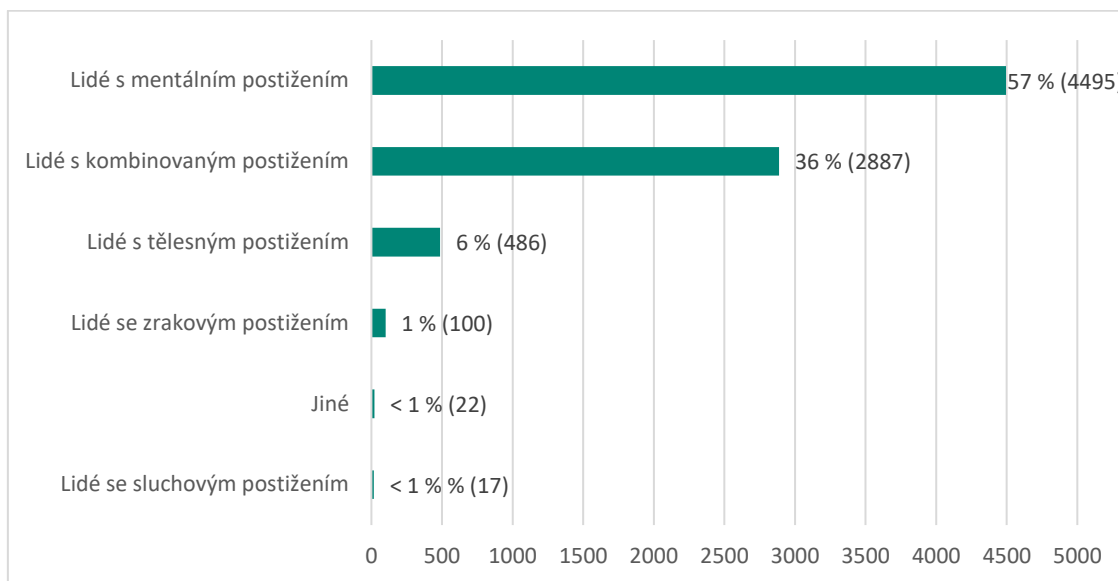
Více než polovinu všech klientů v době výzkumného šetření představovali lidé s mentálním postižením (57 %). Druhou nejčastější klientelou domovů pro osoby se zdravotním postižením, tedy více než třetinu (36 %), tvořili lidé s kombinovaným postižením. Nejméně byli zastoupeni lidé s významně převažujícím smyslovým postižením, a sice sto lidí (1 %) se zrakovým postižením a pouze sedmnáct lidí (<1 %) se sluchovým postižením. Do kategorie „Jiné“ pak byli respondenty zařazeni lidé s duševním onemocněním. Tito lidé žili všichni v jednom domově, a to 22 lidí (<1 %).

61 Ustanovení § 79 odst. 5 písm. d) zákona o sociálních službách.

62 Veřejný ochránce práv. Domovy pro osoby se zdravotním postižením 2020: Zpráva z návštěv veřejného ochránce práv [online]. Op. cit.



Graf 11 Podíl klientů dle typu postižení (N=140)



Ačkoliv nelze ze zjištěných poznatků usuzovat, zda je pro konkrétní lidi s ohledem na jejich potřeby služba typu domovy pro osoby se zdravotním postižením vhodnou volbou, je zarážející, že v domovech žije přes sto lidí, u kterých převažuje smyslové postižení a přes dvacet lidí s duševním onemocněním bez dalšího přidruženého či závažného kombinovaného postižení. **Lze tedy uvažovat nad tím, zda je pro tyto lidi skutečně služba domovy pro osoby se zdravotním postižením vhodná a zda by nemohli s ohledem (nejen) na právo na nezávislý způsob života namísto pobytové služby žít v běžné komunitě za využití jiných sociálních služeb a vhodných kompenzačních pomůcek.**

2.4.4 Rozdělení klientů dle stupně závislosti na poskytované péči

Lidem závislým na poskytované péči, tedy i klientům sociální služby domovy pro osoby se zdravotním postižením, poskytuje stát příspěvek na péči.⁶³ Podle míry závislosti lidí je rozčleněn do čtyř stupňů, kterým odpovídá určitá výše příspěvku.⁶⁴ Zastoupení přiznaných stupňů příspěvků mezi klienty domovů indikuje rozsah dopomoci, kterou klienti žijící v těchto domovech potřebují nejen k zajištění základních životních potřeb, ale také k realizaci svých práv.

Nejvíce klientů domovů pro osoby se zdravotním postižením představují příjemci IV. stupně příspěvku na péči; těchto klientů jsou více než dvě pětiny (43 %). Následují klienti v nižších stupních závislosti; přibližně třetina (30 %) z nich pobírá třetí stupeň příspěvku na péči a pětina pobírá příspěvek na péči v druhém stupni (20 %). Pouze 6 % klientů pobírá příspěvek na péči v prvním stupni. Přibližně jedno procento z celkového počtu klientů nepobírá žádný příspěvek na péči. Jelikož klienti bez přiznaného příspěvku na péči (který se přiznává kvůli snížené soběstačnosti, což je i důvodem poskytování služby domovy pro osoby se zdravotním postižením) by teoreticky neměli službu domovy pro osoby

63 Ustanovení § 7 zákona o sociálních službách.

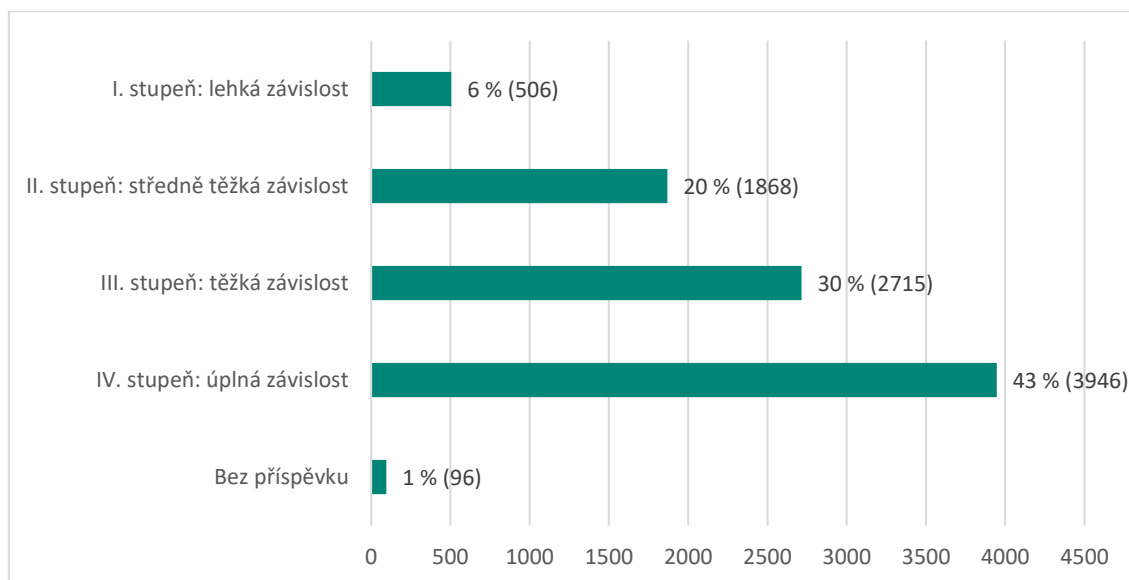
64 Ustanovení § 11 zákona o sociálních službách.



se zdravotním postižením využívat. Zajímalo nás, proč tito klienti v domovech jsou. Jednalo se například o případy, kdy aktuálně probíhalo řízení o přiznání příspěvku na péči, potažmo nové klienty, kteří neměli o příspěvek zažádáno. Eventuálně se jednalo o zahraniční klienty.

Ze zjištěných poznatků je patrné, že **přes pět set klientů má přiznán příspěvek na péči ve stupni I. (lehkou závislost)**. Stejně jako v předchozí kapitole nelze ze zjištěných poznatků usuzovat, zda je pro konkrétní lidi s ohledem na jejich potřeby služba typu domovy pro osoby se zdravotním postižením vhodnou volbou, avšak tito klienti by obecně podle úrovně schopností a dovedností odpovídajících stupni I. příspěvku na péči měli v rámci podpory spíše využívat jiné typy sociálních služeb ve svém běžném prostředí namísto sociální služby pobytového typu. Povinností sociální služby, a tedy i domovů, je klienty v tomto podporovat a posilovat jejich sociální začleňování.⁶⁵ Zjištěný počet klientů s přiznaným příspěvkem na péči ve stupni I. přitom napovídá tomu, že domovy mají v tomto ohledu prostor pro zvýšení snahy umožnit těmto lidem žít v komunitě.

Graf 12 Podíl klientů dle stupně příspěvku na péči (N=156)



3. Děti v domovech pro osoby se zdravotním postižením⁶⁶

Dle oficiálních statistik Ministerstva práce a sociálních věcí počet dětí⁶⁷ s postižením žijících v domovech pro osoby se zdravotním postižením postupně klesá.⁶⁸ Přesto je stále nutné

65 Ustanovení § 2 odst. 2 zákona o sociálních službách.

66 Pokud mluvíme o dětech s postižením žijících v domovech pro osoby se zdravotním postižením, **jedná se o děti starší tří let**. Děti s postižením, které jsou mladší tří let, žijí v tzv. „dětských domovech pro děti do 3 let“, známých také jako „kojenecké ústavy“. Děti s postižením, které jsou starší než tři roky, by pak v souladu se zákonem o zdravotních službách (ustanovení § 43) měly zpravidla tyto dětské domovy opouštět.

67 Do 18 let věku.

68 Ministerstvo ve svých Statistických ročenkách z oblasti práce a sociálních věcí uvádí, že v například roce 2010 žilo v DOZP 926 dětí a mladistvých do 18 let. V roce 2014 to pak bylo 577 dětí a mladistvých do 18 let a v roce 2018 se jednalo o 448 dětí a mladistvých do 18 let. In: Statistická ročenka z oblasti práce a sociálních věcí [online]. Praha:



upozorňovat na to, že každé dítě má právo na život v rodinném prostředí, což stanovují také pro Českou republiku právně závazné mezinárodní úmluvy⁶⁹ a Listina základních práv a svobod.⁷⁰ Podle článku 19 Úmluvy má navíc každý člověk s postižením právo žít nezávisle a být součástí běžné komunity. Pro děti pak základ práva žít nezávisle a být členem komunity zahrnuje i právo vyrůstat v rodině.⁷¹

Pokud není právo dětí na rodinné prostředí realizováno a děti s postižením namísto rodiny žijí v domovech, může to mít negativní vliv na jejich vývoj. V tomto ohledu i Výbor OSN pro práva osob se zdravotním postižením zdůrazňuje, že život v domovech, včetně malých zařízení tzv. „rodinného typu“, je pro děti nebezpečný.⁷² Z tohoto důvodu také Výbor doporučuje zefektivnit proces deinstitucionalizace především s ohledem na děti.⁷³

Stejné doporučení přichází i od Výboru OSN pro práva dítěte. Ten vyjádřil své znepokojení nad vysokým počtem dětí s postižením žijících v institucích a naléhavě vyzval státy, které Úmluvu o právech dítěte ratifikovaly (a tedy i Českou republiku), aby podpořily prostřednictvím deinstitucionalizačních programů možnost dětí žít ve svých rodinách, širších rodinách či pěstounské péči.⁷⁴ Česká republika i přesto doposud nemá žádný komplexní národní plán týkající se deinstitucionalizace zařízení, jejichž klienty jsou děti.

Pobyt dítěte s postižením v domově by tedy měl být v souladu s výše uvedenými závazky státu vnímán jako zcela výjimečné řešení, které by mělo trvat co nejkratší dobu. Zároveň je nutné deinstitucionalizaci v České republice maximálně zefektivnit, daný proces jasně naplánovat a také stanovit, kdy bude ukončen.

V následujících kapitolách jsme se zajímali o konkrétní otázky týkající se pobytu dětí v domovech. Zjišťovali jsme, jakého věku jsou děti žijící v domovech, zda je jim sociální služba poskytována na základě smlouvy nebo z důvodu nařízené ústavní výchovy (kap. 3.1) a jakým způsobem probíhá spolupráce domovů s orgány sociálně-právní ochrany dětí (kap. 3.2). Dále jsme se zaměřili na odchod dětí z domovů (kap. 3.3) a na počet dětí, které nabývají plnoletosti v domovech, včetně jejich dalšího směřování (kap. 3.4).

Ministerstvo práce a sociálních věcí, 2020. poslední změna 3. 3. 2020 [cit. 2020-05-6]. Dostupné z: <https://www.mpsv.cz/statisticka-rocenka-z-oblasti-prace-a-socialnich-veci>.

69 Právo na život dítěte v rodinném prostředí je zakotveno například v preambuli Úmluvy o právech dítěte nebo článku 23 Úmluvy o právech osob se zdravotním postižením.

70 Článek 32 odst. 4 Listiny základních práv a svobod stanoví, že děti mají právo na rodičovskou výchovu a péči.

71 Výbor OSN pro práva osob se zdravotním postižením. Obecný komentář č. 5 (2017) o nezávislém způsobu života a být součástí komunity [online]. New York: United Nations, 27. října 2017 [cit. 2020-06-05]. CRPD/C/GC/5. Dostupné z: <https://www.ohchr.org/en/hrbodies/crpd/pages/gc.aspx>.

72 Viz například Potřeby dětí se zdravotním postižením: Výstup pracovní skupiny dětí na cestě z ústavů. [online]. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí, 2012 [cit. 2020-06-05]. Dostupné z: <https://www.trass.cz/index.php/dokumenty/deti-v-ustavech>.

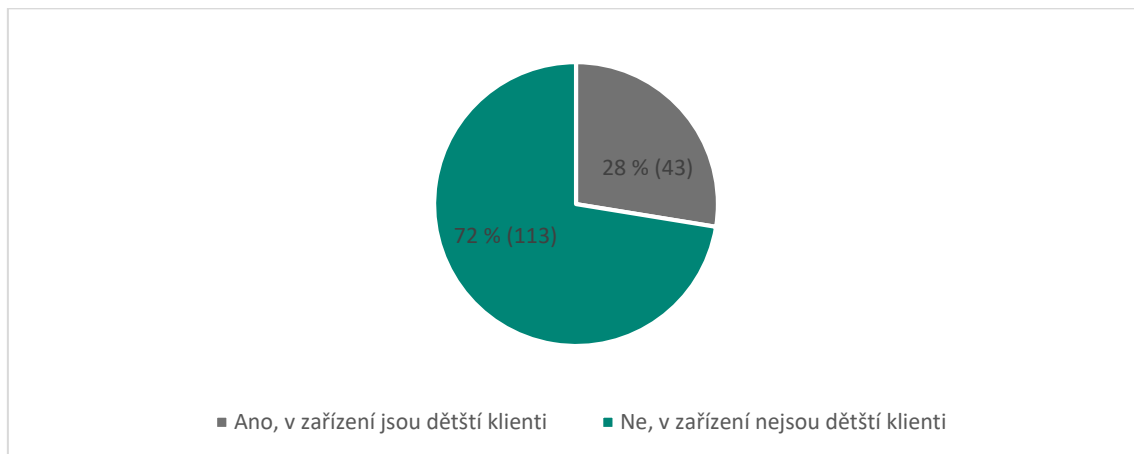
73 Výbor OSN pro práva osob se zdravotním postižením. Obecný komentář č. 5 (2017) o nezávislém způsobu života a být součástí komunity [online]. New York: United Nations, 27. října 2017. Op. cit.

74 Výbor OSN pro práva dítěte. Obecný komentář č. 9 (2006) Práva dětí se zdravotním postižením [online]. Ženeva: United Nations, 27. února 2007 [cit. 2020-06-05]. CRC/C/GC/9. dostupné z: <https://undocs.org/CRC/C/GC/9>.



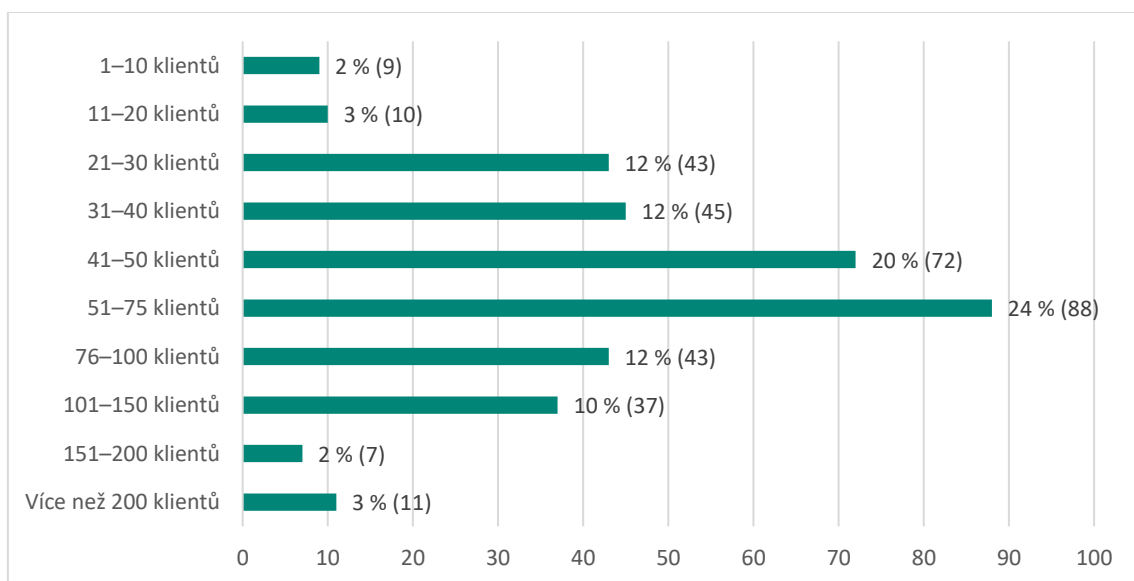
Ve čtyřiceti třech domovech, tedy více než čtvrtině domovů, které se zapojily do výzkumu (28 %), byly klienty také děti. Z Grafu 10 je zřejmé, že se v těchto domovech nacházelo celkem 365 dětí.

Graf 13 Dětské klienty v domovech pro osoby se zdravotním postižením (N=156)



Vzhledem k tomu, že u klientů domovů a obzvláště pak u dětí platí, že potřebují individualizovanou podporu, jsme také zjišťovali, v jak velkých domovech dětské klienty žijí a zda je poskytovatel schopen službu dětským klientům dostatečně přizpůsobit. Nejvíce dětí, téměř čtvrtina (24 %), žije v domovech o kapacitě 51 až 75 klientů. V malých domovech s kapacitou do 20 klientů žije pouze 19 dětí s postižením (5 %). **Naopak ve velkých domovech s kapacitou nad 76 klientů žije 98 dětí s postižením, tedy více než čtvrtina z celkového počtu (27 %). Takový stav je zcela nevyhovující.** Při velkém počtu klientů, a navíc za situace, kdy děti žijí společně s dospělými, je velice obtížné zajistit specifické podmínky, které děti potřebují.

Graf 14 Počet dětských klientů dle velikosti domovů pro osoby se zdravotním postižením (N=43)





Velmi problematické je také zjištění, že v některých domovech byl počet dětí vůči dospělým klientům výrazně nižší; ve třinácti domovech žilo pouze jedno či dvě děti spolu s ostatními dospělými klienty. Klienti v dětském a dospělém věku jsou přitom zcela odlišnou cílovou skupinou s rozdílnými potřebami. Pokud v domově žije jen jedno nebo dvě děti, může pak hrozit, že potřeby dětských klientů budou opomíjeny. Těmto dětem může také zásadně chybět kontakt s jejich vrstevníky, a to zejména v případech, kdy nemají dostatek možností trávit svůj čas mimo areál domova.⁷⁵

3.1 Věk dětí žijících v domovech

Život v pobytových službách, a tedy i v domovech pro osoby se zdravotním postižením (a to i v těch, které poskytují služby kvalitně), negativně ovlivňuje vývoj dítěte. **Čím dříve je dítě do domova umístěno, tím výraznější jsou rozdíly v jeho vývoji oproti dětem vyrůstajícím v rodinách.**⁷⁶ Zajímalo nás tedy, v jakém věku děti do domovů pro osoby se zdravotním postižením v posledních pěti letech přicházely. Nejvíce klientů (39 %) přišlo do domovů ve věku 11 až 15 let. Přibližně čtvrtinu (24 %) tvořili klienti ve věku šest až deset let a podobný počet (24 %) představovali klienti mezi 16 a 18 lety. Dětských klientů ve věku tří až pěti let vstoupilo do domova za posledních pět let pouze 13 % (40 z 303).

I když je skupina dětí, které přišly do DOZP ve věku tří až pěti let, procentuálně nejmenší, stále lze takový počet hodnotit jako poměrně vysoký. Život těchto malých dětí v domovech je totiž dlouhodobě označován za obzvláště nevhodný.⁷⁷

Jiný výzkum navíc ukazuje,⁷⁸ že děti starší čtyř let tvoří téměř polovinu ze všech dětí v dětských domovech pro děti do tří let, i když je to v rozporu s charakterem a cílovou skupinou těchto zařízení.⁷⁹ Tento fakt znamená, že dětí ve věku tří až pět let, včetně dětí s postižením, vyrůstajících v pobytových zařízeních je více, než vyplývá z našeho výzkumu.

75 Ke kontaktu dětí s jejich vrstevníky dochází především v rámci pobytu ve škole. Dle zjištění organizace Lumos z jara roku 2018 se však 183 dětí žijících v DOZP (ze 411 dětí žijících v DOZP v době sběru dat) stále vzdělává přímo v domově nebo areálu domova. In: Děti v ústavech pro osoby se zdravotním postižením [online]. Op. cit.

76 MULHEIR, G. a BROWNE, K. Deinstitutionalizace a transformace služeb pro děti: Manuál pro dobrou praxi [online]. University of Birmingham, přeloženo Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí, Národním centrem podpory transformace sociálních služeb, 2007 [cit. 2020-06-22]. Dostupné z: <http://www.trass.cz/wp-content/uploads/2016/02/DeinstitutionalizaceTransformaceSluzebProDeti-ManualProDobrouPraxi.pdf>. s. 21.

77 Na otázku nevhodnosti vyrůstání malých dětí v zařízeních upozorňují mezinárodní organizace, viz např. Bod č. 14 směrnice Valného shromáždění Organizace spojených národů o náhradní péči o děti, přijaté dne 30. října 2009. Tato otázka je také rozebírána i ve zprávě z návštěv zařízení pro děti vyžadující okamžitou pomoc [online]. Brno: Kancelář veřejného ochránce práv, 2019 [cit. 2020-04-16]. ISBN 978-80-7631-006-3. Dostupné z: https://www.ochrance.cz/fileadmin/user_upload/ochrana_osob/ZARIZENI/Ustavni_vychova/2019_0110_Zprava_DET_zarizeni_pro_deti_A4_CS_04_web.pdf.

78 Kojenecké ústavy na počátku roku 2019 [online]. Praha: Lumos, 2019. [cit. 2020-04-16]. Dostupné z: https://lumos.contentfiles.net/media/assets/file/Lumos_kojenecke_ustavy_2019.pdf.

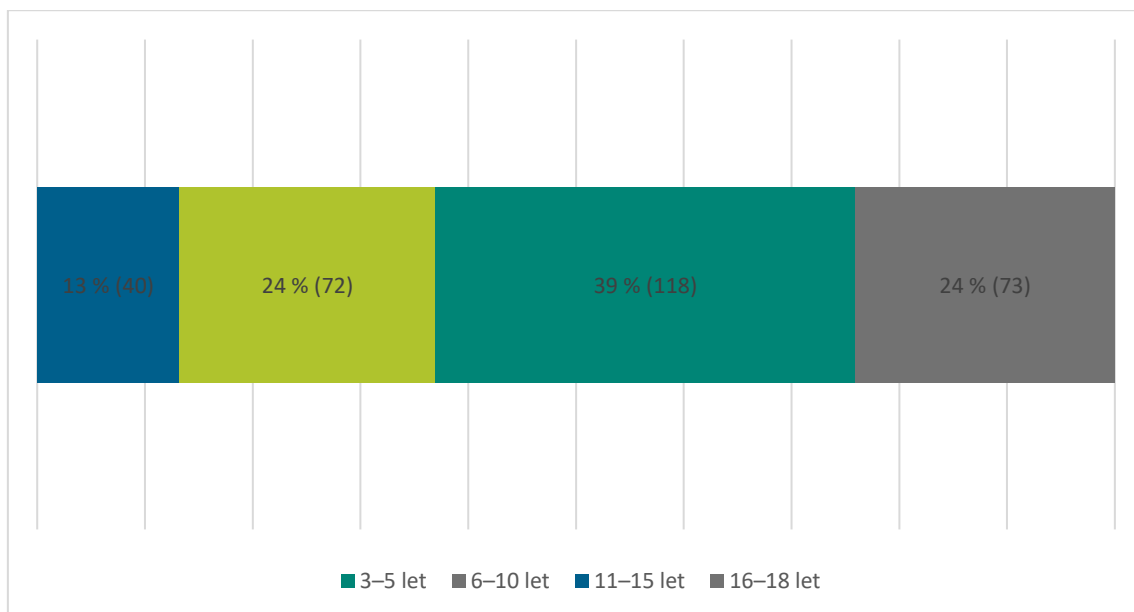
79 Dětské domovy pro děti do tří let jsou specializovány na péči o kojence a batolata. Také zákon o zdravotních službách stanoví, že v dětských domovech pro děti do tří let věku jsou poskytovány zdravotní služby a zaopátrání dětem zpravidla do tří let věku.



Pouze těmito zařízeními nejsou jen domovy pro osoby se zdravotním postižením, ale i již zmiňované dětské domovy.

Zvýšený nárůst příchodů dětí do domovů v období 6 až 10 let může být zapříčiněn mimo jiné počátkem povinné školní docházky. V situaci, kdy je pro rodiče obtížné zajistit vzdělávání dítěte se specifickými vzdělávacími potřebami v místě bydliště, využijí možnosti umístit dítě do domova se zdravotním postižením, které jsou často ještě místně či organizačně provázány se školami zřizovanými podle § 16 odst. 9 školského zákona. Rodinám také v tomto období končí možnost využívat služby rané péče,⁸⁰ přičemž jiná takto komplexní služba pro celou rodinu dítěte s postižením pro pozdější období neexistuje.⁸¹ Nedostatečné množství sociálních služeb (zejména služeb odlehčovacích⁸²), které by podpořily rodiny dětí žijících v domácím prostředí, u kterých se s přibývajícím věkem a dospíváním stává péče bez pomoci fakticky velmi obtížná, se pak může odrážet také ve vysokém množství příchodů dětí do domovů mezi 11 a 15 rokem. Tomuto nárůstu by mohlo do budoucna napomoci zvýšení dostupnosti sociálních služeb podporujících celou rodinu (například i rozšíření věkové hranice pro poskytování služby rané péče).

Graf 15 Věk dětských klientů v době příchodu do domovů pro osoby se zdravotním postižením v letech 2015–2019 (N=41)



80 Služby rané péče je podle § 54 zákona o sociálních službách, v současné době možné využívat do 7 let věku dítěte.

81 Více informací viz výzkum veřejného ochránce: Dostupnost sociálních služeb pro děti s postižením a jejich rodiny: Výzkum veřejného ochránce práv 2020. Veřejný ochránce práv – ombudsman [online]. Brno: Kancelář veřejného ochránce práv [cit. 2020-04-16]. Dostupné z: https://www.ochrance.cz/fileadmin/user_upload/CRPD/Vyzkumy/11-2019_Vyzkum_soc-sluzby-pro-deti-s-postizenim.pdf.

82 Viz například Transformace sociální péče o děti s nařízenou ústavní výchovou: Dobrá praxe v pobytových sociálních službách [online]. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí, 2013 [cit. 2020-06-22]. Dostupné z: <http://www.trass.cz/wp-content/uploads/2016/02/manual.pdf>, s. 20.

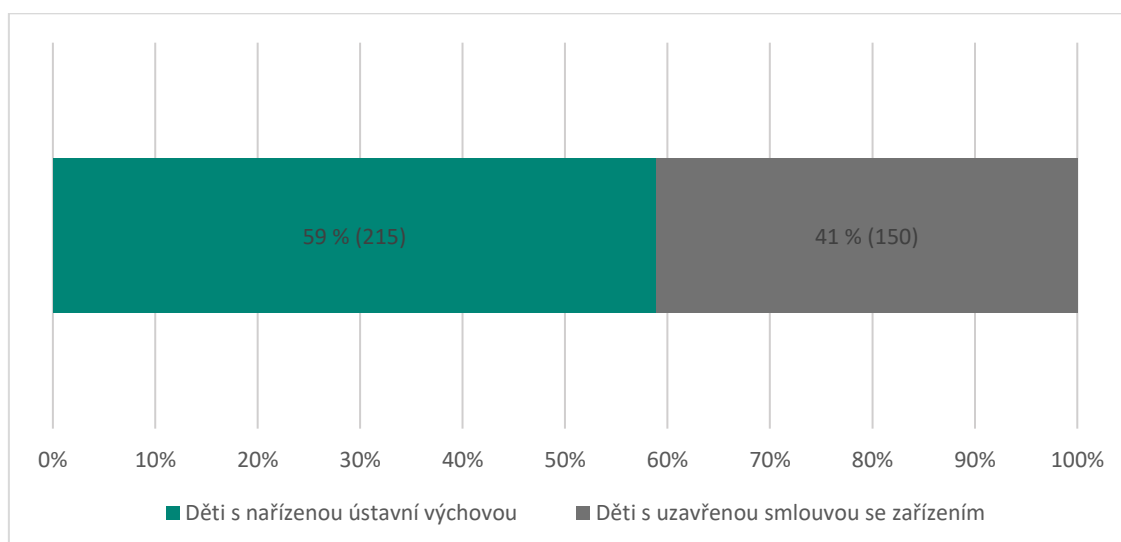


3.2 Titul pobytu dětí v domovech pro osoby se zdravotním postižením

Pobyt dětí v domovech pro osoby se zdravotním postižením je možný podle zákona ze dvou různých titulů. Děti žijí v domovech na základě smlouvy o poskytování služby,⁸³ kterou zákonný zástupce dítěte uzavírá s domovem, nebo na základě soudem nařízené ústavní výchovy.⁸⁴ Při poskytování služby dětem s nařízenou ústavní výchovou pak musí v druhém případě poskytovatel dodržovat také zákon o výkonu ústavní výchovy nebo ochranné výchovy ve školských zařízeních.⁸⁵

Přibližně dvě pětiny (41 %) dětí žily v domovech na základě smlouvy uzavřené s domovem⁸⁶ a tři pětiny (59 %) dětí na základě nařízené ústavní výchovy. Ve většině domovů (81 %) žily děti s uzavřenou smlouvou i s nařízenou ústavní výchovou. V osmi domovech (19 %) pobývaly děti pouze na základě uzavřené smlouvy.

Graf 16 Dětské klienty v domovech pro osoby se zdravotním postižením dle titulu pobytu (N=43)



Poměrně vysoký počet dětí žijících v domovech na základě uzavřené smlouvy (přibližně dvě pětiny dětí) může odrážet skutečnost, že **podpisu smlouvy nemusí předcházet snaha soudu či OSPOD, aby dítě mohlo zůstat v původní rodině nebo v péči jiné osoby**. OSPOD se navíc o případech dětí s postižením žijících v domově na základě smlouvy mohou dozvědět až několika měsíců poté, kdy se dítě do domova dostane.⁸⁷ Naopak, pokud je dítě v domově

83 Ustanovení § 90 a následující zákona o sociálních službách.

84 Ustanovení § 48 odst. 4 zákona o sociálních službách.

85 Zákon č. 109/2002 Sb., o výkonu ústavní výchovy nebo ochranné výchovy.

86 Smlouvu uzavírá zákonný zástupce dítěte.

87 Ustanovení § 10 odst. 4 ve spojení s ustanovením § 6 písm. f zákona o sociálně-právní ochraně dětí, říkají, že pokud je dítě umístěno do domova na základě žádostí rodičů nebo jiných osob odpovědných za výchovu dítěte opakovaně nebo je v domově po dobu delší než 6 měsíců, má domov povinnost tuto skutečnost oznámit OSPOD.

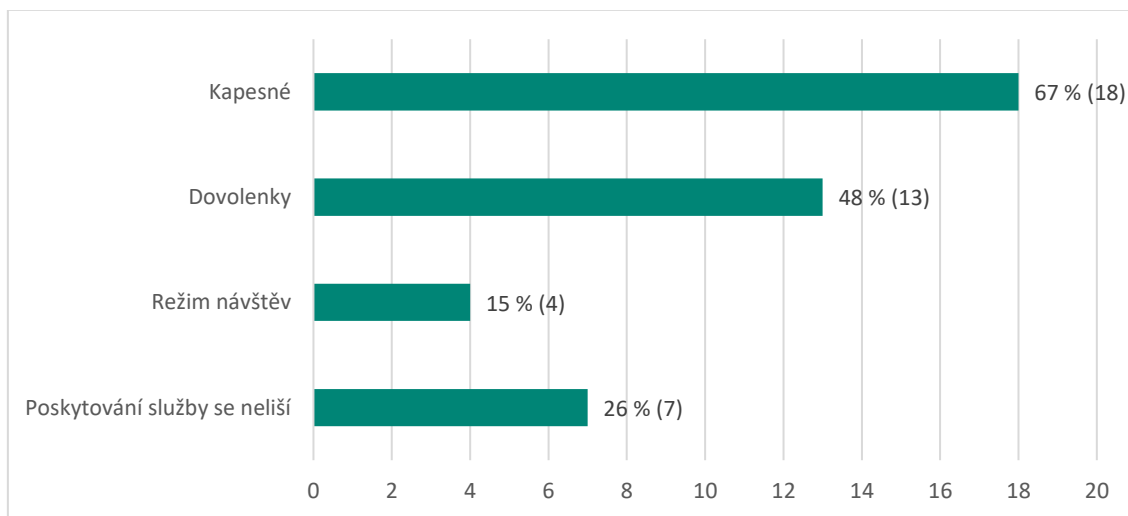


na základě nařízení ústavní výchovy,⁸⁸ platí, že soud by měl nejdříve zjistit, zda je v daném případě reálné, aby o dítě pečovala jiná osoba, např. někdo ze širší rodiny či pěstoun.

S ohledem na to, že domovy často poskytují služby dětem z obou titulů, zajímalo nás také, zda se liší poskytování služby u dětí, které jsou v domově na základě uzavřené smlouvy, a u dětí s nařízenou ústavní výchovou. Do odpovědí jsme zařadili pouze odpovědi od domovů, kde aktuálně žily děti na základě obou právních titulů.

Nejčastěji (67 % domovů) se poskytování služby liší v oblasti kapesného, přibližně v polovině domovů (48 %) se liší také v oblasti „dovolenek“.⁸⁹ Režim návštěv se podle titulu pobytu dětí liší v 15 % domovů. Přibližně čtvrtina domovů (26 %) pak uvedla, že poskytování služby se neliší. U dětí s nařízenou ústavní výchovou by přitom měly být naplňovány také požadavky vyplývající ze zákona o ústavní a ochranné výchově. Ředitel domova by měl rozhodovat například o povolení pobytu dětí mimo domov (tzv. dovolenkách) nebo o jejich návštěvách.⁹⁰ Specifický právní režim u dětí s nařízenou ústavní výchovou se týká i vyplácení kapesného.⁹¹ Poskytovatelé by na toto měli pamatovat a pravidla týkající se dětí s nařízenou ústavní výchovou dodržovat.

Graf 17 Odlišnosti v poskytování služby mezi dětskými klienty s nařízenou ústavní výchovou a dětskými klienty s uzavřenou smlouvou s domovem pro osoby se zdravotním postižením (N=27)



3.3 Spolupráce domovů s orgány sociálně-právní ochrany dětí u dětí s nařízenou ústavní výchovou

Pokud jsou v domově pro osoby se zdravotním postižením děti s nařízenou ústavní výchovou, jsou při poskytování služby angažovány také orgány sociálně-právní ochrany

88 Nařízení ústavní výchovy soudem upravuje ustanovení § 971 odst. 1 občanského zákoníku.

89 Povolení pobytu mimo domov ve smyslu ustanovení §30 zákona o sociálně-právní ochraně dětí.

90 Podle ustanovení § 23 odst. 1 písm. e) zákona o výkonu ústavní výchovy nebo ochranné výchovy.

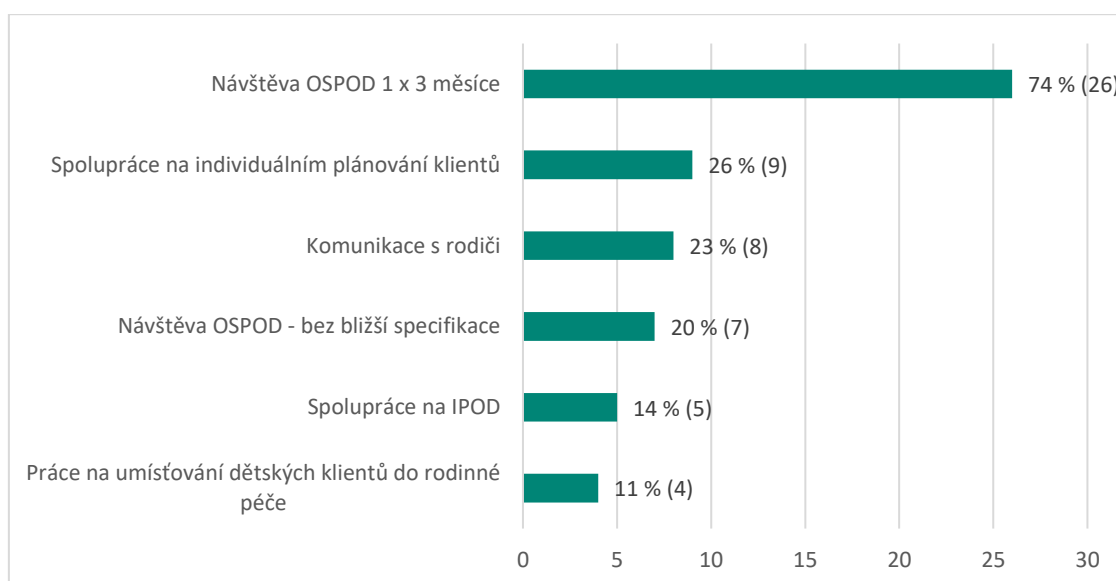
91 Ustanovení § 31 zákona o výkonu ústavní výchovy nebo ochranné výchovy.



dítěte. Povinnosti OSPOD a domovů pro jejich vzájemnou spolupráci při výkonu ústavní výchovy jsou stanoveny zejména zákonem o sociálně-právní ochraně dětí.⁹² Od respondentů jsme tedy otevřenou otázkou zjišťovali, jak je jejich spolupráce s OSPOD nastavena. Jelikož se jednalo o otevřenou otázku, záleželo přímo na respondentech, jak odpoví. Respondenti často uváděli, že s OSPOD konzultují, avšak již blíže nespecifikovali, co je předmětem konzultací. Z tohoto důvodu je možné, že někteří respondenti spolupracují s OSPOD na více úrovních, než je uvedeno níže, pouze tuto informaci neuvedli.

Téměř tři čtvrtiny domovů (74 %) uvedly, že zaměstnanci OSPOD navštěvují dětské klienty v domovech nejméně čtyřikrát ročně, dalších 20 % respondentů uvedlo návštěvy OSPOD bez bližší specifikace. Více než čtvrtina respondentů uvedla kontrolu nebo přímo spolupráci na individuálním plánování u dětských klientů (někteří specifikovali individuální plány rozvoje dítěte). Jako další formu spolupráce respondenti uváděli (23 %) společnou komunikaci domovů a OSPOD s rodiči klientů (zejména při navázání kontaktu s rodiči, případně vyhledávání rodičů neznámého pobytu). Pět domovů také spolupracovalo s OSPOD na individuálním plánu ochrany dítěte (dále také jen „IPOD“). Pouze 11 % domovů uvedlo, že s OSPOD spolupracuje na návratu dětských klientů do rodinné péče (ať už návratu do rodiny, či některé formy náhradní rodinné péče). Dva domovy (6 %) pak uvedly spolupráci OSPOD nad rámec zákonných povinností – zaměstnanci OSPOD přinášejí dětem dárky.

Graf 18 Formy spolupráce domovů pro osoby se zdravotním postižením s orgány sociálně-právní ochrany dětí (N=35)



Pozn.: Součet kategorií převyšuje celkový součet respondentů, jelikož ti mohli uvést více odpovědí.

Ačkoliv v některých domovech probíhá dle odpovědí respondentů spolupráce nadstandardně, většina neuváděla spolupráci ani ve všech aspektech, ve kterých by měla probíhat ze zákona. Některé domovy pak neuváděly spolupráci žádnou. Zjištěné skutečnosti tak mohou indikovat nedostatečnou spolupráci mezi OSPOD a domovy, ve kterých jsou

⁹² Vzájemné povinnosti domovů a OSPOD obsahuje zejména ustanovení § 29 zákona o sociálně-právní ochraně dětí.



umístěny děti s nařízenou ústavní výchovou. Role OSPOD, jehož zákonnou povinností je sledovat dodržování práv dítěte v domovech, je přitom zásadní.⁹³

Co se týká frekvence návštěv, je zákonnou povinností zaměstnanců OSPOD děti navštěvovat nejméně jednou za tři měsíce,⁹⁴ v případě potřeby častěji. Ne všichni respondenti pak potvrdili, že návštěvy v této zákonné frekvenci skutečně probíhají. Dva domovy se k návštěvám nevyjádřily vůbec. To mohlo být ovlivněno způsobem položení otázky, která byla otevřená. Přesto je vhodné zdůraznit potřebnost těchto návštěv. Návštěvy dětí v domovech by totiž neměly být pouze formálního charakteru. Pracovník OSPOD by měl být při setkání s dítětem o samotě a měl by aktivně zjišťovat, jak se dítěti v domově daří nebo jaká má dítě přání a potřeby. Pouhé studium dokumentace dítěte nebo rozhovor s personálem domova není dostačující.⁹⁵ Je zřejmé, že není v kompetenci domova ovlivnit podobu a frekvenci návštěv pracovníků a pracovník OSPOD, domov by však měl OSPOD alespoň upozornit, pokud návštěvy nejsou dostatečně časté, nebo jsou pouze formální.

Odpovědi také naznačují určitý prostor pro zlepšení spolupráce mezi OSPOD a domovy v oblasti individuálního plánování.⁹⁶ Každý poskytovatel má pro své klienty povinnost individuálně plánovat průběh poskytování služby⁹⁷ a povinností OSPOD je pro každé dítě, se kterým pracuje, vytvářet individuální plán jeho ochrany.⁹⁸ Každý z těchto plánů je vypracováván za jiným účelem a je obsahově jiný, s ohledem na dodržování práv dětí a sledování jejich zájmů by však na sebe měly navazovat a vzájemně se doplňovat. Z odpovědí domovů však vyplývá, že pouze ve čtvrtině případů OSPOD kontrolují proces individuálního plánování nebo na něm s domovem spolupracují. Pouze pět domovů pak odpovědělo, že s OSPOD spolupracuje na individuálním plánu ochrany dítěte. Bez vzájemného provázání těchto plánů a spolupráce domovů a OSPOD mohou oba subjekty jednat „v zájmu dítěte“ rozdílně, nebo dokonce protichůdně, což ve výsledku poškodí práva a zájmy dítěte. Domovy by tedy měly více usilovat o nastavení spolupráce s OSPOD a aktivně iniciovat jeho zapojení do tvorby individuálních plánů poskytování služby dětí.

Pouze 11 % domovů dále sdělilo, že s OSPOD spolupracuje na možnosti odchodu dětí z domovů do rodinné péče. Opět platí, že toto nízké procento může být ovlivněno opomenutím respondentů ve své otevřené odpovědi tento druh spolupráce uvést. Přesto je důležité připomenout zásadní roli OSPOD, který má zákonnou povinnost sledovat, zda trvají důvody pro pobyt dítěte v ústavním zařízení, a zjišťovat, jak se vyvíjejí vztahy mezi dětmi

93 Ustanovení § 29 odst. 1 zákona o sociálně-právní ochraně dětí.

94 Ustanovení § 29 odst. 2 písm. a) zákona o sociálně-právní ochraně dětí.

95 Rogalewiczová, R., Čilečková, K., Kapitán, Z., Doležal, M. a kol. Zákon o sociálně-právní ochraně dětí. Komentář. 1. vydání. Praha: C. H. Beck, 2018, 782 s. ISBN 978-80-7400-713-2.

96 Otázka spolupráce OSPOD se zařízeními pro děti vyžadujícími okamžitou pomoc v oblasti individuálního plánování je rozebírána ve zprávě ze systematických návštěv zařízení pro děti vyžadující okamžitou pomoc [online]. Brno: Veřejný ochránce práv, 2019. Op. cit.

97 Ustanovení § 88 písm. f) zákona o sociálních službách a Standard kvality sociálních služeb č. 5.

98 Podle ustanovení § 6 písm. f) a ustanovení § 10 odst. 3 písm. d) zákona o sociálně-právní ochraně dětí vypracovává OSPOD individuální plán ochrany dítěte dětem, které na základě žádosti rodičů nebo jiných osob odpovědných za jejich výchovu opakovaně přicházejí do domova nebo jejich pobyt v domově trvá déle než 6 měsíců.



a jejich rodiči.⁹⁹ OSPOD by měl také ve vhodných případech zprostředkovat náhradní rodinnou výchovu.¹⁰⁰ Na druhou stranu, zaměstnanci a zaměstnankyně domovů jsou v nejužším kontaktu s dětmi, mají tedy nenahraditelnou roli v procesu navrácení dítěte do biologické rodiny či nalezení rodiny nové. Domovy mají i zákonnou povinnost svým klientům pomáhat v uplatňování jejich práv,¹⁰¹ tedy i při uplatňování práva na život v rodině. Na druhou stranu je ale také třeba zohlednit, že pobytové sociální služby často nemají kapacitu ani dostatečné kompetence pro práci s biologickými či náhradními rodinami. Právě proto by ale měla být v této oblasti nastolena s OSPOD efektivní spolupráce, a to i na základě iniciativy domovů.

3.4 Důvody ukončení poskytování služby dětem

Podpora poskytovaná prostřednictvím sociální služby by měla vždy směřovat k tomu, aby nedocházelo k dlouhodobému setrvávání nebo prohlubování nepříznivé situace a bylo posilováno sociální začleňování klientů.¹⁰² U dětí v domovech pro osoby se zdravotním postižením toto znamená, že cílem jejich pobytu v domově by měl být (byť to na první pohled může znít paradoxně), návrat dítěte do rodinné péče.¹⁰³ Zajímalo nás tedy, u kolika z dětí se daří tento cíl plnit, a případně z jakých dalších důvodů z domovů odcházejí. Požádali jsme tedy respondenty, aby uvedli celkový počet dětských klientů, kteří v letech 2015–2019 opustili domov pro osoby se zdravotním postižením, a z jakých příčin z domova odcházeli. Za posledních pět let ukončilo pobyt v domovech celkem 130 dětí. Velmi málo jich odešlo z domovů zpět do rodinné péče. Nejčastější příčinou ukončení pobytu v domově bylo úmrtí dítěte, a to více než ve třetině případů (34 %).¹⁰⁴ Podobný počet dětí (31 %) přešel do jiného domova, pouze malé množství dětí pak ukončilo službu z jiných důvodů (2 %). Pouze necelá pětina dětských klientů (18 %) se navrátila do rodiny a přibližně šestina klientů (15 %) odešla do náhradní rodinné péče.

Z odpovědí respondentů jasně vyplývá, že **snahy o návrat dítěte s postižením do jeho rodiny či nalezení rodiny náhradní selhávají**. Tento stav může být mimo jiné důsledkem nedostatečné spolupráce mezi domovy a OSPOD, která vyplynula z odpovědí v předchozí kapitole (viz kapitola Spolupráce domovů s orgány sociálně-právní ochrany dětí u dětí s nařízenou ústavní výchovou). V rámci posílení spolupráce s OSPOD by mohly domovy směřem ke zlepšení situace posílit spolupráci s organizacemi zaměřenými na sanaci rodiny (s cílem návratu dítěte do biologické rodiny) nebo více dbát na oslovování OSPOD s požadavkem na zařazení dítěte do evidence dětí vhodných pro náhradní rodinnou péči.

99 Ustanovení § 29 odst. 1 zákona o sociálně-právní ochraně dětí.

100 Ustanovení § 21 odst. 1 zákona o sociálně-právní ochraně dětí.

101 Ustanovení § 48 odst. 2 písm. h) zákona o sociálních službách.

102 Ustanovení § 2 odst. 2 zákona o sociálních službách.

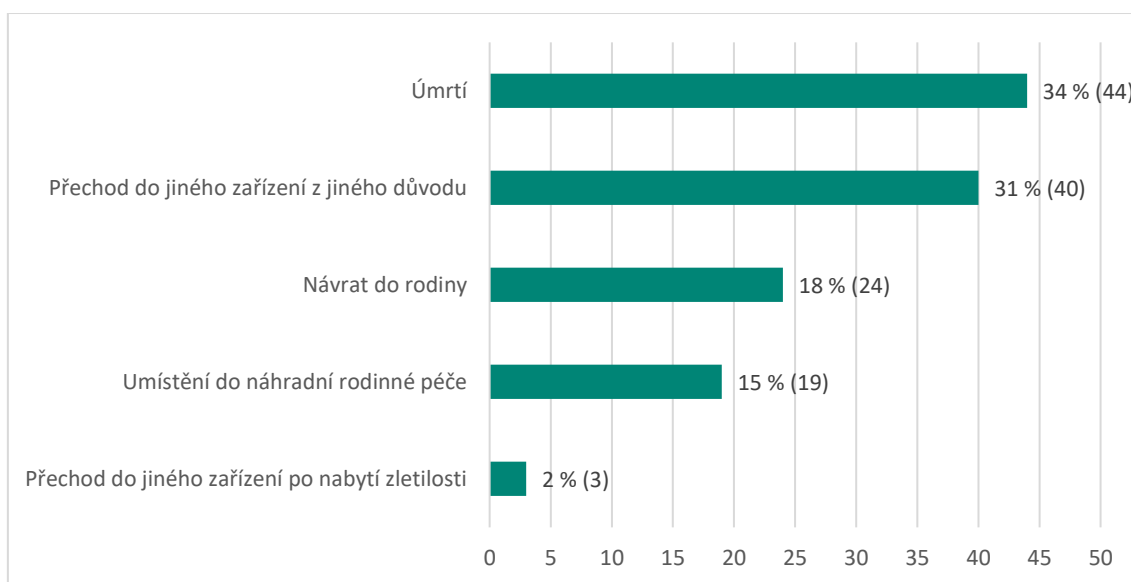
103 KOŘÍNKOVÁ, D. a STRNAD, J. Analýza ústavní a ochranné výchovy vykonávané v pobytových sociálních službách z hlediska transformace sociálních služeb [online]. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí 2013 [cit. 2020-06-25], s. 33.

104 Smrt dítěte jako důvod ukončení poskytování služby uvedlo 19 domovů (66 %). V jednom domově pak za sledovanou dobu zemřelo celkem 9 klientů.



V tomto ohledu je však také důležité zmínit, že co se týká náhradní rodinné péče, konkrétně pěstounství, je v České republice stále nízký počet pěstounů, kteří by se ujali péče o dítě s postižením. Odchod dítěte do pěstounské péče pak nelze realizovat často. To je systémový problém, který nelze přičítat domovům nebo OSPOD.¹⁰⁵

Graf 19 Podíl dětských klientů, kteří ukončili pobyt, dle jednotlivých příčin odchodu v letech 2015–2019 (N=29)



Pro perspektivu možného návratu dětí do rodiny je podstatné, aby k nim alespoň jeden z jejich rodičů byl vázán rodičovskou odpovědností. Zajímalo nás tedy, kolik dětí, jejichž oba rodiče byli soudem rodičovské odpovědnosti zbaveni, v domovech žije. Z odpovědí domovů jsme zjistili, že se jedná přibližně o každé páté dítě (21 %), celkem 76 dětí. Tyto děti má mezi svými klienty více než polovina domovů (53 %; 23 ze 43). Nejvíce takovýchto dětí žije v jednom domově 11. Pět domovů má pak sedm až osm dětských klientů, jejichž rodiče byli rodičovské odpovědnosti zbaveni, ostatní domovy již tolik těchto dětí nemají.

Zbavení rodičovské odpovědnosti je nejzávažnějším zásahem do odpovědnosti rodičů, o kterém může soud rozhodnout. Ke zbavení rodičovské odpovědnosti se přistupuje, pokud dochází ke zneužívání a zanedbávání rodičovské odpovědnosti, rodiče typicky o dítě dlouhodobě neprojevují zájem nebo neplní svou vyživovací povinnost apod.¹⁰⁶ Ke zbavení rodičovské odpovědnosti dochází také, když rodič spáchal proti svému dítěti úmyslný trestný

¹⁰⁵ Ministerstvo práce a sociálních věcí ve svém výkazu o výkonu sociálně-právně ochrany dětí za rok 2019 uvádí, že do pěstounské péče bylo za tento rok svěřeno pouze 48 dětí s postižením. Výkaz je dostupný zde: <https://www.mpsv.cz/statistiky-1>.

¹⁰⁶ Usnesení Nejvyššího soudu ze dne 30. 8. 2006, sp. zn. 30 Cdo 2873/2005, dostupné na www.nsouid.cz; rozsudek Nejvyššího soudu ze dne 22. 5. 2013, sp. zn. 30 Cdo 1376/2012, uveřejněný pod číslem 82/2013 Sbírky soudních rozhodnutí a stanovisek, část občanskoprávní a obchodní, dostupné na www.nsouid.cz.



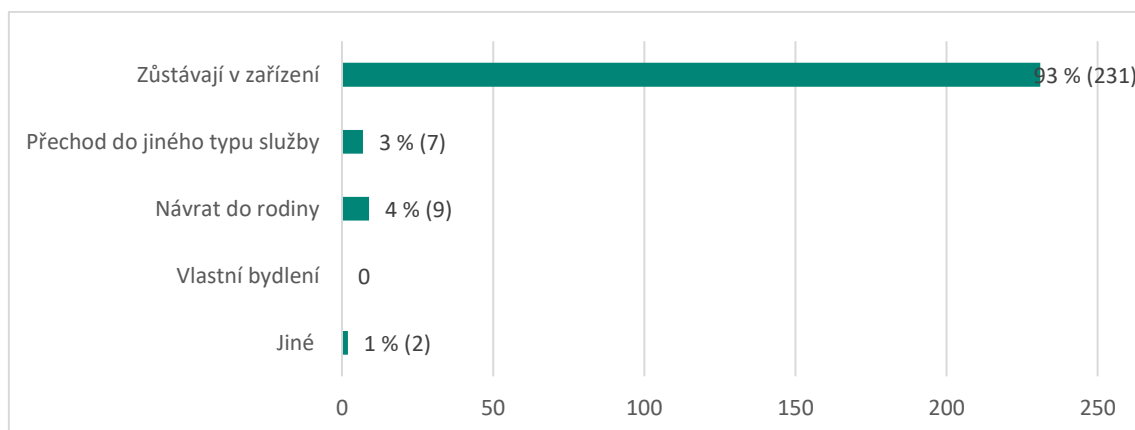
čin (týrání, pohlavní zneužívání).¹⁰⁷ V tomto kontextu se tudíž **počet dětí (76), jejichž oba rodiče byli zbaveni rodičovské odpovědnosti, jeví jako poměrně vysoký.**¹⁰⁸ U těchto dětí by domovy měly s OSPOD spolupracovat o to víc ve snaze umístit je do náhradní rodinné péče.

3.5 Děti v domovech při nabytí zletilosti¹⁰⁹

Jak jsme již zdůrazňovali v předchozí kapitole, pobyt dítěte v domově pro osoby se zdravotním postižením by měl být pouze dočasný, jeho cílem by měl být návrat do rodinného prostředí dítěte. V souvislosti s faktem, že řada domovů poskytuje služby jak dětem, tak dospělým klientům, nás zajímalo, zda děti nabytím zletilosti automaticky v domovech zůstávají, přechází do jiných služeb či se vrací do komunity za využití jiného typu služeb.

Za posledních pět let dosáhlo v domovech plnoletosti celkem 260 klientů. **Naprostá většina z nich zůstala ve stejném domově (93 %), ve kterém žili jako děti.** Pouze sedm klientů (3 %) odešlo do jiného typu služby, devět z nich (4 %) se vrátilo do rodiny a **žádný klient po zletilosti nedosáhl na vlastní bydlení.** Zbytková kategorie „Jiné“ zahrnuje dva klienty, z nichž jeden odešel do pěstounské péče¹¹⁰ a u jednoho domov bez bližší specifikace uvedl: „nedostatečná kapacita služby pro dospělé“. Ke klientům, kteří zůstali v domovech, jeden z respondentů uvedl specifickou praxi týkající se nabývání zletilosti klientů „přechod do jiné služby není podmíněn 18 rokem, u nás je věková hranice 30 let, všichni po 20 roce podávají žádost do jiných zařízení, vzhledem k době přijetí“.

Graf 20 Podíl klientů, dle směřování bezprostředně po nabytí zletilosti v letech 2015–2019 (N=38)



¹⁰⁷ Případy, ve kterých soud přistupuje ke zbavení rodičovské odpovědnosti, jsou vymezeny v ustanovení § 871 občanského zákoníku.

¹⁰⁸ Konkrétní důvody, pro které bylo ke zbavení rodičovské odpovědnosti přistoupeno, nebyly předmětem výzkumu.

¹⁰⁹ Podle ustanovení § 30 občanského zákoníku, označuje zletilost neboli plnoletost věk, jehož dosažením člověk nabývá plné svéprávnosti.

¹¹⁰ Tuto informaci uvedl domov bez další specifikace.



Skutečnost, že žádný z klientů nedosáhl na vlastní bydlení a že naprostá většina klientů po dosažení zletlosti zůstává žít v domově, je alarmující. Každý člověk s postižením má právo na život v běžné komunitě za podpory individualizovaných sociálních služeb, což zde neodráží směřování téměř žádného klienta. Pro dítě s postižením, které, byť i krátkou dobu, vyrůstalo v prostředí domova, může být následně náročné se vrátit zpátky do běžné komunity z důvodu vytvoření si návyku na způsob života typického pro pobytová zařízení. Ten pak může být obtížné v dospělém věku měnit. Je však povinností domovů děti na přechod do běžného života připravovat a usilovat o to, aby mohly realizovat své právo na nezávislý způsob života.

4. Zaměstnávání

Práce zaujímá významné místo v životě člověka. Vedle materiálního prospěchu může být zdrojem seberealizace a pocitu společenské užitečnosti. Zároveň člověka včleňuje do sítě sociálních vztahů. U lidí s postižením je však možnost pracovat a využívat všechny benefity, které práce přináší, v důsledku zdravotního postižení často ztížena. Tito lidé mají často významně horší přístup na trh práce, z čehož plyne i omezenější možnost zapojit se do pracovního procesu, a tedy i do společnosti atd.¹¹¹

Článek 27 Úmluvy, který právo na práci lidem s postižením garantuje, zavazuje stát, aby na zlepšení této situace pracoval a toto právo lidem s postižením zajišťoval ve všech jeho aspektech. Zejména podporoval pracovní zkušenosti lidí se zdravotním postižením na otevřeném trhu práce a zajišťoval pro ně rovné pracovní podmínky.

Povinností napomáhat realizaci práv klientů, a tedy i práva na práci, jsou pak vázány také domovy pro osoby se zdravotním postižením. V rámci základních činností by měly přinejmenším poskytovat klientům dostatečnou oporu tak, aby měl klient možnost pracovat, uplatnit se na otevřeném trhu práce a zároveň nebyl v příliš závislém nebo nerovném postavení. Klienti v produktivním věku by měli být s ohledem na své schopnosti vedeni k tomu, aby pracovali. V souladu s principem normality by také měli být klienti podporováni v tom, aby pracovali mimo domovy, činnost vykonávali v jiném prostředí a v jiném okruhu lidí, jak je to ve společnosti běžné.¹¹² Domovy mohou klientům pomáhat hledat zaměstnání ve spolupráci s úřadem práce, případně navázat spolupráci s některou z organizací, jež fungují na poli zaměstnávání lidí s postižením.

Při posuzování situace lidí s postižením v oblasti práce je třeba pamatovat na to, že ne všichni klienti domovů jsou v situaci, kdy mohou své právo na práci uplatňovat. Část klientů (3 %) nemá pracovněprávní způsobilost, která vzniká až dovršením věku 15 let

111 Potiže s hledáním zaměstnání kvůli zdravotnímu omezení mělo 41 % pracujících osob s postižením, desetina pracujících s postižením se setkala s diskriminací na pracovním trhu a až 39 % kvůli postižení změnilo práci (pracovní pozici nebo zaměstnavatele). Blíže viz: Výběrové šetření osob se zdravotním postižením v roce 2018 [online]. Zdravotnictví, pracovní neschopnost. Praha: Český statistický úřad, 2019 [cit. 2020-06-22]. Dostupné z <https://www.czso.cz/csu/czso/vyberove-setreni-osob-se-zdravotnim-postizenim-2018>, s. 28.

112 Veřejný ochránce práv. Domov pro osoby se zdravotním postižením 2020. Zpráva ze systematických návštěv veřejného ochránce práv. Brno: Kancelář veřejného ochránce práv, 2020, str. 57. Op. cit.



a ukončením povinné školní docházky.¹¹³ Nezanedbatelná část klientů (18 %) je pak starší 65 let, což je životní etapa, v které člověk již obvykle výdělečnou činnost nevykonává. Nelze odhlédnout ani od skutečnosti, že řada klientů má sníženou pracovní schopnost a dosáhla nižšího stupně vzdělání. Možnost jejich uplatnění na trhu práce, který stále není plně inkluzivní a přístupný, je tudíž objektivně snížena. Sami klienti nemusejí projevit zájem docházet do zaměstnání a dají přednost jiným aktivitám. Rozhodně to ale neplatí pro všechny klienty domova. Ke každému klientovi je proti nutné zvolit individuální přístup se zohledněním jeho schopností a dovedností. Za tímto účelem by domovy měly aktivně zjišťovat zájmy klientů o pracovní uplatnění, rozvíjet jejich pracovní dovednosti a všestranně je motivovat a podporovat při hledání zaměstnání.¹¹⁴

Cílem následující kapitoly je popsat zaměstnávání klientů v domovech, a to konkrétně počet a podíl zaměstnaných klientů (kap. 4.1), charakteristiku pracovněprávních vztahů u těchto klientů (kap. 4.2), a následně i pracovní odvětví, v nichž klienti působí, a způsob vyplácení odměn klientům (kap. 4.3).

4.1 Počet a podíl zaměstnaných klientů

Celkový počet zaměstnaných klientů v produktivním věku (18 až 65 let), nehladě na druh pracovněprávního vztahu, představuje přibližně osminu z celkového počtu klientů v produktivním věku (886 ze 7092; 13 %).¹¹⁵ Pokud tento údaj srovnáme se zjištěním ČSÚ, můžeme říct, že míra zaměstnanosti klientů domovů v produktivním věku je **výrazně nižší než v případě lidí s postižením, kteří žijí v domácnostech (40 %)**.¹¹⁶

Téměř polovina domovů (46 %) nemá žádné klienty, kteří by byli zaměstnaní. Na první pohled se může jednat o velmi vysoké číslo, ale je třeba si uvědomit, že na ně může mít vliv mnoho různorodých faktorů (dosažené vzdělání, dostupnost pracovních příležitostí v daném místě, aktivita opatrovníka,¹¹⁷ strategie samotného domova v oblasti zaměstnávání, vliv postižení na pracovní schopnost klienta, stupeň závislosti, vysoká či nízká míra přístupnosti zaměstnavatelů vůči zaměstnancům s postižením apod.).

Přesto považuji za důležité konstatovat, že nízký podíl zaměstnaných klientů domovů je dlouhodobý trend, který ochránce sleduje při provádění systematických návštěv již

113 Ustanovení § 35 odst. 1 občanského zákoníku.

114 Veřejný ochránce práv. Domovy pro osoby se zdravotním postižením. Zpráva ze systematických návštěv veřejného ochránce práv. Brno: Kancelář veřejného ochránce práv, 2020. s. 57. Op. cit.

115 Pouze jeden domov pro osoby se zdravotním postižením neměl mezi svými klienty nikoho v produktivním věku (18 až 65 let).

116 Produktivní věk se v šetření ČSÚ mírně liší. Jedná se o kategorii lidí ve věku 20 až 64 let. V tomto výzkumu se jedná o věkovou skupinu 18 až 65 let. Srov. Výběrové šetření osob se zdravotním postižením v roce 2018. Zdravotnictví, pracovní neschopnost. Op. cit.

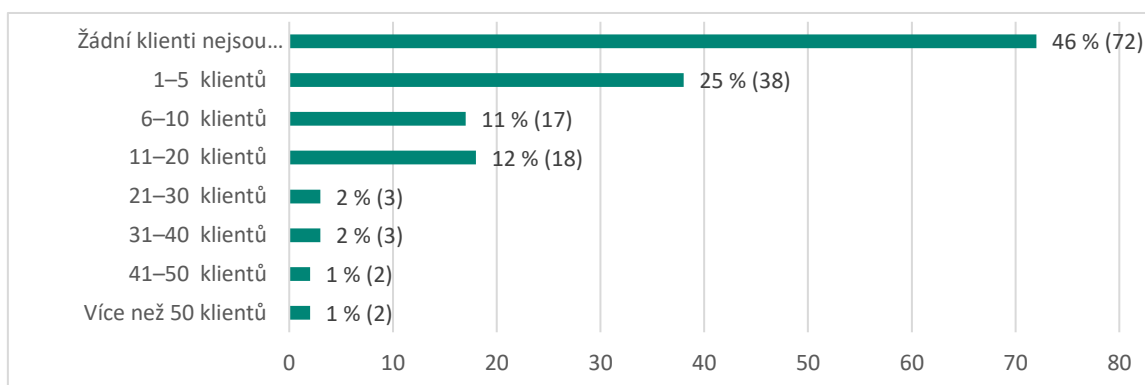
117 Byl-li klientovi soudem ustanoven pro oblast pracovněprávních vztahů.



od roku 2009.¹¹⁸ Zařízením konstantně doporučuje motivovat klienty k hledání zaměstnání a poskytovat jim při tom podporu.

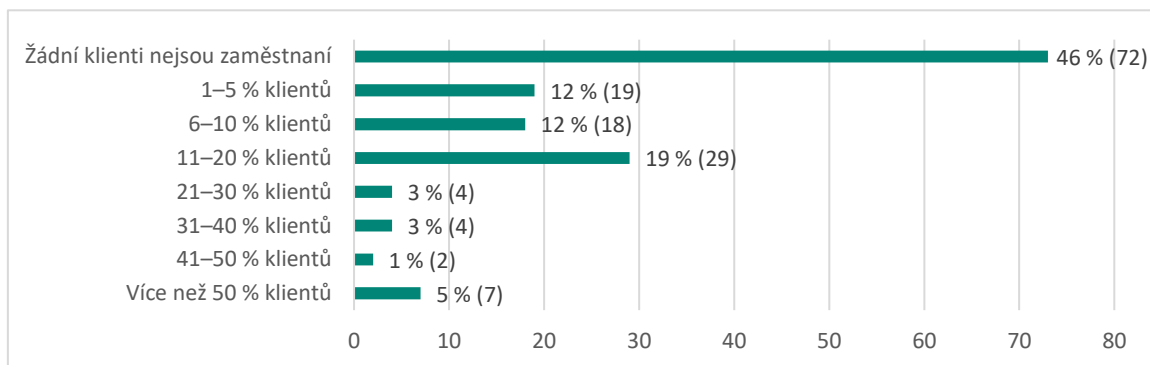
Alespoň jednoho klienta, který je v pracovněprávním vztahu, má celkem 54 % domovů. Nejčastěji se jedná o jednoho až pět zaměstnaných klientů (25 % domovů), v přibližně desetině domovů se jedná o šest až deset zaměstnaných klientů a podobný podíl představují domovy s 11 až 20 zaměstnanými klienty. Více než 20 zaměstnaných klientů má pouze malé množství domovů.

Graf 21 Domovy pro osoby se zdravotním postižením dle počtu zaměstnaných klientů ve věku 18 až 65 let (N=155)



Mezi domovy se zaměstnanými klienty v produktivním věku převládají ty, kde má uzavřený pracovněprávní vztah nejvýše deset procent všech klientů, tedy přibližně čtvrtina (24 %). V téměř pětině domovů představují zaměstnaní klienti 11 až 20 %. Vyšší podíly zaměstnaných klientů má jen nízký počet domovů.

Graf 22 Podíl zaměstnaných klientů z celkového počtu klientů v domovech pro osoby se zdravotním postižením ve věku 18–65 let (N=155)



118 Již v roce 2009 první veřejný ochránce práv JUDr. Otakar Motejl v souhrnné zprávě z návštěv domovů pro osoby se zdravotním (mentálním) postižením uvedl: „V některých zařízeních nebyl zjištěn žádný pracovněprávní vztah klienta. Klienti v rozhovorech uvedli, že by rádi pracovali, a to nejen z důvodu finančních. [...] Šetřením nebylo zjištěno, že by všechna zařízení systematicky pomáhala klientům najít zaměstnání. Realizace práva na práci tak představuje v domovech značný problém.“ Viz Veřejný ochránce práv. Souhrnná zpráva z návštěv domovů pro osoby se zdravotním (mentálním) postižením [online]. Brno, Kancelář veřejného ochránce práv, 2009, str. 66 [cit. 2020-04-16]. Dostupné z <https://www.ochrance.cz/?id=101624>.

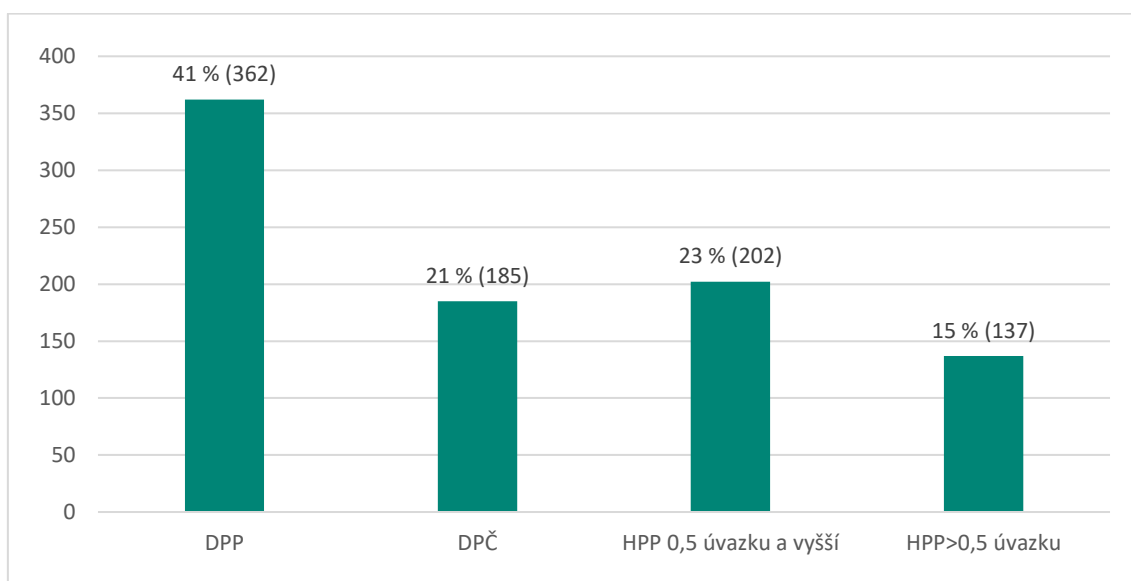


Za špatnou praxi ochránce v minulosti označil situaci, kdy klienti fakticky odvádějí závislou práci v domovech, aniž by byli formálně zaměstnáni. Podíl skutečně zaměstnaných klientů tak nejen nekoresponduje s žitou skutečností, ale může docházet až ke zneužívání práce klientů. Jedná se například o situace, kdy klienti v rámci aktivizačních činností pravidelně vyrábějí kvalitní výrobky, které zařízení běžně prodává, a klienti svou činnost sami vnímají, jako kdyby docházeli do zaměstnání. Za svoji práci přitom nedostávají žádnou odměnu. Za obdobně špatný postup ochránce označuje případy, kdy jsou klienti využíváni jako bezplatná síla pro úklid společných prostor.¹¹⁹

4.2 Druhy pracovněprávních vztahů

Pokud měl pracovněprávní vztah podobu hlavního pracovního poměru, zajímala nás výše úvazku. Jestliže se jednalo pouze o dohodu mimo pracovní poměr, chtěli jsme vědět, zda se jedná o dohodu o provedení práce nebo dohodu o pracovní činnosti. Téměř polovina klientů, kteří jsou zaměstnáni, mají DPP (41 %). Na HPP pracuje 38 % klientů, přičemž převládají ti, kteří mají poloviční či vyšší úvazek (23 %). Více než pětina klientů pak má DPČ (21 %).

Graf 23 Podíl zaměstnaných klientů dle druhu pracovněprávních vztahů (N=156)



Zaměstnavatel má zajišťovat plnění svých úkolů především zaměstnanci v pracovním poměru.¹²⁰ Preference zaměstnávání lidí v pracovním poměru se uplatní pochopitelně i v případě lidí se zdravotním postižením (i s ohledem na články 5 a 27 Úmluvy).

Pracovněprávní vztahy založené dohodami konanými mimo pracovní poměr (DPČ, DPP) mají doplňkový charakter a měly by být využívány k výkonu krátkodobých, doplňkových nebo

119 Veřejný ochránce práv. Domov pro osoby se zdravotním postižením 2020. Zpráva ze systematických návštěv veřejného ochránce práv. Brno: Kancelář veřejného ochránce práv, 2020, str. 58. Op. cit.

120 Ustanovení § 74 odst. 1 zákoníku práce.

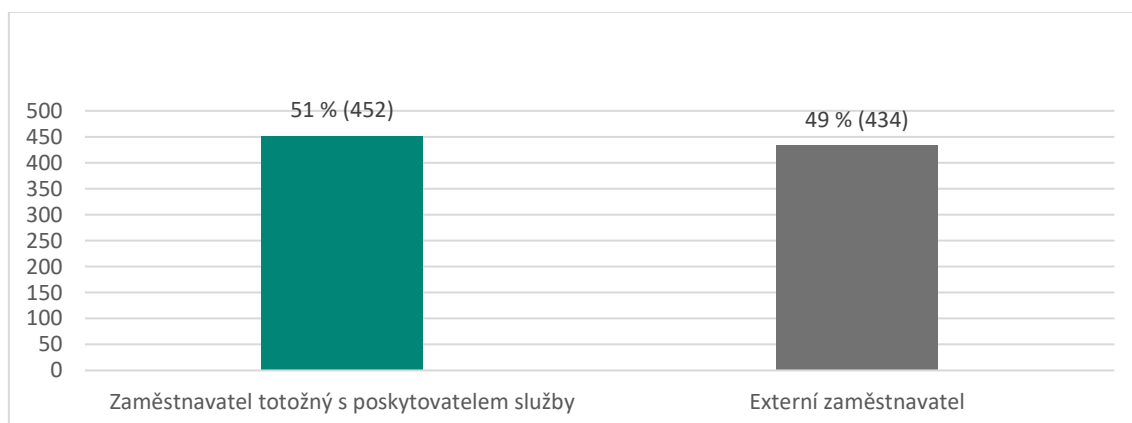


nárazových prací.¹²¹ Pracovněprávní vztahy založené dohodami jsou považovány za vztahy prekarizované,¹²² neboť v nich není zaměstnanec tolik chráněn jako v pracovním poměru.¹²³ V nízkokvalifikovaných pozicích lidé také obvykle nedosahují na vysoké odměny za práci (objem vykonané práce bývá nižší s ohledem na odpracovaný čas). Ze vztahů založených DPP nedochází¹²⁴ k odvodům do systému sociálního pojištění, což má vliv i na výpočet starobního důchodu a prohlubování závislosti člověka s postižením na pomoci státu ve stáří a chudobě. Dohody jsou navíc charakterizovány vyšší mírou uplatnění smluvní svobody a celkově volnějším vztahem mezi zaměstnancem a zaměstnavatelem. Využívání těchto atypických smluvních vztahů k dlouhodobějšímu zaměstnávání lidí s postižením proto nekoresponduje s celkovým postavením lidí s postižením na trhu práce jako jedné z nejzranitelnějších skupin pracujících.¹²⁵

Domovy by proto měly usilovat o to, aby ve spolupráci s úřadem práce či neziskovou organizací došlo ke zvýšení podílu jejich klientů zaměstnaných na hlavní pracovní poměr.

Klienti domovů pro osoby se zdravotním postižením mohou být zaměstnávání poskytovatelem služby či externím zaměstnavatelem. Obě tyto varianty jsou využívány s podobnou četností, přičemž mírně převládají klienti, které zaměstnává poskytovatel sociální služby domovy pro osoby se zdravotním postižením (51 %).

Graf 24 Podíl zaměstnaných klientů dle zaměstnavatele (N=156)



121 Galvas, M. a kol. Pracovní právo. 1. vyd. Masarykova univerzita: Brno, 2012. ISBN 978-80-210-5852-1, str. 589.

122 Podle metodiky Mezinárodní organizace práce je jako prekarizované označováno takové zaměstnání, ve kterém zaměstnanec nemá dostatečnou jistotu. Jedná se především o zaměstnání na částečný úvazek či dobu určitou. Blíže viz International Labour Organization. Policies and regulations to combat precarious employment. [online] Geneve: ILO. 2011, str. 5 - 6. [cit. 2020-07-14]. Dostupné z: https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_dialogue/---actrav/documents/meetingdocument/wcms_164286.pdf.

123 Ustanovení §77 odst. 2 zákoníku práce.

124 Při současném nepřekročení částky 10 000 Kč za kalendářní měsíc.

125 Strategie politiky zaměstnanosti do roku 2020, schválena usnesením vlády č. 835 dne 15. 10. 2014 [online] Praha, Ministerstvo práce a sociálních věcí, 2014 [cit. 2020-06-04] str. 15–17, Dostupné z: <https://www.mpsv.cz/web/cz/strategie-politiky-zamestnanosti-do-roku-2020>.



Smyslem aktivní politiky zaměstnanosti je integrovat lidi se zdravotním postižením na trh práce mezi většinou společnosti. V případě klientů domovů je pozitivní, že téměř polovina zaměstnaných pracuje u externího zaměstnavatele.¹²⁶ Tato skutečnost nejenže vede k naplnění účelu a smyslu článku 27 Úmluvy, ale také k posílení principu normality v životech klientů domovů (oddělit soukromý život od profesního, a to jak časově, tak i prostorově).

Je třeba také upozornit na to, že za externího zaměstnavatele nelze považovat jiného zaměstnance domova. Ochránce v minulosti označil za nevhodnou praxi, kdy je klient domova opětovně zaměstnáván na dohodu o provedení práce u několika zaměstnanců domova. Přestože podle současné právní úpravy může fyzická osoba neprovozující živnost zaměstnávat pro osobní potřebu jinou fyzickou osobu, jedná se v kontextu vztahu klienta a zaměstnance domova o skutečnost budící znepokojení, protože tato spolupráce zvyšuje riziko zneužívání práce tohoto klienta.¹²⁷

Zároveň je nutné upozornit na vysoký podíl klientů (51 %), které zaměstnává domov, s nímž má klient uzavřenou smlouvu o poskytování sociální služby. Jakkoliv není smyslem výzkumu kritizovat snahu domovů poskytnout klientům pracovní příležitost (byť minimálního rozsahu), bylo by žádoucí, aby se podíl těchto pracujících výhledově snižoval a zároveň se zvyšoval podíl klientů zaměstnaných u externího zaměstnavatele.¹²⁸

Přestože nelze předvídat vývoj zaměstnanosti v nejbližších měsících a letech, měly by domovy sledovat růst či pokles podílu zaměstnanosti osob s postižením mimo institucionální prostředí, tj. na otevřeném či chráněném trhu práce ve svém regionu. Tento ukazatel může nepřímo indikovat vyšší či nižší schopnost externích zaměstnavatelů zaměstnat v určitém čase klienty domovů u externích zaměstnavatelů v čase.¹²⁹

Pokud se zaměříme na výši pracovních úvazků či podobu dohody mimo pracovní poměr s ohledem na typ zaměstnavatele, objeví se značné rozdíly. Podíly klientů dle typu smluv uvádíme z celkového počtu zaměstnaných osob, tedy ze součtu klientů zaměstnaných u poskytovatele i u externího zaměstnavatele. Lidé, kteří jsou zaměstnáni u externího zaměstnavatele, pracují nejčastěji na HPP (32 %), oproti pouze 17 % klientů zaměstnaných formou dohody mimo pracovní poměr (DPP a DPČ). Klienti, kteří jsou zaměstnáni poskytovatelem služby, mají naopak významně častěji dohody mimo pracovní poměr (44 %), než hlavní pracovní poměr (7 %).

126 Nebyly shromážděny údaje, zda se jedná o zaměstnavatele z otevřeného, či chráněného trhu práce.

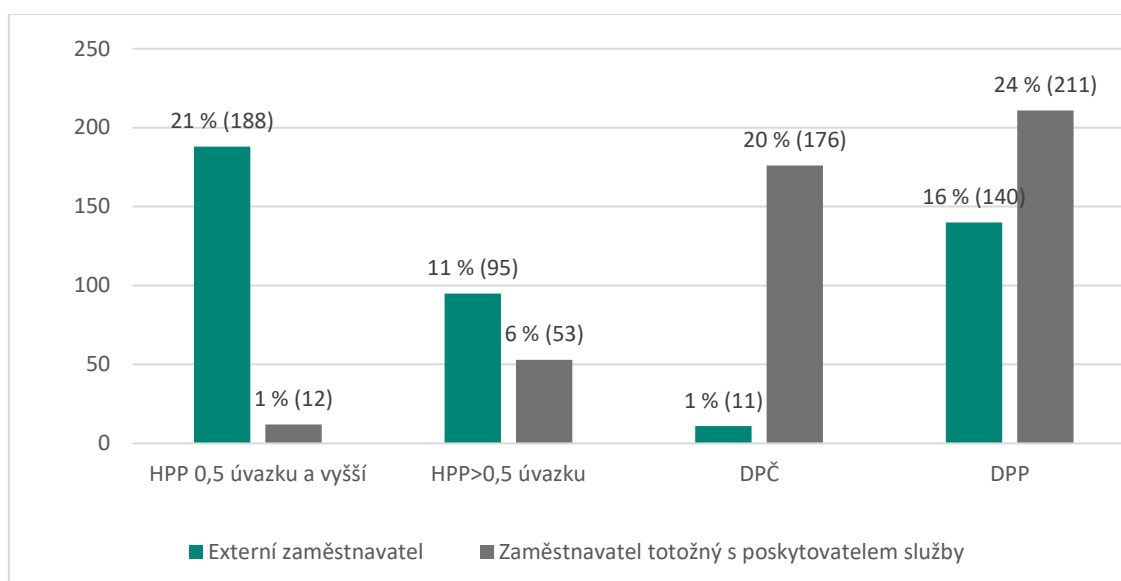
127 Veřejný ochránce práv. Domov pro osoby se zdravotním postižením 2020. Zpráva ze systematických návštěv veřejného ochránce práv. Brno: Kancelář veřejného ochránce práv, 2020, str. 58. Op. cit.

128 Samozřejmě při zohlednění všech podstatných faktorů, jakými kupříkladu jsou zdravotní stav klienta, dosažené vzdělání, pracovní pozice, důstojná odměna za práci, přístupnost pracoviště, včetně dostupných přiměřených opatření, vůle a přání klienta.

129 K tomu blíže Aktualizace strategie politiky zaměstnanosti do roku 2020 v kontextu probíhajících změn na trhu práce[online]. Praha, Ministerstvo práce a sociálních věcí, 2017 [cit. 2020_06_04]. Dostupné z: <https://www.mpsv.cz/web/cz/strategie-politiky-zamestnanosti-do-roku-2020>.



Graf 25 Forma pracovně-právních vztahů zaměstnaných klientů dle typu zaměstnavatele (N=156)



Pokud klient domova vykonává závislou práci, která není nahodilá, krátkodobá či doplňková, měl by s ním zaměstnavatel uzavřít pracovní smlouvu na HPP. To platí především v případech domovů, jejichž klienti pro ně odvádějí práci na základě DPP a DPČ v mnohem vyšší míře než pro externí zaměstnavatele. Zejména v situaci, kdy klienti domovů dlouhodobě pracují na základě DPČ, která se kvantitativně blíží počtu hodin, které by mohl klient odpracovat v rámci tzv. zkráceného úvazku (ne v rozsahu překračujícím v průměru polovinu stanovené týdenní pracovní doby¹³⁰), je s ohledem na účel sledovaný čl. 27 Úmluvy žádoucí, aby klient pracoval v HPP se všemi právy a povinnostmi, které mu podle zákona náleží stejně jako pracujícím bez postižení.

Jedním z důvodů vzniku této situace (výrazně vyšší míra DPP a DPČ u domovů) může být samotný systém nastavení podpory zaměstnávání osob se zdravotním postižením. Z povahy věci domovy nesplní podmínky pro vstup do kategorie zaměstnavatele na chráněném trhu práce, kteří zaměstnávají v pracovním poměru více než 50 % zaměstnanců s postižením. Těm stát kompenzuje mzdové náklady na zaměstnávání osob s postižením prostřednictvím příspěvku na podporu zaměstnávání osob se zdravotním postižením.¹³¹ Domov tyto možnosti nemá, což jej může vést k častějšímu uzavírání DPP a DPČ se svými klienty.

4.3 Pracovní odvětví a způsob výplaty odměny za práci

Většina zaměstnaných klientů domovů pro osoby se zdravotním postižením vykonává pouze pomocné práce s nízkou kvalifikací, což samozřejmě může souviset s dosaženým vzděláním

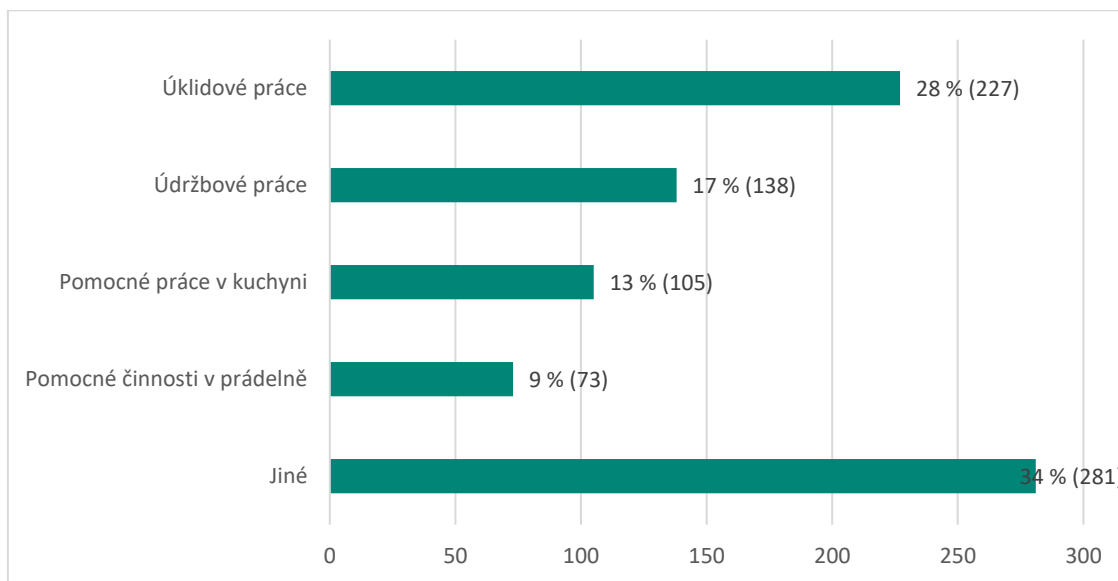
¹³⁰ Ustanovení § 76 odst. 2 zákoníku práce.

¹³¹ Ustanovení § 78 zákona o zaměstnanosti.



či se závažností postižení.¹³² Nejčastěji jsou zaměstnání v oblasti úklidu (28 %), následují údržbové práce (17 %), pomocné práce v kuchyni (13 %) a pomocné činnosti v prádelně (9 %). Více než třetina (34 %) je pak zaměstnána v jiné oblasti, což představuje nejrozumnější odvětví: zemědělství, montážní práce, kartonáž, pomocné dělnické práce, roznos tiskovin, kompletace výrobků, ale i kvalifikované profese v oblastech jako autoservis, zahradnictví, gastronomie, bankovníctví nebo informační technologie.

Graf 26 Podíl klientů dle pracovního odvětví (N=156)



Zákoník práce stanoví přesná pravidla pro výplatu mzdy.¹³³ Ta se mohou uplatnit i pro splatnost a výplatu odměny za práci vykonanou na základě DPČ či DPP. Zaměstnavatel a zaměstnanec ale dohodu mohou ujednat jinak.¹³⁴ Je to jeden z dalších důvodů, který je v neprospěch zranitelných skupin na trhu práce.

I přes značný technologický pokrok stále platí, že se mzda či odměna primárně vyplácí zaměstnanci v hotovosti (v zákonných penězích) a přímo na pracovišti. Zaměstnavatel se může domluvit se zaměstnancem na jiném způsobu výplaty mzdy či odměny (typicky převodem na účet). Zaměstnanec ale nesmí být do takového kroku nucen (například otevřít si účet v bance). Musí se jednat o jeho svobodné rozhodnutí, nikoliv o jednostranné rozhodnutí zaměstnavatele.¹³⁵

132 Šetření ČSÚ v domácnostech ukázalo, že nejvyšší dosažené vzdělání v populaci lidí s postižením je následující (první číslo indikuje osoby s postižením/druhé většinovou populaci): základní včetně bez vzdělání (23,4 %/13,7 %), střední bez maturity (44,2 %/33,3 %), střední s maturitou (24,9 %/34,3 %), vyšší odborné nebo vysokoškolské (7,5 %/18,7 %).

133 Ustanovení § 141–143 zákoníku práce.

134 Viz ustanovení § 144 zákoníku práce.

135 Viz Pichrt, J. a kol. Zákoník práce. Zákon o kolektivním vyjednávání. Praktický komentář. 1. vyd. Praha: Wolters Kluwer. 2017. ISBN 978-80-7552-609-0.



To platí i v případě klientů domovů pro osoby se zdravotním postižením. Ze shromážděných dat totiž plyne, že téměř polovině zaměstnaných klientů (46 %) je jejich odměna za práci vyplácena na účty vedené domovem. Jakkoliv může být uvedené řešení pro poskytovatele praktické, je nutné respektovat, že takový postup je možný jen se svobodným souhlasem klienta při zohlednění principu normality. Výjimkou jsou situace, kdy způsob výplaty na účet spravovaný domovem určil v rozhodnutí soud, případně o něm rozhodl opatrovník klienta. Opatrovníkům, pokud ho klienti mají, je odměna za práci vyplácena v 17 % případů.

Pouze třetině klientů (32 %) je odměna vyplácena přímo a mohou s ní bez dalšího nakládat. Kategorie „Jiné“ (5 %) postihuje další možnosti režimu výplaty odměny za práci, a to například, když je odměna vyplácena na účet klienta, ke kterému má dispoziční právo opatrovník (bez bližší specifikace ke způsobu nakládání s penězi), ale klient zároveň dostává část odměny přímo od zaměstnavatele. Případně respondenti několikrát uváděli, že mzda chodí „na jednotlivé účty klientů, dispoziční právo k hospodaření s finančními prostředky [se odvíjí] dle jednotlivých rozsudků klientů (...)“. Podobně je nastaven režim výplaty v dalším domově:

Odměna je vždy vyplácena na osobní účet daného klienta, ovšem někteří (s omezenou svéprávností) mohou bez dalšího manipulovat jen s částkou určenou soudem, ovšem po dohodě s opatrovníkem třeba i s celým výdělkem.

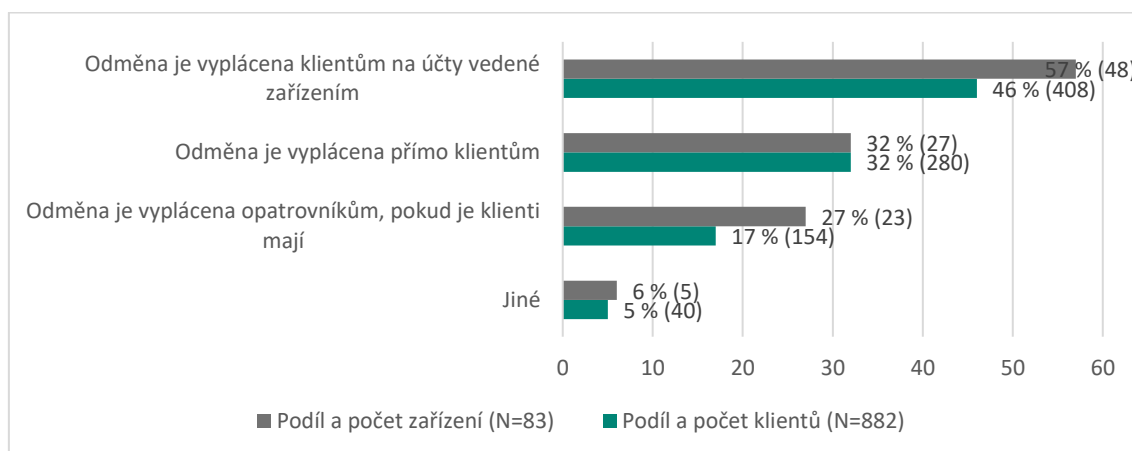
Středočeský kraj, 101 až 150 klientů

Jiný domov pro osoby se zdravotním postižením zase pomáhá klientům přizpůsobit režim výplaty podle omezení v rozsudku:

Odměna je vyplácena na vícekrát v měsíci podle rozsudku o omezení svéprávnosti. Vyplacení celé odměny jednou částkou by neodpovídalo rozsudku.

Plzeňský kraj, 151 až 200 klientů

Graf 27 Způsoby výplaty odměny za práci u zaměstnaných klientů (N=84)



Pozn.: Součet podílů u počtu DOZP netvoří 100 %, jelikož respondenti mohli označit více odpovědí.



Poskytovatelé by měli hledat účinné cesty, jak zvýšit počet klientů, kterým je vyplácena mzda či odměna přímo. Klienti by měli mít v souladu s principem normality přístup k odměně za práci v zásadě kdykoliv, bez větších omezení. Měli by mít také o výši odměny a svých úsporách přehled, což je dílčí kompetence spadající do oblasti pracovních návyků a dovedností. Při jejím budování je třeba pracovat i s přiměřenou mírou rizika, podle níž má mít člověk právo udělat chybu a poučit se z ní podobně jako kterýkoliv jiný člověk.

Vzhledem k rozdílným možnostem rozvoje jednotlivých klientů ochránce doporučuje, aby domovy v oblasti nakládání s financemi (s odměnou za práci a úsporami) volily vysoce individualizovaný přístup, který bude patřičně reflektovat schopnosti klientů. Je nejvýše pravděpodobné, že u některých klientů nebude ani v budoucnosti dosaženo v dané oblasti samostatnosti, a to ani částečné, což by však nemělo vést k tomu, že zařízení na práci s klientem zcela rezignuje.¹³⁶

5. Zdraví a zdravotní péče

Zdraví patří mezi nejdůležitější hodnoty v životě každého člověka. Úmluva o právech osob se zdravotním postižením tedy (nejen) proto zaručuje lidem s postižením právo na **dosažení nejvyšší možné úrovně zdraví** bez diskriminace na základě postižení.¹³⁷ Současně zavazuje smluvní státy přijmout veškerá nezbytná opatření, která mají lidem s postižením zajistit přístup ke zdravotním službám a léčebné rehabilitaci. Ty jim mají být poskytovány ve stejném rozsahu a kvalitě jako lidem bez postižení, a to včetně péče v oblasti sexuální a reprodukční medicíny a obecných programů v oblasti veřejného zdraví. Dále mají lidé s postižením právo na poskytování těch zdravotních služeb, které potřebují specificky z důvodu postižení. V neposlední řadě Úmluva vyžaduje, aby jim zdravotní služby byly poskytovány na základě jejich svobodného a informovaného souhlasu.

V České republice platí zákaz diskriminace v přístupu ke zdravotní péči z důvodu zdravotního postižení.¹³⁸ Lidem s postižením náleží v postavení pacientů a účastníků veřejného zdravotního pojištění (dále jen „pojištěnců“)¹³⁹ stejná práva jako ostatním. Mohou si tak svobodně zvolit svého poskytovatele zdravotních služeb a zdravotní pojišťovnu, získat informace o svém zdravotním stavu a rozhodnout se, zda souhlasí s poskytnutím navržených zdravotních služeb. Za podmínek stanovených právními předpisy¹⁴⁰ mají právo na poskytování hrazených zdravotních služeb, a to časově a místně dostupných.

136 Veřejný ochránce práv. Domovy pro osoby se zdravotním postižením 2020. Zpráva ze systematických návštěv veřejného ochránce práv. Brno: Kancelář veřejného ochránce práv, 2020, str. 38. Op. cit.

137 Článek 25 Úmluvy.

138 Ustanovení § 1 odst. 1 písm. h) antidiskriminačního zákona, ve spojení s § 2 odst. 3 téhož zákona.

139 Pojištěncem je každá osoba, která má na území ČR trvalý pobyt nebo je zaměstnancem zaměstnavatele se sídlem nebo trvalým pobytem na území ČR.

140 Zejména ze zákona o veřejném zdravotním pojištění.



Při uplatňování práv pacienta a pojištěnce však lidé s postižením často čelí řadě faktických bariér, od fyzické nepřístupnosti zdravotnických zařízení, přes problémy s komunikací až po nepřístupnost informací. Když v roce 2018 provedl Český statistický úřad výběrové šetření u osob se zdravotním postižením žijících v komunitě (mimo pobytové služby), stěžovalo si na nedostupnost zdravotní péče, vhodné léčby a rehabilitace až **22,7 % respondentů**.¹⁴¹

Klientům domovů pro osoby se zdravotním postižením má poskytovat nezbytnou podporu při uplatňování jejich práv v oblasti péče o zdraví poskytovatel sociální služby. I v této oblasti musí podpora klientů odpovídat základním zásadám poskytování sociálních služeb, zejména zachovávat jejich lidskou důstojnost, vycházet z individuálně určených potřeb a podporovat rozvoj jejich samostatnosti.¹⁴² V případě klientů s omezenou svéprávností v oblasti rozhodování o zdravotní péči pak musí poskytovatel spolupracovat i s jejich opatrovníky.

V rámci tématu zdraví a zdravotní péče jsme se zaměřili na dvě základní otázky. Zprv, zda jsou klientům domovů plně dostupné hrazené zdravotní služby, a to jak v segmentu primární ambulantní péče (praktický lékař, zubní lékař, gynekolog), tak rehabilitační péče (fyzioterapie, lázeňská péče). Zadruhé pak, zda domovy svým klientům poskytují v oblasti péče o zdraví spíše individualizovanou, nebo spíše plošnou podporu při uplatňování jejich práv.

V první části kapitoly mapujeme dostupnost lékařské péče pro klienty domovů (kap. 5.1). Následují části týkající se fyzioterapie (kap. 5.2), hrazené lázeňské péče (kap. 5.3) a péče v oblasti výživy (kap. 5.4). V dalších částech kapitoly se zabýváme otázkou podpory klientů při uskutečňování jejich práva na výběr registrujících poskytovatelů zdravotních služeb (kap. 5.5), zdravotní pojišťovny (kap. 5.6) a čerpání příspěvků z fondů prevence zdravotních pojišťoven (kap. 5.7.).

5.1 Dostupnost lékařské péče

Stejně jako ostatní pojištěnci mají klienti domovů právo na poskytování hrazených zdravotních služeb v rozsahu a za podmínek stanovených právními předpisy¹⁴³ a také na jejich časovou a místní dostupnost.¹⁴⁴ Místní dostupností hrazených zdravotních služeb se přitom rozumí přiměřená vzdálenost místa poskytování hrazených služeb vzhledem k místu trvalého pobytu nebo bydliště pojištěnce. Vyjadřuje se dojezdovými dobami. Nejzazší možné dojezdové doby pro jednotlivé obory zdravotní péče upravuje nařízení

141 Výběrové šetření: Osoby se zdravotním postižením [online]. Praha: Český statistický úřad, 2019 [cit. 2020-04-19], s. 75. Dostupné z: <https://www.czso.cz/documents/10180/90600407/26000619.pdf/b1d5a2b3-a309-4412-a962-03d847d3d1a0?version=1.5>.

142 Ustanovení § 2 odst. 2 zákona o sociálních službách.

143 Zejména zákonem o veřejném zdravotním pojištění.

144 Ustanovení § 11 odst. 1 písm. c) zákona o veřejném zdravotním pojištění.



vlády.¹⁴⁵ Časovou dostupností se pak rozumí zajištění poskytnutí neodkladných a akutních hrazených služeb ve lhůtě odpovídající jejich naléhavosti a v případě plánovaných hrazených služeb ve lhůtách stanovených nařízením vlády.

Povinnost zajistit pojištěncům poskytování hrazených zdravotních služeb, včetně jejich místní a časové dostupnosti, dopadá na **zdravotní pojišťovny**. Plní ji prostřednictvím svých smluvních sítí poskytovatelů zdravotních služeb. Pojištěnec má právo zvolit si poskytovatele, který je ve smluvním vztahu s jeho zdravotní pojišťovnou. Zvolený poskytovatel pak může odmítnout jeho přijetí do péče jen ze zákonem stanovených důvodů,¹⁴⁶ mezi které patří i **naplněná kapacita pacientů**. Pokud pojištěnec čelí opakovanému odmítnutí ze strany poskytovatelů v požadovaném oboru zdravotní péče, může se obrátit se žádostí o pomoc na svou zdravotní pojišťovnu. Při všech popsanych fázích zajištění poskytovatele zdravotních služeb by měl klientům domovů poskytnout odpovídající podporu poskytovatel sociálních služeb.

Domovů pro osoby se zdravotním postižením jsme se ptali na to, zda je pro ně problematické zajistit lékařskou péči v jednotlivých specializacích. Pouze devět domovů (7 %) uvedlo, že zdravotní péče je pro jejich klienty dostupná ve všech potřebných oborech. Zbývajících **93 % domovů zaznamenalo při zajišťování zdravotní péče svým klientům obtíže**. Toto zjištění považujeme za alarmující.

Pro klienty téměř poloviny domovů (47 %) je obtížně dostupné **zubní lékařství**, stejně tak téměř polovina respondentů (44 %) má problémy se zajištěním **psychiatrické péče**. Čtvrtina domovů (25 %) poukázala na problémy s dostupností **gynekologické péče** a pro více než pětinu respondentů (22 %) je obtížné zajistit péči v oboru **všeobecné praktické lékařství**. Více než desetina uvedla také problémy s dostupností neurologie (13 %) a **dětské a dorostové psychiatrie** (16 %),¹⁴⁷ což v kontextu celkového počtu domovů s dětskými klienty představuje téměř polovinu těchto zařízení (48 %). Kategorie „Jiné“ zahrnuje odpovědi, které se vyskytly nanejvýše dvakrát (sexuologie, logopedie, plicní lékařství, diabetologie, revizní lékařství, urologie, dětská neurologie, ORL, vnitřní lékařství, rehabilitační lékařství).

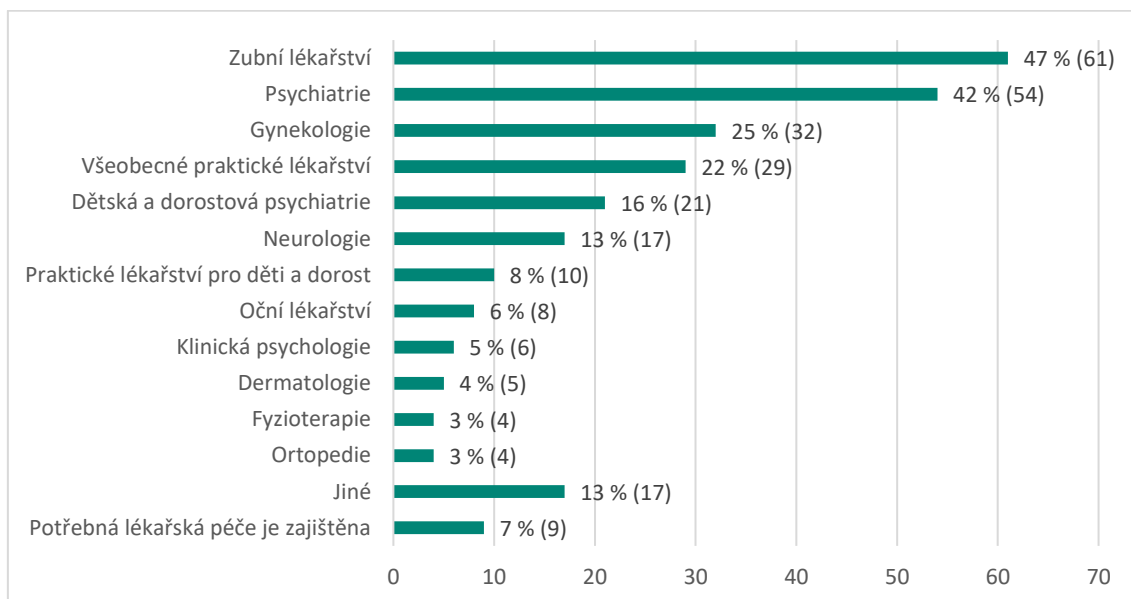
145 Nařízení vlády o místní a časové dostupnosti zdravotních služeb.

146 Ustanovení § 48 odst. 1 zákona o zdravotních službách.

147 Na nedostupnost dětské psychiatrie (pedopsychiatrie) ochránce opakovaně upozorňuje od roku 2013. Viz tisková zpráva „Systém péče o ohrožené děti je stále o institucích, nikoli o rodině“ [online]. Brno, Veřejných ochránce práv [cit. 2020-06-04]. Dostupná z: <https://www.ochrance.cz/aktualne/tiskove-zpravy-2013/system-pece-o-ohrozene-deti-je-stale-o-institucich-nikoli-o-rodine/>.



Graf 28 Vnímaná nedostatečná dostupnost jednotlivých oborů lékařské péče (N=130)

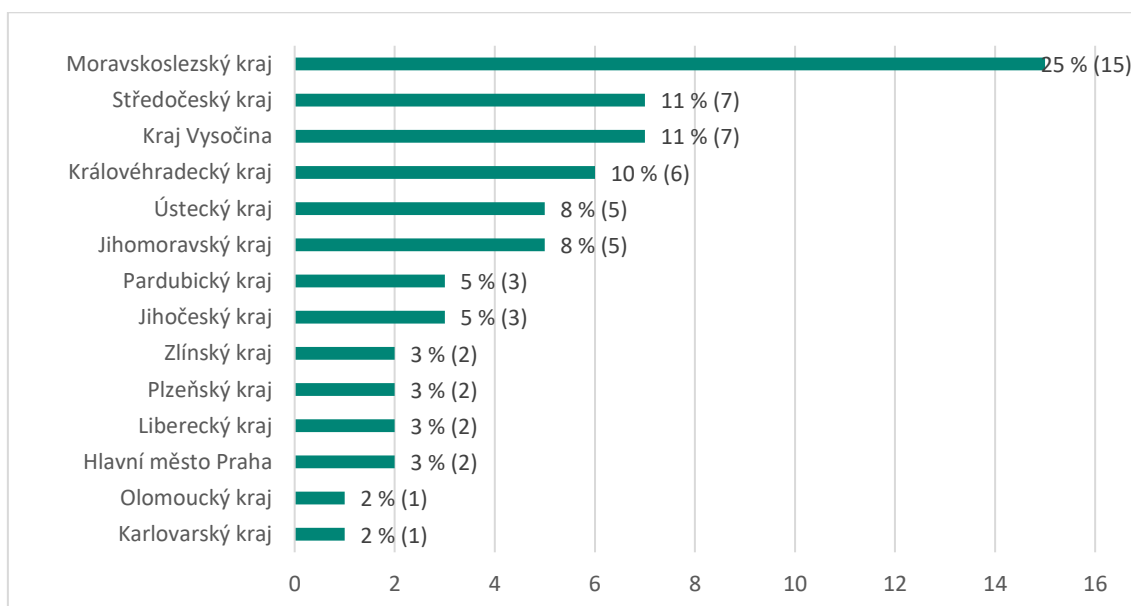


Pozn.: Součet kategorií převyšuje celkový součet respondentů, jelikož ti mohli označit více odpovědí.

U pěti nejhůře dostupných oborů zdravotní péče uvádíme také rozložení na jednotlivé kraje. Obecně lze konstatovat, že **problémy se zajištěním péče mají především domovy v Moravskoslezském, Ústeckém a Středočeském kraji.**

Z celkového počtu těch domovů, které měly problém se zajištěním lékařské péče, byla celá jedna čtvrtina (25 %) z Moravskoslezského kraje. Následovaly domovy z Kraje Vysočina a ze Středočeského kraje, kde na problematickou dostupnost zubního lékařství poukázalo shodně sedm domovů (11 %).

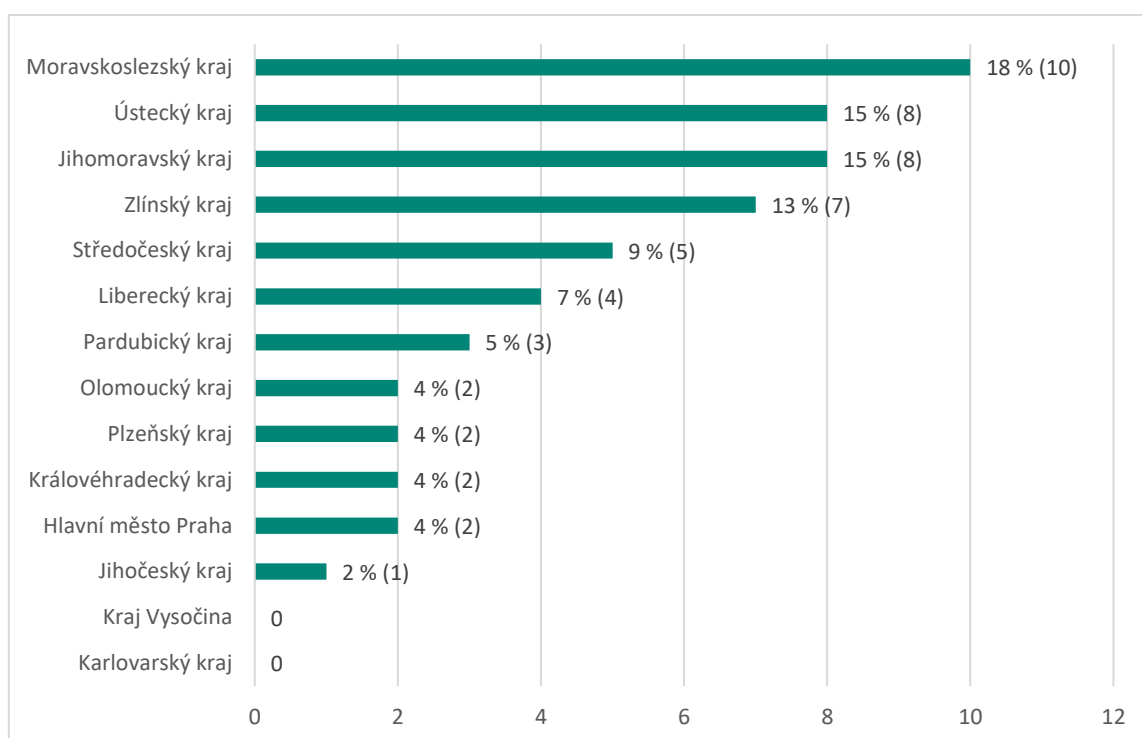
Graf 29 Vnímaná nedostatečná dostupnost zubního lékařství dle krajů (N=61)





Poměrně vysoký počet domovů označil za problematické zajištění **psychiatrické péče**. Nejvíce z nich (10 z 54; 18 %) bylo opět z Moravskoslezského kraje, následovaly Ústecký a Jihomoravský kraj (v obou případech 8 domovů; 15 %). Přestože podle respondentů vykazují Moravskoslezský a Jihomoravský kraj nejhorší dostupnost psychiatrické péče, podle veřejně dostupných údajů připadají na poskytovatele ambulantní psychiatrické péče v těchto krajích¹⁴⁸ spíše nižší počty pacientů. V obou zmíněných krajích by tedy neměl být problém s dostupností psychiatrické péče. Data naopak dokládají nedostatečnou dostupnost péče v Ústeckém kraji.

Graf 30 Vnímaná nedostatečná dostupnost psychiatrické péče dle krajů (N=54)



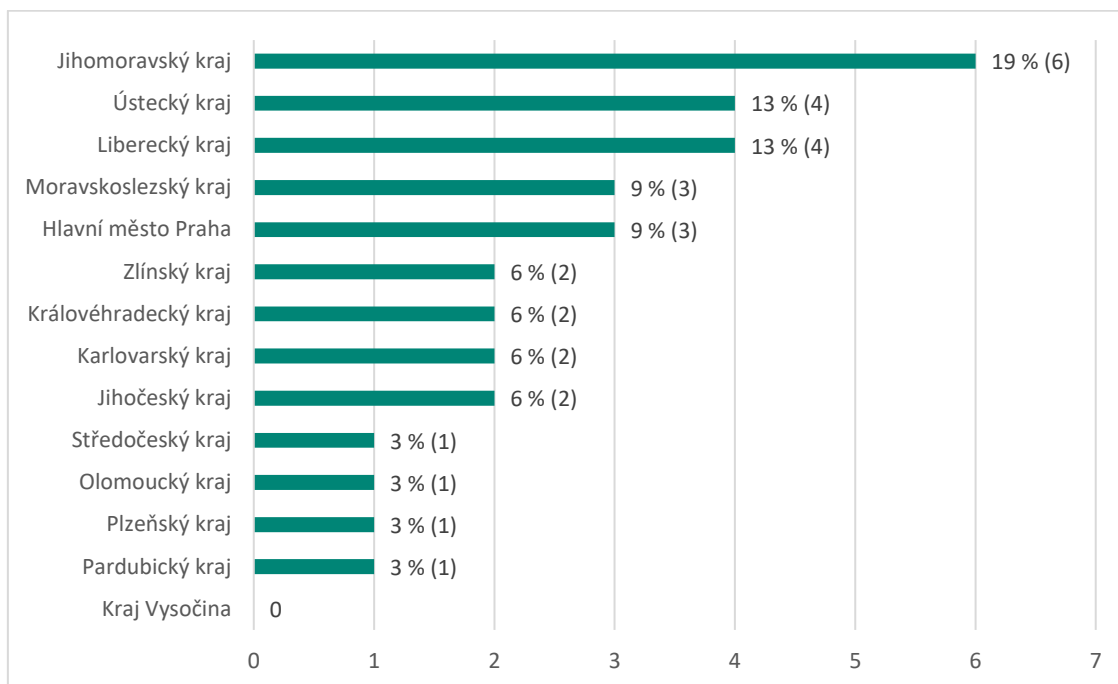
Třetí nejhůře dostupnou specializaci představovala **gynekologická péče**. Nejobtížněji dostupná byla pro klientky domovů v Jihomoravském (6 z 32; 19 %), Ústeckém (4 z 32; 13 %) a Libereckém kraji (4 z 32; 13 %). Dostupná data¹⁴⁹ dokládají, že v některých krajích, kde respondenti uvádějí nedostatečnou dostupnost, skutečně poptávka po gynekologické péči převyšuje nabídku (Jihomoravský a Liberecký kraj). Naopak v Ústeckém kraji by podle uvedeného zdroje měla nabídka péče odpovídat potenciální poptávce (péče by tedy měla být dostupná).

148 Národní portál psychiatrické péče. Ambulantní psychiatrická péče[online]. Praha: ÚZIS ČR, 2020 [cit. 2020-06-18]. Dostupné z: <https://psychiatrie.uzis.cz/cs/psychiatrie-v-datech/psychiatricka-pece-v-cr/ambulantni-psychiatricka-pece/>.

149 Šidlo, L., Novák, M., Štych, P. a Burcin, B. Hodnocení dostupnosti primární zdravotní péče v Česku. Dostupnost ambulantní gynekologie. Praha: Nakladatelství P3K, 2017. ISBN 978-80-87343-83-8.

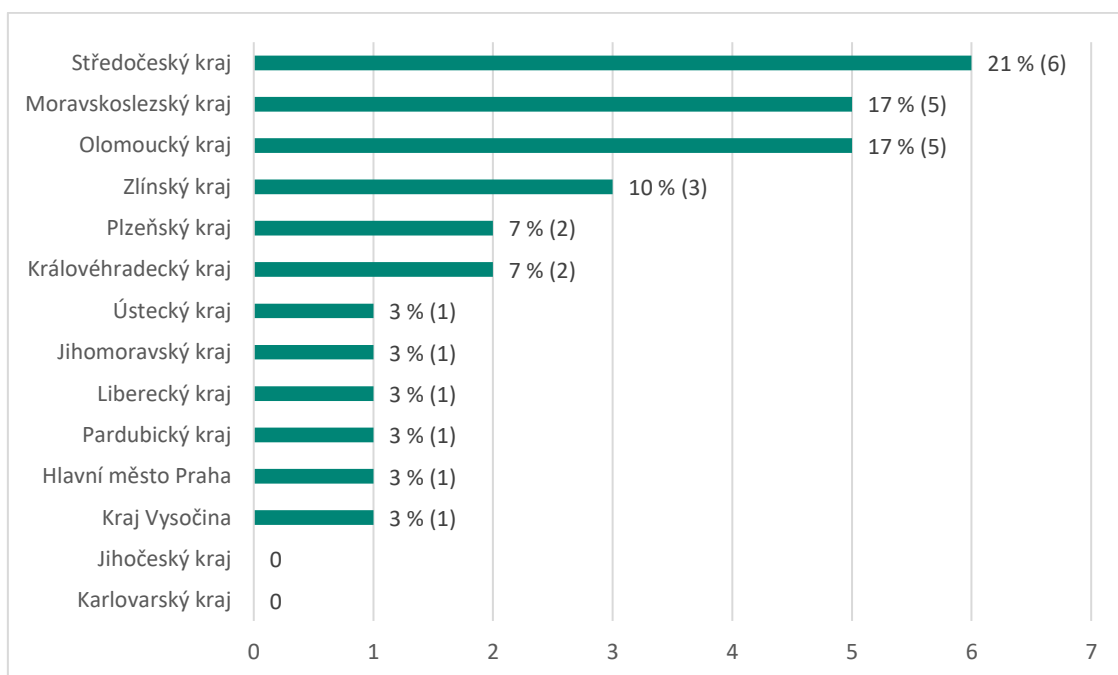


Graf 31 Vnímaná nedostatečná dostupnost gynekologické péče dle krajů (N=32)



Přestože péče v oboru **všeobecné praktické lékařství** je tou nejzákladnější zdravotní péčí, považovalo ji za nedostatečně dostupnou celkem 29 domovů. Jednalo se především o domovy ve Středočeském (6 z 29; 21 %), Moravskoslezském (5 z 29; 17 %) a Olomouckém kraji (5 z 29; 17 %).

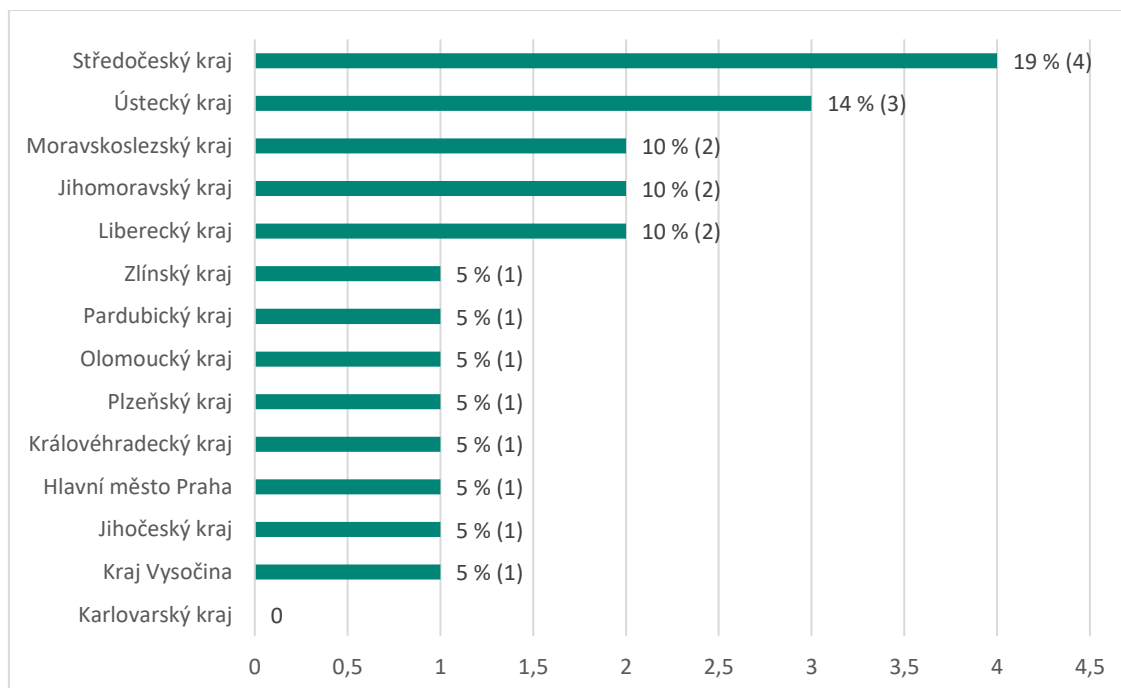
Graf 32 Vnímaná nedostatečná dostupnost všeobecného praktického lékařství dle krajů (N=29)





Na problémy se zajištěním **dětské a dorostové psychiatrie** poukázaly nejčteněji domovy ze Středočeského (4 z 21; 19 %) a Ústeckého kraje (3 z 21; 14 %).

Graf 33 Vnímaná nedostatečná dostupnost dětské a dorostové psychiatrie dle krajů (N=21)



Výsledky dotazníkové šetření dokládají, že pro lidi žijící v domovech pro osoby se zdravotním postižením je obtížně dostupná péče ve stejných oborech jako pro populaci žijící mimo instituce (zubní péče, psychiatrie, pedopsychiatrie). **V některých regionech se však potýkají s problematickou dostupností péče i v těch oborech, které jsou lidem mimo instituce běžně dostupné (gynekologie).**

5.2 Fyzioterapie

Fyzioterapie je léčebně rehabilitační péče poskytovaná fyzioterapeutem (nelékařským zdravotnickým pracovníkem), která spočívá zejména v diagnostice a terapii funkčních poruch pohybového systému.¹⁵⁰ Při poskytování péče klientům (nejen) v pobytových zařízeních sociálních služeb by měl fyzioterapeut úzce spolupracovat s dalšími pracovníky v přímé péči, zejména se všeobecnými sestrami, které provádějí rehabilitační ošetřování.¹⁵¹

150 Činnosti fyzioterapeuta upravuje § 25 vyhlášky o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků.

151 Rehabilitačním ošetřováním se rozumí zejména polohování, posazování, základní pasivní, dechová a kondiční cvičení, nácvik mobility a přemísťování, nácvik sebeobsluhy s cílem zvyšování soběstačnosti pacienta a cvičení týkající se rehabilitace poruch komunikace a poruch polykání a vyprazdňování a metody bazální stimulace s ohledem na prevenci a nápravu poruch funkce těla, včetně prevence dalších poruch z imobility [§ 4 odst. 1 písm. j) vyhlášky o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků].

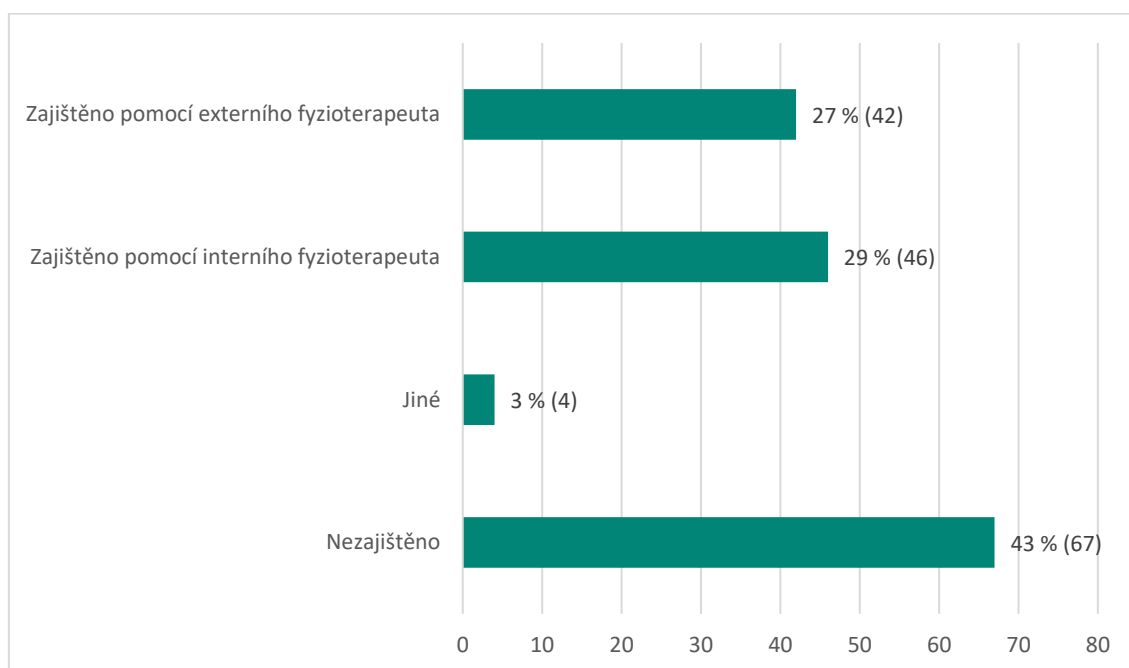


Domovů jsme se ptali, zda zajišťují svým klientům fyzioterapii, jakou formou a kdo ji hradí. Pokud domov zaměstnával fyzioterapeuta, zajímala náš i výše jeho úvazku.

5.2.1 Zajištění fyzioterapie

Podle platné právní úpravy¹⁵² má domov zajistit poskytování rehabilitační péče klientům především prostřednictvím vlastních zaměstnanců. Z dotazníkového šetření vyplynulo, že více než dvě pětiny domovů (43 %) nezajišťují klientům pravidelnou fyzioterapeutickou péči. Více než čtvrtina respondentů (29 %) fyzioterapeuta/y zaměstnává (fyzioterapeuty zaměstnané domovem budeme dále označovat jako „interní fyzioterapeuty“). Podobný počet domovů (27 %) využívá služeb externích poskytovatelů (klienti buď docházejí na jejich pracoviště, nebo fyzioterapeuti navštěvují domovy). Zbytková kategorie „Jiné“ (3 %) představuje domovy, které dle svého vyjádření nemají zajištěnu fyzioterapeutickou péči, ale poskytují klientům alespoň ergoterapii, případně fyzikální terapii.

Graf 34 Zajištění fyzioterapeutické péče (N=156)



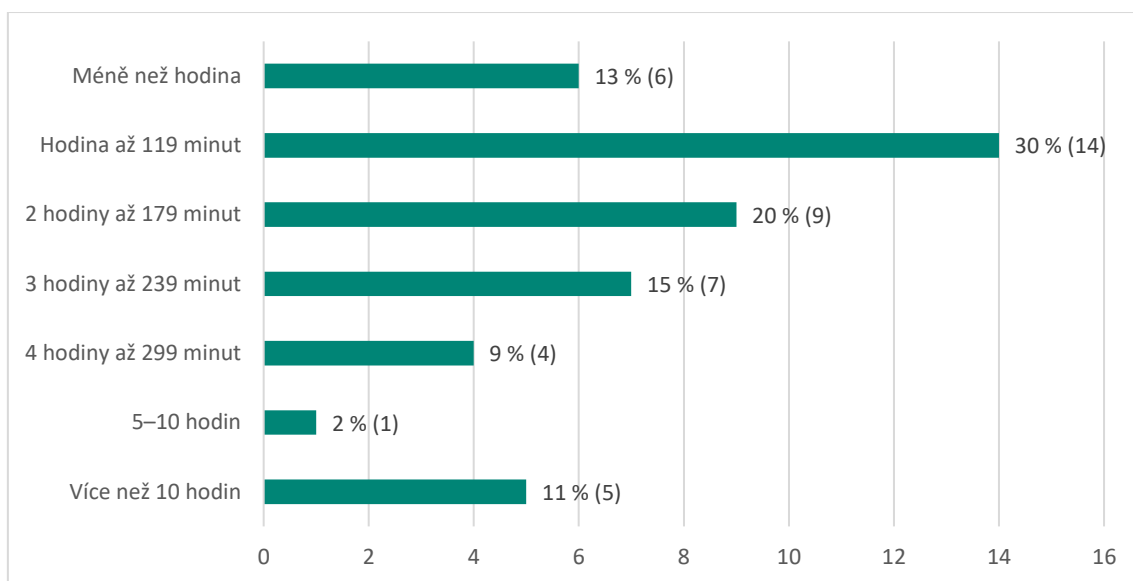
Pozn.: Součet kategorií převyšuje celkový součet respondentů, jelikož ti mohli označit více odpovědí.

U domovů, které péči zajišťovaly prostřednictvím vlastních zaměstnanců, nás zajímal také rozsah úvazku, případně počet hodin měsíčně vyčleněný na poskytování dané péče. Pro sjednocení dat jsme přepočítali pracovní úvazky na počet pracovních hodin měsíčně. Domovy se významně liší počtem klientů, a proto jsme dané hodiny vztáhli také k počtu klientů. Graf 35 zobrazuje počet hodin, které může fyzioterapeut v ideálním případě věnovat měsíčně každému klientovi.

¹⁵² Ustanovení § 36 zákona o sociálních službách.



Graf 35 Přepočten čas fyzioterapeutické péče na jednoho klienta v domovech pro osoby se zdravotním postižením (interní fyzioterapeut); (N=46)



Nejčastěji (30 %) mají fyzioterapeuti vymezeno na jednoho klienta 60 až 119 minut měsíčně (polovina z domovů, kterých se tato časová dotace týká, má více než 100 klientů). Více než deset hodin na jednoho klienta mají fyzioterapeuti v celkem pěti domovech (11 %); jedná se ve všech případech o nízkokapacitní domovy, kdy čtyři z nich mají méně než deset klientů, jeden má 12 klientů. Největší časovou dotaci na jednoho klienta má domov s kapacitou tří klientů, (53 hodin na klienta měsíčně). Naopak nejméně času na jednoho klienta připadá v domově s 34 klienty a osmi hodinami fyzioterapeutické péče měsíčně (14 minut na klienta).

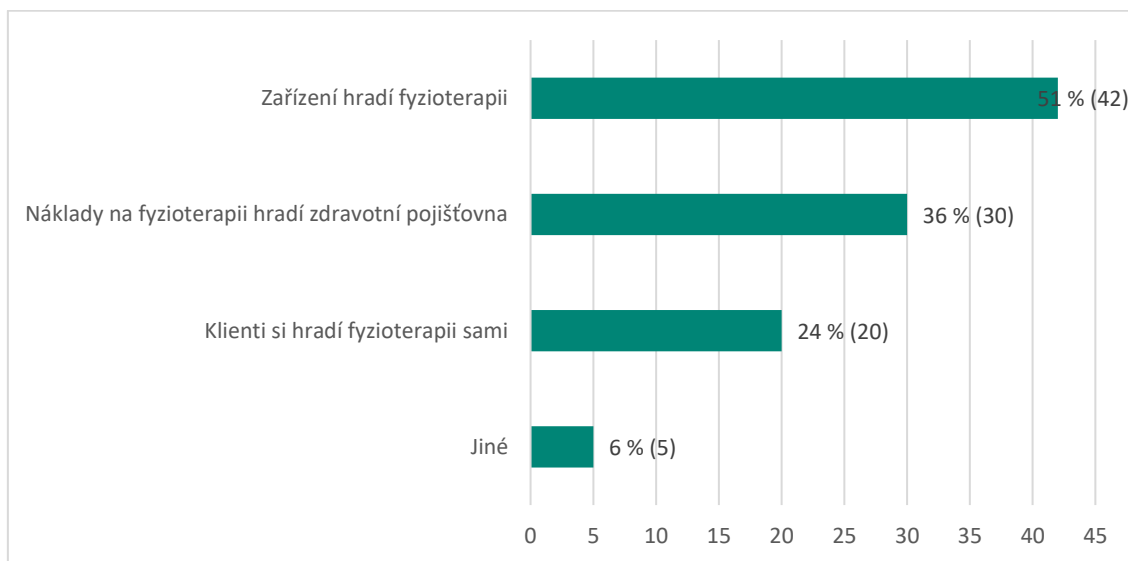
Protože v rámci výzkumu nemáme možnost vyhodnotit míru (ne)zajištění potřeb jednotlivých klientů v oboru fyzioterapie, slouží údaje uvedené v této kapitole především k získání obecné představy o rozdílném rozsahu fyzioterapeutické péče poskytované klientům napříč domovy. Zjištěné poznatky také dokládají, že největší rozsah péče byl poskytován klientům v nízkokapacitních domovech.

5.2.2 Úhrada fyzioterapie

Fyzioterapie patří mezi zdravotní služby, které jsou pojištěncům při splnění zákonných podmínek hrazeny z veřejného zdravotního pojištění. Přesto více než polovina z těch domovů, které zajišťují svým klientům fyzioterapii (42 z 82; 51 %), nese její náklady sama. Více než třetina domovů (36 %) fyzioterapii vykazuje zdravotním pojišťovnám a přibližně ve čtvrtině domovů (24 %) si danou péči hradí sami klienti. V některých případech jde i o kombinace úhrad – například jeden respondent uvedl, že fyzioterapeut je hrazen domovem, ale klienti si mohou dle vlastního zájmu doplatit nadstandardní úkony (např. masáže). Kategorie „Jiné“ (6 %) představuje případy, kdy fyzioterapeut poskytuje své služby zdarma (jako dobrovolník), případně je péče hrazena z projektu (bez bližší specifikace).



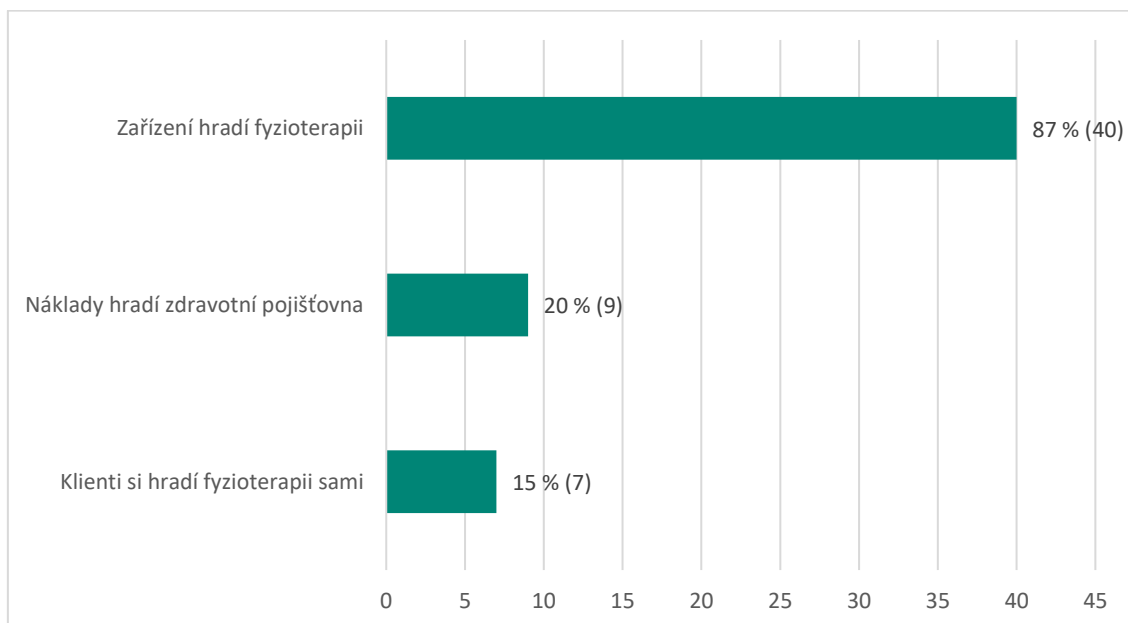
Graf 36 Způsob úhrady fyzioterapeutické péče (N=82)



Pozn.: Součet kategorií převyšuje celkový součet respondentů, jelikož ti mohli označit více odpovědí.

V případě, že péči poskytuje externí fyzioterapeut, hradí ji v závislosti na okolnostech zpravidla zdravotní pojišťovna klienta nebo sám klient. Pokud však péči poskytuje interní fyzioterapeut, převažuje varianta, že ji hradí přímo zařízení (87 %). Pouze v pětině domovů s interním fyzioterapeutem (20 %) hradí náklady poskytnuté fyzioterapie zdravotní pojišťovny a přibližně v šestině domovů (15 %) si hradí tuto péči sami klienti.

Graf 37 Způsob úhrady fyzioterapeutické péče u interních fyzioterapeutů (N=46)



Pozn.: Součet kategorií převyšuje celkový součet respondentů, jelikož ti mohli označit více odpovědí.

Výsledky výzkumu potvrzují, že hrazení fyzioterapie v domovech nebylo dosud uspokojivě vyřešeno a nadále představuje systémový problém.



5.3 Lázeňská péče

Lázeňská léčebně rehabilitační péče (dále jen „lázeňská péče“) je druhem zdravotní péče, při jejímž poskytování jsou využívány přírodní léčivé zdroje nebo klimatické podmínky příznivé k léčení.¹⁵³ Pojištěnec má právo na poskytnutí hrazené lázeňské péče při splnění podmínek stanovených právními předpisy.¹⁵⁴ V první řadě se musí jednat o nezbytnou součást léčebného procesu jedné z nemocí zařazených do Indikačního seznamu pro lázeňskou léčebně rehabilitační péči.¹⁵⁵ Jako takovou ji musí pojištěnci doporučit příslušný odborný lékař a na základě žádosti, podané praktickým lékařem, schválit zdravotní pojišťovna.

Při provádění systematických návštěv domovů v roce 2019¹⁵⁶ ombudsman zjistil, že v navštívených zařízeních podstoupilo hrazenou lázeňskou péči v minulosti pouze několik málo klientů. Jako jednu z bariér v přístupu klientů k této péči zmínili pracovníci domovů potřebu zajištění průvodce při jejím poskytování, kterou nejsou s ohledem na personální zabezpečení a délku pobytů¹⁵⁷ schopni pokrýt. Pobyt průvodce pacienta v lázních je přitom službou hrazenou z veřejného zdravotního pojištění, pokud je jeho celodenní přítomnost nutná vzhledem ke zdravotnímu stavu pojištěnce, nebo k nutnosti zaškolení průvodce pojištěnce v ošetřování a léčebné rehabilitaci doprovázeného pojištěnce.¹⁵⁸

Pro některé klienty domovů mohou představovat překážku v přístupu k lázeňské péči také tzv. kontraindikace, tedy skutečnosti, které podle platné právní úpravy vylučují její poskytnutí.¹⁵⁹ Jedná se například o inkontinenci II. a III. stupně.

Výsledky dotazníkového šetření odpovídají výše nastíněným poznatkům ochránce ze systematických návštěv domovů. **Takřka tři čtvrtiny domovů (72 %) uvedly, že za poslední tři roky (2017 až 2019) nečerpaly hrazenou lázeňskou péči žádný z jejich klientů.** Naopak pouze přibližně jedna čtvrtina domovů (28 %) potvrdila, že ji ve sledovaném období podstoupil alespoň jeden z jejich klientů. Celkově čerpalo hrazenou lázeňskou péči v letech 2017 až 2019 91 klientů DOZP. Ze srovnání s údaji o čerpání hrazené lázeňské péče

153 Ustanovení § 5 odst. 2 písm. f) zákona o zdravotních službách.

154 Zejména § 33 zákona o veřejném zdravotním pojištění, přílohou č. 5 tohoto zákona a vyhláškou č. 2/2015 Sb., o stanovení odborných kritérií a dalších náležitostí pro poskytování lázeňské léčebně rehabilitační péče.

155 Příloha č. 5 zákona o veřejném zdravotním pojištění.

156 Výstup ze série návštěv DOZP dosud nebyl zveřejněn.

157 Délka pobytu v lázních je v případě dospělých 21–28 dnů, zpravidla s možností prodloužení.

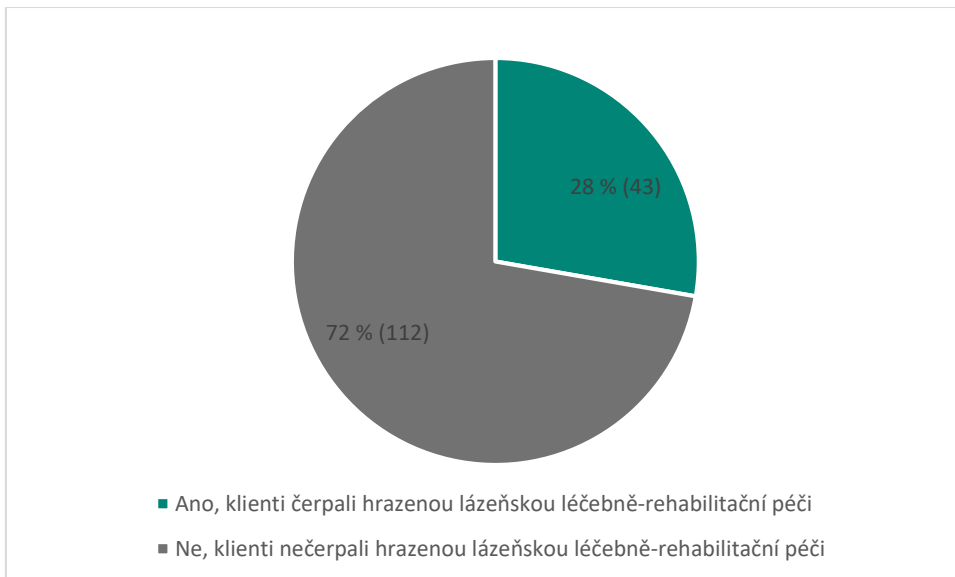
158 Ustanovení § 25 odst. 1 zákona o veřejném zdravotním pojištění.

159 Bod I. 1 Přílohy vyhlášky o stanovení odborných kritérií a dalších náležitostí pro poskytování lázeňské léčebně rehabilitační péče.



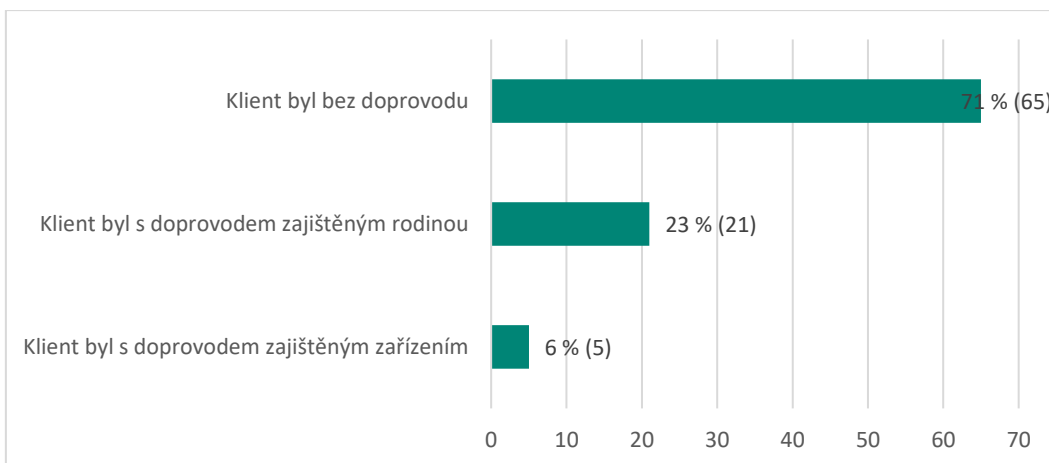
v celé populaci v České republice¹⁶⁰ vyplývá, že klienti domovů využívali danou péči výrazně méně než lidé žijící v komunitě.

Graf 38 Čerpání hrazené lázeňské léčebně-rehabilitační péče za poslední tři roky (N=155)



Domovy, jejichž klienti využili hrazené lázeňské péče, dále uvedly způsob zajištění doprovodu při dané péči. Téměř tři čtvrtiny (71 %) těchto klientů byly při lázeňské péči bez doprovodu, necelá čtvrtina (23 %) klientů v doprovodu zajištěným rodinou a pouze zlomek klientů mělo doprovod zajištěn domovem (6 %). Výsledky tak potvrdily předchozí poznatky ochránce, že domovy poskytují klientům doprovod při pobytu v lázních velmi výjimečně.

Graf 39 Forma doprovodu klientů při hrazené lázeňské léčebně-rehabilitační péči (N=41)



Pozn.: Součet kategorií převyšuje celkový součet respondentů, jelikož ti mohli označit více odpovědí.

160 Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. Lázeňská péče 2018 [online]. Praha: ÚZIS ČR, 2019 [cit. 2020-06-18]. Dostupné z: <https://www.uzis.cz/res/f/008267/lazne2018.pdf>.



5.4 Péče v oblasti výživy

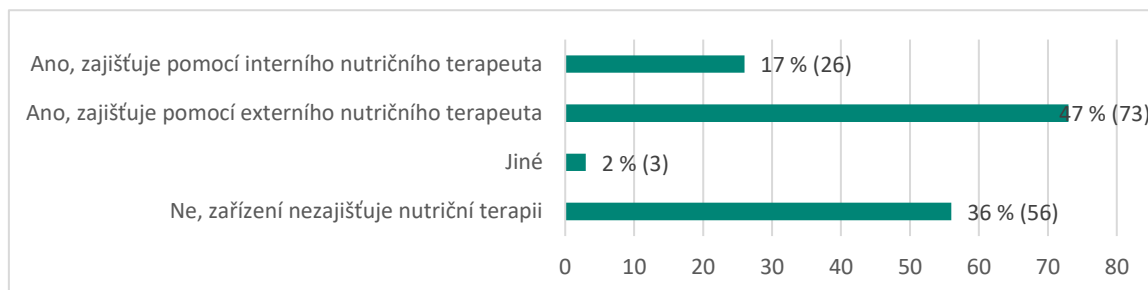
Součástí sociální služby poskytované domovem by měla být **individualizovaná nutriční péče**. Domov je povinen zajistit klientům celodenní stravu odpovídající jejich věku, zásadám racionální výživy a potřebám dietního stravování,¹⁶¹ dále by také měl u klientů sledovat a vyhodnocovat riziko malnutrice.¹⁶² V případě zjištění váhových výkyvů by poté měl přijmout odpovídající opatření.¹⁶³

5.4.1 Spolupráce s nutričními terapeuty

Nutriční terapeuti vykonávají činnosti v rámci preventivní péče na úseku klinické výživy a specifické ošetřovatelské péče zaměřené na uspokojování nutričních potřeb. Spolupráce s nutričním terapeutem může posílit kvalitu sociální služby poskytované domovem. Forma a míra spolupráce by se měla odvíjet především od individuálně určených potřeb klientů.

Přibližně dvě třetiny domovů (64 %) uvedly, že s nutričními terapeuty spolupracují. Většina domovů (47 %) využívá služeb externích nutričních terapeutů.¹⁶⁴ Pouze přibližně šestina domovů (17 %) nutričního terapeuta zaměstnává (tzv. interní nutriční terapeut). Kategorie „Jiné“ (2 %) zahrnuje odpovědi, kdy domov nemá zajištěnu pravidelnou nutriční terapii, ale je připraven vyhledat a zajistit služby nutričního terapeuta v případě potřeby či zájmu klienta; rovněž byl do uvedené kategorie zařazen domov, který odebírá celodenní stravu pro klienty z kuchyně léčebny pro dlouhodobě nemocné, kde probíhá pravidelná spolupráce s nutričním terapeutem. **Pravidelnou nutriční terapii ve spolupráci s nutričním terapeutem nezajišťuje svým klientům více než třetina domovů (36 %).**

Graf 40 Zajištění pravidelné nutriční terapie v domovech pro osoby se zdravotním postižením (N=156)



Pozn.: Součet kategorií převyšuje celkový součet respondentů, jelikož ti mohli označit více odpovědí.

161 Ustanovení § 14 odst. 1 písm. b) vyhlášky, kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách.

162 Malnutricí se rozumí dlouhodobý stav výživy, který neodpovídá potřebám organismu (nedostatek nebo nadbytek živin nebo jejich nevyvážené zastoupení).

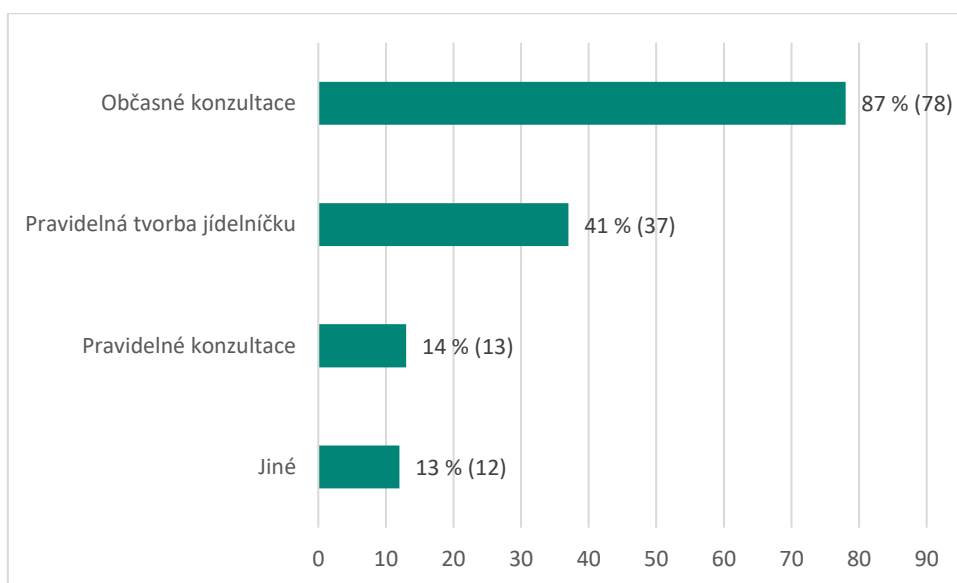
163 Tehdejší veřejná ochránkyně práv Mgr. Anna Šabatová, Ph.D., v souhrnné zprávě ze systematických návštěv DOZP v letech 2017 až 2018 domovům doporučila, aby zavedly standardizovaný proces prevence malnutrice a vedly o něm evidenci a na zjištěné riziko podvýživy adekvátně reagovaly. Zpráva z návštěv domovů pro osoby se zdravotním postižením 2020 [online]. Brno, veřejný ochránce práv, 2020. Op. cit.

164 Do této kategorie jsme zařadili také možnosti, kdy respondenti uváděli nutriční poradny či nutriční ambulance bez bližší specifikace.



Převážná většina (87 %) všech domovů, která aktuálně zajišťuje nutriční terapii, spolupracuje s nutričními terapeuty formou **občasných konzultací**. Pravidelných konzultací využívá pouze necelá šestina z nich (14 %). Pro více než dvě pětiny domovů sestavují nutriční terapeuti pravidelně jídelníček (41 %), což hodnotím pozitivně. Kategorie „Jiné“ (13 %) představuje širokou škálu dalších forem spolupráce: účast ve stravovací komisi, individuální stravování, zabezpečení individuálních nutričních doplňků, tvorbu individuálních jídelníčků (2x), sipping,¹⁶⁵ spolupráci při PEG,¹⁶⁶ řešení malnutrice, výživu klientů s chronickými ranami, kontroly jídelníčků (2x) a odborné poradenství (2x).

Graf 41 Oblasti spolupráce domovů pro osoby se zdravotním postižením s nutričním terapeutem (N=90)



Pozn.: Součet kategorií převyšuje celkový součet respondentů, jelikož ti mohli označit více odpovědí

5.4.2 Zjišťování a vyhodnocování BMI

Jedním z pomocných ukazatelů stavu výživy člověka je **BMI** (Body Mass Index). Pro jeho výpočet je nezbytné znát výšku a váhu daného člověka. Při sledování těchto hodnot domovy by stále mělo platit, že postupy ze strany domova musí zachovávat lidskou důstojnost klientů a vycházet z jejich individuálně určených potřeb. Vážení klientů by tak mělo probíhat v intervalech nastavených individuálně v závislosti na vyhodnocení rizik. Plošné vážení všech klientů ve stejných intervalech může být projevem ústavního charakteru poskytované služby.

BMI nezjišťuje u svých klientů cca čtvrtina domovů (27 %), zbývající domovy (73 %) jej sledují. Nejvíce domovů (32 %) sleduje BMI v individualizovaných intervalech u všech klientů. Pětina domovů (20 %) zjišťuje BMI u všech klientů v jednotném intervalu. Podobný

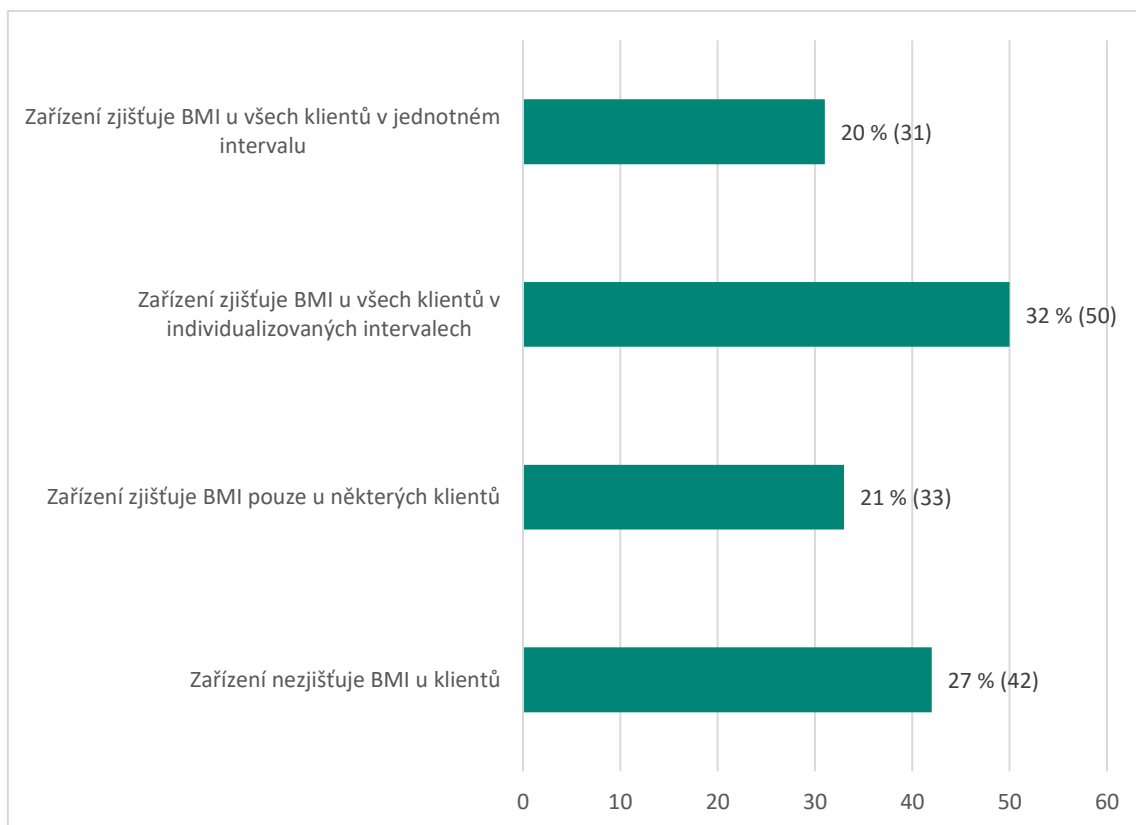
¹⁶⁵ Sipping (z angl. sip = uskrávat) je forma výživy u lidí, kteří nemohou přijímat stravu běžnou cestou. Živiny jsou obsaženy většinou v nápojích s vysokou výživovou hodnotou, které lze popíjet po doušcích.

¹⁶⁶ Perkutánní endoskopická gastrostomie je endoskopicky založený umělý vstup do žaludku pro podání výživy.



počet domovů (21 %) zjišťuje BMI pouze u některých klientů. Praxe domovů je tedy velmi různorodá. Ze zjištěných poznatků lze nicméně vyčíst, že plošné opatření vážení všech klientů ve stejných intervalech je v domovech stále používáno. I v tomto ohledu je tedy třeba pracovat na větší individualizaci poskytovaných služeb.

Graf 42 Zjišťování BMI u klientů (N=156)

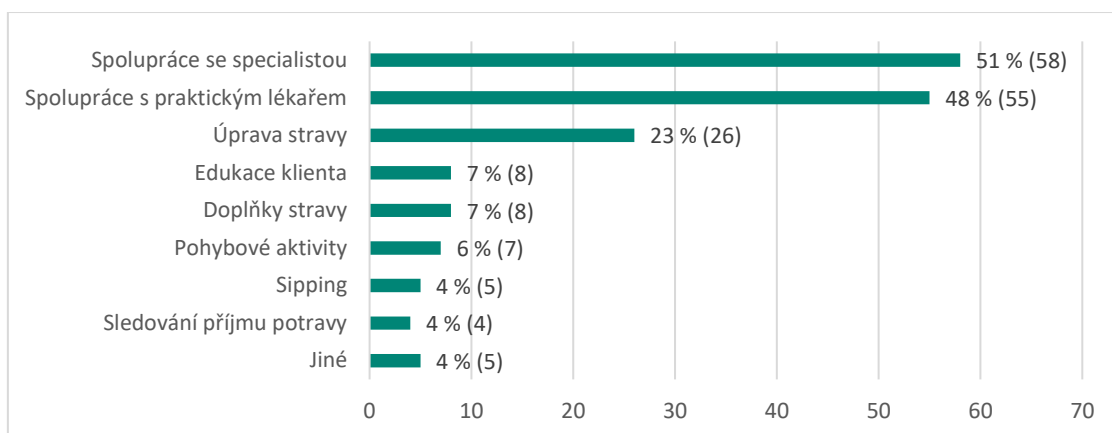


Respondenti, kteří zjišťují BMI klientů, dále uvedli, jak postupují v případě zjištění hodnoty BMI mimo normu. Ve více než polovině případů (51 %) **spolupracují se specialisty**, zejména s nutričními terapeuty nebo nutričními poradci. Méně často respondenti zmínili spolupráci s diabetologem, gastroenterologem či psychologem. Podobný počet respondentů (48 %) **kontaktuje** v případě zjištění hodnoty BMI mimo normu **praktického lékaře**. Přibližně polovina z těchto respondentů (26 z 55; 47 %) v daných situacích navazuje spolupráci jak s praktickým lékařem, tak s dalším odborníkem. Třetí nejčastější postup představuje **úprava stravy** (23 %).

Pouze osm domovů (7 %) uvedlo, že využívá možnosti edukace klienta. Pohybové aktivity zmínilo jen sedm domovů (6 %). Kategorie „Jiné“ (4 %) zahrnuje odpovědi, kdy respondenti informují o situaci opatrovníka, zákonného zástupce nebo rodinu klienta, případně volí možnosti multidisciplinární spolupráce na úrovni pracovníků v sociálních službách.



Graf 43 Reakce domovů pro osoby se zdravotním postižením na výkyvy BMI klientů z normy (N=114)



Pozn.: Součet kategorií převyšuje celkový součet respondentů, jelikož ti mohli označit více odpovědí.

Protože se jednalo o otevřenou otázku, je pravděpodobné, že někteří respondenti realizují více opatření, pouze je neuvedli. Důležité je, že na zjištění BMI mimo normu navazuje přijetí opatření a personál domovů nezůstává nečinný.

Jako příklad dobré praxe uvádíme dvě odpovědi, kdy respondenti kombinují více přístupů, a v obou případech kladou důraz na **individuální potřeby klienta**.

Nutriční terapeut ve spolupráci s lékařem, vedoucí sestrou, vedoucí stravovacího úseku a ostatními pracovníky nabídne klientovi např. dietní opatření, přiměřený pohyb, nutriční podporu apod.

Ústecký kraj, 21 až 30 klientů

Úprava výživových hodnot jídelníčku ve spolupráci s nutričním specialistou a praktickým lékařem pro konkrétního uživatele. Konzultace s rodinou nebo opatrovníkem. Týmová spolupráce pracovníků v sociálních službách, vedoucí úseku stravování dle individuálního plánu a potřeb uživatele.

Středočeský kraj, 101 až 150 klientů

5.5 Výběr registrujících poskytovatelů zdravotních služeb

Klienti domovů mají stejně jako lidé žijící v komunitě právo na výběr poskytovatele zdravotních služeb, který je ve smluvním vztahu s jejich pojišťovnou.¹⁶⁷ V případě registrujícího poskytovatele lze toto právo uplatnit jednou za tři měsíce.

Registrujícími poskytovateli zdravotních služeb jsou poskytovatelé ambulantní péče v oboru všeobecné praktické lékařství, praktické lékařství pro děti a dorost, zubní lékařství nebo gynekologie a porodnictví, kteří přijali pojištěnce do péče za účelem poskytnutí primární

¹⁶⁷ Na základě § 11 odst. 1 písm. b) zákona o veřejném zdravotním pojištění.



ambulantní péče.¹⁶⁸ Ta zahrnuje nejen poskytování preventivní, diagnostické, léčebné a posudkové péče a konzultací, ale také koordinaci a návaznost poskytovaných zdravotních služeb jinými poskytovateli.¹⁶⁹ V případě poskytovatelů v oboru všeobecné praktické lékařství a praktické lékařství pro děti a dorost je její součástí i návštěvní služba.¹⁷⁰

Ačkoliv mají pojištěnci právo, a nikoliv povinnost výběru registrujícího poskytovatele zdravotních služeb, z hlediska ochrany zdraví a poskytování hrazené zdravotní péče, zejména preventivních prohlídek, ji lze jen doporučit.

Domov by klientovi, případně jeho zákonnému zástupci či opatrovníkovi neměl v uplatnění práva výběru poskytovatele zdravotních služeb bránit, natož požadovat, aby si zvolil poskytovatele, se kterým spolupracuje. Naopak by měl klienta podpořit v uplatnění jeho práva a v případě potřeby mu zajistit k poskytovateli doprovod. Obdobné stanovisko vyjádřila tehdejší veřejná ochránkyně práv Mgr. Anna Šabatová, Ph.D., v souhrnné zprávě ze systematických návštěv domovů v letech 2017–2018.¹⁷¹

Pochybnosti, zda domov poskytuje klientům takovou individualizovanou podporu, vyvstává zvláště tehdy, pokud jsou všichni klienti domova registrováni u téhož poskytovatele. Údaj o počtu registrujících poskytovatelů u klientů zařízení však pochopitelně nelze hodnotit izolovaně, protože může být ovlivněn úrovní sítí smluvních poskytovatelů zdravotních pojištěn v daném regionu, případně ztíženou dopravní dostupností apod.

Domovů jsme se ptali na počet registrujících poskytovatelů zdravotních služeb v oboru všeobecné praktické lékařství (pro dospělé), praktické lékařství pro děti a dorost, zubní lékařství a gynekologie. Abychom dosáhli vyšší výpovědní hodnoty dat, uvádíme, jednak u kolika poskytovatelů jsou klienti v jednotlivých domovech registrováni, jednak i údaje o počtu klientů přepočtené na každého jednoho registrujícího lékaře v daném domově a kapacitu domovů, které uvedly pouze jednoho ošetřujícího lékaře v dané specializaci.

Za klíčové zjištění považujeme, že **v celkem 56 domovech (38 %) jsou všichni klienti registrováni pouze u jednoho poskytovatele ve všech příslušných specializacích lékařské péče.**¹⁷² Přesněji, klienti jsou registrováni u jednoho poskytovatele v oboru všeobecné praktické lékařství a v ostatních specializacích rovněž pouze u jednoho poskytovatele, v několika případech dokonce u žádného. Naopak celkem v 15 domovech (10 %) jsou klienti registrováni u 6 a více poskytovatelů.

168 Ustanovení § 3 odst. 5 zákona o zdravotních službách.

169 Ustanovení § 7 odst. 2 písm. a) zákona o zdravotních službách.

170 Ustanovení § 7 odst. 3 zákona o zdravotních službách.

171 Zpráva z návštěv domovů pro osoby se zdravotním postižením 2020 [online]. Brno, veřejný ochránce práv, 2020. Op. cit.

172 Všeobecné praktické lékařství, praktické lékařství pro děti a dorost, zubní lékařství nebo gynekologie a porodnictví.

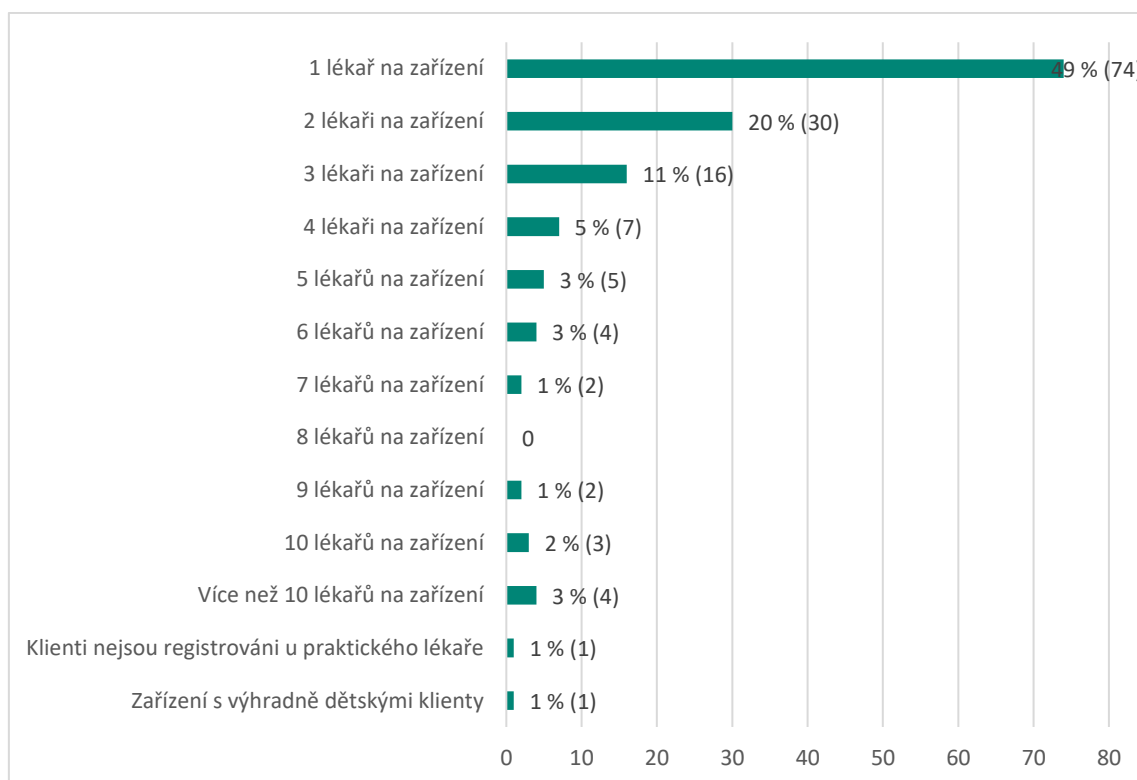


5.5.1 Všeobecné praktické lékařství

Přibližně v polovině všech domovů (49 %) jsou všichni klienti registrováni pouze u jednoho poskytovatele, přičemž celkem téměř třetina z nich (31 %; 21 ze 74) má více než 75 klientů (jedná se tedy o velkokapacitní zařízení). U dvou nebo tří poskytovatelů jsou klienti registrováni přibližně ve třetině všech domovů (31 %). Více než tři poskytovatele uvedlo pouze 27 domovů (18 %). Ve dvou domovech nebyli klienti v péči žádného poskytovatele v oboru všeobecné praktické lékařství: zatímco první z nich poskytuje službu pouze dětem, druhý má především dospělé klienty a ošetřuje je pediatr, kterému byla pro tyto účely údajně udělena výjimka (domov nesdělil podrobnosti).

Bližší pohled na domovy, které mají více než šest registrujících poskytovatelů, odhaluje, že se jedná zejména (9 z 15) o domovy s menší kapacitou (do 40 klientů), ale také tři velkokapacitní domovy se 101 až 150 klienty.

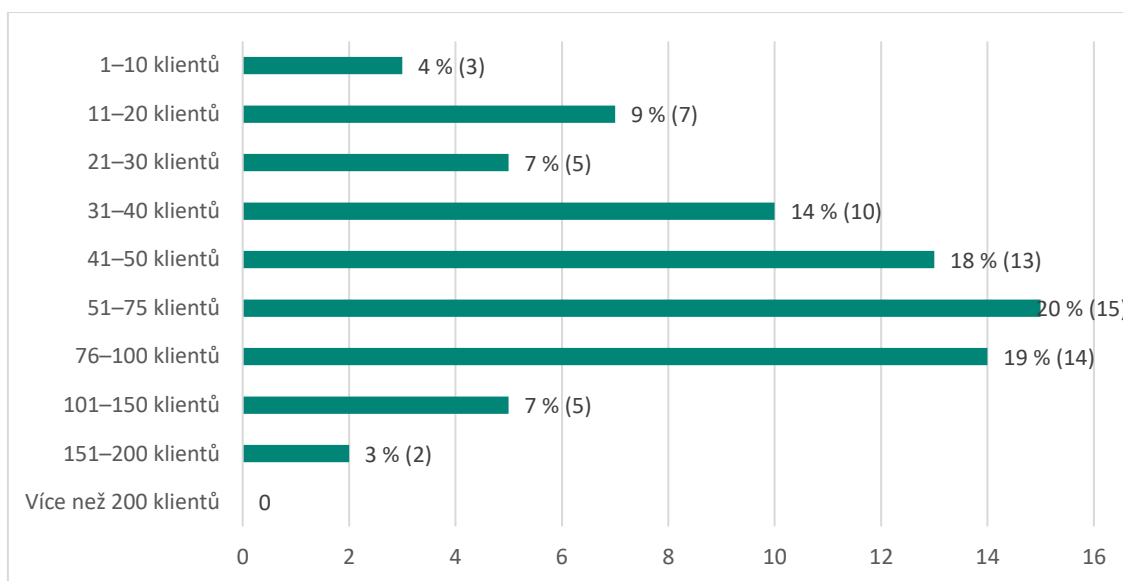
Graf 44 Počet poskytovatelů v oboru všeobecné praktické lékařství registrujících klienty domovů (N=149)



V případech, kdy domovy uvádějí, že jsou všichni klienti registrováni pouze u jednoho poskytovatele, jsme sledovali, o jak velká zařízení se jedná. Nejčastěji mají klienti pouze jednoho poskytovatele ve středně velkých zařízeních s 51 až 75 klienty (20 %). Významnou část domovů s jediným registrujícím poskytovatelem však tvoří také velké DOZP s více než 75 klienty (29 %), jedná se téměř o třetinu z celkového počtu respondentů.

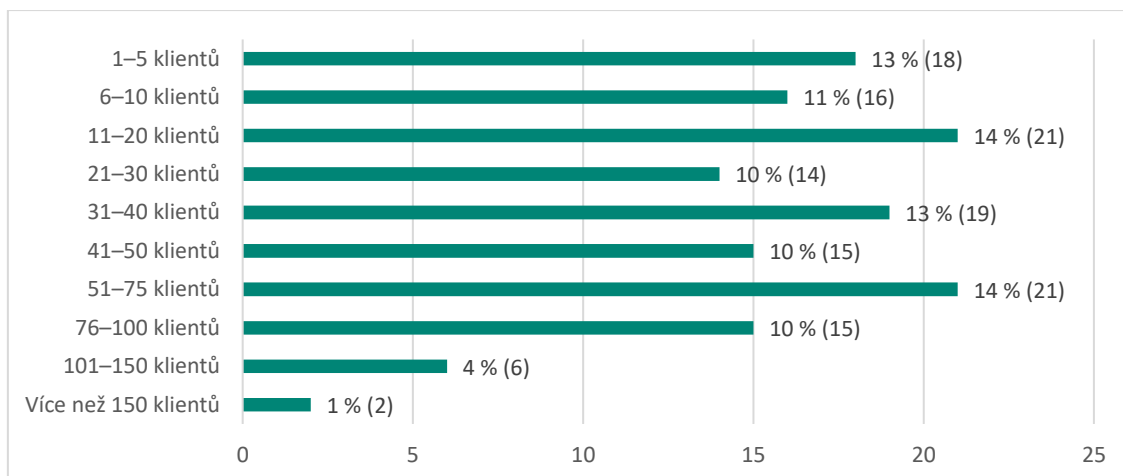


Graf 45 Domovy pro osoby se zdravotním postižením s jedním poskytovatelem v oboru všeobecné praktické lékařství pro všechny klienty dle kapacity zařízení (N=74)



Jiný pohled nabízí následující graf 46, který uvádí, kolik klientů v jednotlivých domovech připadá na jednoho poskytovatele. Pouze v 18 domovech ze 147 (13 %) připadá na jednoho poskytovatele 1 až 5 klientů (šest z těchto domovů má přitom méně než deset klientů). Hodnoty u dalších kategorií jsou si velmi podobné, ve všech případech jde přibližně o desetinu z celkového počtu, včetně domovů, kde připadá na jednoho poskytovatele 76 až 100 klientů. Situaci, kdy na jednoho poskytovatele připadá více než 100 klientů, uvedlo osm domovů pro osoby se zdravotním postižením (5 %). Nejvyšší počet představuje dokonce 167 klientů připadajících na jednoho praktického poskytovatele.

Graf 46 Přepočítání klientů na jednoho poskytovatele (N=147)



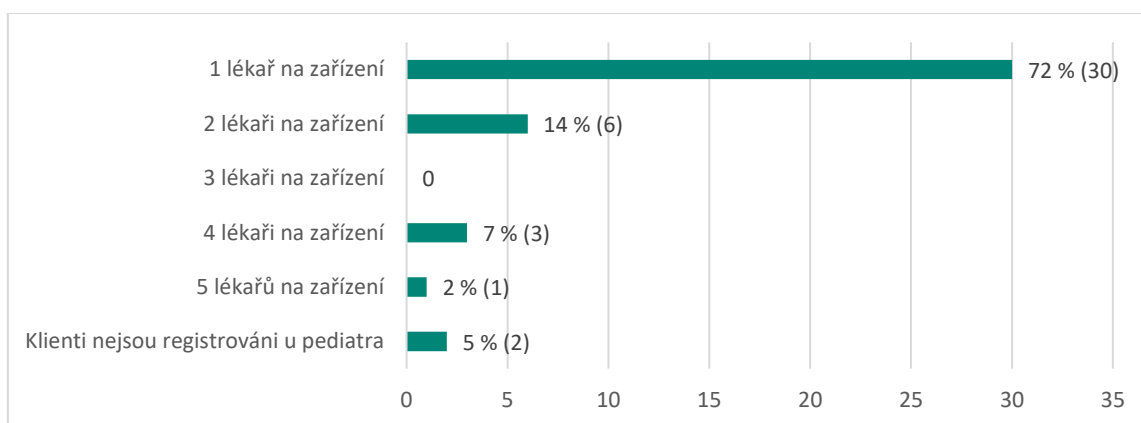
5.5.2 Poskytovatelé v oboru praktické lékařství pro děti a dorost

Téměř třičtvrtě většina (72 %) domovů má své dětské klienty registrované pouze u jednoho poskytovatele v oboru praktické lékařství pro děti a dorost. Přibližně šestina (14 %) domovů má mezi registrujícími poskytovateli dva pediatry a více než dva registrující



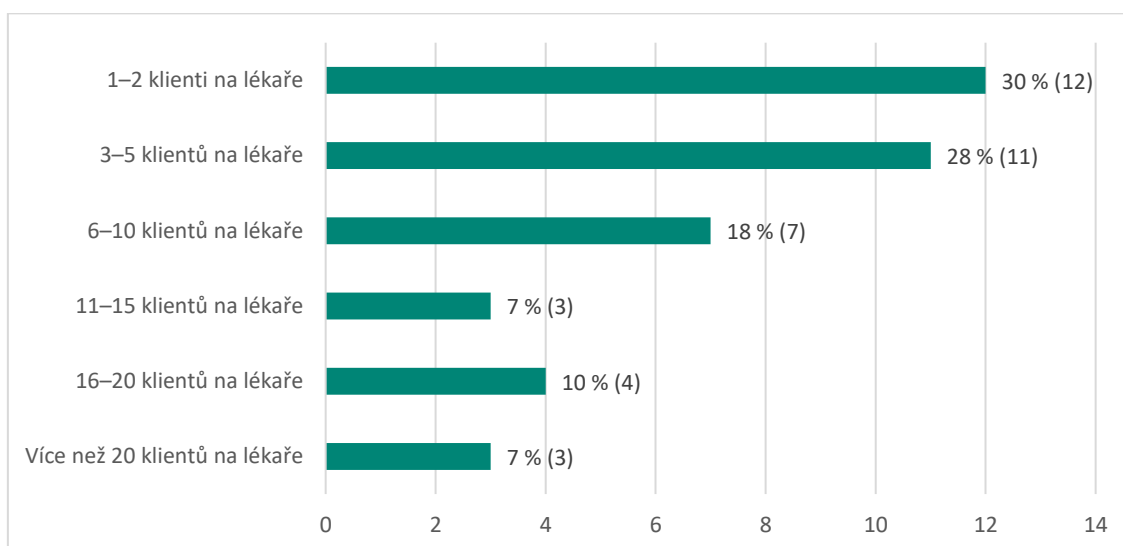
poskytovatele má pouze 9 % domovů. **Dětsí klienti ze dvou domovů dokonce nemají žádného registrujícího poskytovatele** (v jednom domově se jedná o jedno dítě, v druhém pak o dvě děti). **Je tedy otázkou, jak mají zajištěnu péči, zejména pravidelné preventivní prohlídky, na které mají jako pojištěnci nárok.**

Graf 47 Počet poskytovatelů v oboru praktické lékařství pro děti a dorost registrujících klienty v domovech (N=42)



Pokud měl domov registrující poskytovatele, nejčastěji (30 %) měl 1 až 2 klienty v přepočtu na jednoho poskytovatele, méně často 3 až 5 klientů na jednoho poskytovatele (28 %). Více než deset klientů na jednoho poskytovatele připadalo ve čtvrtině všech domovů (25 %). Ty domovy, které uvedly pouze jednoho registrujícího poskytovatele, měly přibližně ve dvou třetinách (70 %) do deseti dětských klientů, v šesti případech (20 %) mezi 11 až 20 klienty a pouze ve třech případech (10 %) šlo o zařízení se 21 až 30 klienty.

Graf 48 Přepočet klientů na jednoho poskytovatele (N=40)

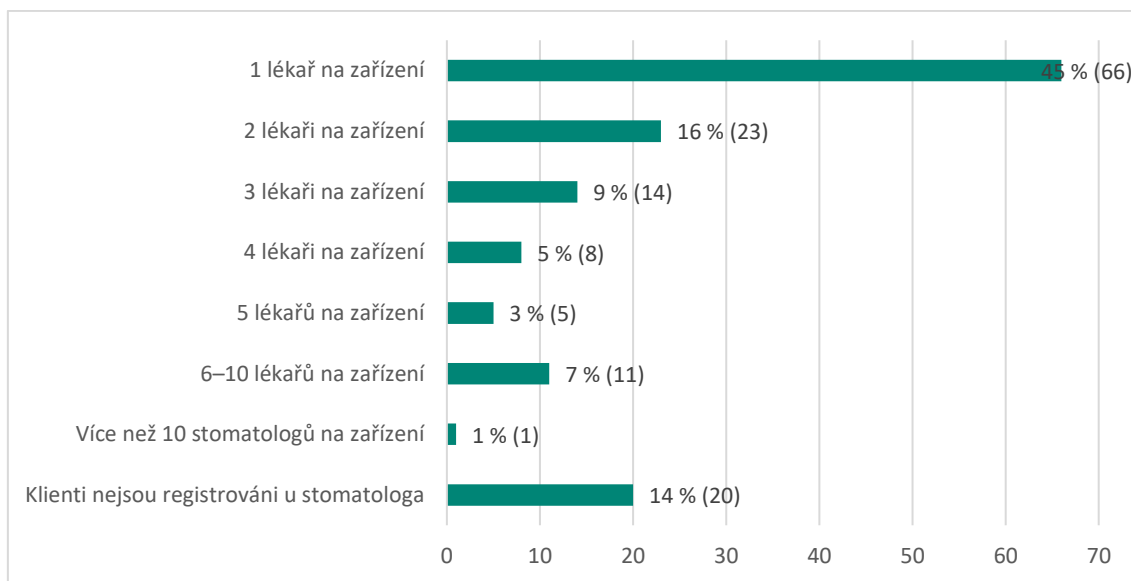




5.5.3 Zubní lékařství¹⁷³

Ve dvou pětinach všech domovů (45 %) byli všichni klienti registrováni pouze u jednoho poskytovatele v oboru zubní lékařství, přičemž celkem 32 % z těchto domovů patřilo mezi velké domovy (nad 75 klientů). U dvou nebo tří poskytovatelů byli registrováni klienti ve čtvrtině všech domovů (25 %). Více než tři poskytovatele uvedlo pouze 25 domovů (17 %). **Za alarmující považujeme, že klienti z celkem 20 domovů (14 %) nejsou registrováni u žádného poskytovatele v oboru zubní lékařství.** Čtyřikrát se jednalo o poskytovatele z Kraje Vysočina, Moravskoslezského a Ústeckého kraje a také částečně o ty domovy, které výše v Grafu 29 uvedly, že se jim nedaří sehnat příslušného poskytovatele. Některé z těchto domovů jsme kontaktovali a dle jejich sdělení šlo o situace, kdy např. ošetřující zubní lékař zrušil ordinaci a domovu se dosud nepodařilo získat jiného poskytovatele, případně se už dlouhodobě nedaří zajistit registrujícího poskytovatele, a ošetření proto domov řeší až na pohotovosti, pokud nastane akutní potřeba. **Tito klienti tedy nemají zajištěnu preventivní zubní péči, na kterou mají jako pojištěnci nárok.**

Graf 49 Počet poskytovatelů v oboru zubní lékařství registrujících klienty v domovech (N=148)

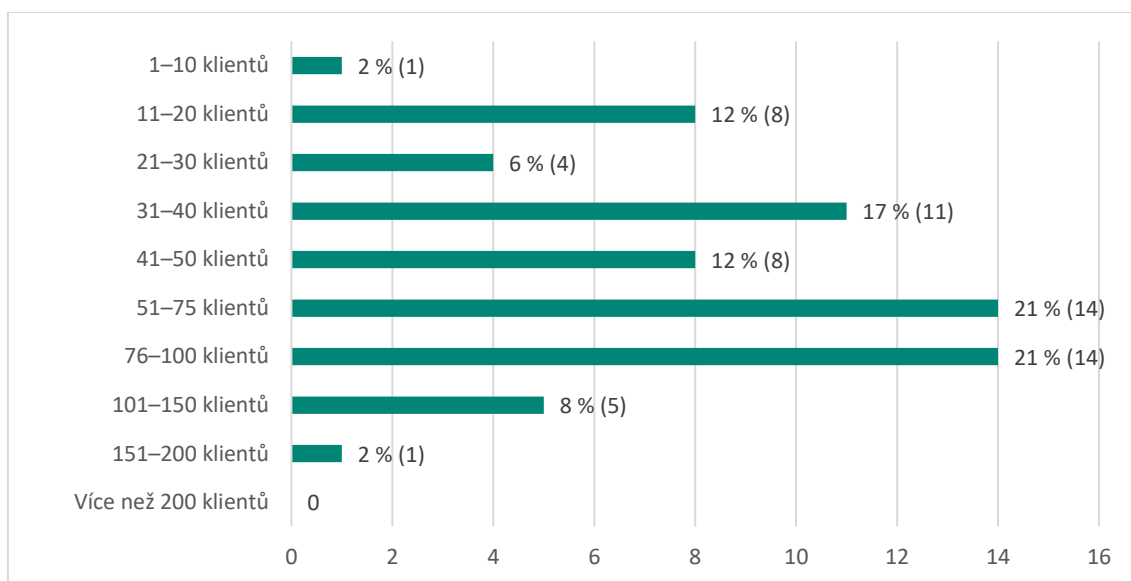


V případech, kdy domovy uvádějí, že jsou všichni klienti registrováni pouze u jednoho poskytovatele, jsme sledovali, o jak velká zařízení se jedná. Nejčastěji mají klienti pouze jednoho poskytovatele ve středně velkých zařízeních s 51 až 75 klienty (21 %) a ve velkých zařízeních se 76 až 100 klienty (21 %). Celkový podíl velkých domovů s více než 76 klienty tvoří téměř třetinu (31 %) z celkového počtu.

173 Otázkou poskytování zubní péče lidem s mentálním postižením a poruchami autistického spektra se zabývala v roce 2018 tehdejší veřejná ochránkyně práv Mgr. Anna Šabatová, Ph.D., ve stejnojmenném výzkumu. Více informací viz Poskytování zubní péče lidem s mentálním postižením a poruchami autistického spektra: výzkum veřejné ochránkyně práv. Veřejný ochránce práv – ombudsman [online]. Brno: Veřejný ochránce práv, 2019 [cit. 2020-06-18]. Dostupné z: https://ochrance.cz/fileadmin/user_upload/ESO/51-2017-DIS-JV_vyzkum.pdf.

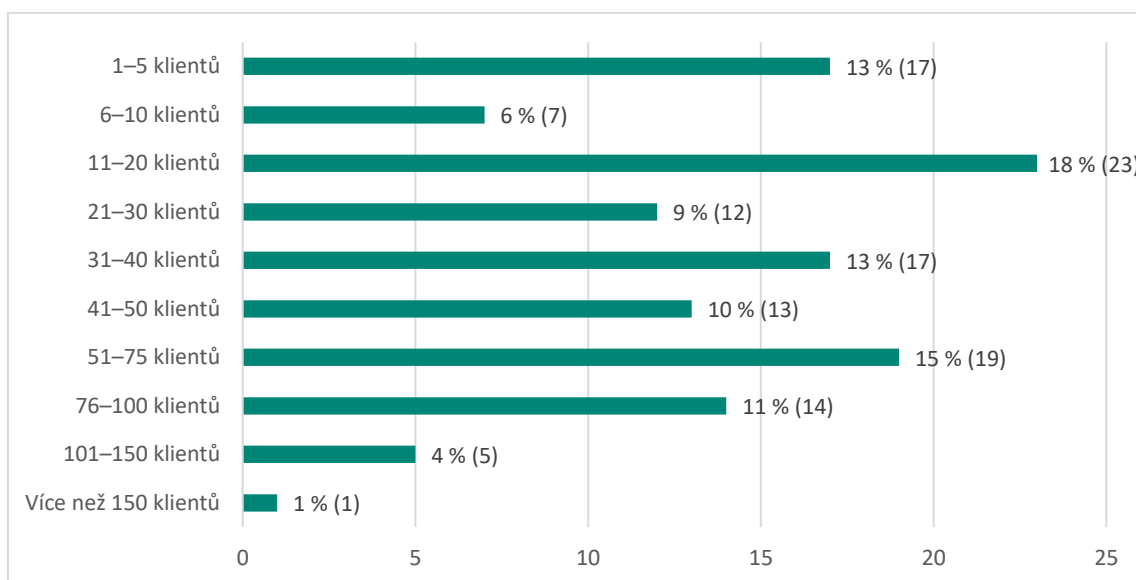


Graf 50 Domovy s jedním registrujícím poskytovatelem v oboru zubní lékařství dle kapacity domova (N=66)



Pouze ve 13 % domovů připadá na jednoho poskytovatele méně než 5 klientů (šest z těchto domovů má méně než deset klientů). Situaci, kdy na jednoho lékaře připadá více než 50 klientů, uvedlo 39 domovů (30 %), nejvyšší počet představuje 167 klientů připadajících na jednoho poskytovatele.

Graf 51 Přepočet klientů na jednoho poskytovatele v oboru zubní lékařství (N=128)



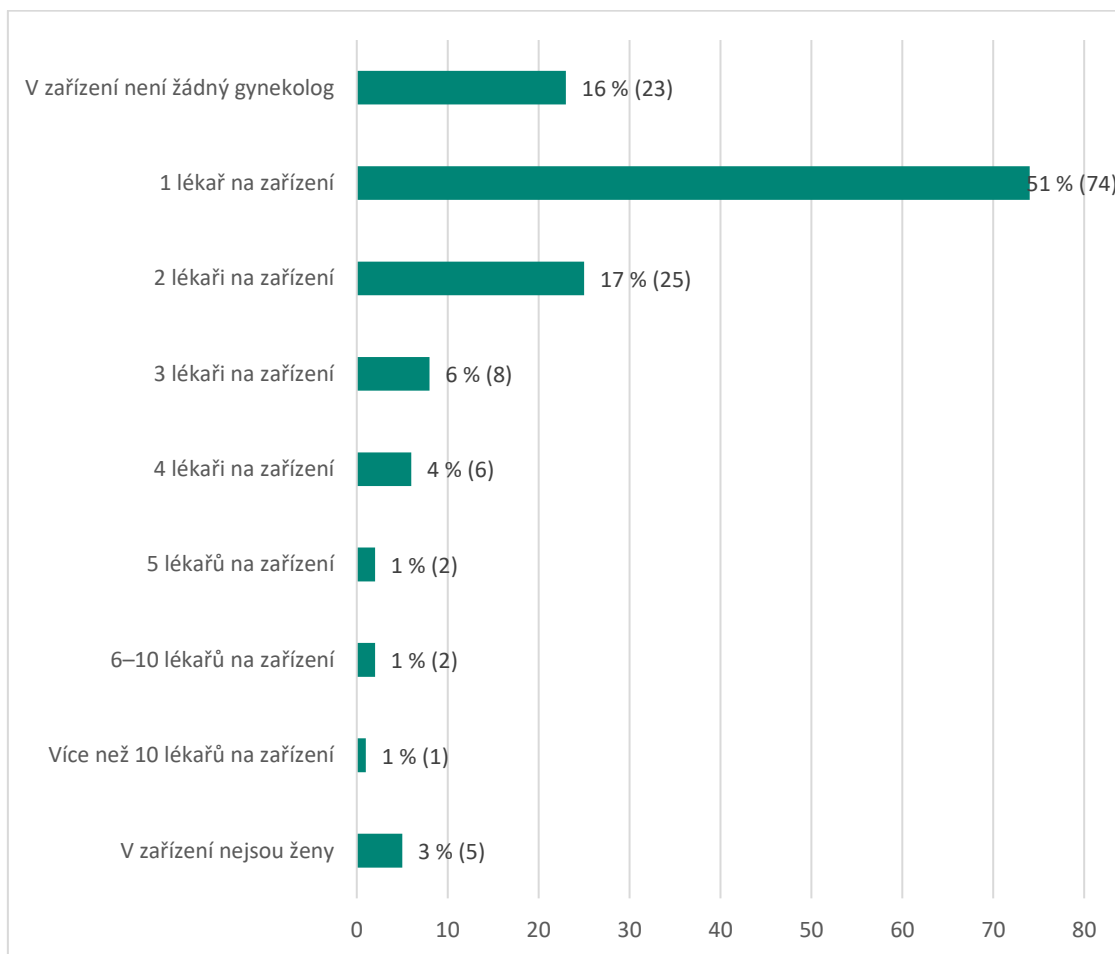
5.5.4 Gynekologie

Protože naprostá většina domovů (97 %) má mezi klienty zastoupeny ženy, zajímal nás také počet registrujících poskytovatelů v oboru gynekologie. **Ve více než polovině domovů (51 %) byly klientky registrovány pouze u jednoho poskytovatele.** Přibližně v šestině (17 %) domovů byly klientky registrovány u dvou poskytovatelů. Vyšší četnost registrujících



poskytovatelů v domovech byla v řádu jednotek. **V celkem 23 domovech (16 %) nejsou klientky registrovány u žádného poskytovatele v oboru gynekologie.** Stejně jako u poskytovatelů v oboru zubní lékařství se částečně jedná o ty domovy, které výše v Grafu 31 uvedly, že se jim nedaří sehnat příslušného poskytovatele. Jeden domov, rovněž jako v případě zubního lékařství, uvedl, že v reakci na nedostupnost péče řeší až akutní případy na pohotovosti.

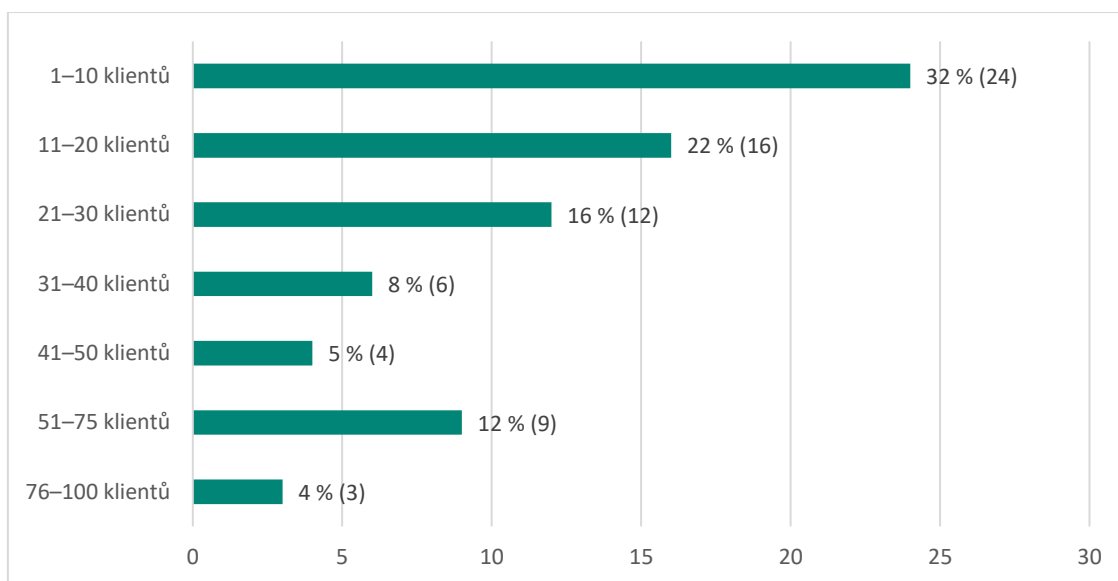
Graf 52 Počet poskytovatelů v oboru gynekologie registrujících klientky v domovech (N=146)



V případech, kdy domovy uvádějí, že jsou všechny klientky registrovány pouze u jednoho poskytovatele, jsme sledovali, o jak velká zařízení se jedná. Nejčastěji mají klientky pouze jednoho poskytovatele v domovech s kapacitou do 10 klientek (32 %), jedná se přibližně o třetinu těchto domovů. Jednoho gynekologa mají ale také klientky třech domovů (4 %) s více než 75 klientkami.

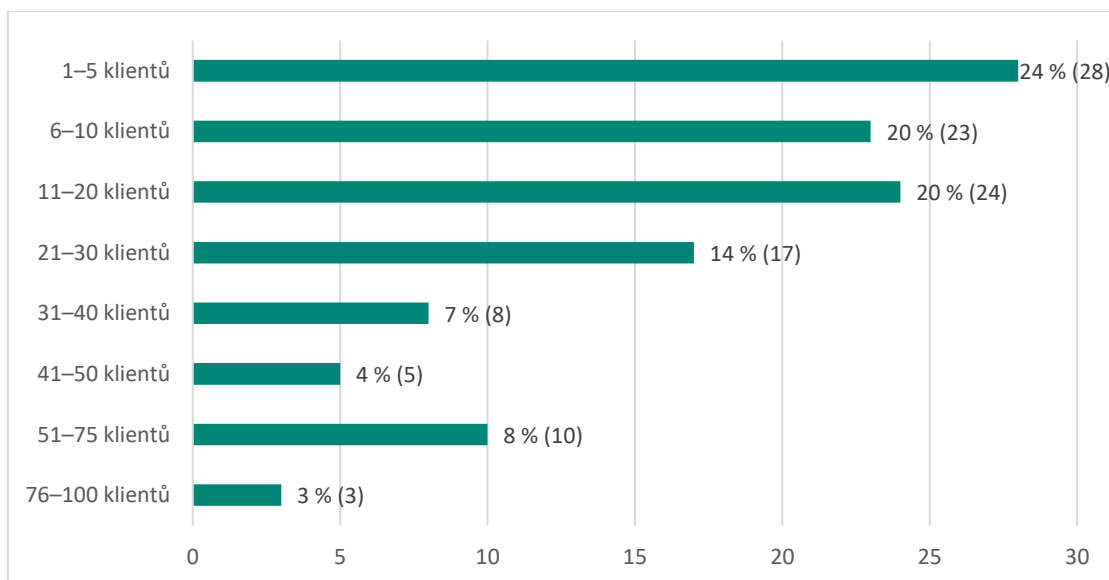


Graf 53 Domovy postižením s jedním registrujícím poskytovatelem v oboru gynekologie dle kapacity domova (N=74)



Registrující poskytovatelé v oboru gynekologie v domovech měli nejčastěji (24 %) 1 až 5 klientek v přepočtu na jednoho poskytovatele, méně často 5 až 6 klientek a 11 až 20 klientek na jednoho poskytovatele. V obou kategoriích se jedná o pětinu případů (20 %). Více než 20 klientek na jednoho poskytovatele připadalo téměř ve třetině všech domovů (36 %).

Graf 54 Přepočet klientek na jednoho poskytovatele (N=118)





5.6 Výběr zdravotní pojišťovny

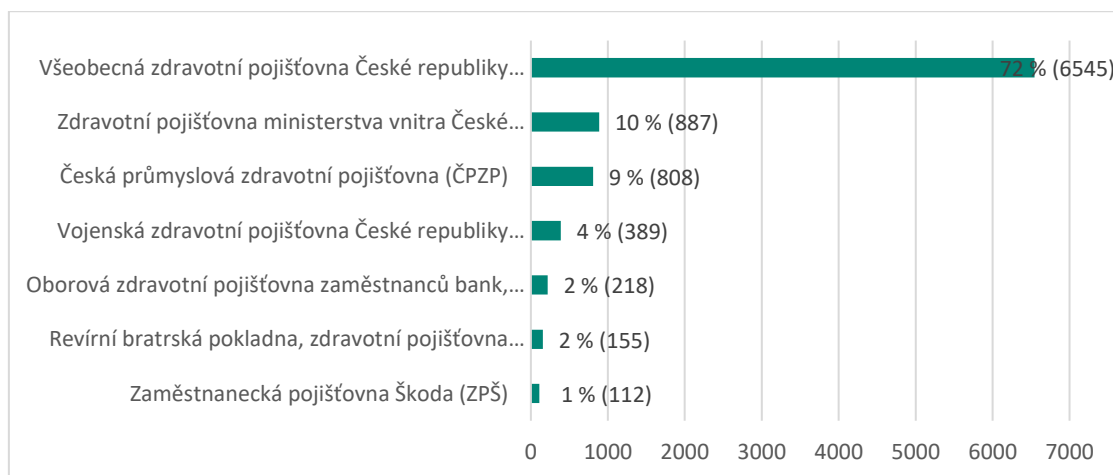
Mezi základní práva pojištěnce patří právo na výběr zdravotní pojišťovny.¹⁷⁴ Zdravotní pojišťovnu lze změnit jednou za 12 měsíců, a to vždy jen k 1. dni kalendářního pololetí.¹⁷⁵ Rozhodnutí změnit pojišťovnu může v praxi ovlivňovat celá řada faktorů, a to od požadavků na síť smluvních poskytovatelů zdravotních služeb přes nabídku preventivních programů a příspěvků z fondů prevence po způsob komunikace s klienty, rozvinutost informačních portálů a ideálně kvalitu hospodaření pojišťovny atd.

Pojištěnec by měl být registrován u takové pojišťovny, jejíž nabídka nejlépe odpovídá jeho potřebám. Za tím účelem by mu měl domov spolu s případným opatrovníkem poskytnout potřebnou podporu.

V současnosti provádí v ČR veřejné zdravotní pojištění sedm zdravotních pojišťoven. Ke dni 31. 12. 2019 byla podle Centrálního registru pojištěnců¹⁷⁶ u Všeobecné zdravotní pojišťovny ČR (VZP) registrována přibližně polovina všech pojištěnců (56 %) v České republice, více než desetina všech klientů (13 %) byla registrována u Zdravotní pojišťovny ministerstva vnitra České republiky (ZP MV ČR) a (12 %) u České průmyslové zdravotní pojišťovny (ČPZP). Ostatní pojišťovny mají zastoupení mezi pojištěnci pouze v jednotkách procent. Podíl pojištěnců-klientů domovů u jednotlivých pojišťoven by měl odpovídat rozložení v populaci.

Z odpovědí domů vyplynulo, že téměř tři čtvrtiny (72 %) všech klientů domovů jsou registrovány u VZP. U ostatních pojišťoven jsou registrovány pouze jednotky procent klientů z celkového počtu, z toho nejvíce u ZP MV ČR (10 %) a ČPZP (9 %). Údaje tak nekorespondují s podílem všech pojištěnců v ČR u jednotlivých pojišťoven, VZP je na úkor ostatních pojišťoven zastoupena významně více než odpovídá jejímu zastoupení v populaci.

Graf 55 Podíl klientů v domovech dle registrace u zdravotních pojišťoven v roce 2018 (N=155)



Přibližně v desetině domovů (10 %; 15 ze 155) jsou všichni klienti registrováni pouze u jedné pojišťovny, přičemž ve 14 případech se jedná o VZP a v jednom případě o Zaměstnaneckou

174 Ustanovení § 11 odst. 1 písm. a) zákona o veřejném zdravotním pojištění.

175 Ustanovení § 11a odst. 1 zákona o veřejném zdravotním pojištění.

176 Na základě § 27 odst. 1 zákona o pojistném na veřejné zdravotní pojištění, vede a spravuje Centrální registr pojištěnců, jako registr všech pojištěnců, Všeobecná zdravotní pojišťovna ČR.



pojišťovnu Škoda. Téměř ve čtvrtině všech domovů (24 %; 38 ze 155) je 90 až 99 % klientů registrováno rovněž u jedné pojišťovny, z toho se jedná v 36 případech o VZP. **Celkem v 50 domovech, tedy v bezmála třetině všech domovů (32 %), tak jednoznačně převládá registrace u VZP. To vzbuzuje pochybnost, zda tyto domovy poskytují klientům dostatečně individualizovanou podporu při uplatňování jejich práv.**

5.7 Čerpání příspěvků z fondů prevence zdravotních pojišťoven

Zdravotní pojišťovny mohou zřizovat tzv. fondy prevence¹⁷⁷ a poskytovat z nich svým pojištěncům plnění nad rámec veřejného zdravotního pojištění za podmínek, které samy stanoví. Z fondů prevence mohou hradit zdravotní služby nad rámec hrazených služeb, preventivní zdravotnické programy, rehabilitačně rekondiční aktivity, projekty podporující zvýšení kvality zdravotní péče nebo zdravý způsob života a zdraví pojištěnců. Nejčastěji pojišťovny propírají očkování, výživové doplňky, případně pohybové či wellness aktivity (například masáže). Domovy by měly klienty (ve spolupráci s opatrovníkem, pokud ho mají) podpořit k čerpání takových příspěvků, které vyhovují jejich individuálním potřebám a podpoří jejich zdraví.

V 2018 roce poskytovalo příspěvky z fondů prevence všech sedm zdravotních pojišťoven, přičemž podle veřejně dostupných informací¹⁷⁸ je čerpalo jen 10 % klientů VZP, v případě ostatních pojišťoven vyšší podíl klientů, ale méně než polovina.

Domovů jsme se ptali, zda jejich klienti čerpali v roce 2018 příspěvky z fondu prevence a na co je využili. **Čerpání příspěvků klienty nám potvrdila pouze přibližně třetina domovů (35 %), naopak téměř dvě třetiny (61 %) domovů uvedly, že žádný z klientů příspěvek z fondu prevence nečerpal. Pět domovů (4 %) tuto skutečnost nezjišťuje.**

Toto je záležitost opatrovníka, personál nemá přístup k bonusovým údajům dané pojišťovny – jde o osobní a kódy hlídanou záležitost.

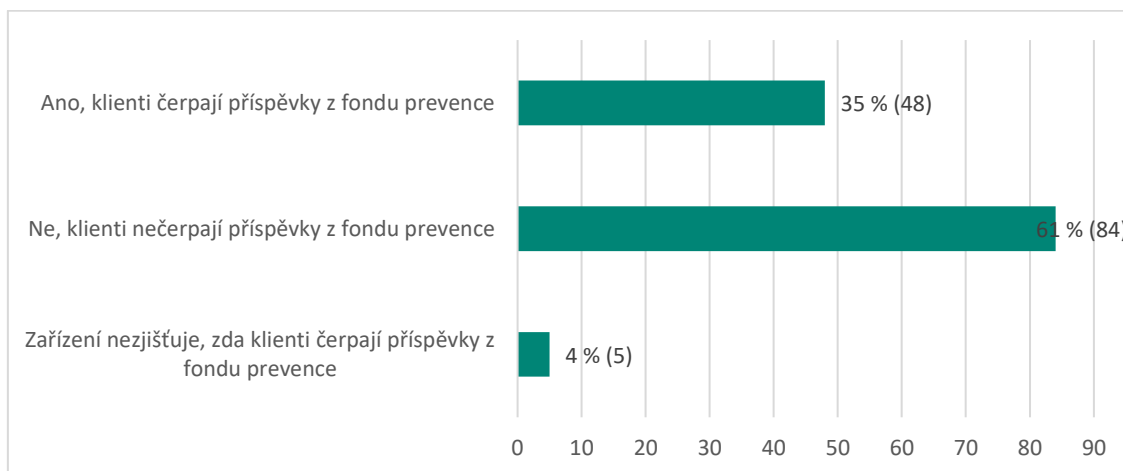
Středočeský kraj, 151a ž 200 klientů

177 Na základě § 7 odst. 2 zákona o Všeobecné zdravotní pojišťovně ČR a § 16 odst. 4 zákona o resortních, oborových, podnikových a dalších zdravotních pojišťovnách.

178 Všeobecná zdravotní pojišťovna: Příspěvky na prevenci čerpá asi jen desetina pojištěnců. [online]. Praha, 2019 [cit. 2020-04-19]. Dostupné z: <https://zdravi.euro.cz/vzp-prispevky-na-prevenci-cerpa-jen-asi-desetina-pojistencu/>.



Graf 56 Čerpání příspěvků z fondu prevence zdravotní pojišťovny v roce 2018 (N=137)

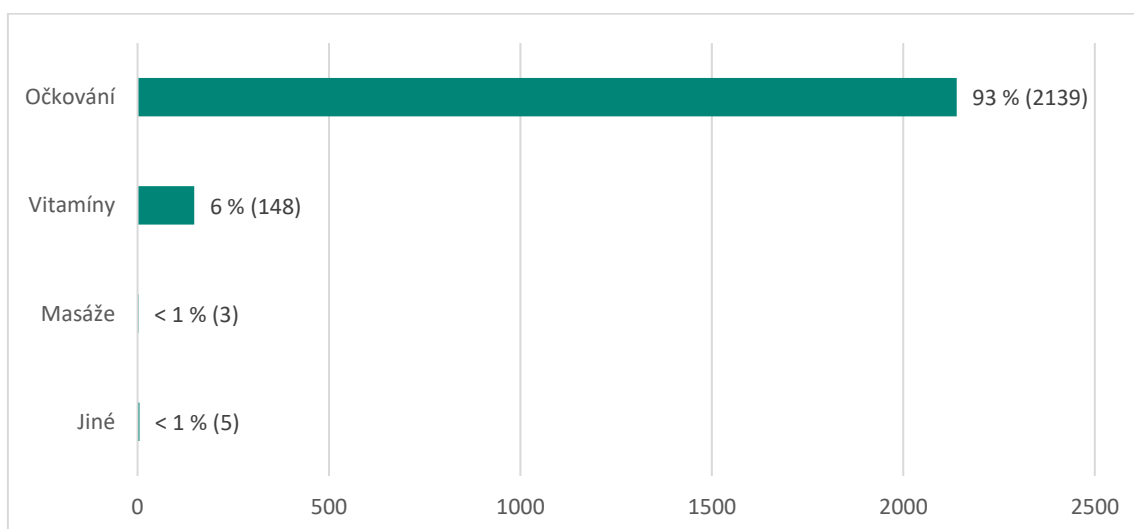


Nejvíce klientů (93 %) čerpalo příspěvek z fondu prevence na **očkování**. Jednalo se celkem o 2139 klientů z 57 domovů, přičemž téměř v polovině z nich (47 %; 27 z 57) využilo příspěvky na očkování více než 90 % všech klientů. V pěti případech se jednalo o velkokapacitní domovy.

Významně méně klientů (148 ze 4 domovů tj. 6 %), čerpalo příspěvky na **vitamíny**. V případě jednoho z těchto domovů takto čerpalo příspěvky 122 klientů. Nejméně byly využívány příspěvky na **masáže**, a to pouze třemi klienty v jednom domově (<1 %). Jinou možnost než výše uvedené uvedly pouze dva domovy (<1 %). U prvního z nich se jednalo o příspěvky na cvičení pro dva klienty (tentýž domov, kde klienti využívají příspěvku na masáže), u druhého o tři klienty bez bližší specifikace, na co příspěvek využili.

Domovy ve svých odpovědích nezmínily čerpání příspěvků na dentální hygienu, rovnátka, využití slev na kompenzační pomůcky, plavání, prevenci nádorových onemocnění či osteoporózy, v případě dětí pak příspěvky na ozdravné pobyty.

Graf 57 Účel čerpání příspěvků z fondu prevence zdravotní pojišťovny v roce 2018 (N=137)





V dané otázce tedy **existuje prostor pro zlepšení**. I v těch domovech, které klienty podporují v čerpání příspěvků z fondů prevence zdravotních pojišťoven, jsou totiž příspěvky využívány takřka výlučně na očkování. To opět vzbuzuje **pochybnosti o míře individualizace poskytované podpory**.

6. Další zjištění

Na závěr měli respondenti možnost uvést případné připomínky či komentáře, a to jak k výzkumnému tématu, tak obecně k problematice poskytování sociální služby domov pro osoby se zdravotním postižením. Této možnosti využilo pouze 21 domovů (13 %), přičemž většina z nich reagovala na konkrétní body v dotazníku (zařazeno do příslušných kapitol).

Za největší problémy, se kterými se potýkají, respondenti označili dostupnost zdravotní péče (poskytovatelů z oborů dětský psychiatr, pediatr, geriatr, zubní lékař, fyzioterapeut), spolupráci se zdravotnickými zařízeními, případně nedostatek personálu v zařízeních pro úkony spojené se zdravím klientů.

V oblasti zajištění zdravotní péče je největším problémem zajištění zubaře. Odmítají pacienti s mentálním postižením nebo kombinovaným.¹⁷⁹

Moravskoslezský kraj, 21 až 30 klientů

[...] klienti s mentálním postižením se dostali do seniorského věku a začínají se kombinovat zdravotní problémy seniorů a osob s mentálním postižením a vše řeší jen psychiatr, ale bylo by dobré, aby se tímto problémem začal zabývat i geriatr [...]

Středočeský kraj, 41 až 50 klientů

Je velice náročné získat do pracovního úvazku fyzioterapeuta, a to i přes skutečnost, že naší cílovou skupinou jsou děti, u kterých je potřeba pracovat odborně se jejich spasticitou a pohybovým aparátem.

Ústecký kraj, 41 až 50 klientů

Středisko nemá zdravotní sestru, zajišťování lékařské péče (doprovod k lékaři, komunikace s lékaři, zajišťování léků) provádí pracovník v sociálních službách. Zdravotní sestra na středisku je jenom na DPP a její náplní je pouze chystání léků, aplikace injekcí a odběry biologického materiálu. Z důvodu zhoršování se zdravotního stavu uživatelů, vnímáme potřebu mít zdravotní sestru aspoň na 0,5 úvazku. Je nutná mezirezortní spolupráce s MPSV a MZ.

Moravskoslezský kraj, 11 až 20 klientů

179 Na nedostatečnou dostupnost zubní lékařské péče pro osoby s mentálním postižením a poruchami autistického spektra upozornil výzkum veřejné ochránkyně práv v roce 2018. Poskytování zubní péče lidem s mentálním postižením a poruchami autistického spektra: výzkum veřejné ochránkyně práv. Veřejný ochránce práv – ombudsman [online]. Brno: Veřejný ochránce práv, 2019 [cit. 2020-06-18]. Dostupné z: https://ochrance.cz/fileadmin/user_upload/ESO/51-2017-DIS-JV_vyzkum.pdf.



Jeden domov pro velmi detailně popsal problémy týkající se dětských klientů v domovech pro osoby se zdravotním postižením, zejména okolnosti umístování dětí v procesu nařízení ústavní výchovy, vymezení cílové skupiny dle věku a administrativní komplikace spojené s dětskými klienty.

V posledních letech nás pravidelně kontaktují OSPOD z celé ČR s žádostmi o umístění dětí s mentálním či kombinovaným postižením. Tyto děti jsou často umístěny v zařízeních, která nejsou uzpůsobena požadavkům péče o děti s tímto typem postižení. Většinou se jedná o urgentní žádosti o umístění v procesu nařízení ústavní výchovy. Těmto požadavkům nejsme schopni vyhovět z kapacitních důvodů, stejně jako většina ostatních DOZP. Ideální stav není ani velmi široké vymezení věkové kategorie našich klientů (od 5 let až neomezeně) a nerovnoměrné rozložení jednotlivých věkových kategorií. [...] Poskytování sociálních služeb dětem přináší z pohledu poskytovatele řadu administrativních specifik a úskalí. V případě ústavní výchovy a stanovení úhrady dle zákona o sociálních službách řešení pohledávek, postavení klienta při dovršení 18 let – zdlouhavé, často několikaměsíční, řízení o omezení svéprávnosti a určení opatrovníka. Po řadu měsíců tak neexistuje oprávněná osoba, která by mohla aktivně jednat v zájmu klienta např. při vyřizování sociálních dávek, invalidního důchodu, při řešení vážnějších zdravotních otázek klienta apod. Neosvědčil se nám ani návrh na ustanovení opatrovníka dle § 58, občanského zákoníku. Zařízení tak přichází po řadu měsíců o úhradu za ubytování a stravu dospělého uživatele, která je mu stanovena a požadována ode dne přiznání a vyplacení ID.

Jihočeský kraj, 76 až 100 klientů

Velký domov pro osoby se zdravotním postižením v Pardubickém kraji zase poukazuje na problematiku pečujících, respektive nevyváženost příspěvku na péči pro pečující, kteří jsou nuceni kombinovat domácí péči se službami domova pro osoby se zdravotním postižením.

[...] Dále bychom chtěli upozornit na tvrdost zákona v oblasti vyplacení Příspěvku na péči. Pokud je klient v DOZP, automaticky má ve III. a IV. stupni nižší příspěvek na péči, než když je doma. Pokud ale neexistuje pro určité skupiny jiná forma podpory než právě pobyt v DOZP s tím, že rodič si své dítě nebo opatrovance bere pravidelně a často domů, nastává situace, kdy rodič pečuje doma třeba i více dní, než pečuje DOZP. V tu chvíli by bylo fajn, když by bylo bráno jako zvláštní zřetel – rodič se stará, jak to jen jde, je nucen využívat DOZP, jelikož jiná vhodná služba není k dispozici (např. mentální postižení v kombinaci s autismem a poruchami v chování). Nebylo by vhodné tuto tvrdost zákona odstranit a např. na základě potvrzení z DOZP přiznat statut pečující osoby a vyšší PnP?

Pardubický kraj, více než 200 klientů



Závěr

Výzkumu, jehož cílem bylo zmapovat život klientů v domovech pro osoby se zdravotním postižením v oblastech celkového nastavení služby, nastavení služby pro nezletilé klienty, zaměstnávání klientů a zajištění zdravotní péče, se zúčastnilo 156 domovů pro osoby se zdravotním postižením.

Co se týče celkového nastavení domovů, z výsledků výzkumného šetření vyplývá, že **většina domovů stále počtem klientů a uzpůsobením odpovídá spíše ústavnímu typu služby namísto její individualizace a deinstitucionalizace**. V domovech žije velké množství lidí s postižením pohromadě, přičemž téměř ve třetině domovů zúčastněných na výzkumu je více než 76 klientů.¹⁸⁰ Jen v malém množství domovů je služba poskytována způsobem přibližujícím se bydlení v běžném prostředí (v samostatných bytových jednotkách). Většina se konceptu běžné domácnosti ani neblíží, domovy často nejsou ani nijak rozděleny na menší organizační jednotky. Běžnou praxí jsou stále vícelůžkové pokoje (až sedmilůžkové). Stále také existují domovy, kde žijí pouze muži nebo pouze ženy. **Proces transformace pobytových služeb, jehož cílem je přechod od institucionální péče k péči poskytované v přirozeném prostředí, se tak podle zjištěných poznatků ve stávajícím nastavení domovů pro osoby se zdravotním postižením projevuje pouze minimálně, přičemž právo na nezávislý způsob života klientů není stále ve velké míře realizováno**. To potvrzuje také zjištění, že v domovech žijí lidé, kteří by za využití jiné podpory v běžném prostředí nemuseli pravděpodobně tuto službu využívat.

Ve čtyřiceti domovech zúčastněných na výzkumu žily také děti, celkem jich v době výzkumného šetření bylo v domovech 365. **Více než čtvrtina z nich žila ve velkých domovech (nad 76 klientů), v několika případech pak jedno či dvě děti žily mezi dospělými klienty**. Toto zjištění považuji za alarmující. Ve velkých domovech hrozí, že specifické potřeby dětí nebudou s ohledem na velký počet klientů a většinové potřeby dospělých naplněny. Při pobytu mezi dospělými klienty je navíc dítě izolováno od vrstevníků a jeho vývoj může být tímto ohrožen.

Z výzkumného šetření dále vyplývá, že se v **letech 2015–2019 navrátila z domova pro osoby se zdravotním postižením do rodiny pouze necelá pětina dětí a do náhradní rodinné péče směřovala jen šestina dětí**. Takto malá návratnost dětí z domovů pro osoby se zdravotním postižením může souviset s tím, že **jen velice málo domovů (11 %), ve kterých žijí děti, spolupracuje s orgány sociálně-právní ochrany dětí na možnosti odchodu dětí z domovů do rodinné péče**. OSPOD má přitom zákonnou povinnost sledovat, zda trvají důvody pro pobyt dítěte v ústavním zařízení, nebo povinnost ve vhodných případech dítěti zprostředkovat náhradní rodinnou výchovu. Naopak domovy mají zákonnou povinnost dětem pomáhat v uplatňování jejich práv, tedy i v právu na život v rodině. Z výsledků

¹⁸⁰ Do této kategorie patří také domovy zřizované Ministerstvem práce a sociálních věcí. To má být přitom nositelem tématu transformace a deinstitucionalizace, a je také kontaktní místem Úmluvy o právech osob se zdravotním postižením zajišťujícím její provádění (podle článku 33 odst. 1 Úmluvy mají státy povinnost vytvořit v rámci státní správy kontaktní místo pro záležitosti týkající se jejího provádění).



výzkumu pak také vyplývá, že děti neopouští domovy pro osoby se zdravotním postižením ani po nabytí zletlosti, naprostá většina z nich dále zůstává.

V oblasti zaměstnávání lidí s postižením žijících v domovech přinesl výzkum zjištění, že **míra zaměstnanosti klientů domovů v produktivním věku je výrazně nižší než v případě lidí s postižením, kteří žijí v domácnostech**, přičemž téměř polovina domovů nemá žádné klienty, kteří by byli zaměstnáni. Na hlavní pracovní poměr pracuje necelá polovina zaměstnaných klientů, převládají dohody konané mimo pracovní poměr (DPČ, DPP). Většina zaměstnaných klientů vykonává pouze pomocné práce s nízkou kvalifikací. Nejčastěji jsou zaměstnáni v oblasti úklidu, následují údržbové práce, pomocné práce v kuchyni a pomocné činnosti v prádelně. **Velmi vysoký je pak podíl klientů, které zaměstnává samotný domov, jedná se o celou polovinu zaměstnaných klientů.**

Co se týče zajišťování zdravotní péče, převážná většina domovů zaznamenala v této oblasti problémy. Z výsledku výzkumu vyplývá, že **domovy mají obtíže zajistit zdravotní péči zejména v oblastech zubního lékařství, psychiatrické péče, gynekologické péče a všeobecného praktického lékařství**. Téměř polovina domovů s dětskými klienty má potíže zajistit dostupnost dětské a dorostové psychiatrie. Je přitom poměrně časté, že **všichni klienti jsou registrováni pouze u jednoho poskytovatele v příslušných specializacích lékařské péče** (někteří klienti dokonce u žádného) a **jedné zdravotní pojišťovny** (v naprosté většině u Všeobecné zdravotní pojišťovny ČR). Nedostatečná dostupnost zdravotní péče a omezená volba poskytovatelů koliduje s právem na dosažení nejvyšší možné úrovně zdraví, tak jak je garantováno Úmluvou.

Omezenou realizaci práva na zdraví u lidí s postižením žijících v domovech dokládá také zjištění, že **oproti lidem žijícím v běžné komunitě čerpají klienti domovů výrazně méně příspěvky z fondu prevence nebo lázeňskou péči**. Ve dvou třetinách domovů dokonce nečerpal za poslední tři roky příspěvek z fondu prevence zdravotních pojišťoven žádný z klientů a téměř tři čtvrtiny klientů ve stejném období nečerpaly žádnou lázeňskou péči.



Použité zdroje informací

Aktualizace strategie politiky zaměstnanosti do roku 2020 v kontextu probíhajících změn na trhu práce [online]. Praha, Ministerstvo práce a sociálních věcí, 2017 [cit. 2020-06-04]. Dostupné z <https://www.mpsv.cz/web/cz/strategie-politiky-zamestnanosti-do-roku-2020>.

Deinstitucionalizace a plánování sociálních služeb v kraji. Příručka pro začlenění transformace [online]. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí, 2012 [cit. 2020-04-19]. Dostupné z: <http://www.trass.cz/wp-content/uploads/2016/02/DEI.pdf>.

Deinstitucionalizace sociálních služeb [online]. Praha: MPSV, 2013. [cit. 2020-04-06]. Dostupné z: [http://www.trass.cz/archive_2015/files/5-dok-dopor-postupy\(8\)_ManualTransformaceTisk-Text.pdf](http://www.trass.cz/archive_2015/files/5-dok-dopor-postupy(8)_ManualTransformaceTisk-Text.pdf).

Děti v ústavech pro osoby se zdravotním postižením. Výzkumná zpráva. [online]. Praha: Lumos, 2018. Dostupné z: https://lumos.contentfiles.net/media/assets/file/DOZP_vyzkumna_zprava_lumos.pdf.

Doporučený postup Ministerstva práce a sociálních věcí č. 2/2016. Materiálně-technický standard pro služby sociální péče poskytované pobytovou formou [online]. Praha, MPSV. 2018. Dostupné z: https://www.mpsv.cz/documents/20142/225517/Doporuceny_postup_Materialne_tech_nicky_standard.pdf/cefaea04-4b3d-ed52-e383-4ebbd7609f96.

Dostupnost sociálních služeb pro děti s postižením a jejich rodiny: Výzkum veřejného ochránce práv 2020 [online]. Brno: Kancelář veřejného ochránce práv, 2020 [cit. 16. 4. 2020]. Dostupné z: https://www.ochrance.cz/fileadmin/user_upload/CRPD/Vyzkumy/11-2019_Vyzkum_soc-sluzby-pro-deti-s-postizenim.pdf.

GALVAS, M. a kol. Pracovní právo. 1. vyd. Brno, Masarykova univerzita 2012. ISBN 978-80-210-5852-1.

GRUNEWALD, K. Zavřete ústavy pro mentálně postižené. 2003. In: Kvalita v praxi [online]. [cit. 2012-03-30]. Dostupné z: <http://www.kvalitavpraxi.cz/res/data/001/000182.pdf> In: ŠESTÁKOVÁ, I., FRANCOVÁ, N., PROCHÁZKOVÁ J. a SOBEK, J. Bydlení (nejen) pro lidi se zdravotním postižením [online]. Praha: MPSV ČR, 2012 [cit. 2020-06-17]. ISBN 978-80-7421-042-6. Dostupné z: http://www.trass.cz/archive_2015/files/Architektura_manual_all_30_FINAL4.pdf.

JOHNOVÁ, M. Sociální služby poskytované v ústavních zařízeních Zpráva modulu 2 česko-britského projektu na podporu MPSV při reformě sociálních služeb [online]. Praha, 2003. [cit. 2020-04-17]. Dostupné z: <https://www.kvalitavpraxi.cz/res/archive/000117.pdf?seek=1186569359>.

Kojenecké ústavy na počátku roku 2019 [online]. Praha: Lumos, 2019. [cit. 2020-04-16]. Dostupné z: https://lumos.contentfiles.net/media/assets/file/Lumos_kojenecke_ustavy_2_019.pdf.



Koncepce podpory transformace pobytových sociálních služeb v jiné typy sociálních služeb, poskytovaných v přirozené komunitě uživatele a podporující sociální začlenění uživatele do společnosti [online]. Praha MPSV, 2007. [cit. 2020-04-06]. Dostupné z: https://www.mpsv.cz/documents/20142/225517/Koncepce_podpory.pdf/9849e5e3-206b-393e-00af-a8e210ee1c47.

KOŘÍNKOVÁ, D. a STRNAD, J. Analýza ústavní a ochranné výchovy vykonávané v pobytových sociálních službách z hlediska transformace sociálních služeb [online]. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí, 2013 [cit. 2020-06-25].

Manuál transformace ústavů [online]. Praha: MPSV, 2013 [cit. 2020-04-19]. ISBN 978-80-7421-057-0. Dostupné z: [http://www.trass.cz/archive_2015/files/5-dok-dopor-postupy\(8\) ManualTransformaceTisk-Text.pdf](http://www.trass.cz/archive_2015/files/5-dok-dopor-postupy(8) ManualTransformaceTisk-Text.pdf).

MULHEIR, G. a BROWNE, K. Deinstitutionalizace a transformace služeb pro děti: Manuál pro dobrou praxi [online]. University of Birmingham, přeloženo Praha: MPSV, Národním centrem podpory transformace sociálních služeb, 2007 [cit. 2020-06-22]. Dostupné z: <http://www.trass.cz/wp-content/uploads/2016/02/DeinstitutionalizaceaTransformaceSluzebProDeti-ManualProDobrouPraxi.pdf>.

Národní portál psychiatrické péče. Ambulantní psychiatrická péče [online]. Praha: ÚZIS ČR, 2020 [cit. 2020-06-18]. Dostupné z: <https://psychiatrie.uzis.cz/cs/psychiatrie-v-datech/psychiatricka-pece-v-cr/ambulantni-psychiatricka-pece/>.

Národní strategie rozvoje sociálních služeb na období 2016–2025 [online]. Praha: MPSV, 2016 [cit. 2020-04-17]. Dostupné z: https://www.dataplan.info/img_upload/7bdb1584e3b8a53d337518d988763f8d/nsrss.pdf.

PICHRT, J. a kol. Zákoník práce. Zákon o kolektivním vyjednávání. Praktický komentář. 1. vyd. Praha: Wolters Kluwer. 2017. ISBN 978-80-7552-609-0.

Poskytování zubní péče lidem s mentálním postižením a poruchami autistického spektra: výzkum veřejné ochránkyně práv. Veřejný ochránce práv – ombudsman [online]. Brno: Veřejný ochránce práv, 2019 [cit. 2020-06-18]. Dostupné z: https://ochrance.cz/fileadmin/user_upload/ESO/51-2017-DIS-JV_vyzkum.pdf

Potřeby dětí se zdravotním postižením: Výstup pracovní skupiny dětí na cestě z ústavů. [online]. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí, 2012 [cit. 2020-06-05]. Dostupné z: <https://www.trass.cz/index.php/dokumenty/deti-v-ustavech>.

Příjmy a životní podmínky domácností: Domácnosti podle členů a krajů v roce 2019 [online]. Praha: Český statistický úřad, 2019 [cit. 2020-06-18]. Dostupné z: <https://www.czso.cz/csu/xt/prijmy-a-zivotni-podminky-domacnosti-2019>.

Registr poskytovatelů sociálních služeb [online]. Praha, MPSV, 2020 [cit. 2020-04-02]. Dostupné z: <http://iregistr.mpsv.cz/>.

ROGALEWICZOVÁ, R., CILEČKOVÁ, K., KAPITÁN, Z., DOLEŽAL, M. a kol. Zákon o sociálně-právní ochraně dětí. Komentář. 1. vydání. Praha: C. H. Beck, 2018, 782 s. ISBN 978-80-7400-713-2.



Rozsudek Nejvyššího soudu ze dne 22. 5. 2013, sp. zn. 30 Cdo 1376/2012, uveřejněný pod číslem 82/2013 Sbírky soudních rozhodnutí a stanovisek, část občanskoprávní a obchodní [online]. Brno, Nejvyšší soud [cit. 2020-06-18]. Dostupné z: http://www.nsoud.cz/Judikatura/judikatura_ns.nsf/WebSearch/36F42A5C20901637C1257BA4004A7B8B?openDocument&Highlight=0,

Rozsudek Soudního dvora Evropské unie ze dne 11. dubna 2013, HK Danmark, C-335/11 a C-337/11, EU:C:2013:222, bod 54.

Rozsudek Soudního dvora Evropské unie ze dne 4. července 2013, Komise v. Itálie, C-312/11, nezveřejněný, EU:C:2013:446, bod 59.

Statistická ročenka z oblasti práce a sociálních věcí [online]. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí, 2020 [cit. 2020-05-6]. Dostupné z: <https://www.mpsv.cz/statisticka-rocenka-z-oblasti-prace-a-socialnich-veci>.

Strategie politiky zaměstnanosti do roku 2020, schválena usnesením vlády č. 835 dne 15. 10. 2014 [online] Praha, Ministerstvo práce a sociálních věcí, 2014 [cit. 2020-06-04] str. 15–17, Dostupné z: <https://www.mpsv.cz/web/cz/strategie-politiky-zamestnanosti-do-roku-2020>.

„Systém péče o ohrožené děti je stále o institucích, nikoli o rodině“ [online]. Brno, Veřejných ochránce práv [cit. 2020-06-04]. Dostupná z: <https://www.ochrance.cz/aktualne/tiskove-zpravy-2013/system-pece-o-ohrozene-deti-je-stale-o-institucich-nikoli-o-rodine/>.

ŠESTÁKOVÁ, I., FRANCOVÁ, N., PROCHÁZKOVÁ, J. a SOBEK, J. Bydlení (nejen) pro lidi se zdravotním postižením [online]. Praha: MPSV, 2012 [cit. 2020-06-17]. ISBN 978-80-7421-042-6. Dostupné z: http://www.trass.cz/archive_2015/files/Architektura_manual_all_30_FINAL4.pdf.

ŠÍDLO, L., NOVÁK, M., ŠTYCH, P. a BURCIN, B. Hodnocení dostupnosti primární zdravotní péče v Česku. Dostupnost ambulantní gynekologie. Praha: Nakladatelství P3K, 2017. ISBN 978-80-87343-83-8.

Transformace sociální péče o děti s nařízenou ústavní výchovou: Dobrá praxe v pobytových sociálních službách [online]. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí, 2013 [cit. 2020-06-22]. Dostupné z: <http://www.trass.cz/wp-content/uploads/2016/02/manual.pdf>.

Usnesení Nejvyššího soudu ze dne 30. 8. 2006, sp. zn. 30 Cdo 2873/2005[online]. Brno, Nejvyšší soud [cit. 2020-06-18]. Dostupné z: http://www.nsoud.cz/Judikatura/judikatura_ns.nsf/WebSearch/B69B58F6DAF1A525C1257A4E0064F3F8?openDocument&Highlight=0,

Ústav zdravotních informací a statistiky ČR. Lázeňská péče 2018 [online]. Praha: ÚZIS ČR, 2019 [cit. 2020-06-18]. Dostupné z: <https://www.uzis.cz/res/f/008267/lazne2018.pdf>.

Výběrové šetření osob se zdravotním postižením v roce 2018 [online]. Zdravotnictví, pracovní neschopnost. Praha: Český statistický úřad, 2019 [cit. 2020-06-22]. Dostupné z <https://www.czso.cz/csu/czso/vyberove-setreni-osob-se-zdravotnim-postizenim-2018>.

Výběrové šetření: Osoby se zdravotním postižením 2019 [online]. Praha: Český statistický úřad, 2019 [cit. 2020-04-19]. s. 14. Dostupné



z: <https://www.czso.cz/documents/10180/90600407/26000619.pdf/b1d5a2b3-a309-4412-a962-03d847d3d1a0?version=1.5>.

Výbor OSN pro práva osob se zdravotním postižením. Obecný komentář č. 5 o nezávislém způsobu života a být součástí komunity [online]. New York: United Nations, 2017 [cit. 2020-06-05]. CRPD/C/GC/5. Dostupné

z: <https://www.ohchr.org/en/hrbodies/crpd/pages/gc.aspx>.

Výbor OSN pro práva dítěte. Obecný komentář č. 9 (2006) Práva dětí se zdravotním postižením [online]. Ženeva: United Nations, 27. února 2007 [cit. 6. 5. 2020]. CRC/C/GC/9. dostupné z: <https://undocs.org/CRC/C/GC/9>.

Všeobecná zdravotní pojišťovna: Příspěvky na prevenci čerpá asi jen desetina pojištěnců. [online]. Praha, 2019 [cit. 2020-04-19]. Dostupné z: <https://zdravi.euro.cz/vzp-prispevky-na-prevenci-cerpa-jen-asi-desetina-pojistencu/>.

World Report on Disability [online]. Geneva, Switzerland: World Health organisation, 2011 [cit. 2020-04-19]. ISBN 978 92 4 068521 5. Dostupné z: https://www.who.int/disabilities/world_report/2011/report.pdf.

Zpráva z návštěv zařízení pro děti vyžadující okamžitou pomoc. [online]. Brno: Veřejný ochránce práv, 2019 [cit. 2020-04-16]. ISBN 978-80-7631-006-3. Dostupné z: https://www.ochrance.cz/fileadmin/user_upload/ochrana_osob/ZARIZENI/Ustavni_vychova/2019_0110_Zprava_DET_zarizeni_pro_deti_A4_CS_04_web.pdf.

Zpráva z návštěv domovů pro osoby se zdravotním postižením 2020 [online]. Brno, Veřejný ochránce práv, 2020 [cit. 2020-04-02]. Dostupné z: https://ochrance.cz/fileadmin/user_upload/ESO/11-2017-NZ-OV_souhrna_zprava_DOZP.pdf.



Příloha 1: Znění dotazníku

Aspekty života klientů a klientek v domovech pro osoby se zdravotním postižením

Dotazník pro domovy pro osoby se zdravotním postižením

Dobrý den,

předkládaný dotazník je zaměřen na některé aspekty života klientů žijících v domovech pro osoby se zdravotním postižením (statistické údaje, zaměstnávání či zajištění zdravotní péče klientů). V těchto oblastech chceme zmapovat současnou podobu poskytování tohoto typu sociální služby na území České republiky. Na základě získaných informací následně chceme vyhodnotit, s jakými problémy se musí poskytovatelé v daných oblastech potýkat a jaké je možné učinit změny směrem k jejich odstranění a ke zlepšení stávajících podmínek života klientů.

Děkujeme za spolupráci.

STATISTICKÉ ÚDAJE

- (1) Jaká je celková kapacita sociální služby?

Uvedte prosím číslovkou, např. 27.

- (2) Jaké je aktuálně zastoupení klientů v sociální službě dle pohlaví?

Počet klientů v jednotlivých kategoriích uveďte prosím číslovkou, např. 9.

Pohlaví	Počet klientů
Muži	
Ženy	

- (3) Jaké je v současnosti zastoupení klientů v sociální službě dle typu postižení?

Pokud je u klienta kombinace dvou a více stejně závažných postižení, zařadte jej prosím do kategorie lidé s kombinovaným postižením. Pokud jeden druh postižení převažuje a u klienta se vyskytuje i další, ne tolik závažné postižení, zařadte prosím klienta do kategorie s převažujícím postižením.

Počet klientů v jednotlivých kategoriích uveďte prosím číslovkou, např. 13.

Typ postižení	Počet klientů
Lidé se sluchovým postižením	
Lidé se zrakovým postižením	
Lidé s mentálním postižením	
Lidé s tělesným postižením	
Lidé s kombinovaným postižením	

- (4) Jaké je aktuálně zastoupení klientů v sociální službě dle věku?

Počet klientů v jednotlivých kategoriích uveďte prosím číslovkou, např. 11.

Věk	Počet klientů
0-2 roky	
3-5 let	
6-14 let	
15-17 let	
18-25 let	
26-65 let	
Více než 65 let	

- (5) Jaké je v současnosti zastoupení klientů v sociální službě dle stupně příspěvku na péči?

Počet klientů v jednotlivých kategoriích uveďte prosím číslovkou, např. 14.

Stupeň příspěvku na péči	Počet klientů
I. stupeň: lehká závislost	
II. stupeň: středně těžká závislost	
III. stupeň: těžká závislost	
IV. stupeň: úplná závislost	



(6) Jak je zařízení organizačně členěno?

Můžete označit více možností.

- A. Děleno na oddělení
- B. Děleno na domácnosti
- C. Děleno na samostatné bytové jednotky
- D. Jinak: _____

(7) Jaký je aktuálně maximální počet klientů žijících na jedné organizační jednotce (např. na oddělení, na domácnosti, na samostatné bytové jednotce)?

Uvedte prosím číslovkou, např. 2.

(8) Jaký je v současnosti maximální počet lůžek na jednom pokoji?

- A. Jedno lůžko
- B. Dvě lůžka
- C. Tři lůžka
- D. Jiné: _____

DÍTĚ V ZAŘÍZENÍ

(9) Jsou v zařízení umístěny také děti do 18 let?

- A. Ano
- B. Ne

Na otázku č. 10 odpovídají pouze respondenti, kteří v otázce č. 9 uvedli, že v zařízení jsou zastoupeni klienti do 18 let. Ostatní pokračují otázkou č. 18.

(10) Kolik dětí dle uvedených kategorií dosaženého věku při příchodu do zařízení bylo přijato do zařízení za posledních pět let?

Počet dětí v jednotlivých kategoriích uveďte prosím číslovkou, např. 4. V případě opakovaného přijetí dítěte jej započtete pouze jedenkrát.

Dosažený věk v době příchodu do zařízení	Počet dětí
0-2 roky	
3-5 let	
6-10 let	
11-15 let	
16-18 let	



Na otázku č. 11 odpovídají pouze respondenti, kteří v otázce č. 9 uvedli, že v zařízení jsou zastoupeni klienti do 18 let. Ostatní pokračují otázkou č. 18.

(11) Kolik klientů za posledních pět let dosáhlo plnoletosti?

Uvedte prosím číslovkou, např. 20.

Na otázku č. 12 odpovídají pouze respondenti, kteří v otázce č. 9 uvedli, že v zařízení jsou zastoupeni klienti do 18 let. Ostatní pokračují otázkou č. 18.

(12) Kolik dětí za posledních pět let ukončilo pobyt v zařízení dle jednotlivých příčin odchodu?

Počet dětí v jednotlivých kategoriích uveďte prosím číslovkou, např. 1.

Důvody odchodu ze zařízení	Počet klientů
Umístění do náhradní rodinné péče	
Návrat do rodiny	
Přechod do jiného zařízení po nabytí zletilosti	
Přechod do jiného zařízení z jiného důvodu	
Úmrtí	
Jiné důvody: _____	

Na otázku č. 13 odpovídají pouze respondenti, kteří v otázce č. 9 uvedli, že v zařízení jsou zastoupeni klienti do 18 let. Ostatní pokračují otázkou č. 18.

(13) Kolik dětí s nařízenou ústavní výchovou je aktuálně umístěno v zařízení?

Uvedte prosím číslovkou, např. 10. Pokud nejsou v zařízení umístěny žádné takové děti, uveďte 0.

Na otázku č. 14 odpovídají pouze respondenti, kteří v otázce č. 9 uvedli, že v zařízení jsou zastoupeni klienti do 18 let. Ostatní pokračují otázkou č. 18.

(14) Ve kterých oblastech se aktuálně liší poskytování služby u dětí s uzavřenou smlouvou se zařízením a u dětí s nařízenou ústavní výchovou ve Vašem zařízení?

Můžete označit více možností.

- A. Dovolenky
- B. Kapesné
- C. Režim návštěv
- D. V žádné oblasti
- E. Aktuálně v zařízení nejsou umístěny děti s nařízenou ústavní výchovou
- F. Jiné: _____



Na otázku č. 15 odpovídají pouze respondenti, kteří v otázce č. 9 uvedli, že v zařízení jsou zastoupeni klienti do 18 let. Ostatní pokračují otázkou č. 18.

- (15) Kolik je v zařízení aktuálně dětí, jejichž oba rodiče byli zbaveni rodičovské odpovědnosti?

Uvedte prosím číslovkou, např. 8. Pokud nejsou v zařízení umístěny žádné takové děti, uveďte 0.

Na otázku č. 16 odpovídají pouze respondenti, kteří v otázce č. 9 uvedli, že v zařízení jsou zastoupeni klienti do 18 let. Ostatní pokračují otázkou č. 18.

- (16) V čem aktuálně spočívá spolupráce zařízení s orgány sociálně-právní ochrany dětí? Popište prosím formu a obsah spolupráce, četnost setkání atd.

Na otázku č. 17 odpovídají pouze respondenti, kteří v otázce č. 9 uvedli, že v zařízení jsou zastoupeni klienti do 18 let. Ostatní pokračují otázkou č. 18.

- (17) Jaký je počet dětských klientů za posledních pět let dle toho, kam směřovali bezprostředně při nabytí zletilosti?

Počet klientů v jednotlivých kategoriích uveďte prosím číslovkou, např. 20.

Důvody odchodu ze zařízení	Počet klientů
Přechod do jiného typu služby	
Návrat do rodiny	
Vlastní bydlení	
Zůstávají v zařízení	
Jiné důvody: _____	



ZAMĚSTNÁVÁNÍ

- (18) Jaký je aktuální počet klientů v hlavním pracovním poměru (HPP), počet klientů pracujících v režimu dohody o provedení práce (DPP) a počet klientů pracujících v režimu dohody o pracovní činnosti? Rozčleňte prosím počty dle toho, zda je u klientů zaměstnavatel totožný s poskytovatelem služby DOZP, nebo se jedná o externího zaměstnavatele.

Počet klientů v jednotlivých kategoriích uveďte prosím číslovkou, např. 15. Pokud nejsou v zařízení umístěni klienti, kteří odpovídají navoleným kategoriím, uveďte 0.

Typ pracovní smlouvy		Počet pracujících klientů	
		Zaměstnavatel totožný s poskytovatelem služby	Externí zaměstnavatel
Hlavní pracovní poměr (HPP)	Nižší než 0,5 úvazku		
	0,5 úvazku a vyšší		
Dohoda o provedení práce (DPP)			
Dohoda o pracovní činnosti (DPČ)			

- (19) Jaký je aktuální počet klientů, kteří dochází do zaměstnání, dle pracovních odvětví, v nichž pracují? Uveďte prosím součet klientů, u nichž je zaměstnavatel totožný s poskytovatelem služby DOZP i těch zaměstnaných u externího zaměstnavatele.

Počet klientů v jednotlivých kategoriích uveďte prosím číslovkou, např. 11. Pokud nejsou v zařízení umístěni klienti, kteří odpovídají navoleným kategoriím, uveďte 0.

Pracovní odvětví	Počet klientů
Úklidové práce	
Pomocné činnosti v prádelně	
Údržbové práce	
Pomocné práce v kuchyni	
Jiné: _____	



- (20) Jaký je aktuální počet klientů, kteří dochází do zaměstnání, dle režimu, v němž je jim vyplácena odměna za práci? Uveďte prosím součet klientů, u nichž je zaměstnavatel totožný s poskytovatelem služby DOZP i těch zaměstnaných u externího zaměstnavatele.

Počet klientů v jednotlivých kategoriích uveďte prosím číslovkou, např. 11. Pokud nejsou v zařízení umístěni klienti, kteří odpovídají navoleným kategoriím, uveďte 0.

Režim vyplácení odměny	Počet klientů
Odměna je vyplácena přímo klientům (klienti mohou bez dalšího sami užívat peníze)	
Odměna je vyplácena klientům na účty vedené zařízením	
Odměna je vyplácena přímo klientům (klienti mohou bez dalšího sami užívat peníze)	
Jiné: _____	

ZDRAVÍ

- (21) Jaký je aktuálně počet registrujících poskytovatelů zdravotních služeb dle oboru lékařské péče, kteří mají klienty v zařízení?

Počet registrujících poskytovatelů zdravotních služeb v jednotlivých kategoriích uveďte prosím číslovkou, např. 3.

Obor lékařské péče	Počet registrujících poskytovatelů zdravotních služeb
Praktický lékař pro dospělé	
Pediatr	
Zubní lékař	
Gynekolog	

- (22) Označte prosím, u kterých oborů lékařské péče je problematické zajistit dostupnost pro klienty.

Můžete označit více možností.

- A. Všeobecné praktické lékařství
- B. Praktické lékařství pro děti a dorost
- C. Gynekologie
- D. Psychiatrie
- E. Dětská a dorostová psychiatrie
- F. Jiné: _____



- (23) Kolik klientů v zařízení je aktuálně registrovaných u uvedených zdravotních pojišťoven?

Počet klientů v jednotlivých kategoriích uveďte prosím číslovkou, např. 9.

Zdravotní pojišťovna	Počet klientů
Všeobecná zdravotní pojišťovna České republiky (VZP)	
Česká průmyslová zdravotní pojišťovna (ČPZP)	
Zdravotní pojišťovna ministerstva vnitra České republiky (ZPMV ČR)	
Vojenská zdravotní pojišťovna České republiky (VOZP ČR)	
Oborová zdravotní pojišťovna zaměstnanců bank, pojišťoven a stavebnictví (OZP)	
Revírní bratrská pokladna, zdravotní pojišťovna (RBP)	
Zaměstnanecká pojišťovna Škoda (ZPŠ)	

- (24) Kolik klientů v roce 2018 čerpalo příspěvek z fondu prevence zdravotní pojišťovny dle formy čerpání příspěvku z fondu prevence zdravotní pojišťovny?

Počet klientů v jednotlivých kategoriích uveďte prosím číslovkou, např. 17. Pokud klienti nečerpali jednotlivé uvedené formy příspěvku, uveďte 0.

Forma čerpání příspěvku z fondu prevence zdravotní pojišťovny	Počet klientů
Masáže	
Vitamíny	
Očkování	
Jiné: _____	

- (25) Čerpali klienti v posledních třech letech hrazenou lázeňskou léčebně-rehabilitační péčí?

Pokud klienti čerpali hrazenou lázeňskou péčí, uveďte prosím počet těchto klientů číslovkou, např. 19.

A. Ano – uveďte počet klientů: _____

B. Ne



Na otázku č. 26 odpovídají pouze respondenti, kteří v otázce č. 25 zvolili možnost A. Ano. Ostatní pokračují otázkou č. 27.

(26) Jak byli klienti v posledních třech letech doprovázeni při hrazené lázeňské léčebně-rehabilitační péči?

Počet klientů v jednotlivých kategoriích uveďte prosím číslovkou, např. 21.

Způsob doprovodu klienta	Počet klientů
Klient byl bez doprovodu	
Klient byl s doprovodem zajištěným rodinou	
Klient byl s doprovodem zajištěným zařízením	

(27) Zajišťuje zařízení aktuálně klientům pravidelnou fyzioterapii?

Můžete označit více možností.

- A. Ano, zajišťuje pomocí interního fyzioterapeuta
- B. Ano, zajišťuje pomocí externího fyzioterapeuta
- C. Ne, zařízení nezajišťuje fyzioterapii
- D. Jiné: _____

Na otázku č. 28 odpovídají pouze respondenti, kteří v otázce č. 27 zvolili možnost A. (Ano, jedná se o interního fyzioterapeuta) nebo B. (Ano, jedná se o externího fyzioterapeuta) nebo D. (Jiné: _____). Ostatní pokračují otázkou č. 30.

(28) Jaká je aktuálně výše úvazku (příp. počet hodin měsíčně) pro fyzioterapeutickou péči v zařízení?

Uveďte prosím číslovkou s popisem, např. 0,8 úvazku nebo 20 hodin měsíčně.

Na otázku č. 29 odpovídají pouze respondenti, kteří v otázce č. 27 zvolili možnost A. (Ano, jedná se o interního fyzioterapeuta) nebo B. (Ano, jedná se o externího fyzioterapeuta) nebo D. (Jiné: _____). Ostatní pokračují otázkou č. 30.

(29) Jakým způsobem je daný fyzioterapeut hrazen?

Můžete označit více možností.

- A. Klienti si hradí fyzioterapii sami
- B. Náklady hradí zdravotní pojišťovna
- C. Zařízení hradí fyzioterapii
- D. Jiné: _____



(30) Zjišťuje zařízení BMI klientů?

BMI neboli Index tělesné hmotnosti.

- A. Ano, zařízení zjišťuje BMI u všech klientů v jednotném intervalu (např. BMI se zjišťuje jednou měsíčně)
- B. Ano, zařízení zjišťuje BMI u všech klientů v individualizovaných intervalech
- C. Ano, zařízení zjišťuje BMI pouze u některých klientů
- D. Ne, zařízení nezjišťuje BMI u klientů

Na otázku č. 31 odpovídají pouze respondenti, kteří v otázce č. 30 zvolili možnost A. (Ano, zařízení zjišťuje BMI u všech klientů v jednotném intervalu) nebo B. (Ano, zařízení zjišťuje BMI u všech klientů v individualizovaných intervalech) nebo C. (Ano, zařízení zjišťuje BMI pouze u některých klientů). Ostatní pokračují otázkou č. 32.

(31) Jak zařízení postupuje při výkyvu BMI z normy?

(32) Spolupracuje zařízení s nutričním terapeutem?

- A. Ano, zařízení spolupracuje s nutričním terapeutem
- B. Ne, zařízení nespolupracuje s nutričním terapeutem

(33) Zajišťuje zařízení aktuálně klientům pravidelnou nutriční terapii?

Můžete označit více možností.

- A. Ano, zajišťuje pomocí interního nutričního terapeuta
- B. Ano, zajišťuje pomocí externího nutričního terapeuta
- C. Ne, zařízení nezajišťuje nutriční terapii
- D. Jiné: _____

Na otázku č. 34 odpovídají pouze respondenti, kteří v otázce č. 33 zvolili možnost A. (Ano, jedná se o interního nutričního terapeuta) nebo B. (Ano, jedná se o externího nutričního terapeuta) nebo D. (Jiné: _____). Ostatní pokračují otázkou č. 36.

(34) Jaká je aktuálně výše úvazku (příp. počet hodin měsíčně) pro fyzioterapeutickou péči v zařízení?

Uvedte prosím číslovkou s popisem, např. 0,7 úvazku nebo 25 hodin měsíčně.



Na otázku č. 35 odpovídají pouze respondenti, kteří v otázce č. 33 zvolili možnost A. (Ano, jedná se o interního nutričního terapeuta) nebo B. (Ano, jedná se o externího nutričního terapeuta) nebo D. (Jiné: _____). Ostatní pokračují otázkou č. 36.

(35) Jaké jsou aktuální oblasti spolupráce zařízení s nutričním terapeutem?

Můžete označit více možností.

- A. Pravidelná tvorba jídelníčku
- B. Občasné konzultace
- C. Jiné: _____

PROSTOR PRO PŘIPOMÍNKY

(36) Máte další komentáře, připomínky nebo návrhy k tématům dotazníku (statistické údaje, zaměstnávání klientů, zajištění zdravotní péče klientů) či obecně k problematice poskytování sociální služby domov pro osoby se zdravotním postižením?

IDENTIFIKACE

(37) Uveďte prosím název zařízení, adresu zařízení, jméno a příjmení vedoucího pracovníka zařízení a kontaktní údaje na tohoto pracovníka.

Název zařízení	
Adresa zařízení	
Jméno a příjmení vedoucího pracovníka	
Kontaktní údaje vedoucího pracovníka	

(38) Uveďte prosím název poskytovatele služby, právní formu poskytovatele a adresu poskytovatele.

Název poskytovatele	
Právní forma poskytovatele	
Adresa poskytovatele	



(39) Jaký právní subjekt je zřizovatelem zařízení DOZP?

- A. Soukromá osoba
- B. Kraj
- C. Obec
- D. Ministerstvo práce a sociálních věcí
- E. Jiný subjekt: _____

(40) Ve kterém kraji se nachází zařízení, za něž vyplňujete tento dotazník?

- A. Jihočeský kraj
- B. Jihomoravský kraj
- C. Karlovarský kraj
- D. Kraj Vysočina
- E. Královéhradecký kraj
- F. Liberecký kraj
- G. Moravskoslezský kraj
- H. Olomoucký kraj
- I. Pardubický kraj
- J. Plzeňský kraj
- K. Středočeský kraj
- L. Ústecký kraj
- M. Zlínský kraj
- N. Hlavní město Praha

KONTAKTNÍ ÚDAJE

(41) Uveďte prosím údaje na kontaktní osobu, která vyplňovala dotazník, pokud bychom potřebovali některé informace upřesnit.

Jméno a příjmení:

Telefonní číslo:

E-mailová adresa: