

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích

Zdravotně sociální fakulta

**Změna struktury klientů v domově pro seniory po implementaci
zákona o sociálních službách**

Diplomová práce

Autor práce: Bc. Andrea Papanová

Vedoucí práce: Doc. Ing. Lucie Kozlová, Ph. D.

2010

Change of client structure in a rest home after implementation of the Social Service Act

The thesis examines and compares the structure of clients entering residential homes, namely rest homes after the effect of the Social Service Act, which has been valid since January 2007 to the structure of clients of rest homes before the effect thereof. The aim is to examine the health condition of the clients of Máj Rest Home in České Budějovice before and after implementation of the Social Service Act, to compare the influence of client structure on social service funding and to evaluate the effect of the Social Service Act on the structure of the clients entering Máj Rest Home in this relation.

The work is conceived as a quantitative research. The technique of secondary data analysis was chosen for data collection. The research sample consisted of Máj Rest Home clients. The aim was to select such a sample that might illustrate the changes of client structure in Máj Rest Home affected by the Social Security Act, using analysis of primary documents.

The research results definitely confirmed that the structure is mostly formed by persons with mobility disorders or totally immobile, in some cases incommunicable, not oriented in time, location and sometimes even in people. The thesis also demonstrates the relation between the client structure and funding of social services. Some social service providers have serious and real fear of drastic reduction of capacities. Autonomous budgets are not able to compensate the government subsidy deficit to the full extent. This is why the providers find themselves in a situation when they have no real reserves. This may then lead to a decrease of availability and quality of social services and an increase of the number of unsatisfied applicants – seniors who really need the care. The fact is that their number is going to increase even independently on these problems in the future.

I am convinced that future monitoring of the changes of the structure of residential social service clients might be suitable and purposeful from all the points of view herein mentioned. The thesis may be used by Máj Rest Home staff for estimation of the future trends in client structure and thus provision the material, technical and personnel basis for the services provided.

Prohlášení:

Prohlašuji, že svoji diplomovou práci jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své diplomové práce, a to v nezkrácené podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách.

V Českých Budějovicích

Podpis studenta

Poděkování:

Na tomto místě bych chtěla poděkovat Doc. Ing. Lucii Kozlové, Ph.D. za odborné vedení a cenné připomínky, všem kolegům, kteří mi poskytli podklady pro zpracování výzkumu, a všem svým blízkým, kteří mě při psaní práce podporovali.

Obsah:

Úvod	8
1. Současný stav	8
1.1 Stáří	9
1.1.1 Kalendářní stáří	9
1.1.2 Psychosociální stáří	10
1.1.3 Biologické stáří	11
1.1.4 Změny ve stáří a jejich odraz v chování seniora v ústavní péči	11
1.1.5 Význam etapy stáří – chápání vlastní role	12
1.2 Sociální služby pro seniory	13
1.2.1 Přirozené prostředí jako významný aspekt poskytování sociálních služeb seniorům	14
1.2.2 Domovy pro seniory	14
1.2.2.1 Registr poskytovatelů sociálních služeb	15
1.2.2.2 Standardy kvality sociálních služeb	16
1.2.2.3 Inspekce poskytování sociálních služeb	17
1.3 Fungování sociálních služeb	18
1.3.1 Služby sociální péče poskytované do konce roku 2006	18
1.3.1.1 Rozsah poskytované péče v ústavech sociální péče	20
1.3.1.2 Přijetí do ústavu sociální péče	20
1.3.1.3 Pořadník čekatelů	21
1.3.2 Sociální služby poskytované od roku 2007	21
1.3.2.1 Základní druhy sociálních služeb	21
1.3.2.2 Formy poskytování sociálních služeb	22
1.3.2.3 Evidence uchazečů – pořadník	23
1.3.2.4 Vyhledávání a žádání o sociální službu	23
1.3.2.5 Smlouva o poskytování sociální služby a její význam	24
1.3.2.6 Registrace poskytovatele sociální služby	25
1.4 Příspěvky určené na úhradu sociální péče	26
1.4.1 Příspěvky do roku 2006	26
1.4.1.1 Zvýšení důchodu pro bezmocnost	26
1.4.1.2 Příspěvek na péči o blízkou nebo jinou osobu	27

1.4.2 Příspěvek na péči	27
1.4.2.1 Podmínky nároku na přiznání příspěvku na péči	28
1.4.2.2 Pravidla posuzování přiznání příspěvku na péči	29
1.4.2.3 Vznik nároku na příspěvek a jeho výplatu	29
1.4.2.4 Výše příspěvku na péči	29
1.5 Financování sociálních služeb	30
1.5.1 Financování sociálních služeb v České republice do konce roku 2006	30
1.5.2 Financování sociálních služeb v České republice do konce roku 2007	30
1.5.2.1 Dotace ze státního rozpočtu	31
1.5.2.2 Dotace z rozpočtu obce a kraje	32
1.5.2.3 Příspěvek na péči	32
1.5.2.4 Úhrada ošetrovatelské péče od zdravotních pojišťoven ...	33
1.6 Fungování sociálních služeb v jiných zemích Evropy	33
1.6.1 Sociální služby v Belgii	33
1.6.2 Sociální služby v Dánsku	34
1.6.3 Sociální služby v Rakousku	34
1.6.4 Sociální služby ve Francii	35
1.6.5 Sociální služby v Irsku	35
1.6.6 Sociální služby v Itálii, Španělsku, Řecku a Portugalsku	36
1.6.7 Sociální služby ve Švýcarsku	36
1.6.8 Sociální služby v Německu	37
1.6.9 Sociální služby ve Švédsku	38
2. Cíle práce	39
3. Metodika	40
3.1 Metodický postup	40
3.2 Charakteristika výzkumného souboru	42
4. Výsledky	44
4.1. Struktura uživatelů služby do konce roku 2006	44
4.1.1 Věková struktura	44
4.1.2 Průměrný věk	47
4.1.3 Složení uživatelů podle pohlaví	48

4.1.4 Příjemci zvýšeného důchodu pro bezmocnost	51
4.1.5 Složení uživatelů podle schopnosti sebeobsluhy	54
4.2 Financování sociálních služeb v domově pro seniory do roku 2006	56
4.3 Struktura uživatelů služby po roce 2007	62
4.3.1 Věková struktura	62
4.3.2 Průměrný věk	65
4.3.3 Složení uživatelů podle pohlaví	66
4.3.4 Příjemci příspěvku na péči	69
4.3.5 Složení uživatelů podle schopnosti sebeobsluhy	72
4.4 Financování sociálních služeb v domově pro seniory po roce 2007	74
4.5 Shrnutí	79
4.5.1 Struktura uživatelů	79
4.5.1.1 Věková struktura	79
4.5.1.2 Průměrný věk	80
4.5.1.3 Složení uživatelů podle pohlaví	81
4.5.1.4 Příjemci zvýšeného důchodu pro bezmocnost, resp. příspěvku na péči	82
4.5.1.5 Schopnost sebeobsluhy.....	85
4.5.2 Financování sociálních služeb v domově pro seniory.....	86
5. Diskuse	91
5.1 Možnosti poskytování sociálních služeb a vliv na strukturu klientů v institucionálních zařízeních	91
6. Závěr	100
7. Seznam použitých zdrojů	102
8. Klíčová slova	105
9. Přílohy	106

Úvod

Tématem této diplomové práce je zjistit a porovnat strukturu klientů, kteří nastupují do pobytových zařízení, resp. do domovů pro seniory po účinnosti zákona o sociálních službách, který platí od ledna roku 2007, se strukturou klientů domova důchodců před účinností tohoto zákona. Tento zákon přinesl nejvýraznější změnu systému sociálních služeb za posledních dvacet let. Legislativní přechod ovlivnil do značné míry poskytovatele, uživatele a v neposlední řadě i zřizovatele sociálních služeb. Mezi novum patří: Příspěvek na péči, registrace poskytovatelů sociálních služeb, standardy a inspekce kvality sociálních služeb. Zákonem byl změněn i způsob financování sociálních služeb.

Práce je zaměřena i na sledování některých těchto aspektů a možnosti jejich působení na strukturu klientů v domovech pro seniory. Současná legislativa vede zájemce o službu i klienty k větší aktivitě a schopnosti postarat se o svoji osobu.

Je faktem, že v sociálních službách poptávka vysoce převyšuje nabídku. Zejména se jedná-li se o problematiku seniorské populace. Důvodem je neustálé zvyšování průměrného věku obyvatelstva. Někteří mají potřebu žít v kolektivu lidí, protože ztratili ve svém okolí sociální vazby. Může to být i touha po aktivizaci a organizaci denního programu, kterou domovy pro seniory vedle poskytované péče také nabízejí. Jiní přestali být soběstační z důvodu zhoršujícího se zdravotního či psychického stavu a nedostačující je i pomoc poskytovaná rodinou nebo terénní i ambulantní službou, jejich stav zkrátka vyžaduje péči institucionální. Každý člověk má právo prožít podzim života důstojným způsobem včetně zajištění pomoci při běžných denních úkonech.

Práce je koncipována do dvou částí, teoretické a praktické. Teoretická část obsahuje kapitoly zabývající se problematikou stáří a sociálních služeb poskytovaných seniorům. Praktická část mapuje, pomocí sekundární analýzy dat, strukturu klientů v domovech pro seniory před a po účinnosti zákona o sociálních službách.

1. Současný stav

1.1 Stáří

Stáří je součástí přirozeného průběhu života. Není nic zvláštního na tom, že každý od určitého věku přemýšlíme, jak a s kým toto období strávíme a naopak, jak bychom ho strávit nechtěli. Medicína v současné době umožňuje prodloužení života mnoha lidem trpícím různými nemocemi. Až v posledních letech se také u nás začínáme zabírat otázkou kvality života seniorů, nejen jeho délkou. Vysokou hodnotou ve stáří je právě samostatnost, míra finančního zajištění a možnost spolurozhodovat o sobě samém. (30)

Stáří je pozdní fází ontogeneze. Během života člověka dochází k funkčním a morfologickým změnám, které nazýváme jako involuční. Tyto změny probíhají druhově specifickou rychlostí a výraznou individuální proměnlivostí. Tento obraz je označován jako stařecký fenotyp, který je postupně formován a ovlivňován různými faktory, jako např. vlivy prostředí, zdravotní stav, životní styl, sociálně ekonomické vlivy, psychické vlivy, sebehodnocení, celková adaptace a prožití určité role.

Příčiny a projevy stárnutí pro svou mnohočetnost a individuálnost nastupují v různém věku. Jejich vzájemná podmíněnost a rozpornost je příčinou obtížného vymezení a členění stáří. Často je rozlišováno na stáří kalendářní, psychosociální a biologické. (8)

1.1.1 Kalendářní stáří

je sice jednoznačně vymežitelné, ale nevystihuje zcela specifické rozdíly. Z důvodu, že se prodlužuje očekávaná doba dožití, průběžně se zlepšuje zdravotní a funkční stav stárnoucích generací, tak se posouvá i určující věková hranice.

V současné době se za počátek stárnutí považuje věk od 65 do 74 let – mladší senioři (senescence). V tomto období je řešena problematika penzionování, volného času, aktivit a seberealizace. Dalším obdobím je věk od 75 do 84 let, kdy se hovoří o vlastním stáří (staří senioři – senium). Zabírá se problematikou adaptace, tolerance zátěže, specifického stonání a osamělosti. Od 85 a více let mluvíme

o dlouhověkosti (staří senioři – patriarichium). Zde se problematika týká zejména soběstačnosti a zabezpečení. **(8)**

1. 1. 2 Psychosociální stáří

vypovídá o proměně sociálních rolí a potřeb, životního stylu a ekonomického zajištění. Tento pojem zahrnuje společné zájmy i rizika seniorů (např. malá adaptace na penzionování, ztráta životního programu a společenské prestiže, osamělost, pokles životní úrovně, hrozba ztráty soběstačnosti, věková segregace a diskriminace – ageismus). Za počátek sociálního stáří se většinou považuje období vzniku nároku na starobní důchod nebo skutečné penzionování. **(8)**

Důležitá a nepodcenitelná je příprava na stáří již v mladším věku. Vhodné je plánování si období po úplném odchodu do penze. Umět naložit s volným časem, uvědomit si, co je prioritou. Jsou lidé, kteří úspěšně prožívají své stáří a jejich přístup je moudrý. Uchovávají si duševní svěžest a rovnováhu až do velmi vysokého věku. Dochází také ke změnám psychiky, které se projevují zejména v oblasti poznávacích schopností, jako je vnímání, pozornost, paměť, představy a myšlení. Velmi citelná je zhoršená adaptace na nové životní situace a podmínky. Následkem toho mohou vznikat stavy úzkosti, strachu a nejistoty. **(10)**

S přibývajícím věkem dochází ke vzniku a zhoršování chronických onemocnění, která následně vedou ke zhoršování soběstačnosti. Postupně dochází k omezení účasti na společenském životě, může dojít až k sociální izolaci. Senior těžko přijímá fakt, že začíná být závislý, nechce si jej ani připustit a proto si ani neřekne o pomoc. I jakékoliv drobné zátěže snáší starý člověk obtížně, nerad mění zaběhnutý styl života. Velmi tíživou se stává situace, když odejde jeden z partnerů. Není ojedinělé, že pozůstalý partner ztrácí chuť dál žít sám. Zejména v tomto období dochází k pocitu osamělosti a těžkému zvykání si na roli vdovce či vdovy. Tímto psychickým prožíváním je velice ovlivněna kvalita života seniora. **(10)**

Typické jsou změny v oblasti citového života. Jejich průběh je velmi individuální. Starý člověk prožívá situace více emotivně, je citlivější a v mnohých případech i psychicky labilnější. Některé vlastnosti se v průběhu stáří mění nebo i postupně zvyrazňují. Ve skutečnosti např. hašteřivý člověk vyhledává šarvátky a konflikty, šetrný člověk se stává lakomým, apod. Každý člověk během života

očekává od svého okolí projevy úcty a pochopení, ve stáří se tato potřeba ještě zvyšuje. **(10)**

1. 1. 3 Biologické stáří

Tímto termínem je označována konkrétní míra involučních změn příslušného jedince. **(8)** Změny postihují orgány a tělesné tkáně. U každého jedince probíhají individuálně. Ovlivňujícími faktory jsou genetické dispozice a životní styl. Dřívější funkce se začínají zpomalovat a oslabovat, klesají biologické adaptační mechanismy. Je možné rozlišit tři typy funkčních změn:

- úbytek funkcí na úrovni molekulární, tkáňové, orgánové a systémové,
- vyčerpání buněčných rezerv, projevujících se při reakci na zátěžovou situaci,
- většina funkcí se zpomaluje. **(10)**

Obecně lze říci, že základním rysem stárnutí je atrofie postihující všechny orgány a tkáně. Mozek, jako centrální řídicí orgán, je ohrožen nejvíce. **(10)**

Mezi základní tělesné změny patří např. změny vzhledu, úbytek svalové hmoty, změny termoregulace, změny činnosti smyslů, degenerativní změny kloubů, kardiopulmonální změny, změny trávicího systému (trávení, vyprazdňování), změny vylučování moče (častější močení), změny sexuální aktivity. **(30)**

1. 1. 4 Změny ve stáří a jejich odraz v chování seniora v ústavní péči

Fyziologické změny a jejich následky

- změny spánkového rytmu, spánková inverze – ospávání během dne, noční neklid, rušení obyvatel ve spánku,
- úbytek energie – zvýšená potřeba pomoci zdánlivě neodpovídá zdravotnímu stavu,
- snížená chuť k jídlu, snížený pocit žízně – malnutrice, problémy související s dehydratací,
- poruchy soustředění a paměti – hledání věcí, nepozornost, nesoustředěnost, vyžadování opakování informací, narčení z krádeže svých věcí.

Změny kognitivních funkcí

- zhoršení intelektu – v případě potřeby ovládat nové situace,
- zhoršení komunikace – delší hledání slov, horší výbavnost, zhoršeno při poruchách smyslů, nerozumí sdělovanému obsahu,

- orientace – bloudění, zvláště v neznámých prostorech a terénu. **(30)**

1.1.5 Význam etapy stáří – chápání vlastní role

Pohled, s jakým stáří pohlíží na život, je plný moudrosti, zkušeností, rozvahy a nadhledu. Většinou chce být každý člověk nějakým způsobem užitečný. Životní energie je potřebná po celou dobu života. Lze ji čerpat zejména ze vztahů, které vytváříme – k sobě, k druhým, k prostředí. Proto, abychom přežili, vykonáváme nějaké činnosti a zároveň, abychom něco dokázali, tak riskujeme. Potřeba drobných radostí a malých sociálních pohlazení je v každém věku, zejména pak ve stáří. Velmi důležitá je ochota nelpět na činnostech, na které již síly nestačí. Přijímat statečně nastalá omezení a svou energii směřovat k jiným životním hodnotám. **(10)**

V průběhu života je důležité udržování sociálních vazeb a získávání nových přátelství. Velkou výhodou je, pokud se člověk naučí brát sebe samého takového, jaký je. Naučí se sám sebe obdarovávat pocity radosti, vnímat vše příjemné a naopak situacím emočně vypjatým se vyhýbat. Je téměř nezbytné mít někoho, kdo nám projevuje lásku a dává najevo, jak mu na nás záleží. Někdy stačí mít někoho, kdo nás jen vyslechne a třeba i poradí, nebo někoho, kdo s námi tráví společný volný čas. Pokud se v průběhu života toto všechno naučíme a udržíme si optimistický postoj k životu, jistě jen tak snadno nedojde k tomu, že by nás sebemenší problém dostal do úzkých. **(30)**

Projevy mnoha seniorů se vyznačují spíše neochotou smířit se s nově vznikajícími situacemi ve smyslu snižování soběstačnosti, projevujících se onemocněním a postupnému ubývání sil. Nechtějí chodit ven shrbení, používat hůlku či jinou kompenzační pomůcku k pohybu a přijímat pohledy druhých na svá omezení. Nemají dostatek sebedůvěry, aby unesli změny, které stáří přináší. Někteří staří lidé touží po soukromí, uzavírají se před okolním světem a přijímají tím pasivní roli ve stáří. Všem, kteří pečují a ošetřují seniory, nezbyvá, než jejich volbu respektovat a nehodnotit ji jako neschopnost, ale přijímat ji tak, jak je. Důležité je dát najevo, kam se mohou obrátit o pomoc v případě, že ji budou potřebovat. **(10)**

Povahové rysy ve stáří krystalizují, z toho důvodu se objevují i jiné nároky na soužití. Období stáří je pro některé jedince velmi těžké. Společnost by se měla snažit je více chápat a hledat odpovědi na to, proč to tak je. Je možné konstatovat,

že zdaleka není dořešený systém zdravotně sociální pomoci pro nesoběstačné a osamělé seniory. (10)

Neopomenutelný je též pohled ze strany ošetřovatelů a pečovatelů z řad rodinných příslušníků. Přijmout a zvládnout tuto roli je ve většině případů velmi těžké. Netýká se to jen vlastní péče o seniora, ale souvisí s tím řada dalších problémů. Jedná se o různá fyzická omezení, náladovost starého člověka. Leckdy je péče tak náročná, že pečovatel nemůže opustit byt a starý nemocný člověk se stává skutečným břemenem. Často bývá absence informací o tom, kam se obrátit o pomoc. V tomto případě jsou velkou pomocí při péči o starého člověka různé instituce, služby a zařízení, jako např. agentury domácí péče, střediska pečovatelské služby, stacionáře, dobrovolníci, charitativní sdružení, zařízení poskytující odlehčovací služby a další sociální aktivity v rámci komunity. (10)

1.2 Sociální služby pro seniory

Poskytování sociálních služeb je upraveno v zákoně č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. Všechny sociální služby lze rozdělit podle cíle a zaměření do třech základních skupin:

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

Zcela specifické postavení má sociální poradenství. V celém systému sociálních služeb je základní sociální poradenství poskytováno bezplatně pro všechny osoby. Poradenství se týká možností řešení nepříznivé sociální situace nebo jejího předcházení. (17)

Služby sociální prevence jsou zaměřeny na osoby, jejichž nepříznivá sociální situace je způsobena krizovou sociální situací, životními návyky a způsobem života vedoucím ke konfliktu se společností. Napomáhají tedy osobám ohroženým sociálním vyloučením překonat jejich nepříznivou sociální situaci a tím chránit i společnost. (17)

Služby sociální péče napomáhají osobám zajistit jejich fyzickou a psychickou soběstačnost. Jsou poskytovány buď v domácím prostředí, nebo v zařízeních poskytujících různé typy sociálních služeb. Cílem je umožnit osobám v co nejvyšší možné míře zapojit se do běžného života nebo zajistit důstojné prostředí a

zacházení, které vyžaduje zdravotní či psychický stav způsobený nepříznivou sociální situací. (17)

1.2.1 Přirozené prostředí jako významný aspekt poskytování sociálních služeb seniorům

V souvislosti se životem starých lidí je často nesprávně chápán pojem „životní prostor“. Bývá spojován s pojmem „domácnost“. Ve skutečnosti se jedná o místo, kde žijí a na které jsou z mnoha důvodů vázáni. Životní prostor mohou představovat předměty, nábytek, domy, zákoutí, atd., na které mají senioři vytvořenou určitou vazbu, spojují s nimi určité situace a mají pro ně velký význam. Ze všech těchto důvodů je velmi příznivé, pokud je pečováno o seniora v jeho přirozeném prostředí s pomocí terénních či ambulantních služeb. (3)

Způsob této pomoci je vhodně zajišťován např. pečovatelskou službou, která je poskytována osobám, jejichž soběstačnost je snížena z důvodu věku, chronického onemocnění, zdravotního postižení nebo rodinám s dětmi v situaci vyžadující pomoc jiné fyzické osoby. Jedná se o jednotlivé úkony, které jsou pečovatelskou službou zajišťovány v předem dohodnutém časovém úseku a rozsahu. Děje se tak zejména v domácnostech klientů, nebo v některých zařízeních poskytujících sociální služby (např. centra denních služeb). V této souvislosti se domácností rozumí i byt v domě s pečovatelskou službou. Mezi základní činnosti a úkony zajišťované prostřednictvím pečovatelské služby patří např. podpora a pomoc při přípravě a podávání jídla a pití, při oblékání a svlékání, při přesunu na lůžko či vozík, při úkonech osobní hygieny, při použití WC, běžný úklid a údržba domácnosti, běžné nákupy a pochůzky, dovoz nebo donáška jídla, apod. (17)

1. 2. 2 Domovy pro seniory

Sociální péče v pobytových zařízeních je pro seniory uskutečňována v domovech pro seniory. Jejich činnost a fungování je upraveno v § 49 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. Tento zákon definuje mimo jiné pro jakou cílovou skupinu osob je tato služba určena. Jedná se o osoby, které mají sníženou soběstačnost zejména z důvodu věku, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby. Tato služba zajišťuje následující základní činnosti:

a) poskytování ubytování,

- b) poskytování stravy,
- c) pomoc při zvládnání běžných úkonů péče o vlastní osobu,
- d) pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu,
- e) zprostředkování kontaktu se společenským prostředím,
- f) sociální terapeutické činnosti,
- g) aktivizační činnosti,
- h) pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí. **(36)**

1. 2. 2.1 Registr poskytovatelů sociálních služeb

Aktuální seznam poskytovatelů sociálních služeb na území České republiky vytváří tzv. „registr poskytovatelů sociálních služeb“, který je upraven §§ 85 a 86 zákona o sociálních službách. Tento registr byl vytvořen za účelem získání ucelených informací o jednotlivých poskytovatelích, o územní dostupnosti a druzích sociálních služeb. Pouze zápis do registru opravňuje poskytovatele k žádosti o finanční dotaci, zároveň vzniká povinnost podléhat inspekci kvality poskytovaných sociálních služeb. Do registru poskytovatelů se mohou zapsat:

- poskytovatelé sociálních služeb (fyzické i právnické osoby), kterým bylo vydáno rozhodnutí o registraci,
- fyzické nebo právnické osoby z jiného členského státu Evropské unie, které poskytují sociální služby na území České republiky, pouze dočasně a ojediněle,
- zdravotnická zařízení v případě, že poskytují sociální služby na základě § 52 zákona o sociálních službách. **(17)**

Registr je veden krajským úřadem, který je současně správcem listinné podoby registru a zpracovatelem elektronické podoby registru. Podle místa trvalého nebo hlášeného pobytu fyzické nebo sídla právnické osoby, popř. zahraniční právnické osoby na území České republiky je řízena místní příslušnost krajského úřadu. **(36)**

Správcem elektronické podoby registru je ministerstvo práce a sociálních věcí, jehož počítačový program je bezplatně poskytován krajským úřadům, včetně všech aktualizací. Krajské úřady jsou povinny tento program používat. **(36)**

S účinností od 1. srpna 2009 je registrujícím orgánem prováděna kontrola plnění registračních podmínek. Dříve tato kontrola podléhala a byla předmětem inspekce kvality poskytování sociálních služeb. **(17)**

1. 2. 2. 2 Standardy kvality sociálních služeb

Právní úprava standardů je uvedena v § 99 zákona o sociálních službách, v § 38 a příloze č. 2 prováděcí vyhlášky č. 505/2006 Sb. **(36)**

Standardy byly vytvořeny z důvodu zajištění měřitelnosti kvality sociálních služeb. Z pohledu kvalitativního je nutné se soustředit na hodnocení základních společensko – ekonomických a sociálně – politických faktorů, které v současné době ovlivňují vývoj sociálních služeb Evropě a v České republice.

Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách nabyl účinnosti počátkem roku 2007. Do systému sociální péče v České republice přinesl dlouho očekávanou změnu. Tato změna, i když předpokládaná, velmi diskutovaná a předem avizovaná, přinesla něco, co lze nazvat v systému sociální péče revolucí. Cílem bylo přiblížit se zemím Evropské unie, vymanit se z prostředí direktivně řízených, neefektivních a možno říci, že mnohdy i základní lidská práva nerespektujících poměrů v oblasti sociální péče v České republice. **(19)**

Právě radikální odstranění někdy až diskriminačních poměrů a uvedení standardu chápajícího všechny občany jako zcela rovnoprávné subjekty se všemi právy i povinnostmi. Tímto je zabráněno možnosti jednostranně rozhodovat o osudech občanů z pohledu státních nebo státem řízených institucí. Staví tak do srovnatelného postavení jak státem řízené instituce, tak i soukromé organizace. **(19)**

Jak bylo výše zmíněno, kvalita sociálních služeb se při výkonu inspekce ověřuje pomocí standardů kvality. Tyto standardy jsou vlastně souborem kritérií, jejichž prostřednictvím je úroveň kvality definována a to v oblasti personálního a provozního zabezpečení sociálních služeb, dále pak v oblasti vztahů mezi poskytovatelem a klienty. Plnění standardů kvality se hodnotí bodovým systémem. **(36)**

Za každé kritérium se započtou tři body, jestliže je splněno výborně, dva body, pokud je splněno dobře a jeden bod při pouze částečném splnění. Nesplněná kritéria se hodnotí nulou. V celkovém hodnocení poskytovatel uspěje s výborným hodnocením, pokud celkový počet bodů činí 90 % - 100 % celkového počtu bodů. Rozmezí při hodnocení dobré splnění standardů kvality je 70 % - 89 % z celkového

počtu bodů. Částečně splní poskytovatel standardy kvality, pokud dosáhne v bodovém hodnocení 50 % - 69 % z maximálního dosažitelného celkového počtu. Může se také stát, že standardy kvality nesplňuje a to zejména u kritéria, které je označeno v příloze č. 2 jako zásadní, nebo je-li celkové hodnocení nižší než 50 %.

(33)

1. 2. 2. 3 Inspekce poskytování sociálních služeb

Inspekce poskytování sociálních služeb je upravena v §§ 97 až 99 zákona č. 108/200Sb. o sociálních službách. Inspekce poskytování sociálních služeb je prověřování, které je vykonáváno formou státní kontroly podle zákona o státní kontrole č. 552/1991 Sb. Postup prováděné inspekce se řídí zákonem o státní kontrole s určitými specifickými odchylkami, které upravuje zákon o sociálních službách.

(17)

Mezi subjekty podléhající inspekci patří všichni poskytovatelé sociálních služeb, kterým bylo vydáno rozhodnutí o registraci a dále poskytovatelé sociálních služeb, u kterých se registrace nevyžaduje. Jedná se o fyzické nebo právnické osoby, které jsou usazeny v jiném členském státě Evropské unie a poskytují sociální služby ve smyslu zákona o sociálních službách na území České republiky dočasně a ojedinele - upraveno v § 84 zákona o sociálních službách. Registrace se též nevyžaduje u poskytovatelů, kteří poskytují sociální služby ve zdravotnických zařízeních. Jedná se např. o sociální lůžka na odděleních následné péče - upraveno v § 52 zákona o sociálních službách. **(36)**

Inspekce sociálních služeb je výkonem státní správy. U poskytovatelů sociálních služeb, jejichž zřizovatelem je kraj, provádí inspekci Ministerstvo práce a sociálních věcí České republiky. U poskytovatelů zřizovaných obcemi, u tzv. nestátních subjektů a u zařízení sociálních služeb zřizovaných ministerstvem vykonávají inspekci krajské úřady. Při inspekci v pobytových sociálních zařízeních tvoří inspekční tým tři členové, v ostatních případech stačí členové dva. Podmínkou je, aby alespoň jeden člen inspekčního týmu byl zaměstnancem krajského úřadu nebo ministerstva. Na výkon funkce inspektora jsou zákonem o sociálních službách stanoveny zvláštní požadavky. Inspekci nesmí provádět pracovníci, kteří by měli pracovně právní vztah ke kontrolovaným osobám nebo předmětu kontroly. Výhodné je, když členem inspekčního týmu je specializovaný odborník. **(17)**

Výkon inspekce směřuje k plnění zákonem uložených povinností poskytovatelům sociálních služeb ve dvou oblastech:

- povinnosti poskytovatelů sociálních služeb a jejich plnění na základě §§ 88 a 89 zákona,
- plnění kvality poskytovaných sociálních služeb, které je ověřováno pomocí standardů kvality dle § 99 zákona.

O výkonu inspekce a jejím výsledku se pořizuje inspekční zpráva, která popisuje zjištěné skutečnosti, uvedou se nedostatky, popř. se označí právní předpisy, které byly porušeny. Inspektoři mají povinnost seznámit kontrolovaného poskytovatele s jejím obsahem a předat její stejnopis. Opatření k odstranění nedostatků na základě inspekční zprávy. proti níž může poskytovatel vznést odůvodněné námitky, ukládá krajský úřad a ministerstvo. (17)

1. 3. Fungování sociálních služeb

1. 3. 1 Služby sociální péče poskytované do konce roku 2006

Na sklonku osmdesátých let minulého století byly přijaty zákony upravující právně sociální služby, resp. sociální péči. V tomto období se sociální politika v oblasti sociálních služeb promítala zcela odlišným způsobem, a to zejména v oblasti rozhodování jedinců, na jiných principech fungovala i veřejná správa. Pokud docházelo k úpravám právních předpisů, tak pouze k dílčím. K významným inovacím docházelo od počátku 90 let, přičemž základní model vycházel neustále ze státně paternalistického a socialisticky direktivního způsobu uvažování. V této době u nás právní normy upravovaly pouze tyto služby:

- výchovná a poradenská péče,
- ústavní sociální péče,
- péče poskytovaná v ostatních zařízeních sociální péče,
- pečovatelská služba,
- stravování. (21)

Zákon č. 100/1998 Sb. upravoval rozsah sociální péče tak, že byla zajišťována státem. Jednalo se o pomoc občanům, jejichž životní potřeby nebyly dostatečně zabezpečeny příjmy a pracovní činností, dávkami důchodového či nemocenského zabezpečení. Dále stát pomáhal občanům, kteří pomoc potřebovali z důvodu těžkého zdravotního stavu nebo věku. Také těm, kteří bez pomoci

společnosti nemohli překonat obtížnou životní situaci a nepříznivé životní poměry. Sociální služby poskytovaly kraje, obce, organizace a občané. Tyto subjekty také sledovaly úroveň poskytovaných sociálních služeb. Pečující měli možnost zažádat o tzv. „příspěvek při péči o osobu blízkou nebo jinou osobu“. Tento příspěvek byl přiznán osobě pečující osobně celodenně a řádně o osobu blízkou, podmínka byla, že osoba, o kterou bylo pečováno je:

- převážně nebo úplně bezmocná, nebo
- starší 80 let a je částečně bezmocná.

Příspěvek byl též přiznán občanovi, který pečoval o jinou osobu než blízkou, ale pouze žil-li s ní ve společné domácnosti. **(35)**

Výše popisovaná právní úprava byla nedostačující v následujících oblastech:

- na osobu, která se ocitla v nepříznivé sociální situaci, se nahlíželo jako na objekt působení systému,
- nebylo vytvořeno jednotné hodnocení potřeb osob, které by napomohlo k vytváření nabídky služeb či jiných forem pomoci,
- nedostatečná ochrana lidí, kteří byli oslabeni v posuzování svých oprávněných zájmů a to v souvislosti s nesprávným postupem orgánů veřejné správy nebo neodborným postupem při poskytování sociálních služeb,
- pro sociální práci, zejména v oblasti poskytování sociálních služeb, nebyl vytvořen právní rámec rozvoje lidských zdrojů,
- poskytovatelům sociálních služeb nebyl určen jednotný rozsah práv a povinností. To způsobilo rozdílný pohled na organizace zřizované orgány veřejné správy a organizace stojící mimo tuto strukturu, např. nestátní neziskové organizace,
- nebyla vytvořena struktura kontroly kvality poskytovaných sociálních služeb,
- nebyl vytvořen přehled o síti sociálních služeb a jejich činnostech,
- nebyly upraveny a rozlišeny druhy služeb a jejich působení, zejména těch, které se zaměřovaly na prevenci sociálního vyloučení osob,
- při uživatele sociálních služeb nebyl specifikován obsah jim poskytovaných služeb. **(21)**

Popisovaná tehdejší právní úprava nabízela lidem pouze zúženou nabídku výběru pro využití sociálních služeb. Jednalo se v podstatě pouze o ústavní péči a

pečovatelskou službu. Znamenalo to velkou absenci terénních a ambulantních sociálních služeb. **(21)**

1. 3. 1. 1. Rozsah poskytované péče v ústavech sociální péče

Vyhláškou č. 182/1991 Sb. v § 72 byla upravena cílová skupina pro domovy důchodů. Byly určeny převážně občanům, kteří dosáhli věku rozhodného pro přiznání starobního důchodu, z důvodu trvalého zhoršení zdravotního stavu potřebují péči z hlediska holistického pojetí. Tato péče jím již nemůže být poskytnuta v domácím prostředí za pomoci rodiny ani pečovatelské služby. **(18)**

Kontraindikací k přijetí byl zdravotní stav žadatele, který vyžadoval léčení a ošetřování v lůžkovém zdravotnickém zařízení. Dalším důvodem pro nepřijetí občanů do domova důchodců bylo v případě diagnostikované infekční či parazitární choroby, byl-li nemocný zdrojem šíření infekce. V ostatních případech to byla tuberkulóza s nestabilizovanými a aktivními formami, pohlavní choroby v akutním stádiu, psychózy a psychické poruchy, kdy nemocný ohrožoval sebe nebo druhé. V neposlední řadě to byl prokázaný chronický alkoholismus a jiné závažné toxikománie, které narušovaly klidné soužití v kolektivu. V domovech a penziencech pro důchodce bylo poskytováno ubytování, popř. stravování a základní péče, popř. další placené služby podle přání obyvatel a možností ústavů. **(18)**

1. 3. 1. 2 Přijetí do ústavu sociální péče

Nástup do zařízení byl uskutečňován na základě podané žádosti občanem nebo jeho zákonným zástupcem či opatrovníkem. Žádost se podávala zřizovateli příslušného zařízení, tzn. kraji, obci, popř. o přijetí do ústavu zřizovaného ministerstvem, rozhodoval jeho vedoucí. Orgán rozhodující ve správním řízení rozhodl na základě přesně a úplně zjištěného skutečného stavu věci. Za tímto účelem si opatřil potřebné podklady pro rozhodnutí (např. vyjádření lékaře o zdravotním stavu občana a sociální šetření provedené pověřeným pracovníkem). V případě, že žadatel splnil všechny předepsané podmínky při přijetí do ústavu a v příslušném zařízení nebylo volné místo, orgán státní správy vydal rozhodnutí o zařazení žádosti do pořadníku čekatelů. (V případě, že se místo uvolnilo, orgán státní správy žádosti vyhověl, vydal rozhodnutí o přijetí a postoupil žádost občana do vybraného zařízení. To občana vyzvalo k nástupu. **(18)**

1. 3. 1. 3 Pořadník čekatelů

Rámcová pravidla pro vedení pořadníku čekatelů stanovovala vyhláška č. 182/1991 Sb. Základním předpokladem byla naléhavost umístění. Přednost měli osamělí žadatelé a žadatelky, kterým již z důvodu zhoršeného zdravotního stavu byla poskytována pečovatelská služba a byla nutnost zajištění komplexní ústavní péče. Posuzování naléhavosti přijetí záviselo na individuálním posouzení, které prováděl příslušný orgán rozhodující o přijetí do ústavu. Osvědčilo se kontrolovat v určitém časovém intervalu aktuálnost pořadníku čekatelů, plnění podmínek pro přijetí a v neposlední řadě právě i naléhavost jejich přejití. V případě, že žadatel, jehož žádost byla zařazena v pořadníku, oznámil změnu rozhodnutí a nechtěl již podanou žádost dále ponechat, byla tato žádost z pořadníku vyřazena s patřičným záznamem do dokumentace. **(32)**

Podmínkou přijetí nebo popřípadě i přednostního přijetí do ústavu nemohla být další kritéria, která nebyla uzákoněna v právních předpisech. Jedná se např. o předání bytu nebo domu žadatele obci, poskytnutí finančního daru či jeho pravidelného placení. **(18)**

1. 3. 2 Sociální služby poskytované od roku 2007

Jedná se o období, kdy nabyt účinnosti zákon č. 108/2006 Sb. o sociálních službách.

1. 3. 2. 1 Základní druhy sociálních služeb

Podle cíle a zaměření je možné rozdělit sociální služby do tří základních skupin:

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

Služby sociální prevence jsou takové služby, jejichž cílem je pomoci osobám ohroženým sociálním vyloučením překonat tíživou sociální situaci, tím chránit i společnost před vznikem a působením nežádoucích sociálních jevů. Jedná se např. o krizovou sociální situaci, životní návyky a způsob života vedoucí ke konfliktu se společností, sociálně nevyhovující prostředí, ohrožení práv a zájmů způsobené trestnou činností jiné osoby. **(17)**

V celém systému sociálních služeb má specifické postavení sociální poradenství. Zcela stěžejní zásadou zákona o sociálních službách je bezplatné poskytování základního sociálního poradenství, na které má nárok každá osoba. Jedná se o předání informací o možnostech řešení nepříznivé sociální situace nebo jejího předcházení. **(17)**

Pod názvem služby sociální péče si představíme takové služby, které napomáhají osobám zajistit jejich fyzickou a psychickou soběstačnost. Tyto služby jsou poskytovány jak v domácím prostředí, tak v pobytových zařízeních sociálních služeb. Jejich cílem je pomoci osobám a v co nejvyšší možné míře jim umožnit zapojit se do běžného života nebo zajistit důstojné prostředí a zacházení těm, u kterých to vyžaduje nepříznivá sociální situace. **(36)**

1. 3. 2. 2 Formy poskytování sociálních služeb

Zákonem o sociálních službách jsou rozlišovány tři formy, ve kterých mohou být sociální služby poskytovány:

- pobytové,
- ambulantní,
- terénní.

Pobytové sociální služby se vyznačují tím, že mimo jiné poskytují ubytování. Pod ambulantními službami si lze představit to, že do nich osoby docházejí, jsou doprovázeny nebo dopravovány. Ubytování není součástí. Terénní sociální služby jsou poskytovány v přirozeném sociálním prostředí. Mohou to být domácnosti či místa, kde dochází ke vzdělávání nebo tam, kde osoby pracují. **(E)**

1. 3. 2. 3 Evidence uchazečů – pořadník

Pořadníky žadatelů o službu ukazovaly, již v období do konce roku 2006, na palčivý nedostatek míst v zařízeních poskytujících pobytové sociální služby. Mnohdy docházelo k nerovnoprávnému postavení žadatelů o tehdejší sociální služby. Systém pořadníků řeší nová právní úprava v přechodných ustanoveních zákona o sociálních službách. **(21)**

Původní pořadníky čekatelů na umístění do ústavu sociální péče, které byly aktuální podle právních předpisů platných do konce roku 2006, zůstaly v platnosti i po dni nabytí účinnosti tohoto zákona, nejdéle po dobu tří let. Zřizovatelé ústavů sociální péče, kteří evidovali žádosti čekatelů, je ve lhůtě dvou měsíců předali jednotlivým poskytovatelům. O této skutečnosti ve stejné lhůtě vyrozuměli všechny osoby vedené v pořadníku podle vyhlášky č. 182/1991 Sb. **(36)**

Zákon o sociálních službách v platném znění v současnosti nezná pojem „pořadník žadatelů“. Od ledna 2010 by poskytovatelé měli vést pouze evidenci žadatelů o službu. V této evidenci by měli být vedení zájemci, se kterými nemohla být uzavřena smlouva o poskytnutí sociální služby ze zákonných důvodů. V tomto případě se jedná o to, že poskytovatel nemá dostatečnou kapacitu k poskytnutí sociální služby. Zákonodárcem zvolený pojem „evidence“ budí celkově značné rozpaky. V současné době, kdy je veliký nedostatek vybraných druhů pobytových služeb, je zřejmé, že počet odmínutých zájemců bude v některých případech velmi vysoký. Z důvodu, že neexistuje bližší výklad termínu „evidence žadatelů“, hrozí v některých případech reálné riziko korupčního jednání. Většina poskytovatelů ve snaze zabránit takovému jednání vytvořila kritéria hodnocení žadatele zařazovaného do pořadníku či tzv. evidence žadatelů. Tato kritéria předloží poskytovatelé zřizovatele, který je schválí či vezme na vědomí. **(21)**

1. 3. 2. 4 Vyhledávání a žádání o sociální službu

Zákon o sociálních službách přinesl výraznou změnu v postupu zájemců o sociální službu. Dříve se žádost podávala na příslušný správní úřad, který o jejím přijetí nebo zamítnutí rozhodoval ve správním řízení. Aktivní vyhledávání vhodné sociální služby se nyní ponechává na zájemci samém. Zájemce žádá o poskytnutí

sociální služby přímo poskytovatele, nebo může požádat obec, ve které má trvalý nebo hlášený pobyt o informace či zprostředkování kontaktu s poskytovatelem. Při vyhledávání sociální služby je možné využít registr poskytovatelů sociálních služeb. Jsou v něm zapsáni všichni poskytovatelé, kterým bylo vydáno rozhodnutí o registraci podle zákona o sociálních službách. **(21)**

1. 3. 2. 5 Smlouva o poskytování sociální služby a její význam

Přínos zákona o sociálních službách je možno spatřit i ve zcela nové koncepci poskytování sociálních služeb, kdy ustanovení zákona přinesla do našeho právního řádu úplně nový typ smluvního vztahu. Dosavadním systémem bylo rozhodováno o poskytnutí sociální služby, přijetí do zařízení, ukončení pobytu v zařízení nebo o úhradě za pobyt v zařízení ve správním řízení. Tento akt byl nahrazen smluvním principem. Na základě nové právní úpravy klient uzavírá smlouvu přímo s poskytovatelem sociální služby. **(9)**

V současné době jsou subjekty smluvního vztahu poskytovatelé a uživatelé sociálních služeb. Obsahem tohoto vztahu se stávají práva a povinnosti těchto stran směřující k objektu vztahu a tím je široká škála věcí, činnosti a situací. **(33)**

Smlouva o poskytnutí sociální služby v domovech pro seniory musí být uzavřena v písemné formě. Jednotliví poskytovatelé sociální služby si upravují vlastními vnitřními předpisy podrobnější postupy a také podmínky pro jednání se zájemcem o poskytnutí služby a v neposlední řadě také pro uzavírání smlouvy o poskytnutí sociální služby. **(17)**

Hlavním významem tohoto ojedinělého institutu, kterým se smlouva o poskytnutí sociální služby stala, je podchytit a ošetřit v ní skutkový stav v oblasti smluvních vztahů, nikoliv zpracovávat neustále otázky teoretické. Dosavadní poznatky však v tomto směru ukazují, že žádná ze smluvních stran, tj. poskytovatelé a uživatelé sociální služby, zcela nepochopila ani nedocenila význam uzavírání smluv tohoto typu. Uživatele může poškozovat nedostatečné právní vědomí. Obzvláště se tento problém týká seniorů, kteří nebyli za svého aktivního života připraveni na situace, s nimiž se dnes ve veřejném prostoru setkáváme. Poskytovatelé sociálních služeb jsou na rozdíl od uživatelů ve větší výhodě, neboť měli možnost účastnit se probíhajících rozsáhlých vzdělávacích akcí, které byly zaměřeny na jednotlivé aspekty nového systému. I přesto se samotná smlouva o poskytování služby stala pro

mnohé jen jedním z nesčetných administrativních úkonů přechodu na nový systém. Byla vypracovaná jen jedna typizovaná smlouva, která se používá ve stejné podobě pro všechny uživatele sociální služby v zařízení.

Mezi nejčastější nedostatky patří:

- neměnnost a direktivnost poskytovatelem předkládaných smluv,
- příliš obecné pojetí smluv, chybí individuální ustanovení,
- zpracování smluv ve velmi obecném rozměru (v textu jsou pouze odkazy na text zákona a vyhlášky),
- chybí specifikace poskytování služby daného klienta,
- obecné uvádění plateb za službu, absence specifikace služeb, jejich cena a způsob vyúčtování (tzv. vratka),
- u pobytových služeb se objevují protiprávní požadavky, kterými jsou např. povinnost uživatele sdělovat výši svých příjmů poskytovateli,
- pokud některý z uživatelů nemá dostatečné příjmy na úhradu pobytu, poskytovatel má možnost oslovit rodinné příslušníky, zdali by byli ochotni dorovnat vyčíslený rozdíl do plné platby. V některých smlouvách je toto promítnuto jako zásadní povinnosti. **(21)**

Poskytovatel je povinen uzavřít při nástupu do zařízení se zájemcem (žadatelem o službu) smlouvu o poskytnutí sociální služby. Poskytovatel může odmítnout uzavřít smlouvu pouze v případech, které uvádí zákon:

- osoba žádá o službu, kterou poskytovatel neposkytuje,
- kapacita sociální služby, o kterou osoba žádá, je nedostatečná,
- zdravotní stav osoby žádající o poskytnutí sociálních služeb – konkrétně jsou kontraindikační zdravotní stavy uvedené v prováděcí vyhlášce. **(16).**

1. 3. 2. 6 Registrace poskytovatele sociální služby

Poskytování sociálních služeb v České republice lze v podstatě na základě získání oprávnění k jejich poskytování, které vzniká rozhodnutím o registraci. O registraci rozhoduje krajský úřad příslušný sídlu poskytovatele, kterým je většinou právnická osoba. V případě, že je zřizovatelem poskytovatele ministerstvo práce a sociálních věcí, pak je toto ministerstvo rozhodujícím činitelem při udělení registrace. **(21)**

Na rozhodnutí o registraci vzniká právní nárok, pokud jsou splněny stanovené podmínky, je rozhodnutí o registraci vydáno.

Podmínky registrace jsou:

- podání písemné žádosti o registraci poskytovatelem,
- všechny fyzické osoby, které budou poskytovat sociální služby, musí prokázat bezúhonnost a odbornou způsobilost,
- jsou-li sociální služby poskytovány v zařízeních sociálních služeb, musí být zajištěny hygienické podmínky,
- doložení vlastnického nebo jiného práva k objektu, kde budou poskytovány sociální služby,
- musí být zajištěny materiální technické podmínky, které odpovídají druhu poskytované služby,
- prokázání skutečnosti, že nebyl na majetek fyzické nebo právnické osoby, jež je žadatelem o registraci, prohlášen konkurz nebo nebylo zahájeno konkurzní či vykonávací řízení ani zamítnutí tohoto návrhu pro nedostatek majetku. (36)

Rozhodnutí o registraci vydá registrující orgán v případě, že žadatel prokáže splnění stanovených podmínek. Aktuální seznam všech poskytovatelů sociálních služeb na území České republiky je obsažen v tzv. registru poskytovatelů. Cílem vedení registru je získání a zpracování informací o jednotlivých poskytovatelích, o druzích sociálních služeb, jejich územní dostupnosti, uceleně. Velmi důležité je, že poskytovatelé zapsaní v registru mohou žádat o státní dotaci, na druhé straně také podléhají inspekci kvality poskytovaných služeb. (17)

1. 4 Příspěvky určené na úhradu sociální péče

1. 4. 1 Příspěvky do roku 2006

1. 4. 1. 1 Zvýšení důchodu pro bezmocnost

Zvýšení důchodu pro bezmocnost vzniká nárok v bývalé právní úpravě na základě zákona č. 100/1988 Sb. o sociálním zabezpečení. Bezmocnost byla přiznávána ve třech stupních.

- 1) částečná bezmocnost byla přiznána fyzické osobě, která dlouhodobě potřebovala pomoc jiné osoby při některých nezbytných životních úkonech (mytí, česání, oblékání). Prakticky nevidomá osoba se také vždy považovala za bezmocnou. Částka tohoto příspěvku činila 480,- Kč.

- 2) Za převážně bezmocnou osobu byla považována osoba, která kromě pomoci uvedené při částečné bezmocnosti, potřebovala pomoc jiné osoby při hlavních životních úkonech (chůze, výkon fyziologické potřeby). Převážně bezmocná byla vždy osoba úplně nevidomá. Částka tohoto typu bezmocnosti činila 960,- Kč.
- 3) Úplně bezmocnou byla osoba, která zcela ztratila schopnost sebeobsluhy. Její zdravotní stav vyžadoval soustavné ošetřování, byla trvale odkázaná na pomoc jiné osoby při všech úkonech. Výše částky byla 1 800,- Kč. **(18)**

1. 4. 1. 2 Příspěvek na péči o blízkou nebo jinou osobu

Tento příspěvek je druhým příspěvkem, který sloužil k úhradě sociální a ošetrovatelské péče. Přiznán byl občanovi, který pečoval osobně, celodenně a řádně o blízkou osobu. Tato osoba musela splňovat podmínky převážně nebo úplně bezmocnosti nebo musela být starší 80 ti let a být částečně bezmocná. Měsíční příspěvek při péči o blízkou nebo jinou osobu náležel ve výši 1,6 násobku částky na osobní potřeby, pokud bylo pečováno o jednu osobu. Byla-li péče poskytována dvěma a více osobám, byl přiznán příspěvek ve výši 2,75 násobku této částky. **(35)**

1. 4. 2 Příspěvek na péči

Finanční prostředky na výplatu jsou obcím s rozšířenou působností poskytovány ministerstvem práce a sociálních věcí. Příspěvkem na péči jsou nahrazeny výše jmenované dvě dávky. Příspěvek na péči je tedy transformován z dávek zvýšeného důchodu pro bezmocnost a z dávky příspěvku při péči o blízkou nebo jinou osobu. **(21)**

Příspěvek na péči je státní dávkou, která je poskytována fyzickým osobám za účelem pomoci jim v nepříznivé sociální situaci. Týká se osob závislých na pomoci jiné fyzické osoby. Cílem této dávky je umožnit příjemci příspěvku, aby si podle vlastního uvážení zajistil potřebnou pomoc, ať už v rámci přirozeného prostředí s pomocí rodiny, nebo prostřednictvím poskytovatelů sociálních služeb, jiné fyzické či právnické osoby. Lze tyto formy také kombinovat. **(17)**

Osobami, kterým bylo před 1. lednem 2007 přiznáno zvýšení důchodu pro bezmocnost podle zákona o sociálním zabezpečení, byl přiznán příspěvek na péči v odpovídajícím stupni:

- a) osoby částečně bezmocné – I. stupeň (lehká závislost),

- b) osoby převážně bezmocné – II. stupeň (středně těžká závislost),
- c) osoby úplně bezmocné – III. stupeň (těžká závislost). **(16)**
- d) nově vznikl IV. stupeň (úplná závislost). O tento stupeň se muselo požádat, přiznával se osobám, které byly zcela závislé za pomoci druhé osoby.

Příspěvek na péči v odpovídajícím stupni byl vyplácen do doby, než na základě kontroly zdravotního stavu nebo na základě kladného posouzení nově podané žádosti a nového posouzení, byl stanoven jiný stupeň závislosti. **(16)**

1. 4. 2. 1 Podmínky nároku na přiznání příspěvku na péči

Osoba, která z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu, potřebuje pomoc a péči o vlastní osobu a při zajištění soběstačnosti, má nárok na příspěvek na péči. Rozsah pomoci určuje zařazení do některého ze stupňů závislosti. Tato podmínky byla později s účinností od 1. srpna 2009 doplněna. Osoba pobírající příspěvek na péči má nárok pouze tehdy, když ji potřebnou pomoc poskytuje:

- osoba blízká (příbuzný v řadě přímé, sourozenec, manžel nebo partner, strýc, teta, neteř, synovec, bratranec, sestřenice, opatrovník, pěstoun, druh),
- jiná fyzická osoba než osoba blízká, která tuto činnost nevykonává jako podnikatel (osoba, která pro tyto účely nepotřebuje rozhodnutí o registraci – např. sousedka),
- poskytovatel sociálních služeb, jenž je zapsaný v registru poskytovatelů sociálních služeb,
- speciální lůžkové zdravotnické zařízení hospicového typu (poskytování paliativní a symptomatické léčby osobám v terminálním stádiu). **(17)**

Mezi povinnosti žadatele o příspěvek na péči patří:

- podrobit se vyšetření lékařem,
- podrobit se sociálnímu šetření (pověřený sociální pracovník z obce s rozšířenou působností),
- plnit ohlašovací povinnost (jakoukoliv změnu nahlásit do osmi dnů),
- využívat příspěvek na péči k úhradě zajištění pomoci (zajišťovaná rodinnými příslušníky, jinými fyzickými osobami, poskytovateli sociálních služeb). **(17)**

1. 4. 2. 2 Pravidla posuzování přiznání příspěvku na péči

Stupeň závislosti na pomoci jiné osoby se stanovuje ve čtyřech různých kategoriích. Odstupňování umožňuje dostatečně podrobné, spolehlivé a vysoce individuální zhodnocení potřeb osob, u nichž dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav vyžaduje poskytování péče a následně i sociální služby. Pro účely stanovení stupně závislosti se posuzují úkony, na základě ustanovení se hodnotí funkční dopad dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu (zvládání úkonů péče o vlastní osobu a úkony soběstačnosti). Jednotlivé činnosti pro hodnocení úkonů jsou uvedeny ve vyhlášce č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách. **(33)**

1. 4. 2. 3 Vznik nároku na příspěvek a jeho výplata

O přiznání příspěvku na péči se žádá na základě podané žádosti, pokud není řízení zahájeno z moci úřední. Při splnění všech podmínek vzniká nárok na výplatu příspěvku. Přiznání a vyplácení příspěvku může být nejdříve od počátku kalendářního měsíce, ve kterém byla podána žádost a tím současně zahájeno řízení. Z toho vyplývá, že příspěvek nelze přiznat zpětně za dobu před podáním žádosti a to i kdyby byly splněny všechny podmínky nároku. V zákoně není nijak upravena možnost přiznání nebo vyplácení poměrné části příspěvku, proto se přiznává i vyplácí vždy za celý kalendářní měsíc. **(17)**

1. 4. 2. 4 Výše příspěvku na péči

Výše příspěvku se liší s ohledem na stupeň závislosti osoby. Dalším rozlišením je rozdílná výše příspěvku u osob od 1 roku do 18 ti let a osobám nad 18 let. Výše příspěvku pro osoby do 18 ti let věku činí za kalendářní měsíc:

- a) I. stupeň (lehká závislost) – 3 000,- Kč,
- b) II. stupeň (středně těžká závislost) – 5 000,- Kč,
- c) III. stupeň (těžká závislost) – 9 000,- Kč,
- d) IV. stupeň (úplná závislost) – 12 000,- Kč.

Výše příspěvku pro osoby starší 18 ti let činí za kalendářní měsíc:

- e) I. stupeň (lehká závislost) – 2 000,- Kč,

- f) II. stupeň (středně těžká závislost) – 4 000,- Kč,
- g) III. stupeň (těžká závislost) – 8 000,- Kč,
- h) IV. stupeň (úplná závislost) – 12 000,- Kč.

Od srpna 2009 byla zvýšena částka přiznaného příspěvku ve IV. stupni na 12 000,- Kč. Od účinnosti zákona o sociálních službách až do tohoto data bylo ve IV. stupni vypláceno 11 000,- Kč **(17)**

1. 5 *Financování sociálních služeb*

1. 5. 1 *Financování sociálních služeb v České republice do konce roku 2006*

Financování sociálních služeb upravené bývalou právní úpravou bylo označováno jako systém obsahující výrazné prvky centrálního administrativně direktivního charakteru řízení, které znemožňovalo rozvoj této sféry a veškeré iniciativy ze strany obcí a neziskových nestátních organizací. Předchozí státní systém velmi limitoval další rozvoj komplexnosti sociální ochrany obyvatelstva. Výsledkem bylo, že prostředky státního rozpočtu se dostávaly k jednotlivým subjektům zcela různými způsoby. Subjektům zřizovaným obcemi nebo krajem to bylo prostřednictvím státní dotace a nestátním zařízením formou dotačního řízení. **(23)**

Postupně se v průběhu realizace veřejné správy v sociálních službách převáděla některá zařízení sociálních služeb z okresních úřadů na obce a kraje. Různé způsoby financování a poskytování dotací zařízením se stejnými službami vedly ke zvýhodňování jedněch oproti druhým. Z tohoto důvodu byla snaha vytvořit rovné podmínky pro všechny. **(14)**

1. 5. 2. *Financování sociálních služeb v České republice od roku 2007*

Financování sociálních služeb je popsáno v zákoně č. 108/2006 Sb. o sociálních službách v §§ 101 – 105.

Financování sociálních služeb je vícezdrojové, tzn., že se na něm podílí více subjektů. Vedle úhrad samotných uživatelů sociální služby jsou dalšími zdroji dotace z rozpočtu zřizovatele (obec, kraj), dotace ze státního rozpočtu (přímo od MPSV nebo formou příspěvku na péči) a úhrady poskytnuté ošetřovatelské péče od zdravotních pojišťoven. Jednotliví poskytovatelé sociálních služeb mohou pro pod-

poru hlavní činnosti vykonávat vedlejší – hospodářskou činnost, dalším zdrojem financování jsou dary od fyzických a právnických osob. **(36)**

Pro financování konkrétní sociální služby počítá stávající model s těmito příjmy:

- dotace MPSV na poskytování služby,
- příspěvek na péči od uživatele sociální služby
- příspěvek zřizovatele prostřednictvím dotace územních rozpočtů,
- úhrada za služby zdravotní péče poskytované v zařízeních sociálních služeb od zdravotních pojišťoven,
- příjmy ostatní (vlastní činnost, dary, aj.) **(21)**

1. 5. 2. 1 Dotace ze státního rozpočtu

Jedná se o tyto dotace:

- a) dotace poskytovatelům, kteří jsou zapsáni v registru poskytovatelů, na zajišťování sociálních služeb,
- b) dotace krajskému úřadu, který je povinen poskytnout sociální službu v případě, kdy poskytovatel sociální služby ukončil poskytování služby, protože došlo ke zrušení jeho registrace, a osoby, kterým tento poskytovatel dosud poskytoval sociální službu, se ocitnou v bezprostředním ohrožení jejich práv a zájmů. Jedná se o osoby, které nejsou schopny samy si zajistit pokračování poskytování sociálních služeb jiným poskytovatelem,
- c) dotace obecnímu úřadu obce s rozšířenou působností, který je povinen zajistit v nezbytném rozsahu poskytnutí sociální služby nebo jiného způsobu pomoci osobě, která nemá zajištěno poskytování sociální služby, a nachází se v takové situaci, kdy neposkytnutí okamžité pomoci by ohrozilo její život nebo zdraví,
- d) dotace, které zajišťují financování běžných výdajů, které souvisejí s poskytováním sociálních služeb poskytovatelům, zapsaných v registru poskytovatelů, Týká se těchto činností:
 - podporování sociálních služeb celostátního nebo neregionálního charakteru,
 - na činnosti rozvojové povahy (např. na vzdělávání pracovníků v sociálních službách, na podporu kvality sociálních služeb a na zpracování střednědobých plánů krajů a obcí v oblasti sociálních služeb),

- mimořádné situace způsobené živelnou pohromou, požárem, ekologickou nebo průmyslovou havárií. (16)

Financování těchto činností mohou z části zajišťovat programy financování v rámci Strukturálních fondů Evropských společenství i jiné programy Evropských společenství. (16)

O dotaci podle písmene a) žádají jednotliví poskytovatelé sociálních služeb Ministerstvo práce a sociálních služeb předepsaným způsobem. Obsah žádosti je upraven v § 101 zákona o sociálních službách. Žádost se v letech 2007 – 2009 podávala prostřednictvím krajského úřadu, pro rok 2010 se poprvé podávala přímo MPSV a krajský úřad obdržel kopii žádosti na vědomí. (36)

Prostředky této státní dotace lze použít pouze v souladu s „Metodikou MPSV pro poskytování dotací ze státního rozpočtu poskytovatelům sociálních služeb v oblasti podpory poskytování sociálních služeb“. Použití prostředků podléhá povinnému ověření auditorem, což nevylučuje následnou kontrolu ze strany finančních úřadů. (36)

MPSV vyhlašuje dva programy podpory. Program podpory A je určen poskytovatelům sociálních služeb, kteří mají místní či regionální charakter. Program podpory B se týká těch poskytovatelů sociálních služeb, kteří poskytují služby celostátního či neregionálního charakteru. U obou programů platí zásada, že na dotaci ze státního rozpočtu není právní nárok. Dotace je poskytována pouze těm subjektům, které nemají závazky vůči orgánům státní správy, samosprávy a zdravotním pojišťovnám. (36)

1. 5. 2. 2 Dotace z rozpočtu obce a kraje

Financování běžných výdajů, které souvisejí s poskytováním sociálních služeb jejich poskytovatelům, kteří jsou zapsáni v registru, z části zajišťují obce a kraje dotacemi ze svých rozpočtů podle zákona č. 250/2000 Sb. o rozpočtových pravidlech územních rozpočtů. Z těchto dotací je možné financovat běžné provozní výdaje, oblast investic se řeší odděleně. (17)

1. 5. 2. 3 Příspěvek na péči

je dalším významným zdrojem financování sociálních služeb. Příspěvek na péči je státní dávkou poskytovanou fyzickým osobám v nepříznivé sociální situaci,

kteře jsou závislé na pomoci jiné fyzické osoby. Tato dávka umožňuje osobě, aby si zajistila podle vlastního uvážení potřebnou sociální pomoc, buď v rámci rodiny v přirozeném prostředí, nebo prostřednictvím poskytovatele sociálních služeb, který poskytuje některou ze sociálních služeb. Zákon též umožňuje, aby takovou pomoc poskytovala jiná fyzická nebo právnická osoba nebo kombinací obou možností. Ze zákona vyplývá, že příspěvek na péči náleží tomu, kdo celodenně a celoročně poskytuje péči a pomoc osobě, které byl příspěvek přiznán. **(36)**

1. 5. 2. 4 Úhrada ošetrovatelské péče od zdravotních pojišťoven

Ošetrovatelská péče, která je poskytována v zařízeních sociálních služeb, je hrazena zdravotními pojišťovnami. Vyplývá to ze zákona č. 48/1997 Sb. o veřejném zdravotním pojištění a dále z vyhlášky Ministerstva zdravotnictví č. 134/1998 Sb. v platném znění, kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami. **(34, 31)**

Financování sociálních služeb musí být plánované, s tím souvisí i odpovědnost za jejich síť. V působnosti resortu ministerstva práce a sociálních věcí není v současné době vytvořený model, který by mohl být srovnatelný např. se systémem řízení a financování ve školství. Hledání způsobu financování a nalezení jeho optimálního řešení je jedním ze základních úkolů současného systému sociálních služeb. **(21)**

1. 6 Fungování sociálních služeb v jiných zemích Evropy

Nejen v zemích Evropské unie, ale v podstatě na celém světě neexistuje jednotná terminologie v oblasti sociálních služeb. Termín „sociální služby“ je ve většině zemí velmi širokým pojmem. Často splývá nebo je zaměňován s pojmem „sociální péče“. V zemích EU je většinou celý tento komplex označován jako „sociální ochrana“. **(14)**

1. 6. 1. Sociální služby v Belgii

Státní správa v Belgii řeší sociální politiku na různých úrovních. Základním prvkem poskytování sociální péče jsou střediska sociální pomoci na místní úrovni. Nárok na sociální služby mají v Belgii všichni občané. Právní úpravu zajišťuje zákon o sociální ochraně. Služby jsou poskytovány různými formami (materiální,

sociální, lékařská i psychologická). Středisky sociální pomoci jsou provozovány nemocnice, domovy důchodců, pečovatelské služby, stacionáře, centra pro seniory, děti a lidi s postižením. Financování sociálních služeb probíhá na základě grantů, platbami okresním zastupitelstev, ze státního rozpočtu a přímými platbami od klientů. (14)

1. 6. 2 Sociální služby v Dánsku

Dánsko bylo vyhodnoceno v oblasti sociálních služeb jako nejlepší a nejkvalitnější. V Dánsku mají nastaveno vysoké daňové zatížení příjmů, které také umožňuje širokou nabídku sociálních služeb. Občané s nejvyššími příjmy mají až 70 % daň z příjmu. Je zde také nízká míra nezaměstnanosti, sociální a zdravotnickou péči zajišťují obce a městské části. Stejně tak odpovídají za vyplácení státní podpory. Nejspíše z důvodu vysoké zaměstnanosti žen je stěžejním poskytovat služby dětem a mládeži, lidem s disabilitou a seniorům. Tímto se Dánsko stává vzorem pro ostatní země EU. Služby poskytují veřejné nebo veřejně financované instituce. (14)

1. 6. 3 Sociální služby v Rakousku

V Rakousku je devět spolkových zemí, které v domovech pro seniory disponují různým nastavením struktury, nároků a legislativy poskytované péče. Perspektiva růstu sociální péče je např. v systémech E – Qalin, která mj. zahrnuje široké využívání práce v biografii klientů. Při porovnání rozdílů domovů pro seniory v České republice a v Rakousku se ukázalo, že je velký rozdíl ve vzdělávání sester. Zatímco u nás musí mít sestry univerzitní vzdělání, v Rakousku sestry studují 3 roky, přičemž studium není ukončeno ani maturitní zkouškou, což způsobuje problém v jejich uplatnění. V Rakousku kontrolu péče provádějí sestry z pověřených institucí, u nás úředníci často neznají praxe. Velkým rozdílem je, že v Rakousku mají příspěvek na péči přiznávaný v sedmi stupních, ve srovnání s našimi čtyřmi stupni. Klient je v Rakousku doporučován k přijetí do domova pro seniory v momentě, kdy je mu přiznán V. stupeň. Výše částek vyplácených v jednotlivých stupních se také značně liší. Systém financování sociálních služeb je od roku 1993 založen na kombinaci finančního a věcného plnění, jejímž základním článkem je z daní financovaný příspěvek na péči. Částka v jednotlivých stupních

přesto nepokrývá adekvátně poskytovanou péči vzhledem ke zdravotním stavu jednotlivých příjemců, resp. uživatelů. Většinu klientů i v případě, že pobírají penzi a příspěvek, zůstává pouze kapesné. Ostatní peníze odebírá zařízení, v této souvislosti zde vzniká i problém z pohledu porušování lidských práv. Do budoucna plánuje Rakousko čtyři modely financování:

- 1) dobrovolné privátní pojištění,
- 2) povinné penzijní připojištění,
- 3) sociální pojištění,
- 4) zákonné daňové odvody. **(11)**

1. 6. 4 Sociální služby ve Francii

Státní správa je ve Francii vytvořena na čtyřech stupních (celostátní, regionální, oblastní, obecní). Ve Francii byl vytvořen jednotný informační systém – MINITEL, s jehož pomocí lze získat snadno základní informace o sociálních službách pro všechny zájemce. Přístup k sociálním službám je zajišťován, podobně jako v Belgii, středisky sociální pomoci. Financování středisek probíhá prostřednictvím oblastí, které mají i odpovědnost za řízení a poskytování sociálních služeb a odpovědnost za dotace určené poskytovatelům regionálních sociálních služeb. Za poskytování zdravotní služby zodpovídá stát, který je též koordinuje a dohlíží. Pokud senior není schopen ze svého příjmu uhradit náklady spojené s pobytem, systém pomoci seniorům ukládá jejich příbuzným spoluúčast na této úhradě. **(14)**

1. 6. 5 Sociální služby v Irsku

V Irsku je založeno poskytování sociální služby na principu subsidiarity. Lze říci, že role státu je v pozadí, tuto roli vyrovnávají náboženské a dobrovolnické organizace. Až do počátku devadesátých let minulého století nebyla role a činnost nevládních organizací legislativně upravena. Právní úprava byla přijata teprve v posledních letech. Sociální služby v Irsku podléhají resortu zdravotnictví. Řízeny jsou osmi regionálními zdravotními výbory. Ucelený pohled na irský systém sociálních služeb dokládá obraz o jeho malém rozvoji, Očekává se, že do budoucna by se Irsko na základě sociálně ekonomického vývoje, mohlo vyčlenit z chudších zemí EU. **(14)**

1. 6. 6 Sociální služby v Itálii, Španělsku, Řecku a Portugalsku

V těchto zemích je značně omezená nabídka služeb sociální péče. Neformální charakter služeb směřuje k tomu, že převážná část péče je poskytována rodinami a nestátními organizacemi. Role státu nastupuje až v momentě, kdy rodina již péči není schopna zajistit. Finančně movití občané využívají soukromé komerční služby. **(14)**

1. 6. 7 Sociální služby ve Švýcarsku

Ve Švýcarsku je systém řešení sociálního a společenského postavení seniorů a problematika týkající se péče o staré lidi, reprezentativní pro ekonomicky vyspělé země západní Evropy. Do budoucna lze předpokládat problémy související s demografickou tendencí na úrovni velkých měst. Stoupá převaha osob ve věku do důchodu a zároveň klesá počet osob ve věkové skupině 10 – 24 let. V praxi to znamená úbytek obyvatel v produktivním věku, kteří by v budoucnu financovali penzijní zajištění stárnoucí populaci. Systém péče o seniory je založen na třech pilířích:

- vlastní byty,
- seniorské byty,
- domovy pro seniory. **(3)**

Ve Švýcarsku také ubývá poskytování péče rodinnými příslušníky v domácím prostředí. Důraz je kladen na péči ambulantní, která byla zajišťována v minulosti především neplacenými dobrovolníky z řad členek dobročinných spolků, žen v domácnosti a zdravotních sester v penzi. Průběžně se tato zařízení profesionalizovala. Domovy pro seniory mají ve Švýcarsku dlouholetou tradici. Slouží jako domovy pro staré lidi, kteří opustili vlastní domácnost, je zde ale také zajišťována péče chronicky nemocným. Se zvyšujícím se průměrným věkem osob ubylo seniorů, kteří by nepotřebovali poskytovat žádnou pomoc. Každý občan ve Švýcarsku má nárok na přijetí do domova pro seniory v místě svého bydliště bez ohledu na státní příslušnost. **(3)**

Ve Švýcarsku jsou domovy pro seniory zřizovány výhradně obcemi. Ty na rozdíl od České republiky mohou manipulovat s nesrovnatelně větší politickou a finanční nezávislostí. Provozní náklady jsou především v režii provozovatelů a vedení domovů. Vzhledem ke kvalitě a intenzitě poskytovaných služeb by jen těžko

tak vysokou úhradu mohli uživatelé sami zaplatit. Pobyt je financován formou pyramidálního systému:

- příjmy obyvatel jsou nárokovány v prvním stupni (penze, majetek, majetek dětí, popř. dědictví),
- nemocenská pojišťovna se na nákladech podílí ve druhém stupni (navršení malé penze na úroveň životního minima),
- individuálním pojištěním je dopláceno ve třetím stupni
- poslední rozdíl vyrovnává z rozpočtu sociální odboru obec.

Vedení domova také přispívá vlastní činností – podíl soukromých provozovatelů v zařízení (kadeřnice, kavárna, pedikúra, apod.). V neposlední řadě se podílejí na vylepšení finanční úrovně soukromé osoby a firmy formou peněžních i věcných darů. (3)

1. 6. 8 Sociální služby v Německu

V Německu je též založeno poskytování sociální služby na principu subsidiarity vycházející z tradic a historie. Občané jsou vedeni ke vzájemné solidaritě a odpovědnosti za sebe i svou rodinu. Do sociální pomoci je zahrnuta zdravotní pomoc a speciálně vypracovaný systém pro sociální a zdravotní péči. Státní správa v Německu je tvořena na třech úrovních (celostátní, zemské, lokální). Financování je realizováno z místních daní. Mezi jednotlivými zeměmi federace jsou rozdíly ve financování dávek a sociálních služeb, i když je veřejná sociální pomoc legislativně upravena na celém území stejně. Pro případnou potřebu péče bylo v Německu zavedeno v roce 1995 pojištění na péči (pravidelná a opakující se pomoc při nutných úkonech běžného života). Toto pojištění je spjato s pojištěním nemocenským. Cílem je finanční odlehčení systému sociální pomoci. V Německu je velmi rozvinutý systém nestátních organizací v oblasti sociálních služeb. Financování je zajišťováno ze státního rozpočtu, placeni jsou zaměstnanci a dále je vytvořena síť dobrovolníků. Vše zastřešuje Federální asociace nevládních organizací. Německo je velkým příkladem pro Českou republiku ve smyslu vzájemného respektování mezi státním a soukromým sektorem. (14)

1.6. 9 Sociální služby ve Švédsku

Ve Švédsku je kladen důraz v oblasti sociálních služeb na místní sektor. Fungují zde individuální sociální služby na úrovni obcí a financování je zajištěno z daní. Jenu třetinu nákladů na poskytování péče seniorům zajišťují místní úřady. Tento poměr se jeví jako nevyhovující z důvodu zvyšování nezaměstnanosti, která ovlivnila snížení příjmů místním úřadům. Vysoce institucionalizovaná péče, která byla vytvořena pomocí grantů od státu, znamená vysoké náklady na péči o seniory. Současným trendem je tento systém nahrazovat službami domácí péče, jejichž provoz je podstatně levnější. Žádoucí by byla reforma ve smyslu zrušení nebo redukce některých typů služeb a ve změně kvality poskytovaných služeb. Je velmi reálné, že by došlo ke snížení výdajů za sociální služby. S tím souvisí i zvýšení příjmů obecních rozpočtů při zachování současného fungování sociálních služeb jako alternativa řešení. **(14)**

2. Cíle práce

Cíl práce: Cílem práce bylo zjistit zdravotní stav klientů Domova pro seniory Máj před implementací zákona o sociálních službách a po jeho implementaci.

Dílčí cíle:

- 1) Porovnat vliv struktury klientů na financování sociálních služeb a naopak.
- 2) Posoudit vliv účinnosti zákona o sociálních službách na strukturu klientů nastupujících do Domova pro seniory Máj

Hypotézy:

- H 1:* Po implementaci zákona o sociálních službách se zvýšil počet uživatelů s vyšším stupněm nesoběstačnosti.
- H 2:* Po implementaci zákona o sociálních službách se zvýšil podíl státu na financování sociálních služeb.
- H 3:* Po implementaci zákona o sociálních službách se zvýšil průměrný věk uživatelů pobytových sociálních služeb.

3. Metodika

1.1 Metodický postup

V sociálním výzkumu je možno rozlišit dvě základní strategie – kvantitativní a kvalitativní. **(26)** Cílům této práce nejvíce vyhovuje kvantitativní, který byl popsán různými odborníky následujícím způsobem. Kvantitativní výzkum ověřuje platnost teorií, které jsou stavěny pomocí konceptů a měřené čísla, analyzované pomocí statistických postupů za účelem zjistit, zda se přisouzené zobecnění teorie zakládá na pravdě. **(1)**

Cílem kvantitativního výzkumu je testování hypotéz. Z hlediska návrhu informace je v kvantitativním výzkumu omezený rozsah informace o velice mnoha jedincích. Zevšeobecnění na populaci je většinou snadné, jeho validita je měřitelná. V kvantitativním výzkumu je logika deduktivní. Problém se na začátku nachází v teorii nebo v sociální realitě. Tento problém se transformuje do hypotéz, ty pak tvoří základ pro výběr proměnných. Data, která byla shromážděna, jsou použita pro testování hypotéz. Výsledkem kvantitativního výzkumu je soubor obsahující přijaté nebo zamítnuté hypotézy. **(2)**

Stručně shrnuto, kvantitativní přístup předpokládá, že jevy sociálního světa, které jsou předmětem zkoumání, budou měřitelné, tříditelné či nějakým způsobem uspořádatelné. Analyzovány jsou statistickými metodami. Záměrem je ověřit platnost představ. Kvantitativní výzkum není jednotným celkem, ale škálou rozdílných postojů, které vychází z jednoho základního pravidla, zkoumat určitou skutečnost v přirozených podmínkách, porozumět a vytvořit co možná nejlepší celistvý obraz. **(26)**

Ke sběru dat potřebných pro realizaci cílů této práce jsem zvolila techniku sekundární analýzy dat. Sekundární analýza dat není často používaným způsobem sběru dat. Setkáváme se s ním ve výzkumných úlohách, kde jsou předmětem výzkumu např. různé sociologické či psychologické aspekty různých procesů adaptace, v etnografii a antropologii při rozborech kulturních fenoménů a při jiných tématech, která nějakým způsobem souvisí s jistým historickým zaměřením. Studium dokumentů je vlastně sledováním rozsáhlých i minulých časových úseků vzniku a existence zkoumaných jevů. V sociálních výzkumech je dokumentem určitý výtvar lidské činnosti, který vznikl z jiných důvodů, než je řešený problém

výzkumu. Důvodem je většinou uchování či předání nějaké informace. Dokumenty je možné rozdělit na:

- dokumenty úřední (protokoly, matriky, faktury, zápisy z porad, kvalifikační doklady, vyhlášky, zákony, apod.),
- veřejné dokumenty – masmediální (noviny, knihy, časopisy, publicistická a umělecká díla, apod.),
- dokumenty osobní – pořízené určitou osobou spontánně či na vyžádání (soukromá korespondence, deníky, účetnictví domácností, zápisky, poznámky, apod.),
- dokumenty předmětné (projevy a výsledky lidského užívání, určitých předmětů, nástrojů, systémů, apod. – obsah popelnic, ohmatanost knih, prošlapanost schodišť, apod.).

Mimo uvedených druhů dokumentů se rozlišuje ještě také jejich podoba, která může být:

- psaná (knihy, časopisy, dokumentace, materiály),
- fonetická (audionahrávky),
- obrazová (fotografie, filmy, obrazy),
- virtuální (informace, diskuse, pošta),
- trojrozměrná (sochy, stavby, modely).

Jiné klasifikování dokumentů může být podle výskytu na časté, průběžné (periodické), občasné (epizodické). **(2)**

Sekundárními nazýváme dokumenty, které vznikly na základně prvotní dokumentace (ročenky, přehledy ekonomických výsledků firem či zařízení, výsledky hospodaření, katalogy, zprávy o zdravotním stavu určité populace). **(15)**

Každý druh a každá podoba určitého dokumentu vyžaduje také specifický způsob práce s ním. Rozhodně neexistuje univerzální “návod k použití”. Základní podmínkou je schopnost mu porozumět a interpretovat ho. Práce s dokumenty je založena na principu hledání jistých znaků, prvků, vztahů, aspektů v okolnostech vzniku, popř. srovnávání s dalšími dokumenty. **(26)**

Sekundární analýze jsem podrobila statistické výkazy, ekonomické výkazy domova pro seniory, zdravotní, ošetřovatelskou a sociální dokumentaci.

3.2 Charakteristika výzkumného souboru

Výběr respondentů byl záměrný. Cílem bylo vytvořit takový výzkumný soubor, který by mohl na základě analýzy primární dokumentace vypovědět o změnách struktury klientů Domova pro seniory Máj, které by byly ovlivněny účinností zákona o sociálních službách. Výše jmenované zařízení je zřizované Statutárním městem České Budějovice, jeho aktuální kapacita je 151 lůžek. Domov má zaregistrováno pět sociálních služeb podle zákona č. 108/2006 Sb. Jsou to:

- domov pro seniory (§ 49 zákona),
- domov pro osoby se zdravotním postižením (§ 48 zákona),
- domov se zvláštním režimem (§ 50 zákona),
- odlehčovací služby (§ 44 zákona),
- denní stacionář (§ 46 zákona).

Pro účely této práce byly použity údaje za první tři uvedené služby.

Domov pro seniory Máj je zařízení, které je určeno osobám majícím sníženou soběstačnost zejména z důvodu:

- věku nebo zdravotního postižení,
- chronického duševního onemocnění,
- Alzheimerovy demence a ostatních typů demencí,

jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby.

Posláním domova je vytvářet podmínky pro důstojný, spokojený a smysluplný život pro toho, kdo vzhledem ke svému zdravotnímu stavu a sociální situaci potřebuje péči, kterou není možné zajistit v domácím prostředí. Základními cíli této služby je:

- zajistit zdravotní a ošetrovatelskou péči,
- pomáhat udržovat soběstačnost klienta,
- podporovat styk klienta s okolním prostředím,
- naplňovat volný čas klienta smysluplnou činností,
- umožňovat spolupráci mezi Domovem pro seniory Máj, klientem a rodinou.

Cílovou skupinu tvoří:

- senioři,
- osoby se zdravotním postižením,

- osoby s chronickým onemocněním,
- osoby s chronickým duševním onemocněním,
- osoby s kombinovaným onemocněním.

4. Výsledky

4.1 Struktura uživatelů služby do konce roku 2006

Struktura uživatelů je zpracována z různých hledisek:

- věková struktura,
- průměrný věk,
- složení uživatelů podle pohlaví,
- příjemci zvýšeného důchodu pro bezmocnost,
- schopnost sebeobsluhy.

4.1.1 Věková struktura

Data o struktuře uživatelů služby z hlediska jejich věku byla čerpána ze statistického výkazu „Roční výkaz o zařízeních sociální péče a poskytování sociálních služeb” Soc (MPSV) V1 – 01 za léta 2004 až 2006 (viz příloha č. 1). Byly převzaty tam používané intervaly věku, tj. 27 – 65 let, 66 – 85 let a nad 85 let. Počty uživatelů podle tohoto členění byly následující:

Tabulka č. 1 Věková struktura uživatelů

Věková skupina	Rok		
	2004	2005	2006
27 - 65 let	9	8	6
66 - 85 let	83	83	83
nad 85 let	32	33	36
Celkem	124	124	125

Zdroj: statistický výkaz Soc (MPSV) V1 - 01

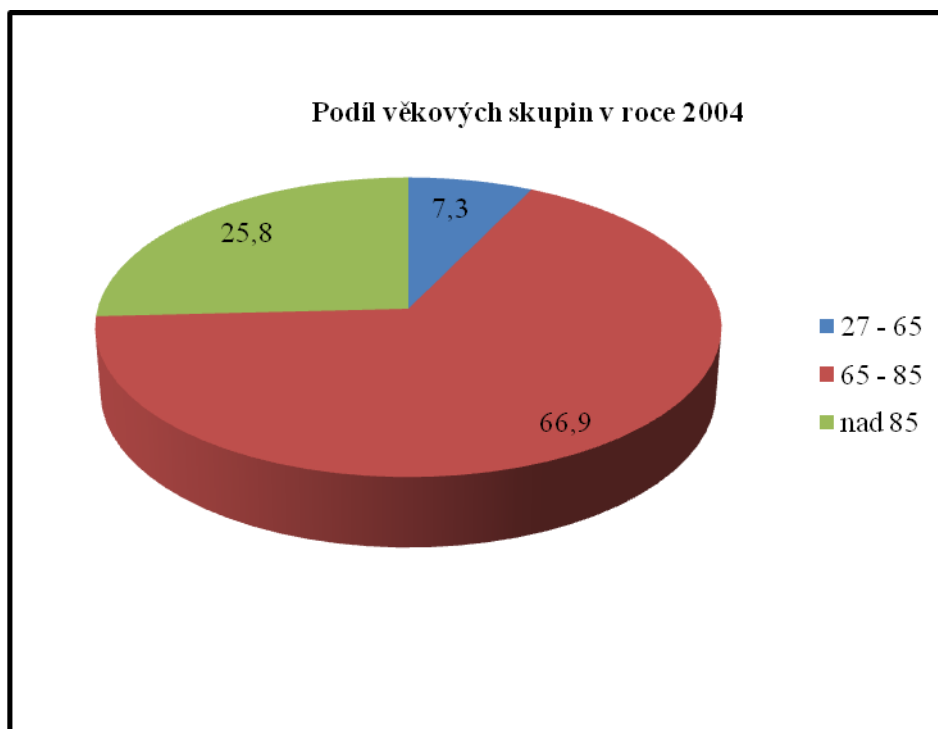
Podíl jednotlivých věkových skupin na celkovém počtu uživatelů je patrný z následující tabulky č. 2 a grafů č. 1, 2, 3.

Tabulka č. 2 Podíl jednotlivých věkových skupin (údaje v %)

Věková skupina	Rok		
	2004	2005	2006
27 - 65	7,3	6,5	4,8
65 - 85	66,9	66,9	66,4
nad 85	25,8	26,6	28,8

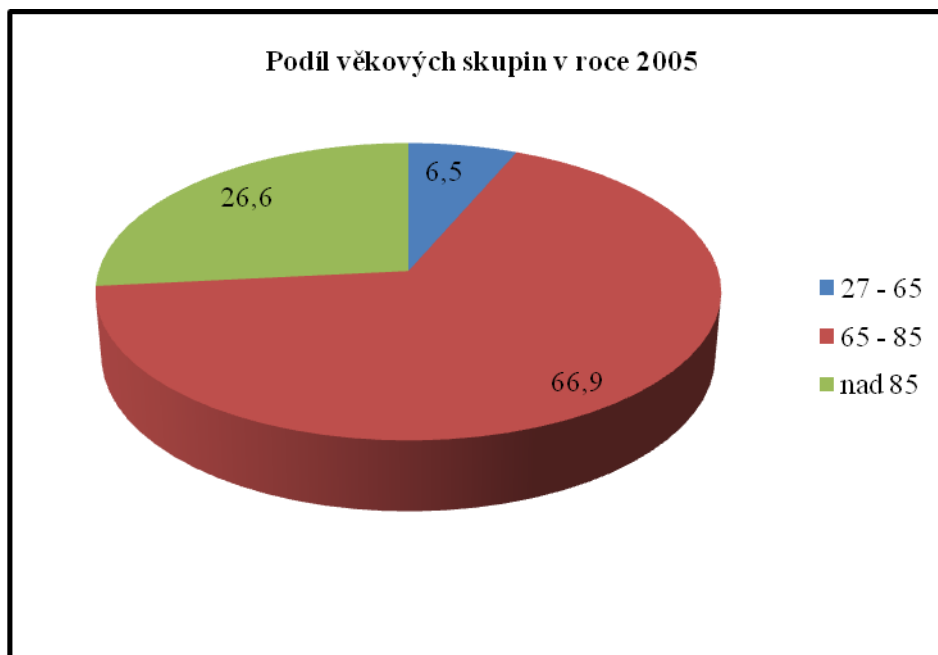
Zdroj: vlastní výpočet

Graf č. 1 Podíl věkových skupin uživatelů v roce 2004



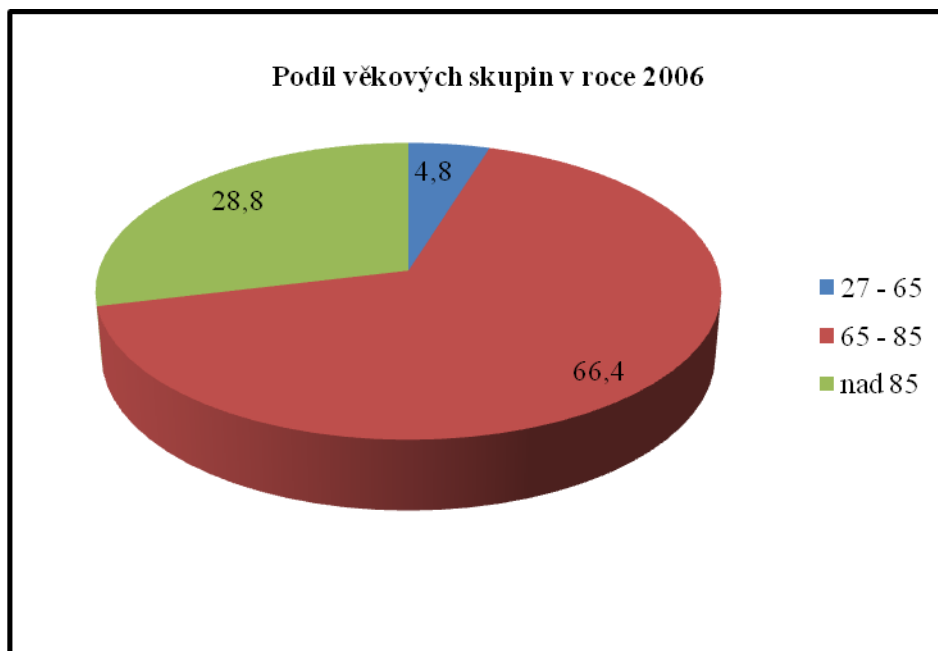
Zdroj: vlastní výzkum

Graf č. 2 Podíl věkových skupin uživatelů v roce 2005



Zdroj: vlastní výzkum

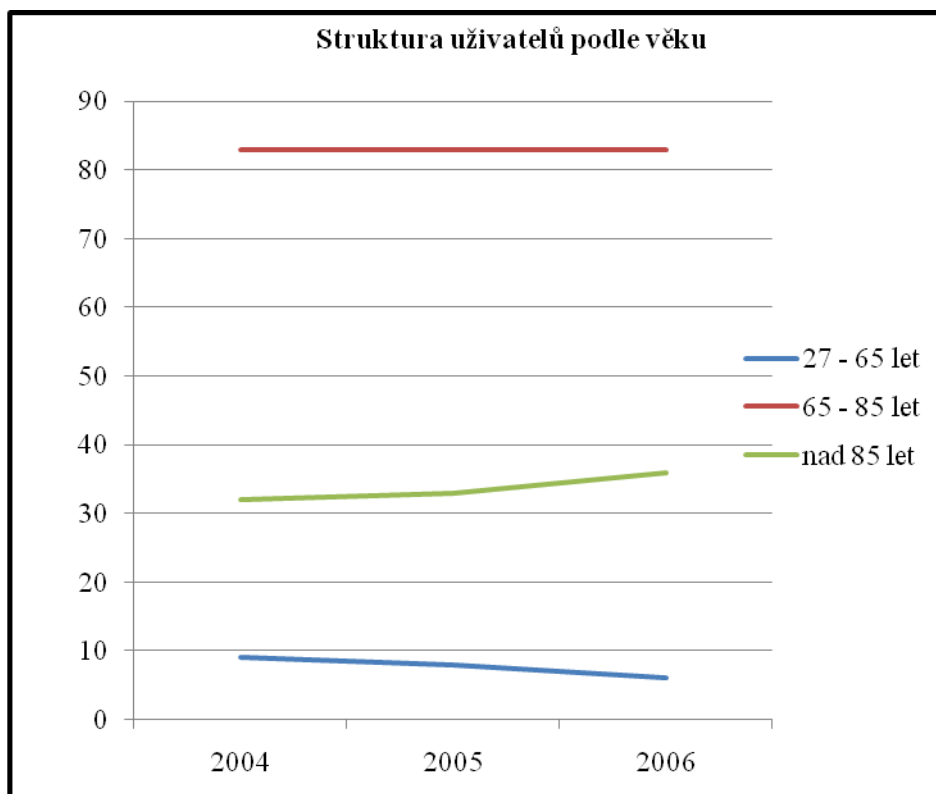
Graf č. 3 Podíl věkových skupin uživatelů v roce 2006



Zdroj: vlastní výzkum

Vývoj věkové struktury je znázorněn v grafu č. 4

Graf č. 4 Vývoj věkové struktury



Zdroj: vlastní výzkum

Z uvedeného grafu je patrné, že zatímco počet uživatelů v interval 27 až 65 let mírně klesá (z 9 v roce 2004 na 6 v roce 2006), zvýšil se téměř o stejný počet uživatelů v intervalu nad 85 let (z 32 v roce 2004 na 36 v roce 2006). Počet uživatelů v interval 65 až 85 let je ve sledovaném období konstantní.

4. 1. 2 Průměrný věk

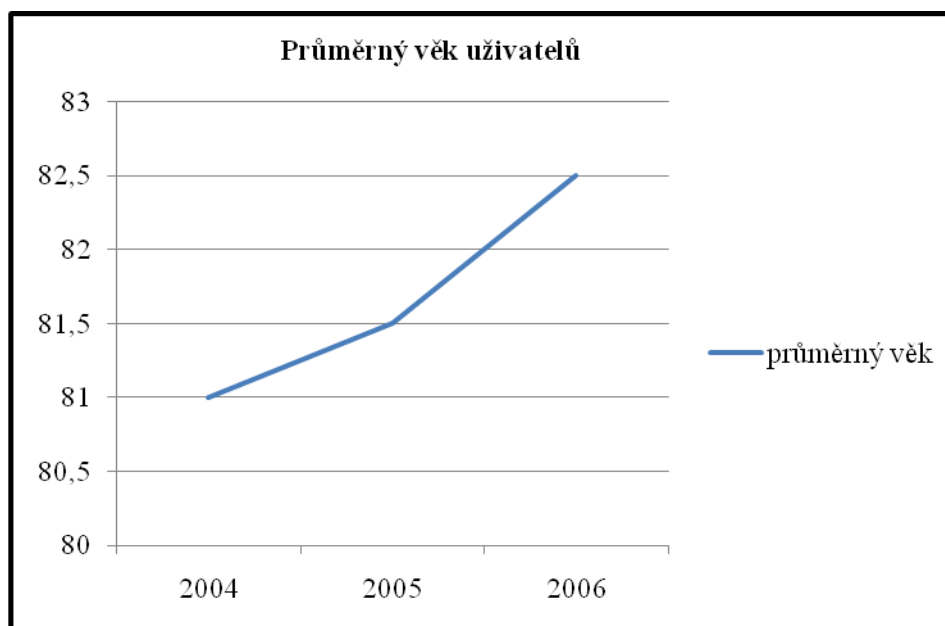
Hodnoty průměrného věku uživatelů byly převzaty rovněž ze statistického výkazu Soc (MPSV) V1 – 01. Konkrétní údaje jsou uvedeny v následující tabulce č. 3 a grafu č. 5

Tabulka č. 3 Průměrný věk uživatelů

Ukazatel	Rok		
	2004	2005	2006
průměrný věk	81	81,5	82,5

Zdroj: statistický výkaz Soc (MPSV) V1 – 01

Graf č. 5 Průměrný věk – vývoj



Zdroj: vlastní výzkum

Je tedy zřejmé, že ve sledovaném období, tj. v letech 2004 až 2006 se zvýšil průměrný věk uživatelů z 81 let na 82,5 roku.

4. 1. 3 Složení uživatelů podle pohlaví

Údaje o složení uživatelů podle pohlaví jsem čerpala ze statistických výkazů Soc (MPSV) V1 – 01. Data za období let 2004 až 2006 jsou uvedena v tabulce č. 4.

Tabulka č. 4 Složení uživatelů podle pohlaví

Ukazatel	Rok		
	2004	2005	2006
počet mužů	30	25	26
počet žen	94	99	99
Celkem	124	124	125

Zdroj: statistický výkaz Soc (MPSV) V1 – 01

Podíl obou pohlaví na celkovém počtu uživatelů služby je uveden v tabulce č. 5.

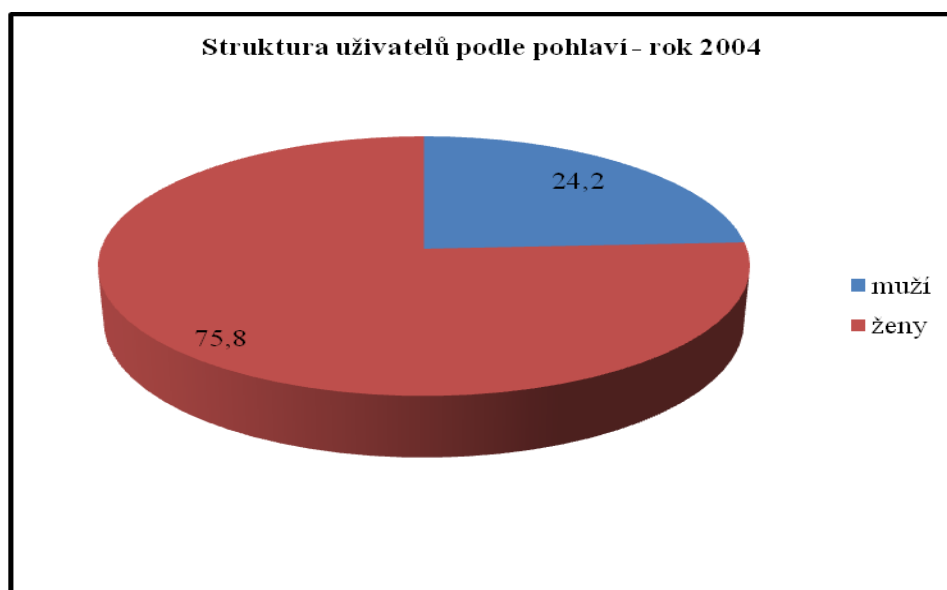
Tabulka č. 5 Podíl mužů a žen na celkovém počtu uživatelů

Podíl	Rok		
	2004	2005	2006
muži	24,2	20,2	20,8
ženy	75,8	79,8	79,2

Zdroj: vlastní výpočet

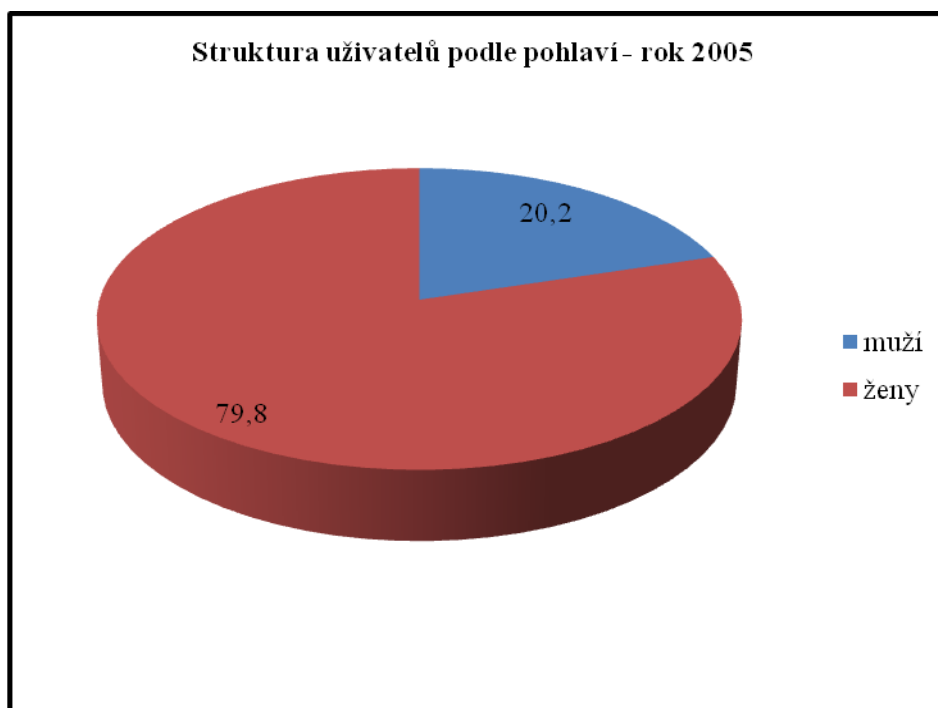
Grafické znázornění podílu mužů a žen v jednotlivých letech je obsahem grafů č. 6, 7, 8.

Graf č. 6 Struktura uživatelů podle pohlaví – rok 2004



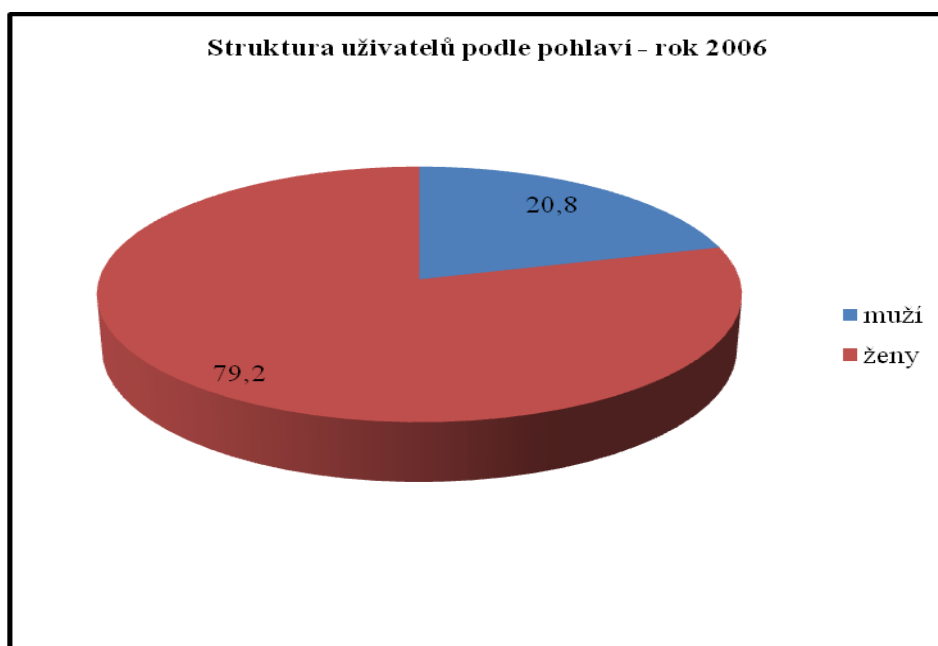
Zdroj: vlastní výzkum

Graf č. 7 Struktura uživatelů podle pohlaví – rok 2005



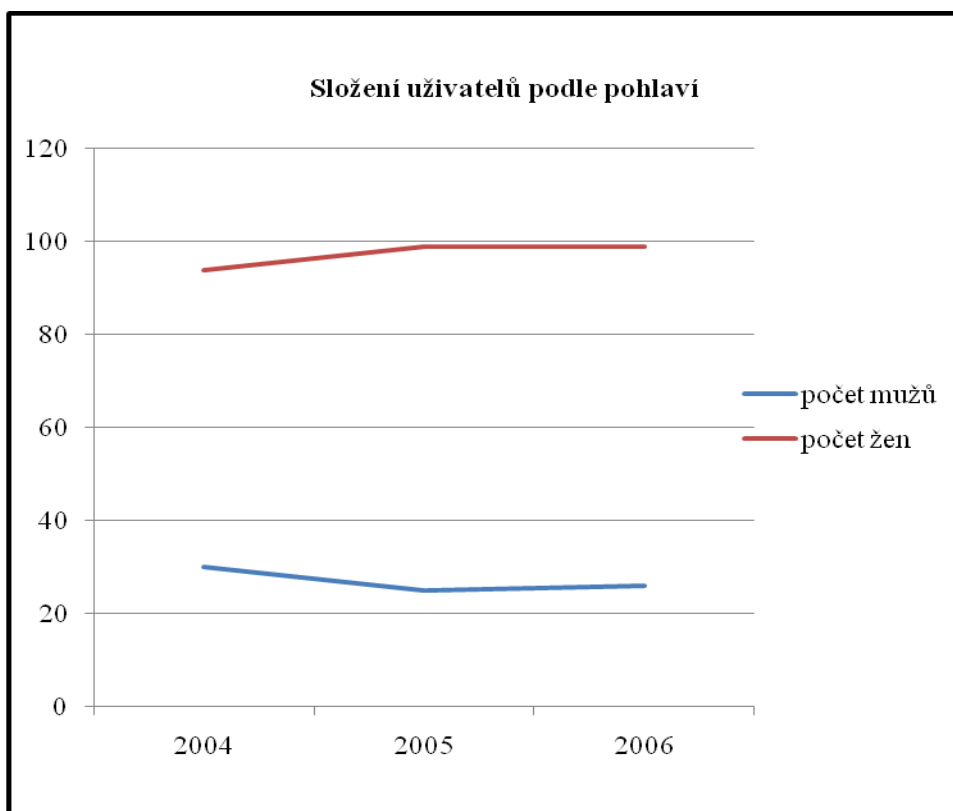
Zdroj: vlastní výzkum

Graf č. 8 Struktura uživatelů podle pohlaví - rok 2006



Zdroj: vlastní výzkum

Vývoj struktury uživatelů podle pohlaví ukazuje graf č.9



Zdroj: vlastní výzkum

Z grafu je patrný mírný pokles počtu mužů v roce 2005, který byl vyrovnán zvýšením počtu žen.

4. 1. 4 Příjemci zvýšeného důchodu pro bezmocnost

Počty uživatelů z hlediska příjmu zvýšeného důchodu pro bezmocnost je uvedeno v tabulce č. 6

Tabulka č. 6 Počty příjemců zvýšeného důchodu pro bezmocnost

Stupeň	Rok		
	2004	2005	2006
bez zvýšení	52	46	40
I. stupeň	17	19	16
II. stupeň	37	39	41
III. stupeň	18	20	28
Celkem	124	124	125

Zdroj: přehledy domova pro seniory

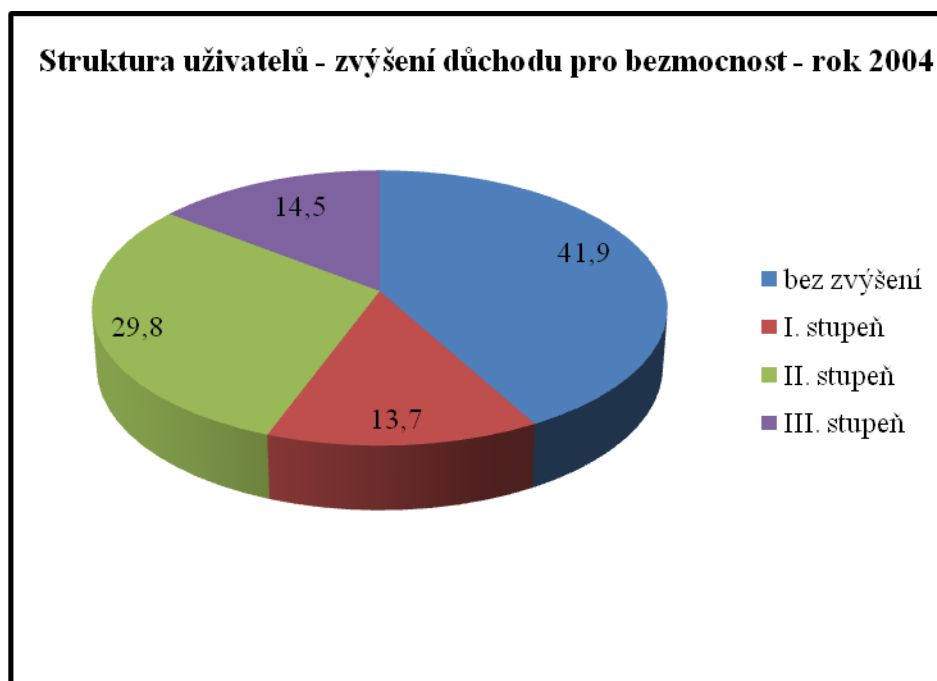
Složení uživatelů podle tohoto kritéria obsahuje tabulka č. 7 a pro větší názornost jsem zpracovala grafy č. 10, 11 a 12

Tabulka č. 7 Podíl příjemců zvýšeného důchodu pro bezmocnost na celkovém počtu uživatelů

Stupeň	Rok		
	2004	2005	2006
bez zvýšení	41,9	37,1	32,0
I. stupeň	13,7	15,3	12,8
II. stupeň	29,8	31,5	32,8
III. stupeň	14,5	16,1	22,4

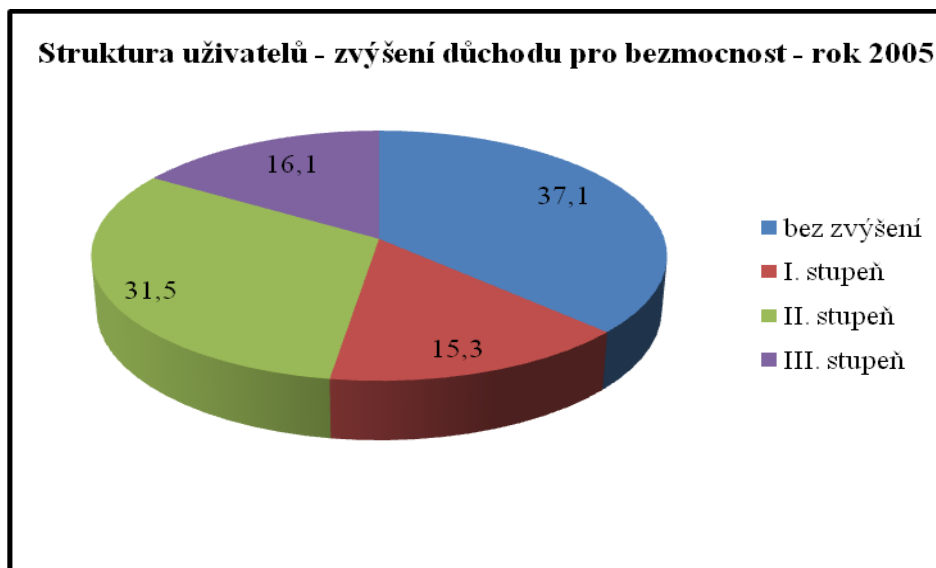
Zdroj: vlastní výpočet

Graf č. 10 Struktura uživatelů podle kritéria zvýšení důchodu pro bezmocnost v roce 2004



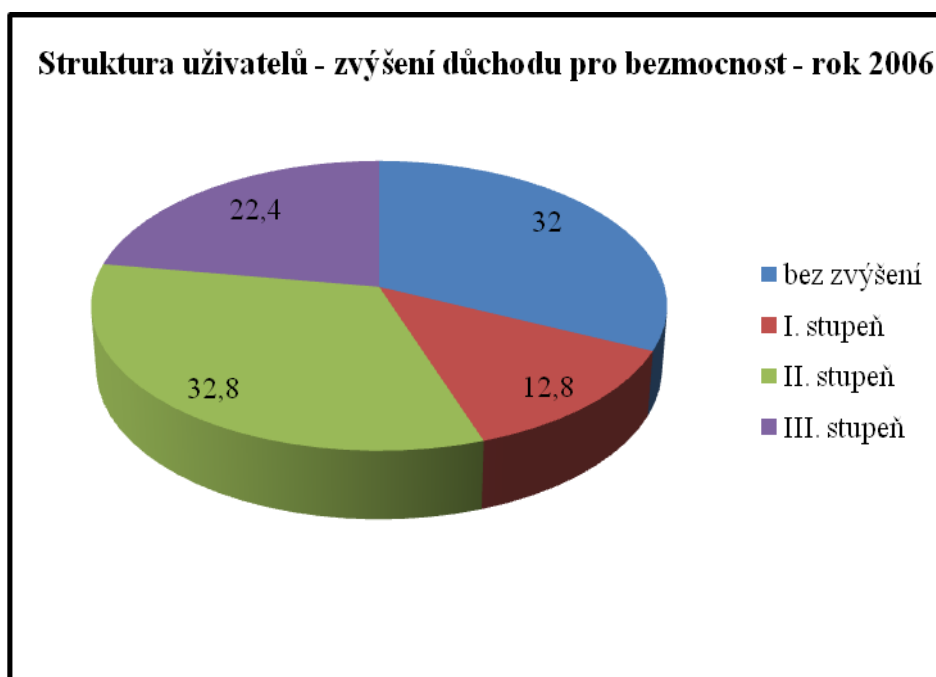
Zdroj: vlastní výzkum

Graf č. 11 Struktura uživatelů podle kritéria zvýšení důchodu pro bezmocnost v roce 2005



Zdroj: vlastní výzkum

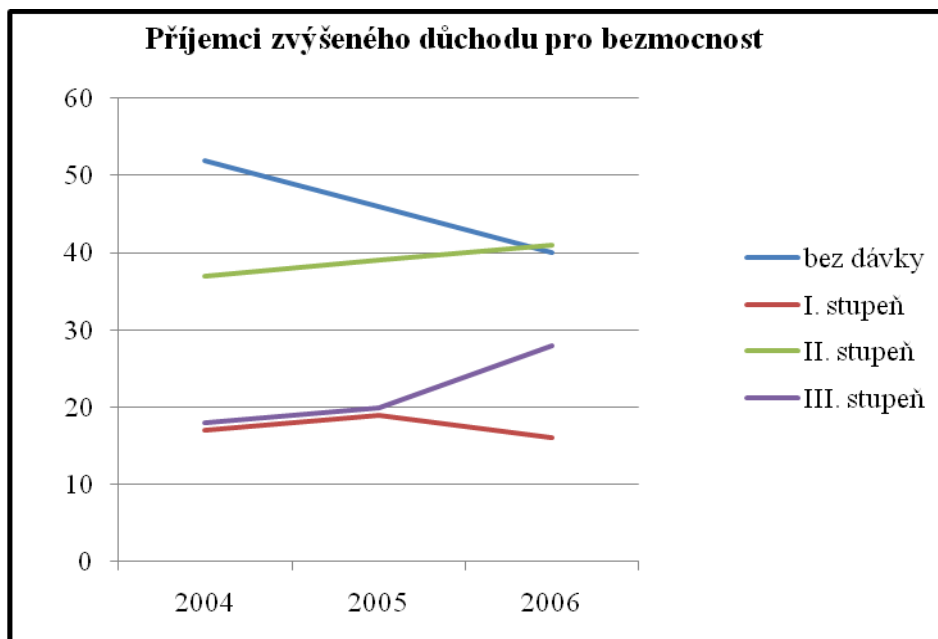
Graf č. 12 Struktura uživatelů podle kritéria zvýšení důchodu pro bezmocnost v roce 2006



Zdroj: vlastní výzkum

Vývoj složení uživatelů podle příjmu zvýšeného důchodu pro bezmocnost ukazuje graf č. 13

Graf č. 13 Příjemci zvýšeného důchodu pro bezmocnost – vývoj



Zdroj: vlastní výzkum

Uvedený graf znázorňuje výraznější úbytek uživatelů, kteří nejsou příjemci zvýšeného důchodu pro bezmocnost, a rovněž příjemců zvýšeného důchodu pro bezmocnost I. stupně (celkem z 69 uživatelů v roce 2004 na 56 uživatelů v roce 2006), mírný nárůst příjemců zvýšeného důchodu pro bezmocnost II. stupně a výrazné zvýšení počtu příjemců zvýšeného důchodu pro bezmocnost III. stupně (z 18 v roce 2004 na 28 v roce 2006).

4. 1. 5 Složení uživatelů podle schopnosti sebeobsluhy

Údaje o složení uživatelů podle schopnosti sebeobsluhy jsem získala ze sociální a ošetrovatelské dokumentace. Jako hodnotící kritéria jsem zvolila:

- počet mobilních uživatelů,
- počet imobilních uživatelů,
- počet uživatelů, kteří používají pojízdné křeslo,
- počet uživatelů, kteří potřebují pomoc při podávání stravy,
- počet uživatelů, kteří nejsou schopni přijímat stravu sami.

Data jsem vybírala vždy k 31. prosinci příslušného roku. Počty uživatelů podle zmíněného členění jsem uspořádala do tabulky č. 8.

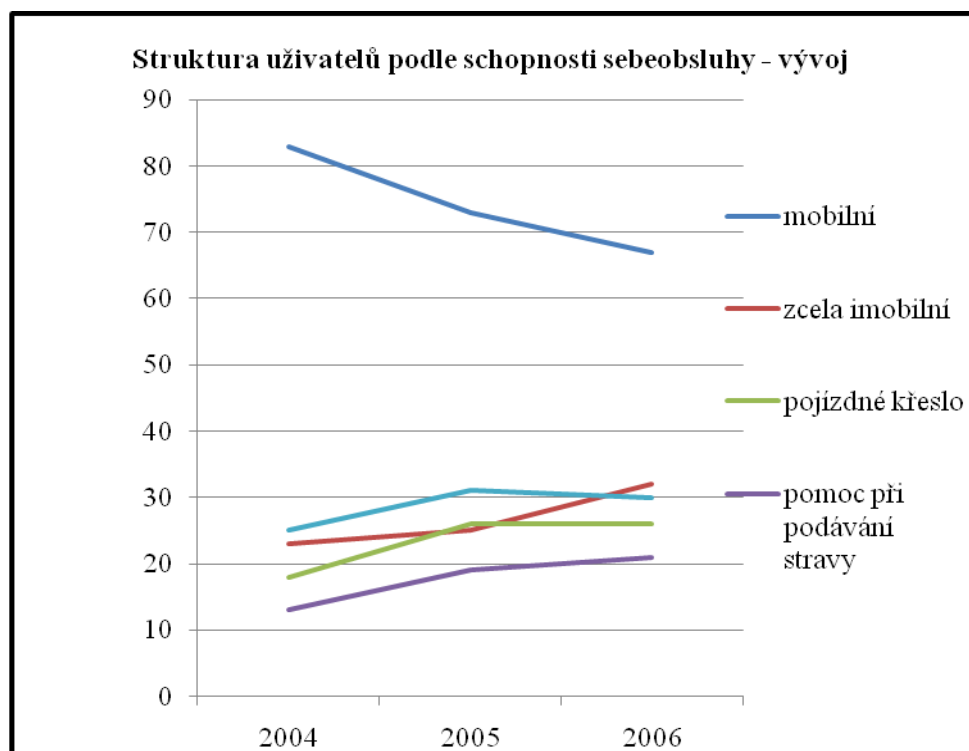
Tabulka č. 8 Struktura uživatelů podle schopnosti sebeobsluhy

Kritérium	Rok		
	2004	2005	2006
mobilní	83	73	67
zcela imobilní	23	25	32
pojízdné křeslo	18	26	26
pomoc při podávání stravy	13	19	21
podávání stravy	25	31	30

Zdroj: vlastní zjištění

Mezi první tři kritéria byli rozděleni v příslušném roce všichni uživatelé, někteří z nich byli současně započítáni i do dalších dvou kritérií. Z toho důvodu neuvádím podíl uživatelů v jednotlivých kritériích na celkovém počtu, ale pouze graf, který znázorňuje vývoj počtu uživatelů ve všech zvolených kritériích.

Graf č. 14 Struktura uživatelů podle schopnosti sebeobsluhy – vývoj



Zdroj: vlastní výzkum

Graf dokládá obdobou tendenci jako u skladby uživatelů z hlediska příjmu zvýšeného důchodu pro bezmocnost, tj. poměrně značný úbytek mobilních uživatelů (z 83 v roce 2004 na 67 v roce 2006) a nárůst počtu uživatelů, kteří jsou zcela imobilní (z 23 v roce 2004 na 32 v roce 2006) a uživatelů, kteří jsou odkázáni na pojízdné křeslo (z 89 v roce 2004 na 26 v roce 2006).

4. 2 *Financování sociálních služeb v domově pro seniory do roku 2006*

Jak již bylo uvedeno v teoretické části práce, sociální služby byly do konce roku 2006 financovány ze tří, resp. čtyř zdrojů. Prvním zdrojem příjmů byly tržby od uživatelů služeb, dalším, nejvýznamnějším, byly dotace od zřizovatele (obec, kraj) a třetím zdrojem byla vlastní činnost a ostatní výnosy poskytovatele sociálních služeb (stravování cizích strážníků, provozování doplňkových činností, např. kavárny, úroky ze zůstatku finančních prostředků na běžném účtu, finanční a věcné dary).

V souladu se zákonem o státním rozpočtu na jednotlivá léta (na rok 2004 zákon č. 457/2003 Sb., **(39)** na rok 2005 zákon 675/2004 Sb., **(37)** na rok 2006 zákon 543/2005 Sb., **(38)**) dotoval stát rozpočty zřizovatelů zařízení sociálních služeb dotací ze státního rozpočtu. Byla stanovena dotace na jedno lůžko v pobytových zařízeních sociálních služeb. V roce 2004 představovala dotace na jedno celoročně využitě lůžko částku 63 608,- Kč, v roce 2005 to bylo 66 785,- Kč a o rok později už 70 050,- Kč. Vyúčtování dotací bylo provedeno na základě údajů z „Ročního výkazu o zařízeních sociální péče a poskytování sociálních služeb“ – Soc (MPSV) V 1 -01, kde bylo uvedeno průměrné roční využití lůžkové kapacity. Podle stupně využití byla dotace poskytována v buď plné výši, nebo krácena úměrně využití lůžek (viz příloha č. 1).

V následující tabulce č. 9 jsou uspořádány jednotlivé druhy příjmů a pod tabulkou jsou uvedeny dotace ze státního rozpočtu do rozpočtu zřizovatele. V další tabulce č. 10 je upravena dotace od zřizovatele o státní dotaci a ta je uvedena samostatně. Důvodem je potřeba porovnání se systémem financování po roce 2006. Ze stejného důvodu jsou v tabulkách uvedeny i řádky „příspěvek na péči“ a „tržby za zdravotní péči“ s nulovými hodnotami.

Tabulka č. 9 Zdroje financování

Ukazatel	Rok		
	2004	2005	2006
Tržby od klientů	7 674	10 514	11 097
Dotace od zřizovatele	23 453	23 764	26 548
Vlastní činnost	1 159	2 195	3 093
Dotace od MPSV	0	0	0
Příspěvek na péči	0	0	0
Tržby za zdravotní péči	0	0	0
Celkem	32 286	36 473	40 738
Dotace ze SR do rozpočtu obcí	5 729	8 415	8 826

Zdroj: ekonomické výkazy domova pro seniory a vlastní výpočet

Tabulka č. 10 Zdroje financování po úpravě

Ukazatel	Rok		
	2004	2005	2006
Tržby od klientů	7 674	10 514	11 097
Dotace od zřizovatele	17 724	15 349	17 722
Vlastní činnost	1 159	2 195	3 093
Dotace od MPSV	5 729	8 415	8 826
Příspěvek na péči	0	0	0
Tržby za zdravotní péči	0	0	0
Celkem	32 286	36 473	40 738

Zdroj: ekonomické výkazy domova pro seniory a vlastní výpočet

Pro lepší přehlednost uvádím dále tabulky č. 11, 12, 13 a grafy č. 15, 16 a 17, které znázorňují podíl jednotlivých zdrojů na celkových příjmech v letech 2004 až 2006.

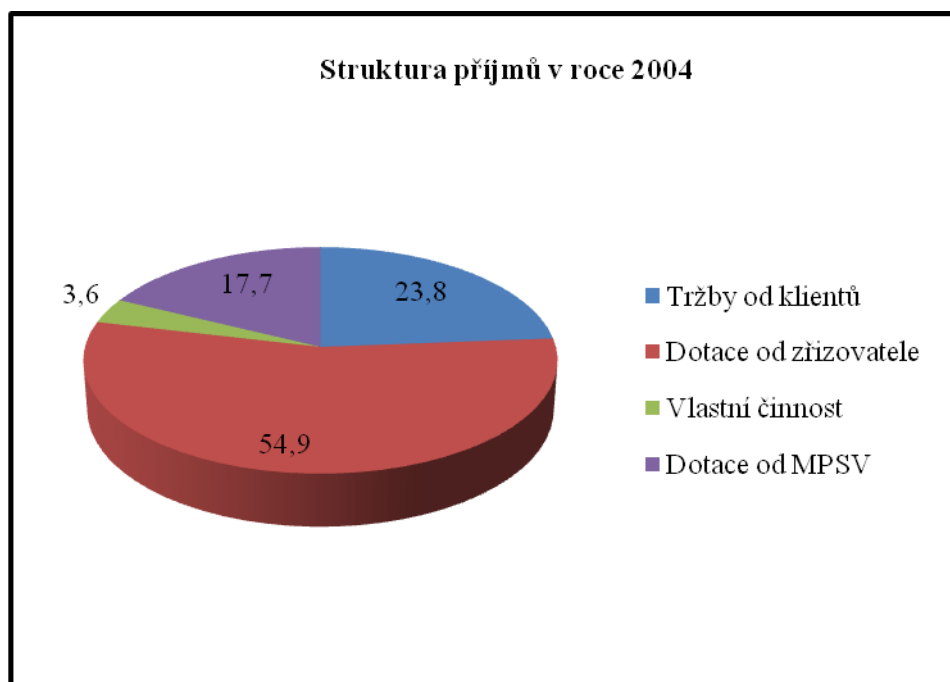
Tabulka č. 11 Podíl jednotlivých zdrojů na celkových příjmech

Ukazatel/rok	2004	po úpravě	podíl
Tržby od klientů	7 674	7 674	23,8
Dotace od zřizovatele	23 453	17 724	54,9
Vlastní činnost	1 159	1 159	3,6
Dotace od MPSV	0	5 729	17,7
Příspěvek na péči	0	0	0,0
Tržby za zdravotní péči	0	0	0,0
Celkem	32 286	32 286	100,0

Dotace ze SR do rozpočtu obce 5 729

Zdroj: ekonomické výkazy domova pro seniory a vlatní výpočty

Graf č. 15 Struktura příjmů v roce 2004



Zdroj: vlastní výzkum

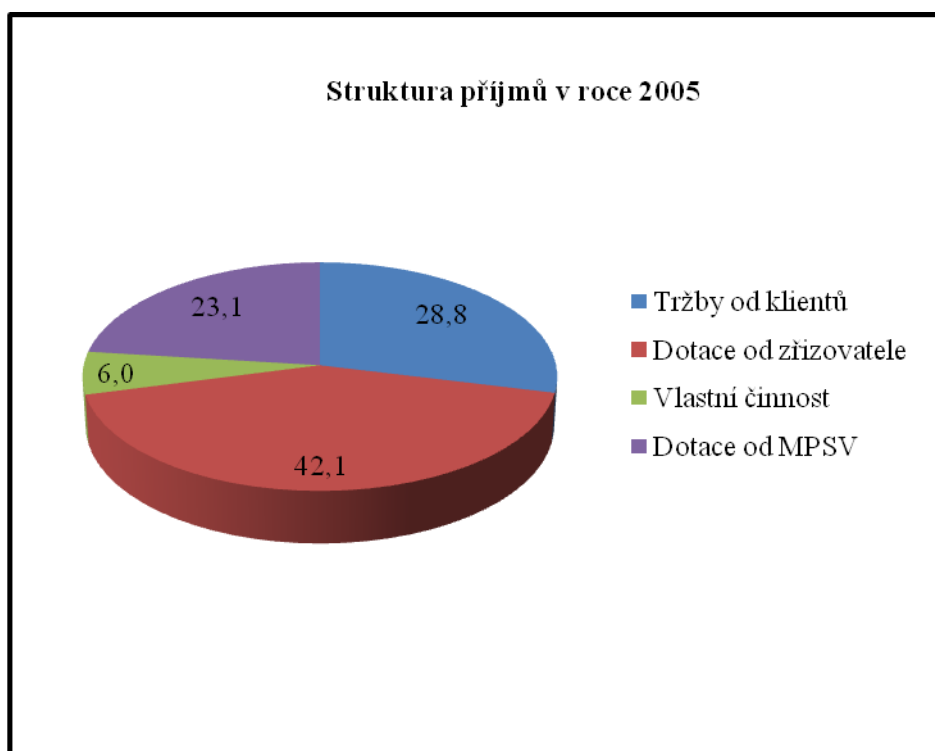
Tabulka č. 12 Podíl jednotlivých zdrojů na celkových příjmech

Ukazatel/rok	2005	po úpravě	podíl
Tržby od klientů	10 514	10 514	28,8
Dotace od zřizovatele	23 764	15 349	42,1
Vlastní činnost	2 195	2 195	6,0
Dotace od MPSV	0	8 415	23,1
Příspěvek na péči	0	0	0,0
Tržby za zdravotní péči	0	0	0,0
Celkem	36 473	36 473	100,0

Dotace ze SR do rozpočtu obce 8 415

Zdroj: ekonomické výkazy domova pro seniory a vlastní výpočty

Graf č. 16 Struktura příjmů v roce 2005



Zdroj: vlastní výzkum

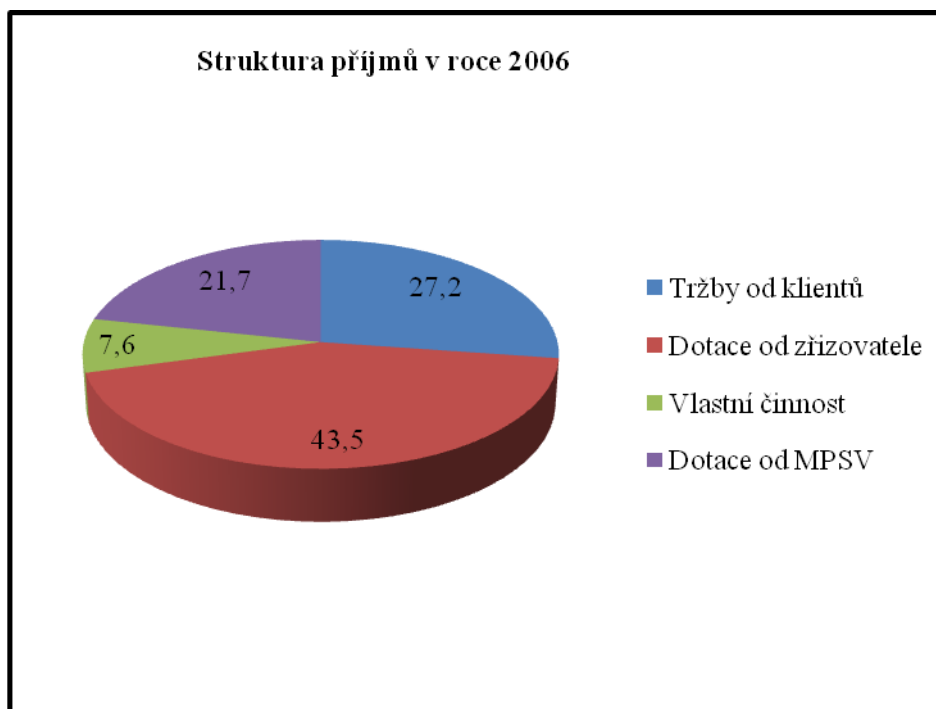
Tabulka č. 13 Podíl jednotlivých zdrojů na celkových příjmech

Ukazatel/rok	2006	po úpravě	podíl
Tržby od klientů	11 097	11 097	27,2
Dotace od zřizovatele	26 548	17 722	43,5
Vlastní činnost	3 093	3 093	7,6
Dotace od MPSV	0	8 826	21,7
Příspěvek na péči	0	0	0,0
Tržby za zdravotní péči	0	0	0,0
Celkem	40 738	40 738	100,0

Dotace ze SR do rozpočtu obce 8 826

Zdroj: ekonomické výkazy domova pro seniory a vlastní výpočty

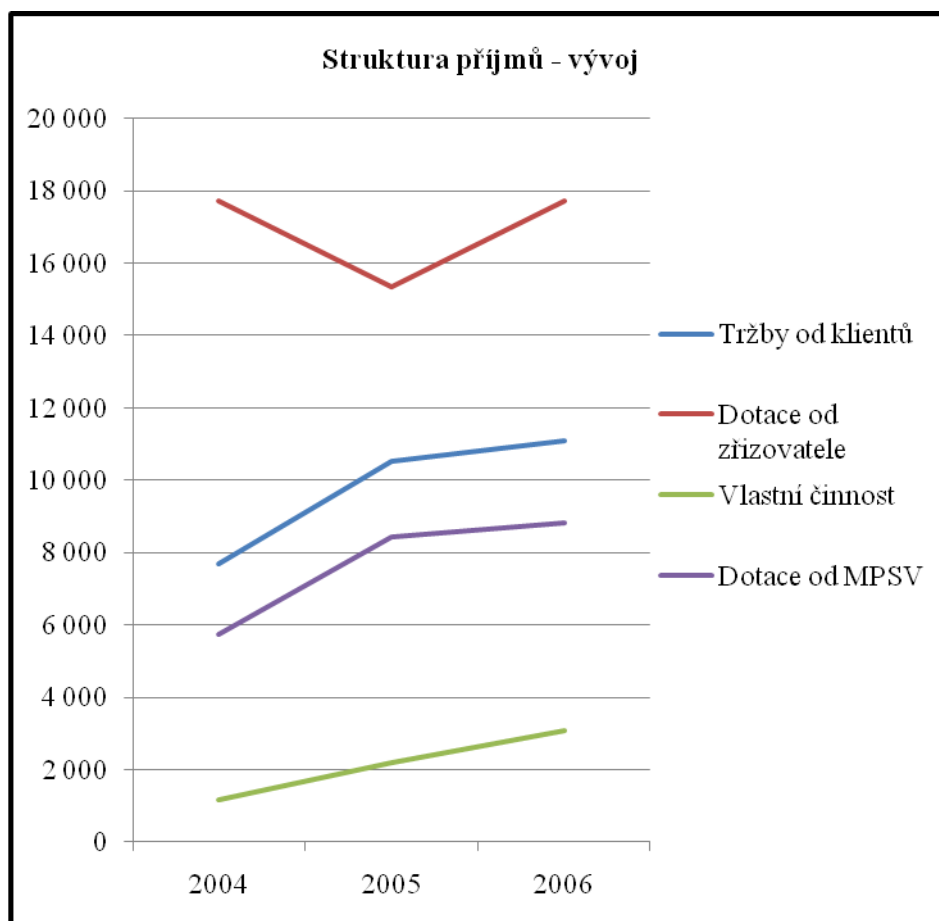
Graf č. 17 Struktura příjmů v roce 2006



Zdroj: vlastní výzkum

Zajímavý je vývoj jednotlivých druhů příjmů ve sledovaném období, tj. v letech 2004 až 2006, který je znázorněn v grafu č. 18.

Graf č. 18 Struktura příjmů - vývoj



Zdroj: vlastní výzkum

Tržby od klientů, stejně jako dotace od MPSV vzrostly rychleji v roce 2005, v dalším roce je jejich zvýšení pomalejší. Důvodem je skutečnost, že provoz domova byl zahájen v roce 2004 až v březnu a tržby od klientů byly realizovány jen za necelých deset měsíců. Dotace MPSV byla krácena za nižší využití lůžkové kapacity. Tržby z vlastní činnosti vykazují lineární nárůst, dotace od zřizovatele byla v roce 2005 v porovnání s předchozím rokem nižší a v roce 2006 dosáhla úrovně roku 2004. Pokles v roce 2005 je dán zvýšením objemu dotace od MPSV a také skutečností, že v roce 2004 zahrnovala i výdaje spojené s prvotním dovybavením domova.

4. 3 Struktura uživatelů služby po roce 2007

Struktura uživatelů je zpracována z pochopitelných důvodů podle stejných hledisek jako v části 4. 1. 1.

4. 3. 1 Věková struktura

Údaje o věkové struktuře klientů byly převzaty ze statistického výkazu Soc (MPSV) V 1 – 01. V letech 2004 až 2008 byly věkové intervaly určeny shodně, tj. 27 – 65 let, 66 – 85 let a nad 85 let. Od roku 2009 se členění na jednotlivé věkové skupiny zpřesnilo a vznikly nové intervaly 66 – 75 let, 76 – 85 let, 86 – 95 let a nad 95 let. V zájmu zachování kontinuity zpracovávaných dat jsem údaje z roku 2009 ponechala ve stejném členění jako v předchozích letech.

Je nutné dodat, že podle platné registrace jsou cílovými skupinami osoby od 45 let (domov pro seniory, domov pro osoby se zdravotním postižením), resp. od 50 let (domov se zvláštním režimem).

Počty uživatelů v letech 2007 až 2009 podle věkových skupin jsou uvedeny v tabulce č. 13.

Tabulka č. 13 Věková struktura uživatelů

Věková struktura uživatelů	Rok		
	2007	2008	2009
27 - 65 let	3	7	9
66 - 85 let	77	73	61
nad 85 let	44	45	56
Celkem	124	125	126

Zdroj: statistické výkazy Soc (MPSV) V – 01

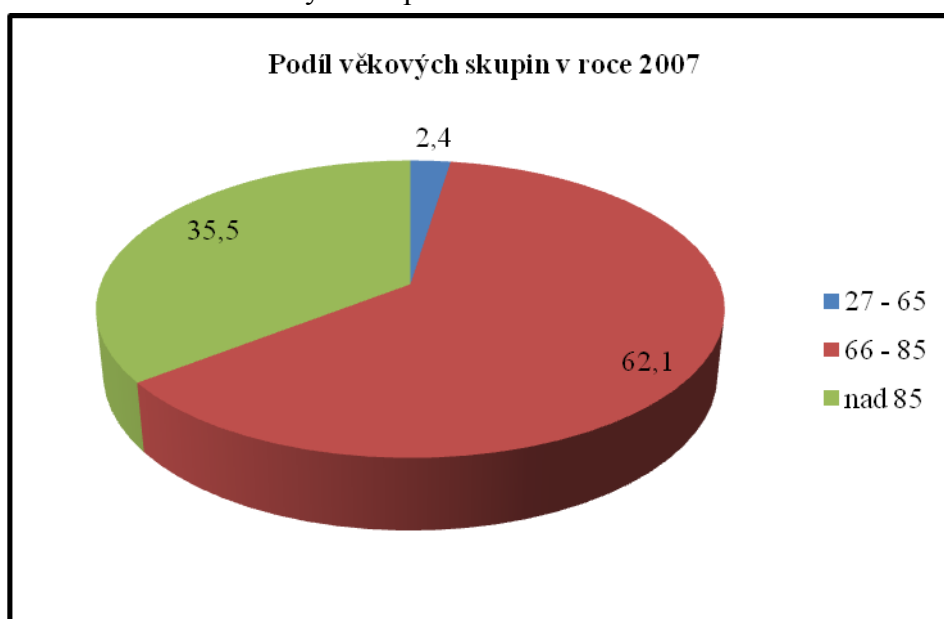
Podíl jednotlivých věkových skupin na celkovém počtu uživatelů je patrný z následující tabulky č. 14 a grafů č. 19, 20, 21.

Tabulka č. 14 Podíl jednotlivých věkových skupin (údaje v %)

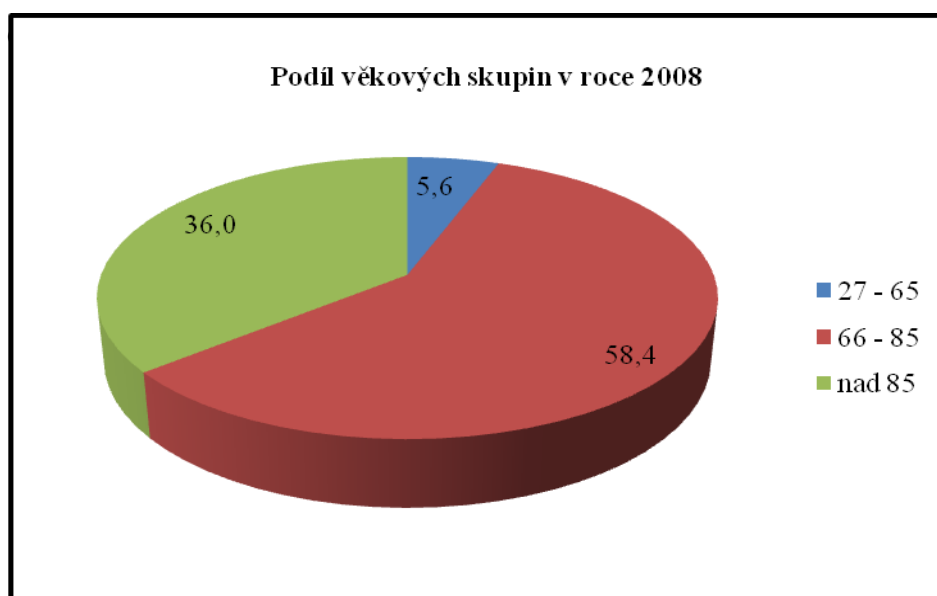
Podíl věkových skupin	Rok		
	2007	2008	2009
27 - 65	2,4	5,6	7,1
66 - 85	62,1	58,4	48,4
nad 85	35,5	36,0	44,4

Zdroj: vlastní výpočet

Graf č. 19 Podíl věkových skupin v roce 2007

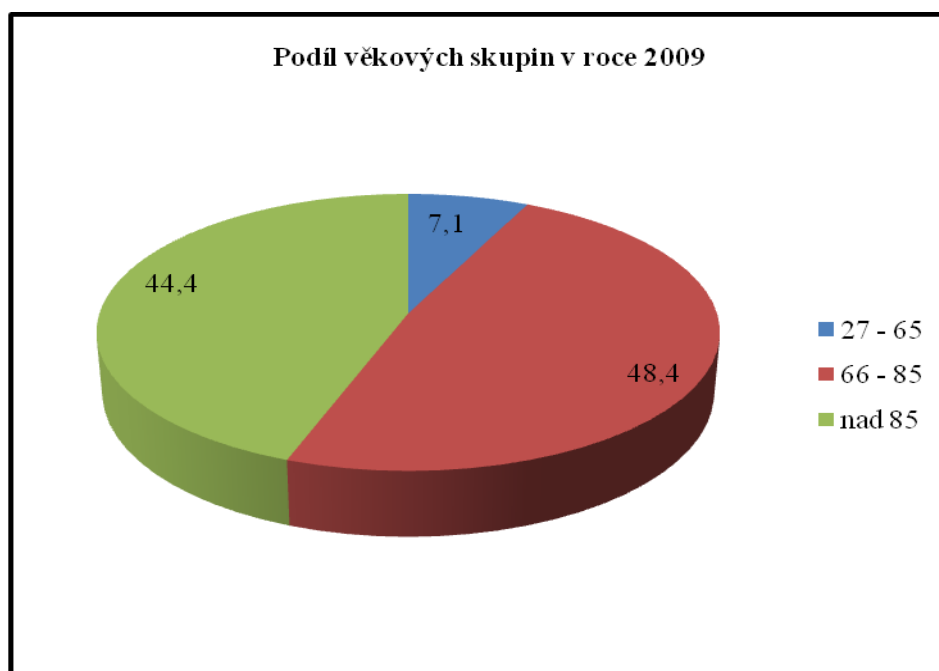


Zdroj: vlastní výzkum



Zdroj: vlastní výzkum

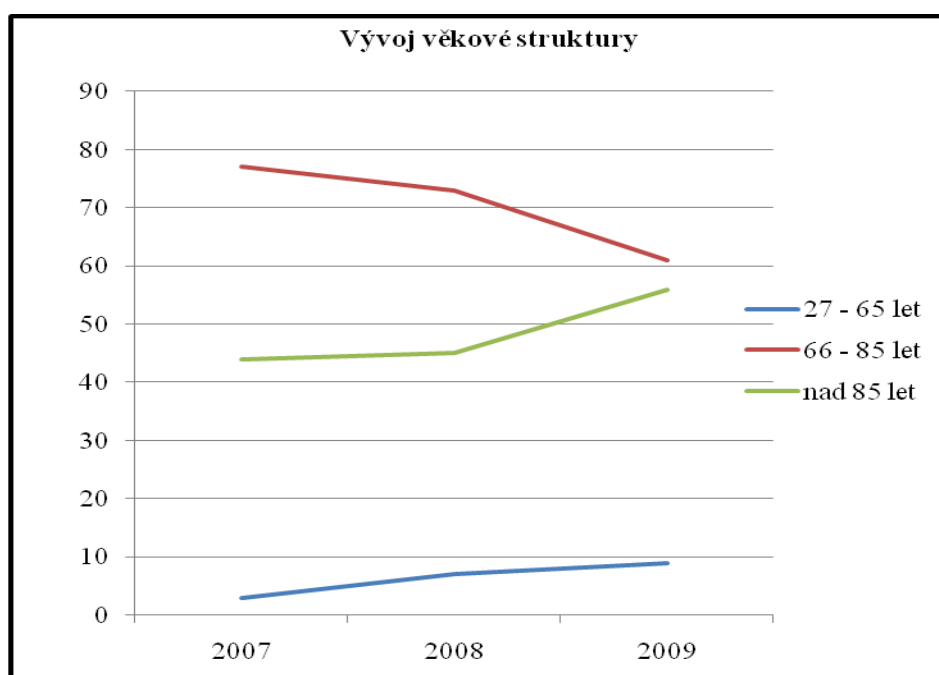
Graf č. 21 Podíl věkových skupin v roce 2009



Zdroj: vlastní výzkum

Vývoj věkové struktury ve sledovaném období je znázorněn v grafu č. 22

Graf č. 22 Vývoj věkové struktury



Zdroj: vlastní výzkum

Uvedený graf dokumentuje mírné zvýšení počtu uživatelů ve věku od 27 do 65 let (ze 3 v roce 2007 na 9 v roce 2009), výrazný pokles počtu uživatelů v intervalu 66 až 85 let (ze 77 v roce 2007 na 61 v roce 2009) a poměrně výrazné zvýšení počtu uživatelů nad 85 let (ze 44 v roce 2007 na 56 v roce 2009).

4.3.2 Průměrný věk

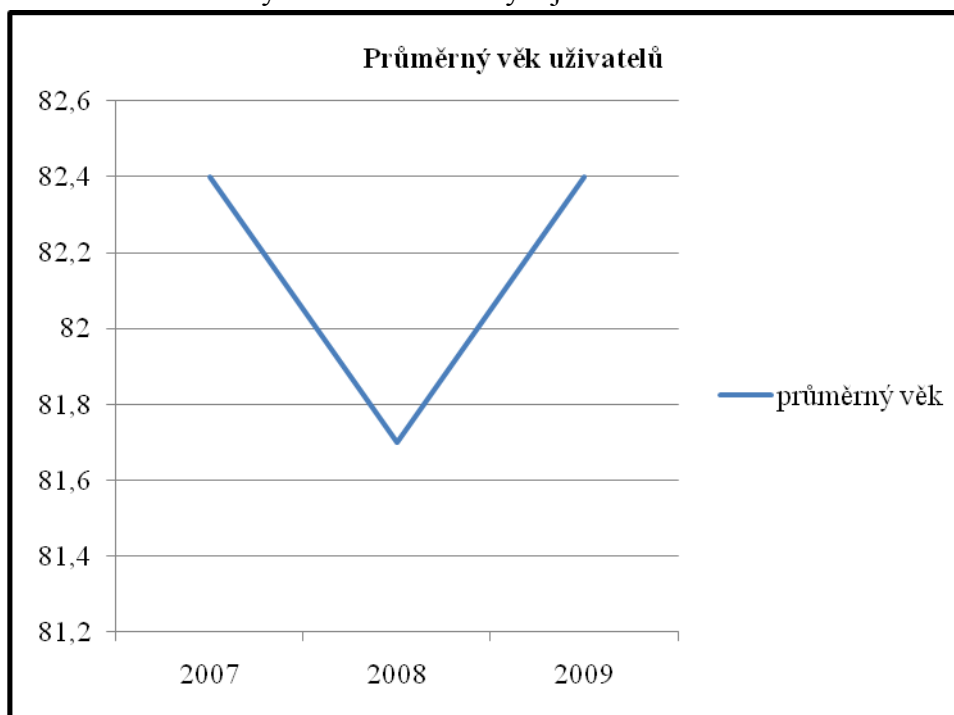
Údaje o průměrném věku uživatelů v období let 2007 až 2009 byly čerpány ze statistických výkazů Soc (MPSV) V1 – 01 a jsou uvedeny v tabulce č. 15 a grafu č. 23.

Tabulka č. 15 Průměrný věk uživatelů

Ukazatel	Rok		
	2007	2008	2009
průměrný věk	82,4	81,7	82,4

Zdroj: statistické výkazy Soc (MPSV) V1 – 01

Graf č. 23 Průměrný věk uživatelů – vývoj



Zdroj: vlastní výzkum

Z grafu je zřejmé, že v roce 2008 došlo k poklesu průměrného věku uživatelů z 82,4 na 81,7 let a v roce 2009 se průměrný věk rovnal hodnotě za rok 2007.

4. 3.3 Složení uživatelů podle pohlaví

Údaje o složení uživatelů podle pohlaví jsem převzala ze statistických výkazů Soc (MPSV) V1 – 01. Konkrétní data jsou uvedena v tabulce č. 16.

Tabulka č. 16 Složení uživatelů podle pohlaví

Ukazatel	Rok		
	2007	2008	2009
muži	32	51	32
ženy	92	74	94
Celkem	124	125	126

Zdroj: statistické výkazy Soc (MPSV)V1 – 01

Podíl obou pohlaví na celkovém počtu uživatelů v letech 2007 až 2009 je uveden v tabulce č. 17.

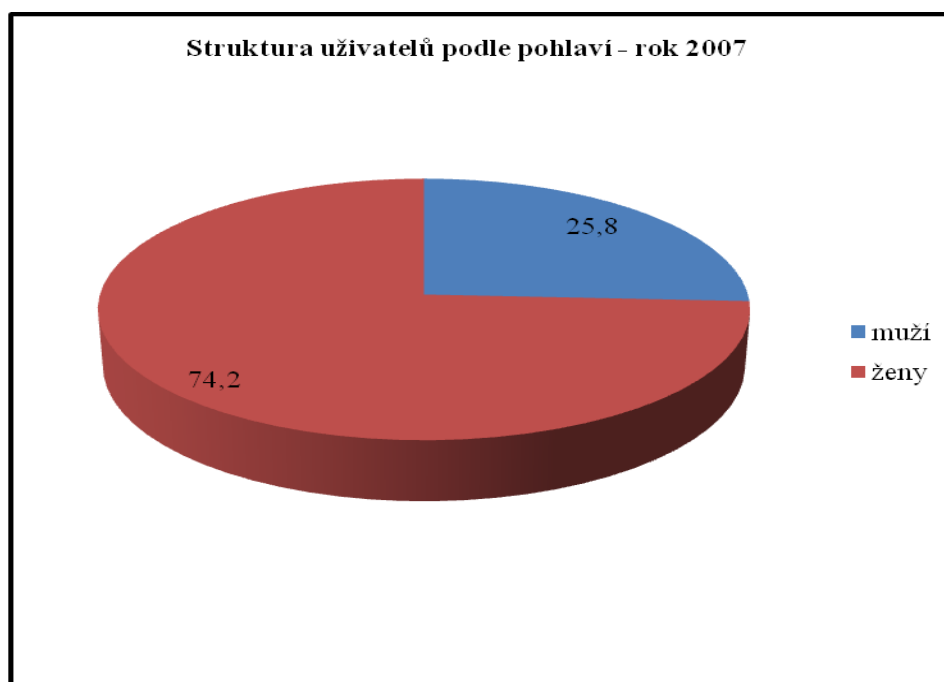
Tabulka č. 17 Podíl mužů a žen na celkovém počtu uživatelů

Podíl	Rok		
	2007	2008	2009
muži	25,8	40,8	25,4
ženy	74,2	59,2	74,6

Zdroj: vlastní výpočet

Grafické znázornění podílu mužů a žen na celkovém počtu uživatelů je obsaženo v grafech č. 24, 25 a 26.

Graf č. 26 Struktura uživatelů podle pohlaví – rok 2007



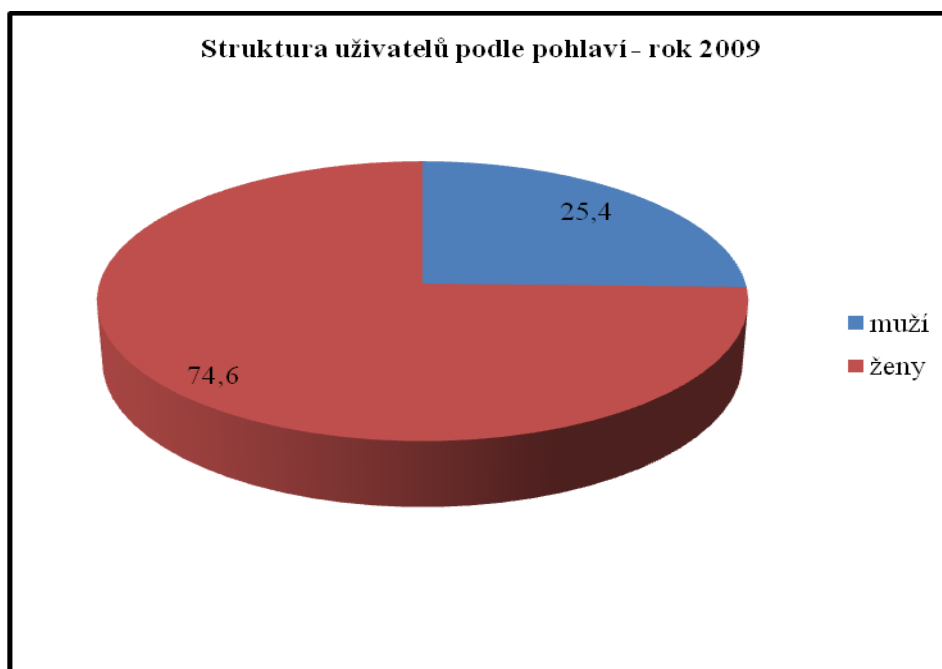
Zdroj: vlastní výzkum

Graf č. 27 Struktura uživatelů podle pohlaví – rok 2008



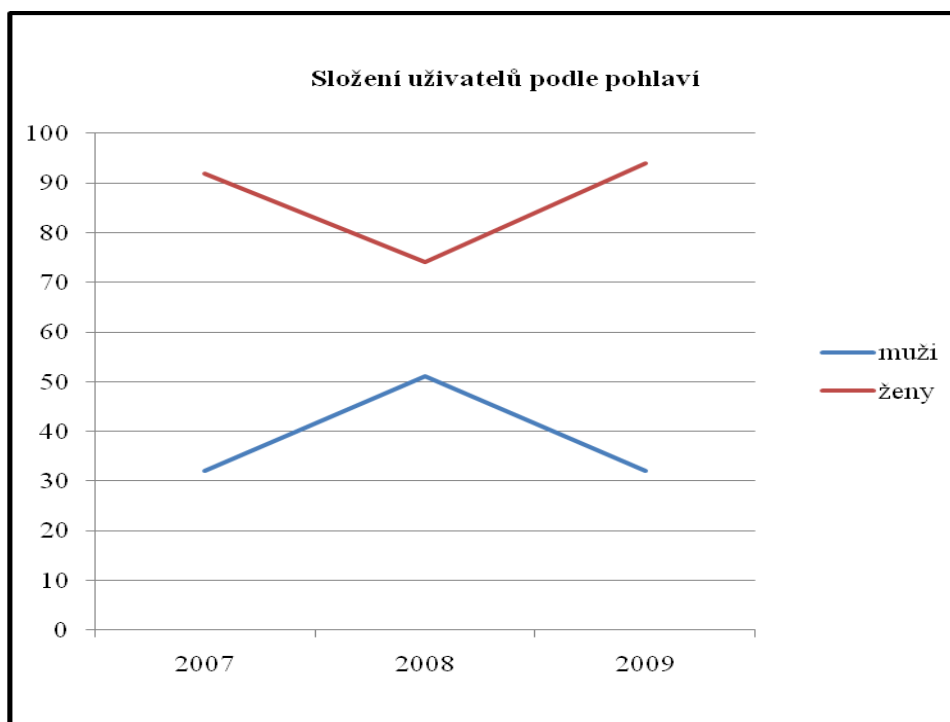
Zdroj: vlastní výzkum

Graf č. 28 Struktura uživatelů podle pohlaví – rok 2009



Zdroj: vlastní výzkum

Vývoj struktury uživatelů podle pohlaví je zachycen v grafu č. 29



Zdroj: vlastní výzkum

V grafu je znázorněn úbytek 18 žen v roce 2008 v porovnání s předchozím rokem a přírůstek 19 mužů. V roce 2009 se počty mužů a žen vracejí k původním hodnotám. Tento výkyv ve složení uživatelů z hlediska pohlaví je ve sledovaném období výjimečný a nahodilý.

4.3.4 Příjemci příspěvku na péči

Příspěvek na péči je popsán v teoretické části práce. Zde je na místě pouze připomenout, že uživatelé, kteří byli do konce roku 2006 příjemci zvýšeného důchodu pro bezmocnosti I. až III. stupně, se počínaje rokem 2007 stali automaticky příjemci příspěvku na péči I. až III. stupně. O příspěvek na péči IV. stupně bylo nutné žádat příslušným způsobem.

Počty uživatelů příspěvku na péči (PnP) v letech 2007 až 2009 jsou uvedeny v tabulce č. 18.

Tabulka č. 18 Počty příjemců PnP

Stupeň PnP	Rok		
	2007	2008	2009
bez PnP	25	19	11
I. stupeň	11	9	9
II. stupeň	37	16	16
III. stupeň	29	29	29
IV. stupeň	22	52	61
Celkem	124	125	126

Zdroj: sociální dokumentace domova pro seniory

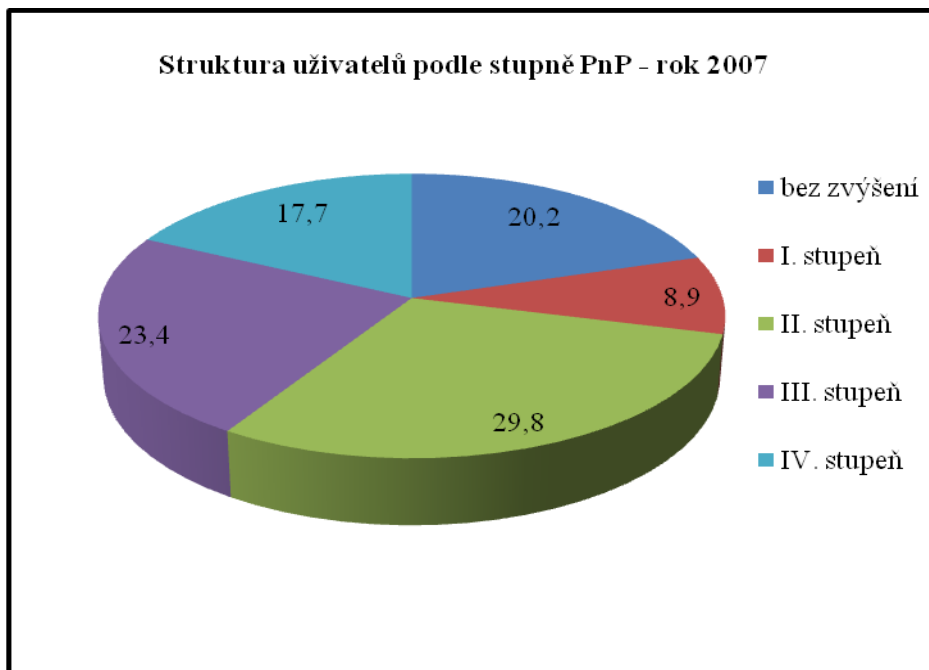
Struktura uživatelů podle stupně příspěvku na péči je obsažena v tabulce č. 19 a je graficky znázorněna v grafech č. 30, 31, 32.

Tabulka č. 19 – Struktura uživatelů podle stupně PnP

Stupeň	Rok		
	2007	2008	2009
bez zvýšení	20,2	15,2	8,7
I. stupeň	8,9	7,2	7,1
II. stupeň	29,8	12,8	12,7
III. Stupeň	23,4	23,2	23,0
IV. stupeň	17,7	41,6	48,4

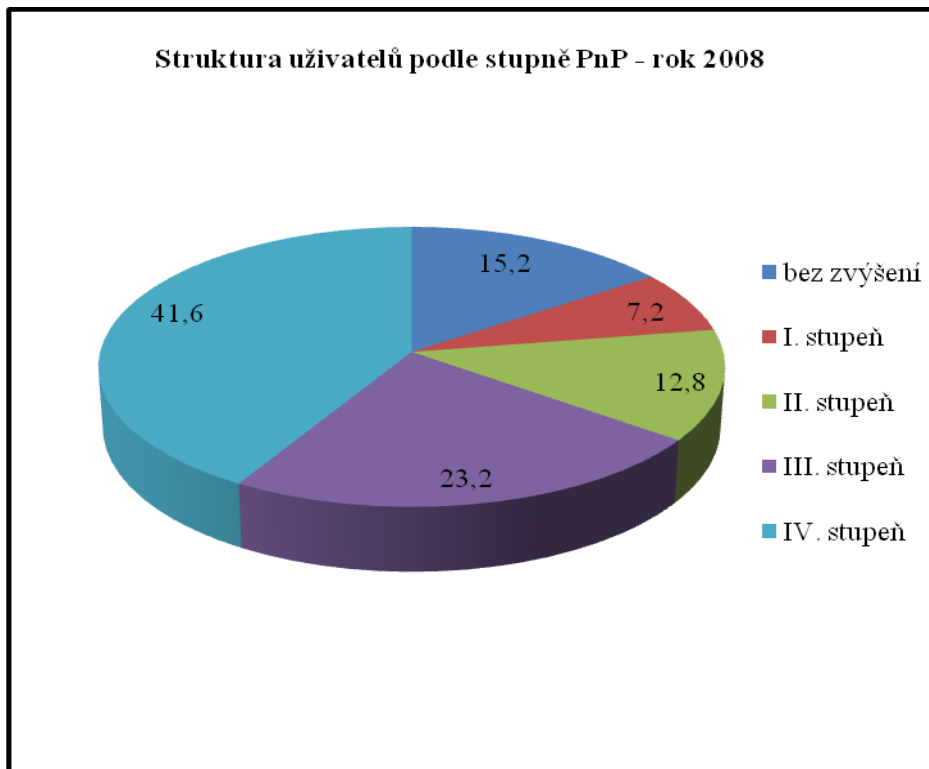
Zdroj: vlastní výpočet

Graf č. 30 Struktura uživatelů podle stupně PnP – rok 2007



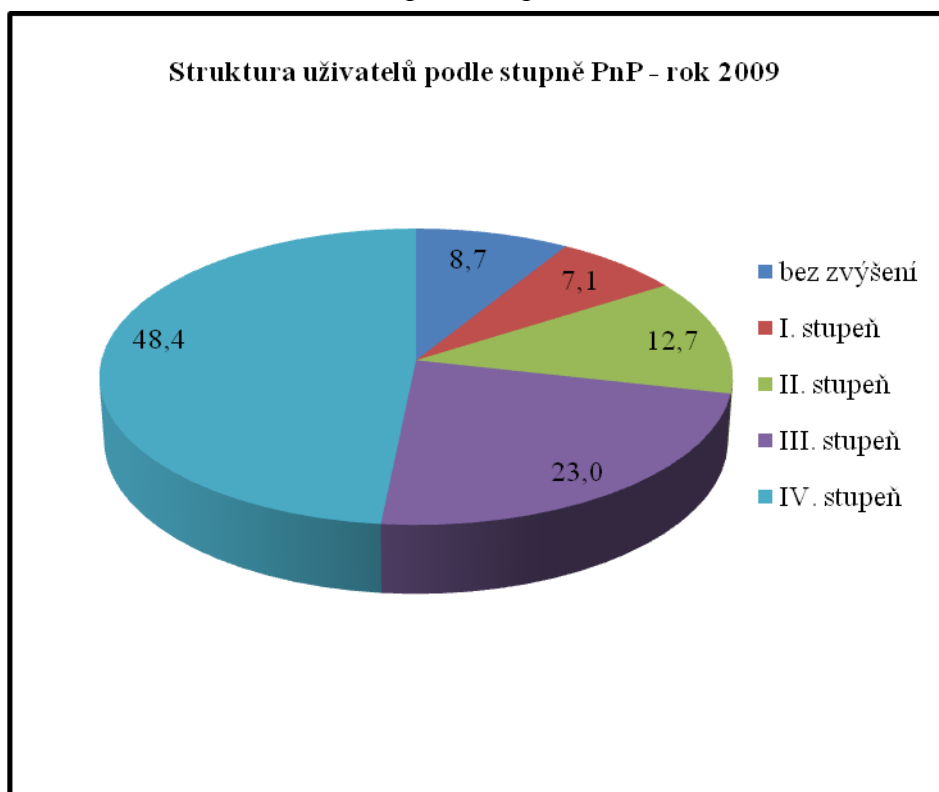
Zdroj: vlastní výzkum

Graf č. 31 Struktura uživatelů podle stupně PnP – rok 2008



Zdroj: vlastní výzkum

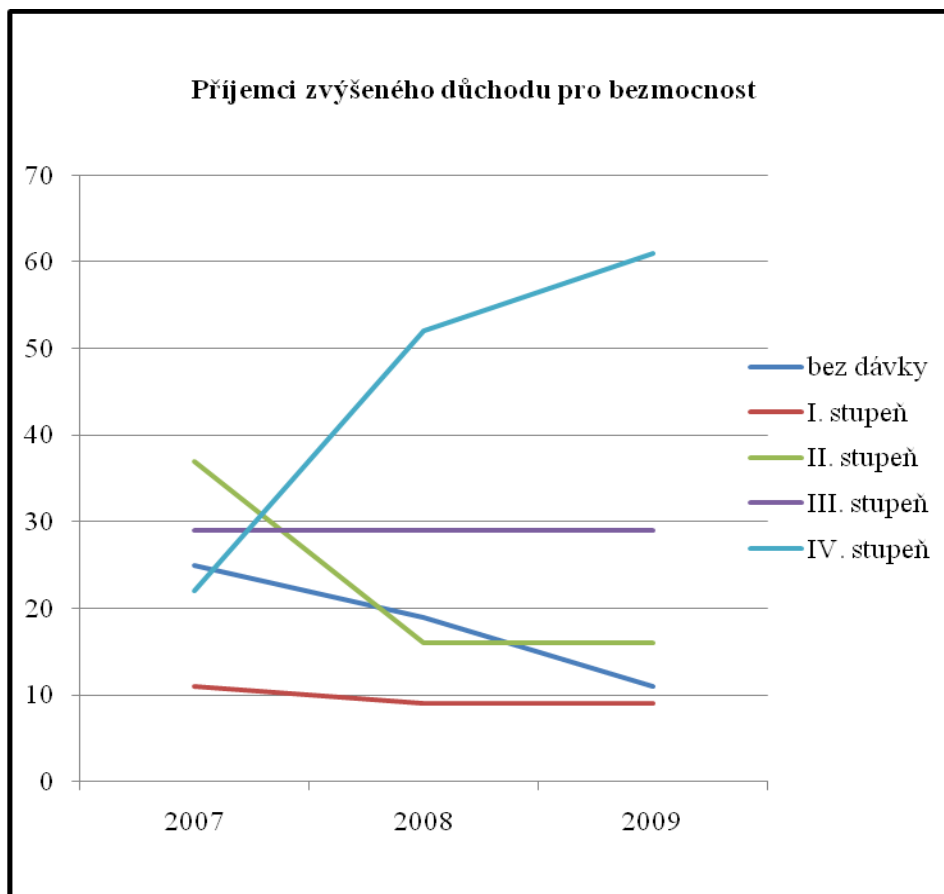
Graf č. 32 Struktura uživatelů podle stupně PnP – rok 2009



Zdroj: vlastní výzkum

Vývoj struktury uživatelů podle stupně příspěvku na péči v období let 2007 – 2009 je znázorněn v grafu č. 33.

Graf č. 33 Struktura uživatelů podle stupně PnP – vývoj



Zdroj: vlastní výzkum

Graf názorně ukazuje pokles počtu uživatelů, kteří nejsou příjemci příspěvku na péči (z 25 v roce 2007 na 11 v roce 2009), mírný pokles příjemců příspěvku na péči I. stupně (z 11 v roce 2007 na 9 v roce 2009), snížení počtu příjemců příspěvku II. stupně mezi léty 2007 a 2008 (21 osob), stejný počet příjemců příspěvku na péči III. stupně během celého sledovaného období a výrazný nárůst počtu příjemců příspěvku na péči IV. stupně (z 22 v roce 2007 na 61 v roce 2009).

4.3.5 Složení uživatelů podle schopnosti sebeobsluhy

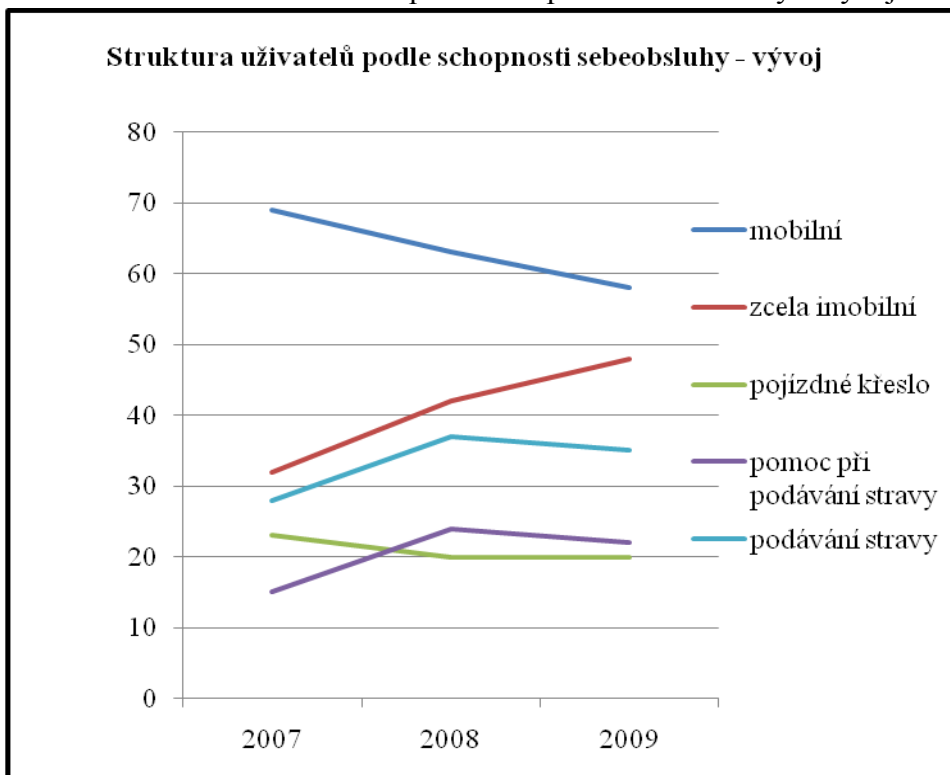
Struktura uživatelů podle schopnosti sebeobsluhy je obsahem tabulky č. 20. Vývoj struktury uživatelů podle tohoto kritéria je obsahem grafu č. 34.

Tabulka č. 20 Struktura uživatelů podle schopnosti sebeobsluhy

Kritérium	Rok		
	2007	2008	2009
mobilní	69	63	58
zcela imobilní	32	42	48
pojízdné křeslo	23	20	20
pomoc při podávání stravy	15	24	22
podávání stravy	28	37	35

Zdroj: vlastní zjištění

Graf č. 34 Struktura uživatelů podle schopnosti sebeobsluhy – vývoj



Zdroj: vlastní výzkum

Z grafu jsou patrné obdobné tendence jako ve struktuře uživatelů podle stupně příspěvku na péči. Poklesl počet mobilních uživatelů (z 69 v roce 2007 na 58 v roce 2009), výrazně se zvýšil počet imobilních uživatelů (z 32 v roce 2007 na 48 v roce 2009), mírně se snížil počet uživatelů s pojízdným křeslem. Vývoj ve struktuře uživatelů, kterým je nutné poskytnout pomoc při příjmu stravy nebo je nutné stravu podávat, je obdobný. Mezi roky 2008 a 2007 došlo ke zvýšení jejich počtu (z 15 na 24, resp. z 28 na 37) v roce 2009 byl zaznamenán jejich mírný pokles (z 24 na 22, resp. z 37 na 35).

4. 4 *Financování sociálních služeb v domově pro seniory po roce 2007*

Počínaje rokem 2007 přibýly další dva významné zdroje financování a to transformované zvýšení důchodu pro bezmocnost do příspěvku na péči, který v případě pobytových sociálních služeb náleží v plné výši poskytovateli, a úhrada ošetrovatelské péče zdravotními pojišťovnami.

Absolutní objem všech zdrojů financování v letech 2007 až 2009 je uveden v tabulce č. 21. Podíl zdrojů v jednotlivých letech sledovaného období je obsahem tabulek č. 22, 23, 24 a grafů č. 35, 36 a 37.

Tabulka č. 21 Objem zdrojů financování

Ukazatel	Rok		
	2007	2008	2009
Tržby od klientů	10 458	13 111	13 872
Dotace od zřizovatele	13 676	12 269	11 375
Vlastní činnost	3 214	3 236	3 424
Dotace od MPSV	6 421	7 478	8 310
Příspěvek na péči	7 449	10 582	11 871
Tržby za zdravotní péči	6 441	6 910	8 175
Celkem	47 659	53 586	57 027

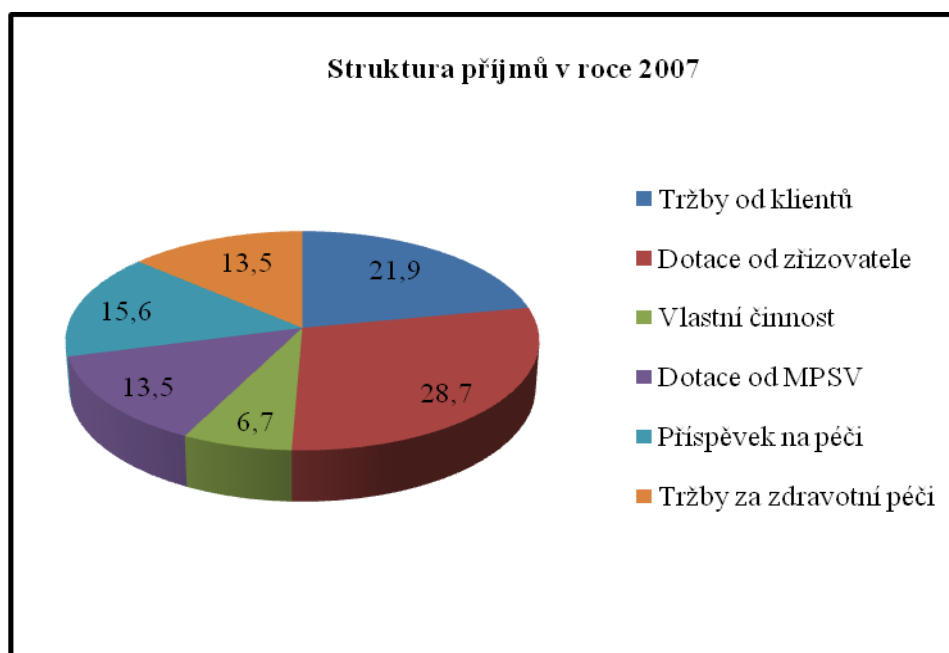
Zdroj: ekonomické výkazy domova pro seniory

Tabulka č. 22 Struktura příjmů v roce 2007

Ukazatel	2007	podíl
Tržby od klientů	10 458	21,9
Dotace od zřizovatele	13 676	28,7
Vlastní činnost	3 214	6,7
Dotace od MPSV	6 421	13,5
Příspěvek na péči	7 449	15,6
Tržby za zdravotní péči	6 441	13,5
Celkem	47 659	100,0

Zdroj: vlastní výpočet

Graf č. 35 Struktura příjmů v roce 2007



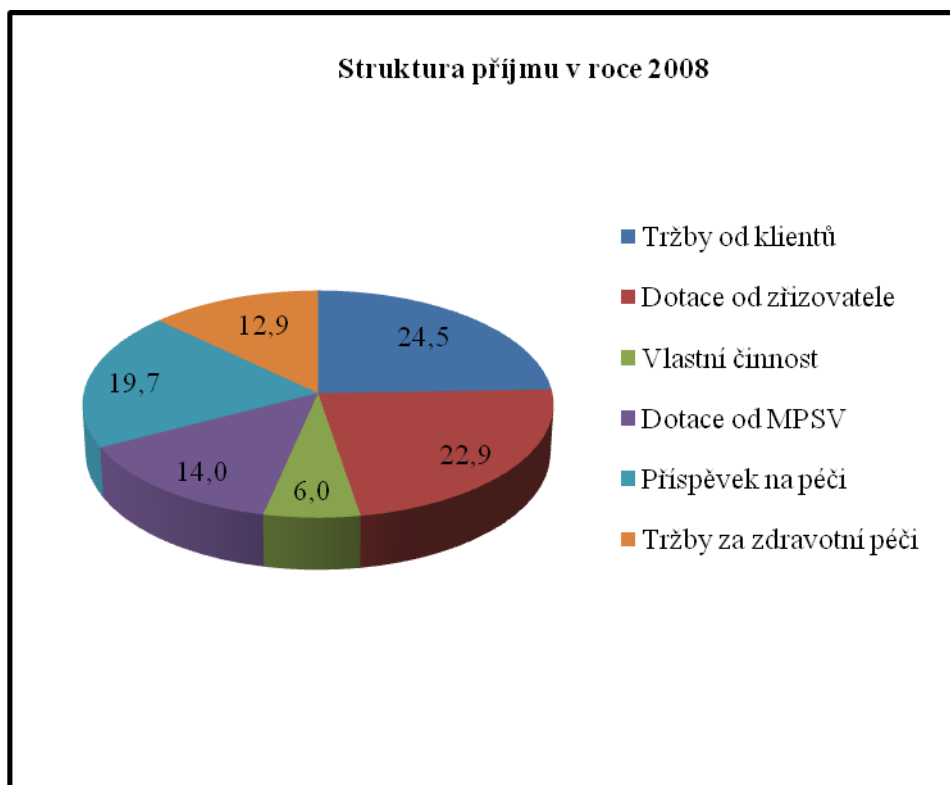
Zdroj: vlastní výzkum

Tabulka č. 23 Struktura příjmů v roce 2008

Ukazatel	2008	podíl
Tržby od klientů	13 111	24,5
Dotace od zřizovatele	12 269	22,9
Vlastní činnost	3 236	6,0
Dotace od MPSV	7 478	14,0
Příspěvek na péči	10 582	19,7
Tržby za zdravotní péči	6 910	12,9
Celkem	53 586	100,0

Zdroj: vlastní výpočet

Graf č. 36 Struktura příjmů v roce 2008



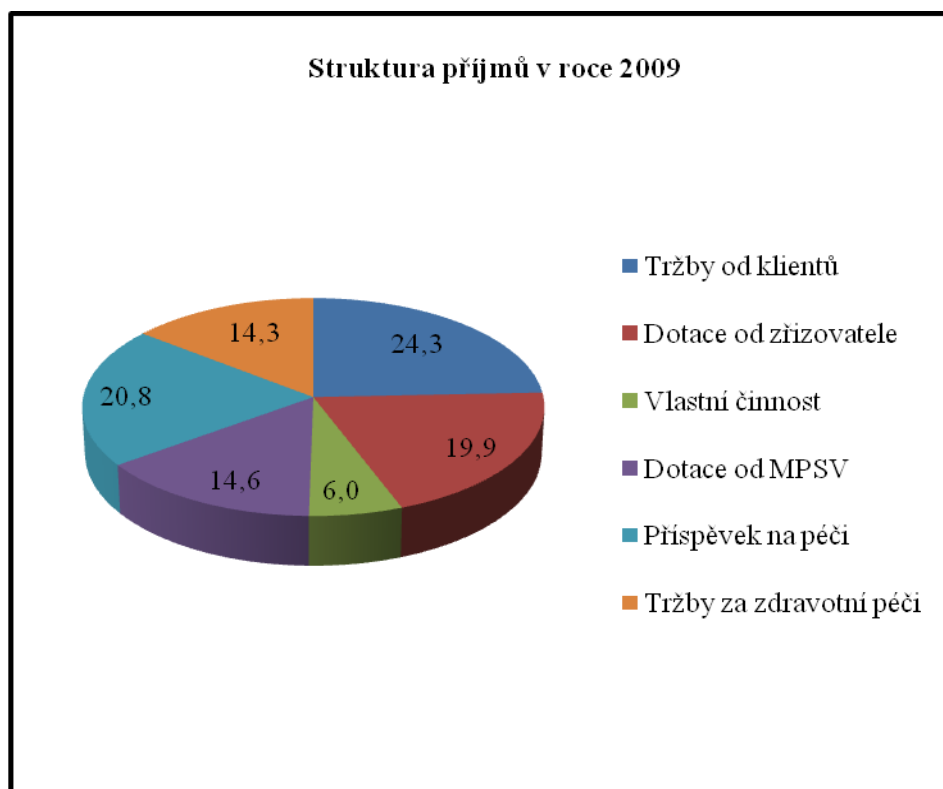
Zdroj: vlastní výzkum

Tabulka č. 24 Struktura příjmů v roce 2009

Ukazatel/rok	2009	podíl
Tržby od klientů	13 872	24,3
Dotace od zřizovatele	11 375	19,9
Vlastní činnost	3 424	6,0
Dotace od MPSV	8 310	14,6
Příspěvek na péči	11 871	20,8
Tržby za zdravotní péči	8 175	14,3
Celkem	57 027	100,0

Zdroj: vlastní výpočet

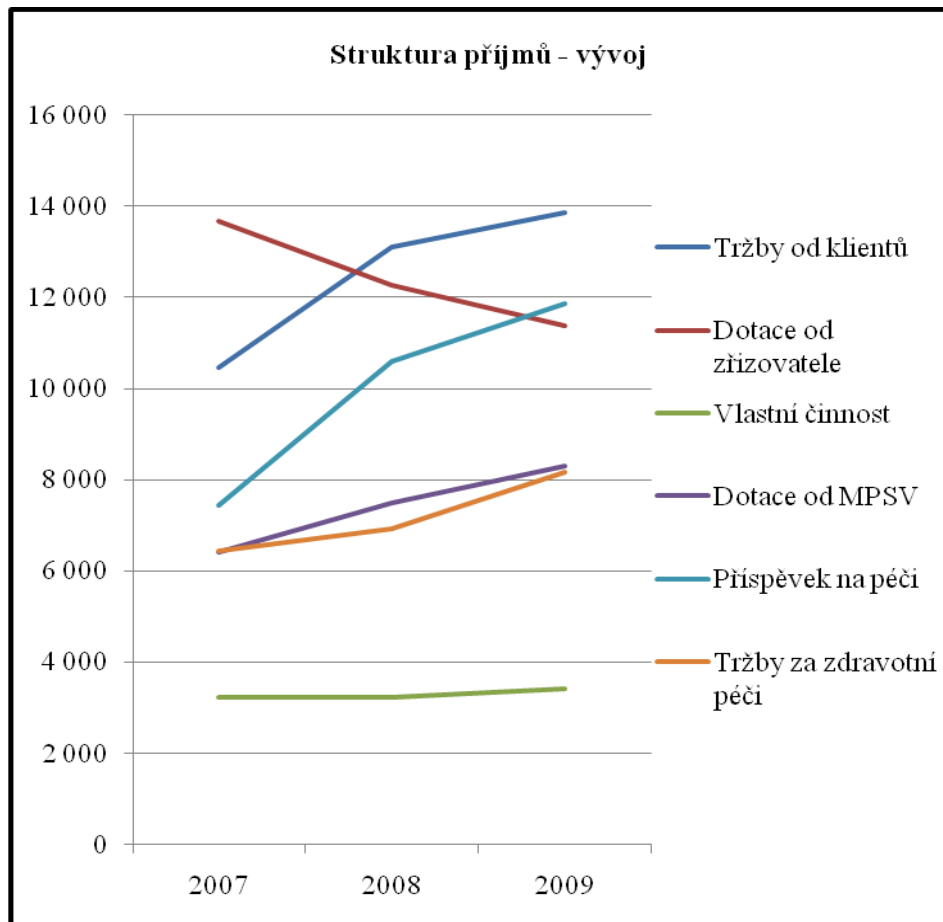
Graf č. 37 Struktura příjmů v roce 2009



Zdroj: vlastní výzkum

Vývoj podílu jednotlivých druhů příjmů je znázorněn v grafu č. 38.

Graf č. 38 Struktura příjmů – vývoj



Zdroj: vlastní výzkum

Jak je z grafu patrné, jediným finančním zdrojem, jehož objem v průběhu let 2007 až 2009 poklesl, je dotace od zřizovatele. Naopak nejrychlejší tempo růstu zaznamenal příspěvek na péči. Dotace od MPSV a tržby za zdravotní péči vzrostly téměř stejným tempem, mírný nárůst vykázaly tržby z vlastní činnosti.

4.5 Shrnutí

4.5.1 Struktura uživatelů

Strukturu uživatelů před účinností zákona o sociálních službách č. 108/2006 Sb. a po jeho účinnosti jsem hodnotila z následujících hledisek:

- věková struktura,
- průměrný věk,
- pohlaví.
- příjemci zvýšeného důchodu pro bezmocnost, resp. příspěvku na péči,
- schopnost sebeobsluhy.

Tato kritéria jsem hodnotila zvlášť za období let 2004 až 2006 a za období let 2007 až 2009. V každém z těchto období bylo možné pozorovat určité vývojové trendy. Mám-li dát jednoznačnou odpověď na otázku, jak se změnila struktura uživatelů po účinnosti citovaného zákona o sociálních službách, domnívám se, že je potřebné uvést následující grafy, z nichž je zřejmé, k jakým změnám ve skutečnosti došlo.

4. 5. 1. 1 Věková struktura

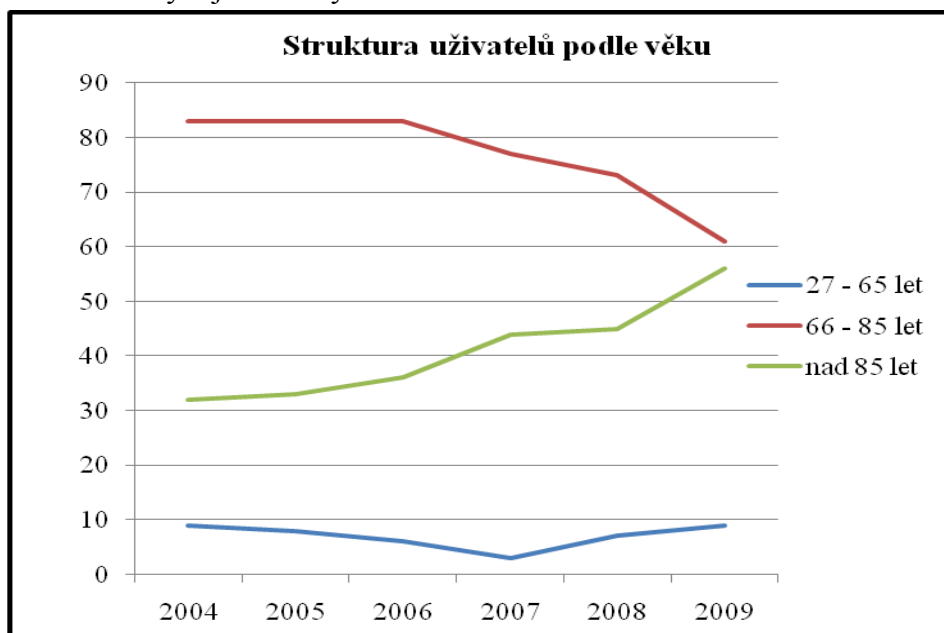
Počty uživatelů podle věkové struktury byly za celé sledované období, tj. od roku 2004 do roku 2009 tyto:

Tabulka č. 25 Počty uživatelů podle věkové struktury

Počty uživatelů	Rok					
	2004	2005	2006	2007	2008	2009
27 - 65 let	9	8	6	3	7	9
66 - 85 let	83	83	83	77	73	61
nad 85 let	32	33	36	44	45	56
Celkem	124	124	125	124	125	126

Zdroj: statistické výkazy Soc (MPSV) V1 - 01

Graf č. 39 Vývoj struktury uživatelů



Zdroj: vlastní výzkum

Tento graf zcela jasně ukazuje, že počínaje rokem 2007 se zvýraznila tendence započatá v roce 2006 a to podstatné zvýšení počtu uživatelů ve věkovém pásmu nad 85 let (32 uživatelů v roce 2004, 65 uživatelů v roce 2009) a současně podstatné snížení počtu uživatelů ve věkovém pásmu 66 až 85 let (83 uživatelů v roce 2004, 61 uživatelů v roce 2009). Počet uživatelů ve věkovém pásmu 27 až 65 let se přechodně a nevyrazně snížil v roce 2007, ale v roce 2009 byl jejich počet stejný jako v roce 2004. Uvedený trend odpovídá vývoji počtu příjemců zvýšeného důchodu pro bezmocnost, resp. příspěvku na péči. Příjemci těchto dávek v jejich nejvyšších stupních jsou ve většině případů starší 85 let.

4. 5. 1. 2 Průměrný věk

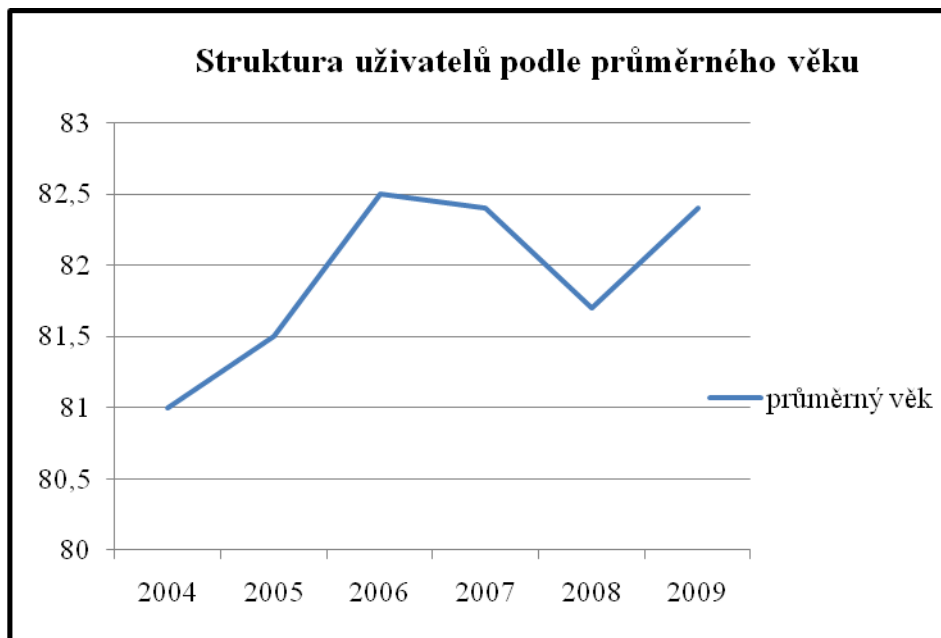
Hodnoty průměrného věku zaznamenaly ve sledovaném období následující vývoj.

Tabulka č. 26 Průměrný věk uživatelů

Ukazatel	Rok					
	2004	2005	2006	2007	2008	2009
průměrný věk	81	81,5	82,5	82,4	81,7	82,4

Zdroj: statistické výkazy Soc (MPSV) V1 - 01

Graf č. 40 Vývoj struktury uživatelů podle průměrného věku



Zdroj: vlastní výzkum

Největší nárůst průměrného věku uživatelů byl zaznamenán v období let 2004 až 2006. Od roku 2006 zůstal s mírným poklesem v roce 2007 téměř konstantní. Domnívám se tedy, že nové podmínky pro poskytování sociálních služeb vyvolané zákonem o sociálních službách průměrný věk uživatelů neovlivnily.

4. 5. 1. 3 Složení uživatelů podle pohlaví

Počty uživatelů podle pohlaví ve sledovaném období jsou uvedeny v tabulce č. 27

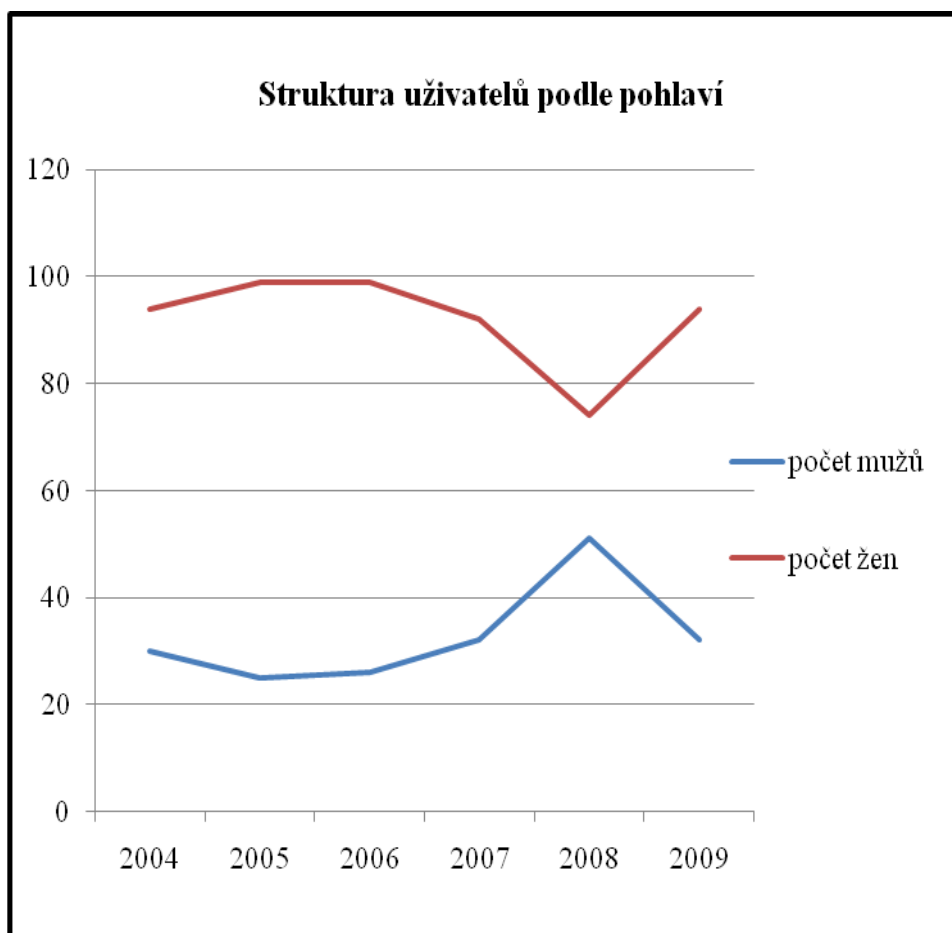
Tabulka č. 27 Počty uživatelů podle pohlaví

Ukazatel	Rok					
	2004	2005	2006	2007	2008	2009
počet mužů	30	25	26	32	51	32
počet žen	94	99	99	92	74	94
Celkem	124	124	125	124	125	126

Zdroj: statistické výkazy Soc (MPSV) V1 – 01

Vývoj struktury uživatelů podle pohlaví je znázorněn v následujícím grafu.

Graf č. 41 Vývoj struktury uživatelů podle pohlaví



Zdroj: vlastní výzkum

Ve struktuře uživatelů z hlediska pohlaví došlo k výraznější změně v roce 2008, kdy se zvýšil počet mužů a snížil se počet žen, avšak v roce 2009 byla struktura uživatelů stejná jako v roce 2004. Závislost složení uživatelů podle pohlaví na nové právní úpravě není podle mého názoru prokázána.

4. 5. 1. 4 Příjemci zvýšeného důchodu pro bezmocnost, resp. příspěvku na péči

Počty příjemců zvýšeného důchodu pro bezmocnost, resp. od roku 2007 příspěvku na péči jsou obsaženy v tabulce č. 28.

Tabulka č. 28 Příjemci zvýšeného důchodu pro bezmocnost, PnP

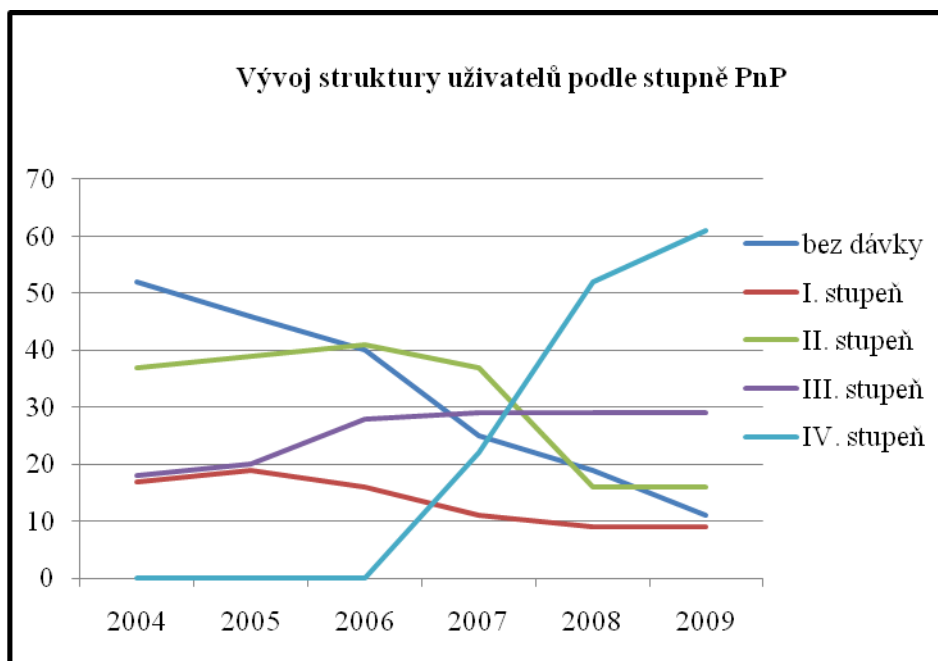
Dávka	Rok					
	2004	2005	2006	2007	2008	2009
bez dávky	52	46	40	25	19	11
I. stupeň	17	19	16	11	9	9
II. stupeň	37	39	41	37	16	16
III. stupeň	18	20	28	29	29	29
IV. stupeň	0	0	0	22	52	61
Celkem	124	124	125	124	125	126

Zdroj: sociální dokumentace domova pro seniory

V tabulkách č. 6 a 18 je uveden počet příjemců zvýšení důchodu pro bezmocnost v letech 2004 až 2006 a počet příjemců příspěvků na péči na období 2007 – 2009. V upravené tabulce č. 28 jsou prvotní data sloučena, když I. stupni zvýšení důchodu pro bezmocnost odpovídá I. stupeň příspěvku na péči, stejně tak u II. a III. stupně. Převod ze zvýšení důchodu pro bezmocnost na příspěvek na péči probíhal na přelomu let 2006/2007 automaticky, o IV. stupeň příspěvku na péči museli uživatelé sociálních služeb žádat.

Vývoj počtu příjemců zvýšeného důchodu pro bezmocnost, resp. příspěvku na péči je patrný z grafu č. 42.

Graf č. 42 Vývoj struktury příjemců zvýšeného důchodu pro bezmocnost, PnP



Zdroj: vlastní výzkum

Graf dokládá významnou změnu struktury uživatelů z hlediska příjmu zvýšeného důchodu pro bezmocnost a od roku 2007 příspěvku na péči. Ve sledovaném období došlo k prudkému poklesu počtu uživatelů bez příspěvku (z 52 v roce 2004 na 11 v roce 2009), snížil se počet příjemců příspěvku I. stupně (ze 17 v roce 2004 na 9 v roce 2009), stejný trend se projevil i u příjemců příspěvku II. stupně (ze 37 v roce 2004 na 16 v roce 2009). Opačnou tendenci zaznamenala skupina příjemců se III. stupněm příspěvku (z 18 v roce 2004 na 29 v roce 2009). Nejmarkantnější nárůst počtu uživatelů byl u příjemců příspěvku IV. stupně (z 0 v roce 2006 na 61 v roce 2009).

Tento trend odpovídá i jednomu ze záměrů sociální politiky státu, tj. posílení terénních a ambulantních sociálních služeb tak, aby jejich příjemci zůstávali ve svém přirozeném sociálním prostředí co nejdéle a pobytové sociální služby užívali jen ti nejpotřebnější. Druhou příčinou tohoto vývoje je také příspěvek na péči, který se stává počínaje rokem 2007 významným zdrojem financování.

4. 5. 1. 5 Schopnost sebeobsluhy

Počty uživatelů z hlediska jejich schopnosti sebeobsluhy jsou obsahem tabulky č. 29.

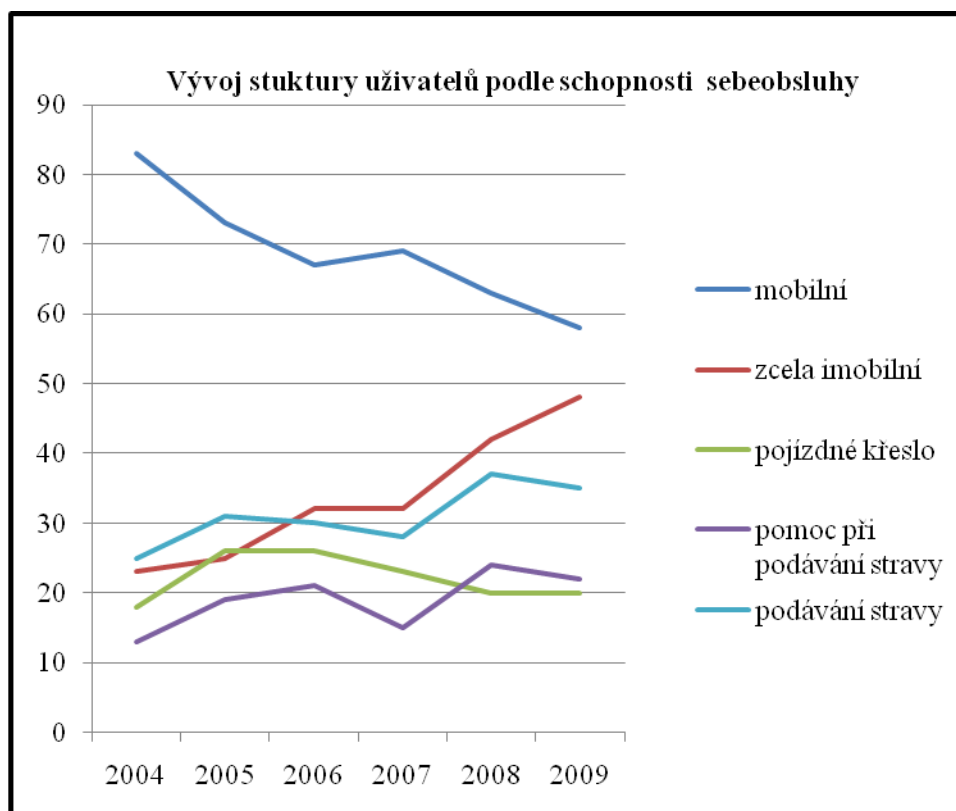
Tabulka č. 29 Uživatelé podle schopnosti sebeobsluhy

Kritérium	Rok					
	2004	2005	2006	2007	2008	2009
mobilní	83	73	67	69	63	58
zcela imobilní	23	25	32	32	42	48
pojízdné křeslo	18	26	26	23	20	20
pomoc při podávání stravy	13	19	21	15	24	22
podávání stravy	25	31	30	28	37	35

Zdroj: vlastní zjištění

Vývoj struktury uživatelů podle tohoto kritéria je znázorněn v grafu č. 43

Graf č. 43 Vývoj struktury uživatelů podle schopnosti sebeobsluhy



Zdroj: vlastní výzkum

Vývoj struktury uživatelů podle jejich schopnosti sebeobsluhy do jisté míry odpovídá vývoji struktury uživatelů z hlediska příjmu zvýšeného důchodu pro bezmocnost, resp. příspěvku na péči. Tato analogie je logická, vezmeme-li v úvahu, že zvýšení důchodu pro bezmocnost a zvláště příspěvek na péči vyjadřuje míru závislosti příjemce na pomoci jiné osoby.

Ve sledovaném období došlo k poklesu mobilních uživatelů (z 83 v roce 2004 na 58 v roce 2009), počet uživatelů používajících pojízdné křeslo se mezi rokem 2004 a 2009 příliš nezměnil. Zvýšil se počet imobilních uživatelů (z 23 v roce 2004 na 48 v roce 2009), mírnější tempo růstu zaznamenaly skupiny uživatelů, kteří potřebují pomoc při podávání stravy (z 13 v roce 2004 na 22 v roce 2009) a kterým je strava podávána (z 25 v roce 2004 na 35 v roce 2009).

4. 5.2 *Financování sociálních služeb v domově pro seniory*

Struktura příjmů ve sledovaném období je uvedena v tabulce č. 30.

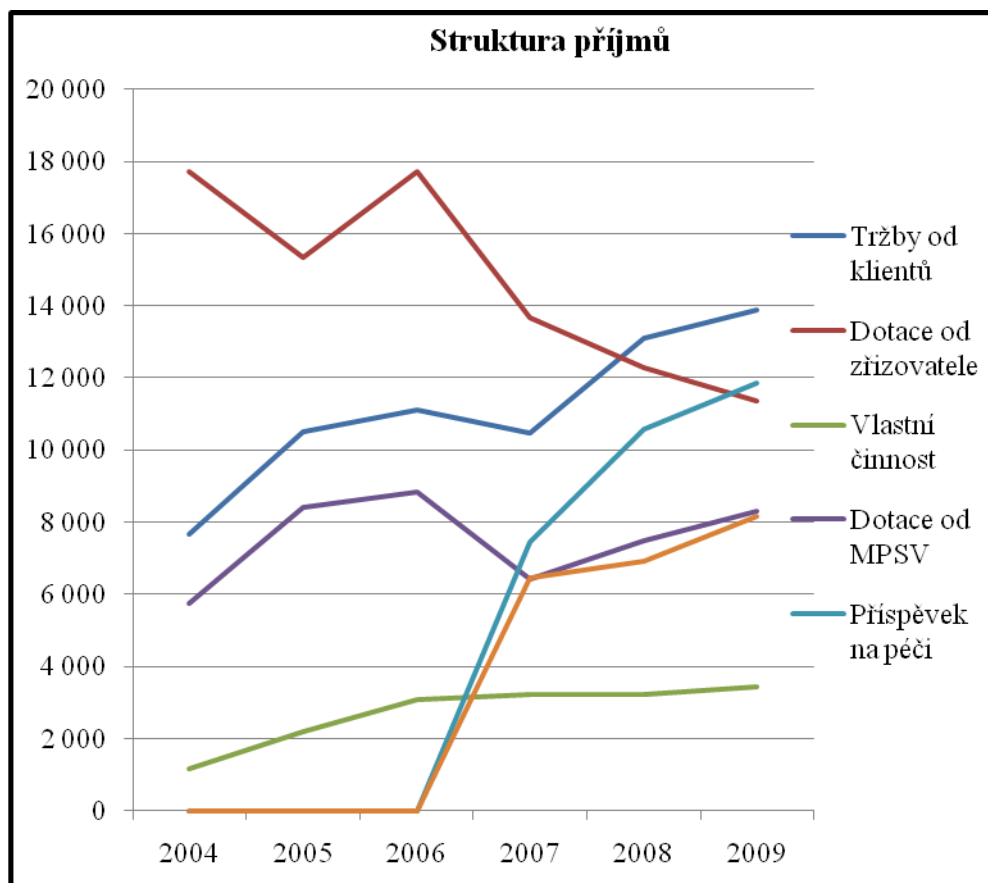
Tabulka č. 30 Struktura příjmů

Ukazatel	Rok					
	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Tržby od klientů	7 674	10 514	11 097	10 458	13 111	13 872
Dotace od zřizovatele	17 724	15 349	17 722	13 676	12 269	11 375
Vlastní činnost	1 159	2 195	3 093	3 214	3 236	3 424
Dotace od MPSV	5 729	8 415	8 826	6 421	7 478	8 310
Příspěvek na péči	0	0	0	7 449	10 582	11 871
Tržby za zdravotní péči	0	0	0	6 441	6 910	8 175
Celkem	32 286	36 473	40 738	47 659	53 586	57 027

Zdroj: ekonomické výkazy domova pro seniory

Vývoj struktury příjmů znázorňuje graf č. 44

Graf č. 44 Vývoj struktury příjmů



Zdroj: vlastní výzkum

Z tabulky a grafu je patrné několik trendů:

Celkový objem finančních zdrojů meziročně vzrůstá. Souvisí to se zvyšováním nákladů (zejména osobní náklady, obnova zařízení a vybavení), zvýšením sazeb daně z přidané hodnoty (domov pro seniory není plátcem DPH) i mírou inflace. V tabulkách jsou uváděny skutečně dosažené hodnoty a zde je na místě zmínit, že v letech 2004 – 2009 dosahoval domov pro seniory pravidelně kladného hospodářského výsledku.

Tržby od klientů meziročně narůstají v průměru o 6 – 7 %. Výjimkou je rok 2007, kdy přímé platby klientů poklesly v porovnání s předchozím rokem o 5,8 %, absolutně o 639 tis. Kč. Důvod spočívá v metodice účtování tržeb od klientů. Do konce roku 2006 bylo součástí tržeb od klientů i zvýšení důchodu pro bezmocnost, počínaje rokem 2007 se příspěvek na péči, který vlastně zvýšení důchodu pro bezmocnost nahradil, účtuje samostatně. Meziroční nárůst 2005/2004 se vymyká prů-

měru z toho důvodu, že v roce 2004 byl provoz zahájen až v březnu a kapacita domova se plnila postupně. V roce 2008 je nárůst tržeb od klientů způsoben zvýšením ceny za pobyt a celodenní stravování.

Dotace od zřizovatele (Statutární město České Budějovice) očištěná od dotace ze státního rozpočtu je v prvním a třetím roce téměř stejná. Rok 2004 byl výjimečný tím, že zřizovatel ve své dotaci zohlednil i požadavky na prvotní dovybavení objektu. V roce 2005 se dotace zřizovatele snížila v souvislosti se zvýšením dotace ze státního rozpočtu. Ta zůstala v roce 2006 zhruba na stejné úrovni, avšak zřizovatel dotoval provozní náklady částkou o 2,4 mil. vyšší než v předchozím roce. Důvodem byl nárůst nákladů způsobený zejména osobními náklady. Po dvouletém provozu došlo k nárůstu počtu zaměstnanců ve zdravotnickém úseku a ke zvýšení průměrné mzdy. V roce 2007 dotace od zřizovatele činila pouze 77 % předchozího roku (absolutní rozdíl byl 4 046 tis. Kč). Tato skutečnost byla ovlivněna jednak zapojením nových zdrojů (příspěvek na péči, úhrada ošetrovatelské péče), jednak i obecným trendem nárůstu nákladů. V dalších letech se absolutní částka dotace od zřizovatele snižuje díky zvyšujícím se objemům příspěvku na péči a tržeb za zdravotní péči.

Finanční zdroje z vlastní činnosti zahrnují doplňkové služby, které jsou provozovány v rámci hlavní a omezeně i ve vedlejší činnosti. Největší položkou jsou tržby za stravování seniorů, kteří nejsou klienti domova (tzv. cizí strážníci). Dále sem patří tržby z provozu kavárny, výnosy z pronajímaných prostor, úroky z finančních prostředků na běžném účtu, finanční a věcné dary, aj. Vlastní činnost vykazuje ve sledovaném období stálý, i když od roku 2006 mírný nárůst. Údaje v prvních dvou letech jsou výrazněji nižší z důvodu postupného naplňování kapacity domova v roce 2004 a vznikem dalších služeb v rámci vlastní činnosti v průběhu roku 2005. Od roku 2006 poskytoval domov obědy pečovatelské službě, což se projevilo ve zvýšení tržeb v porovnání s předchozím rokem. V dalších letech je již meziroční vývoj příjmů z vlastní činnosti pomalejší – průměrně 2 – 3 % ročně.

Dotace ze státního rozpočtu, resp. od ministerstva práce a sociálních věcí, jsou uvedeny v upravené tabulce společně, i když metodiky pro jejich stanovení byla před a po účinnosti zákona o sociálních službách odlišná. V letech 2004 – 2006 byla stanovena paušální částka na 1 lůžko a celkový objem dotace se odvíjel od využití lůžkové kapacity. Od roku 2007 žádá provozovatel každoročně MPSV o

dotaci na poskytované služby. Podkladem je poměrně podrobná žádost, která obsahuje údaje o personálním zajištění služby včetně osobních nákladů a detailní položkový rozpočet nákladů a výnosů. Žádost je posuzována krajem, který dává MPSV své stanovisko a ministerstvo v konečné fázi posuzuje každou žádost na základě nejrůznějších kritérií. Větší rozdíl v objemu dotace je zaznamenán mezi léty 2007 a 2006, v následujících letech částka dotace narůstá v závislosti na rozšiřování poskytovaných služeb.

Příspěvek na péči se stává od roku 2007 významným finančním zdrojem. Nahrazuje sice zvýšení důchodu pro bezmocnost, avšak částky příspěvku v jednotlivých stupních jsou podstatně vyšší a nově je zaveden i IV. stupeň s částkou 11 a od roku 2009 12 tis. Kč. Tomuto finančnímu zdroji byla věnována samostatná podkapitola a z uvedených tabulek vyplývá i podstatná změna ve struktuře stupňů příspěvku na péči. Tomuto měnícímu se složení příjemců příspěvku na péči odpovídá i jeho celkový objem.

Posledním zdrojem financování sociálních služeb jsou tržby od zdravotních pojišťoven za poskytnutou ošetrovatelskou péči. Poskytovatelé sociálních služeb vykazují lékaři indikovanou ošetrovatelskou péči předepsaným způsobem zdravotním pojišťovnám. Zdravotní pojišťovny hradí vykázané výkony na základě právních předpisů závazných pro oblast zdravotnictví a smlouvy s poskytovateli. Od počátku tohoto nového systému vznikají značné rozdíly v objemu vykázané péče jednotlivými poskytovateli sociálních služeb, což zatím znemožňuje zavedení paušálních plateb např. podle přiznaného stupně příspěvku na péči. Zde je nutné dodat, že administrativní náročnost vykazování provedených výkonů je značná a rovněž přístup některých zdravotnických pojišťoven k poskytovatelům sociálních služeb je při nejmenším diskutabilní.

Shrneme-li výše uvedené hodnocení struktury finančních zdrojů před a po účinnosti zákona o sociálních službách, dojdeme k závěru, že od roku 2007 se podstatným způsobem zvýšila účast státu na financování sociálních služeb. Do konce roku 2006 stát dotoval rozpočty zřizovatelů zařízení sociálních služeb a vyplácel zvýšení důchodů pro bezmocnost. Od roku 2007 dotuje přímo jednotlivé poskytovatele a uživatelům sociálních služeb vyplácí příspěvek na péči.

Z údajů uvedených v tabulce vyplývá, že za období 2004 – 2006 činily dotace ze státního rozpočtu zřizovatelům zařízení sociálních služeb 23 mil. Kč a ob-

jem vyplacených zvýšení důchodu pro bezmocnost byl v domově pro seniory zhruba 4 mil. Kč. V letech 2007 – 2009 představovaly dotace MPSV částku 22,2 mil. a příspěvek na péči vyplacený klientům domova pro seniory 29,9 mil. Kč. Po účinnosti zákona o sociálních službách byl celkový podíl státu 52,1 mil. Kč oproti 27 mil. Kč za srovnatelné období před účinností zákona. Nárůst tedy představuje absolutně 25,1 mil. Kč, tj. 193 %.

Druhým závěrem je skutečnost, že došlo k výraznému omezení podílu zřizovatele na financování sociálních služeb. Za období 2004 – 2006 dotoval zřizovatel domov pro seniory částkou 50,8 mil. Kč, v letech 2007 – 2009 pak dotací ve výši 37,3 mil. Rozdíl činí 13,5 mil. Kč, tj. 26,5 %.

Zcela novým finančním zdrojem je úhrada ošetrovatelské péče zdravotními pojišťovnami. Od roku 2007 do roku 2009 představoval tento příjem domova pro seniory celkem 21,5 mil. Kč.

Jednotlivé finanční zdroje se na celkovém rozpočtu domova pro seniory podílely takto (údaje za období 2007 – 2009):

- tržby od klientů 23,7 %,
- dotace od zřizovatele 23,6 %,
- vlastní činnost 6,2 %,
- dotace MPSV 14,0 %,
- příspěvek na péči 18,9 %,
- tržby za zdravotní péči 13,6 %.

5. Diskuse

V této části práce jsou souhrnně prezentovány názory odborníků na fungování sociálních služeb, ať už se jedná o poskytování služeb na základě zákona č. 108/2006 Sb., financování sociálních služeb, či porovnání jejich působení do konce roku 2006 a následně po roce 2007. Především je v této práci popsán vliv všech těchto faktorů na strukturu uživatelů v domovech pro seniory a naopak.

5.1 Možnosti poskytování sociálních služeb a vliv na strukturu klientů v institucionálních zařízeních

Na úvod této kapitoly bych se ráda vrátila k teoretické části této práce v souvislosti s formou poskytování sociálních služeb. Ze sociální politiky státu jasně vyplývá, že občané by měli v případě potřeby využívat zpočátku terénních a ambulantních služeb, které jim zajistí potřebnou pomoc v jejich přirozeném sociálním prostředí. V okamžiku, kdy začnou být tyto služby i při spolupráci s rodinou nedostačující, nastupují zařízení poskytující pobytovou sociální službu. Posuzování nesoběstačnosti kompetentními odborníky se do značné míry jeví jako subjektivní záležitost. Stejně jako pocity a vnímání soběstačnosti a samostatnosti korelují s jejich životními potřebami. Potřeby jsou přirozeně zcela individuální záležitostí každé osobnosti. Přesto lze, jak uvádí Vágnerová (29), strukturu a vývoj potřeb rozdělit do šesti oblastí:

- potřeba stimulace správnými podněty (dostávat je na správném místě),
- potřeba smysluplného světa (získané vjemy využít k porovnání prostředí a sama sebe),
- potřeba plánovat činnosti v denním rytmu a čase se sebou a s druhými,
- potřeba jistoty sociální role a pozice ve společnosti (potřeba člověka někam patřit, mít své sociální role a pozice ve společnosti vzhledem k tomu, že ve stáří přibývá mnoho sociálních změn, se kterými se senioři většinou obtížně smiřují),
- potřeba identity a uznání vlastního “já” sebou samým i druhými je ovlivňováno nemocemi, životními ztrátami a sociálním omezením),
- potřeba otevřené budoucnosti – naděje, perspektiva (potřeba seniora se neustále na něco těšit, byť se jedná o sebemenší drobnost všedního dne). (29)

Možná právě z těchto důvodů vznikají různá nedorozumění a problémy mezi poskytovateli sociálních služeb a žadateli o službu, kteří mají pocit, že právě oni potřebují, vzhledem ke svému zdravotnímu a psychickému stavu, tento typ služby, bez ohledu na to, že jsou ještě mobilní a z větší části soběstační. Tím pravým důvodem může být dysfunkční rodina, touha po společnosti lidí, potřeba plánování denního harmonogramu aj. Naopak poskytovatelé na základě vytvořených kritérií pro pořadník žadatelů zdůvodňují přijímání klientů s těžkým zdravotním stavem jako nutnost přednostní péče o tyto osoby, jelikož kromě zdravotnických zařízení poskytujících akutní péči neexistují jiné instituce, které by se o tyto občany postaraly. Na druhou stranu není těžké pochopit, jak uvádí Klevetová a Dlabalová (10), že každý starý člověk má svůj životní příběh, který je poskládán z radostných i bolestných událostí, čím déle starý člověk žije, tím je jeho příběh delší. Celková péče musí vycházet nejen z hodnocení takových, ale i z chápání člověka jako celistvé bytosti, kde vše souvisí se vším.

Výsledky různých šetření ukazují na to, že je obecně přítomen nesoulad mezi přáním a skutečným chováním klientů - seniorů. Ovlivnění seniorů je v minimální míře, jejich přání jsou zcela jednoznačná – co nejdéle zůstat v domácím prostředí, maximálně využívat terénních služeb. Naopak senioři dlouhodobě hospitalizovaní nebo uvědomující si vznik nesoběstačnosti a závislosti upřednostňují služby institucionální, poskytující celodenní zdravotně sociální péči. (40). Kozlová, L. (13) ve své práci konstatuje, že vybavenost jednotlivých regionů sociálními službami je zcela zásadně ovlivněna demografickým vývojem. Mezi další faktory, které působí na charakter sociální politiky a tím i na konkrétní podobu sociálních služeb, je demografický vývoj a některé z demografických ukazatelů. (14) Kokta, J. (12) uvádí, stejně jako Kalvach, Z. et al (8), nutnost přesného určení populace regresivního typu, které se vyznačuje výraznou převahou žen ve vyšším věku. Toto tvrzení podporuje i výsledek výzkumu této práce. Navzdory tomu, upozornění demografů týkající se budoucího průběhu desetiletí zní tak, že se převaha žen mezi starými lidmi zřejmě oslabí. Posune se i doba, kdy jsou lidé konfrontováni s úmrtím partnera zhruba o čtyři až pět let. (28)

Stárnutí obyvatelstva je tzv. „zákonitým efektem“ demografické tranzice. Odborníky je označováno za základní populační proces 21. století. Stárnutí české populace, oproti západoevropským zemím, nastoupilo s určitým zpožděním a dále probíhá ve specifických podmínkách společenské a ekonomické transformace. Obyvatelstvo České republiky je nyní historicky nejstarší, přesto patří ve věkové struktuře k evropskému průměru. Údaje z posledního sčítání lidí ukázaly, že např.:

- v ČR žijí bezmála 2 miliony osob ve věku šedesát a více let (tvoří tak necelé dvě pětiny obyvatelstva),
- z více než tří pětín se jedná o jedince v tzv. třetím věku (60 – 74 let),
- muži umírají v průměru o šest až osm let dříve než ženy (tato skutečnost formuje strukturu seniorské populace podle pohlaví a rodinného stavu),
- na tisíc 60 – 64 letých žen připadá 865 mužů, podíl vdovců představuje 5 % a vdov zhruba polovinu,
- na tisíc 80 – 85 letých žen připadá 367 mužů, podíl vdovců je více než poloviční, žen, vdov, je bezmála 90 %. (7)

Z výsledků tohoto výzkumu vyplývá, že v domově pro seniory Máj je nejvíce uživatelů ve věku 80 let.

Zimmelová, P. (40) hodnotí právě zdravotní stav jako nejčastější důvod, na základě kterého senioři vyhledávají poskytovatele institucionální péče. Je zapotřebí si uvědomit, že involuční procesy provázejí člověka po celý život, významu však nabývají až právě v seniorském věku. Z toho vyplývá i koncept zdraví seniora, neboť není možné přirovnávat stáří k nemoci. Senioři z tohoto konceptu vycházejí jako osoby s disabilitou, přičemž věk spolu se zdravotními a sociálními činiteli dává podněty na podpůrné systémy. Toto vyjádření doplňuje tvrzením Sýkorová, D. (28), která říká, že vyšší nároky budou jistě kladeny na zajištění zdravotní a sociální péče. Tyto výdaje by však nemusely až tak dramaticky narůstat, pokud bude dbáno na prevenci, odpovědnější osobní přístup, tím zřejmě dojde ke zlepšení zdravotního stavu a soběstačnosti seniorů. Daleko palčivější problém spatřuje v přestárnutí populace v procesu rozdělování zdrojů, z nichž jsou penzisté financováni (ve vztahu k potenciálním příjemcům nízkých důchodů a k potenciálním plátcům vysokých daní). Na základě toho lze očekávat slábnutí sociální soudržnosti mladých a starých, tzn. desolidarizaci generací, která se projeví odmítáním chudých i poměrně

dobře zajištěných seniorů mladšími, ekonomicky produktivními lidmi. Tato situace může vést až k sociálnímu konfliktu.

Kalvach, Z. et al. (8) uvádí, že v současné době je možno využít i pro zdravotně sociální problematiku seniorů koncept MKN, kdy klient není hodnocen jen z pohledu onemocnění a tím změny zdravotního stavu (apartment), ale vytváří se přehled funkčního potenciálu.

Sýkorová, D. (28) zmiňuje, že zejména moderní sociální péče o seniory představuje v současné době nejkontroverznější část zabezpečení seniorů. Vzhledem k demografickým údajům současnosti a vize do budoucna, v souvislosti se stárnutím obyvatelstva a prodlužováním průměrného věku, by měly vést k připravenosti společnosti a to nejen ekonomické. Především musí být akceptovány psychosociální potřeby a životní podmínky seniorů. Důležité je zde zmínit i prevenci sociálního vyloučení. Pro seniory je jistě stejně důležité mít možnosti ke společensky a individuálně podstatnému uplatnění celoživotních znalostí, dovedností, schopností a vlastností. V této souvislosti je často zmiňována a zdůrazňována politika aktivního stárnutí, jejíž součástí je podpora soběstačnosti jednotlivců a zajištění péče o nejstarší a nesoběstačné seniory jejím nutným „doplňkem“. Zimmelová, P. (40, str. 56) dodává, že „Vysoký věk je výzvou let příštích. Zužovat a zjednodušovat problematiku seniorů pouze na rizika s touto skutečností spojená, by bylo krátkozraké. Lze předjímat, že senioři dosáhnou vysokého věku i s dobrou zdravotní kondicí. Současný problém, který je ovšem relativně v potřebě zajišťujících služeb pro seniory a jejich nedostatku, souvisí s aplikací základních principů při plánování a provozování služeb pro tuto cílovou skupinu“. Sociální služby určené seniorům jsou jedním z témat, která se v souvislosti s demografickým vývojem a problémy s veřejnými rozpočty stávají tématy častých diskusí.

Za zmínku, vzhledem k nedávno proběhlým volbám do Poslanecké sněmovny Parlamentu České republiky, jistě stojí vyjádření některých politických subjektů k tomu, jak by se měl sociální systém v ČR připravit na očekávané demografické změny, resp. na stárnutí populace. Levá, I. (20) zastupující Komunistickou stranu Čech a Moravy se vyjádřila ve smyslu potřeby vybudování nových kapacit různých sociálních zařízení a terénních služeb, neboť počítá do budoucna s tím, že rodina se nedokáže postarat o seniory ve stejném rozsahu, jako dnes z důvodu zvyšování věkové hranice odchodu do důchodu a přibudou lidé neuzavírající sňatky a

jsou bezdětní, tedy zůstávají osamělí. Nečas, P. (20) za Občanskou demokratickou stranu prozradil, že ODS hodlá výrazně podpořit péči o seniory v domácím prostředí a přirozené komunitě. Chybějící a nedostačující služby založit a rozšířit, vytvořit kontaktní centra sociálně zdravotní péče na úrovni obcí s rozšířenou působností. Dále s využitím evropských prostředků chce podpořit systém komunitních geriatrických sester a lékařů s prohloubeným geriatrickým vzděláním. Rodinám pečujícím v domácím prostředí o seniora, který je závislý na pomoci druhé osoby, umožní daňový odpočet ve stejné výši jako při péči o dítě. Podporu bude směřovat pro rozvoj stacionářů, terénních a ambulantních sociálních služeb. V neposlední řadě plánuje zavedení zvláštního pojištění, které lidem v době ekonomické aktivity umožní získat další prostředky na úhradu sociálních služeb v případě bezmocnosti ve stáří. Mullerová, L. (20) zastupující stranu TOP 09 nevidí demografické změny ve smyslu stárnutí populace jako hrozbu, ale naopak jako příležitost k rozvíjení neefektivnějších metod. V oblasti sociálních služeb by měl být prosazen model sdílené péče mezi neformálně pečujícími a profesionálními poskytovateli. Liška, O. (20) za Stranu zelených konstatoval, že ČR má program přípravy na stárnutí populace v období let 2008 – 2012. Důsledná kontrola a včasné pokračování je nutné. Klíčovou záležitostí je vnímána reforma důchodového systému. Svoboda, C. (20) za KDU – ČSL tvrdí, že v první řadě nesmí stát rezignovat na rodinnou a populační politiku. Jako příklad uvádí srovnání s Francií, kde se dlouhodobě rodí jedné ženě dvě děti, na rozdíl od ČR, kde v současné době připadá na jednu ženu 1,4 narozeného dítěte. Jako ostatní politici se shoduje v upřednostňování péče o občana v jeho domácím prostředí, či o pomoci terénních a ambulantních sociálních služeb. Dále prohlašuje, že kvalita poskytovaných služeb musí být neustále kontrolována.

Je faktem, že struktura uživatelů ovlivňuje řadu dalších aspektů souvisejících s fungováním pobytových sociálních služeb. Vzhledem k prodlužování průměrného věku dochází k nárůstu počtu klientů nastupujících do domovů pro seniory v závažném zdravotním stavu, tím i k problémům finančního zajištění těchto zařízení, které se týká jak státních dotací, tak úhrady zdravotními pojišťovnami za poskytnutou zdravotní péči v sociálních zařízeních. To je jedním z nejvýznamnějších problémů řešených poskytovateli sociálních služeb.

Zdravotní pojišťovny byly podle zákona č. 48/1997 Sb. o veřejném zdravotním pojištění povinny zajišťovat pojištěncům zdravotní péči v absolutně potřeb-

ném rozsahu. **(34)** Na základě tohoto znění konstatuje Průša **(24)**, že VZP však dlouhodobě odmítala dostát svým závazkům vůči svým pojištěncům, které vyplývají z čl. 31 Listiny základních práv a svobod a z uvedeného zákona a byla toho názoru, že náklady ústavní sociální péče na jimi poskytnutou zdravotní péči nemají být hrazeny z veřejného zdravotního pojištění, neboť tato zařízení mají povinnost poskytovat zdravotní péči vlastními zaměstnanci a hradit ji ze svého rozpočtu. Tento názor vyplýval i ze skutečnosti, že poskytování sociálních služeb a v jejich rámci poskytování zdravotní péče, bylo až do doby přijetí zákona o sociálních službách upraveno samostatně navzájem neprovázanými právními předpisy. Hrazení nákladů za zdravotnickou péči poskytovanou v pobytových zařízeních sociálních služeb probíhalo nikoliv z rozpočtu jednotlivých zdravotních pojišťoven, ale z rozpočtu těchto zařízení. Z výše uvedeného důvodu lze tedy odvodit, že systém zdravotního pojištění dlouhodobě „tuneloval“ systém sociálních služeb, tím byla zákonem definovaná práva klientů omezována.

Přijetí zákona o sociálních službách bylo velice významným krokem při řešení zdravotní péče v pobytových zařízeních, neboť § 36 stanovuje, že poskytovatel sociálních služeb je povinen zajistit zdravotní péči osobám, kterým poskytuje pobytové služby, mimo jiné i v domovech pro seniory. **(36)** Jelikož VZP neustále trvá na tom, že ošetrovatelská péče poskytovaná obyvatelům pobytových zařízení sociálních služeb je poskytována v režimu tzv. zvláštní ambulantní péče, o poskytování této péče je uzavírána s pobytovými zařízeními sociálních služeb tzv. zvláštní smlouva, jenž je největším nedostatkem zvoleného řešení formy úhrad za poskytovanou ošetrovatelskou péči prostřednictvím výkonového způsobu. **(22)** Na toto téma proběhla také jednání iniciovaná Asociací poskytovatelů sociálních služeb ČR. Jejich předmětem bylo především řešení problémů v oblasti poskytování zdravotní péče v pobytových zařízeních sociálních služeb. Nejdůležitějším bodem jednání bylo ředitelem VZP přislíbená indexace hodnoty bodu. **(6)** Průša **(25, str. 20)** k tomu dodává, že obecným rizikem tohoto způsobu financování je vykazování ve skutečnosti nerealizovaných výkonů nebo nadprodukce výkonů, na což obvykle plátce zdravotní péče reaguje administrativním omezením ve formě regulačních opatření a limitů na straně úhrad za provedené zdravotní výkony. Výsledkem je, že původní kalkulovaná cena, stanovená pomocí průměrných nákladů na výkon, se s růstem počtu vykázaných výkonů snižuje.

Sama VZP přiznává, že na zdravotní péči poskytovanou klientům v sociálních zařízeních z jiných než zdravotních důvodů bylo vynaloženo v roce 2007 pouze 12 mil. Kč, tj. 8 % z celkového objemu předpokládaného plánu. Mezi nejčastější příčiny sporů patří zejména podávání léků per os (tj. do úst uživatele). Indikace tohoto způsobu podávání léku je např. u některých klientů s psychickou poruchou a u klientů s poruchou polykacího reflexu. V mnoha případech však VZP tuto indikaci neuznává. Mezi další problematická témata patří proplácení rehabilitační péče a polohování imobilních klientů, což jsou důležité výkony pro předcházení dekubitů. **(25)** Dle mého názoru se s tímto postojem pojišťoven neslučuje tak propagovaná prevence, v tomto případě prevence primární, která je běžně hrazena z prostředků veřejného zdravotního pojištění. V případě, že pominu etickou a zdravotní stránku této záležitosti, troufám si tvrdit, že je tento přístup pro zdravotní pojišťovny vysoce ekonomicky nevýhodný a nerentabilní, neboť následky již vzniklých dekubitů a jejich odstraňování je pojišťovnou, jako zdravotnický výkon plně hrazeno.

Do budoucna popisuje Svět **(6, str. 21)**, lékař, manažer a odborník na komunitní plánování, nezbytnost kultivace celého systému poskytování a úhrady zdravotní péče v pobytových zařízeních sociálních služeb způsobem reálných úhrad reálných nákladů.

Zařízení sociálních služeb, poskytující pobytové služby, se v důsledku škrtů v příspěvcích státu na jejich provoz dostala do velmi obtížné situace. Na tuto skutečnost reaguje Stráská **(27, str. 5)** tvrzením, že zřizovateli těchto zařízení nejsou jen kraje, ale i obce nebo nestátní neziskové organizace. Do problémů se tak dostávají všichni zřizovatelé. Samozřejmě, že jedinou správnou cestou je navýšení dotace ze státního rozpočtu. Argument, že díky příspěvkům na péči je v systému peněz dostatek, není založen na pravdě. Zcela opačný názor než Stráská má Nečas **(27)**, který tvrdí, že peněz v systému je dost, což nezpochybnují ani sociální partneři, jen je zapotřebí korekcemi zákona o sociálních službách, připraveného ještě minulou vládou, dosáhnout jejich efektivnějšího využívání.

S péčí o klienty s těžkým zdravotním či psychickým postižením, kteří tvoří nyní většinovou strukturu domova pro seniory, jak dokazuje výzkum, je úzce spjata dokumentace, jejíž objem v současné době neustále narůstá. Ošetřujícím personálem a zaměstnanci vůbec je často kladena otázka, koresponduje-li poskytování ná-

ročné péče o klienty v těžkém zdravotním stavu s mírou neustále narůstající administrativy, ať už se jedná o dokumentaci zdravotní, ošetřovatelskou, či sociální. Hanzl (4) ve svém tvrzení naráží na byrokratické zpracování standardů kvality sociálních služeb, neboť považuje za zásadní omyl představu, která zřejmě stála u zrodu standardů. Osvícený úředník donutí propracovaným a kontrolovaným legislativním opatřením poskytovatele sociálních služeb k náležitému a správnému chování a zajistí tak kvalitu těchto služeb. Žádné administrativní opatření nemůže vnést kvalitu na nedostatkový a nedokonalý trh. Dále uvádí přirovnání: „Tak jako se byrokracii za socialismu nepodařilo příkazy shora zajistit dostatek kvalitního zboží, tak se ani byrokracii dnešní nemůže podařit zajištění kvality sociálních služeb“. Hanzl vidí jako další omyl představu, že když bude mít poskytovatel písemně zpracovány cíle služeb, cílové skupiny, pracovní postupy, pravidla na ochranu práv osob, pravidla jednání se zájemcem o službu, individuální plány, tedy celkem 31 kritérií, tak tím bude zajištěna a současně i prokázána kvalita sociálních služeb. „Takto je pouze zajištěn obrovský rozsah administrativy, který tvrdě dopadá na poskytovatele sociálních služeb a hlavně obírá zaměstnance o čas, který by měli věnovat svým zákazníkům“.

Zcela odlišný názor má Hermanová (5), která popisuje význam dokumentace jako závaznou normu pro kvalitní poskytování péče či služby. Její vedení je zcela jistě podmínkou registrace zařízení poskytující sociální služby a realizující příjem plateb od zdravotních pojišťoven. Konkrétní význam dokumentace shledává:

- v umožňování objektivního hodnocení (měření) poskytované péče,
- v ochraně pracovníků či zařízení před neoprávněným právním postihem.
- jako významný organizační prostředek, dokládá kontinuitu péče,
- ve statistickém zpracování informací, které pomáhá předvídat a plánovat potřeby jednotlivých služeb v budoucnosti,
- v zajišťování komunikace mezi členy všeoborového týmu, podporující práci všech podílejících se na péči o klienta (pracovníků sociální služby, ergoterapeutů, sester, rehabilitačních pracovníků, dalších pracovníků přímé obslužné péče i sociálních pracovníků),
- v monitoringu poskytované péče v čase a současným dokládáním způsobilosti osob, které péči poskytly, vše v rámci auditu.

Na druhou stranu nepopírá, že přehršel administrativy, která se stává zbytečnou, je nežádoucí.

Myslím si, že nemůže být pochyb o výše vysvětleném významu vedení dokumentace, ale na druhou stranu musím konstatovat, že doby, doby stačilo dělat tak, aby měl člověk pocit, že pomáhá a byl to vždy posun dopředu, jsou dávno pryč. Nový zákon o sociálních službách vyžaduje nejen to, aby pracovník vykonával svou práci dobře, ale aby ji i správně vykázal tak, aby množství a kvalita služeb byla prokazatelná. Nad tímto faktem se není potřeba nijak pozastavovat, neboť je to již běžnou záležitostí. Nicméně je nutností ten čas na nezbytnou administrativu (ne-ní míněno zbytečnou) vzít. Z toho vyplývá, že nezvýší-li se počet pracovníků v přímé obslužné činnosti, nebo nesníží-li se počet uživatelů, může to být jen na úkor kvality či kvantity poskytovaných služeb. Tento zmiňovaný stav může zákonitě vést k tomu, že práce s klientem se začne především vykazovat, neboť někteří úředníci hodnotí práci spíše podle výkazů a konkrétní práce s klientem se v té záplavě dokumentů ztratí. Nemyslím si, že by tato skutečnost byla záměrem zákonodárce, který zákon o sociálních službách tvořil. Z druhého pohledu, myslím, pohledu zaměstnanců pečujících o klienty, vzniká v tomto ohledu také velký problém, který je patrný v omezeném kontaktu s klientem, tzn. újmu nepociťuje jen klient, ale i zaměstnanec poskytovatele. Je předpokladem, že většina pracovníků v pomáhajících profesích a zejména v sociálních službách chápe svou práci spíše jako povolání, než zaměstnání, proto potřebují zpětnou vazbu, kterou získají právě při kontaktu s klientem. Absence pocitu z dobře vykonané práce, tím zamezení možnosti tzv. nabití, může vést k frustraci pracovníka a při neustálém poklesu této saturované potřeby, může dojít až k vyhoření.

6. Závěr

Kvalitní péče o seniory v pobytových zařízeních, jakým je domov pro seniory, je velice zodpovědná a náročná. A to z několika důvodů. Jedním z nich je právě ona struktura klientů, kteří v domově pro seniory jsou již umístěni, či právě nastupují. Jedná se převážně o osoby s poruchou mobility nebo úplně imobilní, v některých případech nekomunikující a neorientovaní časem, místem a leckdy ani osobou. Dalším důvodem je požadavek na skloubení tohoto faktu s vedením poměrně rozsáhlé dokumentace zdravotní, ošetrovatelské i sociální. Pomáhat těmto klientům vytvářet jejich cíle, i když je to některým z nich nepříjemné a mají pocit, že je narušováno jejich soukromí, a na druhou stranu respektovat, že někteří z nich nedodržují základní pravidla slušného chování a hygieny, neboť je to jejich přáním a právem, není vždy jednoduché. Přitom hlavním účelem má být to, aby se klient cítil stejně jako v domácím prostředí. Myslím si, že vzhledem k výše uvedeným důvodům nelze toho zcela dosáhnout. Už jen proto, že klient při nástupu podepsal smlouvu o poskytování sociální služby, ve které se také zavazuje respektovat a řídit se určitými pravidly stanovenými zařízením. Mezi další důvody obtížnosti poskytování sociálních služeb v domově pro seniory patří též financování. V praxi to znamená, že při sestavování státního rozpočtu je jen velmi omezeně, v důsledku celosvětové hospodářské krize a ekonomické situace českého hospodářství, rozpočtována státní dotace poskytovatelům sociálních služeb. V této souvislosti mají někteří poskytovatelé sociálních služeb vážnou a reálnou obavu z drastických omezení kapacit. Samosprávné rozpočty nejsou schopny plnohodnotně nahradit deficit státní dotace. Tímto se poskytovatelé dostávají do situace, že nemají reálné rezervy. Důsledkem pak může být snížení dostupnosti a kvality sociálních služeb a nárůst počtu neuspokojených žadatelů – seniorů, kteří tuto péči nezbytně potřebují. Skutečností je, že do budoucna bude jejich počet dále stoupat, nezávisle na těchto úskalích.

Cílem této práce bylo zjistit zdravotní stav klientů Domova pro seniory Máj před platností zákona o sociálních službách č. 108/2006 Sb., a následně po jeho účinnosti. Pro naplnění tohoto cíle jsem analyzovala strukturu uživatelů z hlediska jejich schopnosti sebeobsluhy a dále jsem zjišťovala počet příjemců zvýšeného důchodu pro bezmocnost před účinností zákona a počet příjemců příspěvku na péči počínaje rokem 2007, a to podle jednotlivých stupňů. Domnívám se, že tento cíl byl splněn.

Díličními cíli bylo posoudit vliv struktury klientů na financování sociálních služeb a naopak. Dále posoudit vliv účinnosti zákona o sociálních službách na strukturu klientů nastupujících do Domova pro seniory Máj. Výsledky výzkumu potvrdily vzájemnou vazbu mezi strukturou klientů a financováním a naopak a dále ukázaly změnu struktury uživatelů způsobou implementací zákona o sociálních službách.

V diplomové práci byly stanoveny tři hypotézy. První hypotéza (zvýšení počtu klientů s vyšším stupněm nesoběstačnosti po roce 2007) byla potvrzena. Druhá hypotéza (zvýšení podílu státu na financování sociálních služeb po účinnosti zákona o sociálních službách) bylo rovněž potvrzeno. Třetí hypotéza (zvýšení průměrného věku klientů po roce 2007) byla vyvrácena.

Domnívám se, že pro další zkvalitňování diskutovaných služeb by bylo vhodné a účelné i v budoucnu sledovat změny ve struktuře uživatelů pobytové sociální služby ze všech, v této práci, uvedených hledisek.

Toto doporučení, které vyplynulo z výsledků mé práce, může být prakticky využito v Domově pro seniory Máj pro odhad budoucích trendů struktury uživatelů a s tím souvisejícího materiálně technického a personálního zajištění poskytovaných služeb, jako je např.:

- výměna mechanických lůžek za elektricky polohovatelná,
- větší množství antidekubitních pomůcek,
- větší množství pomůcek pro transport a polohování imobilních klientů,
- zvýšení počtů kvalifikovaného personálu.

Z výše uvedeného je zřejmé, že všechna tato opatření budou mít dopad na nákladovost poskytovaných služeb a tím i na jejich financování.

7. Seznam použitých zdrojů

1. BÁRTLOVÁ, S. – SADÍLEK, P. – THÓTOVÁ, V. *Výzkum v ošetrovatelství*. 1. vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2005. 166 s. ISBN 80-7013-416-X
2. DISMAN, M. *Jak se vyrábí sociologická znalost*. 3. vyd. Praha: Karolinum, 2002. 374 s. ISBN 80-246-0139-7
3. GLOSOVÁ, D. a kol. *Bydlení pro seniory*. 1. vyd. Brno: ERA, 2006. 179 s. ISBN 80-7366-057-1
4. HANZL, V. Byrokratický & marketingový přístup k hodnocení kvality sociálních služeb. *Rezidenční péče*, 2008, roč. 4, č.1, s. 24. ISSN 1801-8718
5. HERMANOVÁ, M. Individuální plánování sociálních služeb v domovech pro Seniory a v domovech se zvláštním režimem. *Zpravodaj APSS České republiky*, 2008, roč. 10, č. 2, s. 23. ISSN 1802-0046
6. HORECKÝ, J. Jednání s ředitelem VZP, MUDr. Pavlem Horákem, MBA. *Zpravodaj APSS České republiky*, 2008, roč. 10, č. 2, s. 23. ISSN 1802-0046
7. KALVACH, Z. – ONDERKOVÁ, A. *Stáří: Pojetí geriatrického pacienta a jeho problémů v ošetrovatelské praxi II roč.* Praha: Galén, 2006. 44 s. ISBN 80-7262-455-5
8. KALVACH, Z. – ZADÁK, Z. – JIRÁK, R. a kol. *Geriatrie a gerontologie*. 1.vyd. Praha: Grada, 2004. 864 s. ISBN 80-247-0548-6
9. KAHOUN, V. a kol. *Sociální zabezpečení. Vybrané kapitoly*. Praha: Triton, 2009. 445 s. ISBN 978-80-7387-346-2
10. KLEVETOVÁ, D. – DLABALOVÁ, I. *Motivační prvky při práci se seniory*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008. 208 s. ISBN 978-80-247-2169-9
11. KOCÁBOVÁ, M. – KAŠPÁREK, Z. Péče o seniory v České republice a Rakousku. *Sociální služby*, 2010. roč. XII, č. 5, s. 39. ISSN 1803-7348
12. KOKTA, J. Aktuální demografická situace v České republice. *Sociální politika*. Praha: MPSV ČR, červenec-srpen 1999, roč. 25, č. 7-8, s. I-VIII (příloha). ISSN 0049-0961
13. KOZLOVÁ, L. *Možnosti řešení nezaměstnanosti v systému řízení sociálních služeb*. Disertační práce. České Budějovice: Jihočeská univerzita, Zdravotně sociální fakulta, 2001.

14. KOZLOVÁ, L. *Sociální služby*. 1.vyd. Praha: Triton, 2005. 79 s. ISBN 80-7254-662-7
15. KOZLOVÁ, L. *Výzkum v sociální oblasti* [online]. České Budějovice: Jihočeská univerzita, Zdravotně sociální fakulta. [cit. 2010-03-15].
16. KRÁLOVÁ, J. – RÁŽOVÁ, E. *Sociální služby a příspěvek na péči 2007*. 1. vyd. Ostrava: ANAG, 2007. 350 s. ISBN 978-80-7263-405-7
17. KRÁLOVÁ, J. – RÁŽOVÁ, E. *Sociální služby a příspěvek na péči 2009/2010*. 3. vyd. Ostrava: ANAG, 2009. 423 s. ISBN 978-80-7263-559-7
18. KRÁLOVÁ, J. – RÁŽOVÁ, E. *Zařízení sociální péče pro seniory a zdravotně postižené občany*. 2. vyd. Ostrava: ANAG, 2003. 301 s. ISBN 80-7263-168-3
19. KRUTILOVÁ, D. – ČÁMSKÝ, P. – SEMBDNER, J. *Sociální služby: Tvorba a zavádění standardů kvality poskytovaných sociálních služeb*. 1. vyd. Praha: APSS České republiky, 2008. 221. S. ISBN 978-80-254-3427-7
20. LEVÁ, I. – NEČAS, P. – MÜLLEROVÁ, M. a kol. Předvolební anketa zástupců politických stran: Osud sociálních služeb. *Sociální služby*, 2010. roč. XII, č. 4, s. 39. ISSN 1803-7348
21. MICHALÍK, J. *Smluvní vztahy v sociálních službách*. 1. vyd. Praha : NRZP, 2008. 224 s. ISBN 80-903658-1-7
22. PRŮŠA, L. *Ekonomie sociálních služeb*. 2. vyd. Praha: ASPI, 2007. 179 s. ISBN 978-80-7357-255-6
23. PRŮŠA, L. Návrh nového způsobu financování sociálních služeb. *In Práce a mzda*. Praha: VÚPSV, 1999. roč. 47, č. 1, s. 36-46. ISSN 0032-6208
24. PRŮŠA, L. Zdravotní péče v pobytových zařízeních služeb sociální péče a její financování. *Sociální služby*, 2009. roč. XI, č. 5, s. 35. ISSN 1803-7348
25. PRŮŠA, L. Zdravotní péče v pobytových zařízeních služeb sociální péče a její financování. *Sociální služby*, 2009. roč. XI, č. 6, s. 39. ISSN 1803-7348
26. REICHL, J. *Kapitoly metodologie sociálních výzkumů*. 1. vyd. Praha: Grada, 2009. 192 s. ISBN 978-80-247-3006-6
27. STRÁSKÁ, I. Kraje řeší škrty v dotacích. *Rezidenční péče*, 2009. roč. 5, č. 1, s. 24. ISSN 1801-8718
28. SÝKOROVÁ, D. *Anatomie ve stáří: Kapitoly z gerontologie*. 1. vyd. Praha: Slon, 2007. 284 s. ISBN 978-80-86429-62-5

29. VÁGNEROVÁ, M. *Vývojová psychologie: Dětství, dospělost, stáří*. 1. vyd. Praha: Portál, 2000. 528 s. ISBN 80-7178-308-0
30. VENGLÁŘOVÁ, M. *Problematické situace v péči o seniory: Příručka pro zdravotnické a sociální pracovníky*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007. 96 s. ISBN 978-80-247-2170-5
31. Vyhláška č. 134/1998 Sb., kterou se vydává seznam zdravotních výkonů
32. Vyhláška č. 182/1991 Sb., kterou se provádí zákon o sociálním zabezpečení a zákon ČNR o působnosti orgánů České republiky v sociálním zabezpečení
33. Vyhláška č. 505/ 2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách
34. Zákon č. 48/ 1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů
35. Zákon č. 100/ 1988 Sb., o sociálním zabezpečení, ve znění pozdějších předpisů
36. Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů
37. Zákon č. 457/2003 Sb., o státním rozpočtu na rok 2004, příloha č.7
38. Zákon č. 543/2005 Sb., o státním rozpočtu na rok 2006, příloha č.7
39. Zákon č. 675/2004 Sb., o státním rozpočtu na rok 2005, příloha č. 5
40. ZIMMELOVÁ, P. Sociální služby pro seniory – zdravotně sociální východiska. *Recenzovaný sborník příspěvků ze zahajovací konference projektu: Plánování sociálních služeb v Praze*. Praha: Lara Consulting, 2010. 62 s. ISBN 978-80-254-7415-0

8. Klíčová slova

Senior

Domov pro seniory

Sociální služby

Nesoběstačnost

Závislost

Struktura klientů

Financování

9. Přílohy

Příloha č.1: Statistický výkaz – finanční vypořádání za rok 2004

Příloha č.2: Domov pro seniory Máj a jeho interiér

Ministerstvo financí

Tabulka 5a 2)

FINANČNÍ VYPOŘÁDÁNÍ ZA ROK 2004

Doplňující údaje k vybraným účelovým dotacím

poskytnutým v rámci finančních vztahů státního rozpočtu k rozpočtům obcí v úhrnech po jednotlivých krajích
podle přílohy č. 7 k zákonu č. 457/2003 Sb., o státním rozpočtu na rok 2004

Kraj: Jihočeský
Okres: České Budějovice
Název zařízení: ÚSP Máj - domov důchodců České Budějovice
Právní forma : příspěvková organizace
Zřizovatel: Statutární město České Budějovice

Domovy důchodců	Kapacita pro dotaci ze SR (počet míst)	Dotace ze SR (rozpis dle kraje) (v tis. Kč)	Kapacita skutečnost dle F. 21 výkazu	Průměrný počet obyvatel dle F. 23 výkazu	Využití kapacity (%)	Dotace stanovená dle skutečného využití kapacity (v Kč)	Rozdíl k vrácení (-) k úhradě (+)
A. Výpočet dotace u zařízení s provozem kapacit od 1. 1. 2004 do 31. 12. 2004							
B. Výpočet dotace u zařízení s uvedením nové kapacity (příp. nových míst) do provozu v průběhu roku 2004							
datum zahájení 1. 3. 2004							
kapacita zařízení do náběhu	123	7 823,8	126			79,7	
kapacita zařízení po náběhu							
CELKEM za část B				x	x		2 094 839

Postup při vyplňování se provede podle přílohy č. 1

"Metodika výpočtu dotací dle skutečného využití kapacity"

Přílohou k tabulce bude Roční výkaz o zařízeních sociální péče za rok 2004 Soc (MPSV) V 1 - 01

Zpracoval:
(jméno, příjmení, tel., fax, podpis)
Ing. Pavel Janda, tel. 388 902 129, fax 389 106 931

Schválil:
(jméno, příjmení, tel., fax, podpis)
Ing. Pavel Janda

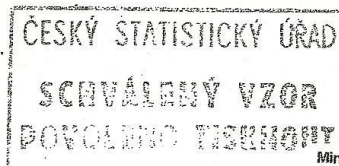
Datum
21. 1. 2005

ÚSP Máj - domov důchodců
České Budějovice,
příspěvková organizace,
Větrná 13, 370 05 České Budějovice
ICO 711 73 064
(I)

Razítko

623

Ministerstvo práce a sociálních věcí
Schváleno ČSÚ pro Ministerstvo práce
a sociálních věcí



ČV 166/04 ze dne 27. 10. 2003
v rámci Programu statistických zjišťování
na rok 2004.

Zařízení sociální péče doručí po skončení
roku výkaz do 14. 2. 2005 1x MPSV.

Ochrana individuálních dat je zaručena
zákonem č. 89/1995 Sb., o státní statistické službě,
ve znění pozdějších předpisů.
Za ochranu individuálních dat odpovídá MPSV.

Ministerstvo práce a sociálních věcí

Č.j.: 2004/10473



20.2.2004 10:52:24

Příloh:

Útvar. 62

Soc (MPSV) V 1-01

Číslo řádku	Rok	Identifikační číslo
	2004	71173064

Číslo řádku	Typ 1) zařízení	Druh 2) zařízení
	3	A1a

Roční výkaz
o zařízeních sociální péče
a poskytování sociálních služeb
za rok 2004

Název zařízení (u zařízení pro dospělé uvést, zda se jedná o ženy či o muže)
ÚSP Máj - domov důchodců České Budějovice, p.o.

adresa - ulice VĚTRNÁ 13
místo ČESKÉ BUDĚJOVICE PSČ 370 05

telefon 388902111 fax 389106931
e-mail: info@damajeb.cz

Zřizovatel zařízení /podle zřizovací listiny/: STATUTÁRNÍ MĚSTO ČESKÉ BUDĚJOVICE

Právní forma /nehodící škrtněte/ ~~organizační složka státu~~
~~právní ústředí~~ - příspěvková organizace
~~ostatní~~

Rok ukončení výstavby budovy: 2004
Rok zahájení provozu zařízení: 2004

Odesláno dne	Razítko	Podpis vedoucího	Výkaz sestavil (jméno)
24. 1. 2005	ÚSP Máj - domov důchodců České Budějovice, příspěvková organizace, Větrná 13, 370 05 České Budějovice IČO 711 73 064 (1)	zpravidajské jednotky 	ING. PAVEL JANJSA telefon linka 388902129

1) Vyplní se příslušný kód: "1" - státní (zřizuje MPSV), "2" - krajské (zřizuje kraj), "3" - obecní (zřizuje obec, město),
"4" - církevní, "5" - občanské sdružení, "6" - fyzické osoby, "7" - ostatní nestátní neziskové organizace

2) Vyplní se příslušný druh zařízení: A1a, A1b, ..., C5 dle vysvětlivek

I. Kapacita zařízení

a	Číslo řádku	Celkem	v tom		
			celoroční pobyty	týdenní pobyty	denní pobyty
	b	1	2	3	4
Kapacita zařízení k 31. 12. sledovaného roku	21	126	126		
z toho					
na ošetrovatelském oddělení	21a	124	124		
místa pro přechodný pobyt	21b	2	2		
Kapacita zařízení pro denní pobyt k 31. 12. sledovaného roku	22		x	x	
Průměrný počet obyvatel (svěřenců) v roce	23	98	98		
Počet					
1 lůžkových pokojů k 31. 12. sled. roku	24	52	52		x
2 lůžkových pokojů k 31. 12. sled. roku	25	37	37		x
3 a vícelůžkových pokojů k 31. 12. sled. roku 3)	26				x

3) Vypĺňují pouze zařízení sociální péče s trvalým nebo denním pobytem

II. Obyvatelé (svěřenci) zařízení, lékařská péče v zařízení

a	Číslo řádku	Celoroční a týdenní pobyty	Denní pobyty
	b	5	6
Počet obyvatel (svěřenců) k 31. 12. předchozího roku	27		
Ve sledovaném roce obyvatelé (svěřenci)	přijetí	143	
	propuštění	2	
	zemřeli	17	
		124	
Počet obyvatel (svěřenců) k 31. 12. sledovaného roku (ř.27+ř.28-ř.29-ř.30)	31		
z toho	ve věku 3 - 6 let		
	ve věku 7 - 12 let		
	ve věku 13 - 18 let		
	ve věku 19 - 26 let		
	ve věku 27 - 65 let	9	
	ve věku 66 - 85 let	83	
	ve věku nad 85 let	32	
z řádku 31	trvale upoutaní na lůžko	20	x
	mobilní za pomoci druhé osoby nebo techn. pomůcek	50	
	tí, jejichž zdravotní stav vyžaduje nákladnější stravování	65	
	počet osob, přijatých ve sled. roce na přechodný pobyt	2	
Průměrný věk obyvatel (svěřenců)	35	81,0	
Primární lékařskou péči poskytuje	1. lékař - zaměst. sociál. zabezpečení - úvazek LM	36	x
	2. smluvní lékař zdravotní pojišťovny: Ano = 1, Ne = 2	37	1
Je poskytován hygienicko epidem. dozor lékařem: Ano = 1, Ne = 2 / úvazek LM	38		x

III. Ekonomické ukazatele

a	Číslo řádku	Celkem
	b	7
Příjmy celkem v Kč	40	55 286 092,-
z toho		
příjmy z úhrad za pobyt	41	7 674 122,-
ostatní příjmy	41a	47 611 964,-
Výdaje celkem v Kč	42	54 037 501,-
v tom		
neinvestiční výdaje	43	54 037 501,-
investiční výdaje	44	
Přijaté dary v Kč (od právnických a fyzických osob)	45	156 994,-
Průměrný evidenční počet zaměstnanců (přepočtený)	46	70,72
Kontrolní součet (ř. 21 až ř. 46)	47	218 804 250,72

IV. Poskytované sociální služby spojené s pobytem v organizaci

Komplex služeb	Číslo řádku	ano = 1 ne = 2	Počet uživatelů		
			děti a mládež do 18 let	dospělí	
				muži	ženy
a	b	8	9	10	11
Penziony a domovy	48	1		30	94
Azylové domy	49	2			
Dům na půl cesty	50	2			
Noclehárny	51	2			
Terapeutické komunity	52	2			
Chráněné bydlení	53	2			

V. Poskytované sociální služby nepobytové

Komplex služeb	Číslo řádku	ano = 1 ne = 2	Počet uživatelů		
			děti a mládež do 18 let	dospělí	
				muži	ženy
a	b	12	13	14	15
Krizová pomoc	54	2			
Osobní asistence	55	2			
Pečovatelská služba	56	2			
z toho tísňová péče	56a	2			
Poradenství	57	2			
Raná péče	58	2			
Kontaktní práce	59	2			
z toho nízkoprahová centra	59a	2			
Respirační péče	60	1			2
Stacionáře	61	2			
Denní centrum	62	2			
Komunitní centrum	63	2			
Centrum denních služeb	64	2			

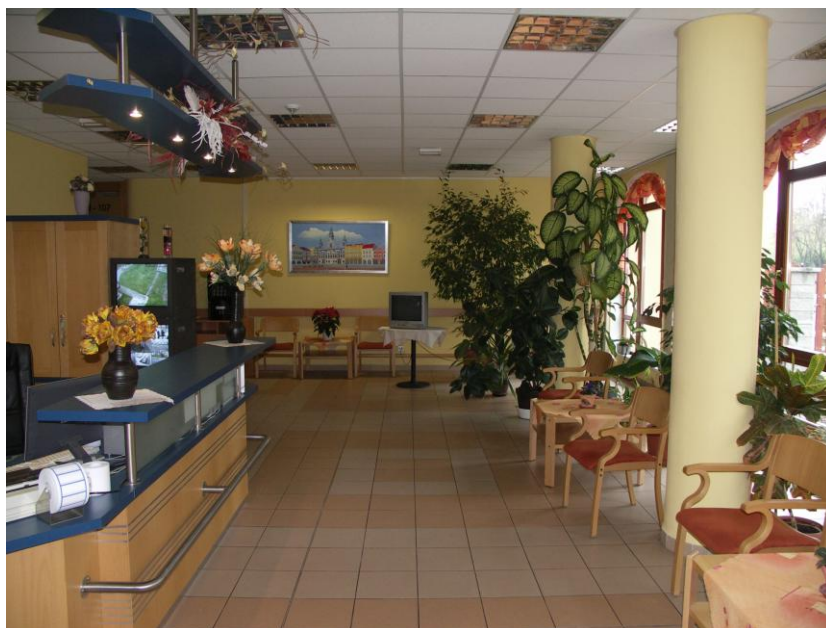
VI. Krizová lůžka

Komplex služeb	Číslo řádku	ano = 1 ne = 2	Počet uživatelů		
			děti a mládež do 18 let	dospělí	
				muži	ženy
a	b	16	17	18	19
Kapacita	65	2			
Počet umístěných osob	66	2			

Příloha č.2: Domov pro seniory Máj a jeho interiér



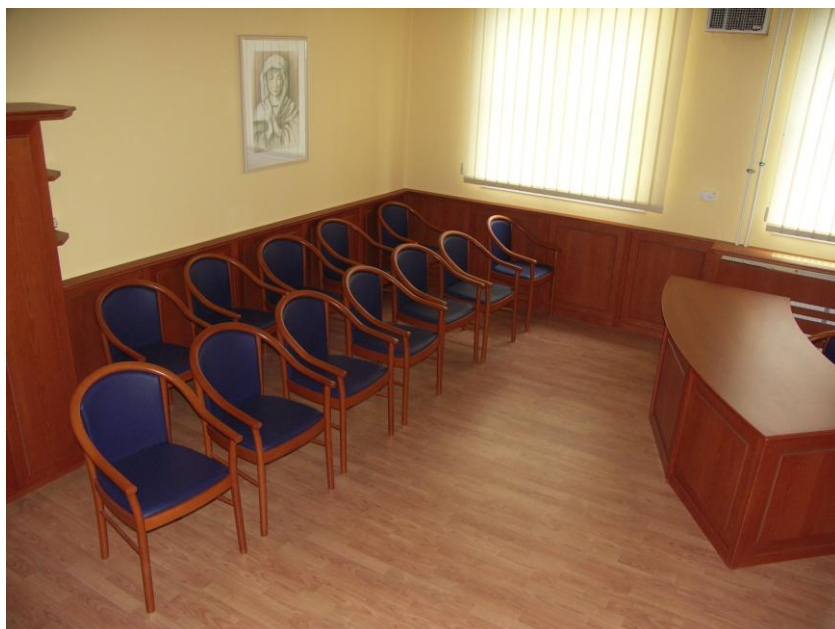
Recepce



Kavárna



Kaple



Lékařská vyšetřovna



Jidelna



Kuchyně



Pokoje klientů



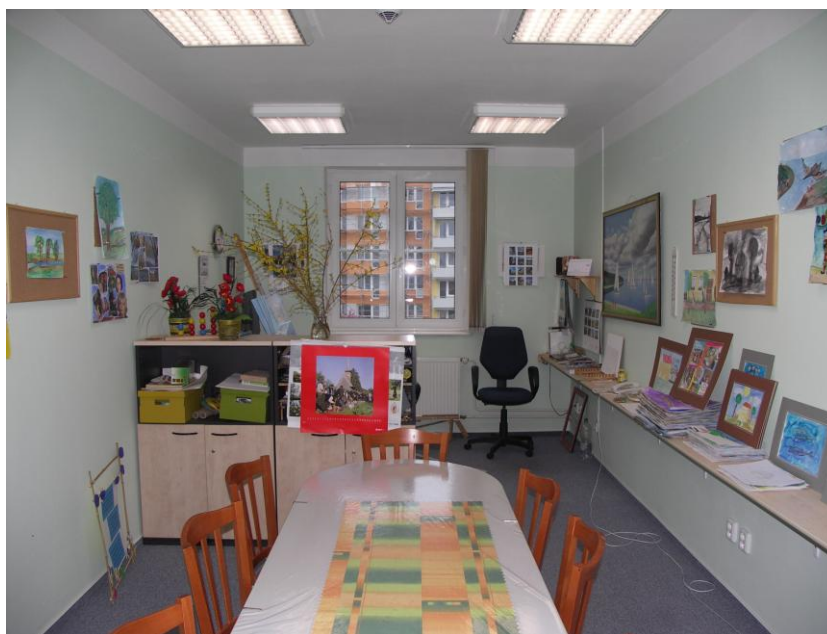
Rehabilitace



Sesterna



Ateliér – arteterapie



Ergoterapeutická dílna



Koupelna s perličkovou vanou



Relaxační místnost – aromaterapie



Školící místnost

