

Česká zemědělská univerzita v Praze

Provozně ekonomická fakulta

Katedra humanitních věd



Diplomová práce

**Kvalita a dostupnost sociálních služeb ve vybraném
regionu**

Bc. Dana Šálková

© 2022 ČZU v Praze

ZADÁNÍ DIPLOMOVÉ PRÁCE

Dana Šálková

Veřejná správa a regionální rozvoj – k. s. Sez. Ústí – Tábor

Název práce

Kvalita a dostupnost sociálních služeb ve vybraném regionu

Název anglicky

Quality and Accessibility of Social Services in a Selected Region

Cíle práce

Cílem diplomové práce je zhodnotit současný stav dostupnosti a zajištění vybraných sociálních služeb ve vybraném regionu (Kraji Vysočina). Základním teoretickým východiskem je koncept Welfare State a jeho aplikace se zvláštním zřetelem k jeho realizaci na regionální a lokální úrovni. Autorka se zaměří na problémy, které musí zřizovatel organizací poskytujících sociální služby řešit, aby optimalizoval nabídku sociálních služeb v regionu.

Metodika

V diplomové práci bude autorka kombinovat techniky kvantitativního a kvalitativního přístupu (studium dokumentů, dotazování). V první části empirické studie provede analýzu strategických regionálních dokumentů a statistických dat na úrovni kraje, jejichž prostřednictvím zmapuje dostupnost, potřebnost a poptávku po sociálních službách na regionální/lokální úrovni. V druhé části se zaměří na rozhovory s experty, kteří organizují přímou péči v krajských zařízeních poskytujících sociální služby seniorům.

Doporučený rozsah práce

60-80

Klíčová slova

sociální služba, sociální stát, klient, poskytovatel, žadatel o sociální službu priorita, kapacita, dostupnost, duplicita žádostí, personální zajištění

Doporučené zdroje informací

DISMAN, M. – UNIVERZITA KARLOVA, PRAHA. *Jak se vyrábí sociologická znalost : příručka pro uživatele.*

Praha: Karolinum, 2007. ISBN 978-80-246-0139-7.

HORECKÝ, J., LUSKOVÁ, D. Měření kvality v sociálních službách. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb České republiky, 2019. ISBN 978-80-907053-9-5.

KOTOUS, J., MUNKOVÁ, G., ŠTEFKO, M. Obecné otázky sociální politiky. Praha: Ústav státu a práva AV ČR, 2013. ISBN 978-80-87439-08-1.

KREBS, V. *Sociální politika.* Praha: ASPI, 2005. ISBN 80-7357-050-5.

KRUTILOVÁ, D. *Sociální služby : tvorba a zavádění Standardů kvality poskytovaných sociálních služeb.*

[Tábor]: 2008. ISBN 978-80-254-3427-7.

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

SMUTEK, M. Teorie sociálního státu. 1. vydání. Hradec Králové: Gaudeamus při Univerzitě Hradec Králové, 2014. ISBN 978-80-7435-446-5.

Předběžný termín obhajoby

2021/22 ZS – PEF

Vedoucí práce

Ing. Eva Kučerová, Ph.D.

Garantující pracoviště

Katedra humanitních věd

Elektronicky schváleno dne 29. 11. 2021

prof. PhDr. Michal Lošťák, Ph.D.

Vedoucí katedry

Elektronicky schváleno dne 30. 11. 2021

Ing. Martin Pelikán, Ph.D.

Děkan

V Praze dne 30. 11. 2021

Čestné prohlášení

Prohlašuji, že jsem svou diplomovou práci na téma " Kvalita a dostupnost sociálních služeb ve vybraném regionu" vypracovala samostatně pod vedením vedoucí diplomové práce a s použitím odborné literatury a dalších informačních zdrojů, které jsou citovány v práci a uvedeny v seznamu použitých zdrojů na konci práce. Jako autorka uvedené diplomové práce dále prohlašuji, že jsem v souvislosti s jejím vytvořením neporušil autorská práva třetích osob.

V Praze dne 30.11.2021

Poděkování

Ráda bych touto cestou, poděkovala Ing. Evě Kučerové Ph.D. za vedení mé diplomové práce. Moje poděkování směřuje zejména k odborným znalostem, ochotě a empatii, s kterou mne provázela. Dále bych také ráda poděkovala všem účastníkům rozhovorů, kteří mi věnovali svůj čas, paní Mgr. Kamile Krupičkové, zástupkyni ředitelky Domova důchodců v Třebíči Koutkova - Kubešova za cenné rady a zkušenosti z praxe.

Kvalita a dostupnost sociálních služeb ve vybraném regionu

Souhrn

Diplomová práce je zaměřena na problematiku, která se týká oblasti poskytování pobytových sociálních služeb v Kraji Vysočina. Výzkumná oblast je zaměřena na analýzu současného stavu zajištění sociálních služeb, dostupnost a kvalitu ve vybraných organizacích poskytujících pobytové sociální služby. Klienty těchto pobytových služeb jsou senioři a osoby s tělesným či mentálním postižením, kteří z důvodu svého věku či nepříznivého zdravotního stavu nemohou zůstat ve svém přirozeném prostředí. Stěžejní otázka diplomové práce tedy zní: *„Jaké jsou problematické aspekty dostupnosti a kvality vybraných pobytových služeb v Kraji Vysočina v návaznosti na jejich personální zajištění.“*

Teoretická část je věnována obecné charakteristice sociálního státu a jeho vývoje v čase. Jedná se zejména o historická data, která se vztahují k vývoji sociálního státu, jeho poslání a formy poskytování sociálních služeb, včetně historických posloupností, vývoje sociálního státu. Nedílnou součástí teoretické části práce je také Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, včetně prováděcí vyhlášky č. 505/2006 Sb. a Standardy kvality sociálních služeb. Taktéž jsou vymezeny související pojmy, jako například kvalita sociálních služeb. Teoretická část je vypracovaná rešeršním způsobem formou vyhledávání informací k dané problematice v odborné literatuře.

Empirická část je rozdělena do dvou základních celků. Pro získání ucelených informací je empirická část uvedena základními sociodemografickými charakteristikami vybraného regionu, kterým je Kraj Vysočina. Vzhledem k faktu, že hlavním zdrojem dat jsou strategické dokumenty Kraje Vysočina a dále veřejné zdroje, byl využit kvalitativní přístup k řešení problematiky, a to analýza dokumentů. Doplnkově byl využit i kvantitativní přístup formou dotazníků. Ze získaných dat byla analyzována dostupnost, potřebnost a kapacita pobytových sociálních služeb v Kraji Vysočina. Dále je zpracovaná analýza faktorů, které zásadním způsobem ovlivňují celkovou dostupnost a zajištění poskytovaných služeb s ohledem na rozsah území (Kraj Vysočina) a charakteristiku cílové skupiny klientů, případně žadatelů.

Druhá oblast empirické části je zaměřena na kvalitu poskytované péče spojenou primárně s personálním zabezpečením vybraných pobytových služeb a naplňování poslání ve vztahu ke klientovi. Analýza bude provedena formou vyhodnocení polostrukturovaných rozhovorů s pracovníky managementu a zaměstnanci v kategorii "zaměstnanci v přímé péči" v příspěvkových organizacích Kraje Vysočina v období od ledna 2021 do května 2021. Nedílnou součástí této analýzy je i vyhodnocení dat získaných z dokumentů jednotlivých organizací. Výstupy z jednotlivých analýz budou použity a rozpracovány do konkrétních návrhů opatření směřujících ke zlepšení poskytovaných sociálních služeb ve vybraném regionu.

Klíčová slova: sociální služba, sociální stát, klient, poskytovatel, žadatel o sociální službu
priorita, kapacita, dostupnost, duplicita žádostí, personální zajištění

Quality and Accessibility of Social Services in a Selected Region

Abstract

This thesis deals with provision of residential social services in the Vysočina Region. The research is focused on the analysis of the status quo in social services, their accessibility and quality in selected providers of residential social services. These organizations provide their services to elderly and / or disabled people who cannot stay in their home environment for the sake of their age or health state. The key question of the thesis is: „What are the problems of accessibility and quality of selected residential social services in the Vysočina Region, with focus on their human resources?“

The theoretical part deals with general features of the welfare state and its development through time. It contains particularly historical data concerning the establishing of the welfare state, its mission and forms of social services including historical stages of the welfare state development. The theoretical part also contains the Act No. 108/2006 Coll. On Social Services and the Regulation No. 505/2006 Coll and the Social Services Standards. I used several theoretical resources and collected relevant information from literature.

The empirical part is divided into two basic units. To receive a complex view, the empirical part is introduced by the basic sociodemographic characteristics of the selected area, the Vysočina Region. Due to the fact that the main sources of data were drawn from strategical documents of the regional government and public resources, I used qualitative approach – the analysis of documents. As a complementary method I also used quantitative approach – the interviews. Based on the collected data, an analysis of accessibility, demand and capacity of residential social services in the Vysočina Region was made. It is followed by an analysis of factors that largely influence the overall accessibility of the services regarding the area of the territory and the characteristics of the target group of clients or applicants.

The second unit of the empirical part is focused on the quality of the provided care and it deals primarily with human resources of the selected residential services and fulfilment of their mission in relation to the client. The analysis was made by means of assessing semi-structured interviews with managers and employees of the direct social care of the Vysočina Region allowance organizations exercised in January to July 2021. This analysis also contains the assessment of data from the documentation of the individual organizations. The outputs of these analyses were used and elaborated into individual proposals of measures that would improve the quality of social services provided in the selected area.

Keywords: Social service, welfare state, client, provider, applicant for social service, priority, capacity, accessibility, duplicity of applications, human resources.

Obsah

1 ÚVOD	14
2 CÍL PRÁCE A METODIKA.....	16
2.1 Cíl práce	16
2.2 Metodika	17
3 TEORETICKÁ VÝCHODISKA.....	20
3.1 Sociální stát a sociální politika	20
3.1.1 Vymezení pojmu sociální stát	20
3.1.2 Vznik a vývoj sociálního státu	21
3.1.3 Vývojové etapy sociálního státu	23
3.1.4 Současná krize sociálního státu	25
3.1.5 Východiska z krize sociálního státu	27
3.2 Základní principy a cíle sociální politiky	28
3.3 Funkce sociální politiky	30
3.4 Legislativní opora v oblasti sociálních služeb	31
3.4.1 Vznik zákona o sociálních službách	31
3.4.2 Vymezení základních zásad zákona o sociálních službách	32
3.4.3 Novela zákona o sociálních službách	34
3.5 Kvalita sociálních služeb.....	35
3.5.1 Obecné vymezení kvality sociálních služeb.....	35
3.5.2 Standardy kvality sociálních služeb	36
3.5.3 Modely a nástroje na měření a zvyšování kvality sociálních služeb.....	41
3.6 Závěr teoretické části.....	44
4 EMPIRICKÁ ČÁST	46
4.1 Sociodemografická charakteristika regionu a současný stav sítě sociálních služeb	47
4.1.1 Kraj Vysočina - obecná sociodemografická charakteristika	47
4.1.2 Současný stav sítě sociálních služeb v Kraji Vysočina	49
4.1.3 Geografické vymezení sociálních služeb v Kraji Vysočina	51
4.1.4 Zhodnocení kapacit pobytových sociálních služeb	55
4.1.5 Krajské příspěvkové organizace poskytující pobytové sociální služby	56
4.2 Poptávka po pobytových sociálních službách.....	57
4.2.1 Definice žadatelů a vymezení analyzovaných služeb	57
4.2.2 Duplicity žadatelů o sociální službu	60
4.2.3 Nejčastější důvody podávání více žádostí	62
4.2.4 Neaktuální žádosti o sociální službu	63
4.3 Potřebnost pobytových sociálních služeb v kraji	64
4.3.1 Potřebnost - Domovy pro seniory.....	65
4.3.2 Potřebnost - Domovy se zvláštním režimem.....	66

4.3.3 Analýza rozhovorů - dostupnost sociální služby	68
4.4 Analýza personálního a organizačního zajištění sociálních služeb	70
4.4.1 Organizační struktury	72
4.4.2 Personální zajištění - přímá péče	73
4.4.3 Personální stabilita/stálost jako zvláštní požadavek kvality služby.....	74
4.5 Závěr empirické části	75
4.5.1 Zhodnocení dostupnosti a kapacit pobytových sociálních služeb v Kraji Vysočina.....	76
4.5.2 Zhodnocení personálního zajištění pobytových služeb v Kraji Vysočina.....	78
ZÁVĚR	80
PŘÍLOHY	87

Seznam obrázků

OBRÁZEK 1 VNITŘNÍ FAKTORY	22
OBRÁZEK 2 VNĚJŠÍ FAKTORY.....	22
OBRÁZEK 3 FUNKCE SOCIÁLNÍ POLITIKY	30
OBRÁZEK 4 ZÁKLADNÍ ZÁSADY.....	33
OBRÁZEK 5 NOVÉ INSTITUTY ZÁKONA O SOCIÁLNÍCH SLUŽBÁCH	33
OBRÁZEK 6 ZÁKLADNÍ PRINCIPY DLE BÍLÉ KNIHY.....	38
OBRÁZEK 7 ZNAČKA KVALITY V SOCIÁLNÍCH SLUŽBÁCH	41
OBRÁZEK 8 ZÁKLADNÍ OBLASTI SYSTÉMU HODNOCENÍ - ZNAČKA KVALITY	42
OBRÁZEK 9 ROZMÍSTĚNÍ SLUŽEB DPS, DZR A DOZP, (CHB) V KRAJI VYSOČINA V ROCE 2020.	54
OBRÁZEK 10 DOMOV HÁJ	103
OBRÁZEK 11 DOMOV PRO SENIORY HUMPOLEC.....	104
OBRÁZEK 12 DOMOV PRO SENIORY HAVLÍČKŮV BROD	105
OBRÁZEK 13 DOMOV JEŘABINA PELHŘIMOV	106
OBRÁZEK 14 DOMOV BEZ ZÁMKU NÁMĚŠŤ NAD OSLAVOU	107
OBRÁZEK 15 DOMOV PRO SENIORY MITROV	108
OBRÁZEK 16 DOMOV KAMÉLIE KŘIŽANOV	109
OBRÁZEK 17 DOMOV PRO SENIORY NÁMĚŠŤ NAD OSLAVOU	110
OBRÁZEK 18 DOMOV NOVÉ SYROVICE	111
OBRÁZEK 19 DOMOV PRO SENIORY TŘEBÍČ, KOUTKOVA - KUBEŠOVA	112
OBRÁZEK 20 DOMOV PRO SENIORY TŘEBÍČ - MANŽ. CURIEOVÝCH	113
OBRÁZEK 21 PROSEČ - OBOŘIŠTĚ	114
OBRÁZEK 22 DOMOV DŮCHODCŮ PROSEČ U POŠNÉ.....	115
OBRÁZEK 23 DOMOV PRO SENIORY VELKÉ MEZIŘÍČÍ	116
OBRÁZEK 24 DOMOV VE VĚŽI	117
OBRÁZEK 25 DOMOV VE ZBOŽÍ	118
OBRÁZEK 26 DOMOV ŽDÍREC	119

Seznam grafů

GRAF 1 PROJEKCE VÝVOJE POČTU OBYVATEL V KRAJI VYSOČINA V LETECH 2013 - 2050 DLE ČSÚ.....	48
GRAF 2 VĚKOVÉ SLOŽENÍ OBYVATEL KRAJE VYSOČINA	48
GRAF 3 ROZDĚLENÍ SOCIÁLNÍCH SLUŽEB PODLE DRUHU	50
GRAF 4 ROZDĚLENÍ SOCIÁLNÍCH SLUŽEB DLE FORMY POSKYTOVÁNÍ	51
GRAF 5 PŘEHLED ORP DLE HUSTOTY OSÍDLENÍ	53
GRAF 6 PŘEHLED ORP DLE POČTU OBYVATEL	53
GRAF 7 POROVNÁNÍ STAVU KAPACIT SLUŽEB SOCIÁLNÍ PÉČE V ROCE 2020 A V ROCE 2050	56

GRAF 8 POČTY EVIDOVANÝCH ŽÁDOSTÍ DLE DRUHU SLUŽBY	59
GRAF 9 POROVNÁNÍ POČTU ŽADATELŮ A UNIKÁTNÍCH RODNÝCH ČÍSEL	60
GRAF 10 POČET EVIDOVANÝCH ŽÁDOSTÍ A UNIKÁTNÍCH RODNÝCH ČÍSEL.....	60
GRAF 11 POMĚR ŽÁDOSTÍ O SOCIÁLNÍ SLUŽBU DLE TYPU NALÉHAVOSTI	61
GRAF 12 NEJČASTĚJŠÍ DŮVODY PODÁVÁNÍ VÍCE ŽÁDOSTÍ O SOCIÁLNÍ SLUŽBU	63
GRAF 13 NEJČASTĚJŠÍ DŮVODY NEAKTUÁLNÍCH ŽÁDOSTÍ	63
GRAF 14 INDEX POTŘEBNOSTI DPS.....	66
GRAF 15 INDEX POTŘEBNOSTI DZR	68
GRAF 16 ZHODNOCENÍ POPTÁVKY PO SOCIÁLNÍ SLUŽBĚ.....	69
GRAF 17 SCHOPNOST USPOKOJIT POPTÁVKU PO SOCIÁLNÍ SLUŽBĚ	69
GRAF 18 FAKTORY, LIMITUJÍCÍ SCHOPNOST ROZŠÍŘIT SLUŽBU	70
GRAF 19 POČET ZAMĚSTNANCŮ NA 1 KLIENTA.....	73

Seznam tabulek

TABULKA 1 POČTY REGISTROVANÝCH SOCIÁLNÍCH SLUŽEB DLE DRUHU A OKRESU	50
TABULKA 2 POČTY REGISTROVANÝCH SOCIÁLNÍCH SLUŽEB DLE FORMY A OKRESU	51
TABULKA 3 PŘEHLED ORP V KRAJI VYSOČINA.....	52
TABULKA 4 KAPACITY POBYTOVÝCH SOCIÁLNÍCH SLUŽEB V ROCE 2020	55
TABULKA 5 KAPACITY POBYTOVÝCH SOCIÁLNÍCH SLUŽEB V ROCE 2050 – ORIENTAČNÍ STAV	55
TABULKA 6 ANALÝZA KAPACIT VE VZTAHU K PODANÝM ŽÁDOSTEM O SOCIÁLNÍ SLUŽBU	58
TABULKA 7 DOMOVY PRO SENIORY V JEDNOTLIVÝCH SPRÁVNÍCH OBVODECH ORP	65
TABULKA 8 DOMOVY SE ZVLÁŠTNÍM REŽIMEM V JEDNOTLIVÝCH SPRÁVNÍCH OBVODECH ORP	67
TABULKA 9 PODKLAD K VÝPOČTU RELATIVNÍ POTŘEBNOSTI DPS.....	121
TABULKA 10 PODKLAD K VÝPOČTU RELATIVNÍ POTŘEBNOSTI DZR.....	122

Seznam příloh

PŘÍLOHA 1 OSNOVA K ROZHOVORU.....	87
PŘÍLOHA 2 ROZDĚLENÍ SOCIÁLNÍCH SLUŽEB PO OKRESECH.....	88
PŘÍLOHA 3 PŘÍSPĚVKOVÉ ORGANIZACE KRAJE VYSOČINA	103
PŘÍLOHA 4 UKÁZKA VÝSTUPU Z DATOVÉHO SKLADU KRAJE VYSOČINA.....	120
PŘÍLOHA 5 PODKLAD K VÝPOČTU RELATIVNÍ POTŘEBNOSTI SLUŽBY DPS.....	121
PŘÍLOHA 6 PODKLAD K VÝPOČTU RELATIVNÍ POTŘEBNOSTI SLUŽBY DZR	122

Seznam použitých zkratk

A	Ambulantní forma poskytování sociální služby
CDS	Centra denních služeb
CHB	Chráněné bydlení
DD	Domov důchodců
DOZP	Domov pro osoby se zdravotním postižením
DPS	Domov pro seniory
DS	Denní stacionář
DZR	Domov se zvláštním režimem
KPSS	Komunitní plánování sociálních služeb
KSSS	Krajská síť sociálních služeb
OA	Osobní asistence
OS	Odlehčovací služba

DS	Denní stacionář
TS	Týdenní stacionář
P	Pobytová forma poskytování sociální služby
PS	Pečovatelská služba
CDS	Centra denních služeb
T	Terénní forma poskytování sociální služby
TP	Tísňová péče

1 Úvod

Sociální politika představuje jednou z klíčových politik státu. V souvislosti se stárnutím populace a s prodlužováním lidského věku nabývá otázka zajištění potřeb seniorů stále většího významu. "Projekce vývoje obyvatelstva, která byla zpracována ČSÚ na počátku tohoto tisíciletí, ukazuje, že v následujících letech dojde ve struktuře naší populace k významným změnám. Do roku 2025 se podle tzv. střední varianty předpokládá, že celkový počet obyvatelstva mírně poklesne, ale počet osob, které jsou primárními příjemci sociálních služeb - tedy osob starších 65 let, vzroste, o více než 50%, přičemž počet osob starších 80 let, které jsou nejčastějšími klienty pobytových služeb sociální péče, vzroste dokonce o více než 60%."¹ Problematika stárnutí populace je celosvětově diskutovaným tématem již mnoho let a je třeba dodat, že se prolíná nejen do oblasti sociální a zdravotní, ale především do oblasti ekonomické. V souvislosti s prodlužováním lidského věku se rovněž prodlužuje i období života, ve kterém člověk potřebuje pomoc jiné osoby. Kdysi, samozřejmě přijímaná a nezastupitelná role seniorů, jakoby byla nahrazena jednostranným pohledem na proces stáří pouze ve smyslu úpadku fyzických schopností a mentálních dovedností. Tomuto fenoménu je potřeba čelit a pohled na stárnutí a kvalitu života seniorů postupně přetvářet tak, aby se stáří stalo plnohodnotnou a důstojnou součástí života. V této oblasti mají sociální služby svou významnou roli.

Volbu tématu diplomové práce neovlivnila pouze společenská aktuálnost problematiky stárnutí populace, ale rovněž i vlastní osobní a profesní zkušenosti z oblasti sociálních služeb. Systém řízení kvality sociálních služeb spoluvytváří podmínky pro efektivní a kvalitní zajištění potřeb osobám v nepříznivé sociální situaci. Způsob poskytování a struktura financování sociálních služeb má právní oporu vymezenou zákonem č. 108/2006 Sb., o sociálních službách a vyhláškou č. 505/2006 Sb. V tomto zákoně jsou rovněž legislativně zakotveny Standardy kvality sociálních služeb, které jsou považovány za klíčový nástroj řízení kvality v sociálních službách.

Diplomová práce se zabývá systémem poskytování sociálních služeb z hlediska kvality v přímé vazbě na kapacitní dostupnost ve vybraném regionu. Aktuálnost zvyšujících se nároků na kvalitu poskytovaných sociálních služeb, jejich dostupnost a strukturu z hlediska již zmíněných očekávaných demografických změn, ovlivnila výběr

¹ PRŮŠA, Ladislav; Efektivnost sociálních služeb: vybrané prvky a aspekty. 1. vydání Praha; VÚPSV, v.v.i. 38 s. ISBN 978-80- 87007-73-0, s. 16

tématu diplomové práce s cílem zmapovat a zhodnotit současnou situaci pobytových služeb v Kraji Vysočina. Na základě jednotlivých výstupů budou navržena doporučení vedoucí ke zlepšení nejen kvality služeb, ale i k celkovému procesu řízení organizací a efektivnímu využívání všech zdrojů a potenciálů vstupujících na trh sociálních služeb ve vybraném regionu.

2 Cíl práce a metodika

2.1 Cíl práce

Hlavním cílem diplomové práce je zhodnotit současný stav dostupnosti a zajištění vybraných sociálních služeb v Kraji Vysočina s ohledem na regionální a lokální rozměr poskytování sociální služby. Dále identifikovat problematické aspekty kvality poskytovaných pobytových služeb v návaznosti na kritéria personálního zajištění daných služeb.

S ohledem na vytyčený hlavní cíl práce a na základě provedených a vyhodnocených analýz získaných dat budou navržena doporučení vedoucí ke zlepšení nejen kvality služeb, ale i k efektivnějšímu procesu řízení organizací. Díky navrženým opatřením lze přispět k optimálnímu fungování sociálních služeb ve vybraném regionu. Analýza je zaměřena na stávající síť pobytových služeb, jehož převážnou část tvoří domovy pro seniory, domovy se zvláštním režimem a domovy pro osoby se zdravotním postižením, tak jak jsou definované zákonem č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. Výstupy analýzy jsou podkladem pro návrh doporučení s cílem zdokonalit sociální služby např. odstraněním neefektivních procesů, případně zjednodušit stávající administrativní a mnohdy i duplicitní řídicí procesy a tím zkvalitnit úroveň poskytované sociální služby.

Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ukládá krajům respektovat procesy a úkony spojené s plánováním sociálních služeb. Jedná se především o "zajištění dostupnosti poskytování sociálních služeb na svém území v souladu se střednědobým plánem rozvoje sociálních služeb"². Tuto povinnost však zákon neukládá obcím, které k otázkám komunitního plánování přistupují rozličným způsobem. Plánování sociálních služeb mnohdy neprobíhá koordinovaně a jednotliví aktéři přicházejí s odlišnými náměty řešení dostupnosti sociálních služeb. Tento postup se ukazuje jako neefektivní a bez koordinovaného přístupu vznikají situace, při kterých je v určitých regionech více poskytovatelů určité služby, než odráží skutečná potřeba a v jiném regionu není konkrétní služba místně a časově dostupná. Tyto aspekty mají přímou vazbu na kvalitu sociálních služeb v konkurenčním prostředí daného regionu. Pouze koordinovaným přístupem lze zjistit reálnou potřebnost služeb v kraji a místní a časovou dostupnost poskytovaných sociálních služeb, a tím zajistit naplnění, poslání a cíle sociálních služeb.

² Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, § 95, písm. g

Praxe nám však ukazuje, že ne vše lze měřit výší vynaložených zdrojů, přepočítat na jedno lůžko, klienta, či zaměstnance. Naplňování a poslání sociální služby úzce souvisí se samotnou činností, ochotou a empatií pracovníků, zejména pracovníků v přímé péči v jednotlivých zařízeních. V konečném důsledku nejde ani o počet provedených výkonů a činností, ale především o výsledek snažení, kterým je naplnění potřeb a spokojenost klienta. Při hodnocení kvality vybraných poskytovaných sociálních služeb bylo vycházeno z předpokladu, že nositelem kvality sociální služby je zaměstnanec, který je ke své práci dostatečně motivován a zároveň podporován jeho profesní a osobnostní růst.

2.2 Metodika

Diplomová práce je rozdělena do dvou částí, teoretické a empirické. Hlavní zaměření teoretické části směřuje obecně k vývoji sociální politiky. V této části jsou charakterizovány základní pojmy a definice sociální politiky. Rovněž jsou zde zmíněna teoretická východiska a přístupy k sociálnímu státu a legislativní rámce dotýkající se sociální politiky, představující záruku sociální spravedlnosti, jistotu sociálního bezpečí a garanci důstojného života každého člověka. Tato část diplomové práce vychází z rešerši odborné literatury, zejména ze studijních textů Miloše Večeři "SOCIÁLNÍ STÁT Východiska a přístupy". Rovněž se opírá o platnou právní úpravu, vztahující se k aktuální problematice zvoleného tématu s konkrétním zaměřením na legislativní ukotvení kvality sociálních služeb a specifika spojená s naplňováním standardů kvality vybraných sociálních služeb. Součástí teoretické části diplomové práce je obecné vymezení pojmu kvalita a kvalita sociálních služeb a jsou zde zmíněny standardy kvality poskytování sociálních služeb, modely a nástroje na měření a zvyšování kvality sociálních služeb. Při zpracování této části diplomové práce jsem vycházela z publikací odborných skupin, které se kvalitou sociálních služeb zabývají. Jedná se zejména o publikace vydané "Asociací poskytovatelů sociálních služeb České republiky".

Teoretická část diplomové práce tvoří základ pro zpracování empirické části, která je pro větší přehlednost rozdělena do několika tematických bloků.

Úvod empirické části je věnován seznámení s vybraným regionem, kterým je Kraj Vysočina. Tato část diplomové práce je zaměřena na základní sociodemografické charakteristiky vybraného regionu a je opřena zejména o údaje získané z Registru poskytovatelů sociálních služeb, Českého statistického úřadu a datového skladu Kraje Vysočina dalších relevantních zdrojů a strategických dokumentů. Je zde uvedena projekce

vývoje obyvatelstva a podána informace o rozsahu a struktuře sítě poskytovaných sociálních služeb v Kraji Vysočina. V této části práce je rovněž uvedeno geografické rozmístění služeb sociální péče podle okresů.

Následující úsek empirické části diplomové práce je zaměřen na rekapitulaci současného stavu sítě sociálních služeb a zhodnocení kapacit služeb sociální péče poskytované pobytovou formou v závislosti na osídlení jednotlivých lokalit a jejich spádovost. Tato část je věnována geografickému vymezení a struktuře registrovaných pobytových služeb do úrovně jednotlivých správních obvodů (ORP). Jde o srovnání indikátorů (z datových zdrojů ČSU, ÚP, Registru poskytovatelů sociálních služeb apod.), které souvisí s uspokojováním potřeb cílových skupin v rámci jednotlivých ORP s cílem analyzovat relativní potřebnost sociálních služeb a prostřednictvím indikátorů porovnat tzv. "*míru potřebnosti*" sociálních služeb v jednotlivých lokalitách.

Následující část diplomové práce se zabývá kvalitou v souvislosti s personálním zajištěním vybraných sociálních služeb, které je popsáno ve standardu kvality č. 9: Personální a organizační zajištění sociální služby. Metoda výzkumu se opírá o rešerši vnitřních předpisů organizace, zejména organizačního řádu s cílem analyzovat současný stav personálního zajištění konkrétní služby.

Vlastní empirická analýza je kombinací kvantitativního a kvalitativního výzkumu, který bude probíhat v pobytových zařízeních poskytujících sociální službu Domovy pro seniory, Domovy se zvláštním režimem a Domovy pro osoby se zdravotním postižením. Konkrétně se jedná o dvě fáze výzkumu. Nedříve budou analyzovány interní dokumenty, metodické postupy a předpisy jednotlivých zařízení. Následně budou vedeny rozhovory se zaměstnanci zaměřené na dostupnost z pohledu nabídky a poptávky po konkrétních službách. Další otázky budou zaměřeny na personální zajištění služby.

Pro výzkum budou vybrány příspěvkové organizace Kraje Vysočina, které jsou reprezentovány organizacemi s různým počtem lůžek a rovněž jsou zde zastoupeny organizace s různými typy de/centralizace řízení a organizace v různých stádiích procesu transformace. Reprezentativnost vzorku je relevantní i z pohledu umístění zařízení v lokalitě Kraje Vysočina. Zastoupeny jsou jak organizace ryze městské, tak organizace poskytující sociální službu na venkově. Celkem bude osloveno 19 příspěvkových organizací Kraje Vysočina, z každé organizace budou vedeny rozhovory se třemi zaměstnanci (celkem 57 respondentů) dle předem připravené "*Osnovy k rozhovoru*", která je uvedena v příloze č. 1.

Kritéria pro výběr relevantních strategických dokumentů, vnitřních předpisů a metodických pomůcek budou opřena o standardy kvality sociálních služeb a jejich naplňování. Pro výběr respondentů rozhovorů budou zohledněna následující kritéria:

1. Respondent je zaměstnancem organizace poskytující sociální služby Domovy pro seniory nebo Domovy se zvláštním režimem nebo Domovy pro osoby se zdravotním postižením eventuálně kombinací těchto služeb v Kraji Vysočina.
2. Respondent je zaměstnán na úseku přímé obslužné péče na pozici sociální pracovník nebo vedoucí sociálního úseku případně pracovník v sociálních službách.
3. Respondent při výkonu své pracovní náplně přichází pravidelně do styku s klienty sociální služby.

V úvodu výzkumu realizovaného prostřednictvím rozhovorů budou osloveni manažeři vybraných zařízení v Kraji Vysočina (ředitelky a ředitelé) s žádostí o spolupráci, kteří budou seznámeni s účelem výzkumu a s předpokládanou časovou dotací potřebnou k rozhovoru. V případě vyslovení souhlasu budou konkrétní zaměstnanci osloveni. Otázky budou otevřené s dostatečným prostorem k vyjádření vlastního názoru dotazovaného a budou směřovat ke sledování výzkumného cíle. Rozhovor bude probíhat formou diskuze nad danou problematikou.

V rámci přípravy rozhovorů bude připravena osnova otázek, které budou respondentům položeny. Rozhovory proběhnou v místě poskytování sociální služby a v případě souhlasu respondenta dojde k výměně kontaktu pro případné další doplnění či upřesnění informací.

Na závěr budou údaje získané studiem dokumentů a výstupy z rozhovorů analyzovány a na základě vyhodnocení analýzy doporučena opatření, která povedou ke zkvalitnění sociálních služeb ve vybraném regionu.

3 Teoretická východiska

3.1 Sociální stát a sociální politika

"Pojem sociálního státu, je třeba spojovat a vysvětlovat spolu s pojmem sociální politika, která formuje vztah jedinců a sociálních podmínek jejich života."³

3.1.1 Vymezení pojmu sociální stát

V odborné literatuře bychom těžko hledali jednoznačné vymezení pojmu sociální stát. Pravděpodobně nejbližší definice sociálního státu vychází ze společností vžitého názoru, který se opírá o rovnici "*sociální stát = stát blahobytu, spravedlnosti a jistot.*" V souvislosti s tímto názorem, se v reálném životě velmi často setkáváme s přesvědčením, že sociální podmínky jedinců jsou výhradně záležitostí společnosti, který jde ruku v ruce s opomíjením faktu, že primární a nejvýznamnější společenskou skupinou je rodina.

"Dle Večeři byl pojem "sociální", jako přívlástek k pojmu stát, v období raného socialismu na jedné straně výrazně *nadsazen* (zdůrazněním sociálních jistot pro všechny, sociálního plánování na všech úrovních řízení a zavedením řady plošných sociálních dávek), na druhé straně však *zdevalvoval* nízkou reálnou hodnotou a byrokratizací sociálních dávek v porovnání s vyspělým světem."⁴ v odborných zdrojích autora se setkáváme s několika přístupy k vymezení pojmu sociální stát, které vycházejí z názorové orientace jednotlivců. Jinak vymezuje sociální stát liberál a jinak konzervativec. Přístup liberálně zaměřený definuje sociální stát jako stát, který "změkčuje rizika moderního života, realizuje opatření k zajištění bezpečnosti občanů, zvyšuje rovnost příležitostí a tím tlumí třídní konflikt a podporuje větší sociální spravedlnost."⁵ "Naproti tomu u konzervativního přístupu lze očekávat existenci objektivního řádu, která je charakterizována především principy, kontinuitou a rovnováhou. Konzervativní pojetí dává přednost přirozeným společenským mechanismům (včetně tradic a zvyků), rodinnou solidaritu před státním socialismem."⁶ Nicméně společným jmenovatelem všech přístupů

³ VEČEŘA, Miloš, *Sociální stát: Východiska a přístupy*. Praha: Sociologické nakladatelství, 2001, 112 s. ISBN 80-85850-16-8, s. 29.

⁴ VEČEŘA, ref. 2, s. 25.

⁵ VEČEŘA, ref. 3, s. 26.

⁶ Konzervativní strana: Desatero konzervatismu. [online]. 2020 [cit. 2020-08-11]. Dostupné z: <http://www.konzervativnistrana.cz/program/dalsi-programove-dokumenty/desatero-konzervatismu.html>

je sociální zabezpečení všech občanů, omezení třídních nerovností a zlepšení kvality osobního i společenského života.

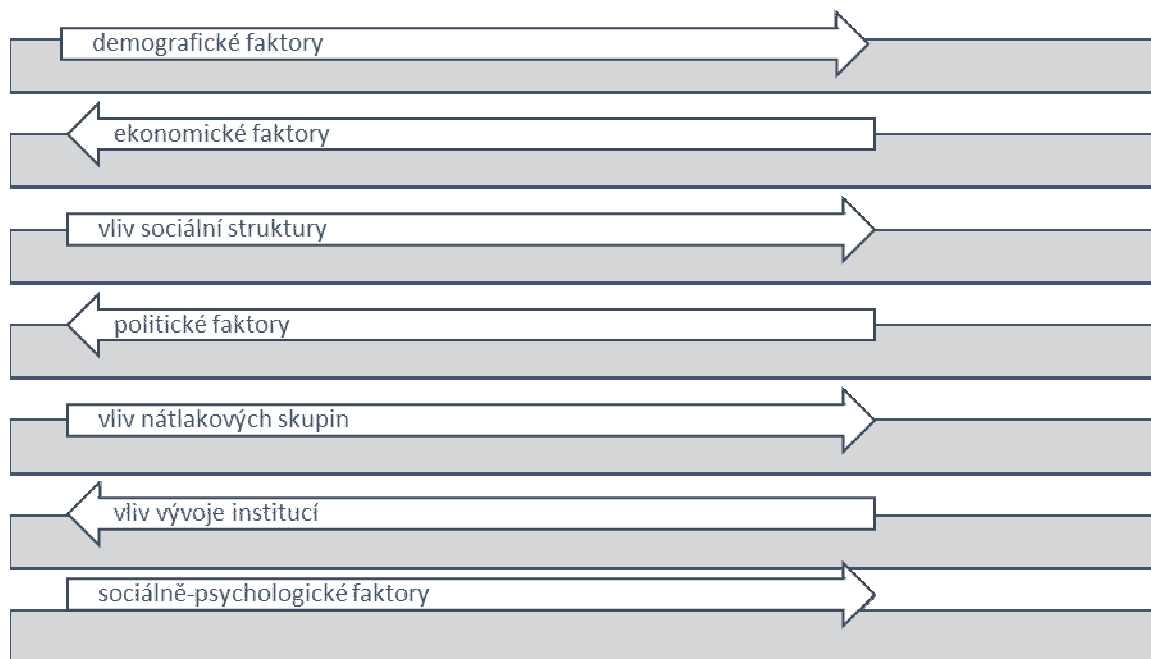
3.1.2 Vznik a vývoj sociálního státu

Příčiny vzniku sociálního státu jsou úzce spjaty s přeměnou společnosti, která probíhala od konce 18. století. Tato změna se prolínala do všech oblastí života. Mezi nejvýznamnější trendy tehdejší doby bezesporu patří technologický pokrok, orientace na lidské zdroje, především v oblasti školního vzdělávání (v r. 1774 zavedla císařovna Marie Terezie v Habsburské monarchii povinnou školní docházku), kulturní vývoj, industrializace, revoluční převraty a významným dílem přispěla rovněž i doba osvícení. V tomto duchu definuje, v obecné rovině, příčiny vzniku státu Vojtěch Krebs, který propojuje vznik státu s "posunem vědeckého poznání, novými technologiemi, které umožnily vysokou produktivitu a ekonomickou expanzi i zemím relativně chudým a tím i zvyšování aktivit v sociální oblasti, zvyšující se nároky na morální a lidské kvality jedince, vzdělání, odbornost a posílení činnosti státu v této oblasti. Příčiny vzniku státu hledá rovněž v politickém vývoji, ve kterém se mění postavení jednotlivce jako občana a vztah mezi ním a státem. Jedinec přestává být podřízen systému a postupně se stává prioritou v tomto vztahu: systém je od toho, aby jedinci pomáhal a usnadňoval mu život. Institut občanství vybavuje občana nejen právy občanskými, ale i sociálními. Jde zejména o práva a garance minimálních příjmových veličin, sociálního zabezpečení rizikových situací a rovných šancí (např. v přístupu ke vzdělání).

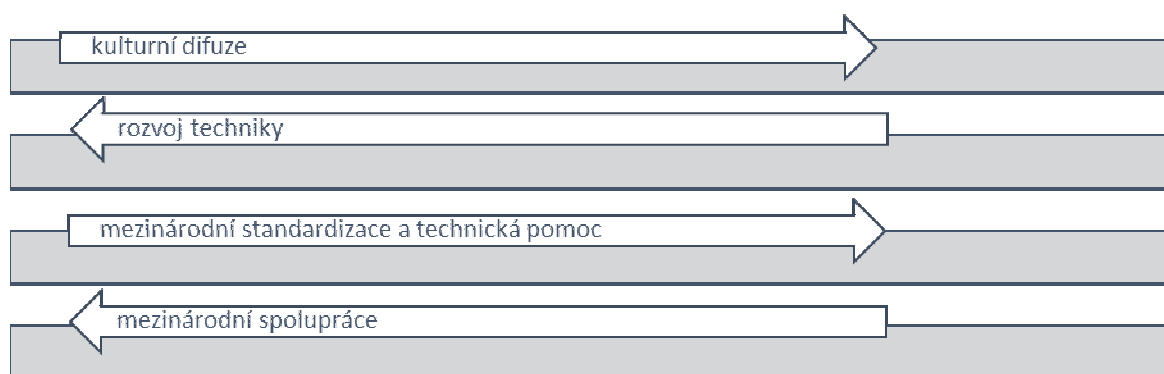
Industrializace sebou přinesla rovněž řadu nových jevů (např. vysoká zaměstnanost žen, urbanizace, místní oddělení pracoviště a bydliště, oddělení rodičovských a prarodičovských generací, zmenšování rodin atd.), které omezily nebo i zcela vyloučily tradiční způsoby řešení sociální pomoci vlastními silami, prostřednictvím rodiny, obce, přátel. Řešení těchto aktivit a odpovědnosti za ně se přesouvá v určité míře na stát, na institucionalizovanou profesionální úroveň (nemocnice, domovy pro důchodce, jesle, školky)."⁷ Všechny doposud zmíněné principy vzniku sociálního státu lze rozdělit do dvou skupin dle působících faktorů:

⁷ KREBS, Vojtěch; a kol., *Sociální politika*. 3. přepracované vydání. Praha: ASPI, 2005. 504 s. ISBN 80-7357-050-5. s. 6.

Obrázek 1 Vnitřní faktory



Obrázek 2 Vnější faktory



Martin Smutek ve svém díle "Teorie sociálního státu" definuje vznik sociálního státu dvěma způsoby. "Jde o teorie vysvětlující na jedné straně vznik sociálního státu a jeho vývoj skrze nabízení sociálních jistot obyvatelům sociálními aktéry (subjekty) a hledání jejich motivací a na druhé straně teorie interpretující vznik sociálního státu poptávkou ze strany obyvatelstva (úsilí dělnické třídy a další)."⁸ Jedná se o:

⁸ SMUTEK, Martin, Teorie sociálního státu. 1. vydání. Hradec Králové: Gaudeamus při Univerzitě Hradec Králové, 2014, 66 s. ISBN 978-80-7435-469-4. s. 6.

3.1.2.1 Evoluční a revoluční teorie sociálního státu

Tato teorie ve svém historickém kontextu zkoumá příčiny vzniku sociálního státu z pohledu kdo, kdy vymáhal a navrhoval sociální změny a také jakým tempem byly tyto změny prosazeny. V případě evolučních změn šlo o stupňovitý, souvislý a plynulý vývoj dějin. V druhém případě nešlo o pusté vršení historických událostí, ale sociální stát vzniká nějakou rozhodnou událostí - revolucí.

3.1.2.2 Poptávkové a nabídkové teorie sociálního státu

Názory, které popisují vznik a další rozvoj sociálního státu lze rozdělit také podle jiného hlediska na teorie „poptávkové“ a teorie „nabídkové“. Poptávkové teorie interpretují vznik a vývoj sociálního státu tak, že existovala poptávka „odspoda“, tedy od občanů, kteří poptávali sociální jistoty a sociální zabezpečení. Mezi poptávkové teorie lze zařadit např. neomarxistickou teorii, teorii industrializace, teorii mobilizace dělnické třídy, teorii zájmových skupin. Naopak nabídkové teorie interpretují historii sociálního státu jako vedenou „shora“, tedy existují síly (politické), které ve svém zájmu nabízejí sociální jistoty občanům (např. v rámci předvolebního boje o hlasy občanů). Mezi tyto teorie například patří teorie volebního trhu, teorie modernizace a teorie zaměřená na aktivitu státu.⁹

3.1.3 Vývojové etapy sociálního státu

V souvislosti s historií vzniku sociálního státu nelze nezmínit hlavní vývojová období, která mají, v současné době za sebou víc než stoletý vývoj formování od prvních průkopnických počátků až po současnou dobu, která bývá nazývána "krize sociálního státu". Vzhledem k tomu, že pojetí sociálního státu není celosvětově jednotné nelze ani zcela objektivně sledovat jednotně její vývoj. Pro účely diplomové práce uvádím jednu z obecně uznávaných definic vývoje sociálního státu, tzv. Večeřovo (1993) dělení vývoje sociálního státu, které člení období do šesti základních etap vývojových změn.¹⁰

⁹ SMUTEK, Martin, Teorie sociálního státu. 1. vydání. Hradec Králové: Gaudeamus při Univerzitě Hradec Králové, 2014, 66 s. ISBN 978-80-7435-469-4. s. 7.

¹⁰ SMUTEK, Martin, Sociální politika. 1. vydání. Hradec Králové: Gaudeamus při Univerzitě Hradec Králové, 2014, 60 s. ISBN 978-80-7435-446-5. s. 25

3.1.3.1 Období experimentálních počátků (80. léta 19. století - 1930)

Toto období je charakteristické snahou o vytvoření prvotních pojišťovacích schémat (úrazové, nemocenské, penzijní pojištění), která jsou na bázi dobrovolnosti s postupným přechodem na povinnou formu. Navazuje na období chudinských zákonů. Toto období je převážně omezeno pouze na státy Evropy. V USA a Kanadě se toto období, ve srovnání s evropskými státy opozdilo, z důvodu silně silné liberální tradice.¹¹

3.1.3.2 Období konsolidace (1930 - 1945)

Velká hospodářská krize v 30.tých letech 20. století a druhá světová válka znamenala ve vývoji sociálního státu velký obrat a značné urychlení v oblasti v prosazování opatření a zákonů. Logicky jsou v tomto období přijímány řady sociálně politických opatření, ve snaze regulovat dopady krize a válečné doby. Typické pro období konsolidace státu je změna názoru na nezaměstnanost, která se začala chápat jako celospolečenský problém, kterému se musí čelit státními zásahy. Sociální stát směřuje k tzv. "keynesiánské" ekonomice, plné zaměstnanosti.¹²

3.1.3.3 Období sociální přestavby (1945 - 1962)

Toto období je příznačné tím, že byla přijata většina moderních sociálních zákonů, v nichž se realizuje sociální reforma podle angličana W. Beveridge. i přesto, že se jednalo o velmi odvážné vytvoření všem dostupné a přiměřené soustavy sociálního pojištění, tak sociálně - politické myšlení 20. století bylo paradoxně ovlivněno více v zahraničí než v samotné Velké Británii, která byla částečně svázána svou liberální tradicí. Období sociální přestavby lze charakterizovat jako období, ve kterém byly položeny základy moderních sociálních států a vytvořeny základní sociální instituty.¹³

3.1.3.4 Období sociální expanze (1962 - 1973)

Období sociální expanze, také nazývané "zlatým věkem" sociálního státu se vyznačuje vysokým růstem životní úrovně, a sociálního zabezpečení s podstatným růstem

¹¹ VEČEŘA, Miloš, *Sociální stát: Východiska a přístupy*. Praha: Sociologické nakladatelství, 2001, 112 s. ISBN 80-85850-16-8. (s. 60 - 62)

¹² Tamtéž

¹³ Tamtéž

blahobytu a nízkou mírou nezaměstnanosti. V tomto období došlo k významnému zvýšení výdajů na sociální politiku státu.¹⁴

3.1.3.5 Období stagnace (1973 - 1980)

Ropnou krizí v 70. letech 20. století byl vyvolán hospodářský a fiskální propad veřejných zdrojů. I přesto však v tomto období pokračoval růst sociálních výdajů, tak jak bylo zavedeno v období sociální přestavby. Docházelo ke zvyšování výdajů, zejména v oblasti zdravotnictví, které nebyly podpořeny hospodářským růstem. Nově vznikaly výdaje na podporu v zaměstnanosti a státy se postupně dostaly do krize, kterou se nepodařilo doposud překonat. Toto období je v odborné literatuře vnímáno jako počátek krize sociálního státu.¹⁵

3.1.3.6 Období rekonceptualizace (1980 - dosud)

V návaznosti na předešlé období nastává období tzv. rekonceptualizace, která trvá doposud. Nastává k útlumu dříve přijatých sociálních programů v důsledku hospodářské a fiskální krize a k jejich celkové redukci.¹⁶ Toto období se vyznačuje hledáním nových mechanismů sociálního státu, reformami jeho obsahu a činnosti.¹⁷

3.1.4 Současná krize sociálního státu

Důvody krize sociálního státu je možné členit na tři základní oblasti.

3.1.4.1 Krize ekonomická

Příčinu ekonomické krize lze spatřovat jak v neúměrném růstu nákladů, tak ve ztrátě efektivnosti sociálního státu. Od období ropné krize dochází k nepoměru růstu sociálních nákladů a růstu HNP. Zatím co roční přírůstky HNP se pohybují okolo 1-3% (v 90. letech 20 století 1%), tak veřejné sociální výdaje si udržují růstovou tendenci okolo 5% ročně. Z uvedeného je zřejmé, že neproporcionalita mezi růstem HNP a veřejnými výdaji

¹⁴ VEČEŘA, Miloš, *Sociální stát: Východiska a přístupy*. Praha: Sociologické nakladatelství, 2001, 112 s. ISBN 80-85850-16-8. s. 60-62

¹⁵ Tamtéž

¹⁶ KOTOUS, Jan - MUNKOVÁ, Gabriela - ŠTEFKO, Martin. *Obecné otázky sociální politiky*. Praha: Ústav státu a práva AV ČR, 2013. 169 s. ISBN 978-80-87439-08-1 (s. 66)

¹⁷ VEČEŘA, Miloš, *Sociální stát: Východiska a přístupy*. Praha: Sociologické nakladatelství, 2001, 112 s. ISBN 80-85850-16-8. s. 62

působí destabilizačně na hospodářský růst a sociální výdaje vytlačují investiční prostředky. Obrovské náklady na sociální stát jsou rovněž předmětem časté kritiky (zejména liberálních kritiků) ve vztahu k efektivitě. Nízká efektivnost způsobuje nedostatečné pokrytí poptávky. Tento fenomén má několik příčin, mezi které se řadí např. velký byrokratický aparát, nízká transparentnost a těžkopádnost redistribučního mechanismu a v neposlední řadě i neúměrný nárůst poptávky po bezúplatných službách. Ve specificky českém prostředí je také velmi limitujícím faktorem korupce politických špiček, nevyzrálost podnikatelského prostředí a v neposlední řadě i opakující se skandály (např. výplaty sociálních dávek prostřednictvím sKarty).¹⁸

3.1.4.2 Krize politická

Krizi politickou, dle Večeři, je možné též nazývat krizí legitimacy. Tato krize je spojována se ztrátou sociálního konsenzu, který stál u zrodu sociálního státu a spočíval v akceptaci ideálu sociálního občanství. Tento ideál byl postaven na základě úplné rovnosti občanů, na sociální solidaritě při uspokojování sociálních práv. Tento zdroj sociálního konsenzu ovšem v čase kolísá. Např. rovnost sociálních dávek byla postupně překonána doplněním těchto dávek o položku vyjadřující vztah k předchozímu výdělků. Udržení sociálního konsenzu je velice nákladné a sociální stát není dlouhodobě schopen tyto náklady vydávat. To vede k diferenciaci, která spočívá mimo jiné ve zvýhodňování určité skupiny obyvatel a vyvolává kritiku "nespravedlnosti" sociálního státu. I přes toto neshody a kritiky je jednoznačně prokázána shody většiny české společnosti pokračovat v sociálním státu. Míra schopnosti znovu nalézt sociální konsenzus je v českých podmínkách ovšem značně limitována jednak nízkou úrovní politické kultury a malou otevřeností společnosti.¹⁹

¹⁸ KOTOUS, Jan - MUNKOVÁ, Gabriela - ŠTEFKO, Martin. *Obecné otázky sociální politiky*. Praha: Ústav státu a práva AV ČR, 2013. 169 s. ISBN 978-80-87439-08-1. s. 69

¹⁹ KOTOUS, Jan - MUNKOVÁ, Gabriela - ŠTEFKO, Martin. *Obecné otázky sociální politiky*. Praha: Ústav státu a práva AV ČR, 2013. 169 s. ISBN 978-80-87439-08-1. s. 69

3.1.4.3 Krize demografická

Demografická krize je nejčastěji diskutována, jak již bylo zmíněno, v souvislosti se stárnutím populace. Dochází k tzv. krizi solidarity a k růstu napětí mezi skupinami obyvatel, účastníků sociálního zabezpečení, kdy jedni musí nést tíhu zvyšování úrovně a zvyšující se počet příjemců sociálního zabezpečení bez reálné garance kompenzace v budoucnosti (mladí versus staří, zdraví versus nemocní) a druzí zcela oprávněně očekávají široké rozpětí zabezpečení a poskytování bezúplatných služeb. Demografická krize je proto zcela logicky nejpálčivějším problémem v oblasti pojištění pro staří, důchodového zabezpečení a zdravotních služeb - zdravotního pojištění.²⁰

3.1.5 Východiska z krize sociálního státu

V souvislosti se změnami společenského a politického zřízení, ve vztahu k minulým obdobím sociálního státu, je současný přístup k úpravě sociálních práv občanů, politicky a ekonomicky neudržitelný. Myšlenky kritiků z řad liberalistů a konzervatistů, které směřují k nahrazení sociálního státu trhem a k tradičním sociálním institucím, které jsou založeny na svépomoci a spoléháním se na sama na sebe jsou příliš idealistické a prakticky neproveditelné. V současné době, po složitém téměř stoletém vývoji, je sociální stát v řadě ze svých funkcí a aktivit nenahraditelný i přesto, že jeho krize je patrná. V tomto směru je sociální stát potřeba přizpůsobit novým podmínkám ekonomického a společenského vývoje a zároveň také docenit jeho působení zejména v těchto oblastech:

- zaměstnávání velkého počtu pracovníků ve veřejných službách a tím snižování nezaměstnanosti;
- zajišťování přípravy na povolání a tím umožnění reprodukce pracovních sil v souladu s hospodářskými potřebami;
- zvyšování kupní síly obyvatel a podpora stability ekonomiky, stanovením minimálního příjmu a poskytováním sociálních dávek;
- snižování sociálních nerovností a s tím spojený pocit sociálního bezpečí;
- podpora sociálního konsenzu a udržení sociálního smíru;

²⁰ VEČEŘA, Miloš, *Sociální stát: Východiska a přístupy*. Praha: Sociologické nakladatelství, 2001, 112 s. ISBN 80-85850-16-8. s. 63

- podpora sociální prevence, která v budoucnu znamená úsporu finančních výdajů.²¹

3.2 Základní principy a cíle sociální politiky

Pojem "sociální stát", je úzce spjat s pojmem "sociální politika". Z hlediska definování tohoto pojmu je pravděpodobně nejjednodušší a zároveň nejsrozumitelnější přirovnání sociální politiky k cílené snaze, která vede bezprostředně ke zlepšení životních podmínek lidí. Jedná se o vymezení, které nezohledňuje širší či užší hledisko a rovněž ani přístup jednotlivých moderních společností k tomuto pojmu. Nicméně pro realizaci a naplňování svých cílů musí sociální politika v každé společnosti dodržovat určité principy, ze kterých vychází.

Nejčastěji uváděné principy sociální politiky:

3.2.1 Principy sociální spravedlnosti:

Jde o základní princip, jehož hlavní myšlenkou je postavení spravedlnosti proti křivdě a bezpráví. "Hodnota sociální spravedlnosti je vedena myšlenkami humanizmu, a lidského dobra. Nicméně autoři zabývající se sociální spravedlností se většinou shodují na tom, že sociální spravedlnost je pojem relativní a že k jeho řešení je potřeba přistupovat zpravidla z řady různých hledisek a přihlížet k podstatě a charakteru konkrétních sociálních situací."²² Princip spravedlnosti sebou nese zároveň i **princip potřeby**, který vyplývá z "rizika ohrožení značné části populace chudobou a nutnost postarat se o ty, kteří se o sebe postarat sami nemohou."²³

3.2.2 Princip sociální solidarity

Pokud bylo v předchozím textu zmíněno, že nelze jednoznačně definovat určitý pojem, tak v případě termínu "*solidarita*" platí dvojnásob. Původ slova má kořeny v latinském "*solidus*", což lze volně přeložit jako "*něco celistvé, pevné*". Nicméně od 19. století se význam vyjádření solidarity, díky Francouzské revoluci a myšlenky založené na principu hesla "Volnost, rovnost, bratrství", začal chápat v širším a zejména detailnějším

²¹ VEČEŘA, Miloš, *Sociální stát: Východiska a přístupy*. Praha: Sociologické nakladatelství, 2001, 112 s. ISBN 80-85850-16-8. s. 63

²² KREBS, Vojtěch; a kol., *Sociální politika*. 3. přepracované vydání. Praha: ASPI, 2005. 504 s. ISBN 80-7357-050-5. s. 29.

²³ SMUTEK, Martin, *Sociální politika*. 1. vydání. Hradec Králové: Gaudeamus při Univerzitě Hradec Králové, 2014, ISBN 978-80-7435-446-5. s. 10.

kontextu, ve smyslu vzájemné soudržnosti, vyjádření podpory, sounáležitosti a sdílení společných zájmů, závazků a odpovědností. Tato názorová orientace dominuje i v současné moderní společnosti a "je považována za významnou hybnou sílu materiálního, ale i mravního a duchovního vývoje lidstva"²⁴. Princip sociální solidarity v dnešní moderní společnosti, která je ovlivněna velkým množstvím přidružených faktorů (orientace politické scény, média, veřejné mínění) je vystaven riziku nadhodnocení, pravého významu tohoto principu a je tedy potřeba velmi pečlivě "dbát na to, aby přílišná solidarita nevedla k útlumu aktivity jednotlivců a jejich odpovědnosti za vlastní životní podmínky"²⁵

3.2.3 Princip subsidiarity

Princip subsidiarity, ve svém nejobecnějším výkladu, znamená jakousi posloupnou linii ve vztahu k osobní zodpovědnosti jednotlivce. "Podle principu subsidiarity je každý jedinec povinen nejdříve pomoci sám sobě, nemá-li tuto možnost, musí pomoci rodina. Rodině rovněž přísluší, aby si pomohla sama svými silami a až v okamžiku, kdy se dostane do situace, představující velká rizika, jak na straně zabezpečení sociálních jistot jedince, tak na hranici možností rodiny, volá o pomoc jiná společenství. Teprve na posledním místě je k pomoci vyzýván stát. Jak je mnohdy mylně chápáno, pomoc státu by v tomto okamžiku neměla být vnímána jako pomoc ve vztahu k jedinci, který podporu v aktuálním čase potřebuje, ale jako pomoc rodině vytvořit podmínky pro zajištění kvalitní péče o svého "potřebného" příbuzného. Stát by měl být volán na pomoc až na posledním místě v momentě, kdy jsou již všechny ostatní možnosti vyčerpány."²⁶

3.2.4 Princip participace

Již v dobách osvícení Jean-Jacques Rousseau a mnozí jiní prosazovali myšlenku, že podíl občanů na vládě je základním smyslem demokracie. Výchozí myšlenka participovat, neboli podílet se na něčem, vychází z přesvědčení, že správné fungování jakékoliv činnosti, případně prosazení změn, vedoucích ke zlepšení se neobejde bez vzájemné spolupráce těch, kterých se tato činnost přímo dotýká. "V podstatě jde o to, aby lidé měli reálnou možnost podílet se na tom, co bezprostředně ovlivňuje jejich životy. Člověk,

²⁴ KREBS, Vojtěch; a kol., Sociální politika. 3. přepracované vydání. Praha: ASPI, 2005. 504 s. ISBN 80-7357-050-5. s. 34.

²⁵ Tamtéž

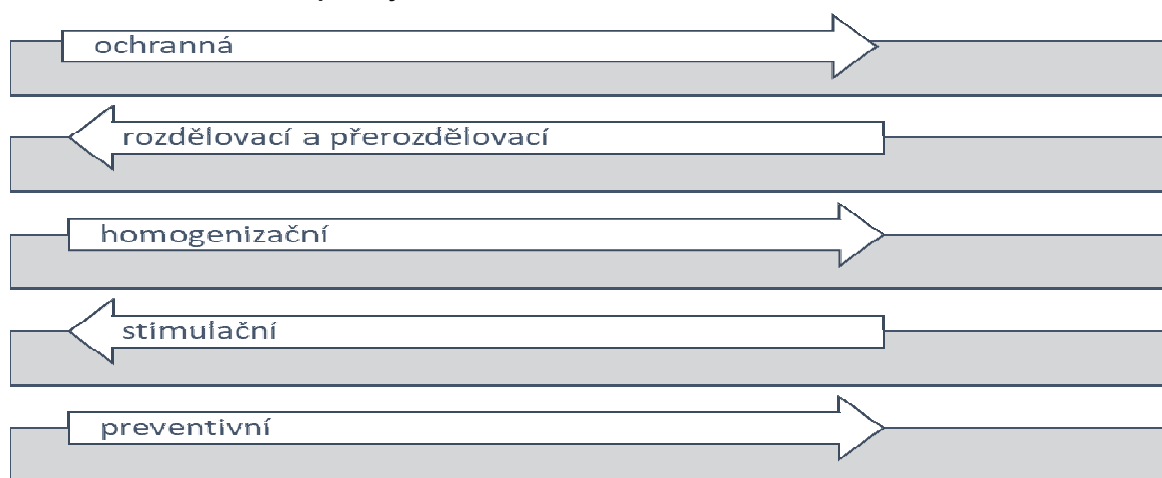
²⁶ Tamtéž

naplněním principu participace, přestává být pasivním příjemcem sociálně politických opatření (převážně státu), ale sám se na jejich tvorbě podílí a spolurozhoduje o jejich přijímání a realizaci."²⁷ Tento princip, na rozdíl od předchozích, předpokládá jistou úroveň zralosti, vzdělání a informovanosti. Důležitou podmínkou je rovněž uvědomění vlastní zodpovědnosti při prosazování svých práv. Proto je tento princip uplatňován především ve vyspělých zemích.

3.3 Funkce sociální politiky

Základním motivem sociální politiky je respektování a naplňování její cílové funkce. Každé členění funkcí sociální politiky je do jisté míry ovlivněno charakterem objektu, na který sociální politika působí, nebo je společností vyžadováno, aby působila. Existují různé funkce sociální politiky. Kritéria pro jejich klasifikaci mohou být různá a v literatuře se nesetkáváme s jejich jednoznačně uznávanou systematizací. Nejčastěji jsou uváděny tyto funkce:

Obrázek 3 Funkce sociální politiky



Uvedené funkce vznikaly postupně a vyvíjí se s ohledem na čas a prostor. Měly proto v historickém vývoji různý význam v sociální politice a státu zvláště. Z vývojového pohledu lze poukázat na skutečnost, že některé funkce (ochranná a rozdělovací) patří k funkcím prvotním (základním) a ostatní pak k funkcím odvozeným. Kromě zde uváděných funkcí lze např. z jiného hlediska hovořit o funkci zabezpečovací, vyhledávací,

²⁷ KREBS, Vojtěch; a kol., Sociální politika. 3. přepracované vydání. Praha: ASPI, 2005. 504 s. ISBN 80-7357-050-5. s. 36

sociálně diagnostické, kontrolní aj., které plynou z Listiny práv a svobod občana, přijaté i ČR.²⁸

3.4 Legislativní opora v oblasti sociálních služeb

3.4.1 Vznik zákona o sociálních službách

Legislativní oporou v oblasti poskytování sociálních služeb je zákon č. 108/2006., Sb., o sociálních službách, který je účinný od 1. 7. 2007, stejně jako prováděcí Vyhláška č. 505/2006 Sb. V odborných kruzích je tato vyhláška známá pod pojmem "úhradová vyhláška". Příprava zákona o sociálních službách započala v r. 1994 a na jeho konečné podobě se kromě několika týmů odborníků, které se v průběhu přípravy vyměňovaly podle politické garnitury v jednotlivých volebních obdobích, podílely rovněž zástupci z oblasti zájmových sdružení, poskytovatelů sociálních služeb a v neposlední řadě i z řad osob tělesně a zdravotně postižených. Sociální politika v období vzniku sociálního zákona je spojena s pravicovými stranami v čele s ODS. Jejím hlavním tématem je ozdravení a stabilizace veřejných financí a jsou přijaty daňové zákony. To vše se promítá do i do oblasti sociální ochrany. Témata sociální politiky je možno charakterizovat jako snahu o snížení finanční zátěže na sociální zabezpečení, větší efektivitu systému a o pobídky k větší aktivitě jedinců a jejich snaze o sociální suverenitu.²⁹

K řádnému porozumění zákona o sociálních službách je třeba pochopit důvody jeho vzniku a cíle, které stanoví. Dle Krutilové a kol. zákon o sociálních službách "opustil dosavadní praxi paternalisticko-direktivního modelu a vytvořil prostředí pro rozvoj vztahů mezi poskytovateli sociálních služeb a jejich klienty, založený na rovnoprávnosti, dobrovolnosti, důsledně individuálním přístupu, na úsilí a nevyčleňování adresátů sociálních služeb z přirozeného prostředí a společnosti."³⁰

Ať už je zákon o sociálních službách jakkoliv diskutován, tak do systému sociální péče přinesl zásadní změnu, jejímž smyslem je mimo jiné i vytvořit podmínky srovnatelné

²⁸ KREBS, Vojtěch; a kol., Sociální politika. 3. přepracované vydání. Praha: ASPI, 2005. 504 s. ISBN 80-7357-050-5. s. 36

²⁹ KOTOUS, Jan - MUNKOVÁ, Gabriela - ŠTEFKO, Martin. *Obecné otázky sociální politiky*. Praha: Ústav státu a práva AV ČR, 2013. 169 s. ISBN 978-80-87439-08-1. s 15

³⁰ KRUTILOVÁ, Dagmar; ČÁMSKÝ, Pavel; SEMBDNER, Jan. *Tvorba a zavádění Standardů kvality poskytování sociálních služeb*. 2009. 224 s. Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR. ISBN 978-80-254-3427-7. s. 122

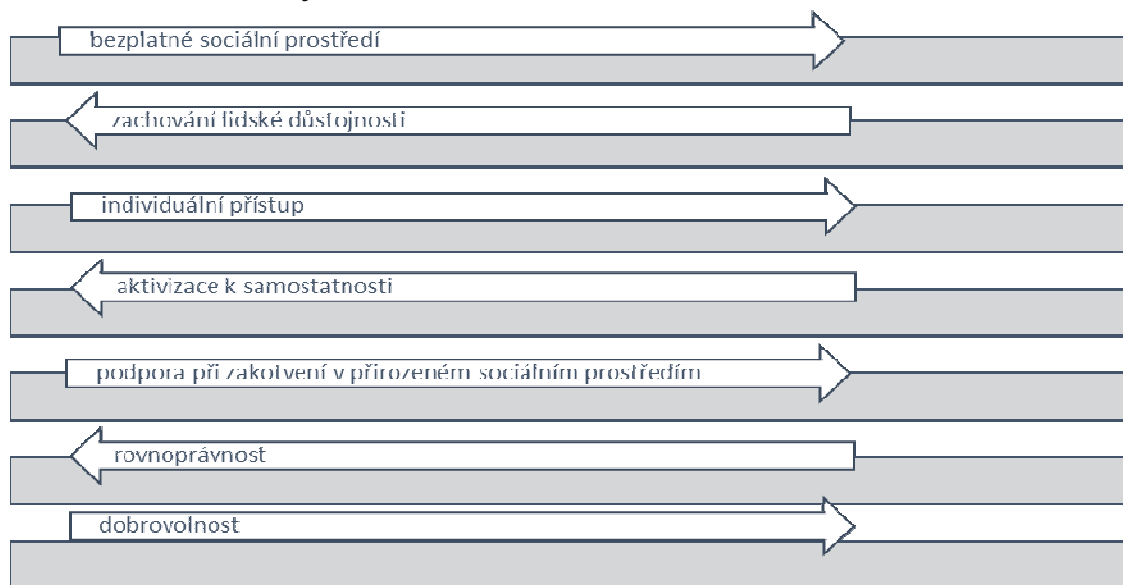
s podmínkami zemí EU a eliminovat procesy zcela neefektivní, direktivně řízené, mnohdy diskriminační a nerespektující základní lidská práva.

3.4.2 Vymezení základních zásad zákona o sociálních službách

Přijetí zákona o sociálních službách vneslo do oblasti poskytování sociálních služeb mnoho podstatných změn a zavedení nových pojmů a institutů. Sociální ochrana, je založena na principu solidarity, vzájemné participace jednotlivých poskytovatelů a klientů sociálních služeb, ochraně lidských práv a oprávněných zájmů klientů. Ze zákona je velmi patrný důraz na respekt k základním lidským a občanským právům, oprávněným zájmům a lidské důstojnosti.³¹ Zavedení nových institutů do praxe, typologie a kategorizace a především nové povinnosti poskytovatelů sociálních služeb navozují konkurenční prostředí mezi poskytovateli, které je hnacím motorem pro zlepšování kvality poskytovaných služeb. V této souvislosti nelze přehlédnout nejdůležitější okruhy práv a povinností zřizovatelů, poskytovatelů a klientů sociálních služeb a vymezení tzv. **základních zásad**, které jsou uvedeny v § 2 zákona o sociálních službách. Jejich výčet je uveden v následujícím znázornění.

³¹ ČÁMSKÝ, Pavel; KRUTILOVÁ, Dagmar; SEMBDNER, Jan; SLADKÝ, Pavel. *Manuál pro tvorbu a zavádění standardů kvality sociálních služeb*. Centrum sociálních služeb Praha 2008. Publikace vznikla jako výstup z projektu CZ.04.3.07/2.1.00.1/0003 Vzdělávání pracovníků sociální sféry.

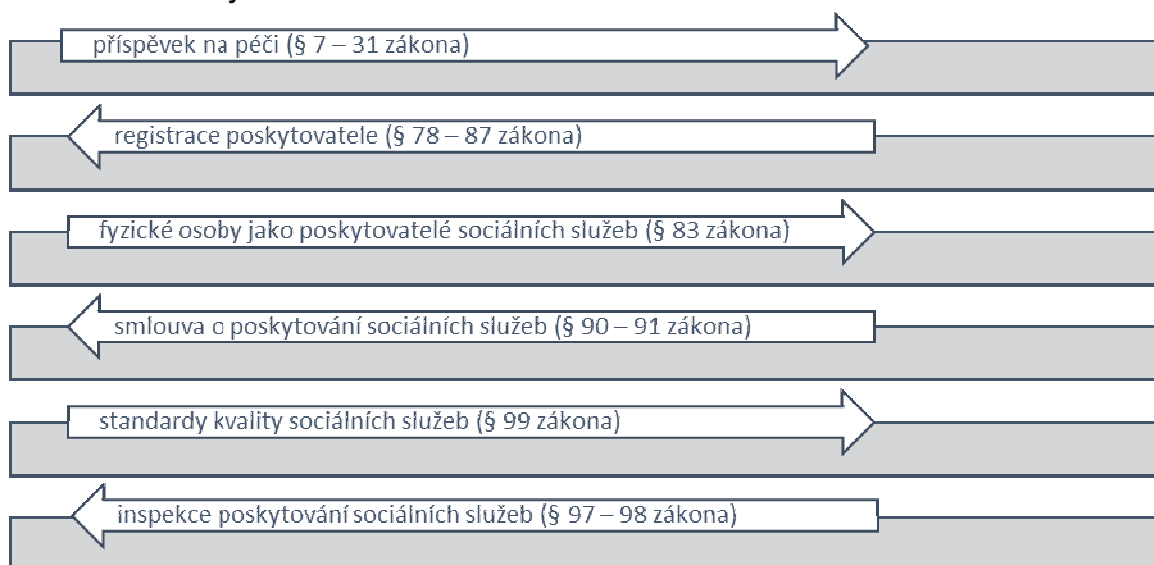
Obrázek 4 Základní zásady



Těchto 7 základních zásad lze považovat v obecném slova smyslu za vodítko, na jehož základě jsou zpracovány Standardy kvality poskytování sociálních služeb, které jsou podrobněji popsány v následujících kapitolách.

Zákon o sociálních službách přináší rovněž několik zcela nových institutů, které jsou uvedeny v následujícím přehledu.

Obrázek 5 Nové instituty zákona o sociálních službách



Některé, z minulosti známé instituty a mechanismy dostaly v zákoně nový obsah a případně i jméno. Jsou to např. bezmocnost, nově pojmenovaná "stupeň závislosti", nebo základní (obligatorní) a fakultativní (nadstandardní) služby. Zákon rovněž sofistikovaněji vymezuje odborné předpoklady pro výkon některých činností při poskytování sociálních služeb, nově je upravena působnost státních orgánů v procesu

poskytování sociálních služeb a jejich kontroly a poskytovatelé sociálních služeb, které jsou zřizovány státními orgány, získávají více autonomie, ale též odpovědnosti.

3.4.3 Novela zákona o sociálních službách

Novela zákona o sociálních službách, kterou by mělo dojít ke změně zákona o sociálních službách je právní předpis, který je připravován dlouhé měsíce, dosud však k žádné změně nedošlo. Ministerstvo práce a sociálních věcí (dále jen MPSV) mělo přípravu novely zákona o sociálních službách zařazenou již do Plánu legislativních prací vlády na rok 2019. Tento plán předpokládal předložení návrhu vládě v prosinci 2019 a nabytí účinnosti od 1. 1. 2021. Do celého procesu přípravy právního předpisu ovšem zasáhla pandemie onemocnění COVID - 19. Nicméně je zřejmé, že na přípravě právního předpisu MPSV i nadále intenzivně pracuje.³²

Jednou z nejdůležitějších změn, kterou tento návrh obsahuje je změna systému financování sociálních služeb a s tím i úzce související problematika sítě sociálních služeb. S přijetím zákona o sociálních službách (účinnost od 1. 1. 2007) došlo k nastavení systému financování sociálních služeb a hlavním garantem financování je MPSV. Významnou změnou ve financování sociálních služeb bylo nabytí účinnosti § 101 zákona o sociálních službách a přílohy, která stanoví tzv. směrná čísla pro jednotlivé kraje (účinnost od 1. 1. 2015). Směrné číslo je procentuální vyjádření podílu kraje na celkovém objemu finančních prostředků pro sociální služby a vychází z velikosti území, jeho lidnatosti, počtu nezaměstnaných, počtu osob s příspěvkem na péči apod. Směrná čísla byla přijata pouze jako přechodné opatření, které mělo zajistit stabilitu ve financování na následující tři roky. Nutno podotknout, že novela zákona o sociálních službách počítá s přesunem pravomocí v oblasti zajištění dostupnosti poskytovaných sociálních služeb v rozsahu stanoveném garantovanou sítí sociálních služeb. Povinnost zajistit dostupné sociální služby by od krajů převzalo MPSV. Služby, zařazené do garantované sítě sociálních služeb budou dostávat od MPSV nárokovou dotaci jejíž výpočet bude stanoven dle počtu základních pracovněprávních vztahů dané služby a normativem měsíčních osobních nákladů pro pracovní místa. Tento normativ bude stanoven na základě průměrného měsíčního výdělku zaměstnanců předchozího kalendářního roku. Dotační prostředky se tak nově stanou

³² Deník veřejné správy: Jak je to s novelou zákona o sociálních službách. [online]. 2020 [cit. 2021-05-17]. Dostupné z: <http://denik.obce.cz/clanek.asp?id=6810465>

mandatorním výdajem státního rozpočtu. Kraje a obce se budou spolupodílet na financování sociálních služeb v rozsahu ostatních provozních nákladů a rovněž jim bude umožněno financovat sociální služby, které nejsou zařazeny do garantované sítě sociálních služeb.³³

Novela zákona o sociálních službách je dlouho očekávaným právním předpisem také z důvodu nedostatečného nastavení maximálních úhrad za poskytování sociálních služeb. Již zmíněná "úhradová vyhláška" (Vyhláška č. 505/2006 Sb.) byla upravena naposledy v r. 2014. V tuto chvíli je víc než evidentní, že stanovené maximální výše úhrad nereflktují ceny základních vstupů, zejména u úhrad za ubytování a stravování a celý systém sociálních služeb naléhavě žádá vyšší participaci klientů na financování rostoucích nákladů. Výše maximálních úhrad rovněž neodpovídá úrovni průměrného důchodu. Záměrem novely zákona o sociálních službách je zavést valorizační mechanismus a ohledem na to, aby valorizace maximálních úhrad co nejvíce korespondovala s valorizací důchodů.³⁴

3.5 Kvalita sociálních služeb

3.5.1 Obecné vymezení kvality sociálních služeb

Slovo kvalita bylo převzato z latinského "*qualis*" a dalo by se přeložit jako otázka "z jaké povahy?". Webstrův slovník pod termínem "*Quality*" uvádí: stupeň dokonalosti, stupeň shody s daným standardem, přívlastek vyššího ocenění, nadřazenost ve svém druhu. Nicméně každý z nás intuitivně vnímá, co je kvalita a s čím je možné atribut "kvalitní" služba spojit. Kvalitativní kritéria jsou **objektivní**, uznaná či legitimizovaná společností a **subjektivní**, která jsou určovaná našimi hodnotami, strukturou, tradicí, zkušeností apod. Tyto dva rozměry nejsou oddělitelné a neustále se proměňují a vyvíjejí.³⁵

Kvalitu v sociálních službách můžeme také definovat jako soubor vlastností a znaků nějakých činností, které se vztahují k naplnění daných požadavků a cílů. Jaké jsou souhrnné vlastnosti zařízení sociálních služeb, která jsou hodnocena jako poskytující velmi

³³ Deník veřejné správy: Jak je to s novelou zákona o sociálních službách. [online]. 2020 [cit. 2021-05-17]. Dostupné z: <http://denik.obce.cz/clanek.asp?id=6810465>

³⁴ Deník veřejné správy: Jak je to s novelou zákona o sociálních službách. [online]. 2020 [cit. 2021-05-17]. Dostupné z: <http://denik.obce.cz/clanek.asp?id=6810465>

³⁵ HORECKÝ, Jiří - LUSKOVÁ, Daniela. *Měření kvality v sociálních službách*. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb České republiky, 2019, 65 s. ISBN 978-80-907053-9-5.

kvalitní služby? Základním předpokladem je naplnění všech zákonných norem, podmínek, předpokladů či standardů kvality, klíčovým determinantem je však dlouhodobá spokojenost klientů a jejich rodin, která zásadním způsobem vytváří pověst o tomto zařízení. Celkově může být tento pozitivní obraz podporován marketingem, PR strategií či používáním různých modelů měření a zvyšování kvality.³⁶

3.5.2 Standardy kvality sociálních služeb

Standard obecně je psaná nebo zvyková norma, která označuje žádoucí cílové stavy a umožňuje konkrétnímu subjektu posuzovat míru jejich naplnění. V sociálních službách standardy představují soubor dohodnutých kritérií, který umožňuje posuzování kvality služby.

Kvalita je souhrn vlastností, které vypovídají o hodnotě dané služby. Kvalita = hodnota. Celospolečensky přijímaný názor reflektuje stav, kdy lze předpokládat, že co je kvalitní je rovněž hodnotné. V případě sociálních služeb, sociální péče i sociální práce je potřeba, se dohodnout na tom co je v konkrétním případě tou hodnotou, tedy stanovit normu, tzn. standard. Hodnotné je vše co je pro nás důležité, o co usilujeme, co nás naplňuje a na co jsme hrdí. Lze říci, že kvalitní sociální služba je služba individuální, odborná, bezpečná a dostupná.

Standardy kvality sociálních služeb jsou vymezeny v příloze č. 2 Vyhlášky MPSV č. 505/2006 Sb., která obsahuje 15 standardů kvality sociálních služeb a 49 kritérií, která osvědčují kvalitu poskytování sociálních služeb.

3.5.2.1 Vývoj standardů kvality sociálních služeb

Po roce 1989, v souvislosti s politicko - ekonomickou transformací, muselo nutně dojít i ke kompletní rekonstrukci sociálního systému. Stávající systém byl nedostačující a v mnoha ohledech zcela nepřipraven na změny, které z realizace ekonomické reformy vyplývaly. Jedním z klíčových problémů, které souvisely s transformací sociální politiky, bylo financování nemalých sociálních výdajů z veřejných rozpočtů a jejich nedostatečné účelné a smysluplné vynakládání. Subjekty, které poskytovaly sociální služby, byly vesměs orgány veřejné správy a řídicí, metodická a koordinační činnost byla ponechána

³⁶ HORECKÝ, Jiří - LUSKOVA, Daniela. *Měření kvality v sociálních službách*. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb České republiky, 2019, 65 s. ISBN 978-80-907053-9-5.

v rukou Ministerstva práce a sociálních věcí. V tomto období dochází ke komercializaci a marketizaci sociálních služeb a své tradiční role se chopil i občanský sektor, který využil možnosti založit nestátní subjekt, jehož prostřednictvím mohl začít poskytovat moderní sociální služby. Nicméně tento rozvoj nebyl příliš harmonizovaný a strukturovaný a mnohdy neodrážel potřeby v regionech. Až do přijetí zákona o sociálních službách nebyla tato oblast řešena koncepčně a komplexně legislativně a to v oblasti financování, odborného vedení, vývoje metod sociální práce s klienty a především pak z hlediska deinstitucionalizace péče o klienty sociálních služeb. Za zmínku jistě stojí i to, že polistopadové změny v roce 1989 sebou přinesly i potřebu vzniku nových sociálních služeb, do té doby zcela opomíjených např. azylové domy.

V evropských zemích a rovněž v USA je běžnou praxí provádění hodnocení potřeb určitých cílových skupin, jehož smyslem je maximalizace efektivity sociálních služeb a identifikace těch potřeb, které nejsou v dané lokalitě pokryty. V České republice se podobné hodnocení, v souladu se zákonem o sociálních službách, nazývá *Komunitním plánováním sociálních služeb* a skládá se z analýz potřebnosti konkrétních sociálních služeb a zdrojů pro pokrytí a naplnění potřeb sociálních služeb. Lze tvrdit, že takové hodnocení je srovnatelné s hodnocením potřeb v evropských zemích a Spojených státech.

Významným rysem této doby jsou vstupy zcela nových platforem pro řešení závažných odborných otázek v této oblasti, začaly se využívat zahraniční zkušenosti, internet, mezinárodní spolupráce a realizace prvních projektů z evropských zdrojů.

Vláda ČR v roce 2003 schválila konzultační dokument s názvem *Bílá kniha v sociálních službách* a v něm definovala sedm základních principů, které jsou považovány za základ sociálních služeb. Základní principy dle Bílé knihy.

Obrázek 6 Základní principy dle Bílé knihy



Uvedené principy se staly základem procesu transformace sociálních služeb v České republice, jejímž hlavním cílem je zabezpečit přiměřený komfort života seniorům, zdravotně postiženým, osobám, které se ocitly v nepříznivé životní situaci a přiblížit jim jejich život k životu běžnému právě podporou některé ze sociálních služeb. V tomto směru roste zájem o občanská práva a s nimi i o práva klientů. Na tomto základě lze charakterizovat následující trendy, které se v současné době prosazují:

- dochází ke konfrontaci zákonitosti trhu s potřebami rozvoje činností v sociální oblasti a schopnosti dynamiky trhu (tam kde aktivně působí trh, není třeba plánovat a organizovat, ale pouze účelně usměrňovat),
- financování sociálních služeb je založeno na participaci většího množství subjektů (přispívají občan, rodina, stát, obec, zřizovatel, zdravotní pojišťovna, aj.)
- hledání optimální varianty zabezpečení sociálních potřeb, jak z pohledu humánního, tak technického, technologického a tedy i ekonomického
- probíhá proces deinstitucionalizace v oblasti sociálních služeb pro seniory a zdravotně postižené, který zajišťuje možnost přijímat sociální služby v jejich přirozeném prostředí,

v prostředí vlastní domácnosti, rodiny a dává jim možnost nebýt sociálně vyloučení, ale naopak znovu být součástí komunity, do jejíhož života se zapojí.³⁷

3.5.2.2 Charakteristika standardů kvality sociálních služeb

V ustanovení § 99 zákona o sociálních službách jsou definovány standardy kvality sociální péče jako nástroj, pomocí kterého inspekce kvality ověřuje kvalitu poskytovaných sociálních služeb a označuje standardy kvality sociálních služeb jako soubor kritérií, jehož prostřednictvím je definována úroveň kvality poskytovaných služeb z hlediska personálního a provozního zabezpečení.³⁸ Jednotlivé standardy kvality sociálních služeb jsou dále pak specifikovány Vyhláškou č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách. Standardy kvality sociálních služeb lze rozdělit dle zainteresovanosti či participace zúčastněných aktérů, kteří se na jejich tvorbě podílejí na:

Standardy týmové

Na souboru těchto standardů se podílejí pracovní týmy z řad zaměstnanců převážně z přímé péče a při jejich tvorbě se vychází z ověřené praxe v organizaci, která se v týmech společně diskutuje.

Standardy manažerské

Skupinu těchto standardů zpracovává management organizace a výraznou oporu při zpracování těchto standardů je platná legislativa v této oblasti. Do zpracování těchto standardů není zapotřebí tolik zapojovat ostatní pracovníky.³⁹

Ovšem mnohem větší vypovídající schopnost má rozdělení dle povahy a zaměření jednotlivých standardů kvality sociálních služeb do tří základních částí:

Procedurální standardy, které jsou považovány za nejdůležitější a vymezují jak má poskytovaná služba vypadat. Tato část je zaměřená na jednání se zájemcem o službu a hledání cesty jak službu přizpůsobit co nejlépe individuálním potřebám každého, ať už zájemce, či přímo klienta. V části, která obsahuje procedurální standardy je nemalý prostor

³⁷ ČÁMSKÝ, Pavel; KRUTILOVÁ, Dagmar; SEMBDNER, Jan; SLADKÝ, Pavel. *Manuál pro tvorbu a zavádění standardů kvality sociálních služeb*. Centrum sociálních služeb Praha 2008. Publikace vznikla jako výstup z projektu CZ.04.3.07/2.1.00.1/0003 Vzdělávání pracovníků sociální sféry.

³⁸ Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách.

³⁹ ČÁMSKÝ, Pavel; KRUTILOVÁ, Dagmar; SEMBDNER, Jan; SLADKÝ, Pavel. *Manuál pro tvorbu a zavádění standardů kvality sociálních služeb*. Centrum sociálních služeb Praha 2008. Publikace vznikla jako výstup z projektu CZ.04.3.07/2.1.00.1/0003 Vzdělávání pracovníků sociální sféry.

věnován též ochraně práv klientů a tvorbě ochranných a proti diskriminačních mechanismů. Mezi procedurální standardy patří:

STANDARD 1. Cíle a způsob poskytování sociálních služeb

STANDARD 2. Ochrana práv klientů

STANDARD 3. Jednání se zájemce o službu

STANDARD 4. Smlouva o poskytování sociální služby

STANDARD 5. Individuální plánování průběhu sociální služby

STANDARD 6. Dokumentace o poskytování sociální služby

STANDARD 7. Stížnosti na kvalitu nebo způsob poskytování sociálních služeb

STANDARD 8. Návaznost poskytované sociální služby na další dostupné zdroje⁴⁰

Personální standardy, jak je zřejmé z názvu, tato skupina standardů věnuje pozornost personálnímu zajištění služby. Kvalita sociálních služeb je přímo závislá na zaměstnancích, kteří službu zajišťují, na jejich dovednostech, vzdělání a jak bude v empirické části dále rozpracováno, na podmínkách, které pro práci mají, motivaci a stupněm empatie. Mezi personální standardy patří:

STANDARD 9. Personální a organizační zajištění sociální služby

STANDARD 10. Profesní rozvoj zaměstnanců⁴¹

Provozní standardy, definují podmínky pro poskytování sociálních služeb. Soustřeďují se na životní prostor klientů v sociálních službách, na prostory, dostupnost, ekonomické zajištění služby.⁴² Mezi provozní standardy patří:

STANDARD 11. Místní a časová dostupnost poskytované sociální služby

STANDARD 12. Informovanost o poskytované sociální službě

STANDARD 13. Prostředí a podmínky

STANDARD 14. Nouzové a havarijní situace

STANDARD 15. Zvyšování kvality sociální služby⁴³

⁴⁰ Ministerstvo práce a sociálních věcí. [online]. 2021 [cit. 2021-04-11]. Dostupné z: <https://www.mpsv.cz/standardy-kvality-socialnich-sluzeb>

⁴¹ Tamtéž

⁴² Ministerstvo práce a sociálních věcí, *ZAVÁDĚNÍ STANDARDŮ KVALITY SOCIÁLNÍCH SLUŽEB DO PRAXE*, Praha 2002, první vydání 112 s.; ISBN 80-86552-45-4.

⁴³ Ministerstvo práce a sociálních věcí. [online]. 2021 [cit. 2021-04-11]. Dostupné z: <https://www.mpsv.cz/standardy-kvality-socialnich-sluzeb>

3.5.3 Modely a nástroje na měření a zvyšování kvality sociálních služeb

Jak již bylo zmíněno se zákonem o sociálních službách a v jeho prováděcí vyhlášce č. 505/2006 Sb. byla dána poskytovatelům sociálních služeb dána zákonná povinnost dodržování standardů kvality sociálních služeb. Lze tvrdit, že standardy kvality jsou základním hodnotícím měřítkem, kterým lze službu charakterizovat jako více či méně kvalitní, proto se v následujícím textu zaměřím na některé z modelů a nástrojů měření a zvyšování kvality sociálních služeb.

3.5.3.1 Značka kvality v sociálních službách

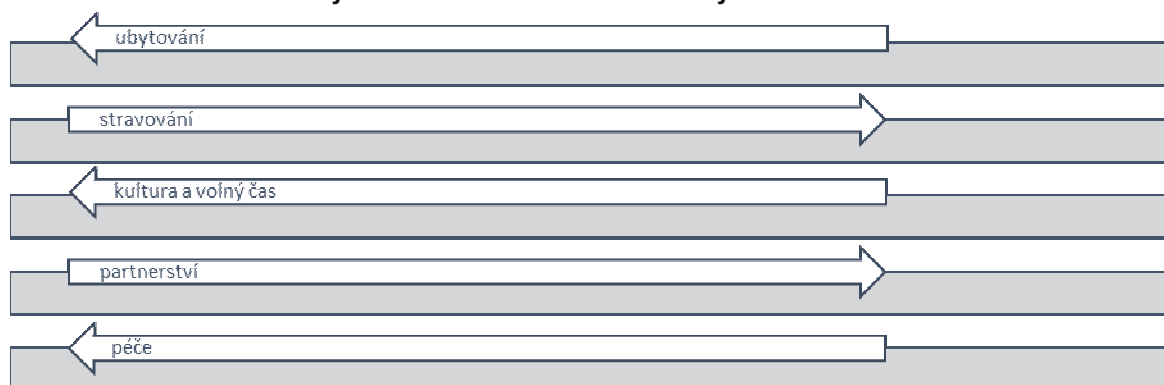
Obrázek 7 Značka kvality v sociálních službách



Jedná se o systém hodnocení zařízení sociálních služeb, který je založen na udělování bodů externími certifikátory a z něj vycházejícího přidělení hvězd. Cílem je poskytnout zájemcům o službu, jejich rodinným příslušníkům a klientům sociální služby informaci o tom, jakou kvalitu mohou od života v zařízení očekávat. Značka kvality je zaměřena na to, co je kvalitní z pohledu klienta. Systém Značky kvality vznikl od roku 2009 pro domovy pro seniory, první certifikace této služby byly realizovány v roce 2011. Od dubna 2013 je systém zpřístupněn i pro službu domov se zvláštním režimem a pro kombinaci těchto dvou služeb. Tento systém usiluje o zvyšování kvality v certifikovaných zařízeních, poukazuje na slabá místa a předkládá doporučení, pro možné zlepšování. Jedná se o aktivní systém, který průběžně reaguje na stále se zvyšující požadavky na kvalitu péče.⁴⁴ Systém pracuje se škálou více než 300 hodnotících kritérií v těchto pěti základních oblastech:

⁴⁴ Značka kvality v sociálních službách. [online]. 2021 [cit. 2021-05-21]. Dostupné z: <https://www.znackakvality.info>

Obrázek 8 Základní oblasti systému hodnocení - Značka kvality



Hodnocení pracuje prioritně s preferencemi klientů a až v dalších fázích hodnocení jsou hodnoceny názory poskytovatelů, zaměstnanců, rodinných příslušníků.⁴⁵

3.5.3.2 E-Qalin[®]

E-Qalin[®] je evropský interní model měření kvality v sociálních službách zaměřený na prostředí péče o seniory a zdravotně postižené. Jedná se o model, který je zaměřený na každodenní praxi, potřeby klientů sociální služby, jejich rodinných příslušníků a zaměstnanců. Model E-Qalin[®] je založen na principu sebehodnocení a podporuje proces učení uvnitř organizace a tím rozvíjí inovativní potenciál. Prostřednictvím tohoto modelu lze zkoumat, hodnotit a kontrolovat jednotlivé procesy a výsledky s ohledem na spokojenost všech zúčastněných. V toleranci k ideologickým a náboženským názorům je E-Qalin[®] otevřen individuálním filosofiím jednotlivých zařízení. Etické principy a hodnoty jako je úcta, čest, tolerance, empatie a připravenost k řešení problémů a konfliktů, svoboda, sebeurčení a osobní integrita jsou jednotným základem pro tento systém.⁴⁶

3.5.3.3 ISO

ISO - (*International Organization for Standardization*) je mezinárodní organizace pro sjednocení standardů. Hlavní její činností je sjednocení standardů. Normy ISO 9000 přísluší k neznámějším a neúspěšnějším standardům a staly se respektovaným mezinárodním doporučením pro požadavky trhu na kvalitu. V oblasti veřejných služeb jsou

⁴⁵ HORECKÝ, Jiří - LUSKOVÁ, Daniela. *Měření kvality v sociálních službách*. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb České republiky, 2019, 65 s. ISBN 978-80-907053-9-5.

⁴⁶ Tamtéž

nejvíce používány tyto normy, které obsahují specifické požadavky na systémy managementu.:

- ISO 9001 Systém managementu kvality
- ISO 14001 Systém environmentálního managementu
- ISO 45001 Systém managementu bezpečnosti a ochrany zdraví při práci
- ISO /IEC 2701 Systém managementu bezpečnosti informací
- ISO 50001 Systém energetického managementu

Tento model v České republice není v oblasti sociálních služeb téměř využíván. Nicméně jeho základní části se promítají do dalších nástrojů pro zvyšování kvality.⁴⁷

3.5.3.4 TQM

TQM - (*Total Quality Management*) je model, který je založen na dlouhodobé realizaci. Základním pilířem tohoto modelu měření kvality je spokojenost klienta a zaměstnance. S ohledem na konkurenceschopnost je zaměření organizace na požadavky a přání klienta a pro naplnění jeho těchto potřeb je důležité získat do svého týmu takové zaměstnance, kteří budou schopni a ochotni těmto požadavkům dostát. Jak již bylo zmíněno v úvodní části diplomové práce, jen spokojený zaměstnanec je schopen plně se ztotožnit s posláním a cílem organizace.⁴⁸

3.5.3.5 Supervize

Jedním z důležitých nástrojů zvyšování kvality poskytovaných služeb a získání zpětné vazby je supervize. Definice významu supervize je mnoho a každá nějakým způsobem směřuje k cíli své podstaty a významu pro organizaci. Supervizi je možno chápat jako zprostředkování nezávislého pohledu na činnost, kterou člověk vykonává s cílem vyvarovat se chyb s cílem osobního a profesního růstu. Nicméně v oblasti poskytování sociálních služeb je hlavním cílem supervize zajistit kvalitní službu klientovi. Formy supervize jsou, podle většiny teoretiků, vymezeny třemi základními funkcemi, kterými jsou:

- funkce vzdělávací
- funkce podpůrná

⁴⁷ HORECKÝ, Jiří - LUSKOVÁ, Daniela. *Měření kvality v sociálních službách*. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb České republiky, 2019, 65 s. ISBN 978-80-907053-9-5.

⁴⁸ Tamtéž

- funkce řídicí
- (funkce zprostředkující) se někdy k základním funkcím taktéž přidává a je vnímána jako funkce doplňková.⁴⁹

3.5.3.6 Vizitace péče

Vizitace v pobytových sociálních službách je zaměřena nejen na kvalitu zdravotní a sociální péče, ale i na kvalitu ubytovacích a stravovacích případně i fakultativních služeb. Jedná se o pravidelné navštěvování klientů týmem pracovníků (ideálně např. ředitel, vrchní sestra, vedoucí sociálního úseku, vedoucí stravovacího úseku apod.). Cílem těchto návštěv je, z rozhovorů s klientem a kontroly prostředí, ve kterém klient žije, získat zpětnou vazbu, týkající se spokojenosti klienta a kvality sociální služby. Získané informace jsou následně zpracovány a vyhodnoceny. Výstupy vizitace jsou následně použity jako návodný materiál pro zvýšení kvality a spokojenosti klienta.

3.6 Závěr teoretické části

Stěžejním objektem diplomové práce jsou služby sociální péče, zaměřené na pobytové sociální služby v Kraji Vysočina. V teoretické části je nastíněn vývoj sociální politiky a sociálních služeb. V České republice se záležitosti sociální ochrany dostávají do popředí společenského a politického zájmu zejména od roku 1989. Nicméně oblast sociálních služeb nebyla až do roku 2007 téměř legislativně ošetřena. S nástupem zákona o sociálních službách včetně prováděcích předpisů dochází ke zcela zásadním změnám. Nastupují nové nástroje, které podporují transformační proces s cílem zlepšovat sociální úroveň státu a zvyšovat kvalitu sociálních služeb. Jedním z těchto nástrojů, který patří bezesporu k těm nejvýznamnějším, patří Standardy kvality poskytování sociální péče.

V teoretické části jsou rešeršním způsobem definována základní teoretická východiska. Česká republika, tak jako ostatní evropské státy, prochází etapou rekonceptualizace a odborná veřejnost v tomto směru staví do popředí zájmu otázku péče o seniory jako možný, budoucí sociální problém. V souvislosti se stárnutím populace se jedná zejména o stránku nabídky a poptávky po sociálních službách, případně zabezpečení

⁴⁹ HORECKÝ, Jiří - LUSKOVÁ, Daniela. *Měření kvality v sociálních službách*. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb České republiky, 2019, 65 s. ISBN 978-80-907053-9-5

seniorů nebo zdravotně postižených v jejich přirozeném prostředí a možná sociální rizika z toho vyplývající.

Teoretická východiska dále vymezují pojem kvalita sociálních služeb, modely a nástroje na její zvyšování. Základní myšlenkou v této otázce je vymezení samotného pojmu kvalita. Na rozdíl od jiných znaků sociálních služeb, by posuzovat kvalitu sociálních služeb měl pouze klient. O tuto ideu se opírají všechny modely a nástroje měření kvality s cílem neustálého zvyšování, případně přizpůsobování se potřebám klienta.

Teoretická východiska diplomové práce tvoří podklad, ze kterého vychází empirická část práce.

4 Empirická část

Empirická část diplomové práce je rozdělena do tří částí.

První část se zaměřuje na kontext zkoumaného problému, kterým je sociodemografická charakteristika Kraje Vysočina a současný stav zastoupení sociálních služeb v tomto regionu. Jde o analýzy provedené studiem příslušných statistických zdrojů, zejména sociodemografických údajů ČSU a databázi MPSV o poskytovatelích sociálních služeb (se zaměřením na druhy a formy poskytování sociální služby).

Druhá část výzkumu je zaměřena na poptávku po sociálních službách ve vybraném regionu a zhodnocení kapacit jednotlivých zařízení. I v této části jsou analýzy prováděné zejména metodou výzkumu "studium dokumentů". Konkrétně se jedná o vnitřní předpisy organizací, které sledují systém evidence žádostí o pobytovou službu (laicky známý také jako tzv. "pořadník žadatelů").

Třetí část empirické práce sleduje otázku personálního zajištění sociálních služeb, která je z části opřena o studium dokumentů, především organizačních struktur jednotlivých zařízení a doplněna o rozhovory s vybranými respondenty. Výzkum je prováděn polostandardizovanou technikou dotazování expertů, tzn. rozhovor na základě okruhů otázek s reprezentanty poskytovatelů pobytových sociálních služeb v regionu. Osloveni jsou výhradně pracovníci, kteří jsou zaměstnáni na úseku přímé péče. Ve všech zařízeních proběhlo kvalitativní šetření prostřednictvím dotazování. Volba dotazovaných proběhla záměrným výběrem, a to se zvláštním zřetelem k charakteru decentralizace poskytovaných sociálních služeb (od těch, které jsou zcela decentralizované, tzn. služby poskytované v komunitních domácnostech až po ty centralizované, poskytované v rámci konkrétního pobytového zařízení). V každé organizaci byli vybráni experti působící v přímé péči, přičemž jeden vždy v oblasti sociální (zpravidla v pozici sociálního pracovníka a pracovníka v sociálních službách) a další v oblasti zdravotní péče (zpravidla vrchní sestra nebo vedoucí zdravotního úseku). Tedy z celkového počtu 283 registrovaných sociálních služeb v Kraji Vysočina, je 95 pobytových a z nich do šetření vstoupilo 19 organizací, které zřizuje kraj. Těchto 19 příspěvkových organizací poskytuje celkem 53 pobytových služeb, které má zaregistrované v Registru poskytovatelů sociálních služeb.

Závěr empirické části je rozdělen do dvou oddílů, kterými jsou zhodnocení dostupnosti a kapacitní možnosti zařízení a následně zhodnocení personálního zajištění sociálních služeb ve vybraném regionu. Součástí vyhodnocení je rovněž identifikace problematických aspektů a návrh doporučení k jejich eliminaci. Zde jsou rovněž prezentovány vlastní postřehy z výzkumu. Tyto analýzy, které se vztahují k regionu Kraje Vysočina, se zaměřují zejména na pobytová zařízení, zřizovaná krajem, které poskytují pobytové služby seniorům v rozličných formách (včetně domovů se zvláštním režimem).

V závěru diplomové práce je shrnutí výsledků výzkumu a jsou prezentovány možnosti nápravných opatření, směřujících k eliminaci problematických aspektů v oblasti dostupnosti, kapacit a personálního zajištění pobytových sociálních služeb v Kraji Vysočina.

4.1 Sociodemografická charakteristika regionu a současný stav sítě sociálních služeb

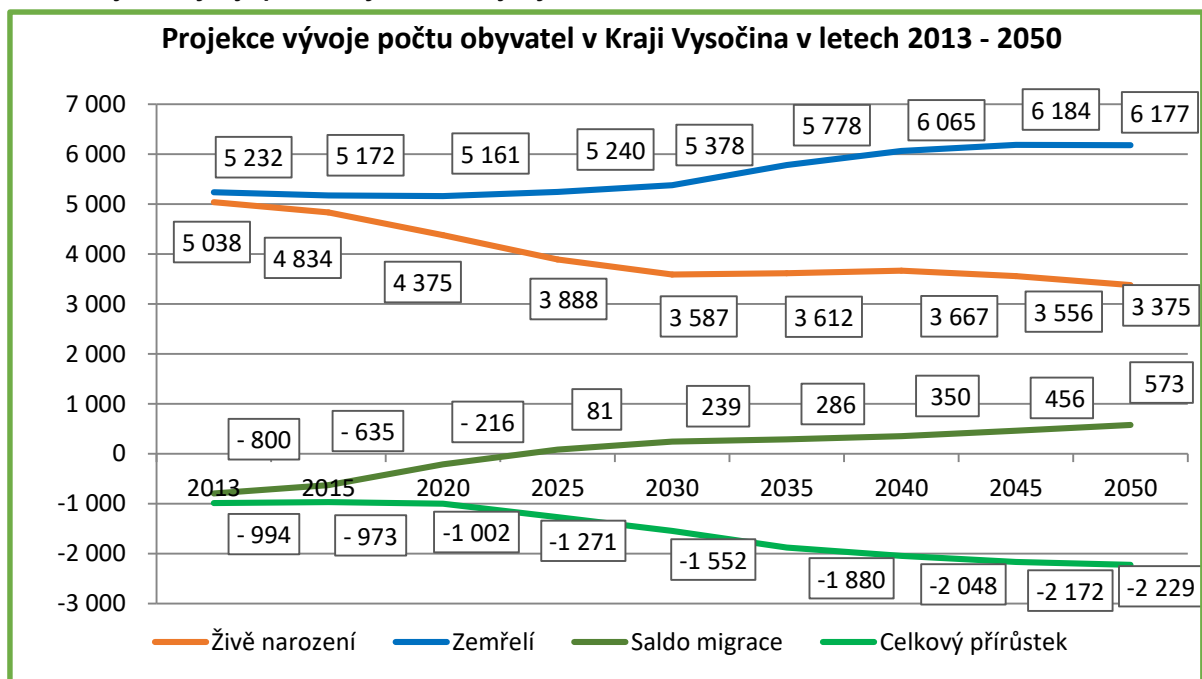
4.1.1 Kraj Vysočina - obecná sociodemografická charakteristika

"Rozlohou 6 796 km² se sice Kraj Vysočina řadí na páté místo mezi kraji. Počtem obyvatel ale až na místo dvanácté, což se odráží ve velmi nízké hustotě osídlení, které představuje cca 75,0 obyvatele na km², což znamená jen 55,3 % průměru České republiky a v rámci krajů je druhá nejnižší, což může znamenat jak jistou výhodu pro poskytování sociálních služeb (klidná místa poskytování služby), avšak i nevýhody (např. nedostupnosti v případě terénních služeb).

Na území Kraje Vysočina žilo ke konci roku 2020 celkem 504 330 obyvatel. V demografické struktuře Kraje Vysočina mají nepatrně vyšší zastoupení ženy, a to 50,3 %. Na základě demografické projekce ČSÚ bude v r. 2050 žít na Vysočině pouze 450 tis. obyvatel. Tento trend znamená pokles o necelých 12,5 %. Pokles obyvatel je způsoben zejména zápornou hodnotou přirozeného přírůstku v celém sledovaném období let 2013 - 2050 přičemž výše úbytku obyvatel bude soustavně narůstat."⁵⁰

⁵⁰ ČSÚ. 2019. Projekce obyvatelstva v krajích ČR - do roku 2050. [online] [cit. 15. 4. 2020]. Dostupné z: https://www.czso.cz/csu/xj/obyvatel_kraje_vysocina_bude_ubyvati_a_budou_starnout

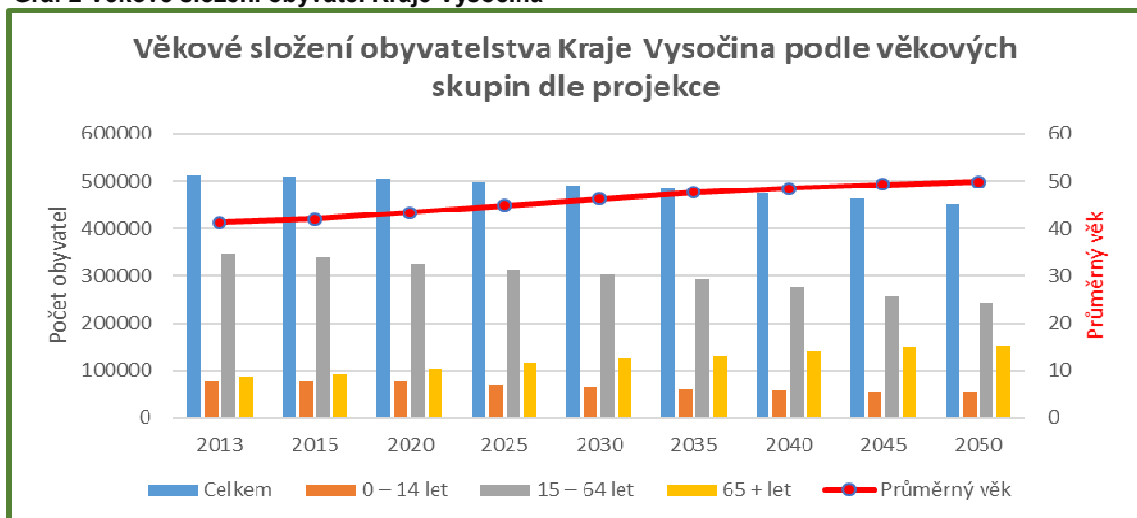
Graf 1 Projekce vývoje počtu obyvatel v Kraji Vysočina v letech 2013 - 2050 dle ČSÚ



Zdroj dat: ČSÚ. (Údaje jsou platné k 31. 12. 2019.)⁵¹

Z výše uvedeného grafu vyplývá, že celkový počet živě narozených obyvatel v Kraji Vysočina má klesající tendenci a naopak počet úmrtí má tendenci stoupající. Tento jev je hlavní příčinou zvyšování průměrného věku obyvatelstva a tím i požadavku na poskytování sociálních služeb seniorům. Věkové struktury se věnuje následující grafické znázornění.

Graf 2 Věkové složení obyvatel Kraje Vysočina



Zdroj dat: ČSÚ. (Údaje jsou platné k 31. 12. 2019.)⁵²

⁵¹ ČSÚ. 2019. Projekce obyvatelstva v krajích ČR - do roku 2050. [online] [cit. 15. 4. 2020]. Dostupné z: https://www.czso.cz/csu/xj/obyvatel_kraje_vysocina_bude_ubyvati_a_budou_starnout

Na výsledcích projekce jsou znepokojující především změny v podílech obyvatelstva podle věku. V roce 2050 by měl klesnout podíl dětí mladších 15 let na 12,3 % z celkového počtu obyvatel kraje proti 14,8 % v roce 2013. Zhruba o tři čtvrtiny se v roce 2050 zvýší počet osob ve věku 65 a více let, když budou tvořit více než třetinu z odhadovaného celkového počtu obyvatel Kraje Vysočina. Podíl nejstarších obyvatel tak bude po Zlínském kraji druhý nejvyšší v regionálním srovnání⁵³. Zastoupení obyvatel ve věku 15 - 64 let se sníží ve sledovaném období z 68,1 % na 53,6 %.

Na základě vývoje věkového složení populace se bude index stáří (počet osob ve věku 65 a více let na 100 dětí do 15 let) ve všech krajích prudce zvyšovat. V horizontu projekce by se index stáří mohl v jednotlivých krajích pohybovat v rozmezí 165 – 290 seniorů na 100 dětí, přičemž nejnižší by byl v Hlavním městě Praze (vliv migrace) a nejvyšší ve Zlínském kraji. Na Vysočině by mohl dosáhnout hodnoty 277 seniorů na 100 dětí (třetí nejvyšší hodnota mezi kraji), (k 1. 1. 2013 tento ukazatel představoval 116 seniorů na 100 dětí).

Růst bude také index ekonomického zatížení, který porovnává počet osob ve věku 65 + a 0 - 19 let s počtem osob ve věku 20 - 64 let. Index bude směřovat k početnímu vyrovnání (100) těchto dvou složek populace. Na počátku roku 2051 se očekává tento index na Vysočině ve výši 103, což je nejvyšší hodnota z krajů.

Naděje dožití při narození vzroste v Kraji Vysočina u mužů z dnešních 75,9 na 83,7 roku v roce 2050 a u žen z 81,5 na 88,4 roku. Rozdíl v naději dožití při narození u mužů a žen by se tedy měl snížit z 5,6 roku v roce 2013 na 4,7 roku v roce 2050. Příznivé snad je alespoň zjištění, že naděje dožití při narození mužů a žen zůstává na Vysočině stabilně nadprůměrná v rámci ČR.⁵⁴ Z takového vývoje lze předpokládat stále se zvyšující poptávka po sociálních službách seniorům.

4.1.2 Současný stav sítě sociálních služeb v Kraji Vysočina

Na základě analýzy a studia podkladů jsem identifikovala strukturu sociálních služeb v Kraji Vysočina. Oporou při členění sociálních služeb je vymezení dle zákona č.

⁵² ČSÚ. 2019. Projekce obyvatelstva v krajích ČR - do roku 2050. [online] [cit. 15. 4. 2020]. Dostupné z: https://www.czso.cz/csu/xj/obyvatel_kraje_vysocina_bude_ubyvati_a_budou_starnout

⁵³ Tamtéž

⁵⁴ ČSÚ. 2013. Projekce obyvatelstva v krajích ČR - do roku 2050. [online] [cit. 15. 4. 2020]. Dostupné z: https://www.czso.cz/csu/xj/obyvatel_kraje_vysocina_bude_ubyvati_a_budou_starnout

108/2006 Sb., na služby sociální péče, sociální prevence a odborného sociálního poradenství. V Kraji Vysočina působí celkem 296 registrovaných sociálních služeb. Téměř dvě třetiny služeb tvoří služby sociální péče (64,5 %), více než čtvrtinu služby sociální prevence (27,7 %) a necelou desetinu služby sociálního poradenství (7,8 %). Počty registrovaných služeb podle typů sociálních služeb názorně dokumentuje následující tabulka.

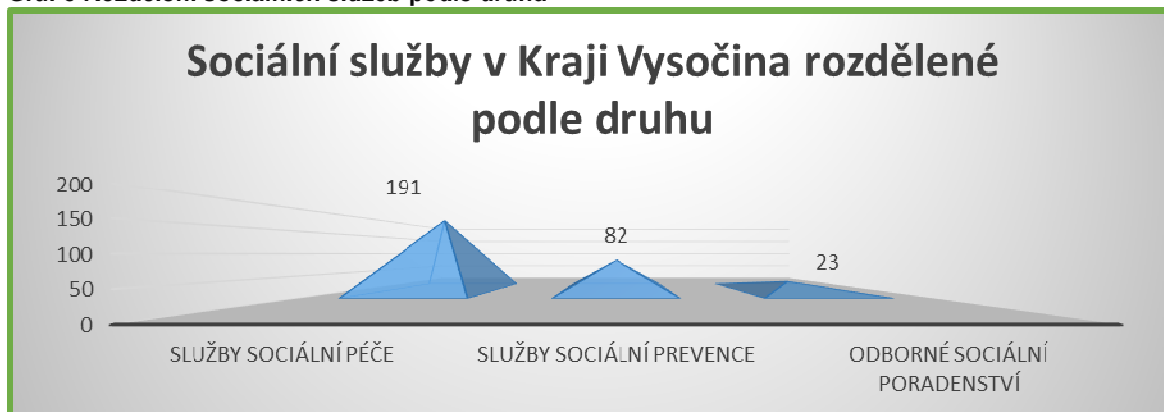
Tabulka 1 Počty registrovaných sociálních služeb dle druhu a okresu

OKRES	SLUŽBY SOCIÁLNÍ PÉČE	SLUŽBY SOCIÁLNÍ PREVENCE	ODBORNÉ SOCIÁLNÍ PORADENSTVÍ
Havlíčkův Brod	39	17	4
Jihlava	38	27	14
Pelhřimov	48	11	4
Třebíč	34	22	5
Žďár nad Sázavou	47	22	6
Celkem v Kraji Vysočina⁵⁵	191	82	23

Zdroj: Registr poskytovatelů soc. služeb, Střednědobý plán rozvoje soc. služeb Kraje Vysočina na roky 2016 - 2020.

Jak již bylo zmíněno, diplomová práce se zabývá primárně službami sociální péče poskytované pobytovou formou, které budou v následujících kapitolách dále analyzovány. Zastoupení služeb sociální prevence a odborného sociálního poradenství je uvedeno v tabulce č. 3 pro názorné srovnání dle počtu sociálních služeb. Z této tabulky a grafu je patrné, že služby sociální péče zaujímají v celkovém počtu poskytovaných služeb nejvýznamnější část z celkového spektra všech sociálních služeb v Kraji Vysočina. Názornější pohled nabízí následující graf.

Graf 3 Rozdělení sociálních služeb podle druhu



Zdroj: Registr poskytovatelů - vlastní zpracování

⁵⁵ Řádek Celkem v Kraji Vysočina neodpovídá součtu řádků za jednotlivé okresy, neboť některé sociální služby jsou poskytovány ve více okresech.

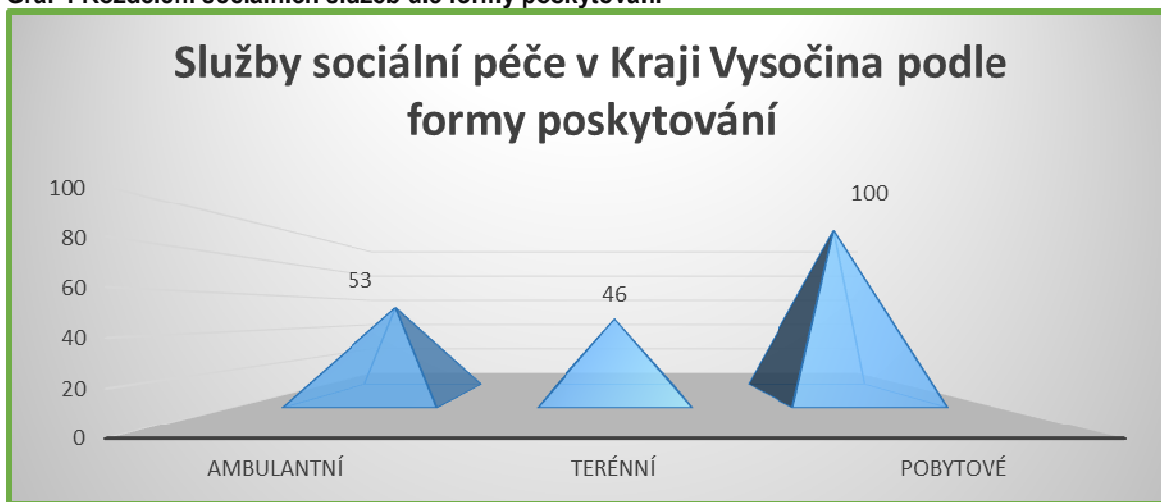
Tabulka 2 Počty registrovaných sociálních služeb dle formy a okresu

Okres	Ambulantní	Terénní	Pobytové
Havlíčkův Brod	15	8	18
Jihlava	14	12	16
Pelhřimov	11	11	29
Třebíč	8	10	22
Žďár nad Sázavou	11	19	21
Celkem v Kraji Vysočina ⁵⁶	53	46	100

Zdroj: Registr poskytovatelů soc. služeb, Střednědobý plán rozvoje soc. služeb Kraje Vysočina na roky 2016 - 2020.

Z uvedené tabulky je patrné, že nejvíce sociálních služeb je (celkem 100) je poskytováno pobytovou formou. Celkem 53 sociálních služeb je poskytováno pouze ambulantní formou a celkem 46 sociálních služeb je poskytováno terénní formou. Orientační přehled je znázorněn v následujícím grafu. Některé služby jsou poskytovány kombinací dvou forem, nejčastěji v kombinaci ambulantní a terénní. Jejich zastoupení v přehledu není uvedeno.

Graf 4 Rozdělení sociálních služeb dle formy poskytování



Zdroj: Registr poskytovatelů - vlastní zpracování

4.1.3 Geografické vymezení sociálních služeb v Kraji Vysočina

V této části diplomové práce je znázorněno geografické rozmístění registrovaných pobytových sociálních služeb (služeb sociální péče) v Kraji Vysočina, které bylo zpracováno na základě dat z Registru poskytovatelů a Střednědobého plánu rozvoje

⁵⁶Řádek Celkem v Kraji Vysočina neodpovídá součtu řádků za jednotlivé okresy, neboť některé sociální služby jsou poskytovány ve více okresech.

sociálních služeb Kraje Vysočina. Detailnější pohled služeb (dle území bývalých okresů), ve kterém lépe vyniknou dílčí disproporce a působnost v regionu, je součástí přílohy č. 1.

V následující mapové ilustraci je znázorněno rozmístění pobytových sociálních služeb v Kraji Vysočina a zároveň je celý region barevně rozdělen na jednotlivá území, dle působnosti obcí z rozšířenou působností (dále jen "ORP"). Jedná se o 15 ORP, jejichž přehled včetně základních demografických údajů je uveden v tabulce č. 3.

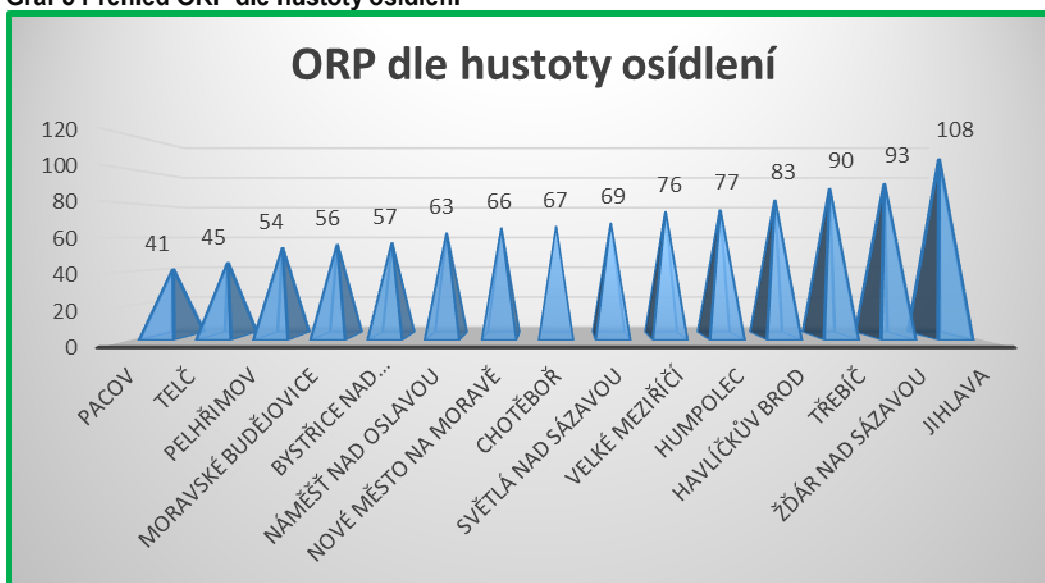
Tabulka 3 Přehled ORP v Kraji Vysočina

Pořadí	Název ORP	Rozloha v km ²	Počet obyvatel	Hustota osídlení Počet obyvatel/rozloha v km ²
1.	Bystřice nad Pernštejnem	348	20008	57
2.	Havlíčkův Brod	632	52200	83
3.	Humpolec	228	17495	77
4.	Chotěboř	329	22117	67
5.	Jihlava	922	99951	108
6.	Moravské Budějovice	414	23330	56
7.	Náměšř nad Oslavou	211	13327	63
8.	Nové Město na Moravě	293	19341	66
9.	Pacov	235	9581	41
10.	Pelhřimov	827	44985	54
11.	Světlá nad Sázavou	290	19892	69
12.	Telč	291	13088	45
13.	Třebíč	838	75216	90
14.	Velké Meziříčí	473	35981	76
15.	Žďár nad Sázavou	464	42943	93

Zdroj: ČSÚ - Demografická ročenka, Registr poskytovatelů soc. služeb, Střednědobý plán rozvoje soc. služeb Kraje

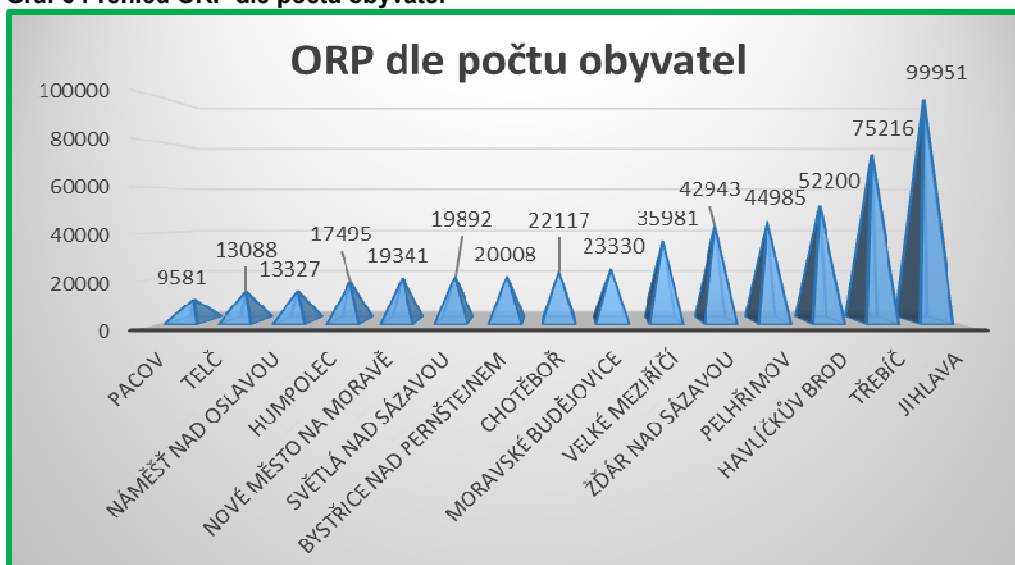
Z výše uvedených dat jsou patrné rozdíly mezi jednotlivými ORP. Z uvedeného přehledu je vidět, že některé ORP jsou až třikrát větší než jiné (v případě rozlohy, související s obsluhností místa pro poskytování terénních služeb), v případě počtu obyvatel potažmo klientů služeb je tento rozdíl ještě vyšší. Od toho se pak měl odvíjet i počet organizací podílejících se na poskytování sociálních služeb.

Graf 5 Přehled ORP dle hustoty osídlení



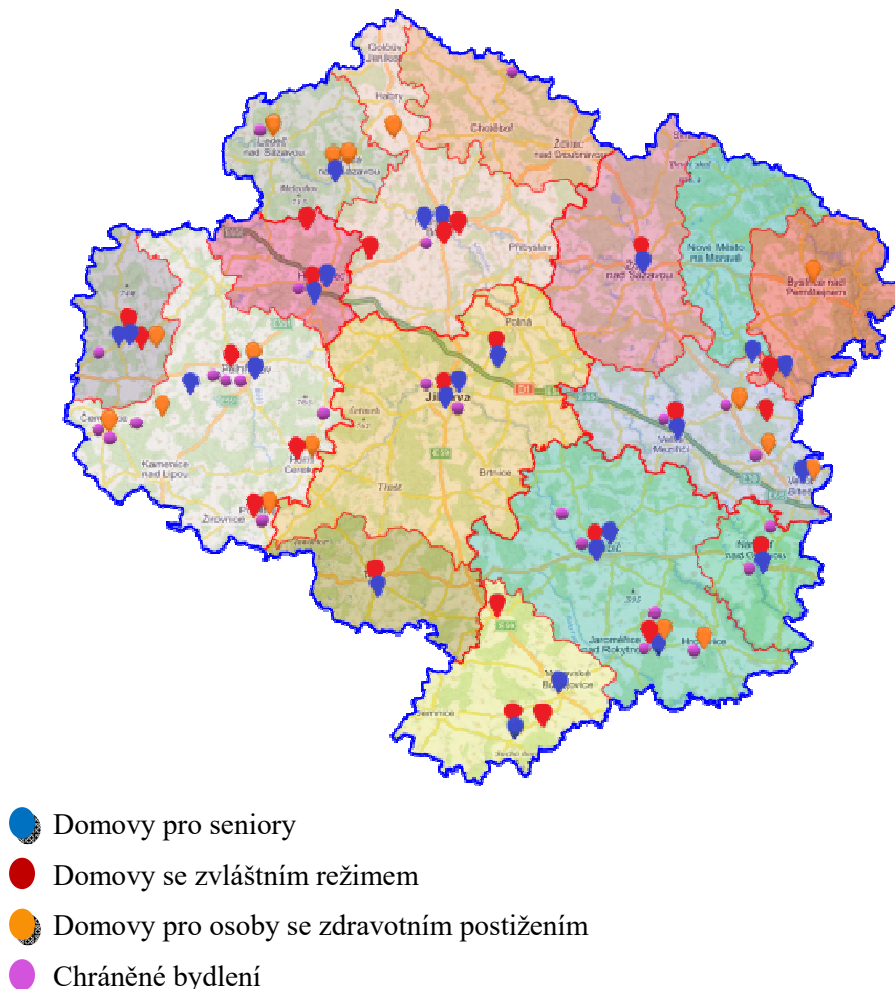
Zdroj: ČSÚ - Demografická ročenka, Registr poskytovatelů soc. služeb, Střednědobý plán rozvoje soc. služeb Kraje

Graf 6 Přehled ORP dle počtu obyvatel



Zdroj: ČSÚ - Demografická ročenka, Registr poskytovatelů soc. služeb, Střednědobý plán rozvoje soc. služeb Kraje

Obrázek 9 Rozmístění služeb DPS, DZR a DOZP, (CHB) v Kraji Vysočina v roce 2020.



Z uvedeného přehledu ORP a grafického znázornění rozmístění sociálních služeb je patrné, že dostupnost pobytových sociálních služeb v regionu není ve všech správních obvodech ORP stejná a jejich zastoupení v jednotlivých lokalitách je rozdílné. Správní obvody ORP se diferencují v závislosti na své geografické poloze (spádovosti nebo vzdálenosti od krajského města Jihlava nebo od bývalých okresních měst) s čímž úzce souvisí dostupnost sociálních služeb a již nyní lze obecně konstatovat, že dostupnost ve správních obvodech ORP se liší. Jak je patrné z grafického znázornění, v okolí krajského města je nabídka sociálních služeb lepší a naopak na severu regionu, zejména ve správním

obvodě ORP Chotěboř a Nové Město na Moravě jsou pobytové sociální služby zastoupeny v menším počtu, přičemž hustota osídlení v těchto regionech je na střední úrovni.⁵⁷

4.1.4 Zhodnocení kapacit pobytových sociálních služeb

V závislosti na projekci obyvatelstva je potřeba zanalyzovat také kapacitní možnosti sociálních služeb poskytovaných pobytovou formou. V roce 2020 bylo v Kraji Vysočina 509 274 obyvatel – z toho ve věku 0–14 let celkem 78 620 osob, v produktivním věku celkem 328 141 osob a ve věku nad 65 let celkem 102 513 osob. V návaznosti na tento stav obyvatelstva jsou kapacity služeb sociální péče v roce 2020 nastaveny následně:

Tabulka 4 Kapacity pobytových sociálních služeb v roce 2020

Domovy pro seniory	1 982 lůžek
domovy se zvláštním režimem	996 lůžek + 111 mimo KSSS
Domovy pro osoby se zdravotním postižením	555 lůžek
Chráněná bydlení	208 lůžek
Odlehčovací služby	53 lůžek + 14 mimo KSSS
Týdenní stacionáře	40 lůžek + 22 mimo KSSS

Zdroj - Střednědobý plán sociálních služeb, KSSS - Krajská síť sociálních služeb

Na základě demografické projekce ČSÚ z roku 2020 bude v roce 2050 žít na Vysočině pouze 466 997 obyvatel – z toho ve věku 0–14 let celkem 66 205 osob, v produktivním věku celkem 252 858 osob a ve věku nad 65 let celkem 147 934 osob.⁵⁸

Pokud bychom se řídili predikovanými trendy počtu seniorů do roku 2050 o 44,63 % je potřeba nadále průběžně navyšovat kapacity v domovech pro seniory a domovech se zvláštním režimem. **Při zachování stejného poměru by měly být kapacity služeb sociální péče nastaveny orientačně do roku 2050 na:**

Tabulka 5 Kapacity pobytových sociálních služeb v roce 2050 – orientační stav

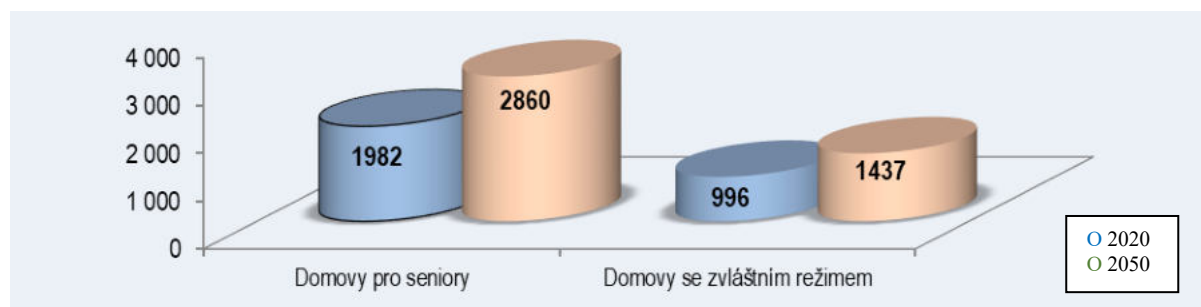
Domovy pro seniory	2 860 lůžek
Domovy se zvláštním režimem	1 437 lůžek ⁵⁹

⁵⁷ V příloze č. 2 je potom detailněji znázorněno zastoupení všech služeb sociální péče v regionu, které jsou dále rozděleny podle formy poskytování v jednotlivých bývalých okresech, včetně kapacit stávajících zařízení.

⁵⁸ ČSÚ. 2020. Projekce obyvatelstva v krajích ČR - do roku 2050. [online] [cit. 15. 4. 2020]. Dostupné z: https://www.czso.cz/csu/xj/obyvatel_kraje_vysocina_bude_ubyvati_a_budou_starnout

⁵⁹ Tamtéž

Graf 7 Porovnání stavu kapacit služeb sociální péče v roce 2020 a v roce 2050



Zdroj: ČSÚ, Kraj Vysočina

4.1.5 Krajské příspěvkové organizace poskytující pobytové sociální služby

V této kapitole diplomové práce jsou uvedeny základní informace o příspěvkových organizacích Kraje Vysočina, které poskytují pobytové služby. Jedná se zejména o domovy pro seniory, domovy se zvláštním režimem a domovy pro osoby se zdravotním postižením. Okrajově jsou v některých organizacích poskytovány i pobytové služby chráněné bydlení, denní a týdenní stacionáře, odlehčovací služby. V následujícím textu jsou představeny organizace, ve kterých byl proveden výzkum formou polostrukturovaných rozhovorů s respondenty z jednotlivých organizací. Rozhovory proběhly částečně v prostorách organizací a částečně formou videokonference, s ohledem na epidemiologickou situaci a vládní nařízení spojené s epidemií COVID - 19, v období od října 2020 do května 2021. Podkladem pro rozhovor byly okruhy otázek vycházející z analýzy poptávky po sociálních službách (viz kapitola 4.2).

Zkoumané organizace jsou rozděleny dle míry decentralizace na následující typy:

Organizace s vysokým stupněm centralizace

Organizace s vysokým stupněm centralizace se vyznačují především tím, že proces řízení organizace je jednotný pro celou organizaci (pro všechna střediska). Tohoto stavu lze dosáhnout díky tomu, že se jedná zpravidla o zařízení, kde v sídle poskytování služby zároveň sídlí i management organizace. Ve většině organizací se poskytování sociální služby svým charakterem přibližuje ústavnímu řádu. V rámci analyzovaných organizací se jedná o tato zařízení sociální péče:

DD Proseč-Obořiště, DPS Velké Meziříčí, DPS Havlíčkův Brod, DPS Náměšť nad Oslavou, DPS Mítrov, Domov Ždírec, DPS Třebíč, Koutkova – Kubešova, DPS Třebíč –

Manž. Curieových, DPS Humpolec, DD Proseč u Pošné, Domov ve Věži a Domov Nové Syrovice.⁶⁰

Organizace se středním stupněm centralizace

Mezi organizace se středním stupněm centralizace lze zařadit organizace, ve kterých sice transformační proces neprobíhá, avšak poskytování sociální služby je rozděleno do více budov (domácností, bytů) v rámci jednoho areálu. Do této skupiny lze zařadit Domov Kopretina Černovice a Domov Lidmaň. Organizace byly, od 1. 1. 2021, sloučeny do jedné příspěvkové organizace, která se nazývá Domov Černovice - Lidmaň.

Organizace se středním stupněm decentralizace

Do této skupiny patří organizace, ve kterých v současnosti probíhá transformační proces. Tyto organizace jsou specifické větším množstvím odloučených pracovišť (domácností) přičemž ještě stále existují hlavní budovy, které se vyznačují ústavním charakterem poskytování sociální péče. Patří mezi ně Domov Kamélie Křižanov a Domov Háj.

Organizace s vysokým stupněm decentralizace

V této skupině se nacházejí organizace, u kterých byl ukončen proces transformace a sociální služba je poskytována v několika lokalitách (domácnostech), přičemž ani jedno z míst poskytování sociální služby není společné s technickým zázemím a sídlem managementu. V této skupině se nacházejí Domov bez zámku Náměšť nad Oslavou a Domov Jeřabina Pelhřimov.

V příloze č. 3 jsou jednotlivé příspěvkové organizace detailněji popsány a jsou přiloženy fotodokumentace jednotlivých zařízení.

4.2 Poptávka po pobytových sociálních službách

4.2.1 Definice žadatelů a vymezení analyzovaných služeb

Tato kapitola je zaměřena na zjištění poptávky po sociálních službách. Primárním zdrojem k analýze poptávky byl tzv. "Pořadník žadatelů", který je součástí datového skladu Kraje Vysočina a v němž kromě lůžkové kapacity sleduje zřizovatel také počty evidovaných žádostí rozdělené dle pohlaví žadatelů.⁶¹

⁶⁰ Domov pro seniory Humpolec, Domov důchodců Proseč u Pošné, Domov ve Věži a Domov Nové Syrovice se odlišují specifickou cílovou skupinou klientů.

⁶¹ Žadatelem se rozumí osoba, která projevila o poskytovanou službu zájem a podala jednu nebo více žádostí o přijetí do konkrétní sociální služby.

V následující tabulce jsou analyzovány kapacity (počty lůžek) jednotlivých zařízení ve vztahu k evidovaným žádostem. Údaje jsou platné k 31. 12. 2020. Cílem této analýzy je zjistit stav poptávky po sociálních službách.⁶²

Tabulka 6 Analýza kapacit ve vztahu k podaným žádostem o sociální službu

Název příspěvkové organizace	Druhy služby	Kapacita (počet lůžek)	Počet evidovaných žádostí	Počet žadatelů na jedno lůžko	Počet lůžek na jednoho žadatele
Domov Ždírec	DPS	33	139	4,21	0,24
Domov pro seniory Třebíč - Koutkova - Kubešova	DPS	144	570	3,96	0,25
Domov pro seniory Havlíčkův Brod	DPS	95	186	1,96	0,51
Domov pro seniory Velké Meziříčí	DZR	36	62	1,72	0,58
Domov důchodců Proseč u Pošné	DOZP	37	59	1,59	0,63
Domov pro seniory Mitrov	DPS	64	102	1,59	0,63
Domov pro seniory Humpolec	DPS	104	156	1,50	0,67
Domov pro seniory Třebíč - Manž. Curieových	DPS	193	280	1,45	0,69
Domov bez zámku Náměšť nad Oslavou	DOZP	23	33	1,43	0,70
Domov Kamélie Křížanov	DZR	6	8	1,33	0,75
Domov pro seniory Havlíčkův Brod	DZR	25	32	1,28	0,78
Domov pro seniory Velké Meziříčí	DPS	67	85	1,27	0,79
Domov Lidmaň	DOZP	97	86	0,89	1,13
Domov Nové Syrovice	DZR	75	66	0,88	1,14
Domov pro seniory Náměšť nad Oslavou	DPS	84	71	0,85	1,18
Domov důchodců Proseč - Obořiště	DPS	70	56	0,80	1,25
Domov pro seniory Náměšť nad Oslavou	DZR	10	8	0,80	1,25
Domov pro seniory Třebíč - Koutkova - Kubešova	DZR	28	22	0,79	1,27
Domov Ždírec	DZR	83	65	0,78	1,28
Domov Kopretina Černovice	DOZP	149	112	0,75	1,33
Domov důchodců Proseč u Pošné	DZR	48	36	0,75	1,33
Domov Háj	DOZP	72	49	0,68	1,47
Domov Jeřábina Pelhřimov	DZR	12	8	0,67	1,50
Domov Kamélie Křížanov	DOZP	92	59	0,64	1,56
Domov Jeřábina Pelhřimov	DPS	51	32	0,63	1,59
Domov pro seniory Humpolec	DZR	84	46	0,55	1,83
Domov ve Zboží	DOZP	60	29	0,48	2,07
Domov ve Věži	DZR	91	42	0,46	2,17
Domov Jeřábina Pelhřimov	DOZP	48	22	0,46	2,18
Domov pro seniory Mitrov	DZR	66	22	0,33	3,00
Celkem		2047	2543	1,24	0,80

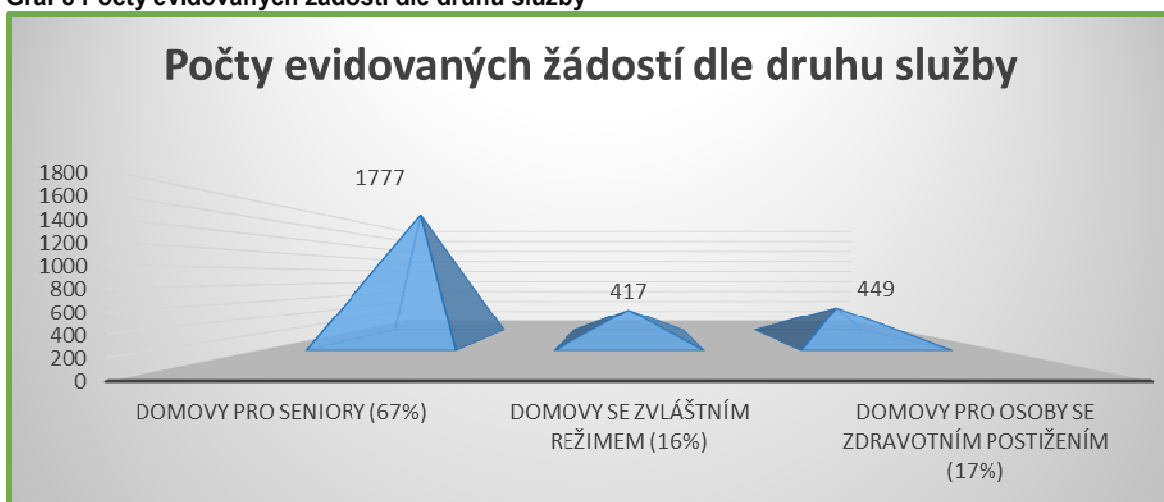
Zdroj: Registr poskytovatelů, Datový sklad Kraje Vysočina

Z poměru evidovaných žádostí o sociální služby k celkové kapacitě jednotlivých služeb vyplývá, kolik žadatelů čeká na jedno lůžko a z poměru celkové kapacity služby k

⁶² Příklad výstupu z datového skaldu je uveden v příloze č. 5.

počtu evidovaných žádostí je zřejmé kolik lůžek by služba byla schopna nabídnout jednomu žadateli. Údaje platí samozřejmě pouze za předpokladu, že by se v jeden okamžik uvolnila celková kapacita a všichni žadatelé, kteří mají podané žádosti a rovněž mají zájem o okamžitý nástup. Tato situace je v praxi nereálná, nicméně z porovnání jednotlivých údajů lze dovodit stav poptávky po sociální službě a velké rozdíly mezi službami, které budou v následujících částech diplomové práce dále analyzovány.

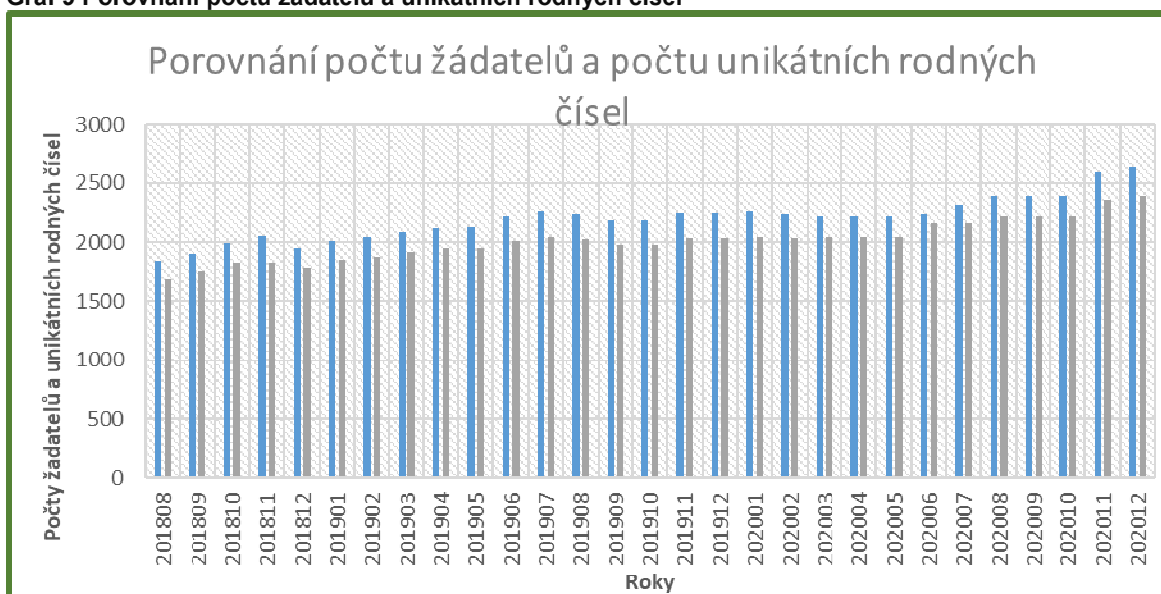
Graf 8 Počty evidovaných žádostí dle druhu služby



Zdroj: Datový sklad Kraje Vysočina, vidence žadatelů v jednotlivých službách - vlastní zpracování

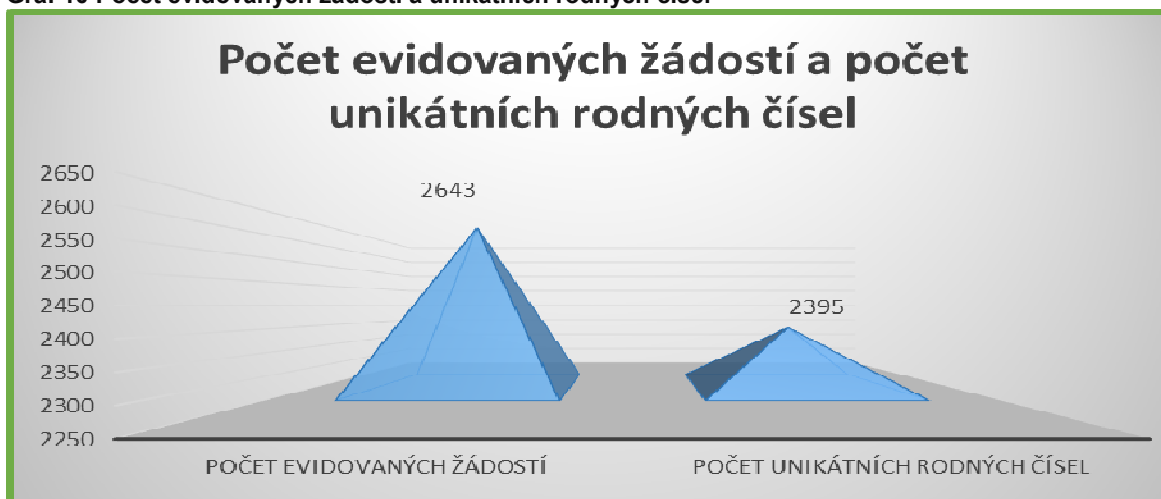
Na základě analýzy deklarované poptávky se vytváří dojem o poptávce převyšujících u většiny zařízení její kapacitu, v některých případech i čtyřikrát. Přitom z rozhovorů je patrné, že takový obraz zcela zkresluje reálnou poptávku po jednotlivé sociální službách. Žadatelé v obavě o dostupnost služby podávají žádosti duplicitně. Tím však sami žadatelé vytváří dojem jakési "falešné nedostupnosti". Jedním ze způsobů, jak předejít zkreslení je sledovat poptávku prostřednictvím unikátních rodných čísel. Srovnáním celkového počtu žádostí s unikátními rodnými čísly žadatelů zjistíme míru zkreslení, kterou vytváří veřejně dostupný obraz poptávky. Zřizovatel může tomuto zkreslení předejít (viz graf č. 9).

Graf 9 Porovnání počtu žadatelů a unikátních rodných čísel



Zdroj: Datový sklad Kraje Vysočina, databáze žádostí jednotlivých organizací

Graf 10 Počet evidovaných žádostí a unikátních rodných čísel



Zdroj: Datový sklad Kraje Vysočina, databáze žádostí

Srovnáním počtu žádostí u jednotlivých poskytovatelů s poptávkou sledovanou unikátními rodnými čísly zjistíme, že z celkového počtu žádostí je 10,5 % žádostí duplicitních

4.2.2 Duplicity žadatelů o sociální službu

V předchozí kapitole byly sumarizovány počty žadatelů o sociální službu a na základě porovnání počtu žadatelů o sociální službu a počtu unikátních rodných čísel bylo zjištěno, že **10,5 % žádostí je duplicitních**. Z těchto příčin se uměle navyšuje relativní hodnota poptávky a uměle vzniká tzv. "**falešná hodnota poptávky**". Analýza důvodů proč

někteří žadatelé podávají více než 1 žádost o sociální službu, jsou prezentovány v následujících výstupech.

Zaměříme-li se na data z databáze evidence žadatelů, můžeme naléhavost poptávky po sociálně službě indikovat jednak nepřímo, dle míry bezmocnosti (resp. stupně závislosti dle zákona o soc. službách) a jednak přímo deklarací samotných žadatelů. Nicméně z rozhovorů s experty (sociální pracovníci a vedoucí sociálního úseku) je patrná nedostatečnost vyjádření stupně naléhavosti poptávky (drtivá část žádostí je podávána s předstihem). Pracovníci se to snaží řešit vlastním dotazem na tuto naléhavost. Již při jednání se zájemcem o sociální službu ji zjišťují, ačkoliv není součástí žádosti.⁶³ Jedná se v podstatě o dva typy naléhavosti: "akutní/velmi" naléhavou potřebu a žádosti podané "pro jistotu" které by pracovníci rádi měli ve formuláři zavedené, aby měli oprávnění se na aktuálnost poptávky i opakovaně dotazovat. Následující graf, vycházející z rozhovoru z respondenty" znázorňuje poměr těchto dvou typů naléhavosti podání žádosti.

Graf 11 Poměr žádostí o sociální službu dle typu naléhavosti



Zdroj: Databáze žádostí Krajský úřad Kraje Vysočina

K předchozímu grafu nutno dodat, že k duplicitám v žádostech téměř ve všech případech dochází u žádostí podaných "pro jistotu". Nevýznamná část duplicitních žádostí v akutních a naléhavých případech již není aktuální.

Výstupem z rozhovoru s respondenty však vyplývá, že dalším důvodem, kromě výše uvedeného předpokladu zhoršení zdravotního stavu a nemožnosti poskytnutí péče ze strany rodinných příslušníků, jsou i další důvody uvedené v následující kapitole.

⁶³ V některých případech byla zaznamenána poznámka sociálního pracovníka, tužkou dopsaná na žádost. (Např. Žadatel si přeje nastoupit až po Vánocích, v příštím roce, dle potřeby...atd.).

4.2.3 Nejčastější důvody podávání více žádostí

Nejčastější důvody duplicitních žádostí lze typologicky rozdělit do 4 skupin, dle typu žadatele a naléhavosti přijetí do sociální služby:

Typ žadatele 1 - URGENTNÍ NEORIENTOVANÝ POŽADAVEK („okamžitě nastoupí, kamkoliv“) - Žadatel si vybral dvě nebo více zařízení, do kterých podává žádost, přičemž nepreferuje ani jednu z nich a nastoupí, tam, kde bude v danou chvíli místo.

Typ žadatele 2 - URGENTNÍ PROSTOROVĚ ORIENTOVANÝ POŽADAVEK DO BUDOUCNOSTI („kdykoliv do lokality“) - Žadatel preferuje konkrétní zařízení a další zařízení, do kterého je podávána žádost uvádí pouze jako další možnou variantu. Urgentní naléhavost řeší alternativně, dočasně nastoupí do jiné služby např. na nemocniční sociální lůžko a do preferované služby nastoupí až po uvolnění kapacity.

Typ žadatele 3 - NEURGENTNÍ POŽADAVEK - OBAVA NEJISTÉ BUDOUCNOSTI („kdykoliv, kamkoliv“) Žadatel žije v domnění, že poptávka mnohonásobně převyšuje nabídku. Dvě a další zařízení vybírá víceméně nahodile - hlavně, aby s ním někde bylo v budoucnu počítáno.

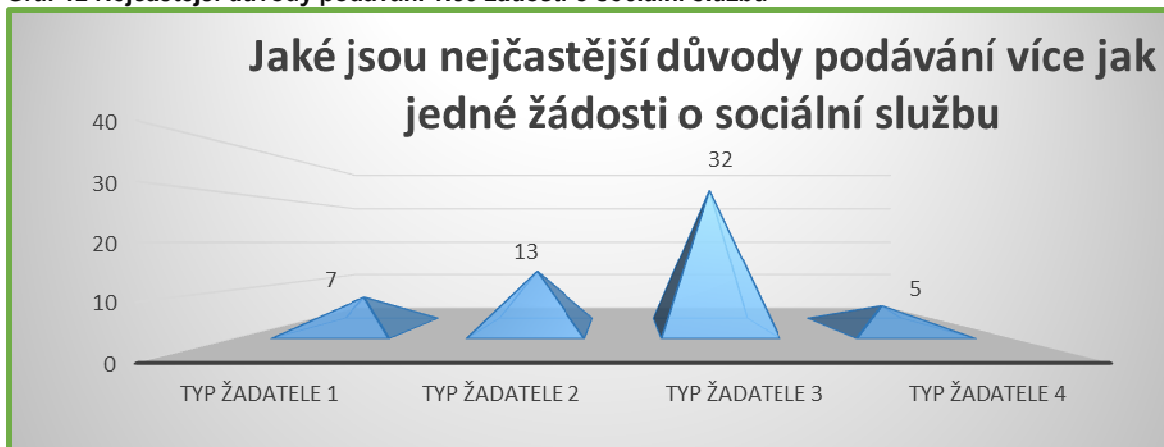
Typ žadatele 4 - NEURGENTNÍ ČASOPROSTOROVĚ ORIENTOVANÝ POŽADAVEK DO BUDOUCNOSTI („až nastane čas, do lokality“). Žadatel podává žádost do zařízení, do kterého by měl zájem být umístěn pouze dočasně a po změně rodinné či sociální situace, by chtěl do zařízení jiného.⁶⁴

Z následujícího grafu vyplývá, že nejčastěji podávají dvě a více žádostí žadatelé, u nichž není akutní (okamžitá) potřeba naléhavosti o zařazení do pobytové sociální služby. Důvodem je většinou obava z budoucnosti a jistá míra dezinformací o převisu poptávky nad nabídkou. Žadatel je mnohdy mylně přesvědčen, že v případě potřeby (resp. akutní potřeby) následuje několika leté čekání na uvolnění kapacity v daném zařízení. Z podrobnější diskuze s odborníky vyplynulo, že ve velké většině u žadatelů, nebo jejich blízkých traduje názor, "kdo dřív přijde, ten dřív mele", tedy že pro přijetí žadatele do konkrétní sociální služby je primárním a rozhodujícím faktorem doba podání žádosti. Velkým problémem v této oblasti je nedostatečná informovanost občanů o procesu přijímání klienta do sociální služby.

⁶⁴ Nejčastěji bylo uváděno "až se děti odstěhují, příp. změní bydliště".

Za pozornost rovněž stojí druhá nejpočetnější skupina typu "duplicitních" žadatelů, kterými jsou žadatelé u kterých je potřeba urgentní. Změna naléhavosti, dle rozhovorů s odborníky, většinou nastává v situaci, kdy se neočekávaně změní zdravotní stavu žadatele, nebo pečující osoby, nebo v případě úmrtí pečující osoby.

Graf 12 Nejčastější důvody podávání více žádostí o sociální službu

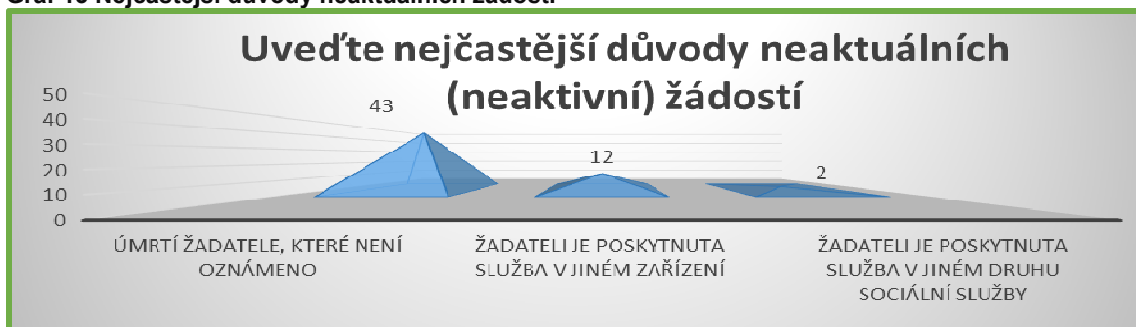


Zdroj: Výstupy z rozhovorů - vlastní zpracování

4.2.4 Neaktuální žádosti o sociální službu

V předchozí kapitole bylo zmíněno že, celkový počet žádostí o sociální službu je zkreslen o tak zvanou "falešnou hodnotu poptávky", která je způsobena podáváním více než jedné žádosti o sociální službu (duplicitní žádosti). Dalším možným zkreslením poptávky, a tedy i potřeby sociální služby v Kraji Vysočina, jsou žádosti, které již nejsou aktuální. Tento jev nastává, dle sdělení respondentů, většinou ze dvou důvodů. Prvním a nejčastějším důvodem je úmrtí žadatele, o kterém však organizace nedostane informaci. Dalším důvodem, který souvisí rovněž s duplicitním podáním žádosti, je přijetí žadatele do jiného pobytového zařízení. V tomto případě nastává situace, kdy žadatel je stále veden jako "žadatel" o sociální službu i přesto, že je již klientem jiné sociální služby. V následujícím grafu jsou znázorněny nejčastější důvody výskytu neaktuálních žádostí.

Graf 13 Nejčastější důvody neaktuálních žádostí



Zdroj: Výstupy z rozhovorů - vlastní zpracování

Nejčastějším důvodem neaktuálních žádostí (úmrtí žadatele) je byrokratická nečinnost příbuzných, opatrovníků či zákonných zástupců (bez ohledu na jejich znalosti situace podané žádosti). Dle expertů je tato situace obvyklá a zčásti i pochopitelná, avšak neřešená v rámci možností informačního byrokratického aparátu (přes unikátní rodná čísla). Nastávají také situace, při kterých má žadatel podaných více žádostí a informace o jeho úmrtí je poskytnuta pouze jednomu z nich. Změna zdravotní situace žadatele k lepšímu, a tím i to, že žadatel využije jiný druh sociální služby s menší mírou podpory, (jde nejčastěji o pečovatelskou službu) než pobytové zařízení, do kterého byla žádost původně směřována, je výjimečné.⁶⁵

4.3 Potřebnost pobytových sociálních služeb v kraji

Potřebnost a zároveň i dostupnost sociálních služeb jsou významnými veličinami, které úzce souvisí se síťováním⁶⁶ sociálních služeb s výrazným přesahem do optimálního zajištění a efektivního financování sociálních služeb, a to především z úrovně krajů a obcí. To znamená šetření v lokalitách a následné řešení problémů v lokalitách ve spolupráci na úrovni obce a kraje. Potřeby obyvatel na určitém území vycházejí z procesu komunitního plánování sociálních služeb, ze setkávání pracovních skupin a systematické práce s cílovými skupinami.

V této části diplomové práce je na základě analýzy sekundárních dat identifikovaná **potřebnost** pobytových služeb sociální péče prostřednictvím relativních ukazatelů, tzv. indexů potřebnosti. Takové indexy se vypočítávají poměrem populace v daném regionu (ORP) a počtem poptávaných klientů.⁶⁷ Jde o data (z datových zdrojů ČSÚ, ÚP, ČSSZ), sledující uspokojování potřeb (poptávky po sociálních službách) konkrétních cílových skupin ve vymezených územích. Konkrétně jde o služby poskytované v rámci Domovů pro seniory a Domovů se zvláštním režimem. Jednotlivé indexy potřebnosti zohledňují celkový počet obyvatel, počet starobních důchodců, celkový počet invalidních důchodců (dle stupně závislosti 1. - 3.) vždy na regionální úrovni (Kraje Vysočina a správních obvodů

⁶⁵ V jednom případě byl důvod neaktuální služby zdůvodněn zhoršením zdravotního stavu žadatele, který již vzhledem ke zhoršení zdravotního stavu využívá "Domácí hospicovou péči" a o pobytovou službu již zájem nemá.

⁶⁶ § 95 písm. h) zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, kraj určuje síť sociálních služeb na území své působnosti

⁶⁷ Jde o souhrn relativních ukazatelů, hodnot a informací, který nezohledňuje některé ukazatele (specifika lokality a případná zkreslení, způsobená např. umělým navýšením počtu starobních důchodců v určitých lokalitách, díky změně trvalého pobytu při nástupu do pobytové sociální služby).

ORP). Přitom jde jen o jakýsi statistický pohled na sociodemografickou situaci v potřebnosti v regionech, ta však nemusí zohledňovat nabídku sociálních služeb pro tyto cílové skupiny, ani jiné další vlivné faktory. Nicméně obecně jde o vyjádření potencionální poptávky po sociálních službách. Cílem je analyzovat relativní potřebnost sociálních služeb v jednotlivých lokalitách. Výsledky analýz jsou doplněné kvalitativním přístupem k šetřené problematice, a to v rámci expertních rozhovorů mezi poskytovateli sociálních služeb. Jde o artikulovanou potřebnost pobytových sociálních služeb zohledňující zkušenosti expertů v dané problematice.

4.3.1 Potřebnost - Domovy pro seniory

V Kraji Vysočina je registrováno celkem 24 poskytovatelů služeb "Domovy pro seniory". V následující tabulce jsou sociální služby identifikovány dle zastoupení v jednotlivých ORP.

Tabulka 7 Domovy pro seniory v jednotlivých správních obvodech ORP

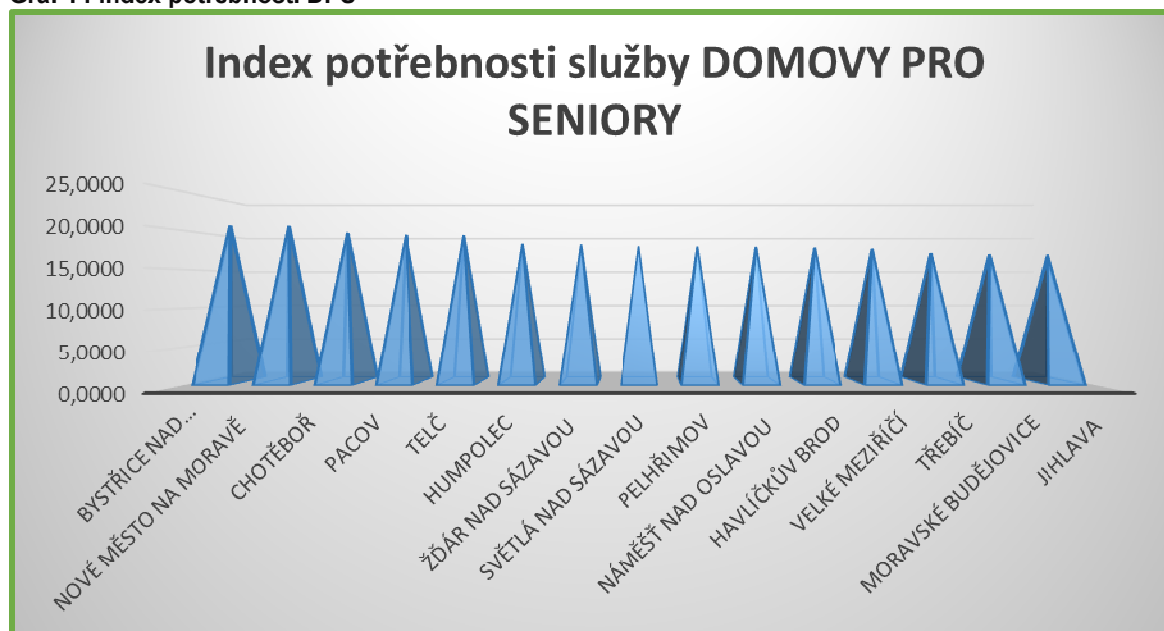
ORP	Domovy pro seniory
Bystřice nad Pernštejnem	Domov pro seniory Mitrov, p. o.
Havlíčkův Brod	Domov pro seniory Havlíčkův Brod, p. o., Sociální služby města Havlíčkova Brodu
Humpolec	Domov blahoslavené Bronislavy a Domov pro seniory Humpolec, p. o.
Chotěboř	Není registrován žádný domov pro seniory
Jihlava	Domov pro seniory Jihlava - Lesnov p. o., DS Stříbrné Terasy o.p.s., Domov Ždírec, p. o.
Moravské Budějovice	Domov sv. Anežky Velký Újezd, Dům sv. Antonína, Moravské Budějovice
Náměšť nad Oslavou	Domov pro seniory Náměšť nad Oslavou, p. o.
Nové Město na Moravě	není registrován žádný domov pro seniory
Pacov	Dům sociálních služeb Pacov
Pelhřimov	Domov důchodců Proseč-Obořiště, p. o., Domov Jeřabina Pelhřimov, p. o. Domov pro seniory Pelhřimov, p. o.
Světlá nad Sázavou	Sociální centrum města Světlá nad Sázavou
Telč	SENECURA SENIOR CENTRUM TELČ
Třebíč	Domov pro seniory Třebíč - Manž. Curicových, p. o., Domov pro seniory Třebíč, Koutkova-Kubešova, p. o., Diakonie ČCE - středisko v Myslibořicích
Velké Meziříčí	Česká katolická charita, Domov pro seniory Velké Meziříčí, p.o., Poliklinika Velká Bíteš, p. o.

ORP	Domovy pro seniory
Žďár nad Sázavou	Sociální služby města Žďár nad Sázavou

Zdroj: Registr poskytovatelů sociálních služeb

V grafu č. 14 je znázorněn "**Index relativní potřeby**" sociální služby Domovy pro seniory v jednotlivých ORP v Kraji Vysočina, který byl stanoven na základě výpočtu poměru celkového počtu obyvatel v jednotlivých správních obvodech ORP k celkovému počtu starobních důchodců v jednotlivých ORP. Tabulka s jednotlivými hodnotami je součástí přílohy č. 6. Čím je hodnota ukazatele v grafu vyšší, tím je rovněž i míra relativní potřeby větší.

Graf 14 Index potřeby DPS



Zdroj: ČSÚ, vlastní výpočet.

Z výsledků, prezentovaných v předchozím grafu, je vidět, že největší míra relativní potřeby sociální služby „Domovy pro seniory“ je v ORP Bystrice nad Pernštejnem, ORP Nové Město na Moravě a ORP Chotěboř a naopak nejnižší míra relativní potřeby je v ORP Třebíč, ORP Moravské Budějovice a ORP Jihlava.

4.3.2 Potřeba - Domovy se zvláštním režimem

V Kraji Vysočina je registrováno celkem 22 sociálních služeb "Domovy se zvláštním režimem". V následujícím přehledu jsou k jednotlivým správním obvodům ORP přiřazeny sociální služby.

Tabulka 8 Domovy se zvláštním režimem v jednotlivých správních obvodech ORP

ORP	Domovy se zvláštním režimem
Bystřice nad Pernštejnem	Domov pro seniory Mítrov, p. o.
Havlíčkův Brod	Domov pro seniory Havlíčkův Brod, p. o., Domov ve Věži, p. o., Sociální služby města Havlíčkova Brodu.
Humpolec	Domov pro seniory Humpolec, p. o.
Chotěboř	Není registrován žádný domov se zvláštním režimem.
Jihlava	Alzheimercentrum Jihlava, z. ú., Domov Ždírec, p. o.
Moravské Budějovice	Domov sv. Anežky, Velký Újezd, Domov Nové Syrovice, p. o.
Náměšť nad Oslavou	Domov pro seniory Náměšť nad Oslavou, p. o.
Nové Město na Moravě	Není registrován žádný domov se zvláštním režimem
Pacov	Domov důchodců Proseč u Pošné, p. o. ⁶⁸
Pelhřimov	Domov pro seniory Pelhřimov, p. o., Domov Jeřabina Pelhřimov, p. o. Nemocnice Počátky, s.r.o.
Světlá nad Sázavou	Není registrován žádný domov se zvláštním režimem.
Telč	Senior Home, s.r.o.
Třebíč	Diakonie ČCE - středisko v Myslibořicích, Domov pro seniory Třebíč, Koutkova-Kubešova, p. o.
Velké Meziříčí	Domov Kamélie Křížanov, p. o., Domov pro seniory Velké Meziříčí, p. o.
Žďár nad Sázavou	Sociální služby města Žďár nad Sázavou.

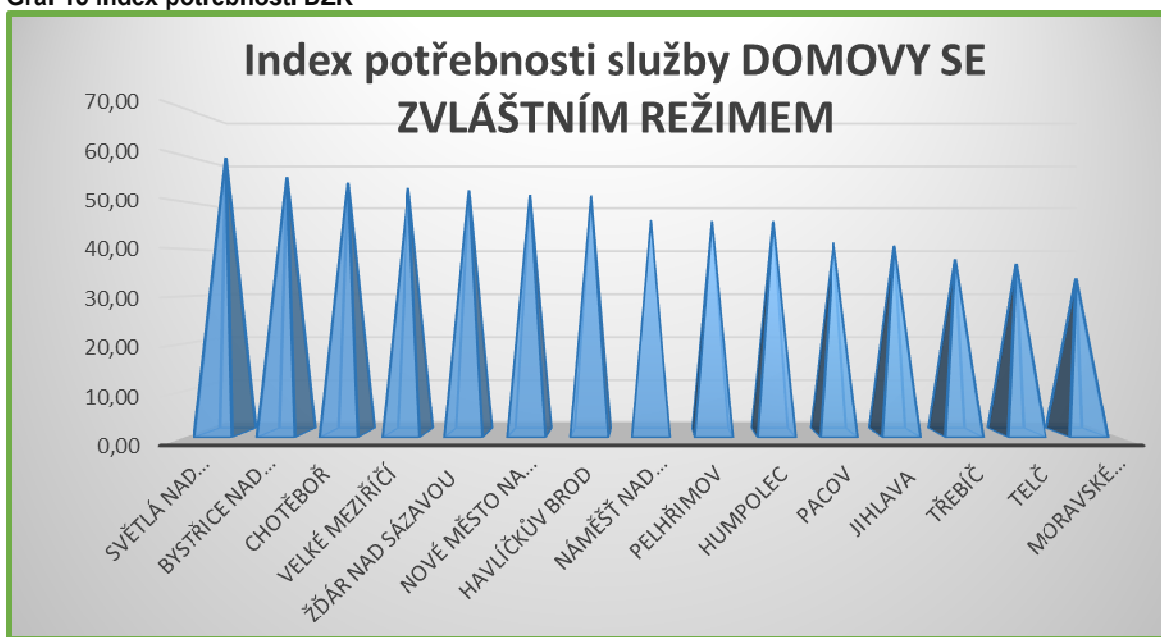
Zdroj: Registr poskytovatelů sociálních služeb

V grafu č. 15 je znázorněn "**Index relativní potřeby**" sociální služby "Domovy se zvláštním režimem" v jednotlivých ORP v Kraji Vysočina. Pro tento index byla metoda výpočtu stanovena na bázi poměru stupně závislosti (stupeň závislosti 1 -3, dle údajů ČSSZ) invalidních důchodců v jednotlivých ORP k celkovému počtu důchodců v jednotlivých ORP.

Tabulka s jednotlivými hodnotami je součástí přílohy č. 7, přičemž platí, že, čím je hodnota ukazatele v grafu vyšší, tím je rovněž i míra relativní potřeby i.

⁶⁸ Jako jediný má zaregistrované dvě služby "Domov se zvláštním režimem, přičemž jedna služba je specializovaná a působí v režimu nadregionální či celostátní působnosti, je určena pro osoby trpící Huntingtonovou chorobou s kapacitou 13 lůžek.

Graf 15 Index potřebnosti DZR



Zdroj: ČSÚ, vlastní výpočet.

Jak vyplývá z výsledků, prezentovaných v předchozím grafu, největší míra relativní potřebnosti sociální služby „Domovy se zvláštním režimem“ je v ORP Světlá nad Sázavou, ORP Bystřice nad Pernštejnem a ORP Chotěboř. Nejnižší míra relativní potřebnosti je naopak v ORP Moravské Budějovice, ORP Telč a ORP Třebíč.

4.3.3 Analýza rozhovorů - dostupnost sociální služby

V rámci polo-strukturovaných rozhovorů byly expertům položeny otázky týkající se dostupnosti sociálních služeb. Osnova rozhovorů je součástí přílohy č. 1. Otázky byly zaměřeny na oblasti týkající se kapacity konkrétního zařízení, hodnocení nabídky a poptávky po dané sociální službě a taktéž identifikaci faktorů limitujících schopnost uspokojit poptávku. S ohledem na počet dotazovaných (57) jsou některé odpovědi kvantifikované a zobrazené v následujících grafech.

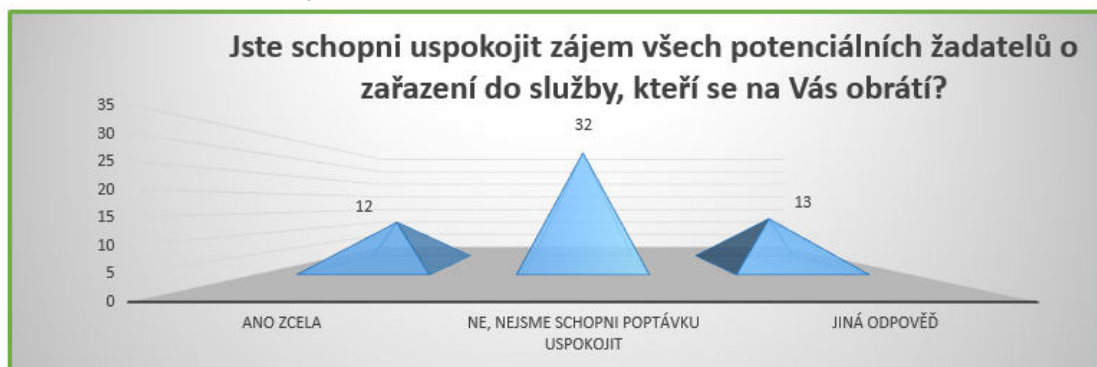
Graf 16 Zhodnocení poptávky po sociální službě



Zdroj: Výstupy z rozhovorů - vlastní zpracování

Jak je patrné z předchozího grafu, většina odpovědí potvrzuje fakt, že poptávka po sociální službě je větší než nabídka. Za největší problém experti považovali požadavek na urgentní okamžitou poptávku po službě (viz Typy žadatelů str. 62).

Graf 17 Schopnost uspokojit poptávku po sociální službě



Zdroj: Zdroj: Výstupy z rozhovorů - vlastní zpracování

Z rozhovoru vyplynulo, že ve většině služeb nejsou schopni uspokojit zájem všech žadatelů, kteří mají zájem o okamžitý nástup do sociální služby (viz graf 17). Schopni jsou jen ti, kteří mají větší kapacity, anebo ti kteří pracují s institutem tzv. krizových lůžek. V průběhu rozhovoru bylo dále zjištěno, že i přesto je klientovi, který má zájem o okamžitý nástup do konkrétního zařízení, je nabídnuto alternativní řešení sociální situace. To znamená, že je žadateli nabídnuto dočasné umístění do jiného zařízení, které odpovídá svým rozsahem poskytovaných služeb potřebám klienta a v případě uvolnění kapacity je klient přijat do zařízení u kterého si podal žádost o zařazení do sociální služby.

Graf 18 Faktory, limitující schopnost rozšířit službu



Zdroj: Výstupy z rozhovorů - vlastní zpracování

Jako hlavní důvod neuspokojení poptávky vyplynul nedostatek finančních prostředků, který by případně umožnil rozšíření kapacity dané služby. Konkrétně nedostatek finančních prostředků z rozpočtů obcí. Z následné diskuze vyplynulo, že postoj obcí k poskytování dotací sociálním službám je více či méně založený na dobrovolnosti (neexistuje zákonná povinnost) a dotační prostředky sociální služba z rozpočtu obcí ve většině případů získává pouze od spádových obcí jednotlivých ORP. V několika případech byl dotační příspěvek podmíněn trvalým pobytem klienta, na který obec přispívá.

Dalším významným limitujícím faktorem je nedostatek kvalifikovaného personálu. V rámci diskuze zazněl názor, že pozice "zdravotní sestry v sociálním zařízení" nemá takovou společenskou prestiž jako zdravotnický personál v nemocnicích či v ordinacích lékařů. Nedostatku kvalifikovaného personálu se věnuje další část diplomové práce.

4.4 Analýza personálního a organizačního zajištění sociálních služeb

Personální zajištění a kvalifikované lidské zdroje jsou prioritní podmínkou pro poskytování kvalitní sociální služby, dle zákona o sociálních službách a pro celkovou kvalitu poskytovaných služeb jsou klíčové.

Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách podmiňuje registraci sociálních služeb mimo jiné zajištěním personálních podmínek odpovídajících druhu poskytovaných sociálních služeb. Podmínky personálního standardu však nejsou vymezeny prováděcím právním předpisem.

Personální požadavky na poskytování jednotlivých služeb tedy nejsou v zákoně o sociálních službách pevně vymezeny, nicméně každý poskytovatel musí při registraci doložit personální zajištění služby.⁶⁹

Personální zajištění vymezuje standard kvality č. 9: Personální a organizační zajištění sociální služby a č. 10: Profesní rozvoj zaměstnanců (které jsou přílohou č. 2 vyhlášky č. 505/2006 Sb.). Dle těchto standardů organizační struktura a počty zaměstnanců mají být přiměřené druhu poskytované sociální služby, její kapacitě a počtu a potřebám osob, kterým je poskytována. Personální standard má za úkol stanovit základy pro bezpečí klientů v sociální službě a kvalitu poskytované služby. Personální zabezpečení je stanovováno pro všechny profese, které se podílejí na zajištění sociální služby, tedy pro pracovníky v přímé péči podle § 115 odst. 1 zákona 108/2006 Sb., o sociálních službách, i vedoucí a technicko - administrativní pracovníky, tedy pracovníky mimo přímou péči. Vzhledem k nemožnosti poskytovatele sociálních služeb neustále měnit minimální počet personálu na základě odchodu nebo příchodu klientů služby by minimální personální zabezpečení mělo být nastaveno nezávisle na změnách počtu těchto klientů. Metodickou podporu pro poskytovatele sociálních služeb se dlouhodobě snaží zajistit Ministerstvo práce a sociálních věcí a příslušné krajské úřady.⁷⁰ Organizační struktura příspěvkové organizace poskytující pobytové sociální služby je v kompetenci ředitele organizace. V Kraji Vysočina je ředitel, po projednání a schválení resortním odborem, zodpovědný za stanovení počtu zaměstnanců, jejich profesí a organizační struktury. Je nutné zachovat soulad mezi organizačním řádem a příkazem ředitele, kterým se stanovuje organizační struktura. Ve všech organizacích se jedná o schéma pracovních pozic s uvedením počtu úvazků a vztahů mezi pracovními pozicemi. Uvedeni jsou všichni pracovníci podílející se na poskytování péče, tedy pracovníci přímé péče i provozní a ostatní pracovníci managementu. Jedná se o interní dokumenty organizací, které na rozdíl od příkazů ředitele, kterými se stanovuje organizační struktura, nejsou schvalovány a kontrolovány zřizovatelem. Nemají tedy podobu vnitřního předpisu, tzn., že nemají žádnou závaznost.

⁶⁹ K žádosti o registraci sociální služby je nutno doložit mimo jiné i popis personálního zajištění poskytované sociální služby obsahující organizační strukturu v podobě organigramu s vyznačením jednotlivých pracovních pozic a úvazků, dále seznam pracovníků přímo poskytujících sociální službu s uvedením jmen konkrétních pracovníků, jejich zařazení a úvazku. Podmínky registrace jsou podrobně vymezeny v § 79 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách.

⁷⁰ Standard kvality č. 9 a č. 10 je dopodrobna popsán a vysvětlen například v následujících dokumentech⁷⁰: Standardy kvality sociálních služeb – Výkladový sborník pro poskytovatele, Zavádění standardů kvality sociálních služeb do praxe – Průvodce poskytovatele či Dobrovolný evropský rámec pro kvalitu sociálních služeb Ministerstva práce a sociálních věcí.

Organigramy bývají vytvořeny pro jednotlivé druhy registrovaných sociálních služeb, případně i pro celou organizaci při existenci více druhů služeb. Používaná organizační schémata bohužel ne vždy zcela korespondují s organizační strukturou nastavenou formou příkazu ředitele, a v některých případech se od tohoto vnitřního předpisu liší – např. v používaných názvech pracovních pozic, které bývají mnohdy nejednotné.

Příspěvkové organizace Kraje Vysočina využívají základního organizačního uspořádání, ve kterém jsou pozice a vztahy pracovních pozic uspořádány a orientovány vertikálně, z čehož jasně vyplývají vztahy nadřízenosti a podřízenosti.

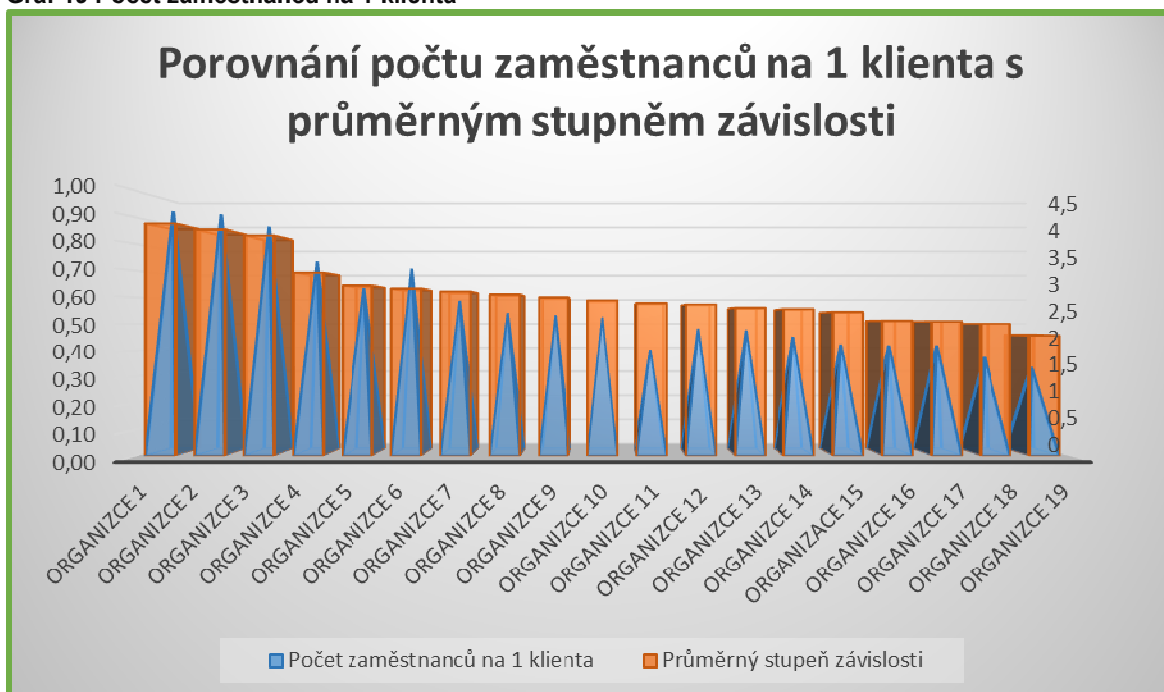
4.4.1 Organizační struktury

Ze studia organizačních struktur jednotlivých zařízení vyplývá, že organizační struktury jsou koncipovány zpravidla jako třístupňové nebo čtyřstupňové. Vzhledem k tomu, že analyzovaná zařízení jsou krajské příspěvkové organizace, tedy mají společného zřizovatele, lze hovořit o jisté nesystémovosti a nejednotnosti. Organizace s nižším počtem zaměstnanců mají zpravidla třístupňovou organizační strukturu, jejíž nevýhodou je horší zastupitelnost. Čtyřstupňová organizační struktura ve většině případů vzniká v případě, že se některý z úseků dále člení na samostatná oddělení. Tento jev je nejčastější u transformovaných zařízení např. z důvodů rozlišení klientů s různou mírou podpory. Tento typ organizační struktury klade mnohem vyšší nároky na výměnu informací a existenci rizik s tím spojených. Dalším z výrazných rozdílů mezi organizačními strukturami je spojení či naopak rozdělení sociálního a zdravotního úseku. Každé uspořádání má své výhody i nevýhody. V případě spojených úseků má vedoucí zaměstnanec větší přehled o jednotlivých úkonech a může pružněji jednat v případě náhlých změn v potřebě klienta. Nicméně nevýhodou je možné přehlcení administrativou a s tím spojený nedostatek času na vlastní sociální práci. V případě rozdělení zdravotní a sociální péče do dvou samostatných úseků je kladena náročnost na komunikaci a pravidelnou výměnu informací mezi úseky, což může být, zejména u organizací s více místy poskytování sociální služby, problematické. Ve většině zařízení se přenos informací uskutečňuje v písemné podobě, což sebou nese opět vysokou míru administrativní zátěže a tím méně času na sociální práci s klientem.

4.4.2 Personální zajištění - přímá péče

V empiricky sledovaných organizacích ve vztahu k organizaci práce a celkově personálnímu zajištění, panuje jistá nesourodost a nejednotnost. Z analýzy dat z datového skladu Kraje Vysočina (výkonové údaje - rozdělení klientů, dle stupňů závislosti) a z rozhovorů s respondenty jednotlivých zařízení, jejichž osnova je uvedena v příloze č. 1. Personální zajištění v přímé péči lze hodnotit poměrem klientů na jednoho pracovníka přímé péče se zvláštním zřetelem k průměrnému stupni závislosti klientů v zařízení. Díky touto výpočtu lze sledovat nerovnoměrnou zátěž na sociální pracovníky v přímé péči.

Graf 19 Počet zaměstnanců na 1 klienta



Zdroj: Vlastní výpočet - Datový sklad Kraje Vysočina

Počet zaměstnanců v přímé péči na jednoho klienta u většiny organizací, koresponduje s průměrným stupněm závislosti klientů, tedy s jejich zdravotním stavem (Viz Graf č. 19). Nejvyšší podíl zaměstnanců na jednoho klienta je u organizací, které mají registrovanou pouze službu "Domovy se zvláštním režimem" příp. "Domovy pro osoby se zdravotním postižením" (u organizace 1-3). Dle Registru poskytovatelů služeb, jde o organizace, se specifickou cílovou skupinu klientů (osoby ohrožené závislostí nebo závislé na návykových látkách a osoby s chronickým duševním onemocněním). Střední podíl zaměstnanců na jednoho klienta vykazují organizace, které mají registrované kromě služby "Domovy se zvláštním režimem" a "Domovy pro osoby se zdravotním postižením"

ještě službu "Domovy pro seniory" a nejnižší podíl zaměstnanců na jednoho klienta mají organizace, které mají registrovanou pouze službu "Domovy pro seniory". Je to ovlivněno centralizací poskytování sociální služby na jedno místo oproti decentralizované (příp. terénní) formě poskytování sociální služby. V drtivé většině zařízení počet zaměstnanců v přímé péči neodpovídá aktuálním potřebám a počtům klientů. Počet zaměstnanců je podhodnocen, což se projevuje zejména v období zvýšené nemocnosti.⁷¹

Výjimkou nadlimitního personálního zajištění služeb jsou pouze služby v přechodu od centralizované k decentralizované při procesu transformace sociální služby (viz organizace 6).⁷² Zvláštním případem je organizace č. 11, ve které je nejnižší počet zaměstnanců na klienta vzhledem ke stupni závislosti. Jedná se o zařízení, které je ryze venkovského typu. V tomto případě jde o problém na straně zaměstnanců, který souvisí nejen s objektivními překážkami v dostupnosti organizace (pozn. Důvodem nezájmu o zaměstnání v tomto zařízení je lokalita, ve které se nachází a nedořešená dostupnost veřejnými prostředky. Dojezdová vzdálenost z nejbližšího města je cca 15 km a dle sdělení ředitele organizace potenciální zájemce o zaměstnání "přetahuje" nedaleká nemocnice, která nabízí náborové příspěvky), ale zřejmě i jisté ne prestiže venkovského zařízení bez zvláštní profesní specializace.

4.4.3 Personální stabilita/stálost jako zvláštní požadavek kvality služby

Průvodcem poskytování sociální služby klientovi v přímé péči je vždy jeden pracovník, tzv. klíčový pracovník. Každému klientovi je v den zahájení poskytování sociální služby stanoven klíčový pracovník. Klíčový pracovník je pracovník, jehož hlavním úkolem je koordinovat služby poskytované konkrétnímu klientovi, iniciativně si všimnout právě jeho potřeb a spokojenosti, hájit jeho zájmy. Všechny organizace mají ve svých standardech vymezeno, kdo a za jakých podmínek se může stát klíčovým pracovníkem. Zpravidla je klíčovým pracovníkem zaměstnanec, který je zaměstnán v organizaci minimálně jeden rok a splňuje zákonné podmínky vzdělání (minimálně kurz

⁷¹ V nedávné době tento stav prověřila situace spojená s epidemií COVID - 19, kdy v některých organizacích museli personálně zajišťovat péči o klienty dobrovolníci, povolání studenti medicíny a zdravotních škol či armáda.

⁷² Z grafického znázornění je patrné, že v organizaci č. 6 je ve srovnání s ostatními organizacemi větší počet zaměstnanců v přímé péči na klienta. Dle sdělení respondentů, se jedná o organizaci, která je v průběhu transformačního procesu. Jednou z podmínek transformačního plánu je nepřijímat klienty do stávajícího zařízení. Nově příchozí klienti musí být přijímáni pouze do nově postavených bytů a domácností. Z tohoto důvodu dochází v organizaci k částečnému a dočasnému snížení kapacity, které zcela nekopíruje snižování stavu zaměstnanců v organizaci.

pracovníků v sociálních službách v rozsahu alespoň 150 hodin). Není výjimkou, že klíčovým pracovníkem je i zdravotnický pracovník. Dle informací od respondentů má jeden klíčový pracovník zpravidla na starosti 1-2 klienty. Maximální počet klientů na jednoho klíčového pracovníka není ukotven v pravidlech organizací, nicméně dle sdělení většinou nepřesáhne poměr tři klienti na jednoho klíčového pracovníka. Pouze dvě organizace mají vnitřním předpisem ošetřenou zastupitelnost klíčového pracovníka, nicméně je to v obou případech sociální pracovník, jehož přítomnost, zejména u transformovaných zařízení, není nijak zajištěna a v mnohých případech je i zcela vyloučené, že bude sociální pracovník disponovat s dostatečnou časovou kapacitou při zástupu za několik klíčových pracovníků současně. V jednom případě si organizace vnitřním předpisem stanovila, že bude *"denně s klientem navazovat vztahy"*. Dle sdělení respondentů jde pouze o nesprávnou formulaci. Původní myšlenka byla údajně koncipována tak, že si klíčový pracovník, dle možností, vyhradí určitou část dne pouze pro klienta pro upevnění vazeb a vztahů. Ze studia dokumentů rovněž vyplynulo, že v některých organizacích (celkem 6 organizací) není role klíčového pracovníka součástí pracovní náplně u zaměstnanců, kterým tato role byla svěřena.

Nutno dodat, že role klíčového pracovníka, není v organizacích rolí, zaměstnanci, příliš oblíbenou a vyhledávanou.

4.5 Závěr empirické části

S cílem zodpovědět ústřední otázku této práce, která se týká dostupnosti a kvality sociálních služeb ve vybraném regionu, jsem provedla výzkumné šetření ve dvou fázích. První část analýzy je opřena o studium dostupných, veřejných zdrojů a strategických dokumentů, vázaných na vybraný region (sociodemografická data a zvláštní data kraje Vysočina o službách nabízených v kraji a o klientech poptávajících sociální službu u krajských příspěvkových organizací). V druhé fázi byly realizovány rozhovory se zaměstnanci vybraných sociálních služeb. Obě části výzkumného šetření byly koncipovány tak, aby bylo možné v závěru odpovědět na hlavní výzkumnou otázku týkající se dostupnosti a kvality vybraných pobytových služeb v Kraji Vysočina v návaznosti na jejich personální zajištění.

4.5.1 Zhodnocení dostupnosti a kapacit pobytových sociálních služeb v Kraji

Vysočina

V první části výzkumu byla pozornost zaměřena na dostupnost pobytových sociálních služeb v Kraji Vysočina. Z analýz vyplývá, že nejnižší míra relativní potřeby se nachází v okrajových ORP regionu a naopak nejvyšší míra relativní potřeby se nachází ve větších městech a v jejich okolí. Důvodem je především hustota osídlení v těchto lokalitách. V rámci vyhodnocení dat těchto analýz, lze konstatovat, že síť pobytových sociálních služeb v Kraji Vysočina je rovnoměrně pokryta potřebnými sociálními službami v návaznosti na hustotu osídlení. Nelze však říci, že kapacity jednotlivých služeb jsou dostatečné z pohledu nabídky a poptávky. V drtivé většině převažuje poptávka nad nabídkou. Z prognózy vývoje věkové struktury obyvatelstva vyplývá, že tento rozdíl bude mít i nadále zvyšující se tendenci, což znamená, že v procesu plánování budoucího zasílávání pobytových sociálních služeb v dalších letech je nezbytné podrobně a hlavně přesně analyzovat potřebnost jednotlivých typů sociálních služeb a poptávku po nich. Zásadní pro získání relevantních dat je třeba mít přesný přehled o počtu žadatelů jednotlivých sociálních služeb. Přesná znalost poptávky je tedy podmíněna znalostí a přesnou evidencí všech vstupních faktorů, které mohou tuto poptávku ovlivnit anebo naopak zkreslit. Při analýze poptávky po sociálních službách bylo zjištěno, že část žadatelů využívá svého práva a podává si žádost o poskytnutí služby k více poskytovatelům. Doposud v rámci sběru dat nebyly tyto duplicitní žádosti identifikovány, a proto dochází k nepřesnému výpočtu potřeby kapacit v různých lokalitách Kraje Vysočina. Fakt, že nejsou poskytovatelům sociálních služeb hlášena úmrtí žadatelů, nebo umístění u jiného poskytovatele, je dalším ze zkreslujících rysů ovlivňujících kalkulaci poptávky. Na základě výše uvedeného bylo stanoveno doporučení, které je směřováno primárně k systému evidence žadatelů. Dosavadní praxe ukazuje, že zkoumané organizace vedou každá samostatně svůj seznam žadatelů. Duplicita však obraz poptávky zkresluje. Většina odpovědí, týkajících se kapacit a evidence žadatelů byla ve smyslu několikanásobného převisu poptávky nad kapacitními možnostmi zařízení. Odpovědi "máme plný pořadník", jsou uváděny nejčastěji. Není ovšem výjimkou, že v případě uvolnění kapacity trvá sociálním pracovníkům i několik dnů, než z evidovaných žádostí o sociální službu vyberou žádost, která je aktuální a zájemce má skutečný zájem o okamžitý nástup.

V rámci návrhu opatření je nezbytné informace o žadatelích ze všech organizací poskytujících pobytové sociální služby v Kraji Vysočina centralizovat do jednotné "centrální evidence žadatelů". Tato evidence by byla na Krajském úřadě Kraje Vysočina a měla by se týkat nejen organizací, které kraj zřizuje, ale všech registrovaných pobytových sociálních služeb v Kraji Vysočina, tedy i organizací, jejichž zřizovatelem jsou obce a rovněž i nestátní neziskové organizace. Povinnost evidence dat do společného datového úložiště by měla být součástí smlouvy o poskytnuté dotaci, které kraj sociálním službám poskytuje. Díky jedinečným identifikátorům (například rodné číslo) bude možné zjistit přesný počet duplicitních žádostí a rovněž aktuální stav kapacit jednotlivých zařízení.

S využitím Zákona č. 129/2000 Sb., o krajích, § 94a, který opravňuje kraje využívat základní registr obyvatel k výkonu své činnosti, by evidence žadatelů byla pravidelně aktualizována. V případě neaktuální žádosti, z důvodu např. úmrtí žadatele, by byla žádost automaticky vyřazená a tím by nedocházelo ke zkreslování údajů a k vytváření tzv. "falešné hodnoty poptávky". Cílem navrženého opatření, je vytvořit databázi evidence žadatelů, která poskytuje ucelené informace o aktuálních žádostech do jednotlivých zařízení konkrétní pobytové sociální služby. Naopak záměrem sdílené evidence žadatelů rozhodně není upírat žadatelům právo na podání žádostí do více zařízení. Nicméně je potřeba o těchto duplicitách mít přesné aktuální informace a žadatele při analýze poptávky v regionu započítávat pouze jednou a tím nezkreslovat hodnotu poptávky v regionu. Přidanou hodnotou centrální evidence žadatelů by potom také byla úspora časové dotace při práci sociálních pracovníků, kteří by měli k dispozici aktualizované údaje a nemuseli by obvolávat jednotlivé žadatele a dotazovat se na aktuální stav potřebnosti jednotlivých žádostí.

Seznam žadatelů o službu je laikům známý jako "Pořadník žadatelů". Fakticky se nejedná o "pořadí žadatelů", které na umístění do sociální služby nemá vliv, ale o "evidenci žádostí", které nejsou posuzovány z časového hlediska, tedy doby podání žádosti, nýbrž z hlediska potřebnosti žadatele. Termín "pořadník žadatelů" může v žadateli vzbudit dojem "jakéhosi pořadí" a evokovat domněnku, že čím dřív si podá žádost, tím dřív bude v případě potřeby, jeho žádosti vyhověno.

4.5.2 Zhodnocení personálního zajištění pobytových služeb v Kraji Vysočina

Druhá část výzkumu se zabývá kvalitou poskytované sociální služby. Jak již bylo zmíněno, pojem kvalita je v této práci primárně spojována s personálním zajištěním sociálních služeb.

Tato část diplomové práce vychází z analýz organizačních struktur organizací a rovněž se opírá o rozhovory a diskuze s respondenty. Legislativní oporu pro posuzování personálního zabezpečení lze z části nalézt v zákoně č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, který poskytovatelům ukládá povinnost poskytovat sociální službu pouze na základě registrace. Tento zákon podmiňuje registraci sociálních služeb mimo jiné i personálním zajištěním. Personální požadavky na zajištění jednotlivých sociálních služeb sice nejsou v zákoně o sociálních službách konkrétně stanoveny, nicméně personální zajištění je obecně popsáno ve Standardu kvality č. 9: " Personální a organizační zajištění sociální služby", který je přílohou prováděcí vyhlášky č. 505/2006 Sb. Dle těchto standardů mají být počty zaměstnanců přiměřené druhu poskytované sociální služby, její kapacitě počtu a potřebám osob, kterým je služba poskytována. Tento standard má za úkol stanovit základy pro poskytování bezpečné péče klientům v sociálních službách. Není v něm však explicitně ukotveno, jaký je minimální počet pracovníků v přímé péči v poměru k počtu klientů v různých stupních závislosti na péči.

Z analýzy zkoumaných organizací poskytujících pobytové sociální služby, zaměřené na porovnání počtu zaměstnanců na jednoho klienta s průměrným stupněm závislosti vyplynulo, že se tyto počty velmi různí a jsou ovlivněny velkým množstvím přidružených faktorů. Z rozhovorů s respondenty vyplynulo, že díky nízkému počtu zaměstnanců na jednoho klienta v přímé péči dochází k přetěžování zaměstnanců zejména v oblasti péče o klienty v nejvyšších stupních závislosti. V souladu se statistickými údaji, které shromažďuje MPSV a rovněž i z rozhovorů je zcela evidentní, že počet pracovníků v přímé péči je v sociálních službách poddimenzován. V některých organizacích je tento stav příčinou regulace samotné péče o klienty, která se v některých případech omezuje pouze na poskytnutí základních úkonů s nedostatkem času více individualizovat péči. Tato disproporce se dle výpovědí respondentů nejvíce projevuje v období vyšší nemocnosti personálu přímé péče. Z důvodu zajištění nepřetržité péče je třeba chybějící personál nahradit osobami na zástup, což není ideální řešení, neboť osoby v procesu zapracování nemohou plně zvládnout kvalitní individualizovanou péči. Tato část analýzy byla rovněž zaměřena na tzv. roli klíčových pracovníků. Ve většině zkoumaných organizacích se jedná

o činnost (roli), která není mezi zaměstnanci příliš oblíbená a vyhledávána. V mnohých případech nebyla role klíčového pracovníka součástí pracovní náplně a zastupitelnost klíčového pracovníka nebyla v některých organizacích řešena vůbec.

Jak je z předchozích analýz patrné, tak největší překážkou, která brání v poskytování kvalitní sociální péče je "poddimezování" počtu zaměstnanců v přímé péči o klienta. V praxi to znamená, že klientům je poskytována péče v nezbytném rozsahu dle zákona. Co se však týče individualizace péče o klienty, která je rovněž stanovena ve Standardu kvality č. 5, nezbyvá již kapacita pečujícího personálu takovou péči poskytovat v potřebném rozsahu. Z této situace tedy jasně vyplývá potřeba stanovení kvantitativního standardu personálního zajištění vybraných pobytových služeb s ohledem na klientelu dle stupňů závislosti na péči.⁷³

Zřizovatelem vybraných organizací, ve kterých byly analýzy provedeny, je Kraj Vysočina, který v rámci svých zákonných zřizovatelských kompetencí vytváří pravidla a zásady nejen pro finanční řízení organizací a hospodaření se svěřeným majetkem, ale rovněž dohlíží na úroveň kvality a naplnění základního poslání organizací. V rámci řízení příspěvkových organizací dochází k rozsáhlému sběr dat a výkonových ukazatelů, jak z pohledu ekonomického, tak z pohledu personálního zajištění. Jedním z výstupů z datového skladu Kraje Vysočina jsou informace o počtu zaměstnanců v přímé péči. V rámci návrhu opatření, vedoucímu k optimalizaci personálního zajištění zřizovaných sociálních služeb je zapotřebí stanovit minimální počty zaměstnanců v přímé péči u jednotlivých druhů sociálních služeb, zapracovat do pokynů zřizovatele a zajistit jeho vymahatelnost. Při stanovení minimálního počtu pracovníků je zapotřebí zohlednit individuální specifika jednotlivých zařízení, zejména cílovou skupinu klientů, velikost míry podpory (průměrný stupeň závislosti klientů) a materiálně technické zajištění sociálních služeb.

Jako další aspekt vedoucí ke zlepšení kvality poskytovaných služeb doporučuji zvýšit motivaci u klíčových pracovníků např. zvýšením osobního ohodnocení či formou benefitu z důvodu neoblíbenosti této činnosti. Dalším doporučením pro kvalitnější naplňování role klíčového pracovníka doporučuji zapracovat do náplní práce kompetence vyplývající z této role a především ošetřit zastupitelnost jednotlivých klíčových pracovníků, tak aby nebyla pouze teoreticky stanovena, ale zejména reálně využitelná.

⁷³ MPSV. 2015. *Národní strategie rozvoje sociálních služeb na období 2016–2025*. Praha: MSPV

Závěr

Téma Diplomové práce je zaměřeno na pobytové sociální služby v Kraji Vysočina. Hlavním cílem práce bylo zhodnotit současný stav dostupnosti a zajištění vybraných pobytových sociálních služeb ve vybraném regionu

Diplomová práce je rozdělena do dvou částí, teoretické a empirické.

V teoretické části práce se vychází z konceptu Welfare State, který se vyjma garance minimálního příjmu jedince a rodiny zavazuje ke zmírnění sociálně nepříznivých problémů. Zabezpečení seniorů poskytováním sociálních služeb (bez ohledu na jejich charakter – pobytové, ambulantní či terénní) je bezesporu jedním z nosných částí systému sociálního zabezpečení v ČR. Zákon o sociálních službách institucionalizuje právě sociální péči nejčastěji orientovanou k seniorům. Ačkoliv současný sociální stát předpokládá uplatňovat zvláště principy participace a subsidiarity (příslušně poskytování terénních a ambulantních služeb), jeho pasivní prvek – princip solidarity v oblasti sociálních služeb stále převažuje (a s ním nabídka pobytových služeb). Kvalita sociálních služeb se neodvíjí jen od hodnocení aspektů přímé péče (viz tzv. standardy kvality, zejména č. 15 - *"Zvyšování kvality sociální služby"*), ale i vlastní organizace a personálního zajištění (viz standardy č. 9 - *"Personální a organizační zajištění sociální služby"* 9 a č. 10 - *"Profesní rozvoj zaměstnanců"*). Práce se zabývá těmi prvky (organizační, byrokratické), které může zřizovatel organizací poskytujících sociální služby seniorům ovlivnit a přispět tak ke zkvalitnění služeb. Zároveň tím nepřímo přispět k sociální autonomii jedinců, což je jeden z cílů naplňovaných v rámci konceptu Welfare State.

Na teoretickou část navazuje vlastní šetření, které je kombinací kvalitativních a kvantitativních metod výzkumu. Hlavním zdrojem informací jsou dokumenty organizací a datový sklad Kraje Vysočina. Doplnkovým zdrojem byly údaje získané dotazováním zaměstnanců v devatenácti příspěvkových organizacích Kraje Vysočina. Rozhovory byly uskutečněny ve vybraných pobytových zařízeních poskytujících sociální služby dle předem připravené osnovy a probíhaly formou diskuze nad vybraným tématem. V rámci dotazování byla také, v případě potřeby, doplněna, či dovysvětlena část, která nebyla zcela jasná z dokumentů vytvořených v organizacích, případně byla teoretická náplň dokumentů podrobněji rozvedena do konkrétních příkladů.

Na základě provedených analýz byla hodnocena nabídka a poptávka po sociálních službách zejména prostřednictvím dostupnosti pobytových sociálních služeb a jejich potřebnost v Kraji Vysočina. Rovněž byly identifikovány hlavní problematické aspekty, které zkreslují stav poptávky po těchto službách a brání správnému procesu plánování kapacit v jednotlivých typech sociálních služeb a následně i samotnému efektivnímu síťování služeb. Obecně lze říci, že nabídka po sociálních službách v Kraji Vysočina odpovídá hustotě osídlení (s vyšší hustotou městských regionů je nabídka vyšší a naopak), avšak je nedostačující. S ohledem na zvyšující se trend (předpokládané) poptávky (zobrazený v sociodemografických trendech) je nutné věnovat pozornost plánování sociálních služeb, ať už na komunitní či regionální bázi. K tomu je nutná detailní znalost poptávky po službách, která bude maximálně odpovídat realitě. Nahlédneme-li na mapu poptávky po sociálních službách, je nejen koncentrovaná v zázemí velkých měst, ale je i nerovnoměrně redistribuovaná, a to z hlediska regionů (v některých je výrazně oslabena, např. ORP Chotěboř či ORP Nové Město na Moravě), ale i z hlediska samotných poskytovatelů (rozdíl v poptávce je až trojnásobně rozdílný při sledování počtu žádostí). Seznam žadatelů je klíčovým zdrojem pro určení a hodnocení poptávky po sociálních službách. Každý poskytovatel vede svůj seznam, což je vhodné a potřebné pro manažerská rozhodování jednotlivých organizací, avšak problém nastává při pohledu na celkovou regionální poptávku, která je důležitá pro kraj jako zřizovatele takových organizací. V celkovém pohledu na poptávku po sociálních službách je zásadním problémem duplicita žádostí, která má tři negativní efekty: 1. Zkresluje informace po poptávce v kraji a komplikuje tím strategická rozhodování kraje. 2. Neumožňuje organizacím efektivně reagovat na změny v aktuální potřebě péče klientů/žadatelů. 3. Vytváří falešný obraz o nedostupnosti sociálních služeb v pobytových zařízeních a tím zásadně ovlivňuje jednání samotných žadatelů. Žadatelé v domnění výrazné nedostupnosti podávají více žádostí a tím obraz je ještě více zkreslen.

Dle analýz statistických dat o nabídce sociálních služeb krajskými zařízeními byla brána v potaz též míra decentralizace poskytování služeb související s transformačním procesem sociálních služeb. V kraji jsou zastoupené jak služby s vysokou centralizací (těch jsou přibližně dvě třetiny z celkového počtu a zaujímají nejvyšší podíl kapacity/počet lůžek), střední (jedná se většinou o zařízení, která

prochází určitou etapou transformace) a plně decentralizovaná (zařízení, ve kterých je proces transformace ukončen, jde o pobytové služby poskytované v komunitních domácnostech). Vysoká míra decentralizace při poskytování sociálních služeb vyžaduje vyšší podíl personálního zajištění, jiný způsob řízení (včetně finančního). Neprokázalo se, že by charakter zařízení ovlivňoval vztah mezi managementem organizace a vedením obce, v tomto případě je klíčový přístup reprezentace obce (vstřícnost a ochota spolupráce při indikaci potenciální a aktuální poptávky). Personální požadavky na zajištění služby jsou komplikované dvojí kvalitativně odlišnou agendou organizace – péče zdravotní a péče sociální, které musí vnitřně dobře komunikovat a spolupracovat. Míra personální potřeby se odvíjí od stupně závislosti klientů a míry decentralizace. Anomální situace (předimenzování personálu) dochází jen při procesu transformace, resp. decentralizace sociálních služeb.

Z empirické studie jsou patrné dva zásadní problémy, u nichž se očekává reakce zřizovatele. Prvním problémem je zkrácení poptávky zapříčiněné duplicitou žádostí. Zřizovatel může zmírnit tento problém byrokratickými změnami a správou informací o klientech. Konkrétně využívat unikátní identifikace prostřednictvím rodných čísel, zapracovat do žádostí o službu zjištění potřeby po službě, včetně legitimizace aktuálního sledování stavu potřeby. Pro posílení sledování aktuální situace klienta je vhodné posílit pozici sociálního pracovníka, ve vztahu k sociální práci v terénu, který by ve spolupráci s obcemi zjišťoval aktuální situaci poptávky po sociálních službách v lokalitách včetně míry potřeby.

Druhým problémem je stav personálního zajištění sociálních služeb na úseku přímé péče o klienta a v přímé vazbě na tento stav, kdy neexistuje relevantní stanovení minimálního počtu těchto zaměstnanců a zajištění jeho vymahatelnosti ze strany zřizovatele. Kraj v roli zřizovatele může tento problém zmírnit stanovením minimálního počtu zaměstnanců v přímé péči, v závislosti na typu služby, míry podpory klientů, materiálně technického zajištění budov atd.

Empirická zjištění diplomové práce a návrhy jejich řešení přispějí zejména ke zvýšení standardu kvality poskytovaných služeb č. 11 - *"Místní a časová dostupnost poskytované sociální služby"* a nepřímo i standardu kvality

poskytovaných služeb č. 3 - *"Jednání se zájemce o sociální službu"* a č. 15 - *"Zvyšování kvality sociální služby"*.

Seznam použitých zdrojů

Literární zdroje

- (1) DISMAN, Miroslav. *Jak se vyrábí sociologická znalost*. 4. dotisk 3. vydání. Praha: Karolinum, 2007, 374 s. ISBN 978-80-907053-9-5.
- (2) HORECKÝ, Jiří - LUSKOVÁ, Daniela. *Měření kvality v sociálních službách*. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb České republiky, 2019, 65 s. ISBN 978-80-907053-9-5.
- (3) HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum: Základní metody a aplikace*. 3. vydání. Praha: Portál, 2012. 408 s. ISBN 978-80-262-0219-6.
- (4) KALVACH, Zdeněk; a kol., *Podpora rozvoje komunitního systému integrovaných podpůrných služeb*. Praha: Diakonie ČCE, 2014, 100 s. ISBN 978-80-87953-07-5.
- (5) KOLEKTIV AUTORŮ. *Individuální plánování a role klíčového pracovníka v sociálních službách*. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb České republiky, 2011, 272 s. ISBN 978-80-904668-1-4.
- (6) KOTOUS, Jan; MUNKOVÁ, Gabriela; ŠTEFKO, Martin. *Obecné otázky sociální politiky*. Praha: Ústav státu a práva AV ČR, 2013. 169 s. ISBN 978-80-87439-08-1.
- (7) KREBS, Vojtěch; a kol., *Sociální politika*. 3. přepracované vydání. Praha: ASPI, 2005. 504 s. ISBN 80-7357-050-5.
- (8) KRUTILOVÁ, Dagmar; ČÁMSKÝ, Pavel; SEMBDNER, Jan. *Tvorba a zavádění Standardů kvality poskytování sociálních služeb*. 2009. 224 s. Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR. ISBN 978-80-254-3427-7.
- (9) MATOUŠEK, Oldřich; a kol., *Základy sociální práce*. 2. vydání. Praha: Portál, s.r.o., 2007. 312 s. ISBN 978-80-7367-331-4.
- (10) MATOUŠEK, Oldřich; a kol., *Sociální práce v praxi*. 1. vydání. Praha: Portál, s.r.o., 2005. 352 s. ISBN 978-80-7367-818-0.
- (11) MATOUŠEK, Oldřich; a kol. *Metody a řízení sociální práce*. 1. vydání. Praha: Portál, s.r.o., 2008. 384 s. ISBN 978-80-7367-502-8.
- (12) PRŮŠA, Ladislav, *Efektivnost sociálních služeb: vybrané prvky a aspekty*. 1. vydání Praha; VÚPSV, v. v. i. 38 s. ISBN 978-80- 87007-73-0.

- (13) SMUTEK, Martin, *Sociální politika*. 1. vydání. Hradec Králové: Gaudeamus při Univerzitě Hradec Králové, 2014, 60 s. ISBN 978-80-7435-446-5.
- (14) SMUTEK, Martin, *Teorie sociálního státu*. 1. vydání. Hradec Králové: Gaudeamus při Univerzitě Hradec Králové, 2014, 66 s. ISBN 978-80-7435-469-4.
- (15) SVĚTOVÁ ZDRAVOTNICKÁ ORGANIZACE, *Globální města přátelská seniorům: průvodce*. Francie 2007. Překlad Ministerstvo práce a sociálních věcí. Praha 2009. 76 s. ISBN 978-80-7421-003-7.
- (16) VEČEŘA, Miloš, *Sociální stát: Východiska a přístupy*. Praha: Sociologické nakladatelství, 2001, 112 s. ISBN 80-85850-16-8.

Internetové zdroje

- (1) Databáze strategií: Portál strategických dokumentů v ČR. [online]. 2020 [cit. 2020-08-07]. Dostupné z: <https://www.databaze-strategie.cz/cz/who/strategie/health-2020?typ=detail>
- (2) Konzervativní strana: Desatero konzervatismu. [online]. 2020 [cit. 2020-08-11]. Dostupné z: <http://www.konzervativnistrana.cz/program/dalsi-programove-dokumenty/desatero-konzervatismu.html>
- (3) Deník veřejné správy: Jak je to s novelou zákona o sociálních službách. [online]. 2020 [cit. 2021-05-17]. Dostupné z: <http://denik.obce.cz/clanek.asp?id=6810465>
- (4) Ministerstvo práce a sociálních věcí. [online]. 2021 [cit. 2021-04-11]. Dostupné z: <https://www.mpsv.cz/standardy-kvality-socialnich-sluzeb>
- (5) Regionální informační servis. [online]. 2021 [cit. 2021-05-21]. Dostupné z: <https://www.risy.cz/cs/krajske-ris/kraj-vysocina/obce-s-rozsir-pusobnosti>
- (6) Značka kvality v sociálních službách. [online]. 2021 [cit. 2021-05-21]. Dostupné z: <https://www.znackakvality.info>

Ostatní zdroje

- (1) ČÁMSKÝ, Pavel; KRUTILOVÁ, Dagmar; SEMBDNER, Jan; SLADKÝ, Pavel. *Manuál pro tvorbu a zavádění standardů kvality sociálních služeb*. Centrum sociálních služeb Praha 2008. Publikace vznikla jako výstup z projektu CZ.04.3.07/2.1.00.1/0003 Vzdělávání pracovníků sociální sféry.
- (2) Ministerstvo práce a sociálních věcí, *ZAVÁDĚNÍ STANDARDŮ KVALITY SOCIÁLNÍCH SLUŽEB DO PRAXE*, Praha 2002, první vydání 112 s.; ISBN 80-86552-45-4
- (3) MPSV. 2015. *Národní strategie rozvoje sociálních služeb na období 2016–2025*. Praha: MSPV
- (4) Vyhláška č.505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách
- (5) Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách

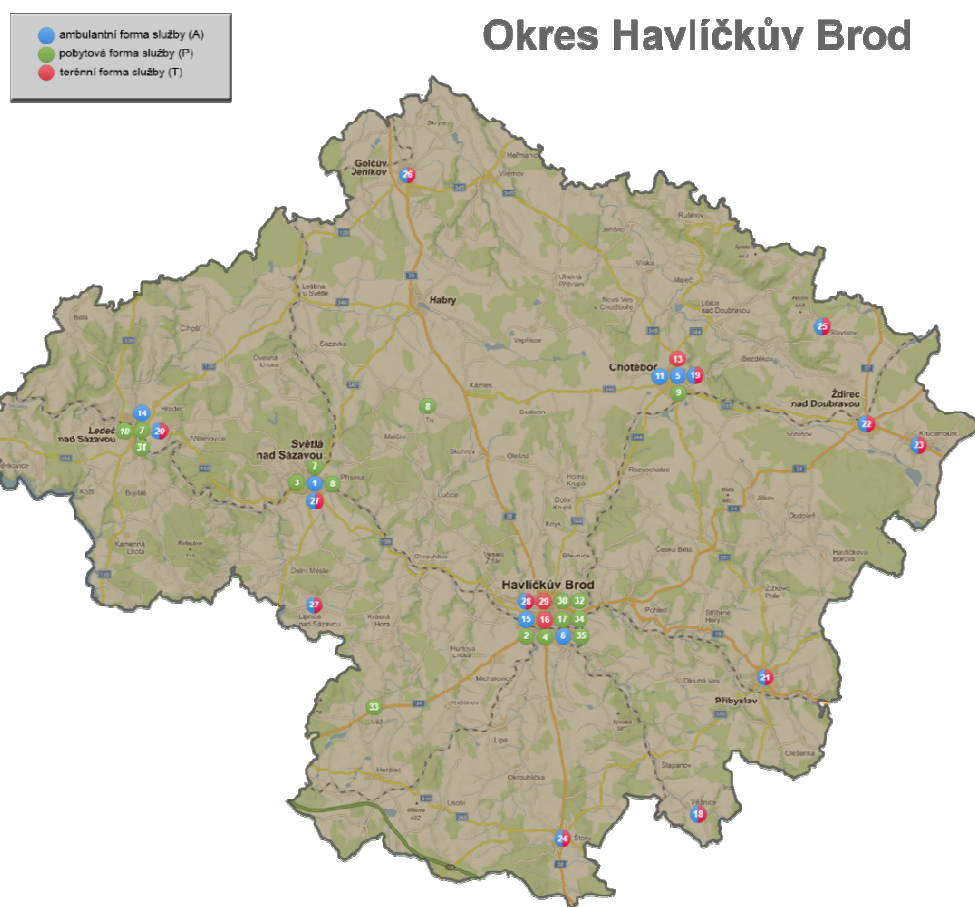
Přílohy

Příloha 1 Osnova k rozhovoru

1. Jaká je lůžková kapacita Vašeho zařízení?
2. Kolik zaměstnanců má Vaše zařízení?
3. Jak hodnotíte nabídku a poptávku služby, kterou poskytujete v rámci ORP, ve kterém působíte?
4. Jste schopni uspokojit zájem všech potenciálních žadatelů o zařazení do služby, kteří se na Vás obrátí?
5. Které faktory případně limitují Vaši službu, aby byla schopna nabídnout sociální služby dalším klientům?
6. Jakým způsobem je určováno pořadí žadatele o sociální službu v evidenci žadatelů?
7. Jakým způsobem jsou aktualizovány údaje v žádostech o sociální službu.
8. Jak často je ve Vaší organizaci prováděna aktualizace evidence žadatelů?
9. Je Vaše organizace dle Vašeho názoru dostatečně personálně zajištěna?
10. Jaké jsou důvody nedostatečného množství, personálu v přímé obslužné péči případně zdravotníků?
11. Jakým způsobem je naplňována role klíčového pracovníka ve vztahu ke klientovi?
12. Je ve Vaší službě zájem ze strany zaměstnanců o roli klíčového pracovníka?
13. Je role klíčového pracovníka v organizaci finančně či jinak motivována? (zvlášť hodnocena).
14. Kdo tvoří podporu klíčovému pracovníkovi.
15. Jak často jsou vykonávány supervize pracovníkům v přímé péči.
16. Využíváte v organizaci podporu nezávislého kvalifikovaného odborníka.
17. Kdo zpravidla podává návrh na změnu klíčového pracovníka.

Příloha 2 Rozdělení sociálních služeb po okresech

V okrese Havlíčkův Brod je registrováno 35 služeb sociální péče. Jedná se o 11 pečovatelských služeb, 5 denních stacionářů, 3 domovy pro seniory, 3 domovy se zvláštním režimem, 3 chráněná bydlení, 2 osobní asistence, 2 domovy pro osoby se zdravotním postižením, 2 centra denních služeb, 2 sociální služby poskytované ve zdravotnických zařízeních a dvakrát jsou zastoupeny odlehčovací služby.



Legenda:

Senioři

Číslo mapě	Název služby	Místo poskytování	Druh služby	A	Kapacita služby
1.	Sociální centrum města Světlá nad	Světlá nad Sázavou	DS	A	10 klientů (okamžitá kapacita)

Číslo mapě	Název služby	Místo poskytování	Druh služby	A	Kapacita služby
	Sázavou				služby)
2.	Domov pro seniory Havlíčkův Brod, p. o.	Havlíčkův Brod	DPS	P	95 lůžek
3.	Sociální centrum města Světlá nad Sázavou	Světlá nad Sázavou	DPS	P	115 lůžek
4.	Sociální služby města Havlíčkova Brodu	Havlíčkův Brod	DPS	P	98 lůžek

Osoby se zdravotním postižením

5.	FOKUS Vysočina, z. ú.	Chotěboř	DS	A	15 klientů (okamžitá kapacita služby)
6.	ÚSVIT - zařízení SPMP Havlíčkův Brod z. ú.	Havlíčkův Brod	DS	A	6 klientů (okamžitá kapacita služby)
7.	Domov Háj, p. o.	Ledeč nad Sázavou + Světlá nad Sázavou	DOZP	P	72 lůžek
8.	Domov ve Zboží, p. o.	Tis + Světlá nad Sázavou	DOZP	P	60 lůžek
9.	Benediktus z. s.	Chotěboř	CHB	P	6 lůžek
10.	Oblastní charita Havlíčkův Brod	Ledeč nad Sázavou	CHB	P	4 lůžka
11.	Benediktus z. s.	Chotěboř	CDS	A	8 klientů (okamžitá kapacita služby)
12.	Háta, o.p.s.	Ledeč nad Sázavou	CDS	A	20 klientů (okamžitá kapacita služby)
13.	FOKUS Vysočina, z. ú.	Chotěboř	OA	T	2 klienti (okamžitá kapacita služby)

Senioři + osoby se zdravotním postižením

14.	Oblastní charita Havlíčkův Brod	Ledeč nad Sázavou	DS	A	35 klientů (okamžitá kapacita služby)
15.	Sociální služby města Havlíčkova Brodu	Havlíčkův Brod	DS	A	20 klientů (okamžitá kapacita služby)
16.	Oblastní charita Havlíčkův Brod – Domácí hospicová péče	Havlíčkův Brod	OS	T	7 klientů (okamžitá kapacita služby)
17.	Sociální služby města Havlíčkova Brodu	Havlíčkův Brod	OS	P	5 lůžek
18.	Domov sv. Floriana z.s.	Věžnice u Havl. Brodu	PS	A	10 klientů
19.	Domov sv. Floriana z.s.		PS	T	50 klientů
20.	Město Chotěboř	Chotěboř	PS	A	2 klienti (okamžitá kapacita služby)
21.	Město Chotěboř	Chotěboř	OS	T	10 klientů (okamžitá kapacita služby)
22.	Město Ledec nad Sázavou	Ledeč nad Sázavou	PS	A	1 klient (okamžitá kapacita služby)
23.	Město Ledec nad Sázavou	Město Ledec nad Sázavou	PS	T	12 klientů (okamžitá kapacita služby)
24.	Město Přibyslav	Přibyslav	PS	A	30 klientů
25.	Město Přibyslav	Přibyslav	PS	T	90 klientů
26.	Město Ždírec nad Doubravou	Ždírec nad Doubravou	PS	A	1 klient (okamžitá kapacita služby)
27.	Město Ždírec nad Doubravou	Ždírec nad Doubravou	PS	T	2 klienti (okamžitá kapacita služby)
28.	Městys Krucemburk	Krucemburk	PS	A	15 klientů
29.	Městys Krucemburk	Krucemburk	PS	T	79 klientů
30.	Městys Štoky	Štoky	PS	T	27 klientů /den

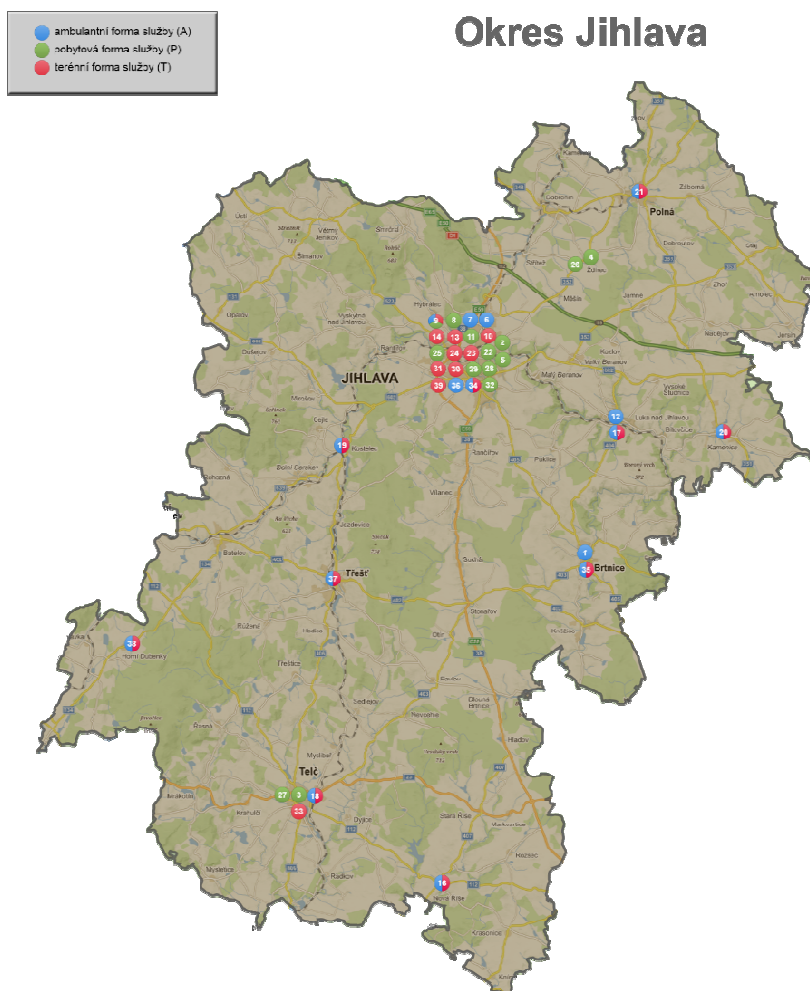
31.	Obec Slavíkov	Slavíkov	PS	A	28 klientů
-----	---------------	----------	----	---	------------

Osoby s chronickým a duševním postižením

32.	Domov pro seniory Havlíčkův Brod, p. o.	Havlíčkův Brod	DZR	P	25 lůžek
33.	Domov ve Věži, p. o.	Věž	DZR	P	91 lůžek
34.	Sociální služby města Havlíčkova Brodu	Havlíčkův Brod	DZR	P	28 lůžek
35.	FOKUS Vysočina, z. ú.	Havlíčkův Brod	CHB	P	14 lůžek

Okres Jihlava

V okrese Jihlava je registrováno 39 služeb sociální péče. Jedná se o 12 pečovatelských služeb, 5 odlehčovacích služeb, 4 domovy pro seniory, 4 denní stacionáře, 3 osobní asistence, 3 domovy se zvláštním režimem, 2 chráněná bydlení, 2 sociální služby poskytované ve zdravotnických zařízeních, dále o týdenní stacionář, centrum denních služeb, průvodcovské a předčitatelské služby a tísňovou péči.



Legenda:

Senioři

1.	Město Brtnice	Brtnice	CDS	A	5 klientů
2.	Domov pro seniory Jihlava - Lesnov, p. o.	Jihlava	DPS	P	146 lůžek
3.	Domov pro seniory Telč, p. o.	Telč	DPS	P	59 lůžek
4.	Domov Ždírec, p. o.	Ždírec	DPS	P	33 lůžek
5.	DS Stříbrné Terasy o.p.s.	Jihlava	DPS	P	75 lůžek

Osoby se zdravotním postižením

6.	Denní a týdenní stacionář Jihlava, p. o.	Jihlava	DS	A	30 klientů
7.	INTEGRAČNÍ CENTRUM SASOV z. ú.	Jihlava	DS	A	3 klienti (okamžitá kapacita služby)
8.	Denní a týdenní stacionář Jihlava, p. o.	Jihlava	CHB	P	8 lůžek
9.	Diecézní charita Brno, Oblastní charita Jihlava – Adapta Jihlava – odlehčovací služba	Jihlava	OS	P A T	2 lůžka 6 klientů (okamžitá kapacita služby) 1 klient (okamžitá kapacita služby)
10.	TyfloCentrum Jihlava, o.p.s.	Jihlava	Průvodcovské a předčitatelské služby	A	2 klienti (okamžitá kapacita služby)
11.	Denní a týdenní stacionář Jihlava, p. o.	Jihlava	Týdenní stacionář	T	28 lůžek

Senioři + osoby se zdravotním postižením

12.	Diecézní charita Brno, Oblastní charita Jihlava – Denní stacionář Pohodář Luka nad Jihlavou	Luka nad Jihlavou	DS	A	15 klientů / den
13.	Muži a ženy, o.p.s.	Jihlava	OS	T	30 klientů
14.	ŽIVOT 99 - Jihlava, z. ú.	Jihlava	OA	T	max. 16 klientů (okamžitá kapacita služby se liší dle denní doby)
15.	AC Facility, s.r.o.	České Budějovice	PS	T	120 klientů
16.	Diecézní charita Brno, Oblastní charita Jihlava – Charitní pečovatelská služba Nová Říše	Nová Říše	PS	A	1 klient (okamžitá kapacita služby)
16.	Diecézní charita Brno, Oblastní charita Jihlava – Charitní pečovatelská služba Nová Říše	Nová Říše	PS	T	2 klienti (okamžitá kapacita služby)
17.	Diecézní charita Brno, Oblastní charita Jihlava – Charitní pečovatelská služba Luka nad Jihlavou	Luka nad Jihlavou	PS	A	1 klient (okamžitá kapacita služby)
17.	Diecézní charita Brno,	Luka nad	PS	T	4 klienti

	Oblastní charita Jihlava – Charitní pečovatelská služba Luka nad Jihlavou	Jihlavou			(okamžitá kapacita služby)
18.	Diecézní charita Brno, Oblastní charita Jihlava – Charitní pečovatelská služba Telč	Telč	PS	A	1 klient (okamžitá kapacita služby)
18.	Diecézní charita Brno, Oblastní charita Jihlava – Charitní pečovatelská služba Telč	Telč	PS	T	4 klienti (okamžitá kapacita služby)
19.	Diecézní charita Brno, Oblastní charita Jihlava – Charitní pečovatelská služba Kostelec	Kostelec u Jihlavy	PS	A	1 klient (okamžitá kapacita služby)
19.	Diecézní charita Brno, Oblastní charita Jihlava – Charitní pečovatelská služba Kostelec	Kostelec u Jihlavy	PS	T	2 klienti (okamžitá kapacita služby)
20.	Diecézní charita Brno, Oblastní charita Jihlava – Charitní pečovatelská služba Kamenice	Kamenice u Jihlavy	PS	A	1 klient (okamžitá kapacita služby)
21.	Město Polná	Polná	PS	A	1 klient (okamžitá kapacita služby)
21.	Město Polná	Polná	PS	T	4 klienti (okamžitá kapacita služby)
22.	Nemocnice Jihlava, p. o.	Jihlava	Sociální služby poskytované ve zdravotnických zařízeních	P	5 lůžek
23.	VČELKA senior care o.p.s.	Jihlava	OA	T	10 klientů (okamžitá kapacita služby)
24.	VČELKA senior care o.p.s.	Jihlava	PS	T	17 klientů (okamžitá kapacita služby)

Osoby s chronickým a duševním postižením

25.	Alzheimercentrum Jihlava, z. ú.	Jihlava	DZR	P	95 lůžek
26.	Domov Ždírec, p. o.	Ždírec	DZR	P	83 lůžek
27.	Senior Home, s.r.o.	Telč	DZR	P	56 lůžek
28.	VOR Jihlava, z. ú.	Jihlava	CHB	P	3 lůžka
29.	Psychiatrická nemocnice Jihlava	Jihlava	Sociální služby poskytované ve zdravotnických zařízeních	P	10 lůžek

Osoby s chronickým onemocněním + senioři + osoby se zdravotním postižením

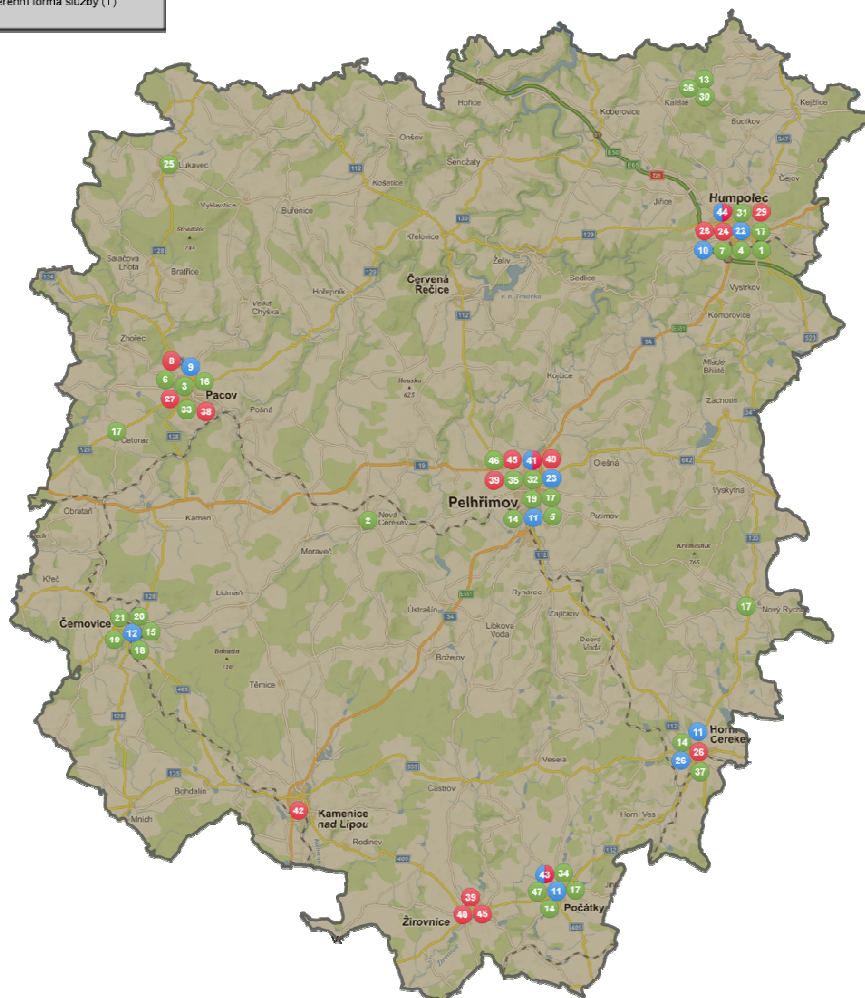
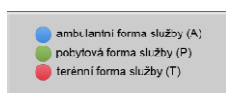
30.	Diecézní charita Brno, Oblastní charita Jihlava - Bárka – Charitní domácí hospicová péče Jihlava	Jihlava	OS	T	5 klientů (okamžitá kapacita služby)
31.	Domácí hospic Vysočina, o.p.s.	Jihlava	OS	T	4 klienti / den
32.	Integrované centrum sociálních služeb Jihlava, p. o.	Jihlava	OS	P	10 lůžek

33.	Sdílení o.p.s.	Telč	OS	T	25 klientů
34.	Integrované centrum sociálních služeb Jihlava, p. o.	Jihlava	PS	A	4 klienti (okamžitá kapacita služby)
34.	Integrované centrum sociálních služeb Jihlava, p. o.	Jihlava	PS	T	max. 30 klientů (okamžitá kapacita služby se liší dle denní doby)
35.	Město Brtnice	Brtnice	PS	A	10 klientů / den
35.	Město Brtnice	Brtnice	PS	T	50 klientů / den
36.	Integrované centrum sociálních služeb Jihlava, p. o.	Jihlava	DS	A	20 klienti (okamžitá kapacita služby)
37.	Město Třešť	Třešť	PS	A	8 klientů / den
38.	Obec Horní Dubenky	Horní Dubenky	PS	A	5 klientů / den
38.	Obec Horní Dubenky	Horní Dubenky	PS	T	35 klientů / den
39.	ŽIVOT 99 - Jihlava, z. ú.	Jihlava	TP	T	1 klient (okamžitá kapacita služby)

Okres Pelhřimov

V okrese Pelhřimov je registrováno 47 služeb sociální péče. Jedná se o 9 pečovatelských služeb, 7 domovů se zvláštním režimem, 6 domovů pro seniory, 4 domovy pro osoby se zdravotním postižením, 4 odlehčovací služby, 4 chráněná bydlení, 4 osobní asistence, 3 denní stacionáře, 3 centra denních služeb, 2 sociální služby poskytované ve zdravotnických zařízeních a jeden týdenní stacionář.

Okres Pelhřimov



Legenda:

Senioři

1.	Domov blahoslavené Bronislavy	Humpolec	DPS	P	33 lůžek
2.	Domov důchodců Proseč-Obořiště, p. o.	Nová Cerekev	DPS	P	70 lůžek
3.	Domov Jeřábina Pelhřimov, p. o.	Pacov	DPS	P	51 lůžek
4.	Domov pro seniory Humpolec, p. o.	Humpolec	DPS	P	104 lůžek
5.	Domov pro seniory Pelhřimov, p. o.	Pelhřimov	DPS	P	67 lůžek
6.	Dům seniorů - Domov důchodců	Pacov	DPS	P	52 lůžek
7.	Domov pro seniory Humpolec, p. o.	Humpolec	OS	P	2 lůžka
8.	Dům seniorů - Domov důchodců	Pacov	PS	T	50 klientů

Osoby se zdravotním postižením

9.	Centrum LADA, z.s.	Pacov	CDS	A	16 klientů
10.	Medou z.s.	Humpolec	CDS	A	16 klientů
11.	Domov Jeřábina Pelhřimov, p. o.	Pelhřimov + Počátky + Horní Cerekev	DS	A	44 klientů

12.	Domov Kopretina Černovice, p. o.	Černovice u Tábora	DS	A	5 klientů
13.	Domov důchodců Proseč u Pošné, p. o.	Proseč u Pošné	DOZP	P	37 lůžek
14.	Domov Jeřabina Pelhřimov, p. o.	Počátky + Horní Cerekev + Pelhřimov	DOZP	P	12 lůžek
15.	Domov Kopretina Černovice, p. o.	Černovice u Tábora	DOZP	P	149 lůžek
16.	Domov Lidmaň, p. o.	Pacov	DOZP	P	97 lůžek
17.	Domov Jeřabina Pelhřimov, p. o.	Pelhřimov + Cetoraz + Humpolec + Nový Rychnov + Počátky	CHB	P	48 lůžek
18.	Domov Kopretina Černovice, p. o.	Černovice u Tábora	CHB	P	5 lůžek
19.	Domov Lidmaň, p. o.	Černovice u Tábora + Pelhřimov	CHB	P	6 lůžek
20.	Domov Kopretina Černovice, p. o.	Černovice u Tábora	OS	P	10 lůžek
21.	Domov Kopretina Černovice, p. o.	Černovice u Tábora	TS	P	12 lůžek

Senioři + osoby se zdravotním postižením

22.	Oblastní charita Havlíčkův Brod	Humpolec	CDS	A	18 klientů (okamžitá kapacita služby)
23.	Domov pro seniory Pelhřimov, p. o.	Pelhřimov	DS	A	10 klientů
24.	Oblastní charita Havlíčkův Brod - Centrum osobní asistence Havlíčkův Brod	Havlíčkův Brod + Humpolec	OA	T	10 klientů (okamžitá kapacita služby)
25.	Centrum sociálních služeb Lukavec	Lukavec u Pacova	OS	P	15 lůžek
26.	Diecézní charita Brno, Oblastní charita Jihlava – Charitní pečovatelská služba Horní Cerekev	Horní Cerekev	PS	A	1 klient (okamžitá kapacita služby)
26.	Diecézní charita Brno, Oblastní charita Jihlava – Charitní pečovatelská služba Horní Cerekev	Horní Cerekev	PS	T	3 klienti (okamžitá kapacita služby)
27.	Farní charita Pacov	Pacov	PS	T	3 klienti (okamžitá kapacita služby)
28.	VČELKA senior care o.p.s.	Humpolec	OA	T	10 klientů (okamžitá kapacita služby)
29.	VČELKA senior care o.p.s.	Humpolec	PS	T	17 klientů (okamžitá kapacita služby)

Osoby s chronickým a duševním postižením

30.	Domov důchodců Proseč u Pošné, p. o.	Proseč u Pošné	DZR	P	39 lůžek
31.	Domov pro seniory Humpolec, p. o.	Humpolec	DZR	P	84 lůžek
32.	Domov pro seniory Pelhřimov, p. o.	Pelhřimov	DZR	P	42 lůžek

33.	Dům seniorů - Domov důchodců	Pacov	DZR	P	28 lůžek
34.	Nemocnice Počátky, s.r.o.	Počátky	DZR	P	30 lůžek
35.	FOKUS Vysočina, z. ú.	Pelhřimov	CHB	P	2 lůžka
36.	Domov důchodců Proseč u Pošné, p. o.	Proseč u Pošné	DZR	P	9 lůžek
37.	Domov Jeřábina Pelhřimov, p. o.	Horní Cerekev	DZR	P	12 lůžek

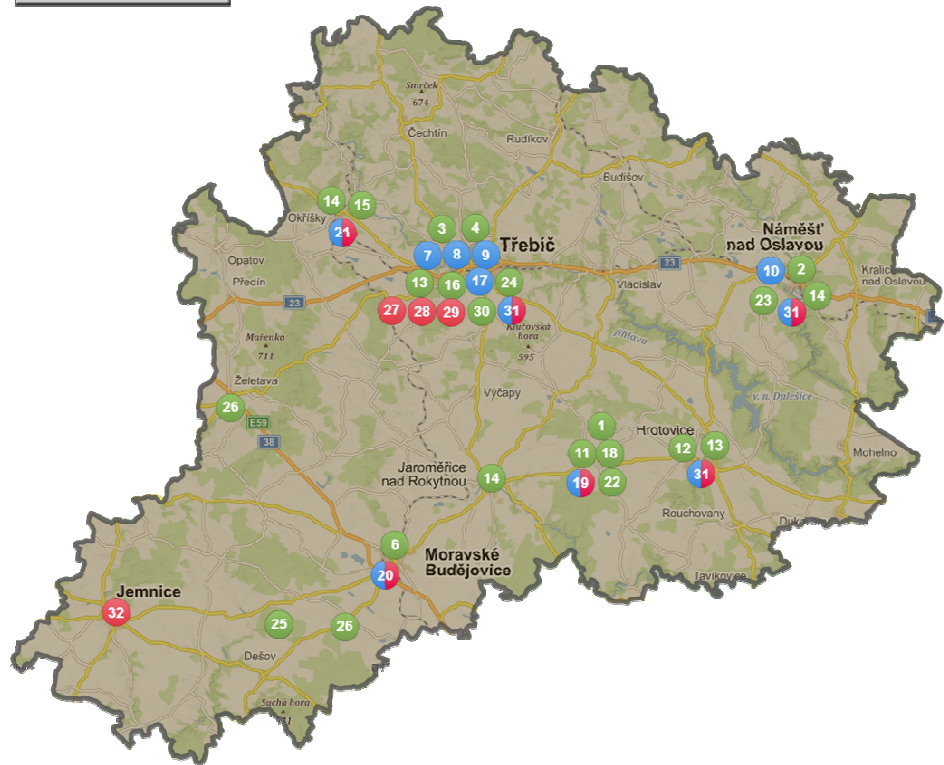
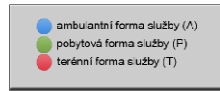
Osoby s chronickým onemocněním + senioři + osoby se zdravotním postižením

38.	Centrum LADA, z. s.	Pacov	OA	T	4 klienti
39.	Oblastní charita Pelhřimov	Pelhřimov + Žirovnice	OA	T	4 klienti (okamžitá kapacita služby)
40.	Oblastní charita Pelhřimov – Domácí hospicová péče Iris	Pelhřimov + Žirovnice	OS	T	3 klienti (okamžitá kapacita služby)
41.	Domov pro seniory Pelhřimov, p. o.	Pelhřimov	PS	A	2 klienti (okamžitá kapacita služby)
41.	Domov pro seniory Pelhřimov, p. o.	Pelhřimov	PS	T	5 klientů (okamžitá kapacita služby)
42.	Farní charita Kamenice nad Lipou	Kamenice nad Lipou	PS	T	80 klientů / den
43.	Město Počátky	Počátky	PS	A	3 klienti / den
43.	Město Počátky	Počátky	PS	T	60 klientů / den
44.	Oblastní charita Havlíčkův Brod	Humpolec + Lipnice nad Sázavou + Golčův Jeníkov	PS	A	1 klient (okamžitá kapacita služby)
44.	Oblastní charita Havlíčkův Brod	Humpolec + Lipnice nad Sázavou + Golčův Jeníkov	PS	T	10 klientů (okamžitá kapacita služby)
45.	Oblastní charita Pelhřimov	Pelhřimov + Žirovnice	PS	T	7 klientů (okamžitá kapacita služby)
46.	Nemocnice Pelhřimov, p. o.	Pelhřimov	Sociální služby poskytované ve zdravotnických zařízeních	P	2 lůžka
47.	Nemocnice Počátky, s.r.o.	Počátky	Sociální služby poskytované ve zdravotnických zařízeních	P	20 lůžek

Okres Třebíč

v okrese Třebíč je registrováno 32 služeb sociální péče. Jedná se o 6 pečovatelských služeb, 6 domovů pro seniory, 5 domovů se zvláštním režimem, 5 denních stacionářů, 4 odlehčovací služby, 2 domovy pro osoby se zdravotním postižením, 2 chráněná bydlení, jednu osobní asistenci a jedny sociální služby poskytované ve zdravotnických zařízeních.

Okres Třebíč



Senioři

1.	Diakonie ČCE - středisko v Myslibořicích	Myslibořice	DPS	P	102 lůžek
2.	Domov pro seniory Náměšť nad Oslavou, p. o.	Náměšť nad Oslavou	DPS	P	84 lůžek
3.	Domov pro seniory Třebíč - Manž. Curieových, p. o.	Třebíč	DPS	P	193 lůžek
4.	Domov pro seniory Třebíč, Koutkova-Kubešova, p. o.	Třebíč	DPS	P	144 lůžek
5.	Domov sv. Anežky	Kojatice	DPS	P	86 lůžek
6.	Dům sv. Antonína	Moravské Budějovice	DPS	P	83 lůžek

Osoby se zdravotním postižením

7.	Denní centrum Barevný svět, o. p. s.	Třebíč	DS	A	25 klientů
8.	Denní rehabilitační stacionář pro tělesně a mentálně postižené Třebíč	Třebíč	DS	A	45 klientů
9.	Diecézní charita Brno, Oblastní charita Třebíč – Stacionář Úsměv Třebíč	Třebíč	DS	A	28 klientů
10.	Domov bez zámku Náměšť nad Oslavou, p. o.	Náměšť nad Oslavou	DS	A	30 klientů / den
11.	Diakonie ČCE - středisko	Myslibořice	DOZP	P	13 lůžek

	v Myslibořicích				
12.	Domov bez zámku Náměšť nad Oslavou, p. o.	Hrotovice	DOZP	P	23 lůžek
13.	Denní centrum Barevný svět, o. p. s.	Hrotovice + Třebíč	CHB	P	18 lůžek
14.	Domov bez zámku Náměšť nad Oslavou, p. o.	Náměšť nad Oslavou + Jaroměřice nad Rokytnou + Okříšky	CHB	P	49 lůžek
15.	Domov bez zámku Náměšť nad Oslavou, p. o.	Velká Bíteš + Okříšky	OS	P	2 lůžka
16.	Domov pro seniory Třebíč - Manž. Curieových, p. o.	Třebíč	OS	P	2 lůžka

Senioři + osoby se zdravotním postižením

17.	Diecézní charita Brno, Oblastní charita Třebíč – Domovinka Třebíč	Třebíč	DS	A	17 klientů
18.	Diakonie ČCE - středisko v Myslibořicích	Myslibořice	OS	P	4 lůžka
19.	Diakonie ČCE - středisko v Myslibořicích	Myslibořice	PS	A	3 klienti
19.	Diakonie ČCE - středisko v Myslibořicích	Myslibořice	PS	T	50 klientů
20.	Město Moravské Budějovice	Moravské Budějovice	PS	A	3 klienti
20.	Město Moravské Budějovice	Moravské Budějovice	PS	T	70 klientů
21.	Městys Okříšky	Okříšky	PS	A	1 klient
21.	Městys Okříšky	Okříšky	PS	T	1 klient

Osoby s chronickým a duševním onemocněním

22.	Diakonie ČCE - středisko v Myslibořicích	Myslibořice	DZR	P	30 lůžek
23.	Domov pro seniory Náměšť nad Oslavou, p. o.	Náměšť nad Oslavou	DZR	P	10 lůžek
24.	Domov pro seniory Třebíč, Koutkova-Kubešova, p. o.	Třebíč	DZR	P	28 lůžek
25.	Domov sv. Anežky	Kojatice	DZR	P	16 lůžek

Osoby ohrožené závislostí nebo závislé na návykových látkách

26.	Domov Nové Syrovce, p. o.	Nové Syrovce	DZR	P	75 lůžek
-----	---------------------------	--------------	-----	---	----------

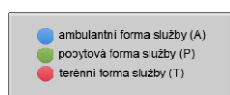
Osoby s chronickým onemocněním + senioři + osoby se zdravotním postižením

27.	Diecézní charita Brno, Oblastní charita Třebíč – Osobní asistence Třebíč	Třebíč	OA	T	15 klientů
28.	Diecézní charita Brno, Oblastní charita Třebíč - Odlehčovací služba Domácího hospice sv. Zdislavy Třebíč	Třebíč	OS	T	6 klientů (okamžitá kapacita služby)
29.	DIANA TŘEBÍČ, o. p. s.	Třebíč	PS	T	5 klientů (okamžitá kapacita služby)
30.	Nemocnice Třebíč, p. o.	Třebíč	Sociální služby poskytované ve zdravotnických zařízeních	P	20 lůžek

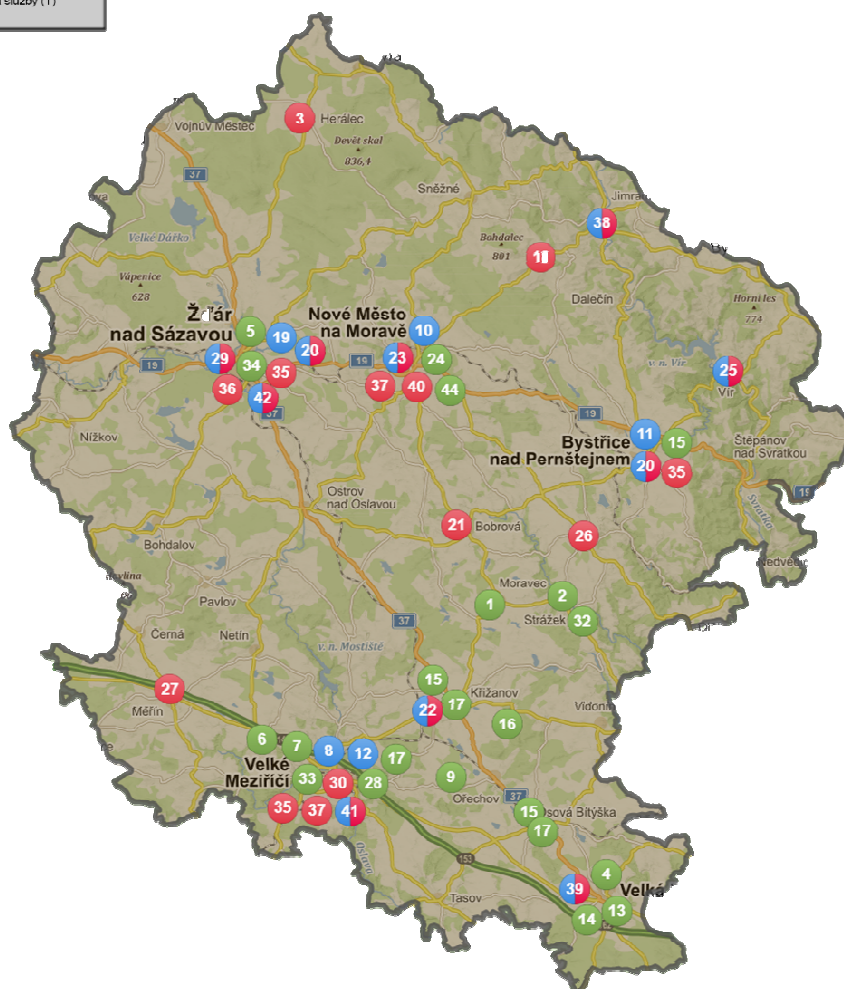
31.	Diecézní charita Brno, Oblastní charita Třebíč – Charitní pečovatelská služba Třebíč	Třebíč + Hrotovice + Náměšť nad Oslavou	PS	A	3 klienti (okamžitá kapacita služby)
32.	Město Jemnice	Jemnice	PS	T	2 klienti

Okres Žďár nad Sázavou

V okrese Žďár nad Sázavou je registrováno 44 služeb sociální péče. Jedná se o 16 pečovatelských služeb, 5 odlehčovacích služeb, 5 domovů pro seniory, 5 denních stacionářů, 4 domovy se zvláštním režimem, 2 domovy pro osoby se zdravotním postižením, dále o osobní asistenci, sociální služby poskytované v zdravotnických zařízeních, týdenní stacionář a chráněné bydlení.



Okres Žďár nad Sázavou



Senioři

1.	Česká katolická charita	Moravec	DPS	P	83 lůžek
2.	Domov pro seniory Mitrov, p. o.	Strážek	DPS	P	64 lůžek
3.	Obec Herálec	Herálec pod Žakovou horou	PS	T	1 klient (okamžitá kapacita služby)
4.	Poliklinika Velká Bíteš, p. o.	Velká Bíteš	DPS	P	27 lůžek
5.	Sociální služby města Žďár nad Sázavou	Žďár nad Sázavou	DPS	P	54 lůžek
6.	Domov pro seniory Velké Meziříčí, p. o.	Velké Meziříčí	DPS	P	67 lůžek

Osoby se zdravotním postižením

7.	Centrum Kociánka	Velké Meziříčí	OS	P	10 lůžek
8.	Centrum Kociánka	Velké Meziříčí	DS	A	30 klientů
9.	Centrum Kociánka	Březejc	TS	P	22 lůžek
10.	Centrum ZDISLAVA	Nové Město na Moravě	DS	A	23 klientů (okamžitá kapacita služby)
11.	Diecézní charita Brno, Oblastní charita Žďár nad Sázavou – Rosa – denní stacionář	Bystřice nad Pernštejnem	DS	A	18 klientů (okamžitá kapacita služby)
12.	Diecézní charita Brno, Oblastní charita Žďár nad Sázavou – Nesa – denní stacionář Velké Meziříčí	Velké Meziříčí	DS	A	20 klientů (okamžitá kapacita služby)
13.	Domov bez zámku Náměšť nad Oslavou, p. o.	Velká Bíteš + Okříšky	OS	P	2 lůžka
14.	Domov bez zámku Náměšť nad Oslavou, p. o.	Velká Bíteš	DOZP	P	23 lůžek
15.	Domov Kamélie Křížanov, p. o.	Křížanov + Bystřice nad Pernštejnem + Osová Bítýška	DOZP	P	92 lůžek
16.	Domov Kamélie Křížanov, p. o.	Kadolec	DZR	P	6 lůžek
17.	Domov Kamélie Křížanov, p. o.	Křížanov + Velké Meziříčí + Osová Bítýška	CHB	P	44 lůžek
18.	Obec Věcov	Věcov	PS	T	30 klientů
19.	Sociální služby města Žďár nad Sázavou	Žďár nad Sázavou	DS	A	22 klientů (okamžitá kapacita služby)

Senioři + osoby se zdravotním postižením

20.	Diecézní charita Brno, Oblastní charita Žďár nad Sázavou – Charitní pečovatelská služba Bystřice nad Pernštejnem	Žďár nad Sázavou + Bystřice nad Pernštejnem	PS	A	1 klient (okamžitá kapacita služby)
20.	Diecézní charita Brno, Oblastní charita Žďár nad Sázavou – Charitní pečovatelská služba Bystřice nad Pernštejnem	Žďár nad Sázavou + Bystřice nad Pernštejnem	PS	T	16 klientů (okamžitá kapacita služby)
21.	Městys Bobrová	Bobrová	PS	T	30 klientů

22.	Městys Křižanov	Křižanov	PS	A	1 klient (okamžitá kapacita služby)
22.	Městys Křižanov	Křižanov	PS	T	2 klienti (okamžitá kapacita služby)
23.	Novoměstské sociální služby	Nové Město na Moravě	PS	A	1 klient (okamžitá kapacita služby)
23.	Novoměstské sociální služby	Nové Město na Moravě	PS	T	17 klientů (okamžitá kapacita služby se liší dle denní doby)
24.	Novoměstské sociální služby	Nové Město na Moravě	OS	P	1 lůžko
25.	Obec Vír	Vír	PS	A	5 klientů
25.	Obec Vír	Vír	PS	T	75 klientů
26.	Pečovatelská služba Dolní Rožínka, p. o.	Dolní Rožínka	PS	T	5 klientů (okamžitá kapacita služby se liší dle denní doby)
27.	Městys Měřín	Měřín	PS	T	1 klient (okamžitá kapacita služby)
28.	Sociální služby města Velké Meziříčí	Velké Meziříčí	OS	P	5 lůžek
29.	Subregion Velké Dářko-dobrovolný svazek obcí	Žďár nad Sázavou	PS	A	1 klient (okamžitá kapacita služby)
29.	Subregion Velké Dářko-dobrovolný svazek obcí	Žďár nad Sázavou	PS	T	2 klienti (okamžitá kapacita služby)
30.	Tomáš Rohovský	Velké Meziříčí	PS	T	3 klienti (okamžitá kapacita služby)
31.	Oblastní charita Nové Hrady u Skutče	Litomyšl + Hlinsko v Čechách	PS	T	32 klientů

Osoby s chronickým a duševním onemocněním

32.	Domov pro seniory Mítrov, p. o.	Strážek	DZR	P	66 lůžek
33.	Domov pro seniory Velké Meziříčí, p. o.	Velké Meziříčí	DZR	P	36 lůžek
34.	Sociální služby města Žďár nad Sázavou	Žďár nad Sázavou	DZR	P	40 lůžek

Osoby s chronickým onemocněním + senioři + osoby se zdravotním postižením

35.	Diecézní charita Brno, Oblastní charita Žďár nad Sázavou, Osobní asistence Velké Meziříčí	Velké Meziříčí + Žďár nad Sázavou + Bystřice nad Pernštejnem	OA	T	24 klientů (okamžitá kapacita služby)
36.	Diecézní charita Brno, Oblastní charita Žďár nad Sázavou – Domácí hospicová péče Žďár nad Sázavou	Žďár nad Sázavou	OS	T	4 klienti
37.	Domácí hospic Vysocína, o.p.s., Středisko hospicové péče Nové Město na Moravě	Nové Město na Moravě + Velké Meziříčí	OS	T	6 klientů / den

38.	Městys Jimramov	Jimramov	PS	A	1 klient (okamžitá kapacita služby)
38.	Městys Jimramov	Jimramov	PS	T	2 klienti (okamžitá kapacita služby)
39.	Poliklinika Velká Bíteš, p. o.	Velká Bíteš	PS	A	10 klientů
39.	Poliklinika Velká Bíteš, p. o.	Velká Bíteš	PS	T	60 klientů
40.	Portimo, o.p.s.	Nové Město na Moravě	OA	T	8 klientů (okamžitá kapacita služby)
41.	Sociální služby města Velké Meziříčí	Velké Meziříčí	PS	A	1 klient (okamžitá kapacita služby)
41.	Sociální služby města Velké Meziříčí	Velké Meziříčí	PS	T	5 klientů (okamžitá kapacita služby se liší dle denní doby)
42.	Sociální služby města Žďár nad Sázavou	Žďár nad Sázavou	PS	A	4 klienti (okamžitá kapacita služby)
42.	Sociální služby města Žďár nad Sázavou	Žďár nad Sázavou	PS	T	205 klientů
43.	DOMOV Bystré, o.p.s.	Bystré	PS	A	2 klienti (okamžitá kapacita služby)
43.	DOMOV Bystré, o.p.s.	Bystré	PS	T	6 klientů (okamžitá kapacita služby se liší dle denní doby)
44.	Nemocnice Nové Město na Moravě, p. o.	Nové Město na Moravě	Sociální služby poskytované ve zdravotnických zařízeních	P	5 lůžek

Příloha 3 Příspěvkové organizace Kraje Vysočina

Domov Háj, příspěvková organizace

Obrázek 10 Domov Háj



Zdroj: Databáze Krajského úřadu Kraje Vysočina

Domov Háj, příspěvková organizace, je zařízením, které poskytuje sociální službu domov pro osoby se zdravotním postižením osobám s mentálním nebo s kombinovaným postižením od 18 let výše. Organizace ke konci roku 2020 vstoupila do třetí etapy transformace a službu postupně transformuje do komunitních služeb poskytovaných v lokalitách Světlá nad Sázavou, Ledec nad Sázavou, Golčův Jeníkov, Havlíčkův Brod a v r. 2021 bude zprovozněno komunitní bydlení v Chotěboři. Celková kapacita po ukončeném procesu transformace bude 73 lůžek.

Domov pro seniory Humpolec, příspěvková organizace

Obrázek 11 Domov pro seniory Humpolec



Domov pro seniory Havlíčkův Brod, příspěvková organizace

Obrázek 12 Domov pro seniory Havlíčkův Brod



Zdroj: Databáze Krajského úřadu Kraje Vysočina

Domov pro seniory Havlíčkův Brod, příspěvková organizace poskytuje službu domov pro seniory pro klienty od 60 let na pracovišti Husova. Kapacita této služby je celkem 84 klientů. Dále je poskytována služba domov se zvláštním režimem s kapacitou celkem 100 klientů, a to v rámci pracoviště Husova a v rámci pracoviště Břevnice, pro klienty od 50 let. Místo poskytování Břevnice má kapacitu 25 lůžek.

Domov Jeřabina Pelhřimov, příspěvková organizace

Obrázek 13 Domov Jeřabina Pelhřimov



Zdroj: Databáze Krajského úřadu Kraje Vysočina

Domov Jeřabina Pelhřimov, příspěvková organizace poskytuje službu domov se zvláštním režimem o kapacitě 12 lůžek, službu domov pro osoby se zdravotním postižením o kapacitě 12 lůžek, chráněné bydlení o kapacitě 48 lůžek a denní stacionář o kapacitě 44 lůžek. Vzhledem k dokončenému procesu transformace organizace jsou sociální služby poskytovány na více adresách ve městech Horní Cerekev, Počátky, Nový Rychnov, Cětovaz, Humpolec a Pelhřimov.

Domov bez zámku Náměšť nad Oslavou, příspěvková organizace

Obrázek 14 Domov bez zámku Náměšť nad Oslavou



Zdroj: Databáze Krajského úřadu Kraje Vysočina

Domov bez zámku, příspěvková organizace poskytuje sociální služby domov pro osoby se zdravotním postižením, chráněné bydlení, odlehčovací služby, denní stacionář a nově i podpora samostatného bydlení. Celková kapacity služeb je 73 lůžek. Organizace prošla kompletně procesem transformace a služby poskytuje v lokalitách Okříšky, Velká Bíteš, Náměšť nad Oslavou a Hrotovice.

Domov pro seniory Mitrov, příspěvková organizace

Obrázek 15 Domov pro seniory Mitrov



Zdroj: Databáze Krajského úřadu Kraje Vysočina

Domov pro seniory Mitrov, příspěvková organizace, poskytuje službu domov pro seniory o kapacitě 64 lůžek pro osoby od 62 let a službu domov se zvláštním režimem o kapacitě 66 lůžek pro osoby od 55 let.

Domov Kamélie Křižanov, příspěvková organizace

Obrázek 16 Domov Kamélie Křižanov



Zdroj: Databáze Krajského úřadu Kraje Vysočina

Domov Kamélie Křižanov, příspěvková organizace 2019 poskytuje celkem tři pobytové sociální služby. Od roku 2011 probíhá v souvislosti se zapojením do projektu „Podpora transformace sociálních služeb“ MPSV postupná transformace zařízení z ústavní péče na komunitní typ bydlení. Do roku 2016 bylo v rámci I. a II. etapy transformace postaveno devět nových domů. V současnosti se plánují další etapy transformace a její dokončení závěrem roku 2022. Organizace poskytuje v obcích Křižanov, Bystřice nad Pernštejnem a Osová Bítýška službu domov pro osoby se zdravotním postižením o kapacitě 92 lůžek a v obcích Křižanov, Velké Meziříčí, Osová Bítýška službu chráněné bydlení o kapacitě 44 lůžek, obě služby pro osoby s kombinovaným postižením a s mentálním postižením od 18 let věku. Dále je organizací poskytována služba domov se zvláštním režimem o kapacitě šest lůžek pro osoby s mentálním postižením v kombinaci s poruchami autistického spektra a specifickými potřebami v oblasti chování a vzájemného soužití od 18 do 64 let v obci Kadolec.

Domov pro seniory Náměšť nad Oslavou, příspěvková organizace

Obrázek 17 Domov pro seniory Náměšť nad Oslavou



Zdroj: Databáze Krajského úřadu Kraje Vysočina

Domov pro seniory Náměšť nad Oslavou, příspěvková organizace, poskytuje službu domov pro seniory o kapacitě 84 lůžek a službu domov se zvláštním režimem o kapacitě 10 lůžek pro osoby od 65 let.

Domov Nové Syrovice, příspěvková organizace

Obrázek 18 Domov Nové Syrovice



Zdroj: Databáze Krajského úřadu Kraje Vysočina

Domov Nové Syrovice, příspěvková organizace poskytuje službu domov se zvláštním režimem o kapacitě 78 lůžek. Poskytovaná služba je zaměřená primárně na osoby s diagnózou závislosti na alkoholu příp. s přidruženou duševní poruchou. Vzhledem k cílové skupině je služba poskytována osobám ve věku 19 let - 80 let a výše.

Domov pro seniory Třebíč, Koutkova-Kubešova, příspěvková organizace

Obrázek 19 Domov pro seniory Třebíč, Koutkova - Kubešova



Zdroj: Databáze Krajského úřadu Kraje Vysočina

Domov pro seniory Třebíč, Koutkova – Kubešova, příspěvková organizace poskytuje sociální služby na dvou adresách. Jedná se o službu domov pro seniory o kapacitě 144 lůžek (80 klientů je ubytováno na pracovišti Koutkova, 64 klientů je ubytováno na pracovišti Kubešova) pro osoby od 51 let a službu domov se zvláštním režimem o kapacitě 28 lůžek pro osoby od 40 let trpící demencemi, zejména Alzheimerova typu.

Domov pro seniory Třebíč - Manž. Curieových, příspěvková organizace

Obrázek 20 Domov pro seniory Třebíč - Manž. Curieových



Zdroj: Databáze Krajského úřadu Kraje Vysočina

Domov pro seniory Třebíč – Manž. Curieových, příspěvková organizace poskytuje službu domov pro seniory o kapacitě 193 lůžek a odlehčovací službu o kapacitě dvě lůžka pro osoby od 65 let.

Domov důchodců Proseč-Obořiště, příspěvková organizace

Obrázek 21 Proseč - Obořiště



Zdroj: Databáze Krajského úřadu Kraje Vysočina

Domov důchodců Proseč-Obořiště, příspěvková organizace poskytuje službu domov pro seniory o kapacitě 70 lůžek pro klienty od 58 let.

Domov důchodců Proseč u Pošné, příspěvková organizace

Obrázek 22 Domov důchodců Proseč u Pošné



Zdroj: Databáze Krajského úřadu Kraje Vysočina

Domov důchodců Proseč u Pošné, příspěvková organizace, poskytuje službu domov pro osoby se zdravotním postižením o kapacitě 37 lůžek pro osoby od 27 let věku po cévních mozkových příhodách, osoby s roztroušenou mozkomíšní sklerózou, osoby v poúrazových stavech, osoby s Parkinsonovou chorobou a osoby se svalovou dystrofií.

Dále organizace poskytuje službu domov se zvláštním režimem o kapacitě 39 lůžek pro osoby od 50 let věku s lékařsky potvrzenou Alzheimerovou či jinou demencí, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby. Organizace také nově (od r. 2019) poskytuje sociální službu domov se zvláštním režimem o kapacitě devět lůžek s celorepublikovou (nadregionální) působností pro osoby od 27 let věku s pokročilým stadiem Huntingtonovy choroby.

Domov pro seniory Velké Meziříčí, příspěvková organizace

Obrázek 23 Domov pro seniory Velké Meziříčí



Zdroj: Databáze Krajského úřadu Kraje Vysočina

Domov pro seniory Velké Meziříčí, příspěvková organizace poskytuje službu domov pro seniory o kapacitě 67 lůžek pro klienty od 58 let a službu domov se zvláštním režimem o kapacitě 36 lůžek pro klienty od 50 let.

Domov ve Věži, příspěvková organizace

Obrázek 24 Domov ve Věži



Zdroj: Databáze Krajského úřadu Kraje Vysočina

Domov ve Věži, příspěvková organizace poskytuje službu domov se zvláštním režimem o kapacitě 91 lůžek pro osoby ve věku od 19 let s chronickým duševním onemocněním, jimž nelze zajistit pomoc v přirozeném sociálním prostředí, kterým hrozí sociální vyloučení a jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné osoby.

Domov ve Zboží, příspěvková organizace

Obrázek 25 Domov ve Zboží



Zdroj: Databáze Krajského úřadu Kraje Vysočina

Domov ve Zboží, příspěvková organizace poskytuje službu domovy se zdravotním postižením osobám s mentálním a kombinovaným postižením ve věku od 19 let do 80 a více let. Kapacita této služby je 60 lůžek.

Domov Ždírec, příspěvková organizace

Obrázek 26 Domov Ždírec



Zdroj: Databáze Krajského úřadu Kraje Vysočina

Domov Ždírec, příspěvková organizace poskytuje službu domov pro seniory o kapacitě 33 lůžek pro osoby od 47 let věku, dále službu domov se zvláštním režimem o kapacitě 83 lůžek pro osoby od 55 let a službu odborné sociální poradenství v ambulanci i terénní formě, v obou případech s okamžitou kapacitou jeden klient pro osoby v krizi od 18 let a osoby s chronickým duševním onemocněním (kognitivním deficitem, Alzheimerovou chorobou a jinými typy demence) od 26 let.

Příloha 4 Ukázka výstupu z datového skladu Kraje Vysočina Přehled žadatelů, kteří již jsou aktuálně umístěni v jiném zařízení

analýza je založena na shodě rodného čísla

Kde žádá			Kde je umístěn		
Název zařízení	Jméno	Datum podání žádosti	Rodné číslo	Název zařízení	Datum nástupu
Domov důchodců Proseč-Obořiště, příspěvková organizace		24.04.2019		Domov pro seniory Humpolec, příspěvková organizace	11.09.2020
Domov důchodců Proseč-Obořiště, příspěvková organizace		20.09.2017		Domov pro seniory Humpolec, příspěvková organizace	28.06.2020
Domov pro seniory Humpolec, příspěvková organizace		06.11.2017		Domov Ždírec, příspěvková organizace	04.06.2019
Domov pro seniory Humpolec, příspěvková organizace		01.08.2018		Domov Ždírec, příspěvková organizace	19.09.2019
Domov pro seniory Humpolec, příspěvková organizace		29.06.2017		Domov pro seniory Humpolec, příspěvková organizace	18.04.2019
Domov pro seniory Humpolec, příspěvková organizace		01.09.2018		Domov pro seniory Humpolec, příspěvková organizace	25.09.2019
Domov pro seniory Humpolec, příspěvková organizace		21.06.2018		Domov důchodců Proseč-Obořiště, příspěvková organizace	30.07.2019
Domov pro seniory Humpolec, příspěvková organizace		18.12.2017		Domov pro seniory Humpolec, příspěvková organizace	03.05.2019
Domov pro seniory Humpolec, příspěvková organizace		30.03.2015		Domov důchodců Proseč-Obořiště, příspěvková organizace	28.06.2019
Domov pro seniory Humpolec, příspěvková organizace		21.06.2018		Domov důchodců Proseč-Obořiště, příspěvková organizace	23.07.2019
Domov pro seniory Mitrov, příspěvková organizace		22.01.2018		Domov pro seniory Třebíč, Koutkova - Kubešova, příspěvková organizace	30.04.2020
Domov pro seniory Mitrov, příspěvková organizace		14.03.2018		Domov pro seniory Velké Meziříčí, příspěvková organizace	08.08.2019
Domov pro seniory Mitrov, příspěvková organizace		22.06.2018		Domov pro seniory Velké Meziříčí, příspěvková organizace	30.08.2019
Domov pro seniory Mitrov, příspěvková organizace		23.01.2018		Domov pro seniory Humpolec, příspěvková organizace	28.06.2019
Domov pro seniory Mitrov, příspěvková organizace		09.03.2016		Domov pro seniory Velké Meziříčí, příspěvková organizace	23.03.2020
Domov pro seniory Mitrov, příspěvková organizace		04.02.2014		Domov Ždírec, příspěvková organizace	09.10.2019
Domov pro seniory Mitrov, příspěvková organizace		04.06.2015		Domov pro seniory Velké Meziříčí, příspěvková organizace	13.08.2019

Příloha 5 Podklad k výpočtu relativní potřebnosti služby DPS

Tabulka 9 Podklad k výpočtu relativní potřebnosti DPS

Správní obvod ORP	Počet obyvatel v ORP	Počet starobních důchodců v ORP	Hustota osídlení (počet obyvatel/rozloha v km ²)	Index relativní potřebnosti Domovy pro seniory ⁷⁴
Bystřice nad Pernštejnem	20 008	4200	57	209,92
Nové Město na Moravě	19 341	4048	66	209,30
Chotěboř	22 117	4432	67	200,39
Pacov	9 581	1890	41	197,27
Telč	13 088	2574	45	196,67
Humpolec	17 495	3240	77	185,20
Žďár nad Sázavou	42 943	7910	93	184,20
Světlá nad Sázavou	19 892	3627	69	182,33
Pelhřimov	44 985	8186	54	181,97
Náměšť nad Oslavou	13 327	2419	63	181,51
Havlíčkův Brod	52 200	9416	83	180,38
Velké Meziříčí	35 981	6428	76	178,65
Třebíč	75 216	13000	90	172,84
Moravské Budějovice	23 300	3985	56	171,03
Jihlava	99 951	17069	108	170,77

⁷⁴ Výpočet relativní potřebnosti Domovy pro seniory: Počet starobních důchodců v ORP/Počet obyvatel v ORP*1000

Příloha 6 Podklad k výpočtu relativní potřebnosti služby DZR

Tabulka 10 Podklad k výpočtu relativní potřebnosti DZR

Správní obvod ORP	Počet obyvatel v ORP	Počet invalidních důchodců v ORP	1.stupeň závislosti	2.stupeň závislosti	3.stupeň závislosti	vážený průměr stupně závislosti	Počet starobních důchodců v ORP	Index potřebnosti služby DZR
Světlá nad Sázavou	19 892	1 040	354	229	458	2,10	3627	60,22
Bystřice nad Pernštejnem	20 008	1 014	208	274	532	2,32	4200	56,00
Chotěboř	22 117	1 156	393	254	509	2,10	4432	54,77
Velké Meziříčí	35 981	1 823	831	360	632	1,89	6428	53,62
Žďár nad Sázavou	42 943	2 176	956	413	807	1,93	7910	53,14
Nové Město na Moravě	19 341	980	321	187	472	2,15	4048	52,15
Havlíčkův Brod	52 200	2 728	1 408	500	820	1,78	9416	51,70
Náměšť nad Oslavou	13 327	522	182	80	260	2,15	2419	46,38
Pelhřimov	44 985	1 913	772	413	728	1,98	8186	46,20
Humpolec	17 495	744	275	187	282	2,01	3240	46,14
Pacov	9 581	408	174	91	143	1,92	1890	41,53
Jihlava	99 951	3 540	1 530	582	1 428	1,97	17069	40,88
Třebíč	75 216	2 496	1 062	434	1 000	1,98	13000	37,92
Telč	13 088	463	180	78	205	2,05	2574	36,95
Moravské Budějovice	23 300	773	418	136	218	1,74	3985	33,77