

ČESKÁ ZEMĚDĚLSKÁ UNIVERZITA V PRAZE

Provozně ekonomická fakulta

Katedra práva



DIPLOMOVÁ PRÁCE

Efektivita sociálních služeb pro seniory se zaměřením na domovy seniorů

Zpracovala: Ing. Marta Vištiaková

Vedoucí diplomové práce: JUDr. Ing. Pavel Pikola, Ph.D.

© 2012 ČZU v Praze

ČESTNÉ PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci na téma „Efektivita sociálních služeb pro seniory se zaměřením na domovy seniorů“ zpracovala samostatně za pomoci pramenů uvedených v seznamu literatury a po odborných konzultacích s vedoucím diplomové práce JUDr. Ing. Pavlem Pikolou, Ph.D.

V Roztokách, dne 31. 3. 2012

.....
Ing. Marta Vištiaková

PODĚKOVÁNÍ

Ráda bych touto cestou poděkovala vedoucímu své diplomové práce JUDr. Ing. Pavlu Pikolovi, Ph.D., za odborné vedení a cenné rady při zpracování diplomové práce a poskytnutí důležitých informací a praktických poznatků.

Efektivita sociálních služeb pro seniory
se zaměřením na domovy seniorů

Effectiveness of social services for
seniors with a focus on seniors' homes

Souhrn

Diplomovou práci tvoří teoretická východiska problematiky efektivit využití sociálních služeb v domovech pro seniory zahrnující zejména porovnání současného stavu a budoucího vývoje, ve vztahu k demografickému vývoji a ekonomické náročnosti.

Práce poskytuje průřez současným stavem v oblasti poskytování sociálních služeb, čímž dává ucelený obraz o současném stavu. Dále se zaměřuje na předpokládaný vývoj poskytování sociálních služeb ve vztahu k demografickému vývoji společnosti a navrhnout jiné možnosti poskytování finančních příspěvků na sociální služby.

Klíčová slova

sociální služby, příspěvek na péči, sociální péče, pečovatelská služba, státní sociální podpora, stáří, senior, dům seniorů, demografické stárnutí, stárnutí

Summary

Diploma thesis consists of theoretical problems of effective use of social services for the elderly including, in particular compared to the current state and future developments in relation to demographic and economic demanded. The work provides a cross-section of the status quo in the provision of social services, thus giving a comprehensive picture of the current state. It then focuses on the outlook for the provision of social services in relation to the demographic development of society and propose alternatives to financial contributions to social services.

Key words

social services, aging, care allowance, social support, age, senior, elderly homecare, social care,

Obsah

1. Úvod.....	10
2. Cíl práce a metodika	11
2.1. Cíl sociálních služeb.....	12
3. Demografický vývoj.....	13
3.1. Demografický vývoj v EU	13
3.2. Populační růst	14
3.3. Prodlužování střední délky života při narození a naděje dožití	16
3.4. Demografické stárnutí v EU	18
3.5. Demografie v ČR.....	20
3.6. Střední délka života v ČR	21
3.7. Demografické stárnutí populace v ČR	23
4. Základní pojmy v oblasti sociální služby.....	29
4.1. Sociální služby	29
4.2. Základní druhy sociálních služeb.....	29
4.3. Základní formy sociálních služeb.....	30
4.4. Sociální poradenství	32
4.5. Služby sociální péče.....	33
4.6. Pečovatelská služba.....	34
5. Sociální služby – legislativa.....	39
5.1. Nové začátky	39
5.2. Finance a inovace v sociální službě	42
5.3. Poskytovatelé sociálních služeb.....	49
5.4. Další důležitá dokumentace.....	51
5.5. Kvalita sociálních služeb	51
6. Mezinárodní legislativa	52
6.1. Sociální služby v EU	52
6.2. Rada Evropy	54
6.3. Evropská unie.....	55
6.4. Sociální služby ve vybraných zemích EU.....	57
6.4.1. Francie	57
6.4.2. Irsko.....	58
6.4.3. Německo.....	60
6.4.4. Španělsko.....	62
6.4.5. Švédsko.....	63
7. Hodnocení efektivity sociálních služeb a jejich financování	66
7.1. Financování sociální služby.....	73
7.2. Zjištěné výsledky a návrh na řešení.....	82

8. Závěr	86
Použitá literatura.....	89
Seznam tabulek a grafů	91

1. Úvod

Naše společnost již několik desítek let prochází velkými změnami, které se týkají všech lidí, nejen těch kteří jsou mladí – budoucích rodičů, mladých rodin s dětmi a osob v produktivním věku, ale především nejstarší generace, nejzkušenější a taky nejzranitelnější části naší společnosti, teda seniorů.

Těchto posledních pár desítek let, stát prochází neustálými změnami, které jsou velice důležité pro vytvoření stabilní společnosti, jako záruky pro spokojený a šťastný život občanů teď i v budoucnosti. Proto je vznikající situace tak velmi důležitá pro všechny občany v širokém generačním spektru.

Všichni si uvědomujeme, že naše počínání a rozhodování musí být zodpovědné a jsme si vědomi toho, že každý náš krok, každé naše rozhodnutí které dnes učiníme, bude mít následky nejen pro naši generaci, ale i generaci našich dětí a jejich děti a další a další generace, které nebudou řešit jen financování vlastních potřeb a potřeb svých dětí, ale nově i financování „vlastních rodičů“ - seniorů, jejichž generace podle demografického vývoje má stoupající početní tendenci. Z tohoto důvodu záleží na důsledném rozhodování naší generace.

Proto je v této době veřejnost intenzivně seznamována v různých diskusích, reportážích nebo článcích s ekonomickou situací naší země což výrazně ovlivňuje vývoj sociální politiky. Tato veřejná diskuse se snaží nalézt nejvýhodnější, nejlepší a nejefektivnější cestu pro naši budoucnost.

I když je známo, že všechno se vším souvisí i v této oblasti to platí. Politická situace státu úzce souvisí s ekonomikou státu, na kterou navazuje právě oblast sociální politiky.

Sociální politika je jedním ze základních obrazů vyspělosti státu, jeho stabilitě, ale zároveň ukazuje zájem státu o své občany a jejich blahobyt.

Nynější společnost se nachází v období rekonceptualizace „welfare state“ – sociálního státu, kterému předcházela krize, která byla vyvolána právě nákladností konceptu. Proto rekonceptualizace „welfare state“ spočívá v redukci sociálních programů organizovaných nebo podporovaných státem a hledá nové možnosti, cest a východisek pro reformulaci úloh státu vůči občanům v oblasti sociálních služeb a sociálního zabezpečení ale tak, aby to bylo v mezích únosnosti pro obě strany.

Z tohoto důvodu je velmi důležité cíleně uvážit každé další rozhodnutí a počínat si velice zodpovědně a k tomu je nezbytné nastavení finančních priorit v oblasti obecné politiky a právě v oblasti sociálních služeb.

A proč by bylo dobré zaměřit se i na pomoc seniorům a nejen na pomoc mladým rodinám? Odpovědi je možné najít v demografickém vývoji dnešní společnosti.

Pro důležitost tohoto tématu mu byla věnována jedna část této práce.

Demografický vývoj v České republice směřuje k nárůstu počtu osob – seniorů a proto je řešení otázek, které souvisejí s financováním poskytovaných pobytových služeb sociální péče nejen v domovech seniorů právě u této skupiny osob velmi významné, a proto si vyžaduje svoji naléhavost, citlivost a především důležitost při jejich řešení.

Při otázkách řešících finance je vhodné nastavení finančních priorit v oblasti sociálních služeb v rámci obecné politiky, zejména stanovením výše příspěvku na péči ve smyslu Zákona o sociálních službách č. 108/2006 Sb. a ve smyslu vyhlášky č. 505/2006 Sb. pro spokojenost všech účastníků.

Jedním z mnoha parametrů pro specifikaci je vymezení kritéria potřeby realizace jednotlivých typů pobytových služeb sociální péče, ale také stanovení jejich důležitosti ve vztahu ke stupni závislosti osoby, která příspěvek na péči pobírá.

Důležitou roli pro stabilizaci systému financování sociálních služeb hrají také opatření vyplývající s koordinované změny v oblasti práva, rozpočtové a dotační politiky a také komunitní plánování, které se musí na systému financování podílet.

2. Cíl práce a metodika

Předložená diplomová práce se zabývá, hodnotí a zjišťuje efektivitu využití sociálních služeb, které jsou dostupné a poskytované převážně v domovech pro seniory.

Efektivita je takové použití ekonomických zdrojů, které přináší maximální úroveň uspokojení dosažitelnou při daných vstupech a technologiích. SAMUSLSON (1991, 968)

Hlavním cílem je zaměřit se na komplexní zmapování a zhodnocení využívání poskytovaných služeb, **kteřé přináší maximální úroveň uspokojení seniorů v těchto domovech.**

Dílčími cíli bude poukázáno na:

- demografický vývoj společnosti
- vymezení legislativního rámce sociálních služeb
- financování sociálních služeb

Závěrem diplomové práce bude stručné posouzení a zhodnocení získaných informací.

Pro dosažení vytýčených cílů teoretické části diplomové práce bylo využito literárních rešerší a jiných veřejně dostupných zdrojů, mezi které patří:

- odborná literatura
- odborné články
- internetové odkazy
- právní předpisy a důvodné zprávy
- dokumenty dostupné MPSV ČR
- vlastní zjištění

2.1. Cíl sociálních služeb

- podporovat rozvoj nebo alespoň zachování stávající soběstačnosti uživatele, jeho návrat do vlastního domácího prostředí, obnovení nebo zachování původního životního stylu
- rozvíjet schopnosti uživatelů služeb a umožnit jim, pokud toho mohou být schopni, vést samostatný život
- snížit sociální a zdravotní rizika související se způsobem života uživatelů

Sociální služby jsou určeny pro tyto cílové skupiny:

- osoby se zdravotním postižením
- děti, mládež a mladí dospělí
- etnické menšiny
- imigranti, azylanti
- osoby bez přístřeší

- osoby opouštějící výkon trestu odnětí svobody
- osoby opouštějící zařízení pro výkon ústavní nebo ochranné výchovy
- seniory

3. Demografický vývoj

Demografie (démós - lid graféin - psát, popisovat) je vědní obor, který zkoumá reprodukci lidských populací, čímž se odlišuje od řady jiných oborů, které mají za objekt svého zájmu sledování vývoje lidské populace.

Změny počtu obyvatel - populační přírůstky a úbytky jsou základními tématy demografie.

Početní stavy obyvatelstva jsou přímo ovlivňovány procesy:

- porodnost (narození)
- úmrtnost (úmrť)
- prostorové mobility (stěhování).¹

Jednou z částí demografického studia je sledování vývoj demografické reprodukce (obnova lidských populací) rozením a vymíráním.

Přirozený přírůstek – rozdíl mezi počtem narozených a zemřelých osob.²

3.1. Demografický vývoj v EU

Dne 1.5.2004 po vstupu deseti nových členů do „společné Evropy“ se nejenom rozšířil počet členských zemí Evropské unie na 25 států, ale i počet obyvatel v Evropské unii se zvýšil o 20% na 462 milionů.

Z toho obyvatelé České republiky tvořili 2% celkové populace. V roce 2007 po rozšíření Evropské unie o další dva státy (Bulharsko, Rumunsko) byl zaznamenán nárůst unijní populace o dalších 6 %.

Další statistické údaje informující o růstu populace v zemích Evropské unie za poslední dva roky jsou spíše nepříznivé, než potěšující což se týká růstu populace.

¹ <http://cs.wikipedia.org/wiki/Demografie> (2012)

² http://cs.wikipedia.org/wiki/P%C5%99irozen%C3%BD_p%C5%99%C3%ADr%C5%AFstek (2012)

Když se podíváme do tabulky č. 1, vidíme, že se počet obyvatel v průběhu roku 2010 a 2011 zvýšil o 13 mil. A pokud vezmeme v úvahu, že je nárůst 13mil. lidí ve 27 státech, tak to číslo není nijak uspokojující z pohledu přirozeného populačního vývoje.

Při podrobnějším studiu tabulky č. 1 můžeme najít i takové informace, jako je informace o populačním úbytku například v Bulharsku a Maďarsku v posledním roce. Tady se bere v úvahu i ta skutečnost, že je v státech EU povolený volný pohyb osob, což je využíváno hlavně osobami žijícími v ekonomicky slabších státech, kteří migrují za pracovními příležitostmi. Ovšem i takové odůvodnění nejsou nijak zvláště uspokojivá.

3.2. Populační růst

Nízký populační růst je ovlivněn nízkou mírou porodnosti. Tento stav přetrvával delší dobu, jako příklad při vstupu do EU, mělo 7 států z 10, úhrnnou plodnost nižší než 1,3 dítě na ženu.

V současné době nejvyšších hodnot pohybujících se kolem 1,8 dětí na jednu ženu dosahují především státy severní Evropy, Spojeného království a Francie. Méně než 1,5 dítěte na jednu ženu se rodí v jižní, střední a východní Evropě a v německy hovořících zemích.

V ČR byla situace obdobná a teprve po roce 2006 – 2007 nastalo zlepšení situace a nárůstu přirozeného přírůstku populace.

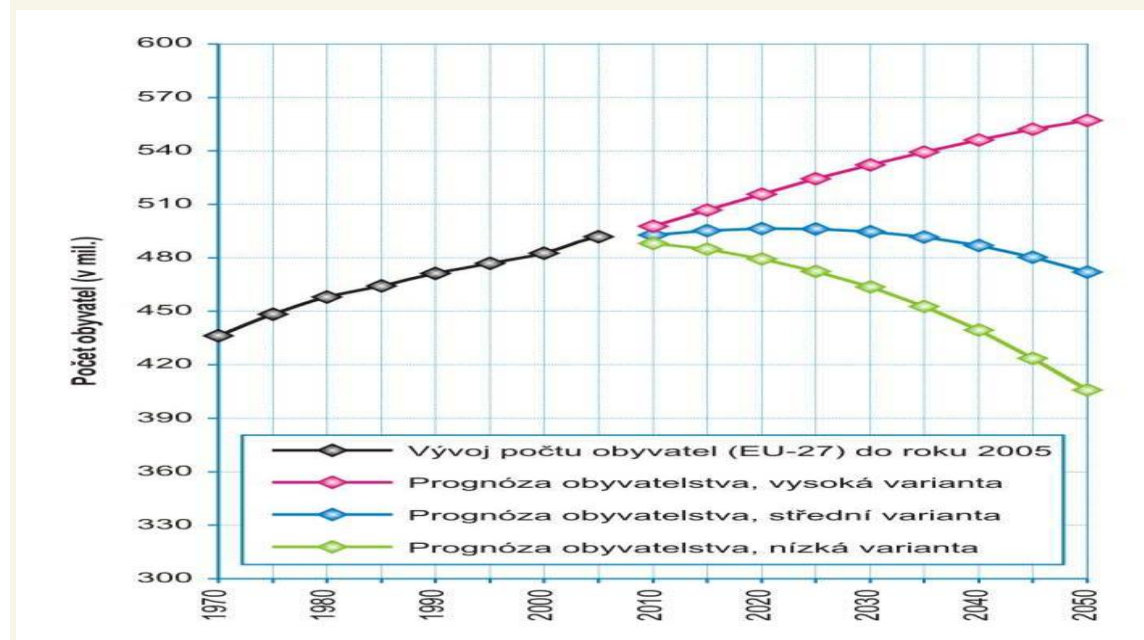
Ke zlepšení situace přispěla nejen změna modelu od „časné a vyšší“ plodnosti k modelu „pozdní a nízké“ plodnosti. Model probíhající ve třech fázích. Nejprve dochází k poklesu plodnosti mladých žen, posléze se k tomuto poklesu přidá pozvolný nárůst plodnosti starších žen a tím je nastartována obnova celkové úrovně plodnosti za současného růstu průměrného věku matek při porodu.

Další vliv například v ČR na zvýšení porodnosti měla změna sociální politiky, kde stát ve větší míře podporoval rodiny s dětmi a nabízel větší možnosti a výhody rodinám. A taky nastalo období návratu zralé generace pracující v zahraničí domů.

Tabulka č. 1 Počet obyvatel 2011 (v mil.)

Timegeo	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
EU (27 countries)	491134938	493210397	495291925	497686132	499686575 ^(p)	501104164 ^(p)	502477005 ^(p)
Euro area (17 countries)	323030150	324813716	326560819	328487175	329972960 ^(p)	330910007 ^(p)	331953644 ^(p)
Euro area (16 countries)	321682640	323469032	325218410	327146240	328632545 ^(p)	329569880 ^(p)	330613450 ^(p)
Belgium	10445852	10511382	10584534	10666866	10753080	10839905	10951665 ^(p)
Bulgaria	7761049	7718750	7679290	7640238	7606551	7563710	7504868
Czech Republic	10220577	10251079	10287189	10381130	10467542	10506813	10532770
Denmark	5411405	5427459	5447084	5475791	5511451	5534738	5560628
Germany	82500849	82437995	82314906	82217837	82002356	81802257	81751602
Estonia	1347510	1344684	1342409	1340935	1340415	1340127	1340194
Ireland	4111672	4208156	4312526	4401335	4450030	4467854	4480858
Greece	11082751	11125179	11171740	11213785	11260402	11305118	11309885
Spain	43038035	43758250	44474631	45283259	45828172	45989016	46152926
France	62772870	63229635	63645065	64007193	64350226 ^(p)	64694497 ^(p)	65048412 ^(p)
Italy	58462375	58751711	59131287	59619290	60045068	60340328	60626442
Cyprus	749175	766414	778684	789269	796875	803147	804435 ^(p)
Latvia	2306434	2294590	2281305	2270894	2261294	2248374	2229641
Lithuania	3425324	3403284	3384879	3366357	3349872	3329039	3244601
Luxembourg	461230	469086	476187	483799	493500	502066	511840
Hungary	10097549	10076581	10066158	10045401	10030975	10014324	9985722
Malta	402668	405006	407810	410290	413609	414372	417617
Netherlands	16305526	16334210	16357992	16405399	16485787	16574989	16655799
Austria	8201359	8254298	8282984	8318592	8355260	8375290	8404252
Poland	38173835	38157055	38125479	38115641	38135876	38167329	38200037
Portugal	10529255	10569592	10599095	10617575	10627250	10637713	10636979
Romania	21658528	21610213	21565119	21528627	21498616	21462186	21413815 ^(p)
Slovenia	1997590	2003358	2010377	2010269 ^(b)	2032362	2046976	2050189
Slovakia	5384822	5389180	5393637	5400998	5412254	5424925	5435273
Finland	5236611	5255580	5276955	5300484	5326314	5351427	5375276
Sweden	9011392	9047752	9113257	9182927	9256347	9340682	9415570
United Kingdom	60038695 ^(p)	60409918	60781346	61191951	61595091	62026962	62435709
Iceland	293577	299891	307672	315459	319368	317630	318452
Liechtenstein	34600	34905	35168	35356	35589	35894	36149
Norway	4606363	4640219	4681134	4737171	4799252	4858199	4920305
Switzerland	7415102	7459128	7508739	7593494	7701856	7785806	7866500 ^(p)
Montenegro	622978	623576	624896	627508	630142	616411 ^(b)	618197
Croatia	4443901	4442884	4441238	4436401	4435056	4425747	4412137
Former Yugoslav Republic of Macedonia, the	2035196	2038514	2041941	2045177	2048619	2052722	2057284
Turkey	71610009	72519974	69689256 ^(b)	70586256	71517100	72561312	73722988

Graf č. 1 Vývoj a prognóza počtu obyvatelstva v EU-27, 1970–2050



3.3. Prodlužování střední délky života při narození a naděje dožití

Dalším charakteristickým rysem populace EU je prodlužování střední délky života při narození. Důsledkem rozvoje zdravotnické péče, zlepšování kvality života a aktivního zapojení se do ochrany svého zdraví jednotlivce nastává růst střední délky života.

V současné době dosahuje naděje dožití při narození 79 let ve státech původní EU-15 a v nových členských státech 74 let.

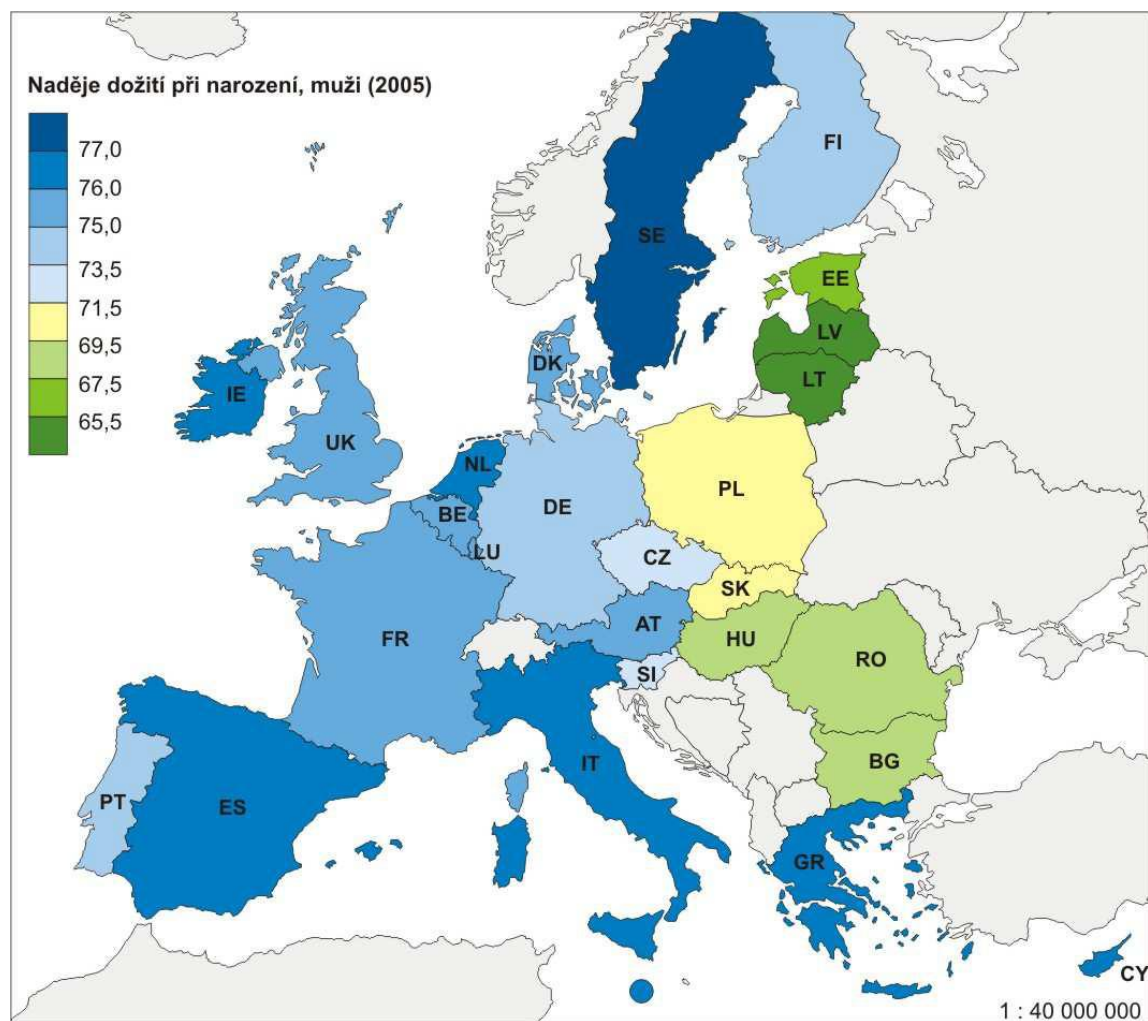
Z hlediska tohoto ukazatele EU i při tak kvalitní péči o zdraví zaostává například za Japonskem, kde je v současnosti registrována nejvyšší hodnota na světě (82 let).

Ve všech členských státech je střední délka života při narození u žen vyšší než u mužů, avšak rozdíly se mezi nimi postupně zmenšují. Nejnižší hodnota pro muže je nyní v pobaltských státech (66 let) a nejvyšší ve Švédsku (78 let). U žen se pohybuje od 76 let (Rumunsko, Bulharsko, Maďarsko, Lotyšsko) do 83 let ve Francii a Španělsku. Nejmenší rozdíl v naději dožití lze nalézt na Maltě a Spojeném království (méně než 4 roky) a nejvyšší v pobaltských státech (11–12 let).

Důležitým faktorem nárůstu dlouhověkosti v posledních letech bylo snížení úmrtnosti na kardiovaskulární nemoci ve vyšším středním věku.

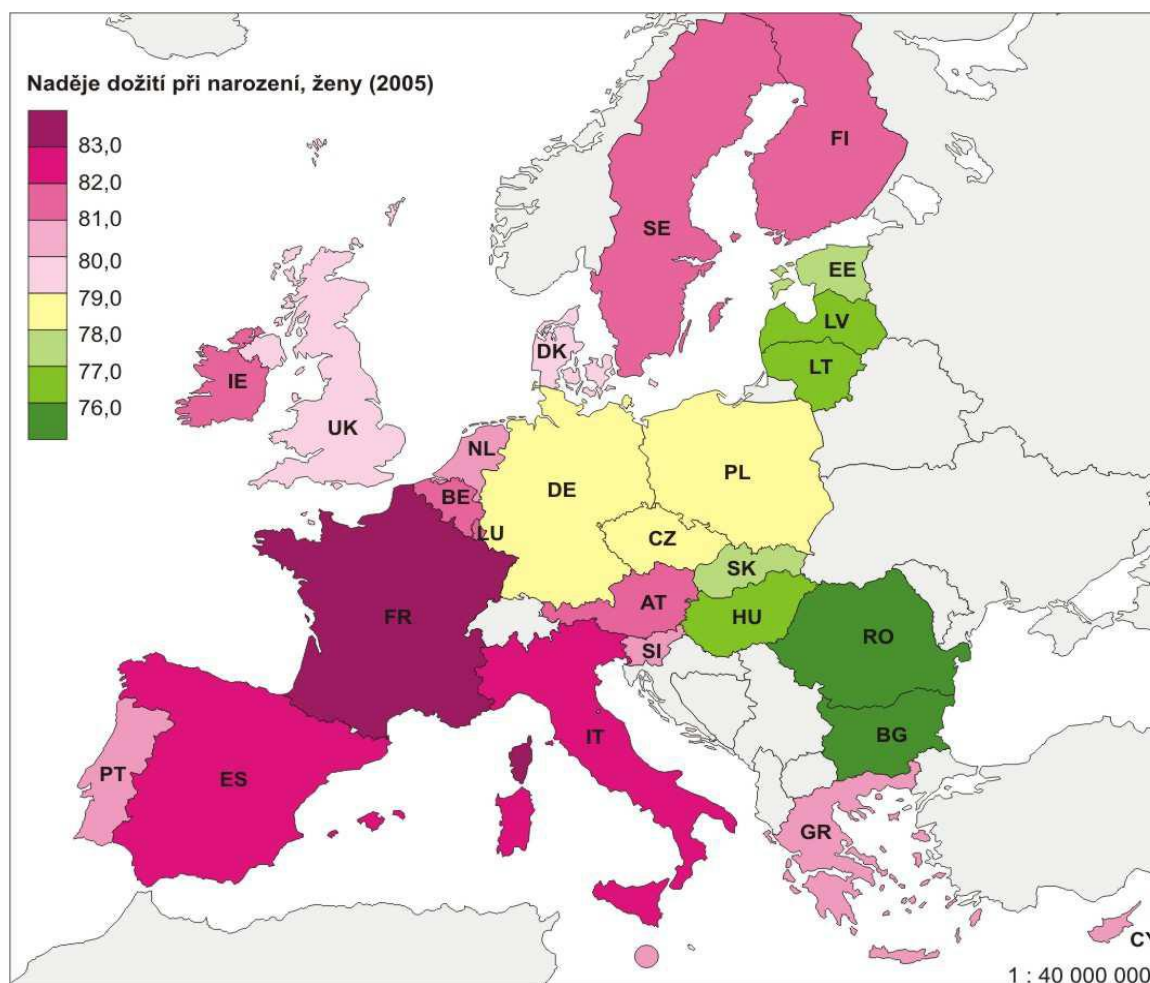
Prodlužování délky života je základní příčinou demografického stárnutí a populačního poklesu EU přetrvávající nízká úhrnná plodnost.

Graf č. 2 Naděje dožití mužů při narození ve státech EU-27, 2005



Zdroj: <http://epp.eurostat.ec.europa.eu>, 2005

Graf č. 3 Naděje dožití žen při narození ve státech EU-27, 2005

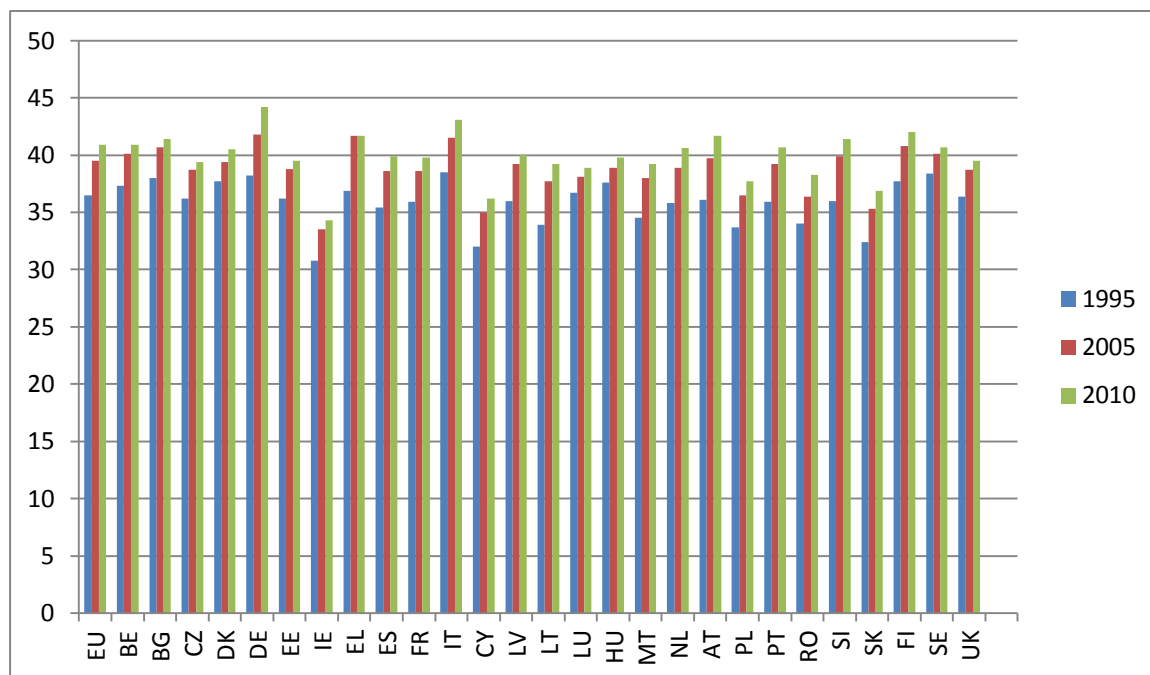


Zdroj: <http://epp.eurostat.ec.europa.eu> 2005

3.4. Demografické stárnutí v EU

Díky poklesu úrovně porodnosti u nových členských států EU za posledních několik desítek let, omlazení věkové struktury bude nahrazeno demografickým stárnutím populace. Vyhlídky EU do budoucna - zrychlené stárnutí a depopulace. Od roku 1995 do roku 2010 poklesl průměrný věk populace EU z 36,5 na 40,9 let. U zbylých států EU je situace přibližně stejná. Za sledované období v letech 2005 - 2010 je pokles průměrného věku obyvatel států kolem 3 - 4 let nižší než byl v roce 1995.

Graf č. 4 Průměrný věk populace v jednotlivých státech EU 2010 (let).



Zdroj: <http://epp.eurostat.ec.europa.eu> , 2010

Stárnutí společnosti je považováno za civilizační fenomén a problém. Vzhledem k této skutečnosti se z rození a smrti, které jsou v podstatě individuální záležitosti, stal od 60. let 20. století předmět celospolečenského zájmu. V zemích třetího světa je (opačným) problémem vysoká fertilita. Na tento vývoj upozornil v roce 1994 L. R. Brown ve „Zprávě o stavu světa 1994“.³

Demografické stárnutí se v Evropě stalo významným sociálním jevem a potenciálním (v některých státech zjevným) sociálním problémem. Jeho základními faktory jsou snižování porodnosti, míra úmrtnosti v důsledku čeho dochází k prodlužování délky lidského života.

Tyto aspekty jsou důležité z hlediska veřejné, resp. sociální politiky. Česká společnost s tímto problémem teprve začíná být konfrontována. Ze zahraničních poznatků však vyplývá, že tento proces je nezvratný a že může přinést skutečně značné ekonomické, sociální a tudíž i politické problémy.

³ www.pef.czu.cz/cs/?dl=1&f=13061 (2010)

Další faktor, který také ovlivnil vysoký počet obyvatel ve věku 65+ let je mimo prodloužení střední délky života i poválečný baby – boom zaznamenaný převážně v státech původní EU - 15.

Přechodem těchto silných ročníků do důchodového věku nevyvážila ani druhá vlna baby - boomu v 70-tých letech minulého století. A tak podle prognóz může nastat situace, že bude stejný nebo dokonce menší počet obyvatel produktivního věku než počet obyvatel věku postprodukčním.

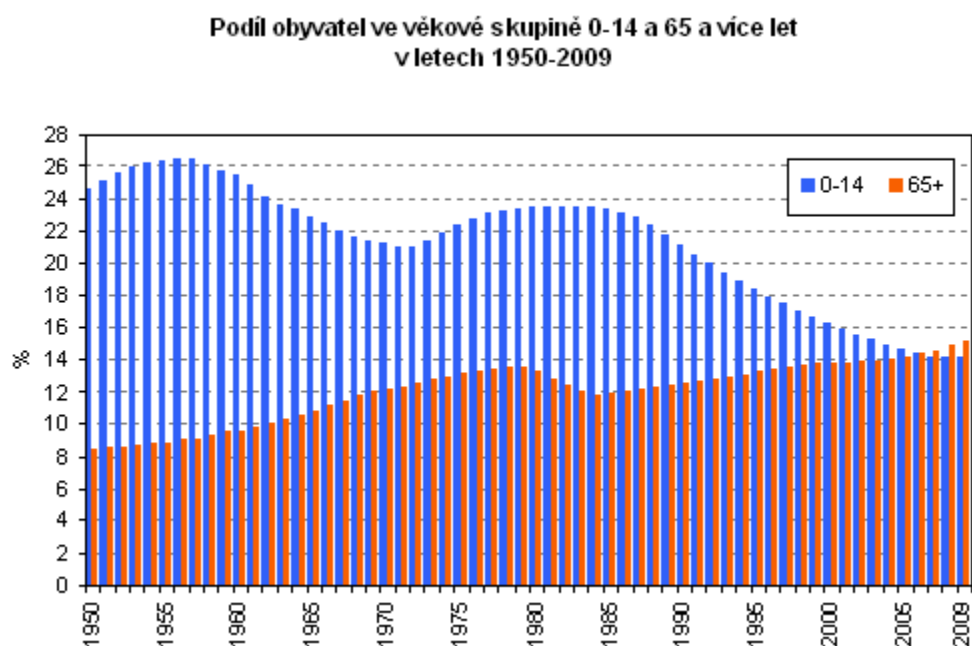
Proto země EU připravují a prosazují různé varianty důchodové reformy, které by měli pomoci řešit vzniklou situaci. Toto řešení má několik návrhů možností pro které se dané státy rozhodují. Je to využívání penzijních fondů, přechod na zásluhové důchody prodlužování hranice důchodového věku (například Německo z 65 let na 67 let jako zatím většina států EU, Maďarsko z 62,5 na 65) a jiné. Je ale důležité, vybrat to nejlepší pro všechny tedy pro stát ale i pro občany - seniory.

3.5. Demografie v ČR

Demografie na jedné straně poukazuje na pravidelnost a zákonitost reprodukce lidských populací a na straně druhé jejich specifické projevy a to pokles podílu dětí v populaci, snížení osob ve věkové skupině 15 - 64 let a výrazný nárůst obyvatelstva nad 65 let.

Tato skupina obyvatelstva v současné době tvoří jednu **sedminu** všech obyvatel a podle predikce v roce 2050 to bude jedna **třetina**. Následkem této situace se předpokládá silné ekonomické zatížení obyvatelstva v produktivním věku.

Graf č. 5 Podíl obyvatelstva ve věkové skupině 0-14 a 65 a více let v letech 1950 – 2009 (let).



Zdroj: MPSV

Tabulka č. 2 Vývoj indexu stáří v ČR 2010, (počet obyv.)

věk	1990	2000	2010
Věk 65	1 302 451	1 423 000	1 596 512
Děti 0-14	2 193 682	1 664 494	1 400 028
Index stáří	59,4	85,5	114,1

Zdroj: MPSV

Dle dané tabulky je možno vidět, že v roce 2010 je dětí do 14 let o 196 484 méně než je v tom samém roce lidí důchodového věku, což bude mít vliv i v budoucnu, kde je pravděpodobné, že bude méně aktivních lidí než seniorů pobírajících starobní důchod, čímž vznikne velká nerovnováha.

3.6. Střední délka života v ČR

K prodloužení střední délky lidského života obyvatelstva dochází při souběhu několika faktorů, jako jsou snížená míra porodnosti a úmrtnosti, důsledkem čehož dochází k prodloužování délky života.

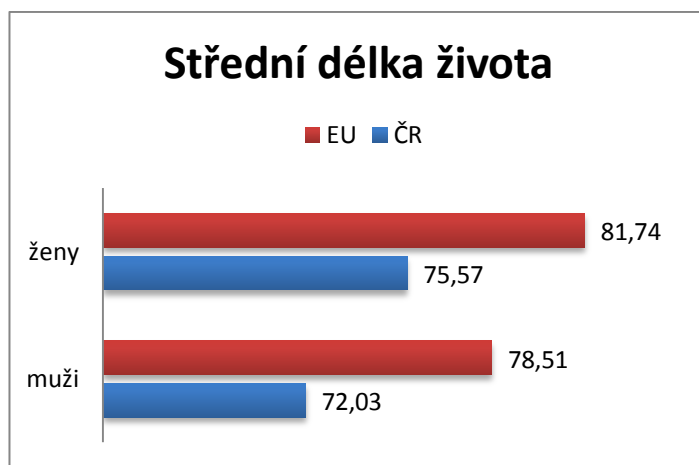
Rabušic (1995: 30 - 31) uvádí, že plynulé zvyšování střední délky života⁴ a větší podíly přežívajících do vyššího věku byly v moderní společnosti zaznamenány od poloviny 20. století. Z původních 40 let věku v této době se střední délka života v nejvyspělejších zemích téměř zdvojnásobila.

Je již prokázáno, že prodlužující se délku žití nelze vázat pouze na biologické a demografické faktory, ale též na životní styl a individuální chování (FRIES in RABUŠIC, 1995: 36).

Demografové se příliš neshodují v odhadech horní hranice dožití, neboť se pro rok 2080 pohybují v rozmezí 85 až 125 let. Pokud zůstanou zachovány dnešní parametry úmrtnosti, lze reálně očekávat 95 až 100 let. Neshodují se také v tom, zda se umírá spíše na stáří, anebo na nemoci, které lze lékařskou vědou ovlivnit. Existuje ale i hypotéza o tom, že pokrok v délce lidského života není ani tak efektem modernizace (v lékařské péči, hygieně a výživě), ale je výsledkem změny hodnotové a životní orientace moderní společnosti ve prospěch rozhodnosti, aktivity, sebevědomí a naděje (RABUŠIC, 1995: 41).

Při prozkoumání grafu č. 6 je možné vidět jak se rozdíly ve střední délce života v ČR a EU postupně zmenšují následkem početního stavu populace a kvality života.

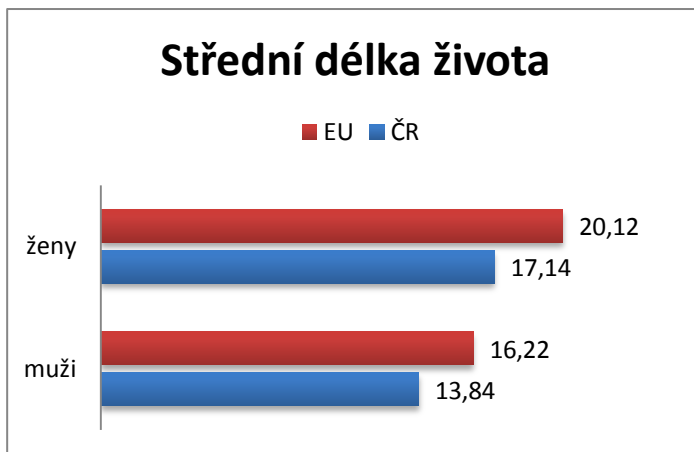
Graf č. 6 Střední délka života ve věku 0 v ČR a EU (v %).



Zdroj MSPV, vlastní zpracování, 2012

⁴ Střední délka života neboli naděje dožití je demografický ukazatel, který udává průměrný věk v době úmrtí. Nejčastěji se uvádí k věku 0, ale nemusí to tak být v každém případě.

Graf č. 7 Střední délka života ve věku 65 v ČR a EU (v %).



Zdroj MSPV, vlastní zpracování, 2012

Názory odborníků spočívají v tom, že se stále více klade důraz na zdravotně preventivní chování a zkvalitňování sociálních podmínek (vzdělání, zaměstnání, bydlení, příjmy), které ovlivňují nemocnost, úmrtnost, proces stárnutí a průběh etapy života nazývané stáří.

Vzhledem k současným moderním trendům a životnímu stylu se pojem stáří přehodnocuje, právě v souvislosti se sociálními okolnostmi života. Stáří bude zřejmě jako poslední etapa v životním cyklu a bude mu přisuzován specifický status spojený s opuštěním zaměstnání a pobíráním úplného starobního důchodu. Zatím je na tento proces vázána kulturně stereotypní představa potřeby ekonomické a sociální asistence od mladších členů společnosti. Zde je důležité znovu upozornit na rozrůžňování sociální kategorie seniorů, která je paralelou dlouhověkosti. Ale také to neznamená to, že senioři nebudou odkázáni na celou řadu opatření veřejné politiky státu – důchodové, bytové, zdravotní či služeb sociální práce.

3.7. Demografické stárnutí populace v ČR

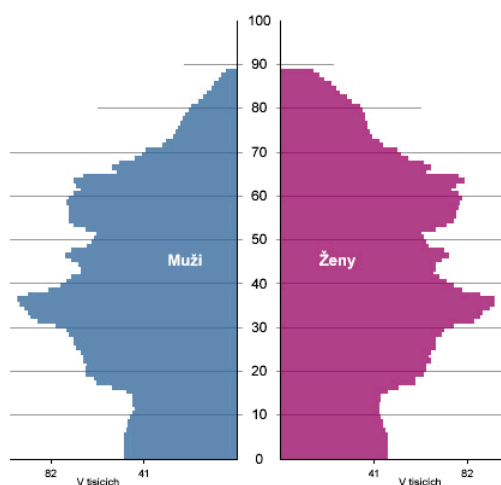
K demografickému stárnutí jak je známo, dochází v důsledku změn v charakteru demografické reprodukce, v zastoupení dětské a postreprodukční složky v populaci.

Toto stárnutí může být vyvoláno dvěma faktory:

- **První** - relativní zpomalení růstu mladších věkových skupin = poklesu úrovně plodnosti a porodnosti = "stárnutí v základně věkové pyramidy".

- **Druhý** - zrychlení růstu počtu osob ve starším věku = rychlejší snižování měr úmrtnosti ve vyšším věku. To vede k prodlužování naděje dožití a tím k častějšímu dožívání se vyššího a vysokého věku = „stárnutí ve vrcholu věkové pyramidy“. Obě pyramidy většinou probíhají současně.⁵

Graf č. 8 Věková skladba obyvatelstva České republiky v roce 2010



Zdroj: <http://www.czso.cz>, 2010

Statistickým úřadem byla vypracovaná projekce na horizont do roku 2050 ve třech variantách – nízké střední a vysoké, kde bude umožněno zvýšení úrovně plodnosti, zlepšení úmrtnosti a kladné migrační saldo. Výsledky upozorňují na snížení počtu obyvatelstva České republiky a demografické stárnutí.

⁵ http://www.demografie.info/?cz_starnuti= ze dne 22. 1. 2007

Tabulka č. 3 *Vybrané charakteristiky z projekce obyvatelstva ČR do r. 2050*

Rok	Počet obyvatel	z toho starších		Podíl osob starších	
		65 let	80 let	65 let	80 let
	Celkem	65 let	80 let	Na celkovém počtu obyvatel	
2005	10 235 973	1 446 681	315 988	14,13	3,09
2010	10 283 042	1 596 812	368 068	15,53	3,58
2015	10 301 994	1 864 146	930 459	18,10	3,79
2020	10 283 929	2 088 333	413 674	20,31	4,02
2025	10 217 200	2 201 310	509 607	21,55	4,99
2030	10 102 433	2 308 073	664 338	22,85	6,58
2035	9 957 079	2 399 918	771 810	24,10	7,75
2040	9 795 118	2 633 554	800 123	26,89	8,17
2045	9 622 248	2 862 020	844 525	29,74	8,78
2050	9 438 334	2 956 079	904 745	31,32	9,59

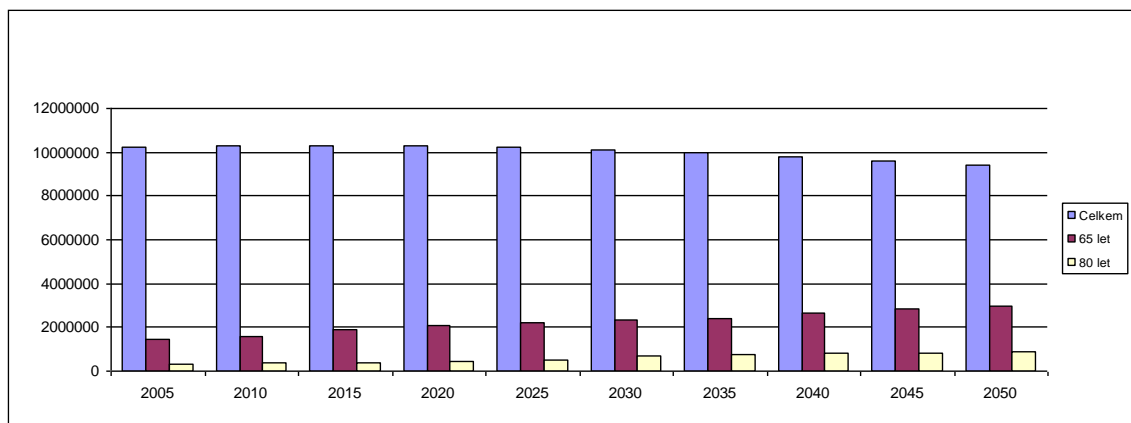
Zdroj Projekce obyvatelstva R do roku 2050 [online], cit. [2007-10-01], dostupné z:
[http://www.czso.cz/csu/2003edicniplan.nsf/t/FF004F4709/\\$File/4020rr05.xls](http://www.czso.cz/csu/2003edicniplan.nsf/t/FF004F4709/$File/4020rr05.xls)
[http://www.czso.cz/csu/2003edicniplan.nsf/t/FF004F5158/\\$File/4020rr06.xls](http://www.czso.cz/csu/2003edicniplan.nsf/t/FF004F5158/$File/4020rr06.xls)

Jak již bylo uvedeno, dle vypracované studie v roce 2025 se podle tzv. střední varianty předpokládá, že celkový počet obyvatelstva mírně poklesne, ale počet osob, které jsou nejčastějšími příjemci sociálních služeb – tedy osob starších 65 let, vzroste o více než **50%**, přičemž počet osob starších 80 let, které jsou nejčastějšími klienty pobytových služeb sociální péče, vzroste dokonce o více než **60%**.

Tyto trendy budou pokračovat i v následujícím období v letech 2025 – 2050 se předpokládá, že počet obyvatel klesne o cca 8%, ale počet obyvatel starších 65 let vzroste o dalších více než 30%, přičemž počet osob starších 80 let vzroste o dalších více než 75%. Podrobně jsou tyto trendy zřejmé v tabulce č. 20 a grafu č. 16⁶.

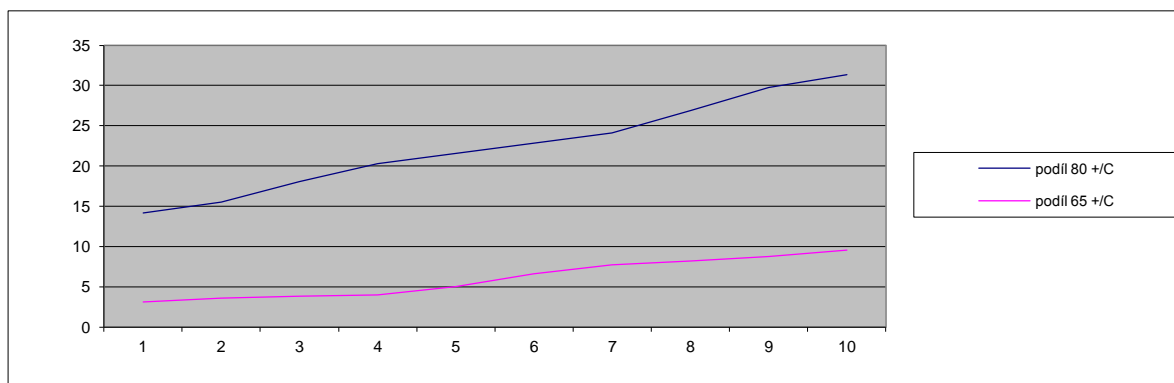
⁶ <http://efektivita.sociálních.sluzeb>, Doc. Ladislav Průša (2008)

Graf č. 9 Vybrané charakteristiky z projekce obyvatelstva ČR do r. 2050 (mil.)



Pramen: Ladislav Průša, Zpráva o efektivitě sociální služeb, www.efektivita sociálních služeb, 2008

Graf č. 10 Vývoj počtu obyvatelstva v letech 2005 – 2050 a vývoj podílu osob závislých na poskytování služeb sociální péče.



Pramen: Ladislav Průša, Zpráva o efektivitě soc. služeb, www.efektivita sociálních služeb, 2008

K zásadním změnám ve stavu zdraví populace podle grafu č. 10 v tomto časovém horizontu zcela určitě nedojde, ale nelze opominout zvyšující se nároky na péči především u seniorské populace.

U populace starší než 80 let, která vykazuje sníženou míru soběstačnosti a je častým spotřebitelem zdravotní i sociální péče, naopak dojde v letech 2015 - 2030 k velmi výraznému nárůstu.

Demografické změny podtrhují potřebu nastolení celospolečenské shody na řešení očekávaných důsledků tohoto vývoje, tzn. výdaje na důchody, zdravotní a sociální služby, v co nejkratším možném čase.

Společnost, v níž jsou lidé zdravější, vzdělanější a žijí déle, představuje příležitost pro ekonomický a sociální rozvoj⁷. „Sebevyspělejší systémy sociální ochrany nejsou připraveny zvládnout měnící se demografickou strukturu obyvatel ve prospěch

⁷ Petr Nečas, Nastává čas sociálně zdravotních a zdravotně sociálních reforem, MPSV, říjen 2008

ekonomicky neaktivních osob na úkor ekonomicky aktivního obyvatelstva. Tato okolnost výrazně přispívá k posilování orientace na již zmíněnou aktivní sociální politiku, tzn. k podstatnému zvyšování odpovědnosti obyvatel za jejich současnou, a především budoucí (ve stáří) sociální situaci. Vzniká tak tlak na zvýšení finanční participace obyvatel na uspokojování základních sociálních potřeb při snižování státní garance v této oblasti. To se týká i států s tradicí rozsáhlé sociální bezpečnosti svých občanů⁸.

Populační stárnutí, které lze charakterizovat například růstem relativního zastoupení osob ve věku nad 65 let, indexu stáří či průměrného věku, mělo doposud poměrně klidný průběh a jednalo se především o tzv. stárnutí zespoda věkové pyramidy. Což znamená, že se snižoval podíl dětí v populaci, zatímco osob ve vyšším věku přibývalo pouze velmi pozvolně. Již za dva - tři roky začne počet osob starších 65 let intenzivně přibývat, jak se tohoto věku začnou dožívat početně silnější generace narozených po roce 1940. Na intenzitě nabere tento proces v období 2011-2017, a to v důsledku přechodu silných poválečných ročníků přes tuto věkovou hranici. Relativní zastoupení těchto osob v populaci poroste ale také díky poklesu počtu narozených. Výrazné změny ve věkovém složení se pak promítnou do hodnot dalších ukazatelů – průměrný věk by se v roce 2050 mohl pohybovat mezi 48 a 50 lety, což by bylo zhruba o deset let více než je tomu dnes.

Ženy mají průměrný věk zhruba o tři roky vyšší než muži a tak například podle střední varianty by měl průměrný věk žen v roce 2050 dosáhnout **50,2** let a průměrný věk mužů **47,3** roku (v roce 2002 to bylo 40,8, resp. 37,7 let). Značnou měrou vzroste i index stáří. Podle střední varianty projekce by počet obyvatel starších 65 let převyšoval počet dětí do 15 let v horizontu projekce 2,5krát, podle nízké dokonce více než 3,5krát.⁹

⁸ Helena Hudečková, Úvod do sociální politiky, ČZU v Praze, (2006)

⁹ <http://www.czso.cz> Projekce obyvatelstva ČR/ (2010)

Tabulka č. 4 Očekávaný průměrný věk a index stáří, všechny varianty 2002-2050.

Rok	Průměrný věk			Index stáří ¹		
	nízká	střední	Vysoká	Nízká	střední	vysoká
2002	x	39,3	x	x	89	x
2005	40	40	40	98	97	97
2010	41,3	41,2	41,1	116	114	112
2015	42,6	42,4	42,2	137	131	125
2020	44	43,6	43,3	160	148	139
2025	45,3	44,8	44,4	181	163	152
2030	46,6	45,9	45,4	205	181	167
2035	47,7	46,8	46,3	225	197	181
2040	48,6	47,6	47,0	256	220	202
2045	49,4	48,2	47,6	284	240	219
2050	50,1	48,8	48,1	303	252	227

Zdroj http://www.mpsv.cz/files/clanky/11644/brozura_CZ_05.pdf 2002

Stárnutí obyvatelstva spočívá jak v přírůstku obyvatelstva ve vyšších věkových skupinách, tak v úbytku dětí a mladších lidí, bude jednoznačně stěžejním rysem populačního vývoje České republiky v první polovině 21. století.

Z důvodu vyšší úrovně úmrtnosti u mužů než u žen početně převažují ve starším věku ženy nad muži stejné věkové kategorie. S věkem tato převaha výrazně narůstá. Zatímco při narození je početní stav mužů větší než početní stav žen, tj. na 100 žen připadá zhruba 106 mužů, ve věkové skupině 60-69 let připadalo v roce 2003 na 100 mužů 119 žen, ve věkové skupině 70-79 let 157 žen a ve věkové skupině 80 a více let to byl už více než dvojnásobek, tj. 232 žen na 100 mužů.

Nelze se domnívat, že senioři jako sociální kategorie jsou typickou kategorií s nízkým sociálním statusem. Do budoucna lze rozhodně očekávat, že vzhledem k proměnám jejich životního postavení se ještě více rozrůzní ve svém životním stylu.

Nicméně v této práci se soustředíme na tu podkategorii seniorů, která je ohrožena ekonomickou okluzí. Zaměřujeme se tedy na bezprostřední budoucnost a dnešní důchodce umístěné v domovech seniorů, kteří neměli žádné, anebo měly jen malé šance měnit vzhledem k očekávanému stáří své životní strategie. Naše řešení tedy směřuje k tomu období, které bychom mohli nazvat jako přechodné, v němž roste úloha opatření sociální politiky státu vůči seniorům, kteří na ni zůstanou odkázáni.

4. Základní pojmy v oblasti sociální služby

4.1. Sociální služby

Vzhledem k cíli diplomové práce je vhodné průběžně ozřejmovat základní pojmy, které jsou v práci používány. Některé pojmy nejsou jednoznačně vymezené, proto bude použito několik definic, které daný pojem částečně nebo alespoň výstižně přiblíží.

Sociální služba je činnost, kterou zabezpečují poskytovatelé sociálních služeb na základě oprávnění v souladu se Zákonem č. 108/2006Sb., o sociálních službách, s účinností od 1. 1. 2007.

Sociální služby jsou poskytovány jednotlivcům, rodinám i skupinám obyvatel. Zaměřují se na zachování co nejvyšší kvality a důstojnosti života lidí. Mezi nejpočetnější skupiny příjemců sociálních služeb patří zejména senioři, lidé se zdravotním postižením, rodiny s dětmi, ale také lidé, kteří z různých důvodů žijí "na okraji" společnosti.

„Sociální služby jsou zaměřeny na lidi, na jedince, jejich rodiny a na jejich sociální síť. Jaké služby jsou poskytovány, vyplývá z individuálních potřeb lidí a z celkových potřeb komunit, v nich.“ BÍLÁ KNIHA MPSV(2003,14)

„Sociální služby jsou poskytovány společensky znevýhodněným lidem, a to s cílem zlepšit kvalitu jejich života, případně je v maximální možné míře do společnosti začlenit, nebo společnost chránit před riziky, jichž jsou tito lidé nositeli. Sociální služby proto zohledňují jak osobu uživatele, tak jeho rodinu, skupiny, do nichž patří, případně zájmy širšího společenství.“ MATOUŠEK (2007: 10)

Tato definice je zatím považována za **nejvýstižnější** definici pro vymezení sociálních službou řízenou Ministerstvem práce a sociálních věcí (MPSV) v České Republice.

4.2. Základní druhy sociálních služeb

Sociální služby poskytují několik základních činností u jednotlivých druhů a forem služeb, které jsou stanoveny Zákonem č.108/2006 Sb., o sociálních službách, s účinností od 1. 1. 2007 a obsah je uveden ve vyhlášce č. 505/2006 Sb., části druhé.

V Zákoně č.108/2006 Sb. o sociálních službách jsou sociální služby definovány v:

§ 32 zák. č. 108/2006 o sociálních službách:

Sociální služby zahrnují:

- a) sociální poradenství
- b) služby sociální péče
- c) služby sociální prevence

Sociální poradenství poskytuje osobám v nepříznivé sociální situaci potřebné informace, které přispívají k řešení dané situace.

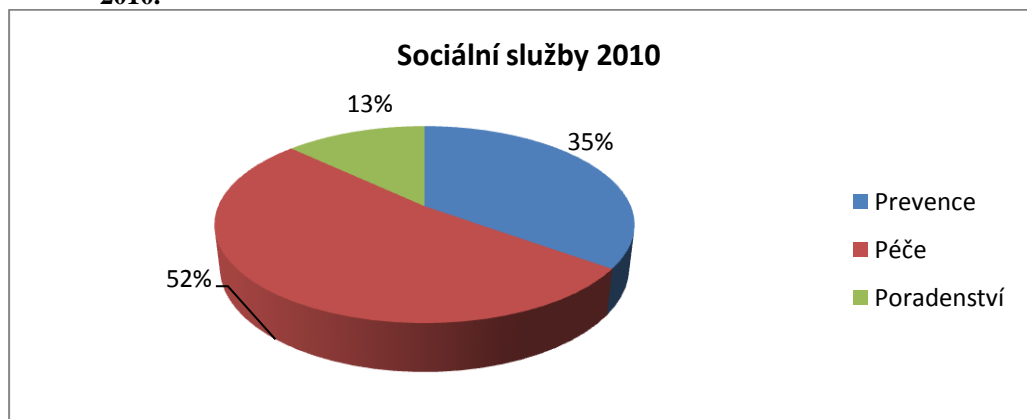
Dělí se na dvě části:

- a) základní sociální poradenství
- b) odborné sociální poradenství

Služby sociální péče **napomáhají** osobám zajistit jejich fyzickou a psychickou soběstačnost a tím jim umožnit zapojení do běžného života společnosti v co nejvyšší možné míře i v případech, kdy to vylučuje jejich stav a rovněž jim zajistit důstojné prostředí a zacházení.

Služby sociální prevence jsou určené k zabránění sociálnímu vyloučení osob, které jsou ohroženy pro krizovou sociální situaci.

Graf č. 11 Počet sociálních služeb dle jednotlivých skupin vedených v registru poskytovatelů služeb 2010.



Zdroj http://www.mpsv.cz/files/clanky/9198/Analyza_fin_SS.pdf (vlastní zpracování(2012)

4.3. Základní formy sociálních služeb

V Zákoně č. 108/2006Sb. o sociálních službách jsou formy sociální služby definovány v:

§ 33 zák. č. 108/2006 o sociálních službách:

Formy poskytování sociálních služeb

- (1) Sociální služby se poskytují jako služby pobytové, ambulantní nebo terénní
- (2) Pobytovými službami se rozumí služby spojené s ubytováním v zařízeních sociálních služeb
- (3) Ambulantními službami se rozumí služby, za kterými osoba dochází nebo je doprovázena nebo dopravována do zařízení sociálních služeb a součástí služby není ubytování
- (4) Terénními službami se rozumí služby, které jsou osobě poskytovány v jejím přirozeném sociálním prostředí

V zákoně č.108/2006 Sb. o sociálních službách jsou sociální služby definovány v:
§ 34 zák. č. 108/2006 o sociálních službách:

Zařízení sociálních služeb

(1) Pro poskytování sociálních služeb se zřizují tato zařízení sociálních služeb:

- a) centra denních služeb
- b) denní stacionáře
- c) týdenní stacionáře
- d) domovy pro osoby se zdravotním postižením
- e) domovy pro seniory
- f) domovy se zvláštním režimem
- g) chráněné bydlení
- h) azylové domy
- i) domy na půl cesty
- j) zařízení pro krizovou pomoc
- k) nízkoprahová denní centra
- l) nízkoprahová zařízení pro děti a mládež
- m) noclehárny
- n) terapeutické komunity
- o) sociální poradny
- p) sociálně terapeutické dílny
- q) centra sociálně rehabilitačních služeb
- r) pracoviště rané péče

(2) Kombinací zařízení sociálních služeb lze zřizovat mezigenerační a integrovaná centra

V zákoně č.108/2006 Sb. o sociálních službách jsou sociální služby definovány v:
§ 35 zák. č. 108/2006 o sociálních službách

Základní činnosti při poskytování sociálních služeb

- (1) Základními činnostmi při poskytování sociálních služeb jsou:
 - a) pomoc při zvládnání běžných úkonů péče o vlastní osobu
 - b) pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu
 - c) poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy
 - d) poskytování ubytování, popřípadě přenocování
 - e) pomoc při zajištění chodu domácnosti
 - f) výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti
 - g) sociální poradenství
 - h) zprostředkování kontaktu se společenským prostředím
 - i) sociálně terapeutické činnosti
 - j) pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí
 - k) telefonická krizová pomoc
 - l) nácvik dovedností pro zvládnání péče o vlastní osobu, soběstačnosti a dalších činností sociálnímu začlenění
 - m) podpora vytváření a zdokonalování základních pracovních návyků a dovedností.
- (2) Rozsah úkonů poskytovaných v rámci základních činností u jednotlivých druhů sociálních služeb stanoví prováděcí právní předpis.
- (3) Základní činnosti uvedené u jednotlivých druhů sociálních služeb v §37, 39 až 52 a §54 až 70 jsou poskytovatelé sociálních služeb povinni vždy zajistit.
- (4) Fakultativně mohou být při poskytování sociálních služeb zajišťovány další činnosti.

4.4. Sociální poradenství

V zákoně č.108/2006 Sb. o sociálních službách jsou sociální služby definovány v :
§ 37 zák. č. 108/2006 o sociálních službách:

- (1) Sociální poradenství zahrnuje

- a) základní sociální poradenství
 - b) odborné sociální poradenství
- (2) Základní sociální poradenství poskytuje osobám potřebné informace přispívající k řešení jejich nepříznivé sociální situace. Sociální poradenství je základní činností při poskytování všech druhů sociálních služeb; poskytovatelé sociálních služeb jsou vždy povinni tuto činnost zajistit.
- (3) Odborné sociální poradenství je poskytováno se zaměřením na potřeby jednotlivých okruhů sociálních skupin osob v občanských poradnách, manželských rodinných poradnách, poradnách pro seniory, poradnách pro osoby se zdravotním postižením, poradnách pro oběti trestných činů a domácího násilí; zahrnuje též sociální práci s osobami, jejichž způsob života může vést ke konfliktu se společností. Součástí odborného poradenství je i půjčování kompenzačních pomůcek.
- (4) Služba podle odstavce 3 obsahuje tyto základní činnosti:
- a) zprostředkování kontaktu se společenským prostředím
 - b) sociálně terapeutické činnosti
 - c) pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí.

4.5. Služby sociální péče

V zákoně č.108/2006 Sb. o sociálních službách jsou sociální služby definovány v:

§ 38 zák. č. 108/2006 o sociálních službách:

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.

V zákoně č.108/2006 Sb. o sociálních službách jsou sociální služby definovány v: § 39 zák. č. 108/2006 o sociálních službách:

Osobní asistence

- (1) Osobní asistence je terénní služba poskytovaná osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu věku, chronického onemocnění nebo zdravotního postižení, jejichž situace vyžaduje pomoc jiné fyzické osoby. Služba se poskytuje bez časového omezení, v přirozeném sociálním prostředí osob a při činnostech, které osoba potřebuje.
- (2) Služba podle odstavce 1 obsahuje zejména tyto základní činnosti:
 - a) pomoc při zvládnutí běžných úkonů péče o vlastní osobu
 - b) pomoc při osobní hygieně
 - c) pomoc při zajištění stravy
 - d) pomoc při zajištění chodu domácnosti
 - e) výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti
 - f) zprostředkování kontaktu se společenským prostředím
 - g) pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí

4.6. Pečovatelská služba

V zákoně č.108/2006 Sb. o sociálních službách jsou sociální služby definovány v: § 40 zák. č. 108/2006 o sociálních službách

Pečovatelská služba

- (1) Pečovatelská služba je terénní nebo ambulantní služba poskytovaná osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu věku, chronického onemocnění nebo zdravotního postižení, a rodinám s dětmi, jejichž situace vyžaduje pomoc jiné fyzické osoby. Služba poskytuje ve vymezeném čase v domácnostech osob a v zařízeních sociálních služeb vyjmenované úkony.
- (2) Služba podle odstavce 1 obsahuje tyto základní činnosti:
 - a) pomoc při zvládnutí běžných úkonů péče o vlastní osobu,

- b) pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu,
- c) poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy,
- d) pomoc při zajištění chodu domácnosti,
- e) zprostředkování kontaktu se společenským prostředím.

V zákoně č.108/2006 Sb. o sociálních službách jsou sociální služby definovány v :
 § 49 zák. č. 108/2006 o sociálních službách

Domovy pro seniory

- (1) V domovech pro seniory se poskytují pobytové služby osobám, které mají sníženou soběstačnost zejména z důvodu věku, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby
- (2) Služba podle odstavce 1 obsahuje tyto základní činnosti:
 - 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) zprostředkování kontaktu se společenským prostředím,
 - f) sociálně terapeutické činnosti,
 - g) aktivizační činnosti,
 - h) pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí

Z uvedeného Zákona č.108/2006Sb., fakultativně mohou být při poskytování sociálních služeb zajišťovány další činnosti.

Poskytovat sociální služby lze jen na základě oprávnění k poskytování sociálních služeb (§ 78).

Rozsah a podmínky zabezpečení a hrazení zdravotní péče o osoby, kterým se poskytují pobytové služby v zařízeních sociálních služeb, upravují zdravotnické právní předpisy. Ošetrovatelská a rehabilitační péče je osobám ubytovaných v těchto zařízeních poskytována především prostřednictvím zaměstnanců pobytových zařízení dosahujících odbornou způsobilost k výkonu zdravotnického povolání (§36).

Sociální služby pomáhají člověku řešit vzniklou nepříznivou sociální situaci a často se překrývají s veřejnými službami.

Veřejné služby rozumíme služby, poskytované v zájmu veřejnosti.

Sociální pomoc vyjadřuje právo občana na pomoc překonání obtížné životní situace, tj. sociální události.

Sociální pomoc je určena k zabezpečení základních životních potřeb v situaci absolutního nedostatku hmotných prostředků a v těch sociálních službách, kdy osoby nejsou schopny sami ani s pomocí vlastní rodiny zabezpečovat svoje základní životní potřeby.

Systém sociální pomoci řeší situace:

- kdy jsou ohrožena práva občana,
- kdy se občan nachází v hmotné nouzi
- občan v sociální nouzi a není schopen zabezpečit svoje potřeby vlastními silami
- kdy mu tyto situace hrozí

Základními nástroji sociální pomoci jsou:

- poradenství
- prevence sociálně patologických jevů
- sociálně-právní ochrana
- dávky sociální pomoci (věcné i peněžní)
- sociální služby¹⁰

Další pojmy, s kterými se budeme operovat, jsou senior, stáří a stárnutí, třetí věk, důchodový věk. Některé literatury a autoři zabývající se sociálními službami pro výstižnější účely používají rozdělení seniorů dle věku (Tab.č.1.)

Tabulka č. 5 **Rozčlenění seniorů dle věku a potřeb 2004.**

Věk, označení	Charakteristika
65-74 - mladí senioři	adaptace na odchod do důchodu, změna způsobu trávení volného času a seberealizace
75-84 - staří senioři	změna funkční zdatnosti, specifická medicínská problematika, atypický průběh chorob
85+ - velmi staří senioři	Zaměření na sledování soběstačnosti a zabezpečení

Zdroj: (Mühlpachr, 2004)

¹⁰ PRŮŠA, L.: *Ekonomie sociálních služeb*, Praha, (2003, s. 24)

Senior je člověk, který dosáhl „vyššího“ věku. Ale přesnost vymezení tohoto termínu v naší legislativě zatím chybí a proto představa o „vyšším“ věku je ponechána čistě na jednotlivcích.

Odborná literatura označuje za seniora osobu, jejíž zdravotní stav (ať již fyzický nebo psychický) vykazuje takové trvalé změny, pro které je zčásti nebo zcela závislá na pomoci jiných. Seniozem je intuitivně chápán člověk, který dosáhl vyššího (přesně nespecifikovaného) věku, přičemž s rostoucím věkem se obecně předpokládá také celkově zhoršující se zdravotní stav. V českém právním řádu pojem senior není uveden. Právní předpisy užívají termín „starý občan“, bližší vysvětlení k tomuto termínu není poskytnuto.

Dle vyhlášky MPSV ČR č. 182/1991 Sb., kterou se provádí zákon o sociálním zabezpečení, v ust. § 72 ustanovuje, že „...*domovy důchodců jsou určeny především pro staré občany, kteří dosáhli věku rozhodného pro přiznání starobního důchodu a kteří pro trvalé změny zdravotního stavu potřebují komplexní péči.*“

Pro uznání jednotlivce starým je tedy nutné splnit obě uvedené podmínky (věku a trvale změněného zdravotního stavu) současně.

Stáří je obecným označením pozdních fází ontogeneze. Je důsledkem a projevem geneticky podmíněných involučních procesů, modifikovaných dalšími faktory (především chorobami, životním způsobem a životními podmínkami) a je spojeno s řadou významných změn sociálních např. osamostatnění dětí, penzionování aj.¹¹

Stárnutí má dvě úrovně výkladu, **jednotlivce** a **populace**.

- **U jednotlivce** znamená biologický proces, kterým je organismus modifikován od narození do smrti což je zvyšování věku jednotlivce. Pojem "biologický věk" poukazuje na objektivní stav fyzického vývoje či degenerace. Stárnutí lidského organismu je permanentní bez možnosti omlazování.
- **Demografická úroveň** se týká celé populace.

Stárnutí populace omládnout můžeme zvýšením podílu mladých věkových skupin. Proč dochází ke změně demografického stárnutí? Je to v důsledku změn

¹¹ http://is.muni.cz/th/105566/pedf_b/EDUKATIVNI_DIMENZE_GERONTOPELAGOGIKY.txt
ze dne (4. 2. 2009)

charakteru demografické reprodukce, při kterých se mění zastoupení dětské a postreprodukční složky populace.

Je vyvoláno dvěma faktory. A to relativním zpomalením růstu mladších věkových skupin tzv. "stárnutí v základně věkové pyramidy". A zrychlením růstu počtu osob ve starším věku, což je důsledkem rychlejšího snižování měr úmrtnosti ve vyšším věku tzv. "stárnutí ve vrcholu věkové pyramidy". Toto vede k prodlužování naděje dožití, což má za následek častějšího dožívání se vyššího a vysokého věku. Obvykle oba tyto typy probíhají současně.

Mobilita: schopnost zvládat tuto základní životní potřebu tedy stav, kdy osoba je schopna zvládat vstávání a usedání, stoj, zaujímat polohy, pohybovat se chůzí krok za krokem, popřípadě i s přerušováním zastávkami, v dosahu alespoň 200 m, a to i po nerovném povrchu, chůzi po schodech v rozsahu jednoho patra směrem nahoru i dolů, používat dopravní prostředky včetně bariérových.

Orientace: schopnost zvládat tuto základní životní potřebu se považuje stav, kdy osoba je schopna poznávat a rozeznávat zrakem a sluchem, mít přiměřené duševní kompetence, orientovat se časem, místem a osobou, orientovat se v obvyklém prostředí a situacích a přiměřeně v nich reagovat.

Komunikace: schopnost zvládat tuto základní životní potřebu se považuje stav, kdy osoba je schopna dorozumět se a porozumět, a to mluvenou srozumitelnou řečí a psanou zprávou, porozumět všeobecně používaným základním obrazovým symbolům nebo zvukovým signálům, používat běžné komunikační prostředky.

Stravování: schopnost zvládat tuto základní životní potřebu se považuje stav, kdy osoba je schopna vybrat si ke konzumaci hotový nápoj a potraviny, nápoj nalít, stravu naporcovat, naservírovat, najíst se a napít, dodržovat stanovený dietní režim.

Oblékání a obouvání: schopnost zvládat tuto základní životní potřebu se považuje stav, kdy osoba je schopna vybrat si oblečení a obutí přiměřené okolnostem, oblékat se a obouvat se, svlékat se a zouvat se, manipulovat s oblečením v souvislosti s denním režimem.

Tělesná hygiena: schopnost zvládat tuto základní životní potřebu se považuje stav, kdy osoba je schopna použít hygienické zařízení, mýt si a osušovat si jednotlivé části těla, provádět celkovou hygienu, česat se, provádět ústní hygienu, holit se.

Výkon fyziologické potřeby: schopnost zvládat tuto základní životní potřebu se považuje stav, kdy osoba je schopna včas používat WC, vyprázdnit se, provést očistu, používat hygienické pomůcky.

Péče o zdraví: schopnost zvládat tuto základní životní potřebu se považuje stav, kdy osoba je schopna dodržovat stanovený léčebný režim, provádět stanovená léčebná a ošetřovatelská opatření a používat k tomu potřebné léky, pomůcky.

Osobní aktivity: schopnost zvládat tuto základní životní potřebu se považuje stav, kdy osoba je schopna vstupovat do vztahů s jinými osobami, stanovit si a dodržet denní program, vykonávat aktivity obvyklé věku a prostředí jako např. vzdělávání, zaměstnání, volnočasové aktivity, vyřizovat své záležitosti.

Péče o domácnost: schopnost zvládat tuto základní životní potřebu se považuje stav, kdy osoba je schopna nakládat s penězi v rámci osobních příjmů a domácnosti, manipulovat s předměty denní potřeby, obstarat si běžný nákup, ovládat běžné domácí spotřebiče, uvařit si teplé jídlo a nápoj, vykonávat běžné domácí práce, obsluhovat topení a udržovat pořádek.

5. Sociální služby – legislativa

5.1. Nové začátky

Po několik desítek let se nedařilo nahradit direktivně-paternalistický systém sociálních služeb, který už přestal být v demokratické společnosti vyhovující a efektivní.

Tento systém byl málo pružný a málo přizpůsobivý k daným potřebám uživatelů a neodpovídal požadavkům běžným ve vyspělých evropských zemích. Sociální služby se zdály být neatraktivní obor a stádium částečné benevolence se jevilo jako vyhovující stav. Tato situace se týkala převážně kvality.

Po zesílení tlaku na řešení situace se hledali vstřícná východiska, která by vyhovovala všem - jak uživatelům - tak poskytovatelům.

Úvahy a výběr směru oscilovali od krajně liberálního pojetí, známého v USA, až ke skandinávskému modelu sociálního zabezpečení. Nakonec se ukázalo, že tak, jak je rozdílný politicko – ekonomický systém v evropských zemích, tak musí být rozdílný i systém sociální politiky v různých zemích Evropy. Proto byla zvolena forma kompromisu, která brala do úvahy nejen politickou scénu státu, ale i ekonomické možnosti.

Konečně nastala dlouho očekávaná změna. Vznik nové legislativy otevřel dveře i soukromým podnikatelům, kteří měli zájem o vstup do systému sociálních služeb, a kteří měli v rámci konkurence pozvednout pomyslnou laťku kvality na úroveň jiných evropských států. Tato změna slibovala velký přínos pro systém sociálních služeb.

V roce 2002 byla vypracována Bílá kniha, která je běžnou v každém státě EU. Bílá kniha má charakter doporučení, ale v ČR měla mít charakter jakéhosi strategického základu s podrobným programovým návodem pro řešení a vytvoření legislativního rámce v sociálních službách. Bylo v ní naplánováno vytvoření a vydání nového zákona o sociálních službách, který měl přijít v platnost v roce 2003 a tím nastartovat novou éru sociálního systému srovnatelného s Evropou.¹²

Příprava a přijetí tak dlouho očekávaného zákona o sociálních službách, na sebe nechala čekat o něco delší dobu než do roku 2003. Nakonec se tato situace vyřešila a 1.1.2007 vstoupil v účinnost tak dlouho očekávaný zákon o sociálních službách, kterému předcházelo vydání prováděcí vyhlášky vydané pod č. 505 na konci roku 2006, což bylo první vymezení legislativních pravidel a norem v oblasti sociální politiky.

Byl nastolen řád a přijaty první zákonné normy v této oblasti. Dlouho očekávané změny měli být ve dvou liniích.

První linie - uživatelé sociálních služeb měli pocítit změnu v **postupném** zvyšování se kvality poskytovaných služeb, což měl být **dlouhodobější proces** a jeho výsledky měli být vnímány uživateli služeb průběžně.

Druhá linie byla tvořena **krátkodobými změnami**, které platí i dnes.

Mezi nejdůležitější patří informace:

- Kdo bude moci žádat o vybranou službu, jak se bude uzavírat smlouva mezi uživateli a poskytovateli. Čeho se to bude týkat, koho se to bude týkat a jak to bude s ustanovením rozhodnutí o zařazení do pořadníku čekatelů na umístění do pobytového zařízení sociálních služeb.
- Pokud bude uživatelem služeb, u kterých nebude vydáno rozhodnutí o poskytování služby, bude s největší pravděpodobností vyzván poskytovatelem k uzavření smlouvy nebo právě stávající smlouvy o poskytování služby.
- Že poskytovatel služby, který bude mít na starosti daného klienta, má povinnost klienta seznámit, a to **srozumitelným způsobem**, o všech

¹² http://www.mpsv.cz/files/clanky/736/bila_kniha.pdf (2003, 3)

povinnostech, které pro něho ze smlouvy vyplynou, o vnitřních pravidlech poskytování sociální služby, o způsobu podávání a vyřizování stížností na úroveň služeb a v neposlední řadě společně s ním naplánovat průběh poskytování služby tak, aby vycházel z osobních cílů klienta, jeho potřeb a schopností. S ohledem na značnou profesionalitu poskytovatelů sociálních služeb bude možné předpokládat, že změny proběhnou tak, aby je **uživatel služeb mohl vnímat jako zlepšení** vztahu k poskytovateli. Změny se měli týkat všech i těch, kteří jsou závislí na pomoci druhých. V těchto případech měli pobírat lidé vyžadující péči, ale i pečující osoby od státu finanční prostředky jako - zvýšení důchodu pro bezmocnost a příspěvek při péči o blízkou nebo jinou osobu.

Co se týče seniorů a jejich finanční situace, existuje několik situací pobírání a zvýšení důchodu pro bezmocnost a příspěvku (PPOB). Zákon o sociálních službách bere v potaz všechny způsoby v přechodných ustanoveních na péči o blízkou nebo jinou osobu.

Jedná se zejména o situace:

- Příjemci zvýšení důchodu pro bezmocnost (dále jen „bezmocnost“) bude náležet příspěvek na péči v té výši, která odpovídá dosavadnímu stupni bezmocnosti, tj. při částečné bezmocnosti příspěvek ve výši I. stupně závislosti, při převážné bezmocnosti příspěvek ve výši II. stupně závislosti a při úplné bezmocnosti příspěvek ve výši III. stupně závislosti.
- Příjemci částečné bezmocnosti, který je starší 80 let a je o něj pečováno někým, kdo pobírá PPOB, bude náležet příspěvek ve výši II. stupně závislosti.
- Příjemci převážné bezmocnosti, o kterého je pečováno osobou, která pobírá PPOB, bude náležet příspěvek ve výši III. stupně závislosti.
- Dětem, které jsou uznány jako dlouhodobě těžce zdravotně postižené vyžadující mimořádnou péči, bude náležet příspěvek ve výši III. stupně závislosti.

Příspěvek na péči je přiznán, bez toho aniž by o něj člověk musel žádat od ledna 2007.

Osoby pobírající příspěvek se považují ze zákona za osoby závislé:

- a) **ve stupni I** (lehká závislost), **jsou-li částečně bezmocné**
(příspěvek ve výši 2000 Kč),....
- b) **ve stupni II** (středně těžká závislost), **jde-li o osoby převážně bezmocné**
(příspěvek ve výši 4000 Kč),
- c) **ve stupni III** (těžká závislost), **jde-li o osoby úplně bezmocné**
(příspěvek ve výši 8000 Kč).¹³

Systém sociálních služeb vycházející ze sedmi principů se ukázal jako dostačující a výstižný:

Sedm vůdčích principů, které tvoří základ sociálních služeb:

- 1) Nezávislost a autonomie pro uživatele služeb - nikoli závislost
- 2) Začlenění a integrace - nikoli sociální vyloučení
- 3) Respektování potřeb - služba je určována individuálními potřebami a potřebami společnosti, neexistuje model, který vyhovuje všem
- 4) Partnerství - pracovat společně, ne odděleně
- 5) Kvalita - záruka kvality poskytuje ochranu zranitelným lidem
- 6) Rovnost bez diskriminace
- 7) Standardy národní, rozhodování v místě¹⁴

5.2. Finance a inovace v sociální službě

Po několikaleté zkušenosti se systém hodnocení pro zkvalitnění sociálních služeb ještě upřesnil a rozšířil tak, aby bylo možné poskytnout služby a více finančních prostředků širší komunitě občanů, kteří tuto pomoc potřebují.

Pro posuzování stupně závislosti se hodnotí schopnost zvládat základní životní potřeby dle § 9 zákona (kompletně nový model posuzování LPS – 10 ucelených úkonů v oblasti každodenního života)

- **Mobilita** (zvládat vstávání, usedání, chůze)
- **Orientace** (orientovat se zrakem, sluchem, pomocí psychických funkcí)
- **Komunikace** (dorozumět se a porozumět – mluvenou řečí i psanou zprávou)

¹³ <http://www.rscr.cz/poradna/prispeveknapecisen.pdf> (2006)

¹⁴ <http://www.mpsv.cz>- Bílá kniha (6, 2003)

- **Stravování** (stravu naporcovat, najíst se a napít se, dodržovat dietní režim – dietu)
- **Oblékání a obouvání** (vybrat si oblečení a obutí, oblékat se, obouvat se, svlékat se a zouvat se)
- **Tělesná hygiena** (umývat si obličej, ruce a celé tělo, česat se, péče o ústní hygienu)
- **Výkon fyziologické potřeby** (používat WC, vyprázdnit se, provést očistu, používat hygienické pomůcky)
- **Péče o zdraví** (dodržování stanoveného léčebného režimu, ošetřovatelská opatření)
- **Osobní aktivity** (stanovit si a dodržet denní režim, zapojit se do aktivit odpovídajících věku)
- **Péče o domácnost** (nakládat s penězi, obstarat si nákup potravin, nosit běžné předměty)¹⁵

Stupně závislosti, které výstižněji specifikují kategorie pomoci sociální služby. Nové rozdělení bere do úvahy i věk klienta:

U osob do 18 let věku

- **I stupeň** – lehká závislost – potřeba každodenní mimořádné péče z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu při třech základních životních potřebách
- **II. stupeň** – středně těžká závislost - potřeba každodenní mimořádné péče z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu při čtyřech nebo pěti základních životních potřebách
- **III. stupeň** – těžká závislost - potřeba každodenní mimořádné péče z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu **při šesti nebo sedmi** základních životních potřebách
- **IV. stupeň** – úplná závislost - potřeba každodenní mimořádné péče z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu **při osmi až desíti** základních životních potřebách¹⁶

¹⁵ <http://portal.mpsv.cz/soc/ssl/prispevek> (2012)

¹⁶ <http://portal.mpsv.cz/soc/ssl/prispevek> (2012)

U osob starších 18 let věku

- **I. stupeň** – lehká závislost - každodenní pomoc nebo dohled z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu při třech nebo čtyřech základních životních potřebách
- **II. stupeň** – středně těžká závislost - každodenní pomoc nebo dohled z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu při pěti nebo šesti základních životních potřebách
- **III. stupeň** – těžká závislost - každodenní pomoc nebo dohled z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu při sedmi nebo osmi základních životních potřebách
- **IV. stupeň** – úplná závislost - každodenní pomoci nebo dohled z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu při devíti nebo deseti základních životních potřebách¹⁷

Podle těchto kritérií závisí i nárok na finanční příspěvek:

Jsou také závislé na stupni závislosti a věku, jak to vidíme v tabulce č.6:

Tabulka č. 6 Výše příspěvku na péči rok 2011 (Kč)

VĚK	STUPEŇ ZÁVISLOSTI (v Kč/měsíc)			
	I. lehká	II. středně těžká	III. těžká	IV. úplná
do 18	3 000	6 000	9 000	12 000
nad 18	800	4 000	8 000	12 000

Zdroj <http://socialnireforma.mpsv.cz/cs/23>, (2011)

¹⁷ <http://portal.mpsv.cz/soc/ssl/prispevek> (2012)

Zde je vidět, že jde o to, že i lidem, kteří jsou ve společnosti něčím odlišní (postižením, věkem,...), je snaha podat pomocnou ruku a usnadnit jim život a ne je vyloučit ze společnosti. Další změna, kterou někteří klienti velice uvítají je pomoc v podobě asistence - pomocníka.

Asistent sociální péče

Povinnosti:

- podle zákona o sociálních službách platí, že asistentem sociální péče může být pouze fyzická osoba, která je starší 18 let věku a je zdravotně způsobilá (zdravotní způsobilost se posuzuje podle § 29 odst. 1 písm. e) zákona o sociálních službách)
- jedná se o jinou než blízkou osobu (např. soused), která není registrovaným poskytovatelem sociálních služeb
- asistent sociální péče je povinen s osobou, které poskytuje pomoc, uzavřít formální písemnou smlouvu o poskytnutí pomoci
 - náležitosti smlouvy
 - označení smluvních stran
 - rozsah pomoci
 - místo a čas poskytování pomoci
 - výše úhrady za pomoc
- úhradu za poskytnutou pomoc hradí asistentu sociální péče zdravotně znevýhodněná osoba ze svého příspěvku na péči a zároveň je povinna uvést tuto skutečnost také do formuláře – Oznámení o poskytovateli pomoci¹⁸

Výhody:

- v případě, že asistent pečuje o jinou osobu než osobu blízkou, je z úhrnu jeho příjmů plynoucích z péče o poživatele příspěvku osvobozen od daně z příjmů

¹⁸ <http://portal.mpsv.cz/soc/ssl/prispevek> (2012)

příjem do 12 000 Kč (příjmy přesahující tuto částku podléhají dani z příjmů – podle znění ustanovení § 4 odst. 1 písm. i) zákona o daních z příjmů)

- možnost zajištění péče o zdravotně znevýhodněnou osobu v místě, kde není žádný registrovaný poskytovatel, který by tak mohl péči zajistit anebo není žádná jiná možnost individuální péče (např. pro nezámek ze strany rodiny nebo tyto osoby žádnou rodinu nemají)
- pokud asistent sociální péče odvádí řádnou péči, není omezen v počtu osob, o které může pečovat
- výkon asistenta sociální péče není podmíněný žádnou registrací poskytovatele sociální služby, ani k této činnosti nemusí mít živnostenský list, pouze odvádí daň z příjmu v případě, že jeho měsíční příjem je vyšší než 12 000 Kč¹⁹

Výhodou je i možnost kombinace různých druhů služeb a také kombinace služeb s pomocí a podporou ze strany rodiny či jiných blízkých osob.

Sociální služby jsou poskytovány přibližně 700 000 klientům, tj. cca 7% populace České republiky. Síť sociálních služeb není na území ČR zcela rovnoměrná.²⁰ Dostupnost služeb se jeví příznivěji v městských aglomeracích.

Sociální služby berou v potaz nejen uživatele, ale i jeho rodinu a skupinu, do které patří a rovněž i zájmy širšího společenství.

Systém zajištění sítě služeb odpovídající potřebám obyvatel je založen na plánování sociálních služeb, které vychází z:

- hodnocení potřeb obyvatel
- kapacitních možností poskytovatelů
- cílů veřejné správy

¹⁹ <http://portal.mpsv.cz/soc/ssl/prispevek> (2012)

²⁰ <http://portal.mpsv.cz/soc/ssl/> (2012)

Tabulka č. 7 **Počet služeb sociální péče vedených v registru poskytovatelů sociálních služeb (2011)**

Druh služby sociální péče	Počet služeb
centra denních služeb	107
denní stacionáře	274
domovy pro osoby se zdravotním postižením	232
domovy pro seniory	485
domovy se zvláštním režimem	179
chráněné bydlení	153
odlehčovací služby	264
osobní asistence	219
pečovatelská služba	816
podpora samostatného bydlení	36
průvodcovské a předčitatelské služby	41
sociální služby poskytované ve zdravotnických zařízeních ústavní péče	135
tísňová péče	18
týdenní stacionáře	81
Celkem	3 040

Zdroj <http://www.mpsv.cz> (2011)

Plánování sociálních služeb je především povinností krajských samospráv. Zákonem o sociálních službách je garantováno, že na procesech plánování a rozhodování mohou participovat uživatelé služeb, poskytovatelé služeb a obce.²¹

Praxí se ukázalo, že podstatná změna v tom, že „o lidech a jejich potřebách nebude někým rozhodováno“, ale lidé sami budou účastníky sjednání podmínek poskytované služby“²², jako velice dobré pro uspokojení klientů a zvýšení kvality.

Financování sociálních služeb je z veřejného rozpočtu, a proto jsou závislé na státu, kraji a obci, ale není to podmínkou. Sociální služby je možné poskytovat i jako služby komerční, ale musí být dostatečně legislativně upraveny, co umožňují kvalitně vypracované smlouvy mezi poskytovateli a uživateli.

²¹ <http://www.mpsv.cz/cs/8013> (2011)

²² <http://www.mpsv.cz>- Bílá kniha (12, 2003)

Podstatou sociální služby je zlepšení kvality života sociálně znevýhodněným spoluobčanům respektive je v maximální možné míře začlenit do společnosti, nebo společnost chránit před rizikem, kterým jsou tyto lidé nositeli.

Poskytování sociálních služeb je zákonem o sociálních službách založeno na **smluvním principu**. Sjednávání druhu služby a rozsahu poskytovaných služeb podle individuálních potřeb osob ve smlouvě (včetně konkrétních podmínek poskytování služby) je významným krokem směřujícím k uplatnění svobodné vůle lidí, kterým jsou služby poskytovány²³

Smlouva je jistota, která zabezpečí uživateli služeb vymáhat sjednaný druh a rozsah služby a poskytovatele zavazuje k poskytování služby takovým způsobem, který je pro uživatele bezpečný a profesionální.

Smlouva o poskytování sociálních služeb **musí být uzavřena v písemné formě s výjimkou případů, kdy to není možné** (např. telefonická krizová pomoc) protože by písemná forma byla kontraproduktivní pro účelné poskytování služby (např. nízkoprahová zařízení pro děti a mládež).

Poskytovatel je povinen smlouvu se zájemcem o službu uzavřít.

Charakter smlouvy je soukromoprávní a řídí se příslušnými ustanoveními občanského zákoníku.

Náležitosti, které smlouva **musí vždy obsahovat**:

- označení smluvních stran
- druh sociální služby, pro kterou je uzavírána
- rozsah činností a úkonů v rámci poskytování sociální služby
- místo a čas poskytování sociální služby
- výši úhrady za sociální služby a způsob jejího placení
- ujednání o dodržování vnitřních pravidel stanovených poskytovatelem pro poskytování sociálních služeb
- výpovědní důvody a výpovědní lhůty
- dobu platnosti smlouvy

Informace o sociálních službách a jejich poskytování lze získat např. na městských, případně obecních nebo krajských úřadech (odbory sociálních věcí),

²³ <http://www.finance.cz/duchody-a-davky/socialni-davky/socialni-pece/socialni-sluzba/smlouva-o-poskytovani-socialnich-sluzeb/> (2010)

v občanských nebo jiných specializovaných poradnách anebo přímo u poskytovatelů sociálních služeb.

Je důležité nejen zajištění poskytování, ale také zajištění dostupnosti vybraných sociálních služeb.

5.3. Poskytovatelé sociálních služeb

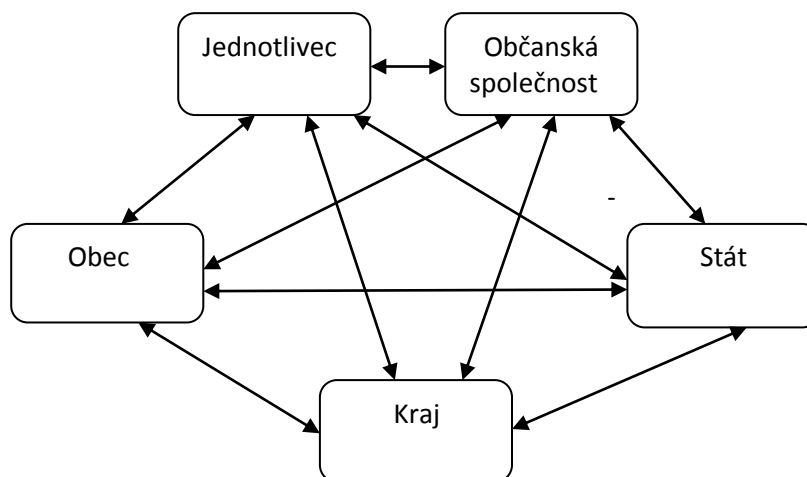
Sociální služby jsou financovány vícezdrojově, a podílí se na něm fyzická osoba, obec, kraj, neziskové organizace a stát.

Obce a kraje dbají na vytváření vhodných podmínek pro rozvoj sociálních služeb, zejména zjišťováním skutečných potřeb lidí a zdrojů k jejich uspokojení; kromě toho sami zřizují organizace poskytující sociální služby.

Nestátní neziskové organizace a fyzické osoby, které nabízejí široké spektrum služeb, jsou rovněž významnými poskytovateli sociálních služeb.

Ministerstvo práce a sociálních věcí je nyní zřizovatelem pěti specializovaných ústavů sociální péče.

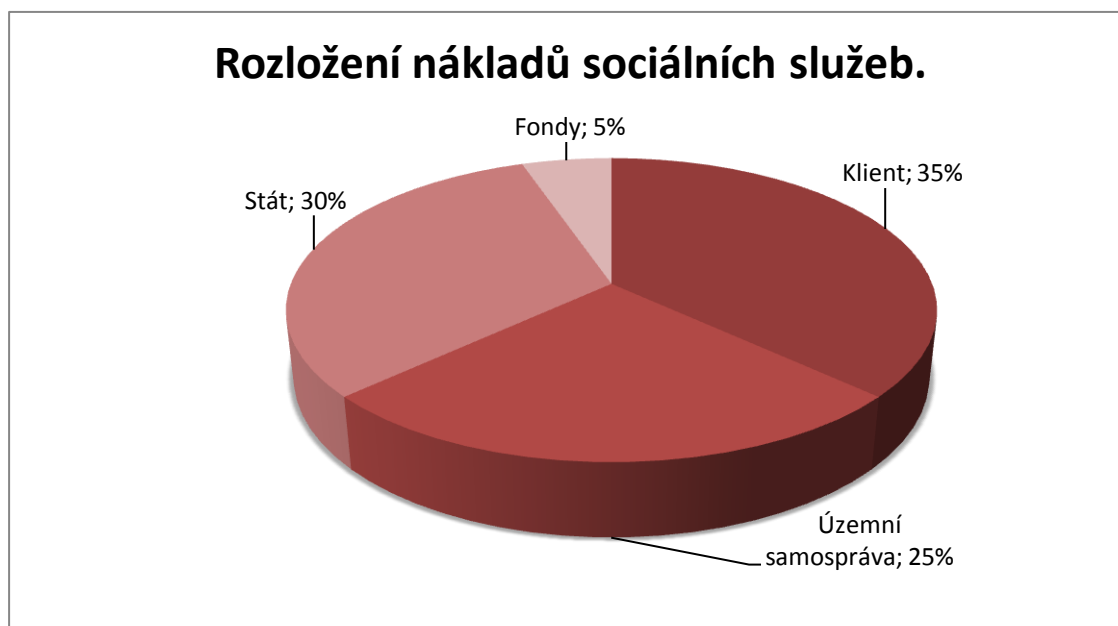
Graf č. 12 Skladba vícezdrojového financování 2003.



Zdroj Vlastní zpracování 1.4.2012 dle podkladů <http://www.mpsv.cz>- Bílá kniha (15, 2003)

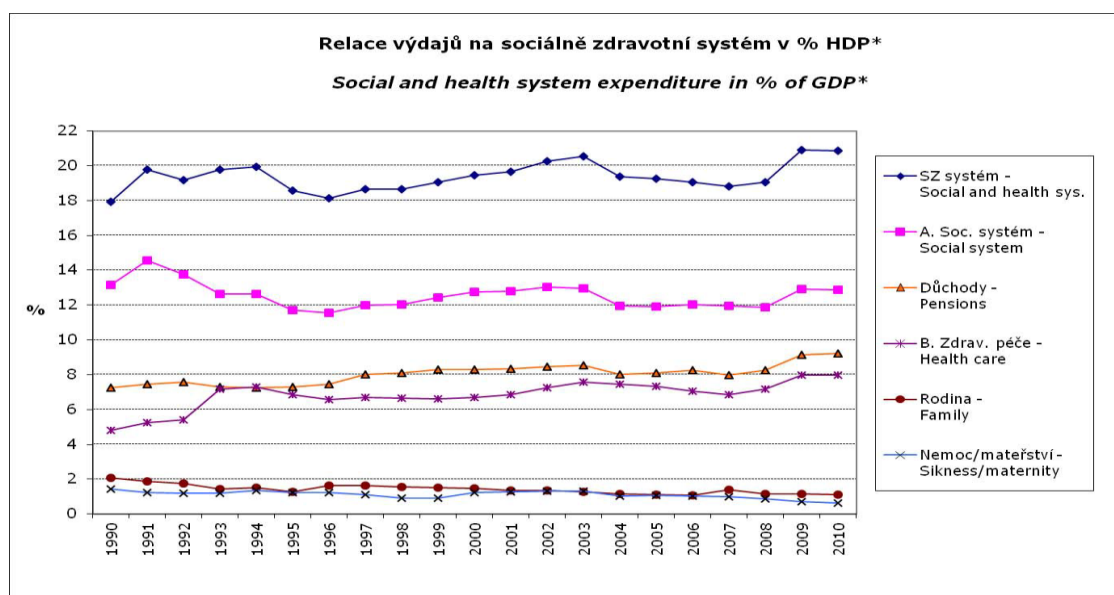
Celkové náklady systému sociálních služeb činily v roce 2009 přibližně 26 mld. Kč, tj. přibližně 0,72 % HDP. Na celkových nákladech se klienti svými úhradami podílejí 35 %, územní samosprávy 25 %, státní rozpočet 30 % a fondy veřejného zdravotního pojištění 3 % (obvykle při souběhu zdravotní a sociální péče pro seniory a osoby se zdravotním postižením).

Graf č. 13 Skladba nákladů na sociální služby 2010 (%).



Zdroj: vlastní zpracování 2012

Graf č. 14 Relace výdajů na sociálně zdravotní systém v % HDP – 2011.



*od roku 1995 revize časových řad HDP dle ČSÚ

Zdroj: <http://praha.vupsv.cz/Fulltext/fakta/graf9.pdf> (2011)

5.4. Další důležitá dokumentace

Dokumentaci o poskytování sociálních služeb lze chápat jako soubor všech písemností, které evidují všechny úkony a rozsah poskytnutých sociálních služeb.

Oblasti, do kterých můžeme dokumentaci o sociálních službách rozčlenit je:

- dokumentace o individuálním plánování služby, osobní cíl a jeho sledování
- Zdravotnická dokumentace - vedení dle vyhlášky č. 385/2006 Sb.
- „Administrativní dokumentace“ - veškeré doklady, dokumenty a evidenční listiny týkající se konkrétních klientů
- Evidence stížností a jejich spisy
- Účetní doklady
- Ostatní (blíže nespecifikovaná dokumentace)
- Zvláště citlivá dokumentace (lékařské záznamy, soudní dokumentace,...)

5.5. Kvalita sociálních služeb

V sociálních službách pracuje téměř 56 000 pracovníků (v přepočtu na celé pracovní úvazky). Pracovníci v sociálních službách reprezentují cca 1,2 % z celkového počtu zaměstnaných v ČR. Z tohoto počtu je 39 000 pracovníků v přímé péči, což znamená, že zabezpečují službu v přímém kontaktu s klientem.

Dalším důležitým úkolem MPSV je příprava dlouhodobých systémových opatření a příslušných právních předpisů a podpora rozvoje kvality poskytovaných sociálních služeb. Jde například o podporu:

- plánování sítě sociálních služeb v krajích a obcích opírající se o zjištěné potřeby lidí
- zvyšování odbornosti a kvality poskytovaných služeb s důrazem na ochranu práv uživatelů služeb
- občanských a svépomocných aktivit, tj. neziskového sektoru

V oblasti podpory neziskového sektoru ministerstvo realizuje dotační řízení, jehož cílem je přispívat na provoz a rozvoj sociálních služeb poskytovaných nestátními neziskovými organizacemi. **Dotační řízení je vyhlášováno každoročně.**

6. Mezinárodní legislativa

6.1. Sociální služby v EU

Tak jak je politická scéna v jednotlivých státech Evropské unie zatím nesourodá, tak nesourodá je i úroveň sociálních služeb. Není to jen ve vyspělosti jednotlivých států, ale velikou roli tady hrají historické a kulturní tradice států.

Protože, není přesně vymezena definice pojmu „sociální služba“, nejčastěji je sociální služba pojímána jako aktivita týkající se potřeb a těžkostí, tlumící optimální sociální funkčnost jedince a je do ní zahrnuto zdravotnictví, sociální ochranu jednotlivců, rodin a skupin, bydlení a zaměstnanost.

V některých zemích Evropské unie je sociální služba poskytována zdarma, jinde je placená, ale často se jedná o kombinaci obou možností. Další druh finanční podpory je vyplácen ve formě dávek, které jsou vyplácené v hotovosti a to jako nárokové (např. v případě nemoci, nezaměstnanosti, penze ve stáří) nebo na základě testování příjmu.

Většina autorů se shodne na tom, že stát z tohoto systému nesmí být vyloučen, ale taky nesmí být jediný pro uspokojování daných služeb, a že by mu měla zůstat minimálně úloha koordinátora a hlavní roli by měli místní sociální služby, které mají nejbližší k lidem a jejich potřebám.

Principy sociálních služeb podle Gösty Esping-Andersena (1990) vycházejí z předpokládaného zrušení tržního charakteru pracovní síly, tj. odstranění závislosti příjemců mzdy na tržním klimatu. Autorky Anttonenová - Sipilä, (1996) jej kritizují pro přílišné zaměření se na zabezpečení příjmů pracujících či příliš velkou pozornost věnovanou vztahu státu a trhu práce, přičemž dochází k zanedbání vztahu státu a rodiny.

Podle nich by termín „sociální služba“ neměl zahrnovat aktivity založené na nedobrovolnosti a přejímání odpovědnosti, čistě komerční služby (i když ty nemohou být úplně vyloučeny, protože v mnoha zemích jsou financovány veřejnoprávními subjekty a poskytovány soukromníky) a neformální péči.

Ve většině evropských zemí termín **sociální služby** se prolíná s pojmem **sociální péče**. V Británii je to pojímáno jako tzv. „osobní sociální služby“, kde služby jsou poskytované místním úřadem a nezávislými neziskovými organizacemi.

Z obecného hlediska je v zemích EU tento systém označován jako **sociální ochrana** a zahrnuje **sociální služby** a **sociální pomoc** v podobě finanční pomoci na

základě specifické potřeby. Také se do systému sociální ochrany zahrnuje i **sociální zabezpečení**, tedy sociální zajištění lidských (občanských) práv (Tomeš, 1996).

V souvislosti s poskytováním sociálních služeb vystupuje do centra pozornosti také pojmenování samotných příjemců služeb (Munday, 1997). Jsou vedeny diskuse, jak označovat jednotlivé sociální skupiny a dochází postupně ke konsenzu, aby se neužívaly termíny jako „staří“, „mentálně postižení“ nebo „duševně nemocní“ z důvodu přílišné stigmatizace - ty jsou nahrazovány pojmy „senioři“, lidé „s poruchami učení“ nebo s problémy v oblasti „duševního zdraví“.

Téměř se přestal užívat pojem „klient“, který naznačuje spíše pasivitu, závislost a nerovnost. Nahrazuje jej „**uživatel**“ sociálních služeb, který je akceptován většinou zainteresovaných skupin (Tomeš, 1996).

Evropská unie má 3. modely služeb:

1. Skandinávský model veřejných služeb. Tato skupina zemí preferuje dostupné programy pro děti a seniory. Vyšší účast žen na placené práci mimo domov. Využití principu univerzality - existuje standardní úroveň služeb, které se k uživateli dostávají prostřednictvím stejného systému.

Důraz je zde kladen i na relativní samostatnost místních úřadů a místní orgány jsou politicky zodpovědné lokální komunitě (komerční služby v podstatě neexistují). Univerzalita a právo na službu ztrácí na významu z důvodu vzrůstu cen za její poskytnutí.

2. Jihoevropský model (Portugalsko, Španělsko, Řecko a Itálie). Omezená nabídka služeb sociální péče. Sociální služeb má neformální charakter a nejbohatší vrstvy obyvatel využívají soukromé komerční služby.

Společnosti poskytují služby svým zaměstnancům. Veřejnoprávní subjekty hrají skromnější roli. Poměr žen v pracovním procesu je malý, ale většina zaměstnaných pracuje na plný úvazek.

3. Ostatní regionální modely jsou obtížněji odlišitelné. V Británii například platí princip pomoci podmíněný ověřením výše majetku, stát přijímá odpovědnost za poskytnutí služby, ale také se snaží navrátit odpovědnost příjemci a zmenšit rozsah sociálních služeb. Britský model býval až do osmdesátých let podobný skandinávskému,

ale později se přiklonil k **reziduálnímu** pojetí financování, zatímco skandinávské země se přibližují principu **univerzality**.

V případě **péče o seniory** je možno odlišit model založený na **principu subsidiarity** (Nizozemsko, Německo, a částečně i Belgie a Francie). Zde spočívá hlavní odpovědnost za péči o seniory alespoň formálně **na rodině**. Hlavními poskytovateli služeb jsou náboženské a politické organizace, zatímco financování je na veřejném sektoru.

Při provedení analýzy tohoto veřejného sektoru jako zdroje financování sociálních služeb pro lepší pochopení jeho funkce v souvislosti s modelem „welfare state“ finští autoři uvádějí:

Úhel pohledu, který zde volíme, může být teoreticky definován jako **skandinávský** nebo **emancipační**. Rozumíme tím, že je v povaze služeb takové sociální péče posilovat autonomii poskytovatele i uživatele služby a nestanovovat mezi nimi poměr subordinace a kontroly. Kvantitativní porovnání sociálních služeb v Evropě však není jednoduché - požadovaná data prostě nejsou dosažitelná. (Anttonenová a Sipilä, 1996, s. 88).

6.2. Rada Evropy

Nejvýznamnější studii, porovnávající základní podmínky pro poskytování sociálních služeb v jednotlivých zemích Evropské unie je zpráva, zpracována Radou Evropy na základě šetření provedeného řídicím výborem pro místní a regionální demokracii (CDLR) v roce 1997.²⁴

Zpráva informuje Radu Evropy o úloze a úrovni místní a regionální správy (tedy o rozsahu subsidiarity) při poskytování místních sociálních služeb.

ČR ratifikovala Revidovanou **Evropskou sociální chartu** (z roku 1996), která článkem 14 stanovuje právo využívat služby sociální péče. Smluvní strany Charty se zavázaly podporovat nebo poskytovat služby využívající metody sociální práce, které přispívají k blahu a rozvoji jak jednotlivců, tak skupin v komunitě a k jejich přizpůsobení společenskému prostředí; povzbuzovat účast jednotlivců a dobrovolných a jiných organizací při zakládání nebo udržování takových služeb.

²⁴ Viz The role of local and regional authorities in the provision of local social services, Council of Europe, Strasbourg, (1999)

Dále článek 13 Charty vychází z toho, že sociální pomoc není činností charitativní, ale přiznává každé osobě, která se stala sociálně potřebnou, nárok na veřejnou pomoc. Toto právo musí být doplněno právem odvolat se k nezávislému orgánu, rozhodnutí o poskytnutí pomoci tedy nesmí záviset výhradně na libovůli správního orgánu.

6.3. Evropská unie

Politiku sociálního vyloučení Evropský parlament a následně Rada rozhodla v roce 2001 o vytvoření programu na podporu spolupráce členských států v oblasti boje se sociálním vyloučením. Tzv. **Agenda** sociální politiky se důrazně zabývá kvalitou, participací a otevřenou metodou koordinace.

Standardy kvality služeb už v ČR jsou plně kompatibilní s evropským sociálním modelem, který je založený na sociálním začleňování a na předcházení sociálnímu vyloučení lidí. Tento přístup nejlépe charakterizuje **10 klíčových principů**, které Evropské Unii doporučuje pro podporu politiky začleňování – inkluze (Council of the European Union, 15/223/01):

10 klíčových principů:

1. **Subsidiarita:** „větší propojenost politiky a služby nastane, když budou řešeny a doručovány v místě, které je lidem nejbližší a nejznámější, které se jich přímo týká; Tento princip je uplatňován s cílem vyšší kvality hlavní politické linie nejdůležitější je však v okamžiku, kdy se přímo týká zranitelných lidí.“
2. **Holistický přístup:** „politiku je třeba rozvíjet a služby doručovat integrovaným způsobem, který respektuje celkové potřeby člověka spíše než různá omezení organizačního charakteru.“
3. **Transparentnost a odpovědnost:** „příjemcům sociálních dávek a uživatelům služeb musí být zaručeno průhledné a otevřené rozhodování a musí existovat jasné procedury postupů při odmítnutí nebo odvolání se proti rozhodnutí (tj. ombudsman, Charta práv, apod.)“

4. **Služby přátelské k uživatelům:** „budou-li mít služby otevřený charakter, budou-li dostupné, pružné a budou-li odpovídat potřebám uživatelů, vytvoří lepší podmínky pro začleňování;“
5. **Efektivnost:** „služby, které napomáhají začlenění, reagují rychle a vstřícně na potřeby lidí bez zbytečné byrokracie, s důrazem na včasnost poskytování a se smyslem pro účelné vynakládání prostředků;“
6. **Solidarita a partnerství:** „politika a služby směřující k začleňování podporují rozvoj solidarity a soudržnosti ve společnosti a posilují partnerství a spoluodpovědnost všech zúčastněných;“
7. **Důstojnost a lidská práva:** „politika a služby směřující k začleňování uznávají a podporují lidskou důstojnost a základní lidská práva pro všechny prosazováním principů rovnosti a odmítáním diskriminace;“
8. **Účast:** „politika a služby směřující k začleňování jsou plánovány, doručovány a kontrolovány za účasti těch, kteří jsou ohrožováni chudobou a sociálním vyloučením;“
9. **Posílení a osobní rozvoj:** „politika a služby směřující k začleňování si kladou za cíl omezovat závislost lidí, podporovat u nich rozvoj samostatnosti v jednání a posilovat autonomii; vytvářet příležitosti k osobnímu růstu a rozvoji;“
10. **Trvalé zlepšování a udržitelnost:** „politika a služby mohou vždy více podporovat začleňování a jejich dopad na sociální začlenění může být trvalejší, jelikož mezi členskými státy existuje silící tendence ke kontrole a monitorování výstupů politiky a poskytování služeb, stejně jako konzultace a zpětná vazba ze strany uživatelů.“

Všechny citované principy jsou v publikovaných standardech kvality plně zakomponovány. Vytvořené standardy kvality lze s důvěrou použít jako základ pro další rozvoj sociálních služeb, které budou v plném souladu s přístupy a požadavky Evropské Unie. BÍLÁ KNIHA (2003,48)

6.4. Sociální služby ve vybraných zemích EU

Tak jak je politika jednotlivých států Evropské unie různá, tak je i sociální politika v jednotlivých státech odlišná. Pro porovnání bylo vybráno několik států Evropské unie a jejich sociální systém. Výběr byl náhodný.

6.4.1. Francie

Co do počtu obyvatel a životní úrovně je Francie na třetí pozici v rámci zemí EU (po Lucembursku a Německu). Vysoká úroveň konsenzu týkající se role státu v resortu sociálních věcí vychází ze systému silně centralizované státní moci do roku 1980, kdy na základě rozsáhlého programu decentralizace dochází k celkovým změnám i v poskytování sociálních služeb. Z centrální moci byla převedena na regionálně volené zastupitele i s odpovědností za sociální služby, které se ocitli v kompetenci voleného prezidenta té dané oblasti (département), kterých snahou je řešení problému nákladů na sociální služby (Ely a Saunders, 1993).

Problémy k řešení:

- jak zefektivnit úspory při poskytování sociálních služeb
- jak zlepšit koordinaci poskytování služeb
- jak ulehčit rodinám péči o staré příbuzné
- jak podpořit rozvoj nevládních organizací ve všech oblastech života včetně sociální péče.

Územní Francie se skládá z 22 regionů, 96 oblastí, a 36 000 samosprávných obcí. Vznik regionů se datuje od roku 1960, které vznikly jako vhodné jednotky pro systém sociálního plánování.

Tento systém vychází ze čtyř úrovní státní správy:

- celostátní (národní) - za který zodpovídá Ministerstvo solidarity, zdraví a sociální ochrany
- regionální – zodpovídají prefekti, kteří přímo řídí zdravotní služby a spolu s regionální radou zajišťují sociální poradenství, poskytování finanční podpory
- oblastí (departement) – zodpovídá volený předseda Generální rady, který je oprávněný uzavírat smlouvy s nevládními organizacemi a řídit poskytování

sociálních služeb a sociální podpory (finanční pomoci pro lidi mimo systém pojištění) a nesmí dovolit pokles úrovně sociálních služeb pod úroveň celostátní

- obecní (communes) - zodpovídá za poskytování sociálních služeb v rámci systému středisek sociální pomoci (centres communaux d'action sociale) zástupce státu a zároveň volený zástupce občanů - místní starosta.

Zodpovědnost na jednotlivých úrovních:

- Stát - koordinuje a vykonává dohled nad službami v oblasti zdravotní.
- Regionální prefekt - zodpovídá za rozvoj regionálního plánu služeb, za registraci, kontrakty regionálních poskytovatelů služeb, kontrolu a dodržování národních standardů poskytované péče. Týká se to i ústavní a psychiatrické péče a zdravotních služeb.
- Předseda Generální rady - odpovídá za dotace přímo určeným poskytovatelům sociálních služeb v regionu (ústavní péče o seniory a lehce zdravotně postižené, domácí péče, dětské stacionáře, apod.).
- Podpora projektů zaměřené na „snížení sociální izolace „revenue minimum 'insertion“(RMI)nezaměstnané mladé páry s malými dětmi.
- místní starosta – zajišťuje poskytování základních informací, sociální poradenství v dané lokalitě přes zřízené odbory.

Co se týče seniorů, Francie má sociální systém založený na finanční spoluúčasti seniorů na zajištění ústavní péče nebo jejich příbuzných pokud tuho službu není schopen vzhledem ke svému příjmu senior zvládnout sám.

6.4.2. Irsko

Irsko bylo řazeno mezi chudší státy EU s nízkou životní úrovní a s vysokou nezaměstnaností (např. ještě v roce 1990 vykazovalo třetí nejnižší životní úroveň a druhou nejvyšší míru nezaměstnanosti), čím mu byl delegováno větší nárok na využití peněz z různých fondů EU, a to hlavně z těch, které podporují rozvoj sociálních služeb.

Dnes prochází Irsko sociálně-ekonomickým rozvojem, který souvisí s úspěšnou vládní politikou posledních 15 let. V historii Irska hrála významní roli v sociální politice katolická církev, která v některých situacích suplovala a doplňovala stát, který byl a je

založený na principu **subsidiarity** (stát nenaplňuje funkce, které mohou individuálně zajišťovat občané sami v rámci místních komunit).

Organizace sociálních služeb

V Irsku **neexistuje** centrálně řízený systém poskytování sociálních služeb. Ty se rozvíjejí v rámci resortu zdravotnictví a jsou spravovány 8-mi regionálními zdravotními výbory.

Zdravotní výbory organizačně zajišťují 3 základní programy:

- péče ve veřejných (všeobecných) nemocnicích
- speciálních nemocničních zařízeních
- komunitní péči

Sociální služby tvoří právě jednu ze tří složek (programů) komunitní péče a zahrnují systém výplaty peněžních dávek nebo grantů pro nevládní organizace.

Podle zprávy Cinneide a Corrigan (1992) v roce 1989 zaměstnávaly zdravotní výbory v Irsku celkem 366 sociálních pracovníků, z nich 255 pracovalo přímo v komunitní sociální péči. Těžištěm jejich práce byla především sociální ochrana dětí, péče o děti a práce s rodinami.

Práce se seniory nebo handicapovanými lidmi není přímo v jejich kompetenci, ale sociální služby pro tyto skupiny jsou tradičně poskytovány **dobrovolnickými organizacemi**.

Religiózní organizace se angažují především v práci s lidmi se sníženou sociabilitou (poruchy v učení); například funguje systém diecézních center sociálních služeb, která koordinují práci církevních a dobrovolnických organizací podle lokálních specifických potřeb. Počátkem 90-tých let nebyla role a činnost nevládních organizací vymezena legislativně ani v rámci sociálně politických strategií.

Celkově lze charakterizovat **irský systém** sociálních služeb jako relativně **málo rozvinutý**.

V posledních letech byla přijata nová legislativní úprava péče o děti podle britského modelu. Zároveň pokračovalo financování sociální péče z fondů EU pro chudší členské země.²⁵

²⁵ www.crss.cz/otevri_soubor.php?id=4603 (2000)

6.4.3. Německo

Další země, jejíž sociální systém si ozejmíme, je náš západní soused Německo.

V roce 1990, kdy se Německo sjednotilo, vzniká největší stát Evropské unie, který má přes 80 miliónů obyvatel. Bývalá NDR, svoji sociální systém přizpůsobila systému Spolkové republiky Německo.

Z historického hlediska vycházelo Německo z Bismarckova systému sociálního pojištění a sociálního zabezpečení z konce 19. století, rozvíjeného mezi dvěma světovými válkami a modernizovaného v post-nacistickém Německu. Po II. sv. válce, byla zaznamenána vysoká míra hospodářského růstu, což umožňovalo štědré sociální zabezpečení a rozvoj různých typů sociálních služeb.

Ale posledních 15 let ovlivňuje i tak silný systém jaký je v Německu řada nových sociálních faktorů (pokles porodnosti, stárnutí populace, příchod nového partnera - NDR a důsledky z toho vyplývající) čeho následkem je řada diskusí o budoucnosti sociálního státu.

Základní princip vycházející z německé tradice a historie je **princip subsidiarity**, který s katolickým sociálním učením klade důraz hlavně na **vzájemnou solidaritu** a odpovědnost občanů za sebe i za svoji rodinu.

Z toho vyplývá, že pomoc státu vstupuje do „hry“ v okamžiku, kdy rodinná a vzájemná podpora komunity dlouhodobě selhává.

Charakteristika veřejného sektoru sociálních služeb.

Skladba sociálního pojištění je složená ze tří podoblastí:

- sociální pojištění
- veřejná (státní) pomoc a kompenzace
- oblast „welfare“ (zahrnuje zákonem vymezené sociální služby a sociální pomoc).

Sociální pomoc zahrnuje:

- zdravotní pomoc
- sociální a zdravotní péči o děti a mladistvé.

Poskytuje se na základě potřeby a financována je z místních daní.

Státní správa v Německu funguje na třech úrovních:

- celostátní
- zemské (Länder)
- lokální (kraje, okresy).

Legislativně je veřejná (státní) sociální péče vymezená na úrovni celé federace. Rozdíly mezi jednotlivými zeměmi jsou ve způsobech a možnostech financování poskytovaných dávek a sociálních služeb.

Úkolem federální vlády je plánování, koordinace, vytváření zdrojů a legislativy. Některé sociální služby jsou poskytovány na úrovni **zemské** legislativy (například sociální služby v oblasti výkonu trestu) a jiné zajišťují **nižší územně správní celky**. Sociální služby jsou zde poskytovány prostřednictvím úřadů sociální pomoci, odděleními sociální péče o mladistvé nebo zdravotnickými odděleními.

Veřejná (státní) sociální péče odpovídá za 2 základní formy pomoci:

- substituční pomoc (finanční pomoc na základě testování příjmu)
- pomoc lidem v mimořádných životních podmínkách (integrace zdravotně postižených, práce s bezdomovci, postpenitenciární péče, různé služby na podporu integrace seniorů na úrovni své komunity apod.)²⁶

Velká pozornost je věnována práci s dětmi a mladistvými, což je základní potenciál každé země a proto jsou tyto služby integrální složkou systému. Ne všude ale je možné zajistit fungování těchto služeb a proto zde nastupuje stát, který provozuje centra sociálních služeb pro mladistvé.

Lokální zastupitelské úřady (velikost je vymezená zákonem) zřizují oddělení péče o děti a mládež. **Nezávislý (nestátní a neziskový) sektor** je v Německu velmi rozvinutý a působí na všech úrovních systému sociálních služeb. V Německu působí 6 velkých celostátních organizací, které působí jako koordinační centra v oblasti sociálních služeb.

Jsou to centra s celostátní působností a jsou financovány ze státního rozpočtu. Jsou reprezentovány státem placenými zaměstnanci – profesionály, ale i dobrovolníky. Jejich náplní práce je zajištění sociálních služeb pro různé skupiny uživatelů. Vrchní -

²⁶ [www.crss.cz/otevri_soubor.php?id=4603\(2000\)](http://www.crss.cz/otevri_soubor.php?id=4603(2000))

zastřešující organizaci v oblasti sociální péče reprezentuje Federální asociace nevládních organizací.

Druhou největší a nejznámější organizací je Německá evangelická (lutheránská) církev, která zaměstnává přibližně 86 tisíc profesionálních sociálních pracovníků a to v oblasti zdravotní péče a pedagogické práce.

Úlohou státu je dle zákona poskytovat přímé a nepřímé granty nezávislým organizacím, platit služby, které jsou poskytovány nezávislými organizacemi. Finanční zdroje těchto neziskových organizací jsou tvořeny různými loteriemi a u církevních organizací tzv. národní církevní daní.

Vztahy mezi sektorem státním a soukromým jsou postaveny na základě vzájemného respektu, kooperace a plurality a tím poskytují možnost svobodné volby, každého současného i budoucího uživatele.

6.4.4. Španělsko

Historie ukazuje Španělsko jako silně centralizovaný stát s veřejnými službami kontrolovanými policií a armádou, kteří byli základními zajišťovateli sociální péči v regionech, společně s Charitou a katolickou církví.

Po roce 1960 Španělsko zaznamenalo velký hospodářský rozvoj, následkem kterého byla modernizace sociálních služeb, sociálního zabezpečení a větší nezávislost nestátních subjektů.

Přechodem k parlamentní demokracii (v roce 1975) došlo k významnému rozvoji sektoru veřejných služeb. Mocenské otěže převzala do svých rukou vláda socialistů, která liberalizovala systém sociálních služeb a vytvořila pevnou půdu pro vznik dobrovolnických nevládních organizací.

Za nejdůležitější krok však byla považována decentralizace vládní odpovědnosti za systém sociálních služeb.

Posledních několik let vzhledem k vážné globální politické situaci prochází i sociální systém Španělska nepříznivým obdobím. Nastává problém s nárůstem míry nezaměstnanosti (týká se to hlavně mladých lidí), což přinutilo vládu socialistů redukovat státní výdaje, výsledkem čehož je krácení financí na sociální ochranu.

Organizace sociálních služeb

Španělsko je územně správně rozděleno na autonomní oblasti, Baleáry a Kanárské ostrovy a kromě toho spravuje také 2 teritoria v severní Africe. Centrální vláda v Madridu má právní a finanční odpovědnost za celostátní systém sociálního zabezpečení, který je spravován autonomními oblastmi.

Centrální vláda přímo kontroluje sociální služby pro uprchlíky a další kategorie cizinců a administruje sociální služby na území severoafrických teritorií.

Autonomní oblasti mohou v oblasti sociálních služeb vytvářet vlastní legislativu. Správně jsou rozčleněny do **provincií a samosprávných měst**.

Například preventivní sociální služby jsou plně v kompetenci měst a jsou podporovány a financovány oblastmi.

Organizace jiných sociálních služeb je rozdělena mezi **oblastní správu a nižší správní jednotky**.

Financování sociální služby je ze státních daní a každý region individuálně podporuje poskytování služeb na svém území. Uživatelé se jen výjimečně podílejí na financování sociálních služeb přímo (např. příspěvky seniorů na ústavní péči).

Nezávislé neziskové organizace jsou financovány z vlastních zdrojů, na základě grantů, státních kontraktů a z příspěvků dárců.

Velký rozvoj byl zaznamenán v oblasti dobrovolnické sociální služby, která působí zejména v oblasti nekomerčních organizací (domovy pro seniory, zařízení pro léčbu závislostí, školky).

Byla vytvořena síť zařízení poskytující **základní sociální služby** nebo první pomoc. Úkolem centra je zajistit základní informace, domácí péči, zajistit potřebnost ústavní péče a podílet se na rozvoji komunitních sociálních služeb. Jedním z poskytovatelů sociálních služeb v Španělsku je Instituto Nacional de Servicios Sociales. Je zaměřen především na pomoc seniorům, lidem s postižením a uprchlíkům. Dalšími organizacemi jsou například Červený kříž a Charita. Specifikum Španělského systému sociální péče je silné spojení mezi sociálními a kulturními aktivitami, programy a službami.

6.4.5. Švédsko

Jeden ze tří nejznámějších a nejvíce diskutovaných modelů sociální politiky je model Švédska.

Součástí rozšíření principu „welfare state“ byl rozvoj sociálních služeb v poválečném Švédsku. Předpoklady pro uskutečnění tohoto principu, byly důkladně studovány a analyzovány v rámci řady empirických výzkumů (Uusitalo, 1984).

Na základě dostupných údajů lze podle Bergmarka (1997) sledovat dynamický rozvoj různých oblastí sociálních služeb během posledních třiceti let.

Rozvoj sociálních služeb ve Švédsku

Nejmírnější nárůst výdajů sociálních služeb byl v letech 1968 - 1994 nárůst nákladů na individuální a rodinné služby - 4,5krát. Nárůst výdajů na péči o seniory - výrazný skok se projevil v roce 1992 - 8krát. Nárůst výdajů na služby péče o děti od roku 1968 - 18krát.

Takto velký nárůst rozvoj péče o děti souvisel s větším hospodářským růstem a s nízkou mírou nezaměstnanosti, ale hlavně se zvýšenou poptávkou po ženské pracovní síle, kde absolutní míra zaměstnanosti žen vzrostla za posledních 30 let o 700 000, tj. 60%.²⁷

Oblast péče o staré lidi - poskytoval stát již od padesátých let granty především na zřízení domovů pro seniory. Tato forma péče představovala formu institucionalizovanou.

V roce 1974 počet uživatelů této služby dosáhl svého vrcholu a to 60 000 seniorů. V současné době je prosazován nová forma péče o seniory a to péče neinstitucionalizovaná.

Zákony regulující péči o seniory byly přijaty v roce 1968, 1980, 1982 a 1985 právě v rámci procesu deinstitucionalizace, parlament přijal rozhodnutí o státních grantech pro služby domácí péče a upravil zákonem podmínky pro poskytování finanční podpory k zajištění dobré úrovně bydlení seniorů.

Rozvoj individuálních a rodinných sociálních služeb vykazuje nejvyšší nerovnoměrnost.

Do roku 1982 byly služby regulovány trojicí zákonů (zákonem o péči o děti a mládež z roku 1961, zákon o péči o drogově závislé z roku 1955 a o sociální pomoci z roku 1957). Od roku 1982 platí Zákon o sociálních službách, který nyní legislativně upravuje tuto trojici zákonů v jednu oblast.

²⁷ www.crss.cz/otevri_soubor.php?id=4603 (2000)

Organizace sociálních služeb

Na **státě** spočívá **finanční** a **administrativní** odpovědnost za provedení systémových změn, ale **výkon** sociálních služeb je v kompetenci **místních úřadů**. Velká štedrost systému se projevuje v oblastech zdravotní kompenzace a výšce podpory v nezaměstnanosti.

V centru politické diskuse jsou teď dopady na sociální programy poskytované na **lokální úrovni** místními zastupitelstvy. Subjekty místní správy jsou odpovědné za péči (ve většině případů nemedicínského charakteru) o staré občany, o děti a za individuální sociální služby (důraz na lokální sektor ve Švédsku převyšuje ostatní země). Ve Švédských podmínkách, sociální práce na úrovni obce zahrnuje právě individuální sociální služby, tj. péči o děti, práci s rizikovými skupinami mladistvých a sociální pomoc (dávky poskytované na základě testů příjmu)²⁸.

Ani Švédsku se nevyhnuli úsporná opatření a taky i tady vláda musela přistoupit ke škrtům, čím byla snižená subvence místním úřadům. O další snížení příjmů místních úřadů se zasloužila nezaměstnanost následkem, které se snížil příjem z daní do místní pokladny.

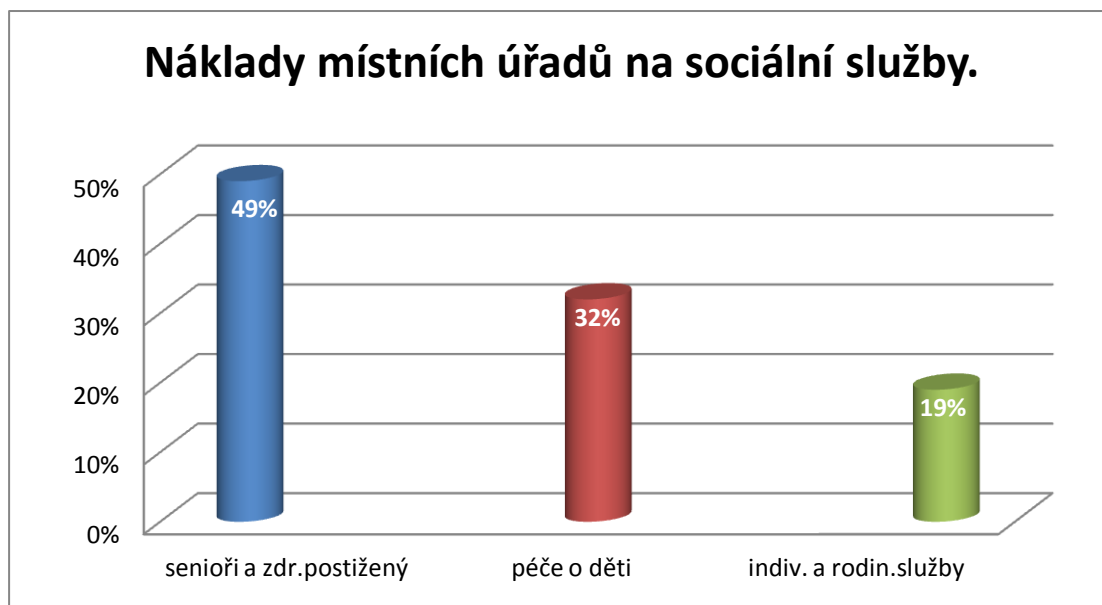
Náklady místních úřadů na sociální služby běžně tvoří jednu třetinu všech výdajů (vedle výdajů na vzdělávání, infrastrukturu a rekreační a kulturní aktivity).

Největší důraz v rámci sociálních služeb je kladen na poskytování péče seniorům a lidem zdravotně postiženým (cca 49% celkových výdajů), péči o děti (32%) a individuální a rodinné služby (19%).²⁹

²⁸ www.crss.cz/otevri_soubor.php?id=4603 (2000)

²⁹ www.crss.cz/otevri_soubor.php?id=4603 (2000)

Graf č. 15 Náklady místních úřadů na sociální službu v roce 2010.



Zdroj: <http://praha.vupsv.cz>, vlastní zpracování 2010

V oblasti sociálních služeb vystupuje potřeba vymezit základní priority celého systému sociální péče.

Bergmark (1997) nabízí čtyři alternativy:

- zvýšit příjmy obecních rozpočtů
- zvýšit efektivitu systému sociální péče
- udržet na stejné úrovni dostupnost služeb a zároveň snížit či radikálně změnit kvalitu poskytovaných služeb
- zrušit nebo zredukovat málo efektivní nebo neefektivní typy služeb.

7. Hodnocení efektivity sociálních služeb a jejich financování

Jak již bylo naznačeno, naše populace stárne což znamená pravděpodobný nárůst uživatelů sociální služby a požadavky na udržení jejich kvality a efektivity.

Zdravý člověk je soběstačný a soběstačnost tvoří základní prvek jeho identity. Toto je období života, kdy většinou člověk necítí potřebu využívání sociálních služeb.

Spotřeba sociálních služeb nastává tehdy, když nastanou nějaké změny v jeho psychickém či fyzickém životě, které nesouvisí se zdravotním stavem člověka, ale

spíše s jeho věkem. A to je prostor pro implementaci sociálních služeb do jeho života, kde četnost i charakter využívání těchto služeb bude záviset na jeho potřebě.

Jedná se zejména o sociální služby definované v § 39-52 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách (např. osobní asistence, domovy, penziony, pečovatelská služba, stacionáře).

Při hodnocení efektivity systému financování a poskytování sociálních služeb je nutno uplatnit jiné pohledy na hodnocení efektivity služeb sociální péče, než na služby sociální prevence a poradenské služby. Současně je nutno mít na zřeteli, že při hodnocení efektivity systému financování a poskytování sociálních služeb z pohledu státu jsou jiná a z pohledu krajů, měst a obcí jako zřizovatelů převážné většiny jednotlivých zařízení jsou zase jiná na rozdíl od pohledu nestátních neziskových organizací.³⁰

Při hodnocení efektivity nelze opomenout ani vliv rozdílné úrovně vybavenosti jednotlivých regionů sociálními službami, který významným způsobem determinuje možnosti optimálního uspokojení potřeb klienta v závislosti na jeho celkové sociální situaci³¹

Statistika sociálních služeb v ČR má vzestupnou tendenci zaznamenávání ekonomických faktorů v oblasti poskytovatelů a poskytování sociálních služeb.

Tabulka č. 8 Sociální služba poskytovaná v oblastních zařízeních 2010 (kapacita služby).

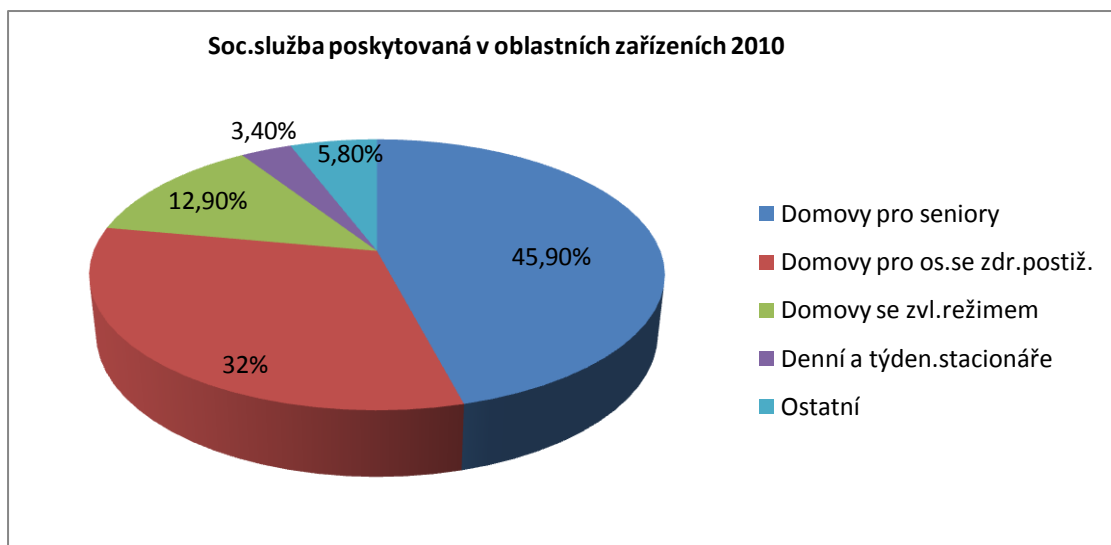
Druh služby (poskytované ve smyslu § 34 zákona č. 108/2006 Sb.)	Kapacita služby	Počet služeb	PŘÍJMY (v tis. Kč)			VÝDAJE (v tis. Kč)		
			CELKEM	z toho		CELKEM	z toho	
				za pobyt	ostatní		neinvestiční	investiční
Domovy pro seniory	17 772	190	4 893 201	2 395 805	2 472 543	5 078 599	4 685 653	393 042
Domovy pro osoby se zdravotním postižením	12 426	165	4 223 482	1 806 108	2 407 194	4 535 213	4 317 434	217 861
Domovy se zvláštním režimem	4 951	89	1 574 708	735 306	832 596	1 612 542	1 546 722	65 865
Denní a týdenní stacionáře	1 312	80	247 118	59 069	188 132	275 898	266 103	9 835
Ostatní	2 286	144	441 060	115 536	324 670	455 973	440 136	15 910
CELKEM	38 747	668	11 379 569	5 111 824	6 225 135	11 958 225	11 256 048	702 513

Zdroj http://www.mpsv.cz/files/clanky/11538/rocenka_2010,87.

³⁰ podrobněji viz: Mertl, J. *Přístupy k hodnocení efektivnosti sociálních služeb v národním hospodářství*. Praha: VÚPSV, 2007. ISBN 978-80-87007-72-3

³¹ viz: Průša, L. *Model optimálního uspořádání sociálních a zdravotních služeb na regionální úrovni*. Praha: VÚPSV, 2006. ISBN 80-87007-36-0

Graf č. 16 Sociální služba poskytovaná v oblastních zařízeních 2010 (kapacita služby)



Zdroj Vlastní zpracování 30.3.2010

Z tabulky č. 8 je zřejmé, že největší počet nabízených sociálních služeb poskytovaných v oblastních pobytových zařízeních je v domovech pro seniory až 190. Na poskytované služby bylo v roce 2010 vynaloženo 2 472 543 tis. Kč.

V obecních zařízeních poskytujících sociální služby jsou nejvíce využívány služby nabízené v domovech pro seniory na které je vynakládáno více než 2 miliardy Kč ročně.

Obecní i oblastní pobytová zařízení jsou co do počtu nabídek i ceny poskytovaných služeb, přibližně na stejné úrovni. Tyto služby jsou nabízeny v domovech pro seniory, kde je zkušený a odborně připravený personál, který je většinou zárukou kvality.

U nestátních zařízení poskytujících sociální služby, jsou to tzv. služby poskytované „ne pod jednou střechou“, je velice široké spektrum nabízených služeb. Počet nabízených služeb je v těchto zařízeních 1639 a je na ně vyčleněna částka 2 233 562 tis. Kč ročně. Kvalita těchto služeb ovšem není nikde evidována, protože se jedná o nestátní sektor, ale v rámci konkurenceschopnosti by nabídka nekvalitních služeb nebyla nijak lákavá pro klienty, proto je možné předpokládat, že kvalita musí být lepší nebo alespoň srovnatelná s ostatními konkurenčními zařízeními.

Z mého šetření vyplývá, že je rozdíl mezi nabídkou služeb ve státních a nestátních subjektech, jak ve spektru poskytovaných služeb, tak v ceně za jejich užívání. I proto je dobré brát v úvahu posláním jednotlivých zařízení, například posláním domova pro seniory je nabídnout přístřeší a prostředí, kde se člověk necítí sám, je mu nabídnuta časově

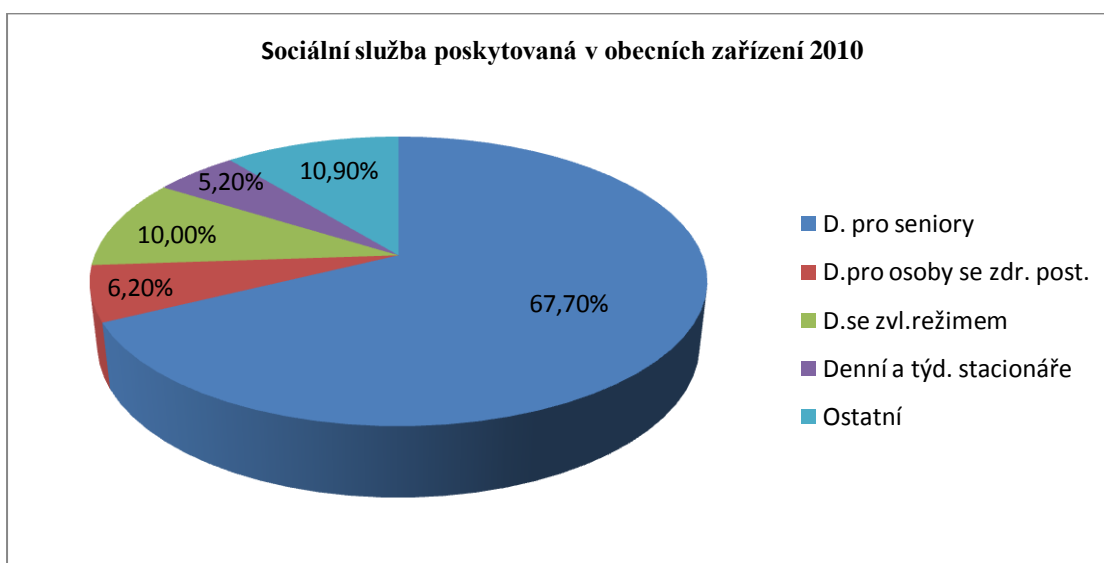
neomezená služba zaměřená na udržení a podporu jeho fyzických a psychosociálních dovedností.

Tabulka č. 9 Sociální služba poskytovaná v obecních zařízeních 2010.

Druh služby (poskytované ve smyslu § 34 zákona č. 108/2006 Sb.)	Kapacita služby	Počet služeb	PŘÍJMY (v tis. Kč)			VÝDAJE (v tis. Kč)		
			CELKEM	z toho		CELKEM	z toho	
				za pobyt	ostatní		neinvestiční	investiční
Domovy pro seniory	15 861	170	4 139 067	1 998 500	2 128 577	4 145 246	4 041 996	103 335
Domovy pro osoby se zdravotním postižením	1 458	31	459 368	199 436	259 316	459 855	455 666	4 204
Domovy se zvláštním režimem	2 352	45	736 949	341 929	394 522	745 444	733 739	11 727
Denní a týdenní stacionáře	1 239	84	291 949	40 568	251 566	292 419	286 231	6 230
Ostatní	2 525	169	287 740	47 463	235 940	313 106	282 487	30 703
CELKEM	23 435	499	5 915 073	2 627 896	3 269 921	5 956 070	5 800 119	156 199

Zdroj http://www.mpsv.cz/files/clanky/11538/rocenka_2010,87.

Graf č. 17 Sociální služba poskytovaná v obecním zařízení 2010 (kapacita služby).



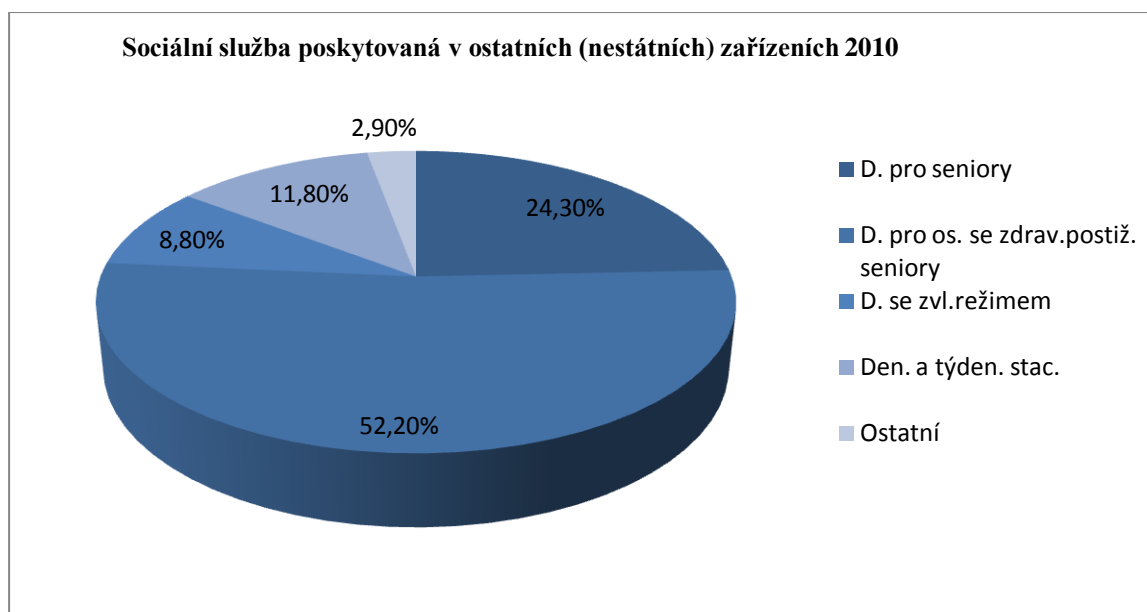
Zdroj Vlastní zpracování 30.3.2012

Tabulka č. 10 Sociální služba v poskytované v ostatních (nestátních) zařízeních 2010.

Druh služby (poskytované ve smyslu § 34 zákona č. 108/2006 Sb.)	Kapacita služby	Počet služeb	PŘÍJMY (v tis. Kč)			VÝDAJE (v tis. Kč)		
			CELKEM	z toho		CELKEM	z toho	
				za pobyt	ostatní		neinvestiční	investiční
Domovy pro seniory	4 185	106	1 358 427	559 460	584 561	1 156 755	1 111 559	45 249
Domovy pro osoby se zdravotním postižením	512	23	168 563	62 183	101 273	187 077	179 626	7 462
Domovy se zvláštním režimem	1 519	42	445 408	224 498	213 326	421 529	413 408	8 142
Denní a týdenní stacionáře	2 026	150	390 056	73 030	309 684	396 028	376 725	19 378
Ostatní	8 986	1 639	2 480 608	200 055	2 233 562	2 461 461	2 395 310	69 143
CELKEM	17 228	1 960	4 843 062	1 119 226	3 442 406	4 622 850	4 476 628	149 374

Zdroj http://www.mpsv.cz/files/clanky/11538/rocenka_2010,87.

Graf č. 18 Sociální služba poskytovaná v ostatních (nestátních) organizacích 2010 (%).



Zdroj Vlastní zpracování 30.3.2012

Tabulka č. 11 Místa v zařízeních sociální péče, jejich využití a pečovatelská služba v České republice (tisíce).

	Domovy důchodců		Penziony pro důchodce		Místa v ústavech sociální péče pro tělesně, smyslově, mentálně postižené		Bytové jednotky v domech s pečovatelskou službou
	místa	využití v %	místa	využití v %	pro dospělé	pro mládež	
1991	31 915	94,2	5 903	91,5	5 187	11 759	15 312
1992	31 669	94,8	6 130	91,5	5 200	12 201	16 199
1993	31 719	94,5	7 291	91,7	5 005	12 244	17 566
1994	32 798	93,9	10 159	86,0	5 882	12 384	18 885
1995	32 305	93,2	11 549	88,1	5 469	12 521	20 463
1996	33 779	95,3	11 969	88,9	5 852	12 803	22 314
1997	34 248	95,6	12 547	89,5	6 009	11 801	23 411
1998	34 931	96,1	12 593	90,5	5 804	10 787	24 505
1999	35 182	96,1	12 131	90,9	6 084	12 468	25 602
2000	36 163	95,6	12 129	90,8	6 341	13 119	25 985
2001	36 230	96,2	12 432	90,4	6 336	13 116	27 327
2002	37 258	96,2	12 370	90,5	6 332	13 176	27 948
2003	38 196	94,8	11 487	97,8	6 871	12 222	27 169
2004	37 319	95,9	11 894	93,7	7 674	11 979	29 039
2005	38 023	98,2	11 701	98,3	9 015	10 762	30 888
2006	38 672	97,1	11 428	99,8	9 872	10 051	29 148
2007 ¹⁾	41 618	95,3	údaje se již nesledují	údaje se již nesledují	údaje se již nesledují	údaje se již nesledují	údaje se již nesledují
2008	37 854	95,8	údaje se již nesledují	údaje se již nesledují	údaje se již nesledují	údaje se již nesledují	údaje se již nesledují
2009	37 272	95,8	údaje se již nesledují	údaje se již nesledují	údaje se již nesledují	údaje se již nesledují	údaje se již nesledují
2010	37 818	95,7	údaje se již nesledují	údaje se již nesledují	údaje se již nesledují	údaje se již nesledují	údaje se již nesledují

Od roku 2007 kategorie "Domovy pro seniory" - v souvislosti s přijetím zákona o sociálních službách došlo ke změně členění a značení druhu zařízení sociálních služeb a z tohoto důvodu údaje předchozích let nenavazují
Zdroj: www.czso.cz/cz/cr_1989_ts/1302.pdf 2011

Tabulka č. 12 Počet lůžek dle skupin sociálních služeb rok 2010 (tisíce).

Služby	Počet lůžek
Sociální péče	66270
- pobytová	65050
- ambulantní	1220
Služby sociální prevence	4680
Celkem	70950

Zdroj: http://www.mpsv.cz/files/clanky/9198/Analyza_fin_SS.pdf 2010

I když by se podle tabulky č. 12 mohlo zdát, že celkový počet lůžek přes 70 tisíc, je veliké množství a je pravděpodobné, že bude uspokojena většina klientů. To ovšem není pravda.

Tabulka č. 13 nám demonstruje zájem o místa v domech pro seniory, který je stále velký a míst je nedostatek.

Služby v domovech pro seniory jsou v současné době dost žádané především u starší populace a jak můžeme vidět v tabulce č. 11, počet uspokojených žadatelů je 37 818 a počet čekatelů je 60 769 z čehož je vidět, že poptávka převažuje nabídku.

Tabulka č. 13 Neuspokojení žadatelé o umístění v domovech důchodců a penzích pro důchodce v České republice 2010			
(v tisících)			
	Dům důchodců		Penzion pro důchodce
	celkem	z toho přednostní a naléhaví	
1989	13 241	údaj se nesledoval	3 638
1990	13 461	údaj se nesledoval	3 846
1991	13 018	údaj se nesledoval	5 472
1992	17 188	údaj se nesledoval	6 645
1993	17 099	údaj se nesledoval	8 069
1994	17 009	údaj se nesledoval	9 493
1995	18 549	5 715	12 364
1996	21 609	6 569	14 980
1997	23 454	7 146	17 612
1998	25 431	7 110	18 443
1999	27 243	7 523	19 678
2000	28 784	6 816	20 652
2001	34 763	9 227	22 148
2002	33 283	7 771	17 601
2003	50 192	9 009	25 389
2004	38 220	6 474	17 930
2005	43 187	7 696	17 304
2006	50 929	7 135	21 032
2007	48 131	1) údaj se již nesleduje	údaj se již nesleduje
2008	52 953	2) údaj se již nesleduje	údaj se již nesleduje
2009	63 913	2) údaj se již nesleduje	údaj se již nesleduje
2010	60 769	2) údaj se již nesleduje	údaj se již nesleduje

1) Od roku 2007 kategorie "Domovy pro seniory" - v souvislosti s přijetím zákona o sociálních službách došlo ke změně členění a značení druhu zařízení sociálních služeb a z tohoto důvodu údaje předchozích let nenavazují

2) předběžný údaj

Zdroj: www.czso.cz/cz/cr_1989_ts/1302.pdf 2011

7.1. Financování sociální služby

Financování sociálních služeb je z veřejného rozpočtu státu, kraji a obci.

Tabulka č. 14 **Dotace jednotlivých krajů 2011 – 2012** (mil.).

Zdroj: MPSV 2011 <http://www.mpsv.cz/files/clanky>

Kraj	Dotace 2011	Dotace 2012*	Celkový příjem poskytovatelů služeb 2011	Výdaj kraje na sociální služby 2011	Podíl kraje na financování služeb v %
Praha	451,93	441,39	3281,08	468,65	14,28
Jihočeský	413,99	386,02	1641,25	46,20	2,81
Jihomoravský	552,46	541,94	2600,07	147,76	5,68
Karlovarský	202,36	203,53	704,93	29,80	4,23
Královéhradecký	304,11	314,91	1388,97	142,79	10,28
Liberecký	240,39	230,33	896,89	103	11,48
Moravskoslezský	680,87	731,55	3116,44	36,78	1,18
Olomoucký	470,39	461,13	1776,03	180,23	10,15
Pardubický	320,34	299,38	1296,02	80,40	6,20
Plzeňský	277,74	278,81	1228,12	59,44	4,84
Středočeský	689,80	608,19	2661,84	147,35	5,54
Ústecký	526,72	563,22	2349,42	167,91	7,15
Vysočina	324,52	306,76	1172,77	77,76	6,63
Zlínský	429,46	419,74	1456,42	18,89	1,30
Celkem	5885,08	5786,90	25.570,25	1706,96	6,68**

Dotace ze státního rozpočtu představují jeden z nejvýznamnějších zdrojů financování sociálních služeb. Tyto dotace jsou určené k financování běžných výdajů, které souvisejí s poskytováním sociálních služeb. O dotaci se žádá a dotaci lze poskytnout pouze poskytovateli sociální služby, který má oprávnění k poskytování sociálních služeb (registraci) nebo je zapsán v registru poskytovatelů sociálních služeb. Dotace ze státního rozpočtu se poskytuje na úhradu nezbytně nutných nákladů provozované sociální služby. Poskytovatel sociální služby smí prostředky dotace ze státního rozpočtu použít pouze na úhradu nákladů na poskytování základních druhů a forem sociálních služeb v rozsahu stanoveném základními činnostmi podle zákona o 108/2006 o sociálních službách. Dotace se neposkytuje na zajištění fakultativních činností.

Z poskytnuté dotace lze hradit osobní náklady včetně odvodů zdravotního a sociálního pojištění, které hradí zaměstnavatel za zaměstnance, a také provozní náklady, nezbytné pro poskytování sociálních služeb, které jsou identifikovatelné, účetně

evidované, ověřitelné, podložené originálními dokumenty a uvedené v rozpočtu schválené žádosti a jejich výše nepřesahuje obvyklou výši v daném místě a čase. Jejich podrobný výčet uvádí metodika MPSV k poskytování dotací.³²

Z poskytnuté dotace poskytovatel sociální služby nesmí hradit například náklady na pořízení nebo technické zhodnocení dlouhodobého hmotného a nehmotného majetku, odpisy majetku, dále daně a poplatky, DPH a další náklady vymezené ministerstvem jako náklady neuznatelné.

Žádost o dotaci se posuzuje na základě dvou kritérií a to přiměřenost a hospodárnost rozpočtu sociální služby, kde se posuzuje finanční náročnost poskytované sociální služby vzhledem k příslušnému druhu sociální služby při přepočtu na 1 jednotku (lůžko, uživatele, kontakt). Posuzuje se také zajištění dalších zdrojů financování služby a možností poskytovatele sociální služby zajistit financování sociální služby z jiných zdrojů, což mohou být prostředky poskytované z Evropského sociálního fondu a různých dotačních titulů. U služeb domovů pro seniory, domovy pro osoby se zdravotním postižením, domovy se zvláštním režimem a týdenní stacionáře se při posuzování žádosti přihlíží k tomu, zda a v jaké výši je poskytovaná zdravotní péče hrazena z veřejného zdravotního pojištění. V případě výše uvedených služeb musí být v rozpočtu tento zdroj financování služby vždy uveden³³.

³² <http://www.mpsv.cz/cs/746>, (2009)

³³ www.mpsv.cz/files/clanky/11280/metodika_040112.pdf (2006)

Tabulka č.15 **Přehled zdrojů financování sociálních služeb v roce 2010** (mil., %).

Zdroje financování	Celkový součet	Celkem v %	služby sociální péče	služby sociální prevence	služby sociálního poradenství
Dotace MPSV 2010	6 657 714 000	29,27%	27,50%	43,49%	56,03%
Příspěvky od úřadů práce	78 026 989	0,34%	0,25%	1,26%	1,11%
Dotace od obcí	589 966 448	2,59%	1,90%	9,37%	8,86%
Příspěvek zřizovatele - obce	1 647 673 022	7,24%	7,77%	1,70%	3,95%
Příspěvek zřizovatele - kraje	1 019 892 383	4,48%	4,71%	1,47%	5,51%
Úhrady od uživatelů	10 192 162 329	44,81%	49,13%	4,27%	0,67%
Fondy zdravotních pojišťoven	1 023 975 222	4,50%	4,95%	0,26%	0,14%
Resorty státní správy celkem	156 635 999	0,69%	0,06%	7,35%	4,41%
Dotace od krajů	407 849 291	1,79%	0,93%	10,53%	8,31%
Strukturální fondy	112 772 843	0,50%	0,09%	4,73%	2,82%
Jiné zdroje	860 652 008	3,78%	2,71%	15,57%	8,18%
Celkem	22 747 320 534	100%	100%	100%	100%

Zdroj: financování sociálních služeb MPSV, 2010, s.27

Další finanční zdroj tvoří příspěvek na péči (jak již bylo popsáno v předchozí kapitole) jedná se o péči o vlastní osobu a je hodnocena schopnost zvládat úkony vyjmenované v zákoně o sociálních službách. Příspěvek je vyplácen ve čtyřech úrovních, přičemž pro cílovou skupinu seniorů (obecně osoby nad 18 roků je určen takto:

1. stupeň I – „lehká závislost nastává, jestliže osoba potřebuje každodenní pomoc anebo dohled při více než 12 úkonech péče o vlastní osobu. Výše příspěvku je **800 Kč** podle novely zákona o sociálních službách, která vešla v platnost v roce 2011. Do té doby byla výše příspěvku v prvním stupni závislosti **2000 Kč**“

2. stupeň II – „středně těžká závislost – péče nebo dohled při více než 18 úkonech péče o vlastní osobu. Výše příspěvku je **4 000 Kč**“

3. stupeň III – „těžká závislost – je přiznáván těm osobám, které z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu potřebují pomoc a dohled při více než 24 úkonech péče o vlastní osobu. Výše příspěvku je **8 000Kč**“

4. stupeň IV – „úplná závislost – tento příspěvek ve výši **12 000 Kč** je přiznáván těm osobám, které potřebují každodenní pomoc nebo dohled při více než 30 úkonech péče o vlastní osobu.“

O přiznání příspěvku na péči a o jeho stupni rozhoduje sociální odbor obce s rozšířenou působností na základě sociálního šetření v přirozeném prostředí posuzované osoby, podle nálezu ošetřujícího a vyšetření posuzujícího lékaře.

Tabulka č. 16 **Příspěvek na péči dle věku a stupně závislosti** (indexace na 10 000 obyvatel, a to vždy v dané věkové kategorii) **rok 2010.**

index	Index v I. stupni	Index v II. stupni	Index ve III. stupni	Index v IV. stupni	Index celkem
Děti do 18 let	40	25	33	33	131
Dospělí 19 až 65	31	32	22	12	86
Senioři 66 až 75	20	149	84	42	476
Senioři 76 a více	1033	738	462	277	2510

Zdroj : MPSV 2010, http://www.mpsv.cz/files/clanky/11644/brozura_CZ_05.pdf

Tabulka č. 17 **Vývoj počtu vyplácených důchodů 2006-2010.**

Rok	Starobní důchod (tis.)	Podíl ze všech důch(%)
2006	2024	60,3
2007	2061	60,7
2008	2102	61,1
2009	2147	61,7
2010	2306	65,7

Zdroj : MPSV 2010 http://www.mpsv.cz/files/clanky/11644/brozura_CZ_05.pdf

Nákladovost – u pobytových sociálních služeb se hovoří o nákladovosti jako o ukazateli vyjadřujícímu náklady na jednoho klienta, jedno lůžko a podobně. Z analýzy MPSV (2010, s. 15) vyplývá, že nákladovost sociálních služeb a služeb sociální péče se liší náročností péče zajišťovanou jednotlivým klientům. Uživatelé s vyšší mírou závislosti na pomoci jiné fyzické osoby (např. stupeň závislosti III. a IV.) vyžadují pro zajištění svých potřeb jiný - specifitější druh činnosti a poskytované péče než uživatelé služeb s nízkou mírou závislosti, což souvisí s přiznaným stupněm příspěvku na péči.

U pečovatelské služby činí průměrné náklady na službu celkově **3 772 063 Kč**, a v domovech pro seniory **21 359 846 Kč**. Průměrné náklady na lůžko/měsíc **v domově pro seniory** je **19 891Kč - 22 841Kč**. Rozdíly v nákladovosti za služby je také bráno v úvahu geografická poloha služby v rámci ČR, technický stav budov, stáří budov, struktura uživatelů sociálních služeb, personální zabezpečení jednotlivých typů služeb, strava a mnoho dalších faktorů.

Tabulka č. 18 Celkové průměrné roční provozní náklady v domovech seniorů v závislosti na stáří budovy 2008.

stáří budovy	průměrné roční provozní náklady (v tis. Kč)
100 a více let	17 300,40
51 - 100 let	11 158,04
21 - 50 let	27 025,88
11 - 20 let	22 336,71
6 - 10 let	20 348,77
do 5 let	23 188,00

Pramen: Studie mapující vývoj investic v oblasti zabezpečení kapacit domovů pro seniory do roku 2015 v Jihočeském kraji, KP projekt, České Budějovice 2008

U pobytové služby v domově pro seniory (na rozdíl od pečovatelské služby) se úhrada za péči stanoví při poskytnutí pobytových služeb ve výši přiznaného příspěvku a maximální výše úhrady za ubytování a stravování je daná zákonem, jeho výše činí 180 Kč za ubytování a 150 Kč za stravu na den, včetně provozních nákladů. Přitom je nutné, aby klientovi zůstalo 15 % jeho příjmu. Pokud bychom stanovili poplatky za stravu a ubytování v maximální výši, bude úhrada činit 9 900 Kč/měsíc. Takové platby by však byly z hlediska výše důchodu pro většinu seniorů nepřijatelné. Přesná kalkulace poplatků za stravu a ubytování je závislá na ceně za celodenní stravování (závisí na dodavateli), ceně bydlení (cena tepla, vodného a stočného) a na skutečné ceně oprav. Tato cena je závislá společně s cenou za teplo na stáří a vybavenosti budovy.

Dalším příjmem za péči v domově pro seniory je celý příspěvek na péči, tj. 8 000 Kč v případě III. stupně závislosti a 12 000 Kč v případě IV. stupně závislosti.

Ve Vyhlášení dotačního řízení MPSV ČR pro rok 2011 v oblasti poskytování sociálních služeb stanoví MPSV průměrné výše úhrad u jednotlivých sociálních služeb. Pro pečovatelskou službu je tato úhrada dána ve výši 60 Kč za hodinu, v domovech pro seniory což znamená příjem 13 000,-Kč na uživatele/lůžko na měsíc. Úhrady jsou pojmenovány jako průměrné, ale současně minimální požadované.

Další minimální průměrnou výši úhrady z veřejného zdravotního pojištění je od jednoho uživatele domova pro seniory ve stupni závislosti III. nebo IV. příspěvek na péči, který činí 3 000,- Kč na měsíc. Pokud budu vycházeno z výše uvedených stanovených čísel, bude průměrný příjem klienta domovu pro seniory ve výši 16 000 Kč (13 000 Kč v podobě úhrad a příspěvku na péči a 3000 Kč od zdravotní pojišťovny) za měsíc.

Skutečné příjmy budou ovšem záviset i na dalších faktorech jako například na stupni závislosti klientů z hlediska příspěvku na péči. Předpokládáme, že klienti budou pobírat spíše příspěvek na péči ve stupni závislosti III. a IV. Soběstační klienti budou častěji využívat pečovatelské služby, čímž nadále budou moci pobývat v domě s pečovatelskou službou nebo ve své domácnosti, kde jsou zvyklí.

Tabulka č. 19 **Náklady na lůžko Kč 2011** (v tis.).

Působnost/Kraj	Počet lůžek	Náklady celkem	Náklady na lůžko za rok	Náklady na lůžko za měsíc
Celostátní	625	149 185 000	238 696	19 891
Hlavní město Praha	2 471	726 052 777	293 830	24 486
Liberecký	928	273 366 193	294 576	24 548
Královéhradecký	2 230	600 406 952	269 241	22 437
Jihočeský	2 880	798 264 955	277 175	23 098
Jihomoravský	2 985	818 165 825	274 092	22 841
Karlovarský	887	235 964 471	266 025	22 169
Moravskoslezský	4 798	1 320 101 044	275 136	22 928
Olomoucký	2 517	695 407 532	276 284	23 024
Pardubický	1 877	490 328 736	261 230	21 769
Plzeňský	1 746	415 438 605	237 937	19 828
Středočeský	4 706	1 196 961 717	254 348	21 196
Ústecký	4 124	950 998 629	230 601	19 217
Vysočina	2 149	553 907 545	257 751	21 479
Zlínský	2 773	665 058 681	239 834	19 986

Zdroj: MPSV, http://www.mpsv.cz/files/clanky/11644/brozura_CZ_05.pdf

Finanční náklady v domovech pro seniory jsou v různých krajích rozdílné. Důvod takovýchto rozdílů je možné spatřit v neinvestičních nákladech, z kterých je cena za jedno lůžko odvozována. Nejmenší náklady na jedno lůžko jsou v Ústeckém kraji, kde se cena za lůžko pohybuje v průměru ve výši 19 217 Kč. Nejnákladnější domovy pro seniory mají v Libereckém kraji, kde je cena lůžka 24 548 Kč a tak si uživatelé služeb v Libereckém kraji musí za lůžko připlatit o 5 331 Kč měsíčně víc než v kraji Ústeckém a o 4 657 Kč více než je průměr nákladů v ČR, dle tabulky č. 15.

Důvody těchto rozdílů mohou být různé. Může to být zapříčiněno managementem a jeho nesprávným hospodařením, nedostatečnými zkušenostmi s hospodařením, nákladné služby na údržbu provozních zařízení, velké výdaje na opravy budov, ve kterých se domovy seniorů v kraji nacházejí, spotřebě energií, nebo v investicích do lidských zdrojů a vzdělávání personálu.

Struktura nákladů musí být sledována z pohledu efektivity zajišťování základních činností daného druhu sociální služby zvláště pro náklady **osobní**, do nichž jsou zahrnuty i mzdové prostředky a náklady **provozní**.

Na první pohled je z tabulky č. 16 jasné, kde jsou nedostatky, které bude nutné v Libereckém kraji odstranit. Při 61% **osobních** nákladů je buď jasné selhávání managementu, nedostatečnost v kontrolních mechanismech, nebo zatím málo kvalifikovaný personál, kde vysoké náklady jsou důsledek přeškolení a zkvalitňování personální základny, čímž je možno předpokládat, že v případě vyškolení daného personálu na požadovanou úroveň, se osobní náklady budou snižovat a tím se zefektivní a sníží náklady a přiblíží se celorepublikovému průměru.

Tabulka č. 20 **Specifikace druhu nákladů 2011** (mil., %)

Druh služby	Náklady celkem	Náklady osobní v %	Náklady provozní v %
domy na půl cesty	23 666 505	66%	34%
domovy se zvláštním režimem	2 653 824 935	64%	36%
domovy pro seniory	9 889 608 662	61%	39%

Zdroj MPSV, http://www.mpsv.cz/files/clanky/11644/brozura_CZ_05.pdf

Skladba příjmů domova pro seniory je závislá na příjmu klienta, to znamená, na výši jeho starobního důchodu. Jak již bylo řečeno, klientovi musí ze zákona (108/2006 Sb.) zůstat minimálně 15% příjmu. Pokud by úhrady na ubytování a stravu byly stanovené v maximální možné výši **9 900 Kč** a klient by pobíral starobní důchod ve stejné výši 9 900 Kč, znamenalo by to pro zařízení doplácet klientovi měsíčně 1 345 Kč, jako tzv. kapesné, bez ohledu na jeho další majetek nebo příjmy a možnosti jeho rodiny.

Je jistě neetické přijímat do zařízení klienty podle výše příspěvku na péči nebo podle výše starobního důchodu. Ovšem v praxi zařízení pobytových služeb podobné přístupy více či méně otevřeně používají. Někteří poskytovatelé si slibují možnost vyšších příjmů od novely zákona ve smyslu odstranění maximálních limitů. (Hanuš, 2011)

V návrhu novely zákona o sociálních službách je změna systému úhrad, a to zejména tím, že se ruší povinný zůstatek. Zůstává stanovení maximálního stropu pro úhradu za jednotlivé základní činnosti podle právního předpisu.

Vzhledem k nutnosti ponechání tzv. kapesného ve výši 15% z důchodu a vzhledem k výši starobního důchodu, nezdá se být zrušení limitů jako cesta ke zvýšení příjmů domova pro seniory. Průměrný starobní důchod v České republice činil podle údajů Českého statistického úřadu v roce 2010, **10 093Kč**. U mužů to bylo **11 240 Kč** a u žen byl průměrný starobní důchod **9 189 Kč**.

Cestou ke zvýšení příjmů by mohla naopak být zákonná možnost využívat pro financování pobytu v domově pro seniory také majetku (vkladní knížky, příjmy získané např. prodejem domu apod.) nebo podílu rodiny (až to bude proveditelné).

Významnou složkou příjmů domovů pro seniory jsou také úhrady zdravotních pojišťoven což (dle interního šetření bylo zjištěno), bylo shledáno jako dlouhodobý problém. Pokud by se změnila metodika zdravotních pojišťoven ve smyslu uznávání odborných zdravotních úkonů v zařízeních sociálních služeb, bylo by možné zvýšit příjmy domovů pro seniory a lépe zaplatit kvalifikovaný zdravotnický personál, snížit náklady na jedno lůžko nebo postupně rozšiřovat kapacitu domova pro seniory.

Nejvýznamnějším příjmem **domova pro seniory** jsou již zmíněné dotace Ministerstva práce a sociálních věcí. Pro porovnání je třeba uvést, že na domy s pečovatelskou službou, které nejsou sociální službou, nelze dotaci MPSV žádat. Z výsledků dotačního řízení pro rok 2011 vyplývá, že u domovů pro seniory byla průměrná výše dotace 3 670 000 Kč. Pro zřizovatele znamená možnost získání vyšší dotace značné výhody.

Tabulka č. 21 **Relace průměrného důchodu k průměrné mzdě 2010 (tis.).**

	Průměrný důchod ¹⁾	Průměrná mzda		Relace důchodu ke mzdě (%)	
		hrubá ²⁾	čistá ³⁾	hrubé	Čisté
1995	3 578	8 172	6 318	43,8	56,6
1996	4 213	9 676	7 520	43,5	56,0
1997	4 840	10 696	8 308	45,3	58,3
1998	5 367	11 693	9 090	45,9	59,0
1999	5 724	12 655	9 842	45,2	58,2
2000	5 962	13 490	10 447	44,2	57,1
2001	6 352	14 640	11 324	43,4	56,1
2002	6 830	15 711	12 082	43,5	56,5
2003	7 071	16 769	12 807	42,2	55,2
2004	7 256	17 882	13 601	40,6	53,3
2005	7 728	18 809	14 252	41,1	54,2
2006	8 173	20 050	15 506	40,8	52,7
2007	8 736	21 527	16 509	40,6	52,9
2008	9 347	23 280	17 714	40,2	52,8
2009	10 027	24 091	18 665	41,6	53,7
2010	10 093	24 526	18 962	41,2	53,2

¹⁾ průměrný důchod je měsíční průměr sólo vyplácených starobních důchodů v roce

²⁾ jako průměrná hrubá mzda je uveden všeobecný vyměřovací základ (§17 odst. 2 zákona č. 155/1995 Sb.) stanovený nařízením vlády.

³⁾ průměrná čistá mzda je průměrná hrubá mzda snižená o této mzdě odpovídající daň z příjmu a o pojistné zdravotního a sociálního pojištění

Charakter bydlení v domech s pečovatelskou službou je jiný, než je charakter bydlení v domovech seniorů. V domovech s pečovatelskou službou si náklady spojené s bydlením **hradí nájemník** sám z důchodu. Jak již bylo zmíněno, na domovy s pečovatelskou službou není možno žádat dotace, ale to neznamená, že by o seniory nebylo postaráno tak, aby jim nebyl snížen životní standard, nebo aby byla snížena jejich životní úroveň. Senioři bydlící v domovech s pečovatelskou službou mají také nárok na příspěvek na sociální služby a na bydlení z rozpočtu obce. O příspěvek na bydlení můžou požádat v případě, kdy důchod seniora je nižší než celorepublikový průměr, který v roce 2010 činil 10 093 Kč, a výdaje například za léky jsou vysoká a seniorovi zůstane měsíčně méně finančních prostředků, než je životní minimum. Další příspěvky, na které senioři mají nárok, jsou příspěvky na sociální služby.

Podstatou sociální služby je zlepšení kvality života sociálně znevýhodněným spoluobčanům respektive je v maximální možné míře začlenit do společnosti, nebo společnost chránit před rizikem, kterým jsou tito lidé nositeli.

U pečovatelské služby nedává výpočet nákladů na jednoho uživatele smysl, protože, každý uživatel má zcela individuálně plánované úkony a služby, které jsou u něho prováděné dle jeho **individuálních** potřeb. Takže například k jednomu klientovi chodí pečovatelka několikrát během dne, k jinému jednou za týden na domluvený počet hodin.

Cena za jednotlivé služby, kde měrnou jednotku činí jedna hodina práce pečovatelky je dána sazebníkem - sazba za úkon například 100 Kč. Úkony, kde jednotkou je jeden úkon, například dovoz oběda, je stanovena maximální úhrada od klienta ve výši například 20,-Kč. Jinou hodnotu má úkon praní prádla, vykazuje se podle kilogramů vypraného prádla, tato sazba může být například 50,- Kč. Sazby jsou určovány individuálně podle poskytovatele.

Analýza této služby je proto dosti složitá a přes veškerou snahu MPSV o její zprůhlednění se to zatím nepodařilo úspěšně realizovat. Tímto zjištěním by MPSV chtělo vyhodnotit nejen kvalitu za vynaložené prostředky, ale také celkovou návratnost vynaložených prostředků. Zatím podle hrubých odhadů a bez průkazných materiálů je celková návratnost v rozmezí **20 – 35%**, což je dost málo.

Většina uživatelů tyto dávky nepovažuje za prostředky určené na úhradu (nákup) služby tedy na udržení životní úrovně, ale spíše jako „přilepšení k důchodu.“ Abychom zjistili skutečně vynaložené prostředky domovů na službu, je třeba vedle nákladů porovnat také příjmy, ať již od klientů nebo z jiných zdrojů.

7.2. Zjištěné výsledky a návrh na řešení

Mnoha průzkumy a šetřeními, bylo zjištěno, že příspěvky poskytované na sociální služby se nevracejí v takové míře do „sociálního koše“ jak se původně předpokládalo. Protože se efektivita využívání poskytovaného příspěvku na péči nedá přesně analyzovat, podle hrubého odhadu, návratnost prostředků vynaložených na sociální služby je v rozmezí pouhých 20-35%. Proto je potřebné najít nějaké řešení, které by zajistilo, že příspěvek na sociální služby uživatelé budou využívat na zvýšení svého blahobytu a kvality svého života a ne například k „podpoře příbuzných.“

Proto, aby se zvýšila návratnost alespoň na 80-95 %, což by v současné situaci, kdy se sociální systém potýká s nedostatkem financí, bylo vynikající, musíme najít nějaké řešení.

Řešením by mohlo být zavedení „poukázek“, (s příchodem nové generace i čipových karet), čímž by se zabránilo využívání příspěvku na sociální služby k jiným účelům, než ke kterým je tento příspěvek určen.

Také by vznikly podklady pro vyhodnocování kvality poskytovatelů služeb, kvality vykonaných služeb a četnost jejich využívání.

Poukázky by nahradili finanční prostředky vyplácená seniorům a sloužili by k nefinančnímu plnění za poskytované služby.

Muselo by dojít ke změně adresáta částky poskytnuté na příspěvek, kde by příjemcem nebyl daný senior, ale provozovatel domova s pečovatelskou službou. Zde by částka byla v pravidelných intervalech zasílána na účet pod variabilním symbolem, který jednoznačně bude identifikovat osobu pro kterou je příspěvek určen (například rodné číslo).

V pravidelných intervalech by provozovatel domova, navštívil uživatele (nebo dle dohody s uživatelem) a předložil by mu seznam (viz. Tab. č. 22) poskytovaných služeb včetně cenové kalkulace. Tyto seznamy by bylo možno umístit na veřejně přístupném prostoru v daném domově s pečovatelskou službou a rovněž na internetových stránkách.

Takovéto seznamy (přehledy) poskytovaných služeb, mohou sloužit jako vodítko při výběru konkrétního domova s pečovatelskou službou pro svůj budoucí bydlení. Rovněž, poskytují rodinným příslušníkům přehled poskytovaných služeb, čímž vzniká prostor pro možnost přispívání rodinných příslušníků, nebo samotných uživatelů na „nákup“ dalších služeb nad rámec hodnoty příspěvku na péči.

Uživatel by si v pravidelných intervalech sám zvolil poskytnuté služby v předepsané hodnotě do výše svého příspěvku na péči, popřípadě se rozhodne o dokoupení si služeb nad rámec výše příspěvku na péči. Po takovémto výběru, dojde k vytištění poukázek s jasnými identifikátory (v budoucnu naprogramování čipové karty), které budou předány místo hotovosti danému uživateli.

Následkem tohoto bude jednoznačná identifikace poskytnutých služeb za příspěvek na péči a bude zabezpečena zpětná kontrola jeho využívání. Poskytovatel vybraných služeb budou při fakturaci svých služeb předkládat poukázky s jasně identifikovatelným znakem konkrétního domova a uživatele. Takovýto systém zabrání fakturaci neprovedené práce a bude sloužit jako první stupeň kontroly účelného vynakládání finančních prostředků určených na sociální služby.

V případě zjištění pochybení na straně poskytovatele služby (stížnosti ze strany uživatelů, špatná fakturace) může provozovatel domova s pečovatelskou službou navrhnout na vypovězení smlouvy o poskytování služeb, a vyhledat jiného poskytovatele ve svém regionu. Tím bude zabezpečeno konkurenční prostředí a dojde ke zvýšení efektivity, kvality a snížení cen v regionu při zachování vysoké úrovně kvality poskytovaných služeb.

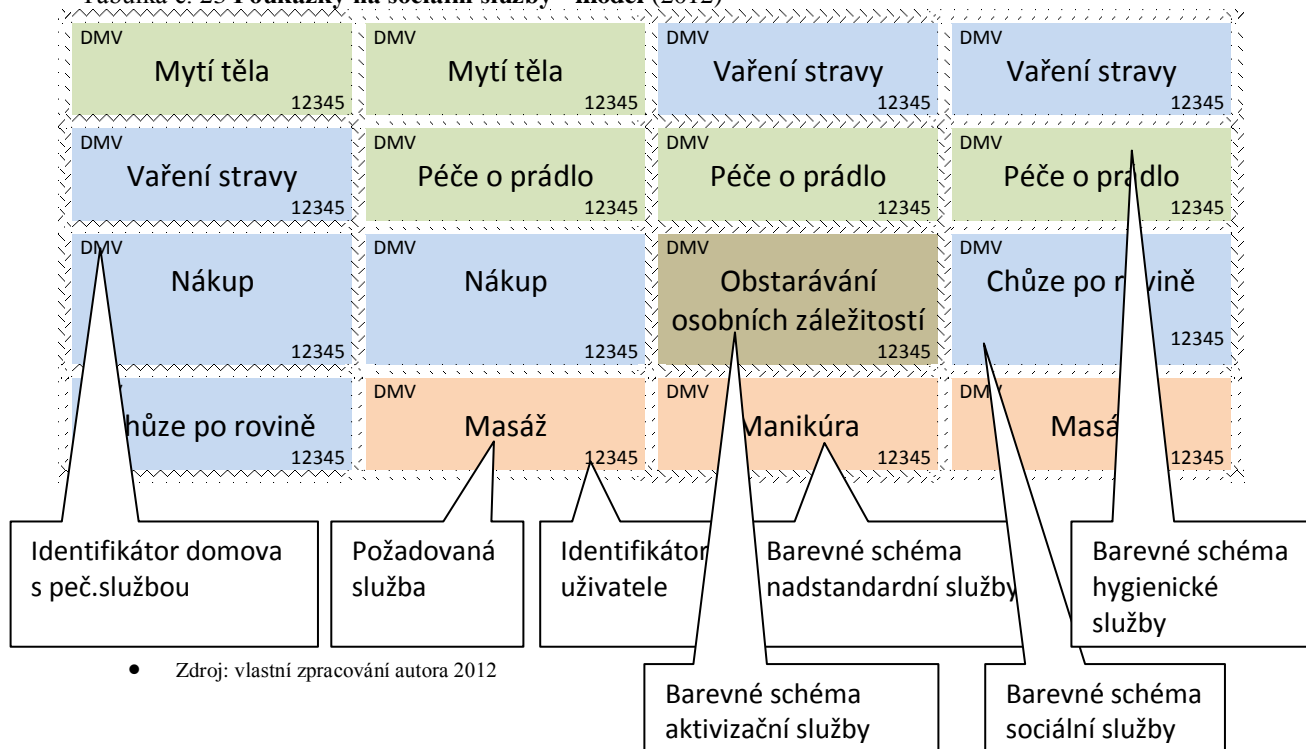
Před zavedením tohoto systému, by bylo vytipováno několik vzorových domovů s pečovatelskou službou z různých regionů, a po dobu alespoň dvou let, by se systém otestoval v praxi a našlo by se nejvhodnější řešení vzhledu poukázek, stanovení horních hranic pro jednotlivé služby v závislosti na regionu a došlo by k vytvoření systému jasné kontroly a zpětné vazby.

Tabulka č. 22 Seznam poskytovaných služeb včetně cenové kalkulace - model (2012)
Cenové kalkulace

Poskytované služby		/ za jeden úkon (Kč)	Požadují
Hygienické	Péče o vlasy, nehty, holení,	80,-	
	Koupání, sprchování	120,-	
	Mytí těla	110,-	2x
	Výkon fyziologické potřeby včetně hygieny	120,-	
	Oblékání, svlékání, obouvání, zouvání	30,-	
	Dodržování léčebného režimu	30,-	
	Provádění jednoduchého ošetření	20,-	
	Výběr oblečení, jeho správné vrstvení	20,-	
	Péče o prádlo	100,-	2x
	Přepírání drobného prádla	70,-	
	Běžný úklid v domácnosti	40,-	
	Udržování pořádku v domácnosti, nakládání s odpady	60,-	
	Sociální	Nakládání s penězi nebo jinými cennostmi	400,-/měsíc
Komunikace slovní, písemná, neverbální		15,-	
Příprava stravy		45,-	
Vaření, ohřívání jednoduchého jídla		75,-	3x
Chůze po rovině		10,-	2x
Chůze po schodech nahoru a dolů		30,-	
Obstarávání potravin a běžných předmětů (nákup)		40,-	2x
Aktivizační	Orientace v přirozeném prostředí	30,-	
	Orientace vůči jiným fyzickým osobám	40,-	
	Přemísťování předmětů denní potřeby	20,-	
	Obsluha běžných domácích spotřebičů	20,-	
	Vstávání z lůžka, uléhání, změna poloh	10,-	
	Sezení, schopnost vydržet v poloze v sedě	30,-	
	Drobné věci v domácnosti	30,-	
	Manipulace se zámky, otevírání, zavírání oken a dveří	10,-	
	Obstarávání osobních záležitostí	50,-	1x
	Uspořádání času, plánování života	60,-	
Nadstandard	Masáž	150,-	2x
	Pedikúra	150,-	
	Manikúra	150,-	1x
	Aromaterapie	150,-	
	Návštěva divadla	Dle nabídky	
	Návštěva kina	Dle nabídky	
	Společník/společnice	300,-	
	Individuální požadavek	Řešeno individuálně	
Cena	Za poskytnuté služby		1245,-

- Zdroj: vlastní zpracování autora 2012

Tabulka č. 23 Poukázky na sociální služby - model (2012)



V tabulce č. 23 je navrhnutý vzhled poukázek. Jejich barevné rozlišení je stejné jako pojmenování jednotlivých kategorií poskytovaných služeb, to zabezpečí snadné statistické vyhodnocení a snazší orientaci seniorů při výběru služby v barvách. Poukázky je možno vytisknout na jakékoli barevné tiskárně, která je již standardním vybavením každé kanceláře, jediným nákladem bude spotřební materiál tedy papír a inkoust.

Ve výše prezentovaném modelu jsme se zaměřili na uživatele v I. stupni závislosti s příspěvkem ve výši 800Kč měsíčně. Uživatel si ovšem zvolil i nadstandardní služby, za které si doplatil požadovanou částku z vlastních zdrojů.

V případě uživatele II. nebo III. stupně závislosti by se mu v tomto případě převedla nevyčerpaná část příspěvku do následujícího měsíce, kde bude moci navýšit částku příspěvku na péči o nevyčerpanou část z předešlého měsíce.

8. Závěr

Analýza výsledků dotačního řízení provedena v roce 2007, prokázala, že při poskytování dotací na jednotlivé typy sociálních služeb existují značné regionální rozdíly, což nasvědčuje tomu, že došlo k narušení základních principů dotačního řízení tak, jak byly definovány v r. 2000.

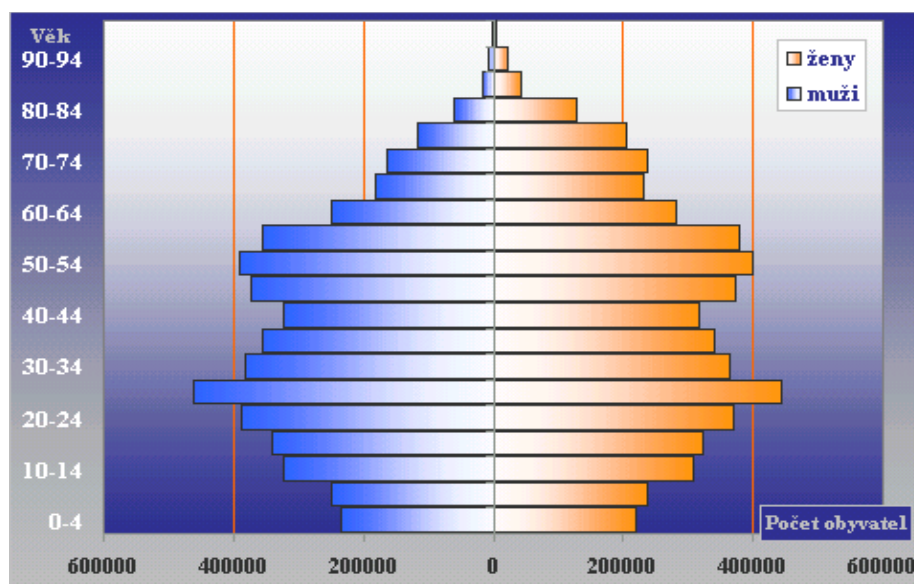
Tento poznatek potvrdily i diskuse, které se uskutečnily v průběhu roku 2007 v souvislosti s analýzou prvních zkušeností z aplikace zákona o sociálních službách v praxi.

V dlouhodobém časovém horizontu bude významným způsobem stárnutí populace determinovat **efektivitu** poskytování sociálních služeb.

Z poznatků získaných v rámci mezinárodní komparace vybavenosti vybraných zemí pobytovými a terénními sociálními službami vyplývá, že v následujícím období lze i v naší zemi očekávat především další rozvoj terénních sociálních i zdravotních služeb jako **efektivní** alternativu v sociálních služeb poskytovaných v současné době státní správou.

Vzhledem k očekávaným demografickým trendům je však nutno - při zachování stávajících relací vybavenosti - počítat s tím, že do r. 2050 bude nutno počet míst v domovech seniorů v relaci na 1 000 osob starších 80 let zvýšit o cca 170% a počet osob, které budou požadovat vzhledem k jejich zdravotnímu stavu alespoň pečovatelské služby v relaci na 1 000 osob starších 65 let, by vzrostl ve stejném období cca 2x. Tento fakt bude pravděpodobně pro stát jako hlavního poskytovatele sociálních služeb, finančně a organizačně náročný až neřešitelný.

Graf č. 19 Očekávaný vývoj celkového počtu obyvatel, všechny varianty, 2002-2050 (v tis.)



<http://praha.vupsv.cz>, 2005

Vzhledem k výše uvedeným skutečnostem jsem přesvědčena, že z důvodu zabezpečení kvality a efektivity sociálních služeb v domovech pro seniory bude muset dojít k určitým změnám z důvodu nárůstu počtu uživatelů těchto služeb.

V současné době příspěvek na péči určený seniorům žijící v domově pro seniory náleží příslušnému domovu pro seniory, který svým klientům za tento finanční příspěvek poskytuje sociální služby (strava, praní,...) a také odbornou zdravotní péči. V těchto zařízeních je příspěvek využíván na 100% k uspokojení potřeb a zvýšení blahobytu klientů a nehrozí tady nebezpečí nevyužívání příspěvků nebo dokonce jejich zneužívání pro jiné účely než na to, na co jsou určeny, co je zabezpečeno odborných vypslostí a dovedností licencovaného personálu pracujícího v těchto zařízeních.

Z hlediska dalšího demografického a politického vývoje společnosti, bude situace zabezpečení kvality, efektivity a úrovně sociálních služeb složitější a náročnější, proto vidím řešení této situace ve větší spoluúčasti uživatelů na těchto službách a s vyšší účastí soukromého sektoru v tomto odvětví, čímž se stát nebude podílet v tak velké míře na financování těchto služeb, ale bude jen jeden spoluúčastník tvořící finanční podporu těchto služeb.

Dalším řešením je podpora současného trendu zajišťování služeb pro seniory a to pomocí pečovatelské služby. Do budoucna je to určitě dobrý alternativní způsob, jak zabezpečit dobrou životní úroveň seniorům a zároveň respektovat princip subsidiarity, komunitní principy, kde základ pro poskytování služeb seniorům je snaha zajistit služby pokud možno v domácím prostředí, blízko místu kde lidé - senioři žijí či žili.

Zde by bylo potřebné dořešit situaci efektivity využívání sociálních služeb, kde spatřuji značné nedostatky. Příspěvek na péči, který je uživatelům poskytován není dle mého zjištění efektivně využíván uživatelem na pokrytí sociálních služeb, čímž by byla zvýšená kvalita života uživatele, ale je často vnímán jako „kapesné“ což neodpovídá původnímu záměru poskytovatele tohoto příspěvku, který byl spatřován v tom, že poskytnutý příspěvek vydaný na účely sociálních služeb se na tento účel efektivně využije a vrátí se alespoň z části zpátky do „sociálního koše“. Bylo zjištěno, že návratnost tohoto příspěvku je maximálně 20-35%, z čehož je zřejmé, že příspěvek je využíván nedostatečně na sociální služby.

Ke zvýšení efektivity této služby by mohlo dojít vydáním například poukázek, (s příchodem nové generace i čipových karet), na kterých by bylo možné například uvést účel použití a tím by se zabezpečilo zefektivnění využívání služeb a zároveň zneužití prostředků na jiné účely než je zvýšení blahobytu uživatele příspěvku – seniora.

Také by to byla dobrá zpětná vazba pro poskytovatele příspěvku na péči pro další analytické zpracování a zjištění, jak jsou které služby využívány, které jsou zbytečné což je velice užitečné pro zvýšení efektivity sociálních služeb.

Takto by došlo k efektivnímu využívání a zabezpečení zpětné vazby pro přesnou evidenci a kontrolu. Což by vedlo ke snížení zneužívání příspěvku. Již by se nemohlo stát, že příspěvek určený na „praní prádla“ bude přeměněn na kapesné pro vnučku.

Navíc by si sám senior mohl „dokoupit“ další nadstandardní služby, ať již ze svých prostředků nebo z pomoci rodiny. Jednalo by se o služby, které pomohou zachovat kvalitu jeho života.

Takovéto odstranění přímých finančních prostředků, by zamezili i případnému zneužití ochoty seniorů pomoci ostatním osobám a rovněž by došlo k ochraně těchto osob před zneužitím jejich stavu, kdy bude možno zamezit účtování si nepřiměřených částek za službu nad rámec uzavřené smlouvy.

Takovýto krok k „přídělovým poukázkám“ by mohl být řešením ke kontrole efektivního využívání prostředků poskytnutých na sociální služby, ale i k ochraně seniorů před podvodnými praktikami některých poskytovatelů sociálních služeb. Stát by měl zajištěno efektivní využívání finančních prostředků určených na sociální služby i v domovech s pečovatelskou službou. Takto by peníze byly využity i na podporu zaměstnanosti v daném regionu.

Použitá literatura

- JUDr. Ing. Pavel Pikola, Ph.D. DISERTAČNÍ PRÁCE:
- FRIEDLOVÁ, K.: Bazální stimulace v základní ošetrovatelské péči. Praha, Grada Publishing a. s., 2007. 170 s. ISBN 978-80-247-1314-4
- KREBS, V. a kol.: Sociální politika. Praha, ASPI, 2007. 503 s. ISBN 978-80-7357-276-1
- MAREŠ, P.: Sociální reprodukce a integrace: ideály a meze. Brno, Masarykova univerzita, 2007. 152 s. ISBN 978-80-210
- MATOUŠEK, O. a kol.: Sociální služby: legislativa, ekonomika, plánování, hodnocení. Praha, Portál, 2007. 184 s. ISBN 978-80-7367-310-9
- MPSV: Základní ukazatele z oblasti práce a sociálního zabezpečení v České republice ve vývojových řadách a grafech. Praha, MPSV, 2007. 54 s
- KOLEKTIV: Průvodce procesem komunitního plánování sociálních služeb. Praha, MPSV, 2004, 60 s. ISBN 80-86878-03-1
- Národní program přípravy na stárnutí na období let 2008 až 2012 (Kvalita života ve stáří). Usnesení vlády ze dne 9. ledna 2008 č. 8. Praha, MPSV, 2008.
- POTŮČEK, M.: Sociální politika. Praha, Sociologické nakladatelství, 1995. 128 s. ISBN 80-85850-01-X
- PRŮŠA, L.: Ekonomie sociálních služeb. Praha, ASPI Publishing, 2007. 180 s. ISBN 978-80-7357-255-6
- RABUŠIC, L.: Česká společnost stárne. Brno, GEORGETOWN, Masarykova univerzita, 1995. 192 s. ISBN: 80-210-1155-6
- TOMEŠ, I.: Sociální politika: Teorie a mezinárodní zkušenost . Praha, Socioklub, 2001. 264 s. ISBN: 80-86484-00-9
- VEČEŘA, M.: Sociální stát - východiska a přístupy. Praha: Sociologické nakladatelství, 2001. 112 s. ISBN: 80-85850-16-8

Internetové zdroje

1. Biotika: Modlitba ve stáří.
<http://www.bioetika.cz/u3vmodlitba.html> ze dne 23. 2. 2010
2. Český statistický úřad: Demografický vývoj.
<http://www.mpsv.cz/files/clanky/2237/srovnani-demografie.pdf> ze dne 23.6.2005
3. Český statistický úřad: Počet obyvatel v krajích ČR k 1. 1. 2009.
<http://www.czso.cz/csu/2009edicniplan.nsf/p/1301-09> ze dne 21. 10. 2009
4. ČERMÁKOVÁ, K., HOLEČKOVÁ, M.: Standardy kvality sociálních služeb. Výkladový sborník pro poskytovatele.
<http://www.kr-stredocesky.cz/portal/odbory/socialni-oblast/socialnisluzby/standardy-kvality-soc-služeb> ze dne 15. 3. 2009
5. Demografický informační portál: Prognózy a projekce.
http://www.demografie.info/?cz_prognozyobecne= ze dne 4. 2. 2009
6. Demografický informační portál: Stárnutí. http://www.demografie.info/?cz_starnuti= ze dne 22. 1. 2007
7. JERMANOVÁ, A., BJAČKOVÁ, L., BOBROVÁ, E.: Důchodová reforma.
<http://www.slideshare.net/Lynxlynxx/duchodova-reforma-hotova> ze dne 30. 3. 2010
8. EXNEROVÁ, V., ČERMÁK, Z., VOLFOVÁ, A.: Demografický vývoj ve světě.
http://www.rozvojovka.cz/demograficky-vyvoj-ve-svete_226_14.htm ze dne 22. 12. 2008
9. JÍROVÁ, H: Sociální politika v Evropské unii.
http://fse1.ujep.cz/materialy/KLZS_jirova_prednaska05.pdf ze dne 1. 11. 2007
10. KUNSTOVÁ, H.: Práva seniorů.
<http://www.helcom.cz/view.php?cisloclanku=2004022607> ze dne 18. 4. 2009
11. LOUŽEK, M.: Je stárnutí populace tragédií?

- <http://www.virtually.cz/index.php?art=14122> ze dne 18. 4. 2007
12. MANNOVÁ, B.: Senioři v informační společnosti.
http://www.csvs.cz/konference/NCDiV2006_sbornik/Mannova.pdf
ze dne 1. 2. 2009
 13. Medicína: Charta práv a svobod starších občanů.
http://nova.medicina.cz/verejne/clanek.dss?s_id=2545&s_rub=136&s_sv=2&s_ts=39877,025 ze dne 2. 2. 2009
 14. MPSV ČR: Demografie.
<http://www.mpsv.cz/files/clanky/2237/srovnani-demografie.pdf> ze dne 23.6.2005
 15. MPSV ČR: Národní akční plán sociálního začleňování 2008 – 2010.
<http://www.mpsv.cz/cs/5130> ze dne 3. 2. 2009
 16. MPSV ČR: Kvalita života ve stáří. Národní program přípravy na stárnutí na období let 2008 – 2012.
http://www.mpsv.cz/files/clanky/5045/starnuti_cz_web.pdf ze dne 24. 3. 2010
 17. MPSV ČR: Sociální služby.
<http://www.mpsv.cz/cs/9> ze dne 4. 5. 2009
 18. MPSV ČR: Vzdělávání v zavádění standardů kvality sociálních služeb: druhové standardy kvality sociálních služeb.
<http://www.sqss.cz/cz/redakce/standardy-kvality/druhove-standardy-kvalitysocialnich-sluzeb/r57> ze dne 2. 3. 2009
 19. MPSV ČR: Základní ukazatele z oblasti práce a sociálního zabezpečení v České republice.
http://www.mpsv.cz/files/clanky/6049/casove_rady.pdf ze dne 3. 4. 2009
 20. <http://www.email.cz/getAttachment?session> ze dne 30.3.2010
 21. OPS Hradec Králové: Typologie sociálních služeb.
<http://www.ops.cz/index.php?akce=kompla&kod=6&ids=2&table=kompla>
ze dne 4. 4. 2009
 22. PRŮŠA, L.: Efektivnost sociálních služeb: vybrané prvky a aspekty. Praha, 2007.
<http://aleph.vkol.cz/pub/svk01/00085/76/000857606.htm> ze dne 4. 4. 2009
 23. RYCHTAŘÍKOVÁ, V.: Reportáž: Konference v senátu.
 24. http://www.demografie.info/?cz_detail_clanku&artclID=471 ze dne 12. 2. 2009
 25. Sociální péče: Sociální péče 1/2006.
 26. http://www.socialni-pece.cz/pdf/SP_1_2006.pdf ze dne 24.03.2010
 27. http://www.spcr.cz/statistika/soc_davky.htm ze dne 12. 3. 2009
 28. http://www.mpsv.cz/files/clanky/736/bila_kniha.pdf (2003, 3)
 29. <http://www.rscr.cz/poradna/prispeveknapecisen.pdf> (2006)
 30. <http://portal.mpsv.cz/soc/ssl/prispevek> (2012)
 31. <http://www.mpsv.cz/cs/8013> (2011)
 32. <http://www.finance.cz/duchody-a-davky/socialni-davky/socialni-pece/socialni-sluzba/smlouva-o-poskytovani-socialnich-sluzeb/> (2010)
 33. www.crss.cz/otevri_soubor.php?id=4603 (2000)
 34. <http://www.mpsv.cz/cs/746>, (2009)
 35. https://sluzbyprevence.mpsv.cz/dok/zakon-108_2006.pdf
 36. www.mpsv.cz/files/clanky/11280/metodika_040112.pdf (2006)
 37. <http://cs.wikipedia.org/wiki/Demografie> (2012)
 38. http://cs.wikipedia.org/wiki/P%C5%99irozen%C3%BD_p%C5%99%C3%ADr%C5%AFstek (2012)
 39. <http://efektivita.sociálních.sluzeb>, Doc. Ladislav Průša (2008)
 40. <http://www.czso.cz> Projekce obyvatelstva ČR/
 41. <http://epp.eurostat.ec.europa.eu> 2005
 42. The role of local and regional authorities in the provision of local social services, Council of Europe, Strasbourg, (1999)
 43. http://www.demografie.info/?cz_starnuti= ze dne 22. 1. 2007

Seznam tabulek a grafů

Seznam tabulek:

- Tabulka č.1 Počet obyvatel 2011 (v mil.)
- Tabulka č.2 Vývoj indexu stáří v ČR 2010 , (počet obyv.)
- Tabulka č.3 Vybrané charakteristiky z projekce obyvatelstva ČR do r. 2050
- Tabulka č.4 Rozčlenění seniorů dle věku a potřeb 2004
- Tabulka č. 5 Očekávaný průměrný věk a index stáří, všechny varianty 2002-2050
- Tabulka č.6 Výše příspěvku na péči rok 2012 (Kč)
- Tabulka č.7 Počet služeb sociální péče vedených v registru poskytovatelů sociálních služeb (2011)
- Tabulka č.8 Sociální služba poskytovaná v oblastních zařízeních 2010 (kapacita služby)
- Tabulka č.9 Sociální služba poskytovaná v obecních zařízeních 2010
- Tabulka č.10 Sociální služba v poskytovaná v ostatních (nestátních) zařízeních 2010
- Tabulka č.11 Místa v zařízeních sociální péče, jejich využití a pečovatelská služba v České republice (tisíce)
- Tabulka č.12 Počet lůžek dle skupin sociálních služeb rok 2010 (tisíce)
- Tabulka č.13 Neuspokojení žadatelé o umístění v domovech důchodců a penziencech pro důchodce v České republice 2010
- Tabulka č.14 Dotace jednotlivých krajů 2011 – 2012 (mil.)
- Tabulka č.15 Přehled zdrojů financování sociálních služeb v roce 2010 (mil., %)
- Tabulka č.16 Příspěvek na péči dle věku a stupně závislosti (indexace na 10 000 obyvatel, a to vždy v dané věkové kategorii) rok 2010
- Tabulka č.17 Vývoj počtu vyplácených důchodů 2006-2010.
- Tabulka č.18 Celkové průměrné roční provozní náklady v domovech seniorů v závislosti na stáří budovy (2008)
- Tabulka č.19 Náklady na lůžko Kč (v tis.) (2011)
- Tabulka č.20 Specifikace druhu nákladů (mil., %) (2011)
- Tabulka č.21 Relace průměrného důchodu k průměrné mzdě (tis.). (2010)
- Tabulka č.22 Seznam poskytovaných služeb včetně cenové kalkulace - model (2012)
- Tabulka č. 23 Poukázky na sociální služby - model (2012)

Seznam grafů:

- Graf č. 1 Vývoj a prognóza počtu obyvatelstva v EU-27, 1970–2050
- Graf č. 2 Naděje dožití mužů při narození ve státech EU-27, 2005
- Graf č. 3 Naděje dožití žen při narození ve státech EU-27, 2005
- Graf č. 4 Průměrný věk populace v jednotlivých státech EU 2010 (let)
- Graf č. 5 Podíl obyvatelstva ve věkové skupině 0-14 a 65 a víc let v letech 1950 – 2009 (let)
- Graf č. 6 Střední délka života ve věku 0 v ČR a EU (v %)
- Graf č. 7 Střední délka života ve věku 65 v ČR a EU (v %)
- Graf č. 8 Věková skladba obyvatelstva České republiky v roce 2010
- Graf č. 9 Vybrané charakteristiky z projekce obyvatelstva ČR do r. 2050 (mil.)
- Graf č. 10 Vývoj počtu obyvatelstva v letech 2005 – 2050 a vývoj podílu osob závislých na poskytování služeb sociální péče
- Graf č. 11 Počet sociálních služeb dle jednotlivých skupin vedených v registru poskytovatelů služeb 2010
- Graf č. 12 Skladba vícezdrojového financování 2003
- Graf č. 13 Skladba nákladů na sociální služby 2010 (%)
- Graf č. 14 Relace výdajů na sociálně zdravotní systém v % HDP – 2011
- Graf č. 15 Náklady místních úřadů na sociální službu v roce 2010
- Graf č. 16 Sociální služba poskytovaná v oblastních zařízeních 2010 (kapacita služby)
- Graf č. 17 Sociální služba poskytovaná v obecním zařízení 2010 (kapacita služby)
- Graf č. 18 Sociální služba poskytovaná v ostatních (nestátních) organizacích 2010 (%)
- Graf č. 19 Očekávaný vývoj celkového počtu obyvatel, všechny varianty, 2002-2050 (v tis.)