

Česká zemědělská univerzita v Praze

Provozně ekonomická fakulta

Katedra ekonomických teorií



Bakalářská práce

**Rozdíly ve financování pobytových služeb –
chráněného bydlení a domova pro osoby se zdravotním
postížením**

Jan RUDOLF

© 2012 ČZU v Praze

Rozsah textové části

30 - 40 stran

Klíčová slova

alokace, domov pro osoby se zdravotním postižením, financování, chráněné bydlení, sociální služba, státní podpora

Doporučené zdroje informací

BRIDGES, W. Typologie organizace. Dušan Štainer. Praha: Management Press, 2006. 165 s. | SBN 80- 7261- 137- 2

GRUNEWALD, K. Zavřete ústavy pro mentálně postižené. Každý může žít v otevřené společnosti. Praha: QUI P – společnost pro změnu, 2003. Dostupný z WWW: <<http://www.kvalitavpraxi.cz/res-data/001/000182.pdf>>

KARLOVARSKÝ KRAJ. Poskytování sociálních služeb v Karlovarském kraji, které jsou dostupné a kvalitní z pohledu uživatele [online], dostupný z WWW: <http://www.ipkktransformace.cz/projekt/Documents/vystupy/Publikace_transformace.pdf>

KOZLOVÁ, L. Sociální služby, Praha : Triton, 2005. 79 s. ISBN 80-7254-662-7

Zákon č. 108/2006 Sb. ze dne 14. března 2006 o sociálních službách

Vedoucí práce

Stará Dana, Ing.

Termín odevzdání

březen 2012



doc. Ing. Josef Brčák, CSc.
Vedoucí katedry



prof. Ing. Jan Hron, DrSc., dr.h.c.
Děkan fakulty

V Praze dne 8.11.2011

Čestné prohlášení

Prohlašuji, že svou bakalářskou práci "Rozdíly ve financování pobytových služeb – chráněného bydlení a domova pro osoby se zdravotním postižením" jsem vypracoval samostatně pod vedením vedoucího bakalářské práce a s použitím odborné literatury a dalších informačních zdrojů, které jsou citovány v práci a uvedeny v seznamu literatury na konci práce. Jako autor uvedené bakalářské práce dále prohlašuji, že jsem v souvislosti s jejím vytvořením neporušil autorská práva třetích osob.

V Praze dne _____

Poděkování

Rád bych touto cestou velice poděkoval především Ing. Daně Staré, Mgr. Janu Kostečkovi a Jitce Rudolfové za konzultace této práce. Dále pak všem organizacím, které mi poskytly svá data.

Rozdíly ve financování pobytových služeb – chráněného bydlení a domova pro osoby se zdravotním postižením

Differences in Funding of Sheltered Housing and Housing for Handicapped Persons

Souhrn

Cílem práce je porovnat poskytování sociálních služeb ve formě chráněného bydlení a domova pro osoby se zdravotním postižením, a to především z hlediska finanční náročnosti. Zařízení fungující jako chráněné bydlení nebo domov pro osoby se zdravotním postižením mají podobný charakter a náplň činnosti. V práci jsou zjištěny hlavní rozdíly obou sociálních pobytových služeb, z nich vyplývající výhody a nevýhody spojené s jejich provozem. Byl použit vlastní metodický postup, který byl aplikován na data získaná od poskytovatelů těchto služeb. Nákladnější službou z těchto dvou je v absolutních číslech DOZP. Tyto vyšší náklady jsou, jak tato práce zjistila, způsobeny odlišnou strukturou klientů: Zatímco v DOZP je průměrný klient těžce závislý, v CHB je na rozmezí lehké a střední závislosti. Pokud se ovšem srovnají náklady obou služeb vztáhnuté k závažnosti postižení klientů, lze tvrdit, že je služba CHB dražší, a to o 1 % – 40 % v závislosti na použité metodice.

Summary

The aim of this work is to compare the provision of social services in the form of “sheltered housing“ and “housing for handicapped persons“, particularly in terms of financial cost. Institutions that act as sheltered housing or housing for handicapped persons have similar character and scope of activities. The paper identified the main differences of both residential social services, the resulting advantages and disadvantages related with their operation. It was used a custom methodology, which was applied to data obtained from providers of social services. More expensive service

of the two is in absolute terms housing for handicapped persons. These higher costs are caused by a different structure of clients: While the average client of housing for handicapped persons is severely depends on aid, in sheltered housing ranges from light to medium dependency. However, if you compare the cost of both services according to disability of clients, it can be stated that the service of sheltered housing is more expensive by 1% - 40% depending on the methodology used.

Klíčová slova: domov pro osoby se zdravotním postižením, chráněné bydlení, CHB, DOZP, sociální, služby, srovnání, klient, postižení, náklady, příspěvek, péče

Keywords: sheltered housing, housing for handicapped persons, social, services, client, comparison, handicap, cost, subsidy, aid

Obsah

1. Úvod.....	10
2. Cíl práce a metodika	11
2.1. Cíl práce	11
2.2. Metodika	11
2.2.1. Kladené otázky	11
2.2.2. Zkoumaný vzorek	15
3. Teoretická východiska pobytových sociálních služeb.....	17
3.1. Sociální služby	17
3.1.1. Definice sociálních služeb	17
3.1.2. Transformace pobytových sociálních služeb	19
3.1.3. Domovy pro osoby se zdravotním postižením	20
3.1.4. Chráněná bydlení	21
3.2. Zřizovatelé sociálních služeb	22
3.3. Financování CHB a DOZP.....	23
3.3.1. Státní rozpočet	24
3.3.2. Příspěvky územních samospráv.....	24
3.3.3. Nadace a soukromí dárci.....	25
3.3.4. Strukturální fondy EU.....	25
3.3.5. Příspěvky na péči / Spolufinancování uživateli	25
3.3.6. Financování CHB a DOZP v návaznosti na stát.....	27
3.4. Kvalita služeb.....	29
4. Vlastní zpracování	31
4.1. Výhody a nevýhody poskytování CHB a DOZP	31
4.2. Náklady na služby DOZP a CHB.....	32
4.2.1. Náklady po přepočtu dle stupňů závislosti	34

4.2.2. Náklady po přepočtu dle příspěvků na péči.....	37
5. Zhodnocení výsledků.....	39
6. Závěr	42
7. Seznam použitých zdrojů.....	43
8. Přílohy.....	46

1. Úvod

Problematika pobytových sociálních služeb s širokým spektrem zřizovatelů se v České republice objevuje až od revoluce. Za dvacet let své existence dostaly sociální služby mnoha změn. Ty vedly k jejich zkvalitnění a celkově větší orientaci na potřeby lidí v nepříznivé životní situaci, ať už finanční, zdravotní či jiné. Nepochybně nejdůležitější změna proběhla v roce 2006, kdy byl vydán nový zákon o sociálních službách, z něžž tato práce z velké míry vychází.

Věnovat se tématu sociálních služeb je důležité. Ať už z pohledu, že jsou sektorem, který stále vyžaduje lidské zdroje, z pohledu stále stárnoucí české populace, nebo z pohledu funkčnosti v době restriktivních politik a finančních škrťů. Proto se tato práce věnuje malé, avšak v české literatuře zatím neprozkoumané části, tedy dvěma typům pobytových sociálních služeb – chráněnému bydlení a domovům pro osoby se zdravotním postižením.

2. Cíl práce a metodika

2.1. Cíl práce

Cílem práce je porovnat poskytování sociálních služeb ve formě chráněného bydlení a domova pro osoby se zdravotním postižením, a to především z hlediska finanční náročnosti. Zařízení fungující jako chráněné bydlení nebo domov pro osoby se zdravotním postižením mají podobný charakter a náplň činnosti. V práci budou zjištěny výhody a nevýhody provozu zařízení v obou formách.

2.2. Metodika

Z právního hlediska se od sebe chráněné bydlení (dále jen CHB) a domov pro osoby se zdravotním postižením (dále jen DOZP) liší velice málo. Rozdíly v nákladech tedy budou provozního charakteru. Je třeba tedy v praktické části zjistit rozdíly ve financování, pokud vůbec nějaké existují, a následně je vztáhnout na jednotku, která je pro obě služby stejná. V tomto případě bude touto jednotkou klient. Výzkum tedy budeme provádět kvantitativní metodou.

2.2.1. Kladené otázky

Vzhledem k rozsahu a cíli práce bude použito rozesílání hromadné elektronické pošty každému poskytovateli služby CHB či DOZP. Potřebné kontakty budou zjištěny v registru poskytovatelů sociálních služeb MPSV (<http://iregistr.mpsv.cz/>), kde je každá sociální služba povinně zaregistrována. Dotazování budou odpovídat na dvě otázky:

1. Kolik klientů využívalo v roce 2010 jimi poskytovanou službu a jaká je struktura stupňů závislosti jejich uživatelů.
2. Z jakých zdrojů financovali tu konkrétní službu a jak velké tyto zdroje byly.

2.2.1.1. Stupně závislosti, výpočty

Počet klientů ve službě sice poskytuje jakousi hodnotu nutnou ke srovnání, nicméně je třeba si uvědomit, že různí poskytovatelé sociálních služeb mají různé klienty. Klienti sociálních služeb jsou jinak nároční, tato náročnost se odvíjí od jejich zdravotního

stavu. Zdravotní stav bude v této práci posuzován pomocí stupňů závislosti, které jsou zakotveny v Zákoně o sociálních službách č. 108/2006 Sb. a slouží jako nástroj pro určování příspěvku na sociální péči. Bez tohoto údaje by byly srovnávány služby, kde by jedna měla např. klienty s lehkou mentální retardací a druhá např. klienty ve vegetativním stavu, čímž by výzkum nabyl velice neobjektivního rázu. V ideálním případě budou porovnávány služby, které mají klienty s co nejidentičtější strukturou stupňů závislosti. Toho bude docíleno výpočtem váženého aritmetického průměru stupňů závislosti v daných službách,

$$\bar{x} = \frac{\sum_{i=1}^n S_i x_i}{\sum_{i=1}^n x_i}$$

kde $S = \{s_1, s_2, \dots, s_n\}$ bude stupeň závislosti (pro klienty bez přiznaného příspěvku na sociální péči, tj. kteří nemají stupeň závislosti, bude počítáno s hodnotou 0,8. viz níže) a kde $X = \{x_1, x_2, \dots, x_n\}$ bude počet klientů v dané organizaci a službě. Ve chvíli, kdy budou mít služby CHB a DOZP stejný průměrný stupeň závislosti klientů, bude možné na základě zjištěných nákladů rozhodnout, která služba je levnější a tedy výhodnější pro stát. Stejný případ, dokonce s větší vahou, nastane, když bude porovnávána služba s větším stupněm závislosti svých klientů se službou s nižším stupněm závislosti svých klientů a přitom by levnější služba byla ta, ve které by prům. stupeň závislosti byl větší. Aby výsledek měl vypovídající hodnotu, bude zapotřebí srovnat více dvojic.

Pokud se budou výsledky stupňů závislosti v daných organizacích velice odlišovat – rozdíl bude větší než deset procent nebo nebude existovat více dvojic s porovnatelnými hodnotami – bude třeba spočítat vážený aritmetický průměr stupňů závislosti pro obě služby. Tímto průměrem pak budou vyděleny průměrné náklady na službu. Tato práce tak získá srovnání nákladů služeb DOZP a CHB na klienta s průměrným stupněm závislosti.

Tento text vychází z předpokladu, že náklady na klienta s rostoucím stupněm závislosti stoupají, protože potřebuje větší množství pomůcek, pomoci od personálu, atp. Problematickou částí je ovšem fakt, že není známo o kolik. Nelze s jistotou tvrdit, že uživatel služby se stupněm závislosti jedna vytváří provozní náklady dvakrát menší než

klient se stupněm závislosti dva a třikrát menší než klient se stupněm závislosti tři. Výpočet proto musí být chápán pouze jako model, který se snaží co nejvíce přiblížit realitě. Dalším problémem patrným z odpovědí zaslaných z DOZP je, že v těchto pobytových službách, na rozdíl od chráněných bydlení, nejsou uživatelé bez přiznaného jakéhokoliv stupně závislosti. Klienti, jimž nebyl přiznán stupeň závislosti (stupeň závislosti by se rovnal nule) by se v tomto hodnocení chovali, jako kdyby žádné provozní náklady nevytvářeli, a přitom je rozhodně vytvářejí. Není ovšem známo v jakém poměru k lidem, kteří na příspěvky na sociální péči nárok mají. Zde lze pouze odhadovat. Je pravděpodobné, že koeficient „0“ mít nemohou, protože jistě jedí, pijí, spotřebovávají vodu a elektřinu. Bude tedy někde v intervalu (0;1). Vzhledem k potřebám každého člověka a za předpokladu, že potřeby mezi člověkem bez závislosti a člověkem s lehkou závislostí se neliší, lze odhadnout, že tento koeficient bude v horní polovině tohoto intervalu. Tato práce tedy bude počítat s hodnotou 0,8.

Jiný pohled na zhodnocení nákladů na klienty s různými stupni závislosti bude poskytovat druhá metoda. V ní bude použit opět vážený aritmetický průměr, ale stupně závislosti budou nahrazeny koeficientem, který bude vytvořen na základě porovnání finančních dotací od státu pro jednotlivé stupně závislosti oproti příspěvku na péči pro první stupeň závislosti (viz Tab. 1). Stratifikaci příspěvků lze chápat jako státem ohodnocené finanční prostředky vypovídající o náročnosti postižení člověka. Z toho bude tato metoda vycházet a pokusí se tak vytvořit rámeček, který by lépe vypovídal o finanční náročnosti klientů v sociálních službách. Je třeba zmínit, že bude počítáno s příspěvkem na péči udávanými zákonem č. 108/2006 Sb., přestože od 1. 1. 2012 klesl příspěvek na péči v důsledku zavedení zákona č. 364/2011 Sb. u prvního stupně závislosti z 2 000 Kč na 800 Kč.¹ Všechna získaná data byla shromážděna před tímto datem a nedávalo by tak smysl počítat s nově zavedenou částkou. Tuto myšlenku podporuje i fakt, že zákon č. 364/2011 Sb. byl zaveden v souvislosti s úspornými opatřeními v působnosti ministerstva práce a sociálních věcí, tudíž je spekulativní, zda vypovídá lépe o finančních potřebách lidí s nízkou závislostí.

¹ Zákon č. 364/2011 Sb. ze dne 6. listopadu 2011, kterým se mění některé zákony v souvislosti s úspornými opatřeními v působnosti Ministerstva práce a sociálních věcí; čl. IX

Tabulka 1 – Koefficienty stupňů závislosti dle příspěvku na péči

Stupně závislosti	Příspěvek na péči	Koefficient
Bez SZ	0 Kč	0,8
1	2 000 Kč	1
2	4 000 Kč	2
3	8 000 Kč	4
4	11 000 Kč	5,5

[zdroj: vlastní zpracování]

V této práci bude počítáno s dotacemi pro osoby starší 18 let z důvodu, že tito tvoří většinu v pobytových službách chráněného bydlení a domova pro osoby se zdravotním postižením. Tímto průměrem budou vyděleny průměrné náklady na službu. Vznikne tak srovnání nákladů služeb DOZP a CHB na klienta s průměrným příspěvkem na péči. Tato metoda je opět problematická, protože nepočítá s lidmi bez přiznaného stupně závislosti, opět zde bude práce počítat se zvolenou hodnotou 0,8. Příspěvek na péči nemusí být jediným zdrojem financí, která osoba od státu dostává v souvislosti se svým znevýhodněným postavením ve společnosti. Může to být například příspěvek na zvláštní pomůcku² či invalidní důchod³. V situaci, kdy by byly známy veškeré příspěvky od státu, od každé osoby navštěvující jednu či druhou pobytovou službu, bylo by možné na základě těchto informací určit, jak stát ohodnocuje nepříznivý stav těchto osob a lépe tak určit koefficienty, které by připadaly pro jednotlivé skupiny stupňů závislosti. Tyto příspěvky jsou však velmi rozdílné a odvíjejí se od řady faktorů, které tato práce není schopna zahrnout.

Další variantou, jak srovnat tyto dvě služby s jinou strukturou klientů, je porovnání příjmů za úhrady klientů. Vzhledem k odlišnosti plateb za služby mezi těmito službami, kdy v DOZP odvádí klient celý svůj příspěvek, zatímco v CHB pouze část na základě

² Zákon č.329/2011 ze dne 13. října 2011 o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením a o změně souvisejících zákonů

³ Vyhláška č. 388/2011 ze dne 29. listopadu 2011 o provedení některých ustanovení zákona o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením

sjednané smlouvy, je tato varianta nereálná, respektive by neposkytovala správnou vypovídací hodnotu.

2.2.1.2. Finanční zdroje na sociální služby

V druhé otázce se práce bude snažit zjistit náklady na konkrétní službu z důvodu, že organizace často neposkytují pouze jedinou sociální službu, ale např. poskytují chráněné bydlení a zároveň chráněnou dílnu případně týdenní stacionář či jiné. Vzhledem k zaměření práce je třeba se ptát pouze konkrétně na zdroje financování té konkrétní sociální služby. Zároveň je třeba vyřadit administrativní, finanční a jiné náklady, které přímo nesouvisí s provozem služby, a proto není možné brát jako zdroj informací např. výroční zprávy. Ze zdrojů financování lze zjistit, jak zatěžují státní rozpočet.

2.2.2. Zkoumaný vzorek

Je třeba si uvědomit, že zkoumaný vzorek nebude náhodným výběrem. Záleží pouze na vůli poskytovatelů služeb, jestli se o svá data podělí. Zde může docházet k chybám: Data nejsou žádným způsobem ověřena a poskytovatelé si je mohou vymýšlet, zároveň je zasílají dobrovolně, což znamená, že je mohou posílat pouze ti, kteří své financování pokládají za kvalitní. Jediným způsobem, jak data ověřovat, bylo srovnání odpovědí s daty v registru poskytovatelů sociálních služeb, kde jsou uveřejněny státní dotace pro jednotlivé služby. Je nutno říci, že ne vždy jsou tato data aktuální.

Z 216 dotázaných poskytovatelů DOZP jich 10 odpovědělo, ze 134 dotázaných poskytovatelů CHB jich odpovědělo 7. Je třeba uvést, že ve dvou případech zaslaly data organizace provozující jak CHB, tak DOZP. Jeden poskytovatel DOZP nevedl zdroje krytí, ale pouze stupně závislosti svých klientů. Pro ilustraci daného problému a za omezené dostupnosti těchto choulostivých dat je tento vzorek postačující. Není ovšem dostatečně veliký na porovnání jednotlivých služeb jako takových, je tedy bohužel nutné se spokojit s porovnáním průměrných hodnot pro CHB a DOZP. Výsledky jsou uvedeny bez názvů organizací, aby nedošlo k zneužití interních informací poskytovatelů sociálních služeb.

Pro tuto práci je velice podstatný další faktor, který je důležitý pro porovnání obou služeb, a tím je jejich kvalita resp. užitek, jež přinášejí svým uživatelům. Tato práce však nebude v praktické části zaměřena na zkoumání kvality CHB a DOZP, jelikož jí to v rámci fakulty i oboru ani nenáleží. Je však třeba zmínit, že u hodnocení financování musí tato práce ke kvalitě přihlídnout. Nebude tedy zkoumána, ale bude jí věnována kapitola v teoretické části.

3. Teoretická východiska pobytových sociálních služeb

3.1. Sociální služby

Aby bylo možné porozumět dané problematice, je třeba definovat některé pojmy. Tato práce bude postavena na informacích ze zákona č. 108/2006 Sb. o sociálních službách. Nejprve je nutné definovat, co je sociální služba, kdo je její klient a dále o pobytové služby, kterým se tato práce věnuje, tedy o domovy pro osoby se zdravotním postižením a o chráněná bydlení.

3.1.1. Definice sociálních služeb

„Sociální služby se překrývají s nadkategorií veřejných služeb, tedy služeb, jež jsou poskytovány v zájmu veřejnosti. Na rozdíl od služeb komerčních podléhají podrobnější legislativě a jsou financovány z veřejných rozpočtů, kvůli tomu jsou více závislé na politickém dění. Jsou poskytovány lidem se sociálním znevýhodněním nebo ohroženým sociálním vyloučením, a to s cílem zlepšit kvalitu jejich života, případně je v maximální možné míře do společnosti začlenit, nebo společnost chránit před riziky, jejichž jsou tito lidé nositeli.“⁴

Zákon č. 108/2006 Sb. v §3 vymezuje sociální službu jako *„činnost nebo soubor činností podle tohoto zákona zajišťujících pomoc a podporu osobám za účelem sociálního začlenění nebo prevence sociálního vyloučení.“* Sociální služby pak člení na tři základní druhy:

- a) Sociální poradenství.
- b) Služby sociální péče.
- c) Služby sociální prevence.

„Sociální poradenství poskytuje informace lidem v nepříznivé sociální situaci, dělí se na základní a odborné, přičemž základní sociální poradenství je součástí všech sociálních

⁴ MATOUŠEK, *Sociální služby: legislativa, ekonomika, plánování, hodnocení*. s. 9

*služeb. Odborné sociální poradenství se na druhou stranu zaměřuje na specifické skupiny a je poskytováno v poradnách (manželských, občanských, pro osoby se zdravotním postižením).*⁵

Služby sociální péče poskytují zajištění fundamentálních životních potřeb v případě, že tyto potřeby si jedinec není schopen zvládnout bez pomoci jiné osoby. Tato osoba se označuje pojmem klient nebo uživatel služby.

A konečně služby sociální prevence pak slouží k předcházení a zabraňování sociálnímu vyloučení lidí ohrožených sociálně negativními jevy, svými návyky, či svým způsobem života, který vede ke konfliktu se společností.^{6,7}

Dále zákon člení formy sociální služby na terénní, ambulantní a pobytové, a to podle místa, kde jsou služby vykonávány. Terénní služby jsou poskytovány v prostředí, kde žije uživatel. Jde tedy např. o služby osobní asistence, či služeb pečovatelské služby. Ambulantní služby se vyznačují docházkou uživatele do míst, kde jsou služby poskytovány. „*Pobytové služby jsou poskytovány v zařízeních, kde člověk v určitém období svého života fakticky celoročně žije. Jedná se především o domovy pro seniory či pro lidi se zdravotním postižením, ale patří sem také tzv. chráněné bydlení pro lidi se zdravotním postižením či azylové domy pro matky s dětmi nebo osoby bez přístřeší.*“⁸ Chráněná bydlení i domovy pro osoby se zdravotním postižením spadají do služeb sociální péče a mají pobytovou formu.

Jednou ze zásad poskytování pobytových sociálních služeb je, že „*sociální služby musí zachovávat lidskou důstojnost osob. Pomoc musí vycházet z individuálně určených potřeb osob, musí působit na osoby aktivně, podporovat rozvoj jejich samostatnosti, motivovat je k takovým činnostem, které nevedou k dlouhodobému setrvávání nebo prohlubování nepříznivé sociální situace, a posilovat jejich sociální začleňování.*

⁵ MAHROVÁ, Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním, 2008, s. 41

⁶ MALÍKOVÁ, Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních, s. 42

⁷ Zákon č. 108/2006 Sb. ze dne 14. března 2006 o sociálních službách, §53

⁸ MPSV, Sociální služby a příspěvek na péči, s. 4

*Sociální služby musí být poskytovány v zájmu osob a v náležitě kvalitě takovými způsoby, aby bylo vždy důsledně zajištěno dodržování lidských práv a základních svobod osob.*⁹ Podkategorii sociálních služeb, tedy služby sociální péče pak upřesňuje takto: *„Služby sociální péče napomáhají osobám zajistit jejich fyzickou a psychickou soběstačnost, s cílem umožnit jim v nejvyšší možné míře zapojení do běžného života společnosti, a v případech, kdy toto vylučuje jejich stav, zajistit jim důstojné prostředí a zacházení.*“¹⁰

3.1.2. Transformace pobytových sociálních služeb

Důležitým procesem, který se týká sociálních služeb, konkrétně také chráněných bydlení a domovů pro osoby se zdravotním postižením je transformace pobytových sociálních služeb. Tento proces je definován na základě usnesení ze dne 21. února 2007, kdy byl vládou ČR pod č. 127 přijat materiál „Koncepte podpory transformace pobytových sociálních služeb v jiné typy sociálních služeb, poskytovaných v přirozené komunitě uživatele a podporující sociální začlenění uživatele do společnosti.“ Byl vytvořen na základě strategických plánů z oblasti sociálních služeb, tedy Národním akčním plánem sociálního začleňování na léta 2004 – 2006, Bílou knihou v sociálních službách a především zákonem č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. Jeho podstatou je podpora kvalitních sociálních služeb a snaha nahradit původní ústavní pobytové služby službami, nabízejícími přirozenější, kvalitnější a humánnější prostředí uživatelům sociálních služeb. Humanizace služby má být dosaženo skrze zaměření se na uživatele služby a dodržováním standardů kvality v sociálních službách, ty byly doporučované MPSV od roku 2002 a závazné se staly 1. 1. 2007. *„Jsou souborem kritérií, jejichž prostřednictvím je definována úroveň kvality poskytování sociálních služeb v oblasti personálního a provozního zabezpečení sociálních služeb a v oblasti vztahů mezi poskytovatelem a osobami.*“¹¹

⁹ Zákon č. 108/2006 Sb. ze dne 14. března 2006 o sociálních službách, §2

¹⁰ Tamtéž, §38

¹¹ Tamtéž, §99

3.1.3. Domovy pro osoby se zdravotním postižením

Dle § 48 zákona č. 108/2006 Sb. je „*v domovech pro osoby se zdravotním postižením se poskytují pobytové služby osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu zdravotního postižení, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby.*“

Může v nich probíhat ústavní výchova. Služba dle zákona obsahuje tyto služby:

- a) poskytnutí ubytování,
- b) poskytnutí stravy,
- c) pomoc při zvládnutí běžných úkonů péče o vlastní osobu,
- d) pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu,
- e) výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti,
- f) zprostředkování kontaktu se společenským prostředím,
- g) sociálně terapeutické činnosti,
- h) pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí.

Poskytovatelé této služby jsou dále povinni zajistit svým uživatelům zdravotní péči formou zvláštní ambulantní péče prostřednictvím zdravotnického zařízení, poskytovat prádlo, šatstvo a obuv; stříhání, holení a pedikúru nezaopatřeným dětem v jejich službě.¹² V DOZP může také být provozována ústavní výchova. Tedy „výchova, kde je nezletilým či zletilým do 19 let poskytována výchovná péče a vzdělání. Je určena pro ty, jež vyžadují speciální přístup v důsledku svého handicapu. Tato výchova musí být nařízena soudem.“¹³

¹² Zákon č. 108/2006 Sb. ze dne 14. března 2006o sociálních službách, §36

¹³ viz zákon 109/2002 o výkonu ústavní výchovy nebo ochranné výchovy ve školských zařízeních a o preventivně výchovné péči ve školských zařízeních a o změně dalších zákonů

3.1.4. Chráněná bydlení

Chráněné bydlení je definováno jako „sociální služba, která zajišťuje lidem se zdravotním postižením samostatné a nezávislé bydlení.“¹⁴ „Při tomto typu služby jde o asistenci, poskytovanou společně zpravidla malé skupině zdravotně postižených osob, které žijí v jednom společném bytě nebo domě. Díky této službě mohou žít normálně integrováni ve své obci.“¹⁵ „Pracovník chráněného bydlení dohlíží a kontroluje, zda klient vše zvládá, a v potřebném rozsahu zajišťuje pomoc při jednotlivých běžných i méně obvyklých činnostech.“¹⁶ Jsou vymezeny § 51 zákona č. 108/2006 Sb. o sociálních službách.

Dle zákona o sociálních službách č. 108/2006 Sb. obsahuje služba tyto činnosti:

- a) poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy,
- b) poskytnutí ubytování,
- c) pomoc při zajištění chodu domácnosti,
- d) výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti,
- e) zprostředkování kontaktu se společenským prostředím,
- f) sociálně terapeutické činnosti,
- g) pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí.

Bod, který je zajímavý a který vypovídá o lehce jiném charakteru služby CHB, je bod c), který je důležitou součástí poskytování této služby, protože z něj vychází přirozenější chod domácnosti než u DOZP

¹⁴RADA, *Chráněné bydlení pro lidi s mentálním postižením: praktický průvodce*.

¹⁵VLÁDNÍ VÝBOR PRO ZDRAVOTNĚ POSTIŽENÉ OBČANY, *Národní plán vyrovnání příležitostí pro občany se zdravotním postižením*

¹⁶MALÍKOVÁ, *Péče o seniory v pobytových sociálních [sic] zařízeních*; s. 46

3.2. Zřizovatelé sociálních služeb

„Sociální služby lze poskytovat pouze na základě registrace poskytovatele sociálních služeb. Registrací se rozumí vydání oprávnění poskytovat konkrétní druhy služeb. Oprávnění vydávají krajské úřady ve správním řízení na základě posouzení toho, zda poskytovatel je schopen splnit všechny zákonem stanovené podmínky. Dodržování zákonem stanovených podmínek, mezi něž patří také standardy kvality sociálních služeb, je kontrolováno formou inspekce sociálních služeb. Pokud poskytovatel neplní tyto podmínky, může dojít až k odejmutí oprávnění poskytovat sociální služby. Základním měřítkem kvality sociálních služeb je dodržování lidských práv při poskytování sociálních služeb. Sociální služby mohou poskytovat jakékoliv právnické či fyzické osoby, které splní zákonné podmínky. V České republice je poskytováno téměř 5 000 sociálních služeb 2 500 poskytovateli služeb. Poskytovatelé sociálních služeb jsou uvedeni v registru sociálních služeb, který je veřejně přístupnou databází umožňující vyhledání služby podle řady kritérií.“¹⁷

Zřizovateli organizací poskytujících sociální služby tak mohou být jak státní tak nestátní subjekty. Mezi státní patří obce, kraje a MPSV. Obce i kraje mohou zřizovat sociální služby ve formě svých organizačních složek či jako příspěvkové organizace.

Od roku 1990 vznikají i nestátní poskytovatelé sociálních služeb – a to v důsledku změny legislativy, která předtím nestátní organizace v zásadě nepovolovala. Těmito poskytovateli jsou občanská sdružení, obecně prospěšné společnosti a církevní právnické osoby.

Státní správa v současnosti poskytuje sociální služby v pěti zařízeních, která má na starosti MPSV. *„Stát není většinový poskytovatel sociálních služeb od chvíle, kdy zanikly okresní úřady. Soustředí se spíše než na samotné poskytování na podporu místní a regionální správy.“¹⁸*

¹⁷ MPSV, *Sociální služby a příspěvek na péči* [cit. 31.1] s. 12

¹⁸ MPSV, *Základní ukazatele z oblasti práce a sociálního zabezpečení v české republice*, s. 30

3.3. Financování CHB a DOZP

„Všeobecně náklady na postarání se o obyvatelstvo v nepříznivé situaci, ať už zdravotní či finanční, představují největší procento výdajů veřejných rozpočtů v téměř všech vyspělých státech.“¹⁹Jedná se o sociální zabezpečení a dávkový systém České republiky, které jsou tvořeny různými prvky, jako například sociálním, zdravotním či důchodovým pojištěním, důchody aj. V této souvislosti je třeba alespoň okrajově zmínit invalidní důchod, který slouží osobám, které zcela či částečně ztratili kvůli svému zdravotnímu stavu získávat peníze prací nebo jsou v důsledku svého zdravotního stavu na trhu práce výrazně znevýhodněni. Je zde zmíněn proto, že velká část uživatelů sociálních služeb tento důchod dostává, ale není primárně určen pro pokrytí nákladů na sociální služby. Na to jsou určeny především příspěvky na sociální péči. O nich a hlavních zdrojích zřizovatelů sociálních služeb pojednává další část této kapitoly.

Náklady na sociální služby se od počátku 90. let postupně zvyšují.²⁰ Neinvestiční náklady v přepočtu na jednoho uživatele služeb se v roce 2001 výrazně lišily v závislosti na zřizovateli služby, alespoň to tak platilo v domovech důchodců a v ústavech sociální péče pro zdravotně postižené občany. Nestátní neziskové organizace v obou případech měly náklady o 9-15% nižší, konkrétně v závislosti na tom, zda byl zřizovatel okresní úřad či obec (viz přílohy Tabulka 10 - Základní ukazatele z oblasti práce a sociálního zabezpečení ve vývojových řadách a grafech).

Dotace ze státního rozpočtu nejsou mandatorní – a to jak pro státní, tak pro nestátní organizace.

Dále se tato práce bude stručně věnovat struktuře financování. Největší podíl na využívání finančních zdrojů má státní správa a samospráva. Pro ilustraci u NNO, což v případě nejsou zdaleka všechny CHB a DOZP, tvoří zdroje ze státní správy a samosprávy cca 39 % (viz Tab. 10). Následující část se věnuje hlavním zdrojům financování sociálních služeb. Těmi jsou dotace ze státního rozpočtu, dotace územních

19OCHRANA, František a kol. *Veřejný sektor a veřejné finance: financování nepodnikatelských a podnikatelských aktivit.*, 2010. s. 157

²⁰ PRŮŠA, *Ekonomie sociálních služeb*, 2007, s. 28

samosprávných jednotek, spolufinancování uživateli, strukturální fondy Evropské unie a v poslední řadě nadace a soukromí dárci.

3.3.1. Státní rozpočet

Služby CHB i DOZP lze financovat prostřednictvím dotace na poskytování sociálních služeb, které rozdělují MPSV, případně (v menší míře) prostřednictvím projektů a grantů. *„Dotace ze státního rozpočtu (kapitoly MPSV) se poskytuje k financování běžných výdajů, které souvisejí s poskytováním sociálních služeb v souladu se zpracovaným střednědobým plánem rozvoje sociálních služeb kraje, tj. bude podporováno poskytování sociálních služeb, které jsou součástí střednědobých plánů rozvoje sociálních služeb krajů (výjimku tvoří sociální služby s celostátní působností). Dotace ze státního rozpočtu se poskytuje na financování základních druhů a forem sociálních služeb v rozsahu stanoveném základními činnostmi při poskytování sociálních služeb pro příslušný druh sociální služby“²¹*

MPSV ČR pro rok 2012 vyhlásilo dva programy, určené buď pro právnickou či fyzickou osobu, jejíž sociální služba má místní či regionální charakter nebo naopak charakter celostátní či nadregionální. V podmínkách je určeno, že minimální průměrná výše úhrady na uživateli služby musí být u DOZP 13 000 Kč/měsíc a u CHB 4 000 Kč na uživatele/měsíc, což jsou shodné částky s rokem 2011.²²

3.3.2. Příspěvky územních samospráv

Tyto velmi významné zdroje mají výhodu danou regionálním zacílením, mohou tak lépe vycházet vstříc zájmům konkrétní samosprávy. Na druhou stranu jsou tyto zdroje velice odlišné. *„Charakteristické pro ně je, že se od sebe místně velmi liší ve výši, účelu i způsobu poskytnutí a vyúčtování.“²³*

²¹ MPSV, *Metodika Ministerstva práce a sociálních věcí ČR pro poskytování dotací ze státního rozpočtu poskytovatelům sociálních služeb a posouzení žádosti o dotaci ze státního rozpočtu v oblasti podpory poskytování sociálních služeb*

²² MPSV, *Vyhlášení dotačního řízení MPSV ČR pro rok 2012 v oblasti poskytování sociálních služeb*

²³ STEJSKAL, *Ekonomika neziskové organizace*, s. 152

3.3.3. Nadace a soukromí dárci

Tato kategorie je charakteristická špatnou plánovatelností (především u nadací) nedá se počítat v plánování s konkrétním objemem. Při kvalitním fundrisingu se dá špatná predikce u soukromých dárců z velké části eliminovat.

Nadace a nadační fondy jsou účelová sdružení majetku, založeny za účelem podpory předem stanovených aktivit. *„Získání prostředků je náročnější, v případě úspěchu však jde zpravidla o vyšší příspěvky než u jiných zdrojů.“*²⁴

Soukromé dárcovství nebývá významnější položkou rozpočtu účetní jednotky, jsou to většinou malé pro účetní jednotku neplánovatelné obnosy.

3.3.4. Strukturální fondy EU

*„Prostředky ze strukturálních fondů se získávají poměrně náročně, bývá výhodnější nechat si vypracovat žádost o finanční prostředky ze SF EU specializovanými firmami. Nad to bývají často vypláceny až ex post, po doložení veškerých účtů. Tím vzniká potřeba žadatele financovat projekt z jiných zdrojů, obvykle půjčkami.“*²⁵

Čerpat na projekty CHB a DOZP lze z operačního programu Lidské zdroje a zaměstnanost, a to pouze na rozvoj a zvyšování kvality služeb. Na provoz sociálních služeb z těchto zdrojů čerpat nelze.

3.3.5. Příspěvky na péči / Spolufinancování uživatelů

Příspěvek na péči byl dán zákonem č. 108/2006 Sb. o sociálních službách a představoval nový způsob financování sociálních služeb. Od 1. 1. 2012 je upraven zákonem č. 364/2011 Sb., který snížil příspěvek osobám s lehkou závislostí, a zákonem č. 366/2011 Sb., který snížil počet kritérií posuzujících se při hodnocení stupně závislosti z 36 na 10. Je poskytován všem osobám, které kvůli svému zdravotnímu stavu potřebují dlouhodobou pomoc od jiné osoby při péči o vlastní osobu a při zajištění soběstačnosti.

²⁴ STEJSKAL, *Ekonomika neziskové organizace*, s. 153

²⁵ RADA, *Chráněné bydlení pro lidi s mentálním postižením: praktický průvodce*.

Příspěvky jsou poskytovány podle neschopnosti plnit každodenní úkony a to ve čtyřech úrovních.

I. stupeň závislosti je definován jako lehká závislost. Při této závislosti osoba se zdravotním postižením není schopna vykonávat více než 12 úkonů péče o vlastní osobu a soběstačnosti. Pro starší 18 let byla výše příspěvku 2 000 Kč, nyní činí 800 Kč (Pro nezletilé 3 000 Kč, částka nebyla zákonem č. 364/2011 Sb. změněna)

II. stupeň závislosti je definován jako střední závislost. Při této závislosti osoba se zdravotním postižením není schopna vykonávat více než 18 úkonů péče o vlastní osobu a soběstačnosti. Pro starší 18 let je výše příspěvku 4 000 Kč (Pro nezletilé 5 000 Kč)

III. stupeň závislosti je definován jako těžká závislost. Při této závislosti osoba se zdravotním postižením není schopna vykonávat více než 24 úkonů péče o vlastní osobu a soběstačnosti. Pro starší 18 let je výše příspěvku 8 000 Kč (Pro nezletilé 9 000 Kč)

IV. stupeň závislosti je definován jako úplná závislost. Při této závislosti osoba se zdravotním postižením není schopna vykonávat více než 30 úkonů péče o vlastní osobu a soběstačnosti. Pro starší 18 let je výše příspěvku 11 000 Kč (Pro nezletilé taktéž)

„Sociální služby jsou podle nového zákona poskytovány bez úhrady nákladů nebo za částečnou nebo plnou úhradu nákladů. Výše úhrady záleží na tom, jakou smlouvu uzavře klient s poskytovatelem služby.“²⁶ Rozdílný je způsob nakládání s příspěvkem na péči v CHB a DOZP. V chráněných bydleních výše příspěvku přímo neovlivňuje úhradu klienta za službu, protože „osoby hradí úhradu za základní činnosti v rozsahu stanoveném smlouvou, není-li v odstavci 2 stanoveno jinak. Maximální výši úhrady stanoví prováděcí právní předpis.“²⁷ Tímto předpisem je vyhláška 505, která určuje strop 160 Kč za ubytování, úklid, praní, žehlení a drobné opravy ložního, osobního

²⁶ MATOUŠEK, *Sociální služby: legislativa, ekonomika, plánování, hodnocení*, s. 76

²⁷ Zákon č. 108/2006 Sb. ze dne 14. března 2006o sociálních službách, §75

prádla a ošacení. Dále maximální úhradu 140 Kč za celodenní stravu. Tyto stropy jsou stejné jak pro CHB, tak pro DOZP.²⁸ Úhrada klienta se tedy váže na smlouvu, která se liší u každého poskytovatele této služby. V domovech pro osoby se zdravotním postižením odvádějí klienti za základní služby obnosy „ve výši přiznaného příspěvku“²⁹

Pro srovnání v Rakousku je přidělování příspěvků na péči rozděleno do sedmi skupin s tím, že aby člověk dostal příspěvek 1. – 4. stupně, musí jeho stav odpovídat kvantitativním charakteristikám vymezující počet hodin potřebné péče, pro vyšší stupně jsou přidány i další kvalitativní znaky. Vzhledem k tomu, že systém rakouský je jiný než český, dají se špatně porovnávat. Jediné údaje, které se porovnávat dají, jsou údaje z posledních stupňů, tedy těch, kde člověk vyžaduje plnou péči a je neschopný se hýbat. V Rakousku je tato částka 1562,1 €/měsíc³⁰, což při přepočtu (1€ = 25Kč) vychází na cca 39 000 Kč.

3.3.6. Financování CHB a DOZP v návaznosti na stát

3.3.6.1. Závislost výše poskytovaných příspěvků na sociální a zdravotní služby na velikosti města

K 1. 1. 2003 přešly zřizovatelské kompetence zařízení na území obcí na příslušné krajské úřady, tím se tyto služby oddálily od občana. „Z rozboru poskytovaných dotací a finančních příspěvků na sociální a zdravotní služby vyplynulo, že mezi výší poskytovaných dotací a finančních prostředků na tyto služby v relaci na 1 obyvatele a velikostí města je velmi slabá závislost.“³¹ Zde je třeba si uvědomit, že územně se počet poskytovatelů sociálních a zdravotních služeb liší.

²⁸ Vyhláška 505 ze dne 15. listopadu 2006, kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách

²⁹ Zákon č. 108/2006 Sb. ze dne 14. března 2006 o sociálních službách §73

³⁰ MATOUŠEK, *Sociální služby*, s. 72

³¹ PRŮŠA, *Ekonomie sociálních služeb*, 2003, S. 66

3.3.6.2. Celkové náklady na služby

Měsíční výdaje státu na příspěvky na péči v roce 2008, které byly zveřejněny v rámci českého předsednictví v Radě EU, činily 50 – 55 mil. eur, což znamená až 650 mil. eur za rok, tj. 0,5 % HDP. Celkový počet uznaných nároků na dávku se pohyboval mezi 240 – 250 tisíci osob měsíčně. Největší počet dávek podle rozvrstvení do stupňů závislosti vykazoval I. stupeň, tj. cca 103 000 dávek, což představovalo 42 % z celkového počtu dávek. II. stupeň 81 500 (33%), III. stupeň 39 000 (16%), IV. stupeň 22 000 (9%). Největší objem měsíční výplaty dávek podle rozvrstvení do stupňů vykazoval II. stupeň, tj. cca 13,5 mil. eur, což představovalo 33% z celkového objemu čerpání. I. stupeň 7,5 mil. eur (18%), III. stupeň 11 mil. eur (27%), IV. stupeň 8,6 mil. eur (20%).³²

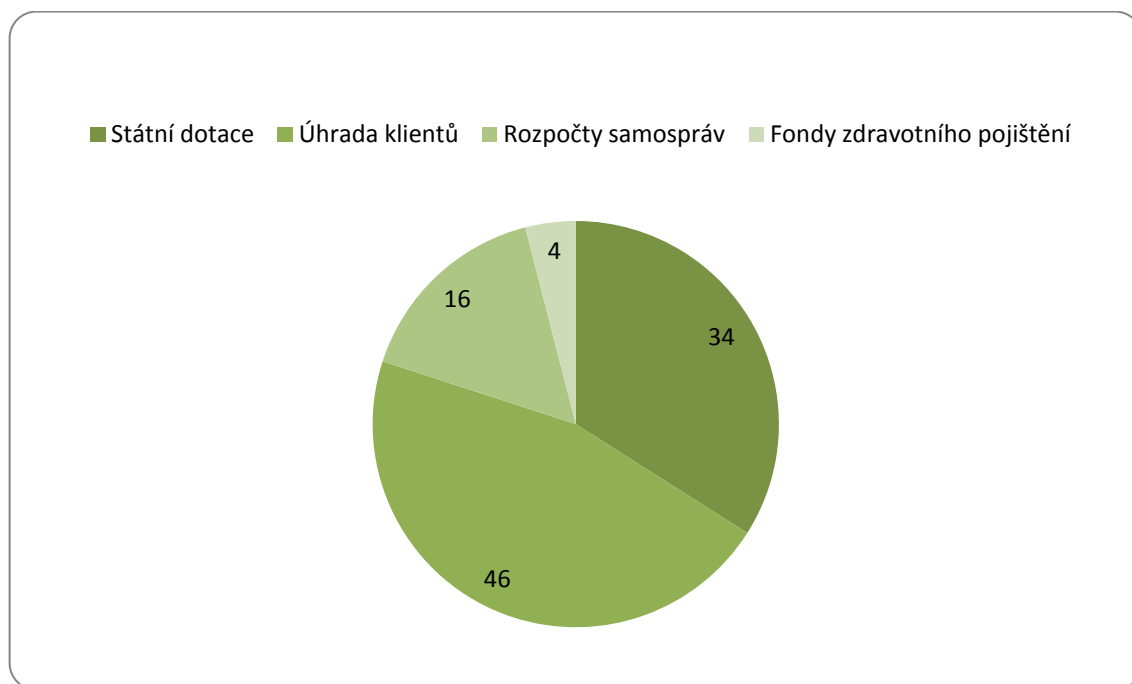
Jak ukazuje Graf 1, největším zdrojem financování sociálních a zdravotních služeb v roce 2008 byla úhrada klientů. Cílem státu je dosáhnout toho, aby úhrada ze státního rozpočtu byla pouze úhradou doplňkovou.

„V oblasti transformace služeb sociální péče se jedná o provedení takových systémových změn, které povedou k humanizaci pobytových zařízení sociálních služeb, jejich transformaci ve služby umožňující uživateli setrvání v jeho přirozeném prostředí a aktivní zapojení se na trh práce a do společnosti.“³³

³² MPSV, *Sociální služby a příspěvek na péči*, s. 14

³³ MPSV, *Priority rozvoje sociálních služeb pro období 2009 – 2011*, s. 6

Graf 1 - Základní zdroje financování služeb sociální péče v roce 2008



zdroj: MPSV, Sociální služby a příspěvek na péči, vlastní zpracování

3.4. Kvalita služeb

Vzhledem k cíli této práce je třeba se zmínit i o kvalitě jednotlivých služeb. Bez tohoto porovnání by práce nebyla schopna se kvalifikovaně vyjádřit k výhodnosti jedné ze služeb. Ze zákona, jak bylo uvedeno výše, má sociální služba mj. „zachovávat lidskou důstojnost a podporovat integraci osob do společnosti“³⁴. Kvalita služeb je provázána s velikostí zařízení, jelikož menší organizace jsou schopny nabízet individuálnější služby a dosáhnout kvalitnější práce s klientem. „Ústavy sociální péče byly sice dle zákona o sociálních službách zaregistrovány jako domovy pro osoby se zdravotním postižením, po letech zaměření na plošné poskytování ústavní péče, kdy byli lidé izolováni od vnějšího světa ve speciálně nepřirozeně vyčleněných budovách, nuceni se přizpůsobit velké skupině lidí a pravidlům pro provoz specifických pracovišť, nemohou požadavky stávající legislativy naplňovat.“³⁵ To například proto, že: „Je nutné umožnit

³⁴ §2, Zákon 106/2006 o sociálních službách

³⁵ KOCMAN D., PALEČEK J., Závěrečná zpráva z kvalitativního výzkumu , s. 12

*lidem se zdravotním postižením, kteří budou závislí na pomoci jiné osoby, využít takovou sociální službu, která je z přirozené komunity nevyčlení, jak se to děje v případech ústavní sociální péče.*³⁶

*„Chráněné bydlení má ve srovnání s ústavní péčí mnohem nižší, někdy dokonce nulové investiční náklady, nízké náklady na vybavení, nižší náklady na provoz, ale vyšší náklady na mzdy. Většina prostředků je tak stejně jako u osobní asistence směřována na přímou službu občanovi, což má obrovský vliv na kvalitu jeho života.“*³⁷

Lze tvrdit, že čím je bydlení menší, tím kvalitnější službu poskytuje, a to vzhledem k předpokladu, že běžný člověk nesdílí dlouhodobě byt, natož pokoj s větším počtem cizích lidí, protože ho k tomu obvykle podmínky nenutí. Na druhou stranu ze zákona o klesajících mezních nákladech vychází, že čím více lidí umístí poskytovatelé služby do jednoho prostoru, tím ekonomičtěji se budou chovat, budou vytvářeny úspory z rozsahu. Například „v roce 2010 poskytovalo průměrně jedno chráněné bydlení své služby v průměru 22 klientům, zatímco jeden DOZP poskytoval v průměru své služby 66 klientům.“³⁸ (viz Tabulka 3). Po rozdělení této statistiky podle zřizovatele, pak by nejkvalitnější služby – pokud by jejich kvalita rostla nepřímě úměrně k počtu klientů využívajících danou službu – poskytovaly instituce zřízené církví v závěsu s institucemi zřízenými nestátními neziskovými organizacemi. Na druhé straně by se dalo spekulovat, zda nejsou státem zřizované DOZP na hranici zákona, když v průměru mají 172 klientů.

³⁶MPSV, *Koncepce podpory transformace pobytových sociálních služeb v jiné typy sociálních služeb, poskytovaných v přirozené komunitě uživatele a podporující sociální začlenění uživatele do společnosti*

³⁷VLÁDNÍ VÝBOR PRO ZDRAVOTNĚ POSTIŽENÉ OBČANY, *Národní plán vyrovnání příležitostí pro občany se zdravotním postižením*, s. 15

³⁸ MPSV, Tabulka 4 - SOCIÁLNÍ SLUŽBY PODLE ZŘIZOVATELE V ROCE 2010 – ČR, KRAJE [http://www.czso.cz/csu/2011edicniplan.nsf/t/6F00305405/\\$File/320111401.pdf](http://www.czso.cz/csu/2011edicniplan.nsf/t/6F00305405/$File/320111401.pdf)

4. Vlastní zpracování

4.1. Výhody a nevýhody poskytování CHB a DOZP

V této části práce bude nejprve rozebrán krátkodobý vývoj v oblasti poskytování obou sociálních služeb. Dále se bude věnovat zřizovatelům a struktuře zaměstnanců, tedy údajům více či méně zároveň ovlivňujícím náklady na tyto služby.

Z tabulky 2 je patrné, že počet uživatelů sociálních služeb mezi roky 2008 a 2010 rostl. Počet uživatelů CHB se zvýšil o 15 % a ačkoliv počet uživatelů DOZP také rostl, bylo to o pouhé 2 %. CHB expandovaly ve svém počtu, a to o 18 %, přičemž počet DOZP se na druhou stranu snížil o zhruba 5 %.

Tabulka 2 - Počet služeb a uživatelů v DOZP a CHB v letech 2008 a 2010

Rok	Počet uživatelů		Počet služeb	
	2008	2010	2008	2010
CHB	2 448	2 818	109	129
DOZP	14 091	14 396	230	219

[zdroj: MPSV, vlastní zpracování]

Tento nárůst počtu uživatelů se dá vysvětlit poptávkou po tomto typu služeb. Ta se dá ilustrovat pomocí počtu neuspokojených žádostí o sociální služby. Těch bylo dle MPSV v roce 2010 u CHB 2531 a u DOZP 3159.

Jak ukazuje tabulka 3, v roce 2010 byly nejčastěji zřizovatelem DOZP kraje. Zatímco kraje zřizovaly 160 z celkových 216 domovů pro osoby se zdravotním postižením, obce zřizovaly pouhých 31 domovů. Rozdílné statistiky panují u chráněných bydlení, tam byl sice opět nejčastěji zřizovatelem kraj založivší 51 z celkových 129, na druhém místě byly NNO (bez církevních zřizovatelů) s 44 CHB. Je tedy patrná jakási inklinace NNO zakládat spíše CHB než DOZP.

Tabulka 3 - Počet zařízení sociálních služeb a jejich kapacita v roce 2010

Druh služby	CELKEM		Státní		Krajské		Obecní		Církevní		Ostatní	
	počet	kapacita	počet	kapacita	počet	kapacita	počet	kapacita	počet	kapacita	počet	kapacita
DOZP	219	14 396	5	872	160	11 554	31	1 458	13	229	10	283
CHB	129	2 818	3	49	51	1 501	13	520	18	197	44	551
ČR celkem	3 127	79 410	15	1 133	653	37 614	499	23 435	593	7 084	1 367	10 144

[Zdroj: MPSV]

Jako jistou výhodu lze brát efektivnost – kolik procent zaměstnanců té či oné služby je ve skutečnosti v přímém kontaktu s uživateli služby a kolik procent tvoří provozně techničtí, vedoucí či podobní pracovníci. Tuto informaci poskytuje následující tabulka.

Tabulka 4 - Počet zaměstnanců (celých úvazků) v přímém kontaktu s uživateli sociálních služeb v roce 2010

Druh služby	Pracovníci v přímém kontaktu s uživateli					Ostatní	Celkem
	Sociální pracovníci	Pracovníci v soc. službách	Zdravotničtí pracovníci	Pedagogičtí pracovníci	Další odborní pracovníci poskytující SS	Ostatní	
DOZP	273	4 916	1 357	394	45	3 075	10 061
CHB	71	576	15	22	16	246	946

[Zdroj: MPSV, *Vybrané statistické údaje o financování sociálních služeb a příspěvku na péči – 2010 a vlastní zpracování*]

Vychází tedy, že 69 % zaměstnanců DOZP pracovalo v přímém kontaktu s uživateli služeb a u CHB ještě o pět procent více.

4.2. Náklady na služby DOZP a CHB

Dle ministerstva práce a sociálních věcí v roce 2010 v ČR působilo 219 domovů pro osoby se zdravotním postižením. Služba byla poskytována 13836 klientům. V tomto druhu služeb bylo zaměstnáno celkem 10 061 pracovníků. Celkové náklady na tyto služby v roce 2010 činily 4 664 mil. Kč.

V témže roce v ČR působilo 129 chráněných bydlení. Služba byla poskytována 2 626 klientům. V tomto druhu služeb bylo zaměstnáno celkem 946 pracovníků. Celkové náklady na tyto služby v roce 2010 činily 451 mil. Kč.³⁹

Při přepočtu nákladů na jednoho klienta vychází u DOZP cca 337 000 Kč na klienta/rok, zatímco u CHB je částka pouze necelých 172 000 Kč na klienta/rok. Z tohoto údaje je vidět, že DOZP je podstatně nákladnější služba, respektive více než dvakrát dražší. Vysvětlením by byly úspory z rozsahu, kterých by dosahovala chráněná bydlení, nicméně jak je vidět v tabulce 5, je tomu právě naopak a úspor z rozsahu vzhledem k počtu klientů na poskytovanou službu by měly dosahovat domovy pro osoby se zdravotním postižením. DOZP mají tento průměr dokonce téměř třikrát větší. Jiným vysvětlením by byla větší náročnost DOZP na personál. Z tabulky 5 je taktéž patrné, že v CHB připadalo na jednoho zaměstnance dvakrát více klientů, než u DOZP.

Tabulka 5 -- Základní ukazatele pro DOZP a CHB v r. 2008

Pobytová služba	Počet poskytovatelů soc. služby	Počet klientů	Počet zaměstnanců	Průměrný počet klientů na 1 zaměstnance	Celkové náklady na službu/rok (mil. Kč)	Prům. počet klientů na soc. službu	Průměrné náklady na klienta/rok (Kč)
DOZP	219	13 836	10 061	1,4	4 661	64	337 600
CHB	126	2 626	946	2,8	451	22	172 000

[Zdroj: MPSV, *Vybrané statistické údaje o financování sociálních služeb a příspěvku na péči – 2010 a vlastní zpracování*]

Je nepravděpodobné, že by větší náklady byly způsobeny jenom větším počtem zaměstnanců na službu vzhledem k tomu, že náklady DOZP v přepočtu na klienta jsou více než dvakrát větší. Jeho příčina je dána vyšším průměrným stupněm závislosti klientů v domovech pro osoby se zdravotním postižením, tedy že jsou klienti této

³⁹MPSV, *Vybrané statistické údaje o financování sociálních služeb a příspěvku na péči*

sociální služby obvykle schopni zvládat méně úkonů péče o svoji osobu. Tato skutečnost se odráží i ve větším počtu zaměstnanců v přepočtu na jednoho klienta. Zde je nutné hledat důvod větších nákladů na DOZP.

4.2.1. Náklady po přepočtu dle stupňů závislosti

Z tabulky 6 **Chyba! Nenalezen zdroj odkazů.** je patrné, že průměrný stupeň závislosti uživatelů služby v DOZP je 2,99, zatímco uživatelé CHB mají průměrný stupeň závislosti 1,49, tedy v podstatě dvakrát menší. Zároveň si nelze nevšimnout, že domovy pro osoby se zdravotním postižením se orientují především na klienty s těžkou či úplnou závislostí, tedy se stupni závislosti tři a čtyři. Na druhé straně se chráněná bydlení začala soustředit především na klienty s lehkou či střední závislostí, tedy se stupni závislosti jedna a dva, avšak není ojedinělé, že jsou mezi klienty chráněných bydlení i lidé bez přiznaného nároku na příspěvky na sociální péči.

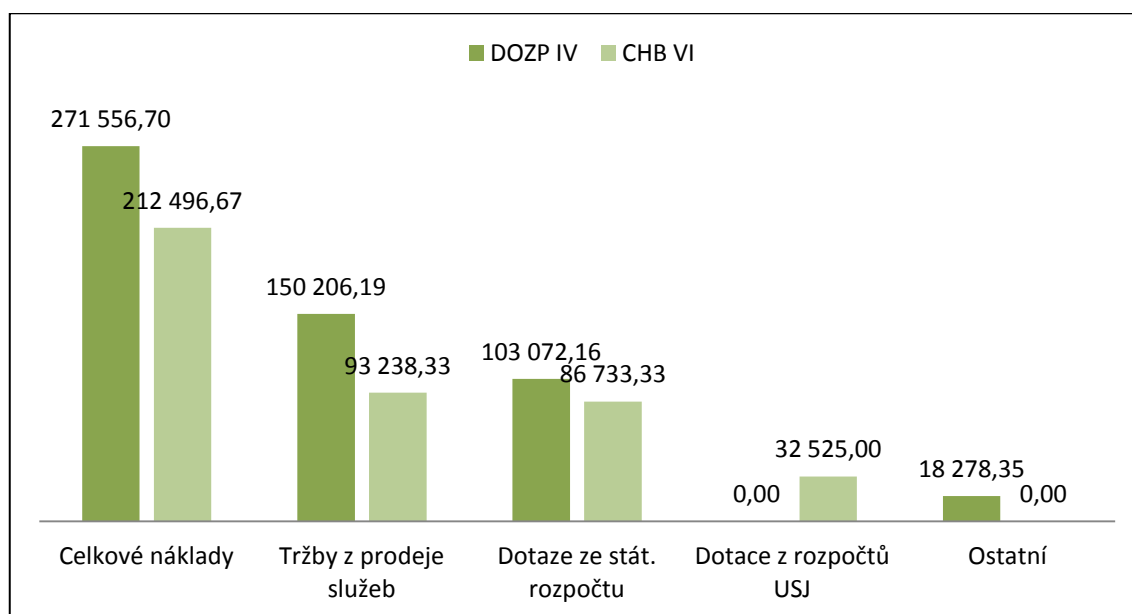
Tabulka 6 - Průměrný stupeň závislosti v zkoumaných CHB a DOZP v r. 2010

DOZP											
SZ	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	SUMA
1	4	10	0	6	10	18	24	2	0	12	86
2	14	27	34	54	10	13	18	8	4	17	199
3	32	29	18	34	20	31	20	13	3	14	214
4	74	36	13	3	32	56	48	42	18	17	339
SUMA	124	102	65	97	72	118	110	65	25	60	838
Průměr	3,42	2,89	2,68	2,35	3,03	3,06	2,84	3,46	3,56	2,60	2,96
CHB											
SZ	I	II	III	IV	V	VI	VII				SUMA
0,8	9	3	1	0	5	3	0				21
1	10	8	45	0	2	2	8				75
2	8	9	17	2	5	6	8				55
3	0	2	0	0	4	4	0				10
4	0	0	0	0	0	0	0				0
SUMA	27	22	63	2	16	15	16				161
Průměr	1,23	1,56	1,27	2,00	1,75	1,89	1,50				1,44

[Zdroj: vlastní zpracování]

Zdá se tedy, že zdravotní stav uživatelů je důvodem pro vyšší potřebu finančních zdrojů u DOZP. Aby byla tato hypotéza ověřena, je zapotřebí srovnat chráněná bydlení s domovy pro osoby se zdravotním postižením, které mají co nejpodobnější strukturu svých uživatelů. Ze struktury krytí nákladů na tu či onu službu se poté lze kvalifikovaně vyjádřit k jejich finanční náročnosti, respektive k tomu, kterou službu by měl stát podporovat. Již bylo zmíněno, že za větší nákladností DOZP stojí s největší pravděpodobností struktura závislosti uživatelů. Aby bylo možno usoudit, že je chráněné bydlení i přesto, že typičtí klienti této služby mají nižší či žádnou závislost, levnější služba, bylo by třeba porovnat ty CHB a DOZP, kde by průměrný stupeň závislosti klientů DOZP byl menší nebo roven CHB. Výsledky výzkumu však ani jednu takovou dvojici neobsahují. Je možno porovnat služby, které si budou nejbližší, avšak pak je nutno počítat s omezenou vypovídající hodnotou. Vzhledem k malému počtu uživatelů CHB IV, který se výrazně liší od zbývajících chráněných bydlení, bude srovnáno CHB VI s DOZP IV.

Graf 2 - Porovnání nákladů na jednoho klienta za rok u DOZP IV a CHB VI



[Zdroj: vlastní zpracování]

Z Grafu 2 je patrné, že CHB vychází levněji, než DOZP v přepočtu na klienta, přičemž je třeba brát v potaz, že průměrný stupeň závislosti klientů DOZP IV je 2,35 zatímco v CHB VI je to pouze 1,89. Pro srovnání lze opět vydělit těmito čísly celkové zdroje na financování těchto služeb. U CHB vychází hodnota ročních nákladů vydělená

průměrným stupněm závislosti na 112 234,15 Kč/rok a u DOZP 115530,70 Kč/rok. I po přepočtu je tedy chráněné bydlení levnější službou. I tak to nemusí znamenat, že by bylo chráněné bydlení levnější službou, kdyby v obou zařízeních byli lidé se stejnou strukturou stupňů závislosti. Na základě těchto výsledků lze usuzovat, že jsou náklady obou druhů sociálních služeb v zásadě porovnatelné, když přihlídneme k struktuře klientů.

Ve snaze potvrdit předchozí tvrzení, tedy že jsou náklady na sociální službu chráněného bydlení, srovnatelné s náklady na domov pro osoby se zdravotním postižením, je potřeba zhodnotit větší vzorek. V tomto případě se může tato práce opřít o úplný vzorek, tedy o celkové náklady na služby CHB a DOZP za rok 2010. Pokud se vydělí průměrné náklady DOZP a CHB na 1 klienta za rok průměrným stupněm závislosti těchto služeb, vyjde, že tyto náklady přepočtené podle stupňů závislosti (viz tabulka 6) jsou po zaokrouhlení u DOZP 11 3800 Kč na klienta/rok a u CHB 119 400Kč na klienta/rok, tedy, že náklady na DOZP jsou o 1 % vyšší.

Tabulka 7 – Průměrné zdroje financování vybraných služeb CHB a DOZP za rok 2010

DOZP	Průměr na klienta	Průměr na službu
Tržby z prodeje služeb	207 767,17	16 603 397,22
Dotace ze stát. rozpočtu	138 730,02	10 261 967,78
Dotace z rozpočtů USJ	57 969,65	5 750 533,33
Ostatní	10 609,27	887 444,44
Celkové zdroje	415 076,11	33 545 231,67
CHB		
Tržby z prodeje služeb	81 754,07	1 791 915,12
Dotace ze stát. rozpočtu	90 279,66	2 106 500,00
Dotace z rozpočtů USJ	50 947,67	709 237,78
Ostatní	6 137,77	193 306,56
Celkové zdroje	229 119,16	4 800 959,46

[zdroj: vlastní zpracování]

Tento výpočet lze zopakovat s daty, získanými na základě dotazování elektronickou poštou (Tabulka 6). Z nich vyšel průměrný náklad na klienta DOZP za rok 415 076,1

Kč a CHB 229 119,2 Kč, po přepočtu pomocí stupňů závislosti jsou po zaokrouhlení u DOZP 140 200 Kč na klienta/rok a u CHB 159 100 Kč na klienta/rok, tedy, že náklady na DOZP jsou o 12 % vyšší.

4.2.2. Náklady po přepočtu dle příspěvků na péči

Budou-li porovnávány data podle příspěvků na péči, je třeba si opět spočítat průměrný koeficient stupňů závislosti. Jak je vidět z tabulky 8, u CHB se koeficient od průměrného stupně závislosti prakticky neliší, zatímco u DOZP vzrostl významně.

Tabulka 8 - Výpočet koeficientu stupňů závislosti

Stupně závislosti	Počet klientů (PK)	Koeficient (K)	PK*K	
0	0	0,8	0	
1	86	1	86	
2	199	2	398	
3	214	4	856	
4	339	5,5	1864,5	
SUMA	838		3204,5	3,82
CHB				
Stupně závislosti	Počet klientů (PK)	Koeficient (K)	PK*K	
0	21	0,8	16,8	
1	75	1	75	
2	55	2	110	
3	10	4	40	
4	0	5,5	0	
SUMA	161		241,8	1,50

[zdroj: vlastní zpracování]

Pokud se vypočítané průměrné náklady za rok přepočtené na uživatele vydělí koeficientem příspěvků na péči, vychází po přepočtu náklady na uživatele za rok u DOZP 88 200 Kč a pro CHB 114 700 Kč. Tedy že je CHB o 13 % dražší.

V poslední řadě vycházejí přepočtené náklady na služby po přepočtení u DOZP 108 600 Kč a pro CHB 152 700 Kč. Tedy že je CHB o 41 % dražší, pokud bude počítáno s průměrnými náklady, které byly spočítány výše v této práci a ne s údaji z MPSV.

5. Zhodnocení výsledků

Na začátku vlastního zpracování byl představen vývoj počtu uživatelů a služeb ve dvou sociálních službách. To, že se snižuje počet poskytovaných služeb DOZP, je pozoruhodné. To především za okolností, kdy v témže roce nebylo uspokojeno více než tři tisíce žádostí o využívání této služby a kdy se zároveň zvyšuje, i když ne razantně, celkový počet jejích uživatelů. Pokud by tento vývoj měl trvat, pak by docházelo k přesnému opaku toho, čeho chtěly dosáhnout vládní dokumenty (jako např. Bílá kniha sociálních služeb, Koncepce podpory transformace pobytových sociálních služeb...), tedy deinstitucionalizace a jakéhosi „zlidštění“ pobytových sociálních služeb. Počet chráněných bydlení naopak roste rychleji, než roste počet uživatelů této služby. Výhodou pro obě služby je pak obrovská poptávka, která jednoznačně ukazuje, že těchto služeb není dostatek.

Možnost jak tuto situaci využít napovídá jistá inklinace nestátních neziskových organizací k chráněnému bydlení. NNO, které charakteristické nižšími platy, by tak mohly být levným řešením.

Důvod, proč pracuje více zaměstnanců CHB v přímém kontaktu s uživateli, je nasnadě. V případě DOZP se většinou jedná o podstatně větší zařízení, která vyžadují kvůli své velikosti více personálu technických oborů a manažerů. Ze struktury zaměstnanců je však také patrné, že v DOZP je oproti CHB daleko větší zastoupení zdravotnického personálu, to lze opět vysvětlit strukturou uživatelů, kteří tento personál ze zdravotních důvodů potřebují.

Z daných výsledků lze jednoznačně tvrdit, že služby se nejvýrazněji liší ve svých uživatelích. Zatímco v domovech pro osoby se zdravotním postižením jsou klienti, kteří mají v průměru těžkou závislost, v chráněných bydleních jsou klienti na rozmezí lehké a střední závislosti. Právě tento rozdíl poté determinuje rozdílné náklady těchto sociálních služeb. DOZP je tak jednoznačně nákladnější službou absolutně, nicméně při vzetí v potaz právě vyšší průměrný stupeň závislosti uživatelů této služby, jsou tyto vyšší náklady opodstatněné. Vyšší stupeň závislosti tak stojí za větší náročností na personál a úspory z rozsahu nejsou tak veliké, aby přehlušily faktor stupňů závislosti klientů.

Nelze tvrdit s jistotou, která služba je levnější v přepočtu na klienty se stejným stupněm závislosti, jelikož data, která byla získána, neposkytovala prostor pro nejlepší metodický postup. Postup, který byl realizován, však přinesl vysvětlení jevů spojených s financováním obou sociálních služeb a upozornil na to, že domovy pro osoby se zdravotním postižením jsou nejspíše dražší službou než služby chráněného bydlení absolutně po přepočtu nákladů na klienty, ale zřejmě už ne, pokud bude brán v potaz zdravotní stav uživatelů těchto služeb. Porovnáním přepočtených nákladů koeficienty stupňů závislosti či příspěvků na péči na služby CHB a DOZP, bylo zjištěno, že pokaždé je nákladnější služba CHB, nicméně v některých případech nejsou rozdíly veliké. Tato částečná srovnatelnost je velice důležitá, protože na jejím základě lze dojít k závěru a doporučení. Je třeba ovšem zmínit, že výsledky se výrazně lišily v závislosti na metodě srovnávání závislosti klientů i na zdroji dat. Při použití srovnání pomocí příspěvků na péči vycházely výsledky pro DOZP (jevil se po přepočtu jako levnější služba) spíše než při použití srovnání klientů pomocí jejich stupňů závislosti. Stejně tak, pokud bylo počítáno s průměrnými náklady na službu/klienta z výsledků MPSV, vycházely výsledky spíše v neprospěch pro CHB, než když bylo použito výsledků získaných pomocí e-mailového dotazování

Pokud by se realita blížila spíše k podobným nákladům mezi CHB a DOZP spojených s provozem chráněných bydlení a domovů pro osoby se zdravotním postižením, měl by se stát soustředit na podporu chráněných bydlení. Především vzhledem ke kvalitě jednotlivých služeb a vzhledem k úředním dokumentům týkajících se sociálních služeb, mluvících o nutnosti transformace sociálních služeb a o potřebě jejich zkvalitňování, jelikož CHB jsou kvalitativně lepší službou. Stát by měl podporovat přechod klientů DOZP s lehkou a střední závislostí do chráněných bydlení, protože z výsledků vyplývá, že se na ně více specializují. Odchodem těchto klientů by se dával větší prostor pro specializaci DOZP a zároveň by se služba jako taková úbytkem klientů zkvalitnila. Aby nedošlo tímto přechodem k zhoršení kvality služeb na straně chráněných bydlení, bylo by třeba podporovat vznik nových služeb. To by mohlo mít pozitivní vliv na nezaměstnanost v regionech.

Zároveň by se měla pozornost soustředit na podporu nestátních neziskových organizací, ty mají nejméně klientů na službu (předpokládá se tedy s životními podmínkami nejvíce

se podobajícími bydlení mimo sociální služby) a zároveň jsou, jak bylo uvedeno v teoretické části, nejlevnější. V ideálním případě by klienti s nízkou závislostí mohli být zcela integrováni do společnosti, čímž by stát opět ušetřil.

6. Závěr

Tato práce se věnovala malé, avšak v české literatuře zatím neprozkoumané části, tedy dvěma typům pobytových sociálních služeb – chráněnému bydlení a domovům pro osoby se zdravotním postižením. Jejím cílem bylo porovnat tyto dvě formy poskytování sociálních služeb z hlediska jejich finanční náročnosti.

Práce zjišťovala náklady na poskytování těchto dvou služeb a informace o stupních závislosti přímo od poskytovatelů. Představila dvě vlastní metodiky, jak náklady porovnávat vzhledem k závažnosti postižení uživatelů služby (tedy nutnosti poskytování většího objemu péče). Je nutno podotknout, že práce získala údaje od omezeného množství poskytovatelů, a tudíž by bylo nutné její výsledky ověřit rozsáhlejší studií.

V přehledu zkoumané problematiky vycházel text ze zákona č. 108/2006 Sb. o sociálních službách, na jehož základě vymezoval důležité pojmy. Dále se zabýval charakteristikami jednotlivých druhů a forem sociálních služeb a způsobům jejich financování. Dotkl se také tématu kvality sociálních služeb, přičemž na základě literatury představil chráněné bydlení jako obecně kvalitnější službu.

Ve vlastním zpracování text poukázal na rozdílné náklady spojené s financováním dvou zmiňovaných typů pobytových sociálních služeb. Nákladnější službou z těchto dvou je v absolutních číslech DOZP. Tyto vyšší náklady jsou, jak tato práce zjistila, způsobeny odlišnou strukturou klientů: Zatímco v DOZP je průměrný klient těžce závislý, v CHB je na rozmezí lehké a střední závislosti. Pokud ovšem srovnáme náklady obou služeb vztáhnuté k závažnosti postižení klientů, lze tvrdit, že je služba CHB dražší, a to o 1 % – 40 % v závislosti na použité metodice. Je však možné tvrdit, že náklady jsou srovnatelné. Jestliže jsou pak finančně srovnatelné, můžeme doporučit, aby stát podporoval spíše službu chráněného bydlení, především vzhledem ke kvalitě tohoto typu služby a vzhledem k úředním dokumentům týkajících se sociálních služeb, mluvících o nutnosti transformace sociálních služeb a o potřebě jejich zkvalitňování. Měl by také podporovat další rozvoj nestátních neziskových organizací jakožto poskytovatelů pobytových služeb a přechody klientů s nižšími stupni závislosti z domovů pro osoby se zdravotním postižením do chráněných bydlení.

7. Seznam použitých zdrojů

- MAHROVÁ, Gabriela a kol. *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008. 168 s. Sestra. ISBN 978-80-247-2138-5.
- MATOUŠEK, Oldřich a kol. *Sociální služby: legislativa, ekonomika, plánování, hodnocení*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2007. 183 s. ISBN 978-80-7367-310-9.
- NOVOTNÝ, Jiří a kol. *Faktory úspěchu nestátních neziskových organizací*. Vyd. 1. Praha: Oeconomica, 2008. 223 s. ISBN 978-80-245-1473-4.
- PRŮŠA, Ladislav. *Ekonomie sociálních služeb*. 2., aktualiz. a rozš. vyd. Praha: ASPI, 2007. 179 s. ISBN 978-80-7357-255-6.
- PRŮŠA, Ladislav. *Ekonomie sociálních služeb*. Praha: ASPI, 2003. 151 s. ISBN 80-86395-69-3.
- PRŮŠA, Ladislav. *Rozbor neinvestičních výdajů v rezidenčních zařízeních v r. 2001*. Praha: VÚPSV, 2002
- RADA, Marek. *Chráněné bydlení pro lidi s mentálním postižením: praktický průvodce*. Blansko: Hnutí humanitární pomoci, 2006. 55 s. ISBN 80-239-9547-2.
- STEJSKAL, Jan. *Ekonomika neziskové organizace*. 1. vyd. Praha: Junák - svaz skautů a skautek ČR, Tiskové a distribuční centrum, 2010. 272 s. ISBN 978-80-86825-55-7.
- MALÍKOVÁ, Eva. *Péče o seniory v pobytových sociálních [sic] zařízeních*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011. 328 s. Sestra. ISBN 978-80-247-3148-3.
- OCHRANA, František a kol. *Veřejný sektor a veřejné finance: financování nepodnikatelských a podnikatelských aktivit*. 1. vyd. Praha: Grada, 2010. 261 s. Expert. ISBN 978-80-247-3228-2.
- VLÁDNÍ VÝBOR PRO ZDRAVOTNĚ POSTIŽENÉ OBČANY, *Národní plán vyrovnání příležitostí pro občany se zdravotním postižením, Schválený usnesením vlády ČR. 256 ze dne 14. dubna 1998* [online], Praha, 1998 [cit. 12. 12. 2011]. Dostupný z: <http://www.vlada.cz/assets/ppov/vvzpo/dokumenty/NPVP-98.pdf>

Koncepce podpory transformace pobytových sociálních služeb v jiné typy sociálních služeb, poskytovaných v přirozené komunitě uživatele a podporující sociální začlenění uživatele do společnosti [online]. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí, 2007 [cit 7. 2. 2012]. Dostupná z: http://www.mpsv.cz/files/clanky/3858/Koncepce_podpory.pdf

Priority rozvoje sociálních služeb pro období 2009 – 2011 [online]. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí, 2008 [cit. 5. 1. 2012]. Dostupné z: http://www.mpsv.cz/files/clanky/7759/Priority_rozvoje_soc_sluzeb.pdf

Sociální služby a příspěvek na péči [online]. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí, 2009 [cit. 2012-03-26]. Dostupné z: http://www.mpsv.cz/files/clanky/7174/Socialni_sluzby_a_prispevek_na_peci.pdf

Vybrané statistické údaje o financování sociálních služeb a příspěvku na péči - 2010 [online]. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí, 2011 [cit. 18. 12. 2011]. Dostupné z: http://www.mpsv.cz/files/clanky/9198/Analyza_fin_SS.pdf

Vyhlášení dotačního řízení MPSV ČR pro rok 2012 v oblasti poskytování sociálních služeb [online]. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí, 2011 [cit. 13. 11. 2011]. Dostupné z: <http://www.mpsv.cz/cs/11279>

VLÁDNÍ VÝBOR PRO ZDRAVOTNĚ POSTIŽENÉ OBČANY. *Národní plán vyrovnání příležitostí pro občany se zdravotním postižením: Schválený usnesením vlády ČR č. 256 ze dne 14. dubna 1998* [online]. Praha, 1998 [cit. 12. 10. 2011]. Dostupné z: <http://www.vlada.cz/assets/ppov/vvzpo/dokumenty/NPVP-98.pdf>

Základní ukazatele z oblasti práce a sociálního zabezpečení v České republice [online]. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí, 2009 [cit. 21. 12. 2011]. ISBN 978-80-7421-005-1. Dostupné z: http://www.mpsv.cz/files/clanky/8054/Brozura_CZ_MPSV.pdf

Česká republika. Zákon č. 108/2006 Sb. ze dne 14. března 2006 o sociálních službách

Česká republika. Zákon č. 364/2011 Sb. ze dne 6. listopadu 2011, kterým se mění některé zákony v souvislosti s úspornými opatřeními v působnosti Ministerstva práce a

sociálních věcí. Dostupný on-line na

http://www.mpsv.cz/files/clanky/11911/zakon_364_2011.pdf [cit. 16. 1. 2012]

Česká republika. Vyhláška č. 388/2011 ze dne 29. listopadu 2011 o provedení některých ustanovení zákona o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením. Dostupná on-line na http://www.mpsv.cz/files/clanky/11911/vyhlaska_388.pdf [cit. 18. 1. 2012]

Česká republika. Zákon č.329/2011 Sb. ze dne 13. října 2011 o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením a o změně souvisejících zákonů. Dostupný z http://www.mpsv.cz/files/clanky/11911/zakon_329_2011.pdf [cit. 18. 1. 2012]

8. Přílohy

Tabulka 9 - Úroveň prům. mzdy a počtu pracovníků na klienta v domově důchodců v r. 2001

	OkÚ	Obec	NNO
Průměrná mzda (v Kč)	12 684	12479	8460
Počet pracovníků na klienta	0,45	0,47	0,54

- [Zdroj: PRŮŠA, L. *Rozbor neinvestičních výdajů v rezidenčních zařízeních v r. 2001*. Praha: VÚPSV, 2002]

Tabulka 10 – Pořadí nejvíce využívaných zdrojů 2008

Název zdroje	Průměr (% z celkových zdrojů NNO)
Státní správa a samospráva	39,3
Z vlastní činnosti	13,1
Podnikatelské a obchodní společnosti	11,0
Členské příspěvky	10,4
Z jiné činnosti	7,9
Individuální dárci	7,6
Nadace a nadační fondy	6,2

[Zdroj: NOVOTNÝ, Jiří a kol. *Faktory úspěchu nestátních neziskových organizací*. s. 73]