

UNIVERZITA JANA AMOSE KOMENSKÉHO PRAHA

BAKALÁŘSKÉ KOMBINOVANÉ STUDIUM

2013 - 2016

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Luděk Štěpánek

Sociální služby v ČR a jejich vedení

Praha 2016

Vedoucí bakalářské práce: Mgr. Jan Jaroš

JAN AMOS KOMENSKY UNIVERSITY PRAGUE

BACHELOR MASTER COMBINED STUDIES

2013 – 2016

BACHELOR THESIS

Luděk Štěpánek

**Social services in the Czech Republic and
its management**

Prague 2016

The Bachelor Thesis Work Supervisor: Mgr. Jan Jaroš

Prohlášení

Prohlašuji, že předložená bakalářská práce je mým původním autorským dílem, které jsem vypracoval samostatně. Veškerou literaturu a další zdroje, z nichž jsem při zpracování čerpal, v práci řádně cituji a jsou uvedeny v seznamu použitých zdrojů.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své práce v univerzitní knihovně.

V Praze

Luděk Štěpánek

Poděkování

Chtěl bych poděkovat Mgr. Janu Jarošovi za vedení a podporu při zpracování bakalářské práce.

Anotace

První část bakalářské práce teoreticky popisuje téma sociální péče. Jednotlivé kapitoly se věnují vývoji sociální péče v historii evropské společnosti a České republiky a charakteristice dvou základních typů současné sociální péče. Druhá část se zabývá sociálními službami. Třetí část se soustředí na vytvoření teoretického základu v oblasti řízení sociálních služeb v České republice, na nějž naváže čtvrtá, závěrečná část práce. Jejím cílem je získat informace, jakým způsobem je plánování a vedení sociálních služeb v různých regionálních podmínkách realizováno.

Klíčová slova

Plány sociálního rozvoje, sociální opatření, sociální péče, sociální politika, sociální potřeby, sociální skupiny, sociální služby, vedení sociálních služeb.

Annotation

The first part of this Bachelor Thesis describes the topic of social care theoretically. The individual chapters are devoted to the progression of the social care in the history in the European society and the Czech Republic. They characterise two basic types of the current social care. The second part is about social services. The third part concentrates on creation of a theoretical base of the social care management in the Czech Republic. The last fourth part tries to get information about realisation of planning and leading the social services in different parts of region.

Key words

Plans of social progress, social arrangement, social care, social politics, social needs, social groups, social services, management of social services.

OBSAH

ÚVOD	8
1 SOCIÁLNÍ PÉČE	9
1.1 Historické zdroje sociální péče	12
1.2 Formální a neformální péče	22
2 SOCIÁLNÍ SLUŽBY	24
2.1 Zákon o sociálních službách	25
2.2 Cílové skupiny sociálních služeb	29
3 VEDENÍ SOCIOCIÁLNÍCH SLUŽEB V ČR.....	37
3.1 Sociální politika	38
3.2 Vedení sociálních služeb	40
3.2.1 Plánování sociálních služeb Exner 2009, s.	41
3.2.2 Financování sociálních služeb	43
3.2.3 Kvalita sociálních služeb	46
4 PLÁNY ROZVOJE SOCIÁLNÍCH SLUŽEB V KRAJÍCH.....	50
4.1 Shrnutí	51
ZÁVĚR.....	58
SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ.....	59
SEZNAM ZKRATEK	67
SEZNAM OBRÁZKŮ A TABULEK	68

ÚVOD

Každá historická etapa vývoje lidské společnosti se potýká s určitými problémy, které s odstupem času leckdy hodnotíme jako charakteristické pro svoji dobu. Současná moderní společnost není výjimkou. Vedle situací, jenž řešili i naši předkové, se dnešní populace setkává také s problémy, dříve neexistujícími nebo výjimečnými. Domníváme se, že si dnes žádný občan České republiky nemůže být jistý tím, kdy bude potřebovat pomoc při překonání tíživé životní situace. Dokonce předpokládáme, že každý z nás takovou zkušenost má, bez ohledu na to, zda jde o zkušenost osobní nebo zprostředkovanou z našeho okolí.

Východiskem při volbě tématu bakalářské práce bylo získání širšího přehledu o sociální péči. Text je určen veřejnosti k seznámení se systémem řízení sociálních služeb. Může však být užitečný také pracovníkům z praxe, kteří zde mohou nalézt odpovědi na otázku, jak funguje systém, jehož součástí je i sociální služba, na jejímž poskytování se podílejí. Po přečtení by měl čtenář získat základní informace o systému sociální péče v České republice a změnách, jimiž celá oblast prochází. Cílem předkládané práce je také nabídnout čtenáři stručný přehled o stávajícím stavu sociálních služeb v jednotlivých krajích a zprostředkovat regionální strategie v rozvoji celé sociální oblasti.

Práce je založena na studiu dokumentů, vztahujících se k plánování a řízení sociálních služeb v jednotlivých krajích České republiky. Vzhledem k širokému okruhu legislativy, upravující tuto oblast na různých úrovních řízení, vybrali jsme pro přehlednost krajské střednědobé plány rozvoje sociálních služeb, které jsou dále rozpracovávány v plánech na obecní úrovni.

Bylo by dobré, kdyby se nám podařilo přispět ke zlepšení informovanosti v oblasti systému řízení sociálních služeb.

1 SOCIÁLNÍ PÉČE

Přežití lidské společnosti odjakživa závisí na mezilidských vztazích a spolupráci mezi lidmi. Jejich nedílnou součástí je i péče o potřebné. Na každém stupni vývoje se společnost dělila na dvě skupiny lidí. Jedna z nich potřebovala určitou míru podpory a pomoci od ostatních, druhá část tuto pomoc mohla poskytnout.

Význam a obsah pojmu „péče o člověka“ nebyl a ani dnes není jednotný a neměnný. Liší se v jednotlivých společnostech, ale pravděpodobně i u každého člověka. Závisí na mnoha okolnostech, například na typu společnosti, platných společenských normách, ekonomických podmínkách, zvyklostech v rodinách a podobně. Jedním z klíčových faktorů je vnímání člověka, které přímo ovlivňuje charakter péče. V době nepříliš vzdálené byl člověk chápán v rovině somatické (fyzické) a psychické. Tomu odpovídalo pojetí péče, zaměřené na tělesnou a duševní stránku. Současná postmoderní společnost se postupně přiklání k širšímu pojetí péče o člověka, neboť v něm vidí jednotnou bio-psycho-socio-spirituální bytost.

Péči o člověka můžeme rozdělit na péči domácí a sociální. Domácí péče (home care) nezastupuje nemocniční péči, je jejím předstupněm a spolupůsobí v oblasti následné postnemocniční péči např. při rehabilitaci apod. Zdravotní, ošetrovatelskou a sociální péči poskytuje klientům přímo v místě jejich bydliště. Sociální péčí (social care) je myšlena oblast společenské péče, která je zaměřena na pomoc a ochranu oslabených či jiným způsobem znevýhodněných členů společnosti (Hartl, Hartlová 2000, s. 402).

Poskytovat sociální péči znamená pomáhat druhé osobě při uspokojování přirozených lidských potřeb.

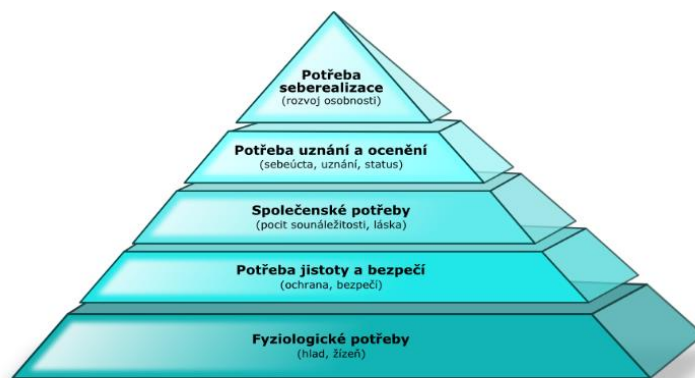
Ucelený pohled na člověka mu zároveň přiznává přirozené potřeby ve všech čtyřech oblastech – tělesné (fyzické), duševní (psychické), společenské (sociální) i duchovní (spirituální). Ačkoliv jedinečnost lidské bytosti spojujeme s přirozenou odlišností každého z nás, v oblasti přirozených potřeb jsme podobní.

Definice potřeby se různí. Například dle Nakonečného (1997, s. 110) je potřeba subjektivním požadavkem organismu, vyvolávajícím pocit biologického nedostatku nebo nedostatků v sociálním životě jedince a motivujícím činnost člověka.

Psychologický slovník vysvětluje potřebu jako reakci organismu na porušení vnitřní rovnováhy (homeostázy). Při jakékoliv fyziologické odchylce od žádoucí (ideální) hodnoty organismus pociťuje nutnost ztracenou rovnováhu obnovit, aby zabránil nepříznivému vlivu nerovnováhy na zdraví a pocit dobré pohody jedince (Hartl, Hartlová 2000, s. 444).

Významem přirozených lidských potřeb se zabýval americký psycholog Abraham Harold Maslow. Ve čtyřicátých letech 20. století vytvořil tzv. pyramidu (hierarchii) lidských potřeb, jež je odborníky dodnes považována za jeho nejvýznamnější počín na poli psychologie. Pyramida potřeb našla využití i v jiných vědních disciplínách, například v pedagogice nebo sociální práci. Maslow hierarchicky seřadil lidské potřeby podle důležitosti od nejnaléhavějších základních fyziologických potřeb až po nejméně naléhavou potřebu rozvoje osobnosti. Posloupnost jednotlivých přirozených lidských potřeb vychází z principu nezbytného uspokojení (saturace) nižších potřeb jako základu pro uspokojování potřeb na vyšším stupni (Paventia 2015). V běžných podmínkách jsou níže položené potřeby obvykle významnější. Jejich úplné nebo alespoň částečné uspokojení vytváří základ pro rozvoj vyšších potřeb. V mimořádných situacích, které se vyznačují omezením v oblasti uspokojování nižších potřeb, může kritické období pomoci překonat saturace vyšších potřeb duchovních nebo estetických (Frankl 2013, s. 72-73).

Obrázek 1: Maslowova pyramida potřeb



Zdroj: Paventia, Teorie o hierarchie potřeb [online],
cit. 2015-08-01

Maslow dělí přirozené lidské potřeby na:

Fyziologické potřeby, tj. základní tělesné (somatické) potřeby všech živých bytostí. Jejich uspokojení je nezbytné pro dlouhodobé fungování lidského organismu. Fyziologické potřeby mají velký význam i pro motivaci člověka k dalším vyšším potřebám. Do této skupiny řadíme jídlo, pití, dýchání, teplo, prostor, pohyb, oblečení, bydlení, vyměšování a podobně (Paventia 2015).

Potřebu jistoty a bezpečí, která je stejně jako fyziologické potřeby společná pro všechny živé organismy a patří k základním lidským potřebám. Jde o potřebu pořádku, ochrany před nemocemi, nezaměstnaností, jistoty zaměstnání a podobně. Potřebu jistoty a bezpečí člověk projevuje například vyhýbáním se neznámým, neobvyklým nebo ohrožujícím situacím. (Paventia 2015).

Společenská potřeba je také základní a specificky lidskou potřebou. Projevuje se touhou po uznání, přijetí a milování. Neuspokojení (zejména v dětském věku) může negativně ovlivňovat lidskou psychiku. Do společenských potřeb patří přátelství, láska, sounáležitost, společenské uplatnění, sdružování a podobně (Paventia 2015).

Potřeba uznání a ocenění, další specificky lidská základní potřeba, se projevuje například touhou získat respekt v očích jiných lidí, pozornost či pochvalu. Saturace této potřeby doprovází pocit sebedůvěry, společenské prestiže, samostatnosti a celkově vyššího sebehodnocení. (Paventia 2015).

Na nejvyšším stupni Maslowovy pyramidy potřeb stojí **potřeba seberealizace**. Nepatří mezi základní potřeby, obvykle bývá označována jako potřeba růstová. K jejímu naplnění dochází v případě, že má člověk dostatečnou možnost individuálního osobnostního růstu a rozvoje. Potřeba seberealizace zahrnuje touhu po vědění, estetické potřeby a motivaci k vyšším cílům (Paventia 2015).

Znalost základních lidských potřeb je nezbytným předpokladem pro poskytování sociální péče, neboť snižuje riziko zúžení péče pouze na nejnižší lidské potřeby.

1.1 Historické zdroje sociální péče

Zabýváme-li se tématem sociální péče, je žádoucí uvědomit si, že zde vždy vstupují do interakce dvě strany. Kromě konzumentů sociální péče, k nimž péče směřuje, nemůžeme zapomenout ani na druhou stranu, která péči nabízí a poskytuje. Sociální péče byla v minulosti zabezpečována z různých zdrojů. Zásadní úlohu již od nepaměti hrála rodina. Další zdroje sociální péče se začaly rozvíjet později. V následujícím oddílu obrátíme pozornost právě na úlohu různých zdrojů péče o potřebné v některých obdobích v historii, abychom si lépe uvědomili jejich význam pro rozvoj sociální péče.

U **přírodních národů** netvořila základní článek lidského společenství rodina, ale kmen. Být členem dostatečně velkého a zdravého kmene, znamenalo pro jednotlivce zvýšení šance na přežití. Kmenové soužití bylo závislé na solidaritě jeho členů, avšak spíše ve významu sounáležitosti, nikoliv soucitu jednoho člena kmene s druhým. Každý člen byl pro kmen důležitý a měl v něm určené místo (Matoušek a kol. 2007, s. 15). Děti představovaly naději společenství do budoucna, a proto byla péče o ně samozřejmostí. Svoje místo v kmenové hierarchii zaujímali i starci a lidé s různým zdravotním postižením v důsledku poškození v boji nebo vrozených odchylek (Titzl 2000, s. 20–38). Jejich postavení v kmenovém společenství bychom však mohli považovat za rozporuplné. Znevýhodněným osobám, ať už z důvodu věku nebo

zdravotního omezení, se v zájmu kmene dostávalo určité péče. Nicméně, jak uvádí Matoušek (2007, s. 15–16), v zájmu skupiny se také stávali často obětí při nejrůznějších rituálech zaměřených na odvrácení nebezpečí, jimž kmen čelil.

Ve **starověku** pečovali o své staré, nemocné nebo postižené příbuzné výhradně rodiny. Současně však v tomto období nalézáme první náznaky sociální péče, například při řešení problémů mezilidského soužití nebo vymezení práv a povinností jednotlivců ve společnosti. Ve starověké Mezopotámii byla bývalým vojákům nebo jejich pozůstalým rodinám s nezletilými syny poskytována první státní podpora (Matoušek a kol. 2007, s. 18). Za zmínku nepochybně stojí Chammurapiho zákoník, považovaný za vrchol starověké mezopotámské kultury, v němž je věnována značná pozornost rodině. Chammurapiho zákoník se mimo jiné zabýval povinnostmi členů rodiny vůči sobě navzájem, ochraně žen a dětí či postavením osiřelých a nelegitimně narozených dětí, včetně jejich adopce (Titzl 2000, s. 75).

Obyvatelé **starověkého Egypta** žili v tradičních rodinách. Úlohou mužů bylo materiální zabezpečení rodiny a ženy nesly zodpovědnost za péči o všechny členy rodiny. Sociální péči rodiny poskytovaly v duchu svých tradic a náboženství, podporujících mezilidskou solidaritu s chudými a potřebnými. Staroegyptský náboženský kodex „sedm skutků tělesného milosrdenství“ nařizoval členům egyptské společnosti „*sytit hladové, napájet žíznivé, oblékat nahé, ubytovávat cizince, osvobodovat vězně, ošetřovat nemocné a pohřbívat mrtvé*“ (Matoušek a kol. 2007, s. 18–19). Jiná náboženská a mravoučná ponaučení byla namířena například proti posměchu postiženým nebo nabádala, aby lidé chránili slabé, pomáhali chudákům a starým rodičům (Titzl 2000, s. 58–60).

Ve **starověkém Řecku** byla rodina základním a až na výjimky také jediným dostupným zdrojem péče o potřebné. Stát poskytoval důchody pouze v omezené míře. Byly určené zejména pro pozůstalé po padlých vojácích a pro chudé, kteří nebyli schopní pracovat a jejich rodina se o ně nemohla postarat (Matoušek a kol. 2007, s. 84).

Solidarita starověkých Řeků se omezovala zejména na podporu a péči v rámci rodiny a rodu. Starořecké sociální cítění bylo značně ovlivněno ideálem krásy a vznešenosti – Kalokagathia. Podle tehdejších měřítek mohl být pouze krásný a zdravý člověk současně moudrým a statečným. Tělesné nedostatky, nemoci, postižení či jiná ošklivost vyvolávaly takový odpor a pohrdání životem, že např. ve Spartě postižené děti byly obvykle po narození usmrcovány. Tragický osud často čekal také nelegitimní nebo nechtěné děti (Matoušek a kol. 2007, s. 85).

Společnost ve **starém Římě** solidaritu a soucit s potřebnými příliš nepodporovala. Postoj společnosti charakterizují slova římského dramatika Tita Maccia Plauta: „*Špatně činí ten, kdo podporuje ubohé, neboť jim prodlužuje jejich trápení*“ (Sovák 1986, s. 55). Přesto v tomto historickém období došlo k postupnému rozvoji sociální péče a podpory ve společnosti. Jádrem péče o potřebné i nadále zůstala rodina, nově však byly zakládány zárodky budoucích ošetřoven a nemocnic, které poskytovaly péči, hrazenou přímo nemocnými nebo jejich rodinnými příslušníky. To také souviselo se značnou mobilitou Římanů a se zakládáním stanic pro zastávky na cestách, ze kterých se postupně mohly (nemusely) vytvářet místa péče o pocestné.

Společenskou solidaritu ve starověkém Římě zastupovaly dominantně státní instituce, například městské pokladny, do nichž povinně přispívali movití úředníci. Nashromážděné finanční prostředky byly využívány na nepravdělnou podporu chudých. V Římě vznikaly také různé svépomocné spolky (collegia tenuiorum), zaměřené na charitativní činnost pro chudé, pohřební spolky (collegia funeraticia), spolky veteránů legií a další (Matoušek a kol. 2007, s. 87).

Ve starém Římě se objevil také nový zdroj péče, tzv. klientelismus, typický pro toto historické období. Bohatí Římané (patroni) se obklopovali suitou nemajetných osob (klientů). Množství klientů zvyšovalo společenské postavení patrona. Klienti na oplátku získávali určité naturální nebo finanční zabezpečení (Matoušek a kol. 2007, s. 86).

Pojetí sociální péče ve **starověku**, na území dnešního Izraele, se již přibližuje našim současným požadavkům. Bylo založeno na předpisech Starého zákona (Tóra, Pentateuch), zejména v knihách Leviticus a Deuteronomium. Všítat si trpících a nemohoucích nebylo v židovském společenství a náboženství dobrovolnou činností, ale povinností člověka. Solidarita Izraelitů se týkala především příslušníků vlastního národa a náboženství.

V Izraeli dokonce existoval právní nárok chudého člověka na pomoc (Matoušek a kol. 2007, s. 31).

Klíčovou úlohu při péči o potřebné měla v židovské společnosti opět rodina. Pečovat o své děti, staré, nemocné, vdovy a sirotky bylo v rodině samozřejmostí. Přímoou pomoc rodiny podporovaly židovské obce. Zpočátku ji pouze doplňovaly, avšak později, ve středověku, židovské obce přebíraly péči o osamělé, nemocné, sirotky nebo chudé studenty. Zakládaly obecní ošetřovny a útulky pro pocestné, nemajetné a nemocné (hekdeš).

V novověku sociální péči v Izraeli rozšířily spolky, považované za první poskytovatele sociální péče. Spolky byly různě zaměřené, některé například na podporu vdov a sirotků, jiné na návštěvu nemocných, starých a postižených, spolky na vykupování zajatců a podobně. Pravděpodobně již od začátku novověku židovské komunity zakládaly pohřební bratrstva (chevra kadiša). Šlo o pozoruhodné organizace s propracovaným hierarchickým uspořádáním. Členství v pohřebním bratrstvu bylo prestižní záležitostí. Činnost pohřebních bratrstev se zaměřovala zejména na péči o umírající, zemřelé a pozůstalé. Podílela se na udržování židovských hřbitovů. Současně však bratrstva nezapomínala ani na živé. Pomáhala nemocným a nemajetným členům komunity, obětem válek a epidemií (Matoušek a kol. 2007, s. 33).

Příchod **křesťanství** do Evropy s sebou přinesl řadu společenských změn. Křesťanství se v mnoha směrech stalo pokračovatelem starozákonního židovství, ale v knihách Nového zákona, se kladl větší důraz na lásku k bližnímu. Bývá nazýváno také sociálním náboženstvím, neboť se nesoustředí pouze na úpravu vztahu člověka a Boha, ale snaží se i o zlepšení vztahů mezi lidmi. Význam pojmu solidarita dostal širší rozměr - směřovat k

potřebným bez ohledu na národnost, náboženské vyznání nebo jinou odlišnost. Dobročinnost byla považována za mravní povinnost věřících křesťanů všech společenských vrstev (Matoušek a kol. 2007, s. 88).

K znevýhodněným jedincům patřili podle Bible především vdovy, sirotci a staří lidé. Tato skupina však v období středověku tvořila pouze část populace, závislé na pomoci většinové společnosti. Počet lidí, zcela závislých na pomoci, se zvyšoval zejména v obdobích po válečných konfliktech a morových epidemiích o množství žebrajících zmrzačených nebo jinak postižených lidí, válečných vysloužilců, bezdomovců a zločinců. Přestože klíčovým článkem při poskytování péče potřebným byla stále rodina, vzájemná rodinná soudržnost, podpora a péče přestávala stačit. Bylo nutné ji stále častěji doplňovat nebo nahrazovat jinými zdroji.

Největší díl tzv. charitativní péče převzala církev. Po celé Evropě byly zakládány kláštery. Na jejich vzniku se často podíleli panovníci a šlechta, kteří nově vznikajícím církevním institucím poskytovali ochranu i prostředky na rozvoj a provoz. Některé řády byly přímo zaměřené na pomoc chudým a postiženým a svoji činnost vykonávají dodnes. Na základní péči o potřebné se specializovaly především ženské řády (například milosrdné sestry boromejky), ale nevyhýbaly se jí ani řády mužské. V klášterech a později ve špitálech řeholníci a řeholnice poskytovali potřebným péči včetně lékařského ošetření (Matoušek a kol. 2007, s. 89).

V **době husitské revoluce** došlo ke zrušení špitálů. Možnosti církve pomáhat byly omezené. Nemocní a chudí, kteří zůstali bez pomoci, se začali stahovat do měst. V některých městech si uvědomovali nárůst sociálních problémů, spojených s jejich příchodem, a alespoň v omezené míře se snažili nahradit chybějící církevní péči (bezplatná hygienická péče v městských lázních, základní lékařské ošetření). Nelze však hovořit o soustavné nebo systémové péči (Matoušek a kol. 2007, s. 112).

Na konci středověku na péči o potřebné participovaly i další subjekty. Vznikala cechovní sdružení a bratrstva, která pečovala o své členy a jejich rodiny. Pečovatelskou činnost poskytovaly také náboženské ženské spolky, tzv. „bekyně“. Nešlo o řádové sestry,

ačkoliv jejich způsob života připomínal řeholní život jeptišek. Ženy se dobrovolně, bez nároku na odměnu, staraly o nemocné nebo nezaopatřené děti. Činnost spolků byla závislá na darech donátorů (Matoušek a kol. 2007, s. 112).

Období protestantské reformace v 16. století je spojeno se změnou pohledu společnosti na péči o potřebné. Nejvýznamnější reformátor té doby, Martin Luther, propagoval osobní zodpovědnost každého člověka za svůj život, tedy aby se staral o potřeby své a svojí rodiny místo čekání na dobročinnost druhých. Stoupenci reformace – protestanti různých denominací – luteráni, kalvinisté, hugenoti, anglikáni apod., považovali za správné, aby zaopatření chudých mělo určité hranice a podporovalo jejich snahu pomoci si z nouze vlastními silami. Na přelomu 19. a 20. století z tohoto pojetí vznikl koncept německého sociologa Maxe Webera, který vysvětloval vznik kapitalismu právě na základě protestantské etiky. Ta vysvětluje úspěch v (především ekonomickém) životě jako důsledek boží milosti. Té se však dostává pouze lidem, kteří se sami extrémně snaží, nehýří, majetek schraňují, ale nerozhazují, nevěnují se „marným“ zábavám a intenzívně pracují. Dnes spojujeme tuto dobu s reorganizací chudinské péče v mnoha evropských zemích. Některé protestantské principy se později staly základem pro vznik chudinských zákonů (Matoušek a kol. 2007, s. 89).

Konec 18. století v Evropě probíhal v duchu **osvícenství a reformace**. Ačkoliv v oblasti sociální péče o potřebné stále hrála nejvýznamnější roli rodina a její úlohu doplňovala církev, do popředí zájmu se ve větší míře dostala i světská společnost. Reformace a osvícenství (v katolických zemích) v evropských státech, včetně rakouské monarchie, výrazně omezila moc církve (tereziánské a zejména josefínské reformy). Po zrušení nezanedbatelného množství klášterů a jiných církevních institucí, které se do té doby věnovaly poskytování péče o potřebné, bylo nezbytné chybějící péči nahradit jiným způsobem. Státní správy jednotlivých zemí zřizovaly špitály, útulky pro chudé, sirotčince, chudobince a jiná specializovaná ústavní zařízení. Do financování sociální péče se začaly stále více zapojovat veřejné prostředky (Matoušek a kol. 2007, s. 95).

Novum do chápání sociální péče vnesla idea domova, resp. domovské obce a domovské příslušnosti. Každý člověk byl svým zrozením členem jakési lokální obecní komunity. Byl členem obce bez ohledu na své individuální kvality a vlastnosti. Tato komunita – obec (v němčině Gemeinde, Gemeinschaft, anglicky community, francouzsky commune) přebírala svým způsobem i legislativně péči o své nemajetné a nemohoucí členy, jakkoliv to bylo narušováno individuálním kořistěním.

V důsledku změn se evropská společnost, která doposud žila v duchu křesťanských myšlenek, začala postupně odklánět od církve a celkově proměňovat. Zesvětštění společnosti ještě více urychlil rozvoj industrializace a měst. Ohromné množství venkovanů, zabývajících se převážně zemědělstvím, hromadně opouštělo s vidinou lepšího života své přirozené prostředí, přerušilo po mnoho generací udržované rodinné vztahy a přestěhovalo se do měst. V důsledku zpřetrhaných rodinných pout začal poprvé v historii ustupovat do pozadí tradiční model rodiny. Do popředí zájmu společnosti vystoupil důraz na výkon a zaměření na individualitu člověka. Všechny změny se začaly postupně promítat také ve snižování podílu tradiční rodiny a církve při zajišťování péče o potřebné. Naopak ve stále větší míře se v této oblasti začal angažovat stát (Matoušek a kol. 2007, s. 95).

Vznik **moderní průmyslové společnosti** je dáván do souvislosti s prudkým rozvojem svobodného podnikání v průběhu 19. století. Přinesl však rozsáhlé změny ve všech oblastech společnosti. Prudce se rozvíjela města, jejichž periferie se zaplnily množstvím chudých lidí, kteří opustili prostředí, v němž měli kořeny, přerušili rodinné vazby a tradice a ocitli se s vidinou lepší existence ve zcela novém prostředí. Vytvořila se nová společenská třída – dělnictvo. Rozdíly mezi společenskými třídami – dělnictvem a buržoazií – narostly do takových rozměrů, že jejich důsledky nebylo možné přehlížet. Chudobu dělníků doprovázela řada negativních sociálních jevů, například nezaměstnanost, žebrota, prostituce, kriminalita, dětská práce. V nezdravých životních podmínkách na periferiích měst se snadno šířily choroby (Matoušek a kol. 2007, s. 96).

V 19. století vznikaly různé podpůrné dělnické spolky, jejichž možnosti byly sice často omezené, ale snažily se pomáhat alespoň v nejnaléhavějších případech. Jejich činnost se podobala cechovní činnosti. Naléhavost řešit nebezpečný nárůst sociálních problémů si uvědomovala i část majetných lidí. Zejména křesťansky smýšlející ženy ze středních a vyšších vrstev iniciovaly vznik charitativních aktivit ve prospěch chudých. Postupně organizování některých charitativních akcí převzal stát ve spolupráci s církvemi.

Nejpozději od poloviny 19. století se objevovaly stále častěji pokusy státu o systémové řešení pomoci potřebným. Zodpovědnost za péči o postižené převzaly obce a regiony. Chudinský zákon z roku 1862 stanovil v Rakouské monarchii princip subsidiarity v péči o chudé. Základním článkem zabezpečení nemajetných se stala domovská obec, která měla k dispozici vlastní chudinský řád s podrobnou úpravou nároků na sociální dávky a služby. Teprve pokud by potřeba pomoci přesáhla obecní možnosti, břemeno by převzal okres a v naléhavých případech stát (Matoušek a kol. 2007, s. 97).

Povinností domovské obce bylo například poskytnout v peněžní nebo naturální formě nemajetným občanům nezbytnou výživu a péči (stravu, ošacení, ubytování, otop), ošetření v nemoci, výchovu dětí nebo umístění do obecního chorobince či chudobince. Na zajištění stravy se podíleli tzv. vyživovací povinností movití občané obce (Matoušek a kol. 2007, s. 115-116).

Větší pozornost byla věnována také dětem. Postavením dítěte v rodině a jeho právní ochranou se zabýval již rakouský Občanský zákoník z roku 1811. V druhé polovině století přijali zákonodárci školní zákon, který mimo jiné umožnil zřizování ústavů pro ohrožené děti. Teprve na začátku 20. století však můžeme hovořit o začátku systémové péče o potřebné děti garantované státem (Matoušek a kol. 2007, s. 116-117).

V období **první republiky** se společnost potýkala s rozsáhlými celospolečenskými změnami, jež se dotýkaly i sociální péče. Dalekosáhlé změny přinesly 1. světová válka a hospodářská krize ve 30. letech 20. století. Okruh lidí, závislých na pomoci, se rozšířil o značné množství válečných invalidů, vdov, sirotků a

nezaměstnaných. Zdravotní stav obyvatelstva nesl stopy válečného strádání. Dlouhodobá podvýživa byla příčinou snížené odolnosti vůči nemocem. Pravděpodobně poprvé v historii se výrazně zvýšila zaměstnanost žen, zejména v období obou světových válek. Ženy přestaly být pečovatelkami, ale získaly novou sociální roli - staly se živitelkami rodiny. Tato změna způsobila proměnu postavení ženy a rodiny ve společnosti. Rodina byla sice stále považována za základ společnosti, avšak zejména v druhé polovině 20. století začala společnost podporovat plnou zaměstnanost obou rodičů a tradiční pečovatelskou funkci rodiny nahrazovat péčí na profesionální úrovni (Matoušek a kol. 2007, s. 96–97).

Sociální péče zpočátku nebyla koordinovaná. Vycházela z praxe v období rakousko-uherské monarchie. Zajišťovaly ji veřejnoprávní a soukromoprávní instituce včetně církevních. K intenzivnímu rozvoji sociální péče došlo v důsledku 1. světové války, kdy se do centra pozornosti celé společnosti dostala péče sirotky a veřejné zdraví. Hned po válce vypukla v Evropě pandemie tzv. Španělské chřipky, v jejímž důsledku zamřelo 50-100 milionů lidí, tedy více nežli v důsledku války. Postupně byly přijímány zákony v oblasti veřejné sociální péče a sociálního pojištění. Stát budoval síť institucí, financovaných z veřejných i soukromých prostředků, jejichž činnost se měla vzájemně doplňovat. Vzniklo ministerstvo sociální péče, které spolupracovalo i s dalšími ministerstvy (Matoušek a kol. 2007, s. 121).

Praze bylo jedním z počínů vybudování rozsáhlého komplexu sociálních domovů T. G. Masaryka v Krči. Objekt za války změnila německá armáda na válečný lazaret, který byl po válce přeměněn na fakultní nemocnici nesoucí jméno významného českého internisty J. Thomayera (1853 – 1927).

Některá sociální opatření byla přímo garantována státem, například péče o nezaměstnané, válečné invalidy, ochrana dětí a mládeže, péče o chudé, řízená distribuce dostupných potravin. Do soukromoprávní oblasti, negarantované státem, patřila péče o mládež, péče zdravotní a hygienická (zajišťovaná zejména Červeným křížem), boj proti sociálně patologickým jevům

(kriminalita, prostituce, alkoholismus), ochrana matek a dětí, podpora vzdělávání studentů z chudých vrstev a další.

V sociální oblasti působila řada odborných ústavů a úřadů, například ústavy pro postižené, ústavy pro péči o mládež, zprostředkovatelný práce, sociální ústav, ústřední sociální, nemocenská a úrazová pojišťovna, různá zájmová sdružení a stavovské organizace, dobrovolné charitativní spolky a mnoho dalších (Matoušek a kol. 2007, s. 122-123).

S nárůstem požadavků na sociální péči se objevila poptávka po profesionálních sociálních pracovnících. Propagátorkou vzdělávání sociálních pracovníků v Československu byla například Alice Masaryková – předválečná předsedkyně Československého Červeného kříže. Zpočátku byly organizovány desetitýdenní odborné kurzy, později se výuka rozšířila na dvouleté pomaturitní studium na Vyšší škole sociální péče (Matoušek a kol. 2007, s. 123).

Ve druhé polovině dvacátého století převzal v **socialistickém Československu** sociální péči stát. Péče o potřebné se stala součástí státního sociálního zabezpečení. Vzhledem k tomu, že přítomnost některých sociálních skupin (chudí, nezaměstnaní, prostitutky, alkoholici) se oficiálně neslučovala s existencí socialistické společnosti, sociální péče se soustředila zejména na děti, mládež, ale jen částečně na postižené a staré lidi. Prioritou byla zejména profesionální péče v ústavních zařízeních. Neformální péče v rodině se ocitla na okraji zájmu společnosti. Tomuto stavu odpovídalo i finanční zajištění – veřejné prostředky ze státního rozpočtu byly určeny zejména na hospodaření ústavních zařízení. Ze státem provozovaných zařízení byly vyháněny jeptišky do doby, kdy se zjistilo, že civilní zaměstnankyně se o určitý typ postižených nejsou schopny starat. Váhavě byly jeptišky potajmu do některých ústavů opět vpouštěny.

Ačkoliv oficiální československá sociální politika nepřipouštěla sociální problémy, v sedmdesátých a osmdesátých letech bylo zřejmé, že skutečnost přes veškerou cenzuru nelze dlouhodobě utajit. Negativní sociální jevy ve společnosti existovaly – závislost na návykových látkách (zejména u mládeže), špatné životní podmínky seniorů (nízké důchody, nedostatek domovů pro

důchodce) a osob s postižením (izolace od okolní společnosti v uzavřených ústavech, ale také z důvodu neexistence či špatné funkčnosti kompenzačních pomůcek zejména a pro imobilní osoby), kriminalita, prostituce, problematika menšin (zejména romského etnika), nárůst rasistických projevů a řada dalších. Profese sociálního pracovníka byla nedocenená. Činnost sociálních pracovníků se často omezila především na administrativní činnost, ale také pomáhaly při péči o seniory, hájily práva dětí u soudů, navštěvovaly problémové rodiny a podobně (Matoušek a kol. 2007, s. 149).

Přelom tisíciletí byl v České republice spojen s rozsáhlými celospolečenskými změnami. Současně se zostřovaly sociální problémy. Tato situace vytvořila nové podmínky a požadavky na poskytování sociální péče, které si posléze vynutily v roce 2006 přijetí nové legislativní normy v sociální oblasti - Zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. Zákon upravuje podmínky pro poskytování sociálních služeb v České republice. V naší práci mu bude věnován samostatný prostor.

1.2 Formální a neformální péče

Z předcházejícího orientačního přehledu vývoje sociální péče a jejích zdrojů je patrné, že sociální péči lze rozdělit na dva základní druhy – na formální a neformální.

Neformální péče není poskytována na profesionální úrovni. Obvykle je založena na mezilidské a mezigenerační solidaritě a probíhá v přirozeném prostředí člověka. Neformální péče není jednoduchá, přesto se v praxi stále setkáváme s jejím nedocenením jak ze strany laické, tak odborné veřejnosti.

Nejčastějším zdrojem neformální péče je rodina. Prostředí rodiny se odjakživa váže na určitý prostor, který rodina vytváří, udržuje a mění v závislosti na různých změnách (počet členů, věk, zdravotní stav, individuální potřeby). Klasický model rodiny tvoří skupina osob, spřízněných vzájemnými příbuzenskými vztahy (rodiče, děti, prarodiče, širší rodina), v níž se dospělí členové

podílejí na péči o děti po stránce materiální, sociálně-kulturní i vztahové (Procházka 2012, s. 102). Všechny situace, s nimiž je rodina konfrontována, se v určité míře odrazí v rodinném klimatu a přímo či nepřímo ovlivňují každého jejího člena. Příkladem může být uzavření manželství, narození dítěte, postižení nebo nemoc (zejména dlouhodobá či ohrožující život), úmrtí, ztráta zaměstnání, rozpad manželství, vznik nového vztahu a mnoho jiných. Rodinná péče, zejména dlouhodobá, klade vysoké nároky na pečující osobu i na celou rodinu, bez jejíž podpory a aktivní spoluúčasti hrozí pečujícímu syndrom vyhoření (Kopřiva 1997, s. 101). Pečující osoby z okruhu rodinných příslušníků nejčastěji pečují o dítě s postižením nebo o seniora, případně o seniora se zdravotním postižením. Mezi pečujícími osobami převažují matky dětí se zdravotním postižením. Neformální péči o seniory se obvykle věnují děti nebo vnoučata (Tajanovská 2015, s. 27).

Dalšími zdroji neformální péče, s nimiž se v praxi můžeme setkat, jsou například širší rodina, vrstevnické skupiny, škola, zájmové spolky a sdružení, přátelé, komunita, církevní společenství a jiné.

Formální péči svým klientům poskytují profesionální sociální služby. Je financována převážně ze zdravotního a sociálního systému státu. Horecký (2014, s. 28) poukazuje na to, že ve většině zemí EU jsou zdravotní a sociální oblast formální péče stále poskytovány odděleně, přestože je prokázána nízká efektivita tohoto řešení.

Sociálním službám bude věnováno více prostoru v následující kapitole, kde bude z větší části čerpáno z platných zákonů a vyhlášek.

2 SOCIÁLNÍ SLUŽBY

Česká republika se v oblasti lidských práv angažuje v řadě mezinárodních organizací. Legislativa, upravující poskytování a rozsah sociálních služeb v ČR, vychází z platných mezinárodních právních dokumentů, které dále rozpracovává na národní úroveň. Mezi nejvýznamnější prameny práva v sociální oblasti dle Malíkové (2011, s. 47-49) patří například:

- Na mezinárodní úrovni:

Všeobecná deklarace lidských práv

Deklarace OSN o právech lidí s mentálním postižením

Charta práv tělesně postižených osob

Charta práv umírajících

Práva seniorů

Práva duševně postižených

Deklarace práv dítěte

- Na úrovni Evropského společenství:

Charta základních práv Evropské unie

Evropská charta pacientů seniorů

Evropská sociální charta (Turín 1961), ČR ratifikovala v roce 1992

- Na národní úrovni:

Ústavní zákon č. 2/1993 Sb., Listina základních práv a svobod,
Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů,

Zákon č. 109/2006 Sb., kterým se mění některé zákony v souvislosti s přijetím zákona o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů,

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

Přelomem v poskytování profesionální sociální péče v České republice se stal rok 2006. V tomto roce byl s účinností od 1. ledna 2007 schválen Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, základní legislativní norma v oblasti sociálních služeb.

2.1 Zákon o sociálních službách

Zákon o sociálních službách upravuje podmínky pro poskytování pomoci osobám, které se ocitly v nepříznivé sociální situaci bez ohledu na to, zda si tuto situaci způsobili sami či nikoliv. Vymezuje také podmínky pro poskytování sociálních služeb, jednotlivé druhy sociálních služeb a předpoklady pro výkon činnosti sociálních pracovníků (§ 1, odst. 1-2). Další právní úpravu zajišťuje Vyhláška MPSV č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů.

V zákoně se sociální služby dělí na tři základní formy - ambulantní, terénní a pobytové (§ 33, odst. 1).

Ambulantní služby jsou poskytovány ve specializovaných zařízeních, do nichž klient dochází nebo je dopravován, například poradny a denní stacionáře (§ 33, odst. 3). Výhodou ambulantních sociálních služeb pro klienty je především zachování možnosti žít s přiměřenou mírou podpory v přirozeném sociálním prostředí. Tento typ sociálních služeb je prospěšný i pro pečující osoby. Pokud se podaří vhodně skloubit domácí neformální péči s ambulantní sociální službou, pečující osoba má možnost odpočinout si a snižuje se riziko vzniku syndromu vyhoření. Kombinace různých forem péče jsou v současné době ve středu zájmu společnosti.

Terénní služby jsou klientům poskytovány v jejich přirozeném prostředí, například pečovatelská služba, osobní asistence, terénní hospicová péče (Zákon o sociálních službách, § 33, odst. 4). Výhodou této formy poskytování sociálních služeb je dobrá znalost přirozeného prostředí klienta. Terénní forma se využívá mimo jiné v respitní (hospicové, paliativní, úlevné) péči, jejíž přínos pro sociální péči po dlouhém období opomíjení opět vzrůstá.

Pobytové služby jsou klientům poskytovány ve specializovaných zařízeních, v nichž žijí, například v zařízeních s týdenním provozem (týdenní stacionáře) nebo s celoročním provozem (domovy pro osoby se zdravotním postižením, domovy pro seniory, pečovatelské domy, domovy se zvláštním režimem). Pobytové služby znamenají pro klienta největší zásah do dosavadního způsobu života (Malíková 2011, s. 4).

Součástí této formy sociálních služeb je zabezpečení služeb sociální péče, ubytování i stravování (Zákon o sociálních službách, § 33, odst. 2). Současná společnost se snaží využívat pobytovou formu sociálních služeb pouze v nezbytných případech, kdy byly již vyčerpány možnosti poskytování neformální péče (především rodinné) a formální péče prostřednictvím terénních a ambulantních sociálních služeb. Důvodů této snahy je více, například vysoká finanční náročnost pobytových sociálních služeb nebo již zmíněný nepřírozený zásah do obvyklého životního stylu klienta a jeho rodiny.

Dle Zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů, se sociální služby dělí na sociální poradenství, služby sociální péče a služby sociální prevence (§ 32). **Sociální poradenství** lze dále členit na základní sociální poradenství, jež je nedílnou součástí všech poskytovaných sociálních služeb (například informace o dostupných sociálních službách, sociálních dávkách, kompenzačních pomůckách, získání kontaktu a zprostředkování návštěvy v odborné poradně) a odborné sociální poradenství. Odbornému poradenství se věnují specializované odborné poradny (například občanské, rodinné, manželské, poradny pro oběti trestného činu a domácího násilí, poradny pro seniory) a půjčovny kompenzačních pomůcek (Zákon o sociálních službách, § 37, odst. 2-3).

Služby sociální péče se zaměřují na zlepšení fyzické i psychické soběstačnosti osob v nepříznivé sociální situaci tak, aby se mohli co nejlépe zapojit do běžného života společnosti. V případech, kdy tohoto cíle nelze dosáhnout, je cílem služeb sociální péče chránit právo osoby na důstojný život (Zákon o sociálních službách, § 38). Do této skupiny sociálních služeb patří:

- osobní asistence
- pečovatelská služba
- tísňová péče
- průvodcovské a předčitatelské služby
- podpora samostatného bydlení
- odlehčovací služby
- centra denních služeb, denní stacionáře

- týdenní stacionáře
- domovy pro osoby se zdravotním postižením
- domovy pro seniory, domovy se zvláštním režimem
- chráněné bydlení
- sociální služby poskytované ve zdravotnických zařízeních ústavní péče.

Poslední skupinou sociálních služeb jsou **služby sociální prevence**, zaměřené na ochranu proti sociálnímu vyloučení osob v nepříznivé sociální situaci a na podporu při jejím překonávání. Dalším důležitým úkolem služeb sociální prevence je ochrana společnosti před vznikem a šířením nežádoucích společenských jevů (Zákon o sociálních službách, § 53). Mezi služby sociální prevence dle uvedeného zákona řadíme:

- ranou péči
- krizovou pomoc a telefonickou krizovou pomoc
- tlumočnické služby
- azylové domy
- domy na půl cesty
- kontaktní a intervenční centra
- nízkoprahová denní centra a nízkoprahová denní centra pro děti a mládež
- noclehárny
- služby následné péče
- sociálně aktivizační služby pro rodiny s dětmi, seniory, osoby se zdravotním postižením
- sociálně terapeutické dílny
- terapeutické komunity
- terénní programy
- sociální rehabilitaci.

Zákon o sociálních službách dále charakterizuje jednotlivé sociální služby a stanoví, které jsou poskytovány za úplatu a které bezúplatně. Výše úhrady některých sociálních služeb závisí na výši přiznaného příspěvku na péči (Zákon o sociálních službách, § 73, odst. 4). Maximální výše úhrady za bydlení a stravu, které jsou součástí poskytovaných sociálních služeb, je uvedena ve Vyhlášce MPSV č. 505/2006 Sb., ve znění pozdějších předpisů.

Poskytováním sociálních služeb se dle zákona o sociálních službách mohou zabývat pouze subjekty k tomu oprávněné na základě schváleného rozhodnutí o registraci v Registru poskytovatelů sociálních služeb (§ 78, odst. 1). Registrovaným poskytovatelem sociální služby se může stát:

- právnická osoba zřízená územně správním celkem (obcí nebo krajem),
- fyzická osoba,
- nestátní nezisková organizace
- specializovaný ústav sociální péče zřízený MPSV - v současné době je v České republice takových zařízení celkem pět (Malíková 2011, s. 58).

Zřizovateli registrovaných poskytovatelů sociálních služeb jsou územněsprávní celky (kraje, obce) nebo orgány státní správy (Ministerstvo práce a sociálních věcí).

Poměrně mladou skupinu subjektů, působících v nabídce sociálních služeb, tvoří nestátní neziskové organizace. Jde o právnické osoby, jež nevznikají za účelem podnikání. Malíková (2011, s. 58-59) uvádí, že nestátní neziskovou organizací může být příspěvková organizace, nadace a nadační fond, zájmové sdružení právnických osob, politická strana nebo hnutí, občanské sdružení, obecně prospěšná společnost, státem uznaná církev nebo náboženská společnost a další organizace stanovené zvláštním právním předpisem. Činnost takových a obdobných společností byla rozvinuta již v předválečném ČSR, ale po nástupu komunistického režimu byly víceméně efektivně zrušeny či zakázány. Ačkoliv existence neziskových organizací nemá tedy v postkomunistickém období v České republice příliš dlouhou tradici, neboť postupně vznikaly až od devadesátých let dvacátého století, v současné době hrají významnou roli v sociální oblasti. Nabízejí sociální služby v terénní, ambulantní i pobytové formě a jejich nabídka se neustále rozšiřuje. Nejvíce se angažují při poskytování terénních služeb (například odlehčovací služby, pečovatelská služba, hospicová péče) a ambulantních služeb (sociální poradenství, denní stacionáře, centra denních služeb), ale provozují i pobytové (rezidenční) služby (Malíková 2011, s. 59).

V posledních letech se neustále rozšiřuje nabídka především terénních a ambulantních sociálních služeb, jež mohou úspěšně doplňovat neformální domácí péči. Přesto u některých cílových skupin poptávka po pobytových (rezidenčních) službách vysoce přesahuje jejich nabídku. Typickým příkladem jsou senioři. V důsledku dlouhodobě nedostatečné kapacity státních zařízení a neúměrně dlouhé čekací doby na umístění do pobytových zařízení pro seniory, v posledních letech stoupá počet soukromých domovů a penzionů. Tento vývoj ovlivňují také měnící se představy seniorů a jejich rodin o standardní péči. Provozovatelé soukromých domovů využívají mimo jiné i schopnost a ochotu movitější části společnosti zaplatit za vyšší kvalitu péče. Při zakládání soukromých rezidenčních zařízení se často inspiroují praktickými zkušenostmi, získanými v okolních evropských zemích, zejména v Rakousku a Německu (Linet 2015, s. 4).

2.2 Cílové skupiny sociálních služeb

Sociální péče historicky směřovala k určitým sociálním skupinám. K tradičním konzumentům sociální péče patřili děti, staří lidé, osoby s postižením a chudí lidé. Život dnešní společnosti je složitý a klade na lidi vysoké nároky. Kromě tradičních problémů přináší také řadu nových. To se odráží v mnoha oblastech současné společnosti, sociální oblast nevyjímaje. Na sociální služby jsou kladeny stále vyšší požadavky. Sociální pracovníci dnes běžně řeší problémy klientů, s nimiž se dříve setkávali pouze ojediněle nebo vůbec. Zařízení poskytující sociální služby, jsou většinou zaměřená na určitou část sociálních problémů nebo na konkrétní cílovou skupinu.

K nejčastějším cílovým skupinám klientů sociálních služeb v České republice patří:

- děti

Zaměření sociálních služeb na práci se zneužívanými, zanedbávanými a týranými dětmi v rodině, opuštěnými dětmi, dětmi žijícími ve vyloučených lokalitách, dětmi ohroženými rizikovým

způsobem života (užívání návykových látek, prostituce, kriminalita). Nezbytnou součástí je práce s rodinou dítěte (Matoušek a kol. 2010, s. 36). Do sociální práce s dětmi se zapojují dle potřeby kromě sociálních pracovníků také odborníci z jiných profesí – zdravotníci, speciální pedagogové, psychologové, orgány sociálně-právní ochrany dětí a podobně.

- senioři

Sociální péče se zaměřuje na péči o seniory žijící v rodině nebo v pobytových zařízeních, zejména na staré lidi se zdravotním postižením (tělesným i mentálním). Pozornost je věnována především nejvíce ohroženým seniorům – osamělým, dlouhodobě nemocným, trpícím demencí, žijícím v nevyhovujícím prostředí, sociálně vyloučeným, obětmi domácího násilí a podobně (Matoušek a kol. 2010, s. 163).

- ohrožené rodiny

Za ohrožené jsou považovány neúplné rodiny, rodiny v rozvodovém řízení či mnohoproblémové rodiny ohrožené více sociálně-patologickými jevy najednou (nezaměstnanost, závislosti na návykových látkách, domácí násilí, život ve vyloučených lokalitách). Historicky byla jednou ze základních funkcí rodiny ochrana a péče o své členy. V současné společnosti se její pozice změnila. Mnoho rodin žije v nejistotě například z důvodu vysoké míry nezaměstnanosti, nedostatečných možností koordinace pracovních povinností s rodinnými (zejména u matek), nedostatku dostupného bydlení, vysoké zadluženosti a podobně (Baláž 2013, s. 6). Tato nejistota přímo ovlivňuje každodenní život všech členů rodiny a přináší problémy, které by neměly být podceňovány.

- osoby se zdravotním postižením

Lidé s tělesným, mentálním, kombinovaným postižením nebo duševním onemocněním (vrozeným i získaným v průběhu života) jsou jednou z historicky nejstarších cílových skupin sociální péče. Počet osob s různými druhy a rozsahem postižení se v populaci zvyšuje. Vágnerová (2004, s. 162) uvádí, že vrozená postižení u dětí tvoří 3-5 %. S projevy některých postižení nebo vrozených nemocí se setkáváme až v průběhu života, například v souvislosti se stárnutím. Mnoho zdravotních postižení vzniká v důsledku

onemocnění nebo úrazů. Na podporu osob se zdravotním postižením se zaměřují některé druhy sociálních služeb ambulantního, terénního i pobytového charakteru.

- umírající

Umírání je obvykle spojováno se stářím. Do cílové skupiny umírajících však kromě starých lidí patří též nemocní v kterékoliv fázi lidského života v terminálním stádiu život ohrožujícího onemocnění (nejčastěji onkologického) a jejich rodiny. Paliativní péče (péče o umírající) nebývá zaměřena na vyléčení, ale na zmírnění obtíží provázejících finální etapu života člověka, zejména na tišení bolesti. Cílem je péče o člověka po stránce biologické, psychické, sociální i duchovní (spirituální). V této souvislosti považujeme za důležité upozornit, že u umírajících se prioritizace potřeb radikálně mění. Zatímco v průběhu života lidé považují obvykle za prvořadé biologické potřeby, na jeho konci nabývají na důležitosti duchovní potřeby (Svatošová 2008, s. 19). Péči o umírající lze rozdělit do tří etap. V první etapě (prae finem) je péče zaměřena na doprovázení nemocného a jeho rodiny v období od stanovení závažné diagnózy do nástupu terminální fáze onemocnění. V druhém období (in finem) se paliativní péče soustředí na péči a doprovázení nemocného a jeho blízkých terminální fází onemocnění, tedy vlastním umíráním. Třetí etapou (post finem) je péče o tělo zemřelého a zejména péče o pozůstalé, která může trvat i dlouhodobě (Svatošová 2008, s. 19). Ačkoliv se paliativní péče v posledních letech rozšiřuje, služeb pro pozůstalé zatím není dostatek. Nejčastěji se zaměřuje na poradenství pro pozůstalé nebo činnost svépomocných skupin (Kopřivová 2010, s. 51).

- osoby se závislostí

Počet lidí se závislostí se neustále zvyšuje a přibývá i druhů závislostí. Alarmující je především nárůst závislostí mezi dětmi a mladými lidmi. Kromě „tradičních“ závislostí na návykových látkách (alkohol, drogy) se v současnosti stále častěji setkáváme s novými druhy závislostí, například na hracích automatech (gambleři), PC, informačních technologiích, sociálních sítích a podobně. Sociální práci s osobami se závislostí věnují velkou pozornost terénní

programy. K primárním cílům terénních programů patří stabilizace zdravotního a sociálního stavu závislých, poskytování poradenství, zprostředkování dostupné návazné péče. V sociální práci s drogově závislými osobami se uplatňuje přístup harm-reduction, tj. minimalizace důsledků závislosti na osobu závislého i jeho okolí (Bajer 2007, s. 13).

- osoby poskytující placené sexuální služby, včetně dětské prostituce

Poskytování sexuálních služeb za úplatu je často spojeno s dalšími riziky pro osobu, která tyto služby poskytuje, i pro společnost. Kromě značných zdravotních rizik - šíření sexuálně přenosných infekčních onemocnění (žloutenka typu C, HIV) a jiných infekcí - zaznamenáváme u této cílové skupiny vyšší pravděpodobnost spojení s dalšími sociálně-patologickými jevy (závislostmi na návykových látkách, kriminalitou). Sociální práce s osobami, poskytujícími sexuální služby za úplatu, se zaměřuje (jako u předcházející cílové skupiny) zejména na zmírňování škod souvisejících se způsobem života (přístup harm-reduction) a resocializaci (Matoušek 2010, s. 259-260). V centru pozornosti na národní i mezinárodní úrovni je dětská prostituce, neboť negativně ovlivňuje vývoj dítěte (především psychický) a zanechává celoživotní následky.

- oběti násilí

Obětí násilí se může stát kdokoliv bez ohledu na pohlaví nebo věk. Nejvíce ohroženými skupinami společnosti jsou ženy, děti a staří lidé, kteří mohou být vystavováni (v určitých situacích nebo dlouhodobě) fyzickému, psychickému, sexuálnímu či finančnímu násilí (Matoušek 2010, s. 227). Za zvlášť závažné se považuje domácí násilí, neboť obvykle probíhá skrytě a jeho dokazování je problematické. Příčin páčání násilí existuje celá řada, například patologická osobnost pachatele, vzorec chování naučený v dětství. Na frekvenci a rozsahu násilí se podle kriminologických výzkumů podílejí i vnější vlivy - nezaměstnanost (zejména dlouhodobá), závislosti (na alkoholu, drogách, gamblerství), dlouhotrvající partnerské nebo finanční problémy v rodině a podobně (Matoušek 2010, s. 229).

Na odhalování násilí a péči o oběti násilí se podílejí interdisciplinární týmy, v nichž spolupracují podle potřeby například Policie ČR, Městská policie, orgány sociálně-právní ochrany dětí a mládeže, specializované poradny, krizová centra, zdravotnická zařízení, sociální služby a další subjekty (Bajer 2006, s. 25).

- nezaměstnaní

Cílová skupina zahrnuje dvě skupiny nezaměstnaných osob. První skupinu tvoří lidé, kteří jsou schopní pracovat, chtějí pracovat, aktivně hledají zaměstnání, avšak v daný okamžik zaměstnání nejsou. Do druhé skupiny řadíme osoby, pro něž získání zaměstnání znamená naplnění potřeby seberealizace, začlenění do běžné společnosti a smysluplné vyplnění volného času (například u zdravotně postižených). Sociální práce s nezaměstnanými se zaměřuje zejména na dlouhodobě nezaměstnané, u nichž je vyšší riziko ohrožení dalšími sociálně-patologickými jevy (sociální izolace, závislosti na návykových látkách, bezdomovectví, kriminalita, prostituce a podobně). Dlouhodobá nezaměstnanost ovlivňuje každodenní život nezaměstnaného i celé jeho rodiny. Způsobuje negativní psychické změny (snížení sebehodnocení, narušení navyklého stereotypu a vnímání času, nedostatek podnětů, frustrace, deprese, sebevražedné pokusy a podobně). Nezaměstnanost přináší též sociální důsledky – ztrátu sociálního statusu, změnu sociálních rolí, výrazné snížení životní úrovně rodiny. Může vyústit až do rozpadu rodiny nebo partnerského vztahu, v krajním případě do sociální izolace (Matoušek 2010, s. 303-304).

- zadlužení klienti

Předluženost českých domácností se již řadu let neustále zvyšuje. Velkou roli na tomto stavu má prezentace půjček jako normálního a dostupného způsobu řešení nedostatku finančních prostředků, jak je nám běžně předkládáno v nejrůznějších médiích – v tisku, televizi, na internetu nebo na billboardech. Množství domácností i jednotlivců z různých důvodů nezvládá finanční hospodaření a dostává se do dluhové pasti. Často se s tímto problémem setkáváme u klientů, kteří vyrůstali v ústavech nebo v rodinách, kde neměli možnost získat ani základní představu o

rodinném hospodaření. Předluženost je obvykle pouze jedním z více problémů klienta. Většinou souvisí s dalšími negativními společenskými jevy – nezaměstnaností, užíváním návykových látek a podobně (Žáková 2015, s. 24-26).

- osoby bez domova nebo ohrožené ztrátou domova

Bezdomovectví je pro současnou společnost stále naléhavějším problémem. Obvykle není jediným problémem klientů sociálních služeb, ale pojí se i s dalšími sociálně-patologickými jevy – dlouhodobou nezaměstnaností, rozpadem rodiny, dlouhodobou nemocí, předlužeností domácností, užíváním návykových látek, kriminalitou a podobně (Lindovská 2012, s. 103). Bezdomovectvím jsou více ohroženi muži a starší lidé, včetně seniorů. Mezi osoby bez domova patří lidé žijící na ulici, ale také tzv. skrytí bezdomovci, tj. lidé žijící v různých ubytovnách, u příbuzných nebo známých (Matoušek a kol. 2010, s. 316-317).

- osoby žijící v sociálně vyloučených lokalitách

Z pohledu sociálních služeb jsou obyvatelé sociálně vyloučených lokalit mnohoproblémovými klienty, žijícími na okraji společnosti. Mají omezený přístup ke zdrojům a příležitostem obvyklým ve společnosti. Sociální vyloučení (sociální exkluze) představuje v současnosti velký problém nejen v České republice, sociální inkluzí (začleňováním) se zabývají i instituce na úrovni Evropské unie (MPSV 2002, s. 7). Osoby žijící v sociálně vyloučených lokalitách se potýkají s ekonomickými problémy (příjmová chudoba, dlouhodobá nezaměstnanost, předluženost domácností, finanční negramotnost, špatná dopravní infrastruktura), sociálními (rozpad rodiny, bezdomovectví, prostituce, kriminalita, rizikový způsob života mládeže, nedostupnost vzdělání), zdravotními (zhoršená dostupnost lékařské péče, nedostatečné hygienické podmínky, závislosti na alkoholu a návykových látkách), politickými (nízká účast obyvatel ve volbách, porušování lidských práv), komunitními (zhoršená dostupnost nebo absence základních služeb, úmyslná devastace bydliště a jeho okolí) i osobními (nemoc, věk, nízké vzdělání, ztráta sebeúcty, osamělost, závislosti). Kumulace problémů v mnoha případech může vyústit ve ztrátu životní perspektivy. V České republice jsou sociální

skupinou, nejvíce ohroženou sociální exkluzí menšiny, zejména Romové (Mareš 2003, s. 27).

- osoby po výkonu trestu

Již v době výkonu trestu věnují odsouzeným pozornost sociální pracovníci. Cílem penitenciární péče je postupná příprava na dobu po propuštění z výkonu trestu do běžného života. Postpenitenciární péče by na ni měla navázat a usnadnit řešení problémů, které jsou s návratem z výkonu trestu spojené – hledání práce, bydlení, obnovení narušených sociálních vztahů (například rodinných) a navázání nových, smysluplné trávení volného času, náhrada škody vzniklé trestným činem, splácení dluhů a podobně (Baláž 2012, s. 20). Postpenitenciární péče by měla směřovat k postupnému převzetí zodpovědnosti za svůj život.

- přistěhovalci

Migrace přináší řadu problémů na individuální i společenské úrovni. Migranti se téměř vždy potýkají s jazykovou bariérou, neznalostí nového prostředí a společenských zvyklostí, předsudky okolí, psychickými i tělesnými problémy jako důsledkem změny života, pocitem vykořeněnosti, nezaměstnaností a podobně. V hostitelských zemích se setkáváme v souvislosti s přistěhovalectvím s rasismem a xenofobií. Problémy přináší zdlouhavá, obtížná adaptace migrantů na kulturní a právní normy obvyklé v hostitelské společnosti, odlišné hygienické, pracovní a výchovné zvyky a potřeby přistěhovalců. (Trousil 2007, s. 104).

Velmi důležité jsou rozdíly založené na odlišných náboženských systémech, a to zejména u islámských migrantů. Souvisí to s jiným vnímáním soukromé a veřejné sféry a návaznými právními normami (šaríja). Je pravdou, že muslimská migrace do ČR je zatím jen okrajová, tvořená navíc nadprůměrně vzdělanou populací, ale v souvislosti se současnou migrační vlnou by se však tato situace mohla rychle změnit a vyhrotit. Sociální práce s migranty se soustředí na řešení aktuální sociální situace a na prevenci konfliktů mezi majoritní společností a uprchlíky. Sociální služby se soustředí zejména na poradenství, administrativní činnost, jednání na úřadech, zprostředkování zdravotnické péče, materiální pomoci, výuky jazyka, využití volného času a další činnosti.

Vzhledem k tomu, že většinu cílových skupin sociálních služeb můžeme označit za tzv. mnohoproblémovou, neboť klienti jsou často ohroženi několika sociálními problémy najednou, sociální služby realizují obvykle multidisciplinární týmy, složené z odborných pracovníků a dobrovolníků různých profesí. Složení týmu odpovídá potřebám cílové skupiny. Součástí týmu pečujícího o osoby se zdravotním postižením může být například sociální pracovník, pracovník sociální péče, zdravotník, rehabilitační sestra, psycholog nebo speciální pedagog. Mládeži ohrožené rizikovým způsobem života se věnují například streetworkoví pracovníci nízkoprahových zařízení, spolupracující se vzdělávacími institucemi, zdravotnickými zařízeními, poradnami či orgány sociálně-právní ochrany dětí (OSPOD).

Každá z uvedených skupin klientů se potýká se specifickými problémy. S některými skupinami se setkáváme ve všech regionech České republiky, jiné žijí pouze v určitých lokalitách. Znalost aktuální situace ve společnosti, nejvíce rozšířených sociálních problémů v jednotlivých zemích a regionech a obvyklých problémů v konkrétních cílových skupinách je nezbytná pro úspěšný výkon sociální práce, plánování a řízení sociálních služeb. Tomuto tématu bude věnována pozornost v následující kapitole bakalářské práce.

3 VEDENÍ SOCIOCIÁLNÍCH SLUŽEB V ČR

V České republice, jak vyplývá z předchozího textu, je poskytování a financování sociálních služeb realizováno zejména z veřejných prostředků. Do sociální oblasti proudí každoročně značná část veřejných financí. Proto by stát měl usilovat o to, aby rozsah sociálních služeb v co největší míře odpovídal aktuálním společenským potřebám a vložené finance byly efektivně využívány ve prospěch jednotlivců i celé společnosti. Ne vždy se to daří, lze vzpomenout dlouholetou a zatím neukončenou debatu o tom, mají-li být primárně financovány služby poskytované státními, polostátními i soukromými - neziskovými institucemi, nebo mají být finanční prostředky poskytovány přímo osobám či rodinám, které pak mohou takové služby nakupovat. Nicméně lze říci, že stát, prostřednictvím svých orgánů, zastává stále ještě významnou roli při vedení a řízení sociálních služeb. Realizuje ji prostřednictvím sociální politiky a využívá k tomu řadu nástrojů.

V oblasti sociálních služeb jsou v následujících letech důležité zejména aspekty posílení vlivu krajů a regionů na oblast financování sociálních služeb a také na oblast zlepšení komunitního plánování potřeby sociálních služeb dle aktuálních potřeb klientů a také dle aktuální mapy dostupnosti všech sociálních služeb na území jednotlivých regionů.

Zajímavým a nadějným doplňkem je Zákon č. 428/2012 Sb., o majetkovém vyrovnání s církvemi a náboženskými společnostmi. Podle tohoto zákona má být církvím (především Římskokatolické) navrácen majetek v hodnotě zhruba 75 miliard korun a dále jim má být během 30 let postupně vyplaceno cca 59 miliard korun jako náhrada za majetek, jenž nemůže nebo z různých důvodů nebude vrácen. Stát vyjádřil na nejrůznějších úrovních a fórech preferenci pro primární využití těchto prostředků především pro humanitární a sociální účely. Nelze diktovat jakémukoliv subjektu, jak má nakládat s vlastním majetkem (viz. Listina základních práv a svobod), církve s takovým účelem v zásadě souhlasí. Při objemu tohoto majetku se může jednat o významný zdroj prostředků na sociální a související péči.

3.1 Sociální politika

Sociální politika je nedílnou součástí existence moderního, zejména evropského státu s fungujícím tržním hospodářstvím a demokratickým politickým systémem. V odborné terminologii bývá nazýván welfare state (stát sociálního blahobytu). Pod tímto základním pojmem moderní sociální politiky se skrývá zřízení prosazující názor, že při vytváření sociálních podmínek jeho obyvatel se musí angažovat nejen jednotlivci a rodiny, ale také veřejná sféra – stát (Potůček 1995, s. 34-35). Mezi hospodářskou politikou státu a dalšími politikami (sociální, zdravotní, vzdělávací, bytová a podobně) existuje dvousměrný vztah. Hospodářská politika vytváří zdroje nezbytné pro realizaci sociálních služeb, vzdělávání, zdravotní péči nebo rozvoj bydlení a ostatní politiky se naopak podílejí na zlepšování podmínek pro rozvoj hospodářské politiky. Zjednodušeně lze říci, že koncepce welfare state funguje na bázi přerozdělování vytvořených zdrojů (výsledek hospodářské politiky a to jak v soukromé, tak i ve státním a polostátním sektoru) do jiných oblastí s cílem podporovat dlouhodobou stabilitu a prosperitu společnosti (Krebs a kol. 2007, s. 75).

Sociální politika je ovlivňována hospodářskou politikou například soustavou finančních nástrojů (daně, daňové úlevy, úvěrové a úrokové sazby), příjmovou politikou, přerozdělováním finančních prostředků ze státního rozpočtu. Sociální politika zpětně působí na hospodářskou politiku stanovením podmínek pro zaměstnávání pracovníků (rozsah pracovní doby, kvalifikační předpoklady pro výkon některých profesí, náležitosti při uzavření a skončení pracovního poměru, minimální mzda), odvody z příjmů na sociální a zdravotní pojištění, sociálním zabezpečením (starobní a invalidní důchody, podpora v nezaměstnanosti, sociální dávky), sociálními službami a podobně (Potůček 1995, s. 34-35).

Základními nástroji sociální politiky jsou nástroje právní povahy, ekonomické nástroje a sociální dokumenty. K nim můžeme přiřadit ještě čtvrtý důležitý prostředek – nátlakové akce, k jejichž organizování někdy sahají určité sociální skupiny při prosazování svých zájmů. (Krebs a kol. 2007, s. 62-63).

Česká republika jako člen Evropské unie začleňuje do svých právních předpisů (včetně právních předpisů v sociální oblasti) požadavky na úrovni Evropské unie a realizuje je na národní úrovni. Za provádění vnitrostátních předpisů nesou zodpovědnost příslušné státní orgány (Evropská unie 2014, s. 6). Vnitrostátní předpisy se dále promítají do právních norem na úrovni regionů, okresů a jednotlivých obcí. Na této komunální úrovni jsou aplikovány na konkrétní podmínky a sociální problémy v určité oblasti. Jak již bylo řečeno výše, některé lokality České republiky se potýkají s určitými negativními sociálními jevy více než jiné, v nichž se objevují v menší míře. Na nejnižší úrovni se předpisy řídí i poskytovatelé sociálních služeb. Mezi nejožehavější témata, jimž Evropské společenství v aktuálně probíhající desetileté strategii „Evropa 2020“ věnuje pozornost, patří především nezaměstnanost, dále sociální začleňování, odstranění chudoby, sociální ochrana a integrace romského etnika do společnosti (Evropská unie 2014, s. 3).

Kromě nástrojů právní povahy Evropská unie využívá i nástroje ekonomické – účelově zřízené fondy. Nejznámějším z nich je v sociální oblasti Evropský sociální fond, který se zaměřuje na vyrovnávání sociálních rozdílů mezi jednotlivými členskými zeměmi EU (Evropská unie 2014, s. 3).

Názor na racionalitu rozsahu soc. politiky je však mnohdy sporný a rozdílný. Neboť problémů v sociální politice zůstává stále mnoho. Obyvatelstvo stárne a narůstá tak počet obyvatel v důchodovém věku. A tím také občanů se zdravotními problémy anebo se specifickými sociálními požadavky.

Problémy však nejsou jen v oblasti péče o seniory, ale také zejména u mladých začínajících rodin, rodin s malými dětmi, občany se změněnou pracovní schopností, dlouhodobou nemocí, bez trvalého zaměstnání anebo domova. Stále přibývá občanů, kteří nejsou schopni financovat svoje bydlení. To je zřejmé v hlavně v oblastech s vysokou nezaměstnaností, kde dochází k snižování počtu pracovních míst popř. rušení celých podniků a tam, kde je slabá kupní síla obyvatel.

Záměrem sociální politiky by mělo být uplatnění procesu plánování sociálních služeb a vytváření vhodných podmínek pro jejich současné i potenciální uživatele.

V dnešní populaci převažuje názor, že stávající sociální zabezpečení ze strany státu je příliš slabé a je potřeba jej posílit. Jako nízké jsou hodnoceny nejčastěji dávky v nemoci, při úrazu, invaliditě, dále důchody a zajištění ve stáří. Problematicky je vnímána také garance životního minima a sociální pomoc v nouzi. Jako nedostatečné se hodnotí i dávky rodině, jako jsou přídavky na děti či rodičovský příspěvek. To samé platí i o podpoře bydlení a podpoře k získání zaměstnání při jeho ztrátě. Tím se vytváří rozdílné sociální podmínky obyvatel a tak se zde musí angažovat veřejná sféra – stát. Tento – výrazně levicový přístup - je ovšem velmi často i kvalifikovaně napadán odborníky z opačného pólu politického spektra, podle kterých jsou obligatorní výdaje státu na sociální oblast podvazující pro celkový růst ekonomiky. Argumentují tím, že nikdy nebyl v dějinách český stát tak štědrý, jakkoliv připouštějí, že distribuce prostředků na sociální účely nejsou vždy racionální a racionálně využívány.

3.2. Vedení sociálních služeb

Česká republika prostřednictvím sociální politiky ovlivňuje fungování široké sociální oblasti, včetně poskytování sociálních služeb. Zaměřuje se na řešení již stávajících sociálních problémů, zároveň však má také funkci preventivní. Snaží se předcházet vzniku negativních jevů či rozšíření stávajících problémů, například alarmujícímu propadu tzv. střední příjmové skupiny pod hranici chudoby (Baláž 2012, s. 22).

K vedení sociálních služeb v České republice jsou využívány různé prostředky, zaměřené na kvantitu i kvalitu poskytovaných služeb. V bakalářské práci bude věnována pozornost dvou z nich, kterými se zabývá platná legislativa v oblasti sociálních služeb - Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů, a Vyhláška č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách, ve znění pozdějších

předpisů. Jde o plánování sociálních služeb, jejich financování a standardy kvality sociálních služeb. Vzhledem k širokému rozpětí vybraných prostředků řízení sociálních služeb a omezenému rozsahu bakalářské práce, půjde pouze o orientační vhlad.

3.2.1 Plánování sociálních služeb

K tomu, aby byla činnost, rozsah a zaměření sociálních služeb optimální, slouží plánování sociálních služeb. Jeho nutnost si uvědomovali tvůrci Zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů. Územně správním celkům (krajům a obcím) vznikají ze zmíněného zákona povinnosti.

Krajům zákon o sociálních službách v § 95 ukládá zejména:

- povinnost zjišťovat nabídku a poptávku po sociálních službách na svém území
- vzájemnou spolupráci s obcemi na svém území a s dalšími kraji
- spolupráci s poskytovateli sociálních služeb na svém území
- povinnost vytvářet střednědobý plán rozvoje sociálních služeb
- povinnost vyhodnocovat plnění střednědobého plánu rozvoje

Obdobné povinnosti mají ze zákona o sociálních službách také obce, s tím rozdílem, že nemají povinnost, ale pouze možnost rozhodnout se, zda budou zpracovávat střednědobý plán rozvoje sociálních služeb (§ 94). Pokud se k tomuto kroku obce rozhodnou, jsou povinny při jeho sestavování spolupracovat s ostatními subjekty – krajem, poskytovateli sociálních služeb a uživateli nebo potencionálními uživateli sociálních služeb.

Společný postup územně správních celků, poskytovatelů sociálních služeb a cílových skupin uživatelů je označován jako **komunitní plánování**. Někdy se však můžeme setkat i s jiným, užším pojetím tohoto pojmu ve významu přípravy střednědobého plánu rozvoje sociálních služeb (Exner 2009, s. 55). Zadavatel tj. územně správní celek si při tvorbě plánu může vybrat způsob zpracování. Na výběr má více možností od přímé účasti volených zastupitelů na procesu plánování až po zadání zakázky nezávislé specializované firmě (Exner 2009, s. 56). Již několik let po nabytí

účinnosti Zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů, se ukázalo, že komunitní plánování je v menších obcích prakticky nerealizovatelné vzhledem k nedostatečnému pokrytí sociálními službami a administrativní náročnosti zpracování plánu. Na základě dosavadních zkušeností se odborníci přiklánějí k variantě, aby střednědobé plány rozvoje sociálních služeb byly vytvářeny většími městy jako dosud. V případě menších obcí se zdá být efektivnějším řešením zpracování plánu několika obcemi společně, například svazkem obcí, mikroregionem či účelovým sdružením obcí (vytvořeným s cílem zapojit se do různých rozvojových programů). Velký potenciál mají v tomto ohledu obce s rozšířenou působností (Exner 2009, s. 57).

Komunitní plánování je proces, jenž lze rozdělit na několik na sebe navazujících etap. Začíná získáním aktuálních dat o sociálních potřebách ve společnosti a o možných zdrojích jejich uspokojování. Obsahem druhé etapy je realizace – plánování a uvádění plánů do praxe. Třetí důležitá etapa slouží ke zhodnocení výsledků. Získané zkušenosti se poté stávají základem pro vytvoření střednědobého plánu sociálních služeb na další období. V celém procesu je nutná vzájemná spolupráce mezi všemi účastníky tzv. triády komunitního plánování (Exner 2009, s. 55). Praxe však také ukázala nezbytnost obousměrné vzájemné informovanosti a spolupráce mezi kraji a obcemi, neboť efektivní a reálný střednědobý plán rozvoje sociálních služeb na krajské úrovni může vzniknout pouze na základě aktuálních, pravdivých a dostatečných informací získaných ze strany obcí na území kraje (Vasková 2009, s. 54).

Jak vyplynulo z předchozího textu, důležitou podmínkou pro řízení sociálních služeb prostřednictvím střednědobého plánu rozvoje sociálních služeb je dostatečná znalost prostředí a aktuálních sociálních problémů. Informace o některých skupinách obyvatelstva, které tvoří cílové skupiny určitých sociálních služeb, průběžně přináší Český statistický úřad (například při pravidelném desetiletém Sčítání lidu, domů a bytů) nebo výsledky mikrocensů a dalších demografických výzkumů. Tímto způsobem je možné zjistit aktuální informace o věkové struktuře obyvatelstva, porodnosti,

úmrtnosti, počtu obyvatel v produktivním věku, průměrný věk dožití obyvatelstva, poměr obyvatel žijících ve městech či na venkově a mnoho jiných. Na základě dlouhodobě sledovaných demografických ukazatelů se například dá předpokládat, že v blízké budoucnosti bude prakticky ve všech krajích České republiky nezbytná přeměna sociálních služeb v souvislosti s neustálým nárůstem počtu starých lidí nad 65 let věku a zároveň se zvyšujícím se věkem dožití současné populace (Svobodová 2012). Relevantní výsledky dávají i rezortní výzkumy např. MPSV, ÚZIS a dalších.

Důležité informace poskytují i další instituce, například Úřad práce ČR (údaje o počtu nezaměstnaných, osobách pobírajících příspěvek na péči, přídavky na dítě, sociální dávky), Česká správa sociálního zabezpečení (počet osob pobírajících důchody, průměrná výše důchodů, výdaje vyplacené v souvislosti s pracovní neschopností), zdravotnická zařízení, zdravotní pojišťovny, bezpečnostní orgány apod. Významným zdrojem informací jsou poskytovatelé sociálních služeb, kteří mimo svoji hlavní činnost poskytují také zpětnou vazbu pro vyhodnocení stávajících plánů sociálních služeb a přípravu nových plánů do budoucna (naplnění kapacity zařízení, počet uživatelů sociální služby, poptávka po nabízené sociální službě).

3.2.2 Financování sociálních služeb

Dalším důležitým přímým nástrojem řízení sociálních služeb je financování. Příjmy v oblasti sociálních služeb pocházejí z různých zdrojů, proto hovoříme o vícezdrojovém financování. Do zdrojů příjmů poskytovatelů sociálních služeb patří:

- dotace
- příspěvky od zřizovatelů
- příjmy z veřejného zdravotního pojištění
- příjmy od klientů sociálních služeb (včetně příspěvku na péči)
- příspěvky územní správních celků
- dary

- ostatní příjmy, například z vedlejší hospodářské činnosti poskytovatelů (z prodeje vlastních výrobků, pronájmu nevyužívaných prostor a podobně).

Podíl jednotlivých zdrojů na financování konkrétní sociální služby se liší v závislosti na typu zařízení, rozsahu poskytované péče, cílové skupině uživatelů a dalších vlivech (Malíková 2011, s. 60-61).

S novým Zákonem č. 108/2006 Sb., o sociálních službách došlo od 1. ledna 2007 v České republice k zásadní změně koncepce v oblasti financování sociálních služeb, založené na dvou základních principech:

- volba uživatele (uživatel si vybírá poskytovatele sociální služby dle svých potřeb),
- rovný přístup k finančním prostředkům na úhradu sociálních služeb (bez ohledu na právní formu poskytovatele).

V Zákoně č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, se objevil nový zdroj financování – příspěvek na péči (Horecký 2012, s. 4). Jedním ze záměrů tvůrců nového zákona o sociálních službách bylo zvýšit autonomii osob s přiznaným příspěvkem na péči při výběru poskytovatele sociální služby dle svých individuálních potřeb a představ o obvyklém životě. Existence vztahu mezi poskytovatelem sociální služby a jejím uživatelem je založena na smluvním principu. Smluvní vztah nejčastěji upravuje Smlouva o poskytování sociální služby (Zákon o sociálních službách, § 91, odst. 1). Příspěvek na péči je poskytován ze státního rozpočtu (Zákon o sociálních službách, § 7, odst. 1).

Příspěvek na péči je pravidelně vyplácená sociální dávka určená osobám, jež jsou z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu při uspokojování svých potřeb závislé na podpoře jiných osob (Zákon o sociálních službách, § 7, odst. 1, 2). Příspěvek na péči jim umožňuje objednat si a zaplatit potřebnou pomoc formou vybrané profesionální sociální služby nebo neformální péče rodinných příslušníků či jiných osob, které se podílejí na péči. Lze jej použít také na zabezpečení vícezdrojové péče, například kombinaci sociální péče (denní stacionář, týdenní stacionář, respitní péče,

odlehčovací služba) s neformální péčí v rodině (Horecký 2012, s. 6).

Očekávalo se, že jedním z plánovaných přínosů zavedení příspěvku na péči do praxe bude postupné snižování nákladů na sociální služby, včetně pobytových. Autoři nového systému poskytování dávky předpokládali vyšší návratnost vyplacených peněžních prostředků do oblasti profesionálních sociálních služeb, ale jejich předpoklad se nevyplnil.

MPSV a zřizovatelé pravidelně sledují výsledky hospodaření s prostředky, vyčleněnými na provoz zařízení poskytujících sociální služby. Nejvíce prostředků je každoročně vynakládáno na pobytové služby. Pro ilustraci, v roce 2008 (tedy v druhém roce fungování nového systému financování sociální péče prostřednictvím příspěvku na péči) se v Domovech pro osoby se zdravotním postižením vyšplhaly průměrné roční výdaje na jedno místo na 315 000 Kč, avšak průměrná roční úhrada od uživatele se pohybovala kolem 123 000 Kč. Podíl úhrady k výši ročních nákladů na jedno místo činil 39 %. O čtyři roky později, v roce 2012, se roční výdaje na jedno místo zvýšily v průměru na 345 000 Kč. Průměrná roční úhrada od uživatele se zvýšila na 150 000 Kč. U celkového podílu úhrady na výši nákladů došlo v roce 2012 ke zvýšení proti roku 2008 o 4,5 % (na 43,5 %). Největší část nákladů na poskytování sociální péče tvoří náklady mzdové (MPSV 2013, s. 36).

Výdaje na činnost sociálních služeb si každý rok vyžádají nezanedbatelné množství peněžních prostředků zejména ze státního rozpočtu a rozpočtů územně správních celků. I přes úsporná opatření, jež si v minulých letech vyžádala aktuální hospodářská situace, v níž se Česká republika nachází, se požadavky na sociální služby stále zvyšují. Velký podíl na tomto stavu má množství lidí, závislých na sociální pomoci, které má rostoucí tendenci. Zdroje vytvořené hospodářskou činností státu nejsou neomezené a proto je nezbytné s peněžními prostředky, jež má oblast sociální péče k dispozici, uváženě nakládat. Přesto by finanční stránka při řízení sociálních služeb neměla být jediným hodnoceným kritériem. Takový směr by mohl vést k nedostupnosti sociálních služeb a ke zhoršení jejich kvality.

3.2.3 Kvalita sociálních služeb

Řízení sociálních služeb se nezaměřuje pouze na kvantitu. Platná legislativa se samozřejmě zabývá i řízením kvality sociálních služeb. Za tímto účelem Ministerstvo práce a sociálních věcí vytvořilo v roce 2002 Standardy kvality sociálních služeb, jež zákon o sociálních službách definuje jako soubor kritérií, kterými je posuzována kvalita poskytování sociální péče při zajištění potřebného personálního a provozního zázemí sociální služby a která upravují vztahy mezi klientem a poskytovatelem. Standardy kvality sociálních služeb plní více funkcí současně – kromě jednoho ze základních nástrojů politiky sociálních služeb je v praxi využíván ke zdokonalování služeb v sociální oblasti (Musil 2004, s. 53-54). Navíc mohou sloužit i jako prostředek pro porovnávání srovnatelných poskytovaných služeb. Dle § 88 bodu h) Zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů, je dodržování standardů kvality sociálních služeb jednou z podmínek pro poskytování sociální služby. Zákon upravuje také hodnocení standardů sociálních služeb (Zákon o sociálních službách, § 99) a restriktivní opatření pro případ, že poskytovatel standardy nesplňuje (§ 82, odst. 3).

Jak vyplývá z definice v zákoně o sociálních službách, standardy kvality v zařízeních poskytujících sociálních služeb se zaměřují na tři základní okruhy – na kvalitu sociálních služeb a na personální a provozní oblast. Zatímco standardy první jmenované skupiny přímo ovlivňují činnosti a postupy spojené se sociální prací, personální a provozní standardy působí na kvalitu sociální péče nepřímo. Cílem personálních standardů je zabezpečení potřebné odborné způsobilosti všech pracovníků, kteří se v zařízení podílejí na poskytování sociálních služeb, a průběžné vzdělávání zaměstnanců, vyplývající z platných právních norem. Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů, obsahuje požadavky na odbornou způsobilost sociálních pracovníků (§ 110) a pracovníků v sociálních službách (§ 116). Poskytovatelům

zákon o sociálních službách rovněž ukládá povinnost umožnit sociálním pracovníkům a pracovníkům v sociálních službách další vzdělávání v minimálním rozsahu 24 hodin ročně (Zákon o sociálních službách, § 111 a 116, odst. 9). Provozní standardy přispívají ke zvyšování kvality sociálních služeb například koordinací běžných činností v zařízení tak, aby byly vytvořeny co nejlepší podmínky pro poskytování sociálních služeb (provozní řády, stravovací řády, bezpečnostní předpisy a podobně).

Jednotlivé standardy, zaměřené na vlastní poskytování sociální služby, se soustředí na určité oblasti péče o klienta.

Standard kvality číslo 1 směřuje k podpoře sociálního fungování klientů v obtížné životní situaci. Cílem je podpora klienta, aby mohl i nadále žít ve svém přirozeném sociálním prostředí, případně se do něho vrátit. Kromě působení na klienta nelze zapomínat i na ovlivňování sociálního prostředí, jež nemusí vždy klienta pozitivně přijímat. Sociální pracovníci se v praxi setkávají s řadou často i nepochopitelných předsudků například u drogově závislých osob, bezdomovců, osob s mentálním postižením, osob po výkonu trestu či etnických menšin (Musil 2004, s. 59).

Standard kvality číslo 2 věnuje pozornost ochraně práv klientů. Do této kategorie řadíme vnitřní pravidla poskytovatele (například etický kodex, kodex sexuality, pravidla pro předcházení porušování práv uživatelů a jiné), ale také nadřazené právní normy (Ústava ČR, Listina základních práv a svobod, Úmluva o právech dítěte a podobně) (Musil 2004, s. 59).

Standard kvality číslo 3 upravuje proces, směřující k poskytování sociální služby konkrétnímu klientovi – jednání se zájemcem o službu, vedení dokumentace, stanovení individuálních cílů, formu a rozsah poskytované služby s ohledem na možnosti a schopnosti klienta (Musil 2004, s. 59).

Standard kvality číslo 4 se věnuje smluvnímu vztahu mezi poskytovatelem a uživatelem sociální služby. V tomto standardu obvykle zařízení soustředí vnitřní předpisy pro uzavírání smlouvy o poskytování sociální služby a úhrady za poskytované služby. (Musil 2004, s. 59).

Standard kvality číslo 5 zdůrazňuje spoluúčast klienta při plánování sociální služby, která by měla v co největší míře využít jeho vnitřní zdroje a možnosti. Klade důraz také na pravidelné vyhodnocování osobních cílů klienta a podle potřeby také jejich změnu (Musil 2004, s. 60).

Standard kvality číslo 6 se soustředí na ochranu osobních údajů klienta. Upravuje vedení, ukládání a zabezpečení dokumentace, aby se minimalizovalo riziko zneužití citlivých informací. (Musil 2004, s. 60).

Standard kvality číslo 7 obsahuje vnitřní pravidla zařízení pro podávání a vyřizování stížností na kvalitu nebo způsob poskytování sociální služby ze strany klientů, jejich zákonných zástupců i pracovníků. (Musil 2004, s. 60).

Standard kvality číslo 8 se zabývá návazností poskytování sociální služby na další zdroje. Péči, kterou poskytovatel nemůže klientovi zajistit z vlastních zdrojů, zprostředkuje u jiného subjektu, například zdravotnického nebo vzdělávacího zařízení, orgánů státní správy, kulturních zařízení a dopravních společností (Musil 2004, s. 61).

Standardy kvality číslo 9 a 10 se věnují personálnímu a organizačnímu zajištění sociální služby a profesnímu rozvoji zaměstnanců (Musil 2004, s. 61).

Standardy kvality číslo 11 a 12 popisují realizaci sociální služby – druh sociální služby, místo a čas poskytování, cílovou skupinu klientů, specifické potřeby klientů a podobně (Tamtéž, 61).

Standardy kvality číslo 13 a 14 jsou zaměřeny na provozní zabezpečení sociální služby – materiální, technické a hygienické podmínky nutné pro poskytování sociální služby, řešení nouzových situací a podobně (Musil 2004, s. 62).

Standard kvality číslo 15 obsahuje vnitřní pravidla zaměřená na zvyšování kvality sociální služby. Zaměřuje se nejen na pravidelné zjišťování spokojenosti klientů, ale i na využívání podnětů pro další zkvalitňování poskytovaných sociálních služeb. (Musil 2004, s. 62).

Obsah standardů kvality sociálních služeb je součástí Vyhlášky č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů).

Oblast sociálních služeb je citlivý a nákladný systém a její význam v současné společnosti stále roste. Pro efektivní a účinnou intervenci sociálních služeb ve prospěch klienta je nezbytná místní, časová i finanční dostupnost služby pro uživatele a dostatečná kvalita poskytované služby. Současně je však třeba zajistit, aby nedocházelo k mrhání vynaloženými finančními prostředky. Majoritními zdroji příjmů sociálních služeb jsou stát a územně správní celky. Prostřednictvím komunitního plánování, financování sociálních služeb a kontrolou jejich kvality dohlíží na poskytování a další rozvoj sociálních služeb. V optimálním případě by se proces řízení sociálních služeb neměl soustředit na jediný nástroj, ale využít kombinaci více nástrojů, která sníží riziko zúžení pohledu pouze na potřeby zájemců o sociální služby nebo naopak na aktuální možnosti společnosti.

4 PLÁNY ROZVOJE SOCIÁLNÍCH SLUŽEB V KRAJÍCH

V následující kapitole věnujeme pozornost souhrnným informacím střednědobým plánům rozvoje sociálních služeb v jednotlivých krajích České republiky.

Střednědobé plány rozvoje sociálních služeb na krajské úrovni vycházejí z požadavků celostátní sociální politiky v oblasti sociálních služeb a ze schválených komunitních plánů měst a obcí na územích krajů. Jsou realizovány na nižších úrovních řízení sociálních služeb – v akčních plánech a komunitních plánech měst a obcí.

Střednědobé plány rozvoje sociálních služeb představují základní strategii jednotlivých krajů v oblasti řízení a usměrňování sociálních služeb. Plány plní několik funkcí – jsou důležitým nástrojem řízení sítě dostupných sociálních služeb ve vymezeném čase na určitém území, včetně procesu rozdělování dotací na činnost sociálních služeb. Střednědobé plány rozvoje sociálních služeb jsou povinnou součástí žádostí o přidělení dotace určené na zabezpečení sociálních služeb z veřejných zdrojů spravovaných Ministerstvem práce a sociálních věcí ČR (Krajský úřad Pardubického kraje 2011, s. 6).

Střednědobé plány jsou v jednotlivých krajích rovněž provázány s dalšími důležitými dokumenty, zaměřenými na rozvoj konkrétních oblastí sociálních služeb, určených specifickým cílovým skupinám. Podmínkou fungování je přesah programů mimo oblast sociálních služeb. Jde například o strategie protidrogové politiky, programy prevence kriminality či koncepce vyrovnávání příležitostí u osob se zdravotním postižením (Krajský úřad Pardubického kraje 2011, s. 8).

4.1 Shrnutí

Ačkoliv srovnání střednědobých plánů rozvoje sociálních služeb v jednotlivých krajích České republiky bylo provedeno pro potřeby bakalářské práce pouze v omezeném rozsahu, přineslo zajímavé informace.

Všechny kraje mají vypracovaný střednědobý plán rozvoje sociálních služeb. V elektronické formě jsou plány k dispozici buď na oficiálních webových stránkách jednotlivých krajů nebo na specializovaných, například Sociální portál Kraje Vysočina nebo Webový portál komunitního plánování sociálních služeb v Jihomoravském kraji. Z dostupných 14 střednědobých plánů je celkem 13 aktuálních. Pouze v jediném kraji České republiky – Plzeňském kraji – je k dispozici pouze neaktuální Střednědobý plán rozvoje sociálních služeb, zpracovaný na období 2008-2010. Všechny kraje zpracovávají střednědobé plány v souladu se Zákonem č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, počínaje rokem 2008. Časová rozpětí jednotlivých střednědobých plánů se liší v čase i podle jednotlivých krajů.

Většina střednědobých plánů předkládá přehled podkladů, z nichž vychází. Obvykle jde o návaznost na předcházející střednědobé plány rozvoje sociálních služeb příslušného kraje a jiné zásadní dokumenty a legislativu na národní a krajské úrovni. Dalšími důležitými zdroji jsou socio-demografická charakteristika regionu a informace z registru poskytovatelů sociálních služeb, které úzce souvisejí s potřebami sociální péče na konkrétním vytýčeném území a možnostmi stávající sítě sociálních služeb. Tato data mohou naznačit či potvrdit, proč v některých lokalitách chybí určité druhy sociálních služeb, po nichž je mezi obyvateli větší poptávka, nebo jakým směrem by plánování služeb mělo v budoucnosti směřovat.

Ve všech plánech, kromě Plzeňského kraje, jsou definovány vize a strategie na krajské úrovni řízení v oblasti sociálních služeb, z nichž poté vycházejí akční plány na jednotlivé kalendářní roky sledovaného období a plánování sociálních služeb na komunální úrovni. Plzeňský kraj ve svém platném střednědobém plánu rozvoje

sociálních služeb pro období 2008-2010 uvádí pouze návrh strategií na krajské úrovni. Na rozdíl od ostatních krajů jsou však součástí střednědobého plánu cíle a přání konkrétních obcí na území kraje. Některé střednědobé plány obsahují nejen strategii na sledované období, ale také dlouhodobé vize (například v aktuálním Střednědobém plánu rozvoje sociálních služeb Libereckého kraje).

Strategie vycházejí z priorit jednotlivých krajů, jež se sice mírně liší, přesto lze najít základní body společné pro většinu krajů České republiky:

- dodržování nezcizitelných lidských práv uživatelů sociálních služeb (podpora probíhajícího procesu humanizace a deinstitucionalizace pobytových služeb)
- podpora neformální domácí péče
- vytvoření rovnoměrné a udržitelné sítě služeb na území kraje
- podpora rozšiřování terénních a ambulantních služeb
- zachování stávajících pobytových služeb
- podpora procesu transformace sociálních služeb
- zlepšení informovanosti odborné i laické veřejnosti o poskytovaných sociálních službách.

Většina střednědobých plánů, jimž byla věnována pozornost, obsahuje různě podrobné informace o síti sociálních služeb. Ve dvou z nich najdeme i seznam registrovaných poskytovatelů na území kraje (Středočeský kraj a Kraj Vysočina).

Převážná část krajů (11 z celkového počtu 14 krajů České republiky) se ve svých střednědobých plánech zabývá cílovými skupinami, s nimiž se na svém území setkává. Vzhledem k dlouhodobým demografickým změnám se všechny zmíněné střednědobé plány (kromě Moravskoslezského, Plzeňského a Ústeckého kraje) zabývají:

- seniory,
- dětmi, mládeží, rodinami s dětmi,
- osobami s různými druhy postižení a onemocnění,
- osobami ohroženými sociálním vyloučením,
- osobami ohroženými závislostmi a
- etnickými a národnostními menšinami.

Některé kraje dle svých podmínek pracují i s dalšími skupinami klientů, kteří mají specifické problémy:

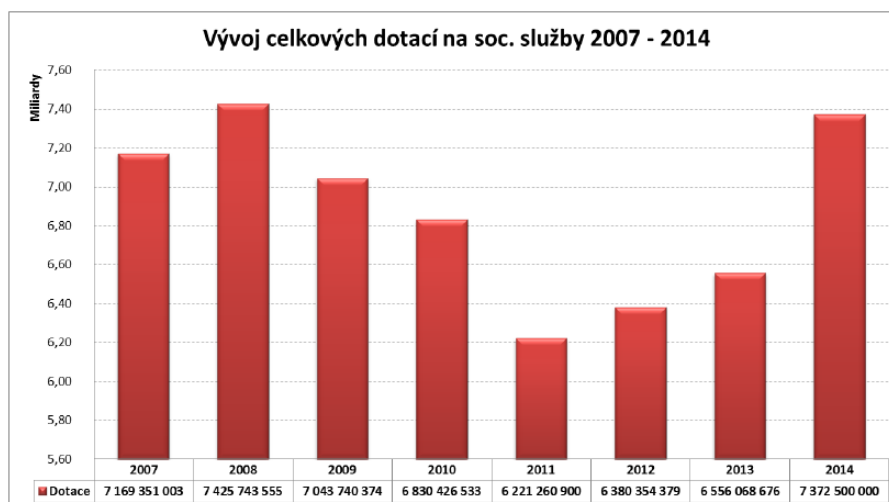
- osobami bez přístřeší,
- cizinci,
- dlouhodobě nezaměstnanými,
- mnohoproblémovými klienty,
- předluženými domácnostmi,
- nemocnými ve stádiu život ohrožujících onemocnění.

Struktura klientů sociálních služeb v dané lokalitě odráží demografické podmínky kraje. Například Karlovarský kraj, v němž nezanedbatelnou část obyvatelstva tvoří různé národnostní menšiny, identifikoval jako jeden z nejožehavějších problémů současnosti existenci vyloučených lokalit. V platném střednědobém plánu uvádí dokonce seznam vyloučených lokalit na svém území a opatření na zlepšení situace jejich obyvatel.

Všechny kraje České republiky vyjadřují podporu pečujícím osobám, které poskytují neformální domácí péči svým blízkým v přirozeném sociálním prostředí a plánují rozvoj profesionálních služeb, jež by mohly pečujícím osobám jejich záslužnou práci ulehčit, zejména odlehčovací pobytové služby, ambulantní a terénní sociální služby, odborné poradenství. Na krajské úrovni si získává podporu ve stále širším měřítku také hospicová (paliativní) péče. Některé kraje při rozšiřování základní sítě sociálních služeb na svém území počítají se zřizováním nebo zachováním hospiců v terénní i pobytové formě (například Kraj Vysočina).

V následujících přiložených tabulkách jsou uvedeny nejen konkrétní finanční údaje, ale také mnoho detailních informací a rozdílů v jednotlivých krajích.

Tabulka 1: Vývoj dotací v ČR



Zdroj: VLÁDA, *Systém financování sociálních služeb* [online]. 2014 [cit. 2015-12-03].

Tabulka 2: Základní socio-demografické údaje krajů ČR I

kraj	rozloha km ²	procento ČR	počet obyvatel	procento obyvatel ČR	městské obyvatelstvo	počet okresů	obce s rozšířenou působností
Jihočeský kraj	10 057	12,8	636 000	6,00%	64,2%	7	17
Jihomoravský kraj	7 195	9,0	1 172 000	11,00%		7	21
Karlovarský kraj	3 315	4,2	306 000	2,90%	81,0%	3	7
Královéhradecký kraj	4 758	6,0	554 000	5,30%	67,3%	5	15
Liberecký kraj	3 163	4,0	439 000	4,20%	77,7%	4	10
Moravskoslezský kraj	5 427	6,9	1 221 000	11,60%	60,0%	6	22
Olomoucký kraj	5 267	6,7	637 000	6,00%	67,0%	5	13
Pardubický kraj	4 519	5,7	517 000	4,90%	61,0%	4	15
Plzeňský kraj	7 561	9,5	554 000	5,20%	67,0%	7	15
Hlavní město Praha	496	0,6	1 249 026	11,80%	100,0%	22 správních obvodů	10 územních obvodů=57 městských částí
Středočeský kraj	11 015	14,0	1 302 000	10,20%	54,0%	12	26
Ústecký kraj	5 335	6,8	826 000	7,80%	79,0%	7	16
Kraj Vysočina	6 796	8,6	511 000	4,80%	58,0%	5	15
Zlínský kraj	3 964	5,0	591 000	5,60%	60,9%	4	13

Zdroj: autor práce, 2015 (vlastní šetření)

Tabulka 3: Základní socio-demografické údaje krajů ČR II

kraj	nezaměstnanost	populační vývoj	hospodářství	poznámka
Jihočeský	nižší míra	snižování porodnosti, stárnutí obyvatelstva	zaměření na lázeňství a navazující služby	přeshraniční spolupráce v hospodářské oblasti i ve veřejných službách
Jihomoravský	6,8%	stárnutí obyvatelstva	strojírenský a potravinářský průmysl	třetina obyvatelstva žije v krajském městě Brně
Karlovarský kraj	7,6%	stárnutí obyvatelstva	lázeňství, cestovní ruch, průmysl (výr. porcelánu)	pestré národnostní složení obyvatelstva podíl cizinců 4,6 %
Královéhradecký kraj	5,9%	pozvolný nárůst počtu obyvatel ,přesto stárnutí obyvatelstva	průmyslově zemědělská oblast-textilní výrobu, strojírenský a potravinářský průmysl	členitost území zhoršuje dostupnost a náklady na poskytování sociálních služeb
Liberecký kraj	7,7%	snižování porodnosti, stárnutí obyvatelstva	zaměření na průmysl a cestovní ruch	nejvyšší koncentrace obyvatel – okresy Liberec a Jablonec nad Nisou
Moravskoslezský kraj	7,7%	stárnutí obyvatelstva	Převládající je důlní, energetický a hutnický průmysl -rozvinutou průmyslovou výrobou	třetí nejidnatější kraj
Olomoucký kraj	9,8%	stárnutí obyvatelstva	kraj je atypický-Nejvíce obyvatel pracuje v průmyslu	třetí největší kraj České republiky
Pardubický kraj	4,5%	stárnutí obyvatelstva	Nejvíce obyvatel pracuje v průmyslu, zaměstnanost v zemědělství neustále snižuje	
Plzeňský kraj	9,8%	stárnutí obyvatelstva	průmyslová i zemědělská výroba	v příhraničí převažuje život ve venkovském prostředí- nejvyšší koncentrace obyvatel – Plzeňsko
Hlavní město Praha	4,06%	mírně se zvýšilo zastoupení dětí v populaci- Index stáří v Praze trvale vysoko překračuje celorepublikový průměr (107,0)	je hospodářským centrem státu-zde sídlí většina finančních institucí a zahraničních firem	zvláštní postavení hlavního města České republiky-rozdílné demografické a sociální podmínky jednotlivých městských částí
Středočeský kraj	5,2%	stárnutí obyvatelstva	nadprůměrně zastoupená průmyslová výroba a zemědělství	největší a nejidnatější kraj České republiky
Ústecký kraj	12,9%	nárůst počtu obyvatel	nevyrovnané ekonomické podmínky- průmysl - energetika, těžba uhlí, strojírenství, sklářství, chemický průmysl	úroveň vzdělanosti dlouhodobě zaostává za ostatními kraj
Kraj Vysočina	5,5%	úbytek obyvatelstva, stárnutí obyvatelstva	převládá dřevozpracující průmysl, zemědělství- bramborářská oblast	vyšší nadmořská výška, členitost území, řídké osídlení oblasti
Zlínský kraj	11,1%	stárnutí obyvatelstva	gumárenský a zpracovatelský průmysl	ekonomicky patří kraj k těm zaostalejším

Zdroj: autor práce, 2015 (vlastní šetření)

Tabulka 4: Služby sociální péče v ČR

	služby sociální péče	osobní asistence	pečovatelská služba	tísňová péče	průvodcovské a předčítatelské služby	podpora samostatného bydlení	počet středisek				domovy pro osoby se zdravotním postižením	domovy pro seniory	domovy se zvláštním režimem	chráněné bydlení
							centra denních služeb	denní stacionáře	tydenní stacionáře	domovy pro zdravotní postižené				
Jihočeský kraj	27	17	55	1	2	2	18	3	13	5	9	39	17	11
Jihomoravský kraj	59	23	63	2	2	1	27	18	29	8	19	48	37	20
Karlovarský kraj	17	7	20	2	1	2	2	1	5	1	8	17	8	5
Královéhradecký kraj	32	14	50	2	1	2	14	8	14	1	12	36	11	9
Liberecký kraj	28	13	47	1	0,03	3	14	7	9	4	13	19	13	6
Moravskoslezský kraj	74	27	70	1	1	13	35	12	36	4	30	69	39	36
Olomoucký kraj	30	13	35	0	0	3	10	7	16	3	11	35	16	13
Pardubický kraj	21	10	56	0	1	4	10	3	11	2	13	24	13	7
Píseňský kraj	32	10	48	2	2	1	10	3	13	1	11	24	11	7
Hlavní město Praha	83	27	43	3	3	3	39	6	33	3	8	25	13	16
Středočeský kraj	76	34	99	2	1	12	60	4	44	14	25	73	43	33
Ústecký kraj	73	16	61	0	1	10	24	4	20	5	35	42	34	22
Kraj Vysočina	30	10	60	1	2	0	21	7	21	3	10	25	17	12
Zlínský kraj	24	17	39	0	0	3	18	7	22	7	19	37	20	9

Zdroj: autor práce, 2015 (vlastní šetření)

Tabulka 5: Služby sociální prevence v ČR

kraj	počet středisek													
	raná péče	telefonická krizová pomoc	azylové domy	domy na půl cesty	kontaktní centra	krizová pomoc	nizkoprahová zařízení pro děti a mládež	noclehárny	služby následné péče	sociálně aktivizační služby pro rod.s dětmi	soc.aktiv. služby pro seniory a osoby s postižením	sociálně terapeutické dílny	terénní programy	sociální rehabilitace
Jihočeský kraj	5,0	2,0	14,0	2,0	5,0	7,0	20,0	5,0	3,0	11,0	13,0	17,0	16,0	20,0
Jihomoravský kraj	6,0	3,0	24,0	3,0	7,0	4,0	18,0	7,0	4,0	21,0	32,0	8,0	14,0	25,0
Karlovarský kraj	1,0	2,0	5,0	2,0	3,0	2,0	7,0	2,0	0,0	8,0	17,0	4,0	8,0	5,0
Královéhradecký kraj	3,0	0,0	6,0	1,0	2,0	1,0	13,0	2,0	1,0	13,0	3,0	3,0	3,0	22,0
Liberecký kraj	1,0	1,0	7,0	2,0	0,0	0,0	11,0	2,0	1,0	6,0	12,0	6,0	10,0	8,0
Moravskoslezský kraj	7,0	3,0	34,0	5,0	7,0	4,0	40,0	15,0	11,0	38,0	16,0	18,0	34,0	31,0
Olomoucký kraj	3,0	2,0	20,0	1,0	5,0	2,0	14,0	8,0	2,0	21,0	20,0	5,0	15,0	14,0
Parubický kraj	2,0	1,0	9,0	4,0	1,0	4,0	10,0	3,0	3,0	16,0	8,0	9,0	12,0	18,0
Píseňský kraj	3,0	1,0	10,0	1,0	3,0	3,0	7,0	10,0	2,0	19,0	10,0	6,0	13,0	12,0
Hlavní město Praha	6,0	14,0	25,0	5,0	5,0	10,0	20,0	5,0	8,0	24,0	24,0	11,0	21,0	48,0
Středočeský kraj	4,0	5,0	15,0	4,0	5,0	5,0	21,0	5,0	2,0	30,0	33,0	19,0	24,0	37,0
Ústecký kraj	1,0	2,0	28,0	2,0	9,0	3,0	40,0	9,0	3,0	39,0	19,0	20,0	42,0	22,0
Kraj Vysočina	4,0	1,0	7,0	1,0	3,0	0,0	14,0	0,0	3,0	8,0	4,0	11,0	6,0	17,0
Zlínský kraj	4,0	1,0	13,0	2,0	4,0	0,0	13,0	5,0	2,0	16,0	7,0	8,0	11,0	1,0

Zdroj: autor práce, 2015 (vlastní šetření)

ZÁVĚR

Bakalářská práce se zabývala fungováním systému sociálních služeb v České republice a jeho vedením. Jejím cílem bylo přiblížit stávající stav sociálních služeb a strategie v rozvoji sociální oblasti. Vzhledem k rozsahu práce a obsáhlosti tématu byla největší pozornost soustředěna na regionální úroveň řízení sociálních služeb v jednotlivých krajích České republiky. Je zcela jasné, že porovnání strategických dokumentů krajů, nemůže přinést odpovědi na všechny otázky k danému tématu. Aktuálnost existence a rozvoje sociálních služeb by si jistě zasloužila práci v širším rozsahu, zahrnující také řízení a plánování na komunální úrovni. Cíle, jež byly stanoveny na začátku práce, byly splněny a předložily stručnou a přehlednou orientaci v systému fungování sociálních služeb.

V první části se bakalářská práce zaměřila na přiblížení sociální péče, specifické lidské činnosti, jejíž vývoj doprovází vývoj celé lidské společnosti. Představila rovněž oblast sociálních služeb a platnou legislativu, upravující jejich poskytování v České republice. Tato teoretická část, vzniknuvší na základě studia odborné literatury a dalších aktuálních zdrojů informací, vytvořila základnu pro zpracování druhé části bakalářské práce.

Praktická část pracovala s informacemi zjištěnými v platných střednědobých plánech rozvoje sociálních služeb všech 14 krajů České republiky, dostupných z oficiálních internetových portálů.

Studium těchto důležitých dokumentů poskytlo představu o tom, jak funguje víceúrovňové řízení v oblasti sociálních služeb, tj. jakým způsobem vyšší územně správní celky navazují na principy a vize Evropské unie a České republiky, dále je realizují na krajské úrovni a ve spolupráci s obcemi na svém území také na místní, komunální úrovni. Cílem této části nebylo hodnotit úroveň a rozsah jednotlivých střednědobých plánů, neboť každý kraj má určité odlišnosti, které se mohou promítnout nejen do nabídky sociálních služeb, ale i v poptávce ze strany současných či potencionálních uživatelů. Zjištěné informace by však mohly sloužit jako podnět pro další zkvalitňování sítí sociálních služeb v České republice.

SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

Seznam použitých českých zdrojů - knihy

FRANKL, V. E. *Co v mých knihách není*. Brno: Cesta, 2013. ISBN 978-80-7295-166-6.

HARTL, P., HARTLOVÁ, H. *Psychologický slovník*. 1. vyd. Praha: Portál, 2000. ISBN 978-80-247-2959-6.

KOPŘIVA, K. *Lidský vztah jako součást profese*. 2. vyd. rozšíř. a přeprac. Praha: Portál, 1997. ISBN 80-7178-150-9.

KREBS, V. a kol. *Sociální politika*. 4. přeprac. a aktualiz. vyd. Praha: ASPI, 2007. ISBN 978-80-7357-276-1.

MALÍKOVÁ, E. *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2011. ISBN 978-80-247-3148-3.

MATOUŠEK, O. a kol. *Základy sociální práce*. 2. vyd. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-331-4.

MATOUŠEK, O. a kol. *Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. 2. vyd. Praha: Portál, 2010. ISBN 978-80-7367-818-0.

NAKONEČNÝ, M. *Encyklopedie obecné psychologie*. 2. rozšíř. vyd. Praha: Academia, 1997. ISBN 80-200-0625-7.

POTÚČEK, M. *Sociální politika*. 1. vyd. Praha: Sociologické nakladatelství, 1995. ISBN 80-85850-01-X.

PROCHÁZKA, M. *Sociální pedagogika*. 1. vyd. Praha: Grada, 2012. ISBN 978-80-247-3470-5.

SOVÁK, M. *Nárys speciální pedagogiky*. 6. vyd. Praha: Státní pedagogické nakladatelství, 1986. ISBN 14-072-86.

SVATOŠOVÁ, M. *Hospice a umění doprovázet*. 6. dopl. vyd. Praha: Asociace poskytovatelů hospicové paliativní péče, 2008. ISBN 978-80-7195-307-4.

TITZL, B. *Postižený člověk ve společnosti*. 1. vyd. Praha: Univerzita Karlova v Praze – Pedagogická fakulta, 2000. ISBN 80-86039-90-0.

VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 3. rozšíř. a přeprac. vyd. Praha: Portál, 2004. ISBN 80-7178-802-3.

Seznam použitých českých zdrojů – odborné časopisy

BAJER, P. Účinnou pomoc poskytují interdisciplinární týmy. *Sociální práce/sociálna práca*, 2006, roč. 6, č. 2, s. 24-25. ISSN 1213-6204.

BAJER, P. Cílem terénních programů je stabilizovat zdravotní a sociální stav uživatelů. *Sociální práce/sociálna práca*, 2007, roč. 17, č. 3, s. 13-15. ISSN 1213-6204.

BALÁŽ, R. Sociální pracovník ve vězeňství nesmí ztratit víru v člověka. *Sociální práce/sociálna práca*, 2012, roč. 12, č. 2, s. 18-21. ISSN 1213-6204.

BALÁŽ, R. Cílem současné sociální reformy je omezit výdaje v oblasti sociální politiky. *Sociální práce/sociálna práca*, 2012, roč. 12, č. 3, s. 19-24. ISSN 1213-6204

BALÁŽ, R. Současný stav neohrožuje ani tak rodiny jako samotnou existenci společnosti. *Sociální práce/sociálna práca*, 2013, roč. 13, č. 3, s. 5-7. ISSN 1213-6204.

EXNER, J. Komunitní plánování po třech letech platnosti zákona o sociálních službách. *Sociální práce/sociálna práca*, 2009, roč. 9, č. 1, s. 55-58. ISSN 1213-6204.

HORECKÝ, J. Otázky dlouhodobé domácí péče v zemích EU. *Sociální služby*, 2014, roč. 16, č. 1, s. 30. ISSN 1803-7348.

KOPŘIVOVÁ, J. I pozůstalí potřebují pomoc a podporu. *Sociální práce/sociální práca*, 2010, roč. 10, č. 2, s. 49-52. ISSN 1213-6204.

LINDOVSKÁ, E. Práce se sítěmi služeb u lidí bez domova. *Sociální práce/sociální práca*, 2012, roč. 12, č. 1, s. 102-111. ISSN 1213-6204.

LINET, Soukromé domovy pro seniory. *Komfort*, 2015, roč. 12, č. 01, s. 4.

MAREŠ, P. Romové: sociální exkluze a inkluze. *Sociální práce/sociální práca*, 2003, roč. 3, č. 4, s. 65-75. ISSN 1213-6204.

MUSIL, L. Standardy kvality a sociální práce v sociálních službách. *Sociální práce/sociální práca*, 2004, roč. 4, č. 1, s. 53-74. ISSN 1213-624.

TAJANOVSKÁ, A. Rodiny pečující o osobu blízkou potřebují konkrétní pomoc. *Sociální služby*, 2015, roč. 17, č. 3, s. 27. ISSN 1803-7348.

TROUSIL, M. Úloha a úskalí sociální práce s imigranty. *Sociální práce/sociální práca*, 2007, roč. 7, č. 2, s. 103-114. ISSN 1213-6204.

VASKOVÁ, V. Plánování sociálních služeb ve světle připravované novely zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. *Sociální práce/sociální práca*, 2009, roč. 9, č. 1, s. 53-54. ISSN 1213-6204.

ŽÁKOVÁ, M. Práce se zadluženými klienty služeb určených osobám bez domova. *Sociální služby*, 2015, roč. 17, č. 2, s. 24-28. ISSN 1803-7348.

Seznam použitých internetových zdrojů

EVROPSKÁ UNIE. *Politiky evropské unie: Zaměstnanost a sociální věci* [online]. 2014 [cit. 2015-08-03]. Dostupné z:

http://europa.eu/pol/pdf/flipbook/cs/employment_cs.pdf

HORECKÝ, J. Návrhy na změnu výplaty a použití příspěvku na péči. In: *Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR* [online]. 2012 [cit. 2015-08-03]. Dostupné z:

http://www.apsscr.cz/files/files/Prispevek_na_peci_JH_finalup.pdf

KRAJSKÝ ÚŘAD JIHOČESKÉHO KRAJE. *Střednědobý plán rozvoje sociálních služeb Jihočeského kraje 2014-2016* [online]. 2013 [cit. 2015-08-03]. Dostupné z:

[http://www.kraj-jihocesky.cz/file.php?par\[id_r\]=91221&par\[view\]=0](http://www.kraj-jihocesky.cz/file.php?par[id_r]=91221&par[view]=0)

KRAJSKÝ ÚŘAD KARLOVARSKÉHO KRAJE. *Střednědobý plán rozvoje sociálních služeb v Karlovarském kraji na období 2009-2013* [online]. 2008 [cit. 2015-08-03]. Dostupné z:

http://www.ipkktransformace.cz/Social_sluzby/Documents/SPRSS_09_13.doc

KRAJSKÝ ÚŘAD KARLOVARSKÉHO KRAJE, *Střednědobý plán rozvoje sociálních služeb v Karlovarském kraji na období 2014-2017* [online]. 2013 [cit. 2015-08-03]. Dostupné z:

http://www.kr-karlovarsky.cz/krajsky-urad/cinnosti/Documents/navrh_SPRSS_final.doc

KRAJSKÝ ÚŘAD KRÁLOVÉHRADECKÉHO KRAJE, *Plán rozvoje sociálních služeb Královéhradeckého kraje 2011-2016* [online]. 2010 [cit. 2015-08-03]. Dostupné z:

<http://socialnisluzby.kr-kralovehradecky.cz/assets/krajsky-urad/socialni-oblast/rozvoj-soc-sluzeb/plan-rozvoje-soc-sluzeb/PlanSocialnichSluzebKralovehradecky2011-16.pdf>

KRAJSKÝ ÚŘAD LIBERECKÉHO KRAJE. *Střednědobý plán rozvoje sociálních služeb Liberecký kraj 2014-2017* [online]. 2015 [cit. 2015-08-05]. Dostupné z:

<http://odbor-socialni.kraj-lbc.cz/getFile/id:314491/lastUpdateDate:null>

KRAJSKÝ ÚŘAD MORAVSKOSLEZSKÉHO KRAJE, 2015. *Střednědobý plán rozvoje sociálních služeb v Olomouckém kraji na léta 2015-2020* [online]. 2015 [cit. 2015-08-03]. Dostupné z:

http://verejna-sprava.kr-moravskoslezsky.cz/assets/plan_rozvoje_ss_2015-2020.pdf

KRAJSKÝ ÚŘAD OLOMOUCKÉHO KRAJE. *Střednědobý plán rozvoje sociálních služeb v Olomouckém kraji pro roky 2015-2017* [online]. 2015 [cit. 2015-08-03]. Dostupné z:

<https://www.kr-olomoucky.cz/strednedoby-plan-rozvoje-socialnich-sluzeb-v-olomouckem-kraji-pro-roky-2015-2017-cl-2737.html>

KRAJSKÝ ÚŘAD PARDUBICKÉHO KRAJE. *Střednědobý plán rozvoje sociálních služeb Pardubického kraje na období 2012-2015* [online]. 2011 [cit. 2015-08-03]. Dostupné z:

http://www.sluzby-pardubickykraj.cz/wp-content/uploads/Strednedoby_plan_tiskova_verze.pdf

KRAJSKÝ ÚŘAD PLZEŇSKÉHO KRAJE. *Střednědobý plán rozvoje sociálních služeb v Plzeňském kraji na období 2008-2010* [online]. 2007 [cit. 2015-05-01]. Dostupné z:

<http://www.plzensky-kraj.cz/cs/system/files/1005011070904124703.pdf>

KRAJSKÝ ÚŘAD STŘEDOČESKÉHO KRAJE. *Střednědobý plán rozvoje sociálních služeb ve Středočeském kraji na období 2015-2017* [online]. 2015 [cit. 2015-08-03]. Dostupné z:

<https://www.kr-stredocesky.cz/documents/20688/1777449/Obecn%C3%A1%20%C4%8D%C3%A1st+2016.pdf/104ad42f-0f96-4a83-af4c-2a9ccac6b6fb>

KRAJSKÝ ÚŘAD STŘEDOČESKÉHO KRAJE. *Příloha č. 1 – Akční plán na rok 2015* [online]. 2015 [cit. 2015-08-03]. Dostupné z:

<https://www.kr-stredocesky.cz/documents/20688/1777449/Ak%C4%8Dn%C3%AD%20pl%C3%A1n.pdf/21948f3a-9a08-4cbd-8e28-476b9d62af17>

KRAJSKÝ ÚŘAD ÚSTECKÉHO KRAJE. *Střednědobý plán rozvoje sociálních služeb v Ústeckém kraji na období 2014-2017* [online]. 2014 [cit. 2015-08-03]. Dostupné z:

<http://www.krcentrum.cz/files/ST-EDN-DOB--PL-N-ROZVOJE-SOC.SLU-EB--K---2014-7.pdf>

KRAJSKÝ ÚŘAD ZLÍNSKÉHO KRAJE. *Střednědobý plán rozvoje sociálních služeb ve Zlínském kraji pro období 2012-2014* [online]. 2015 [cit. 2015-08-03]. Dostupné z:

<http://www.kr-zlinsky.cz/docs/clanky/dokumenty/2817/sprss-2012-14-schvaleny-verze-tisk-print.pdf>

MPSV, *Dlouhodobá vize MPSV pro oblast sociálního začleňování*. [online]. 2012 [cit. 2015-0803]. Dostupné z:

http://www.mpsv.cz/files/clanky/13031/vize_SZ.pdf

MPSV. *Základní ukazatele z oblasti práce a sociálního zabezpečení ve vývojových řadách a grafech 2012* [online]. 2013 [cit. 2015-0803]. Dostupné z:

http://www.mpsv.cz/files/clanky/16801/final_press_zakladni_ukazatele_CZ.pdf

MPSV. *Registr poskytovatelů sociálních služeb*. [online]. [cit. 2015-08-03]. Dostupné z:

http://iregistr.mpsv.cz/socreg/vitejte.fw.do?SUBSESSION_ID=1426575142650_2

PAVENTIA. *Teorie o hierarchie potřeb* [online]. 2015 [cit. 2015-08-03]. Dostupné z: <http://www.paventia.cz/sluzby/dobrovolnictvi-/bio-psycho-socialni-potreby-ditete/teorie-o-hierarchie-potreb/>

PORTÁL HLAVNÍHO MĚSTA PRAHY. *Příloha 1 ke Střednědobému plánu rozvoje sociálních služeb na území hlavního města Prahy na období 2013-2015* [online]. 2013 [cit. 2015-08-03]. Dostupné z: http://socialni.praha.eu/public/b3/ec/8e/1409249_326617_SPRSS.pdf

PORTÁL HLAVNÍHO MĚSTA PRAHY. *Příloha 2 ke Střednědobému plánu rozvoje sociálních služeb na území hlavního města Prahy na období 2013-2015* [online]. 2013 [cit. 2015-08-03]. Dostupné z: http://socialni.praha.eu/public/c/83/24/1409251_326618_Priloha_k_e_SPRSS.pdf

SOCIÁLNÍ PORTÁL KRAJE VYSOČINA. *Střednědobý plán rozvoje sociálních služeb Kraje Vysočina, Aktualizace pro rok 2015* [online]. 2015 [vid. 6. 5. 2015]. Dostupné z: http://www.kr-vysocina.cz/VismoOnline_ActionScripts/File.ashx?id_org=450008&id_dokumenty=4061124

SVOBODOVÁ, K. Analýza: Demografické stárnutí ČR podle výsledků projekce. *Demografie* [online]. 2012 [cit. 2015-08-03]. ISSN 1801-2914. Dostupné z: http://www.demografie.info/?cz_detail_clanku&artclID=824

VLÁDA. *Systém financování sociálních služeb* [online]. 2014 [cit. 2015-12-03]. Dostupné z: http://www.vlada.cz/assets/ppov/rnno/aktuality/1_pospisil_marsikova_prezentace_1_pro_web.pdf

Vyhláška č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách. In: *Sbírka zákonů České republiky* [online]. 2006 [cit. 2015-08-05]. Dostupné z: <http://www.uplnezni.cz/vyhlaska/505-2006-sb-kterou-se-provadeji-nektera-ustanoveni-zakona-o-socialnich-sluzbach/>

WEBOVÝ PORTÁL KOMUNITNÍHO PLÁNOVÁNÍ SOCIÁLNÍCH SLUŽEB V JIHOMORAVSKÉM KRAJI. *Střednědobý plán rozvoje sociálních služeb v Jihomoravském kraji na období 2015-2017* [online]. 2014 [cit. 2015-08-03]. Dostupné z:

<http://www.socialnisluzby-jmk.cz/Uploads/3478-7-Strednedoby+plan+JMK+2015+-+2017pdf.aspx>

Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. In: *Sbírka zákonů České republiky* [online]. 2006 [cit. 2015-08-05]. Dostupné z:

<http://zakony-online.cz/?s174&q174=all>

SEZNAM ZKRATEK

ČR – Česká republika

EU - Evropská unie

MPSV - Ministerstvo práce a sociálních věcí

OSPOD - Orgán sociálně-právní ochrany dětí

ÚZIS - Ústav zdravotnických informací a statistiky

SEZNAM OBRÁZKŮ A TABULEK

Seznam obrázků

Obrázek 1: Maslowova pyramida potřeb.....	11
---	----

Seznam tabulek

Tabulka 1: Vývoj dotací v ČR.....	54
Tabulka 2: Základní socio-demografické údaje krajů ČR I.....	54
Tabulka 3: Základní socio-demografické údaje krajů ČR II.....	55
Tabulka 4: Služby sociální péče v ČR.....	56
Tabulka 5: Služby sociální prevence v ČR.....	57

BIBLIOGRAFICKÉ ÚDAJE

Jméno autora: Luděk Štěpánek

Obor: Manažerská studia – Řízení lidských zdrojů

Forma studia: kombinované studium

Název práce: Sociální služby v ČR a jejich vedení

Rok: 2016

Počet stran textu: 50

Celkový počet stran příloh: 0

Počet titulů českých použitých zdrojů: 30

Počet titulů zahraničních použitých zdrojů: 0

Počet internetových zdrojů: 27

Vedoucí práce: Mgr. Jan Jaroš