

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta

**Řešení problémů dostupnosti a financování ústavní sociální péče
v souvislosti s očekávaným růstem obyvatel v postproduktivním věku
v České republice**

DIPLOMOVÁ PRÁCE

Ing. Jan Bednář

Bc. Eva Nováková

2009

Řešení problémů dostupnosti a financování ústavní sociální péče v souvislosti s očekávaným růstem obyvatel v postproduktivním věku v České republice.

Podle projekce Českého statistického úřadu dojde v budoucnu k významným změnám ve struktuře populace České republiky. Odhaduje se, že podíl osob starších 65 let vzroste do roku 2025 o víc než 50%, v období 2025 – 2050 o dalších 30%. Stárnutí populace se bude projevovat výrazným zvýšením potřeb sociálních služeb, zvláště pro osoby starších 80 let, které jsou nejčastějšími klienty pobytových služeb sociální péče. Česká republika patří k zemím s nejvyšším podílem pobytových zařízení sociální péče, ale vzhledem k demografickému vývoji je počet těchto zařízení nedostatečný. Trendem, který se začíná prosazovat je deinstitucionalizace služeb sociální péče, to je snaha poskytovat maximum možné sociální péče v přirozeném domácím prostředí klientů, kdy poskytované služby jsou zaměřeny na podporu udržení běžného způsobu života klientů pomocí terénní a ambulantní sociální péče.

Zvolené téma mě zaujalo ze dvou důvodů, na prvním místě je jeho aktuálnost a nedostatečná informovanost laické veřejnosti, na druhém místě je potřeba rozvoje sociálních služeb vzhledem ke stoupajícímu počtu občanů starší populace. Cílem práce je upozornit na problematiku dostupnosti a financování péče o seniora ze ztrátou soběstačnosti vzhledem k očekávanému demografickému vývoji.

Pro praktickou část práce jsem zvolila kvantitativní výzkum s dotazníkovou metodou a analýzu dat. Soubor je tvořen 310 respondenty z regionu Praha, České Budějovice a Trutnov. Údaje pro analýzu byly čerpány z dat Českého statistického úřadu za rok 2007 pro kraj Praha, Jihočeský kraj a Královéhradecký kraj. Dle výzkumu nebyly všechny stanovené hypotézy potvrzeny. Určené cíle práce byly splněny.

Tuto práci lze využít v odborné literatuře, při přednáškách a mohla by se stát námětem grantového programu, který by sloužil ke zvýšení informovanosti laické veřejnosti a pomohl by tento výzkum rozšířit i pro další kraje a regiony.

Addressing the Problem of the Accessibility and Financing of Institutional Social Care in Connection with the Anticipated Growth in the Post-Productive Population in the Czech Republic

According to projections from the Czech Statistical Office there will be a significant change in the structure of the population in the Czech Republic in coming years. It is estimated that the share of individuals over 65 years of age will increase by more than 50% by 2025 and by an additional 30% between 2025 and 2050. The aging of the population will be accompanied by a significant increase in the need for social services, especially for individuals over the age of 80, as these make up the majority of clients of in-house social care services. While the Czech Republic is one of the countries with the highest number of residential social care facilities, with respect to demographic development the number of these facilities is insufficient. The de-institutionalization of social care services is an emerging trend that involves efforts to provide maximum social care in the natural home environment of clients; the services provided are focussed on maintaining the standard way of life for clients through the provision of field and outpatient social care.

The selected topic captured my interest for two reasons: its topicality and the lack of awareness among the general population, and the need for the expansion of social services due to the growing number of elderly. The aim of the work, with regard to anticipated demographic development, is to draw attention to the issue of accessibility and financing care for seniors who have lost self-sufficiency.

I chose quantitative research utilizing the survey method and data analysis for the practical part of the work. The study group is composed of 310 respondents from the areas of Prague, České Budejovice and Trutnov. The data for analysis was taken from Czech Statistic Office data from 2007 for the Prague, South Bohemian and Hradec Králové regions. While the research did not support all of the established hypotheses, the designated goals of the work were fulfilled.

This work can be used in professional literature and lectures, and could become the subject of a grant program that would serve to raise awareness among the general population and help spread this research to additional regions.

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci na téma Řešení problémů dostupnosti a financování ústavní sociální péče v souvislosti s očekávaným růstem obyvatel v postproduktivním věku v České republice vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

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

V Českých Budějovicích 17. 8. 2009

Podpis student.....

Poděkování:

Touto cestou bych chtěla poděkovat Ing. Janu Bednáři za cenné rady a připomínky během psaní mé diplomové práce.

Obsah:

Úvod.....	8
1. Současný stav.....	9
1.1 Historický vývoj sociální politiky na území České republiky.....	9
1.2 Zákon číslo 108/2006 Sb.,o sociálních službách.....	12
1.2.1 Jednotlivé druhy sociálních služeb.....	13
1.2.2 Smlouva o poskytnutí sociální služby.....	15
1.2.3 Registrace.....	16
1.2.4 Standardy kvality soc. služeb.....	17
1.3 Demografické ukazatele.....	18
1.3.1 Stárnutí populace a potřeba sociálních služeb pro staré občany.....	19
1.3.2 Regionální diferenciacce.....	21
1.3.3 Zastoupení mužů a žen v populaci seniorů.....	23
1.4 Potřeby seniorů jako sociologický a sociálně psychologický problém.....	24
1.4.1 Psychologické teorie potřeb.....	24
1.4.2 Potřeby seniorů.....	26
1.5. Ekonomie sociálních služeb.....	28
1.5.1 Transformační proces sociální politiky České republiky.....	28
1.5.2 Sociální reforma.....	29
1.5.3 Současný stav hospodářské a sociální politiky.....	31
1.5.4 Sociální politika v zemích Evropské unie.....	32
1.5.5 Sociální správa a její financování.....	35
1.5.6 Příspěvek na péči.....	38
1.5.7 Úhrada nákladů za sociální služby.....	39
1.5.8 Novela zákona o sociálních službách.....	41
1.5.9 Ekonomické zatížení obyvatelstva.....	42
2. Cíle práce a hypotézy.....	44
3. Metodika.....	45
3.1. Charakteristika souboru.....	45

4. Výsledky	46
4.1 Analýza dokumentů.....	94
5. Diskuze	107
5. 1 Navrhovaná řešení.....	115
6. Závěr	117
7. Klíčová slova	119
8. Seznam použitých zdrojů	120
9. Přílohy	128

Úvod

Ve všech vyspělých zemích Evropské unie dochází k demografickým změnám, které svými dopady ohrožují stabilitu nastavených systémů důchodového a sociálního zabezpečení. Mezi tyto změny patří pokles úhrnné plodnosti a to většinou pod hranici prosté reprodukce a k prodloužení průměrné délky života. Tato kombinace vede k deformaci struktury populace, kdy starší věkové skupiny začínají převažovat nad mladšími a zároveň se v populaci zvyšuje podíl velmi starých občanů. Z ekonomického hlediska dochází k růstu indexu hospodářské závislosti a k růstu mezigenerační závislosti, protože za nezměněných podmínek na trhu práce musí stále méně zaměstnaných finančně podporovat stále více ekonomicky nečinných. Výrazným způsobem se tak mění poměr mezi počtem osob vstupujících na trh práce a počtem osob, které z trhu práce odcházejí do důchodu. Zvyšující se počet starších občanů zvedá poptávku po službách, které souvisejí s jejich zaopatřením. A to jak v oblasti sociální, kde rostou výdaje na dlouhodobou péči, tak v oblasti zdravotní péče.

Téma diplomové práce: „Řešení problémů dostupnosti a financování ústavní sociální péče v souvislosti s očekávaným růstem obyvatel v postproduktivním věku v České republice“ mě zaujalo ze dvou důvodů. Na prvním místě je jeho aktuálnost a nedostatečná informovanost laické veřejnosti. Na druhém místě je potřeba rozvoje sociálních služeb vzhledem ke stoupajícímu počtu občanů starší populace. Cílem práce je upozornit na problematiku dostupnosti a financování péče o seniora ze ztrátou soběstačnosti vzhledem k očekávanému demografickému vývoji.

1. Současný stav

1.1 Historický vývoj sociální politiky na území České republiky

Již od středověku poskytovaly různé instituce péči a pomoc potřebným. Zpočátku šlo o zřizování špitálů, útulků a péči o chudé prostřednictvím církevní charity. Od 16. do 19. století byla chudinská podpora v rámci Rakousko-Uherska svěřena obcím, kdy jim bylo uloženo pečovat o chudé na základě domovského práva.

Sociální zabezpečení se rozvíjelo postupně, nejprve byla poskytována doživotní penze vybraným důstojníkům císařské armády a později byly stanoveny pravidla pro přiznání penze státním zaměstnancům (zákony z roku 1771 a 1781). Ve druhé polovině 19. století se vyplácely dávky v nemoci a v invaliditě, v případě úmrtí měli příbuzní nárok na důchod pro pozůstalé. V roce 1887 byl přijat zákon o povinném úrazovém pojištění a o rok později zákon o povinném nemocenském pojištění, které se týkalo také dělníků a nižších úředníků. Okruh pojištěných se postupně rozšiřoval na vyšší úředníky pracující v soukromém sektoru a příslušníky svobodných povolání.

V roce 1918 vzniklo samostatné Československo a sociální politika dosáhla velkého pokroku. Vznikly zákony o podporách v nezaměstnanosti, byla stanovena osmihodinová pracovní doba a došlo k vyplácení penzí válečným invalidům a pozůstalým po vojácích. Bylo založeno ministerstvo sociální péče a Ústřední sociální pojišťovna. V roce 1924 došlo k reformě nemocenského pojištění a zavedeno invalidní a starobní pojištění dělníků zaměstnaných v soukromém sektoru. Pojištěním vznikal nárok na vdovský, vdovecký a sirotčí důchod a jiné dávky. Československá sociální reforma, jejímž cílem bylo rozšíření povinného sociálního pojištění byla však zpomalena nástupem hospodářské krize ve 30. letech a druhou světovou válkou. V roce 1945 po skončení druhé světové války je Československo ovlivněno Sovětským svazem. V roce 1948 následuje komunistický převrat a s ním zásadní změny politického a hospodářského systému. Byly přijaty dva důležité zákony, zákon číslo 102/1951 Sb., o přebudování národního pojištění a zákon číslo 103/1951 Sb., o jednotné preventivní a léčebné péči. Nejpodstatnější změnou bylo oddělení

důchodového pojištění od jednotného národního pojištění a zřízení Státního úřadu důchodového zabezpečení, který fungoval až do roku 1957, kdy se orgánem sociálního zabezpečení stal Státní úřad sociálního zabezpečení. V roce 1968 vzniklo na základě zákona číslo 53/1968 Sb. Ministerstvo práce a sociálních věcí, které vykonávalo působnost v oblasti sociálního zabezpečení. Ze Státního úřadu sociálního zabezpečení vznikl v roce 1969 Úřad důchodového zabezpečení, který měl sídlo v Praze. V 60. letech byl přijat zákon číslo 20/1966 Sb., kde byla zakotvena bezplatnost zdravotnických služeb pro všechny občany státu. V 70. letech došlo na základě zákonů číslo 133/1970 Sb. a číslo 129/1975 Sb. k novému uspořádání důchodového zabezpečení. Veškeré změny od systému jednotného národního sociálního pojištění k socialistickému pojetí zdravotnictví a sociálního zabezpečení nebyly přínosem pro český sociální systém. Občané byly vtlačeni do role pasivních příjemců služeb, kteří nemají možnost rozhodovat o jejich podobě ani kvalitě. Celá soustava byla koncipována na principu plné zaměstnanosti a práce byla vynucována zákonem. Rozvíjela se bohatá síť jeslí a mateřských školek pečující o děti zaměstnaných rodičů. Řada dobrovolných sdružení, nestátních institucí a charitativních organizací vlivem státu zanikly. Centralistický způsob řízení a neefektivní výroba vedly k obrovské vnitřní zadluženosti, která se promítala i do sféry sociálních služeb (38, 39, 15).

V roce 1989 dochází ke změně společensko-politického poměru a objevuje se nutnost transformace celého sociálního systému. Dochází ke sloučení nemocenského pojištění a důchodového zabezpečení a následně ke sloučení Úřadu důchodového zabezpečení v Praze, České správy nemocenského pojištění a Správy nemocenského pojištění svazu českých a moravských výrobních družstev v Českou správu sociálního zabezpečení. Nejvyšším orgánem sociálního zabezpečení se stalo Ministerstvo práce a sociálních věcí a územními orgány České správy sociálního zabezpečení se staly okresní správy sociálního zabezpečení. V roce 1993 bylo důchodové pojistné zavedeno jako zvláštní platba mimo daňový systém a v roce 1996 byl stanoven zvláštní účet důchodového pojištění. V roce 1995 byl přijat nový zákon o důchodovém pojištění číslo 155/1995 Sb. Další významnou změnou se stalo přijetí zákona číslo 42/1994 Sb. o

penzijním připojištění, který zavedl vlastní odpovědnost občanů do důchodového systému (16, 21, 26).

Sociální reforma z počátku 90. let se také dotkla poskytování sociálních služeb. Pojem sociální služby je možné definovat, jako formu sociální pomoci, kterou vykonávají státní, obecní nebo nestátní instituce ve prospěch jiné osoby a také jako sociální práci ve prospěch lidí v sociální nouzi. Význam sociálních služeb spočívá v tom, že by měly být poskytovány při řešení těch sociálních situací, kdy poskytnutí finančních prostředků neuspokojuje potřeby klienta. Sociální služby jsou poměrně mladým nástrojem sociální pomoci, mají určitá specifika a vzhledem k těmto skutečnostem bylo nutné, aby stát stanovil podmínky jejich poskytování. Prvním opatřením byla novelizace zákona číslo 100/1988.Sb., o sociálním zabezpečení. Tímto zákonem byla umožněna realizace sociálních služeb obcím, městům a nestátním neziskovým organizacím a byla stanovena odpovědnost každého občana za vlastní životní úroveň. Nejvýznamnějším subjektem se stala rodina, která měla být schopna na základě spolupráce jednotlivých členů zabezpečit péči od dětských let až po stáří. Dalšími subjekty byly kraje a obce, kdy legislativně byly kompetence krajů upraveny jen velmi obecně a obdobně byly vymezeny i role obcí v sociální oblasti podle zákona 128/2000 Sb. ve znění pozdějších předpisů. Také nestátní organizace začaly zaujímat významné místo při poskytování sociálních služeb. Programy, které organizovaly byly sociálního nebo podnikatelského charakteru. Vzájemnou kombinací všech subjektů vznikala síť zařízení, která umožňovala poskytovat služby občanům dle jejich potřeb, osobního úsilí, finančních možností při garanci nezbytného minima pro občany, kteří se o sebe nemohou nebo nedokáží postarat.

Na jaře 1995 předložila vláda k projednání návrh zásad zákona o sociální pomoci, ten nebyl projednáván, protože vzbudil kritiku z řad poskytovatelů sociálních služeb a v některých pasážích nebyl v souladu s ústavním pořádkem České republiky. Ministerstvo práce a sociálních věcí vypracovalo nový model financování sociálních služeb, který byl v roce 1998 schválen. Po nástupu sociálně demokratické vlády bylo rozhodnuto přehodnotit tento systém a vypracovat nové právní úpravy. Došlo k přijetí tzv. Bílé knihy v sociálních službách, která určovala základní principy poskytování

sociálních služeb. V roce 2003 se výrazně zvýšila role samosprávných orgánů v souvislosti s realizací druhé fáze reformy veřejné správy. Zřizovatelské kompetence byly převedeny z okresních úřadů na kraje, ale ministerstvo financí neposkytlo městům a obcím garance zachování finanční participace státu. Některá sociální zařízení byla převedena na krajské úřady, nikoli na jednotlivé obce a města. Návrh zákona o sociálních službách vláda projednala až v roce 2004 a samotný zákon byl přijat na počátku roku 2006 a tato právní úprava vstoupila v platnost 1. ledna 2007 (43).

1.2 Zákon číslo 108/2006 Sb., o sociálních službách

Zákon upravuje podmínky poskytování pomoci a podpory fyzickým osobám v nepříznivé sociální situaci prostřednictvím sociálních služeb, stanovením příspěvku na péči, určením podmínek pro vydání oprávnění k poskytování sociálních služeb a stanovuje předpoklady pro výkon činnosti v sociálních službách. Některá ustanovení zákona o sociálních službách jsou upravena ve Vyhlášce číslo 505/2006 Sb.

Sociální služby zahrnují sociální poradenství, služby sociální péče a služby sociální prevence. Jsou poskytovány jako služby pobytové, ambulantní nebo terénní.

Sociální poradenství zahrnuje základní sociální poradenství, které poskytuje informace při řešení nepříznivé sociální situace a odborné sociální poradenství, které je zaměřeno na potřeby jednotlivých sociálních skupin.

Služby sociální prevence pomáhají zabránit sociálnímu vyloučení osob, které jsou ohroženi krizovou sociální situací, životními návyky a způsobem života, který vede ke konfliktu se společností. Cílem služeb je napomáhat osobám překonat nepříznivou sociální situaci a chránit společnost před vznikem a šířením nežádoucích společenských jevů.

Služby sociální péče zajišťují osobám jejich fyzickou a psychickou soběstačnost, umožňují v nejvyšší možné míře zapojení do běžného života a zajišťují důstojné prostředí a zacházení v případech, kdy toto vylučuje fyzický a psychický stav. Mají relativní nákladovost, četnost využití, která je daná vývojem a současným stavem společnosti, vazbu na zdravotní stav klienta a nutnost spotřeby, kterou klient nemůže

ovlivnit. Spotřeba služeb je výsledkem změny zdravotního stavu člověka, který má vliv na charakter a četnost služeb, které bude využívat. Do této skupiny je zahrnuta sociální péče, jejíž potřeba vyplývá ze stáří klienta, které není nemocí, ale vede k úbytku psychických, fyzických sil a schopností. Souhrnně se jedná o celou řadu služeb sociální péče, které jsou definované v zákoně číslo 108/2006 Sb. a rozsah činností je vymezen Vyhláškou číslo 505/2006 Sb. (20, 21, 27, 57, 59).

1.2.1 Jednotlivé druhy sociálních služeb

Osobní asistence je terénní služba pro osoby se sníženou soběstačností z důvodu věku, chronického onemocnění nebo zdravotního postižení. Služba je poskytována dle potřeby během celého dne i v noci bez omezení, v domácnosti nebo v jiném přirozeném sociálním prostředí.

Pečovatelská služba je terénní nebo ambulantní služba pro osoby se sníženou soběstačností z důvodu věku, chronického onemocnění nebo zdravotního postižení a rodinám s dětmi, jejichž situace vyžaduje pomoc jiné fyzické osoby. Touto službou jsou zajišťovány smluvené úkony, v předem dohodnutém časovém úseku, v domácnostech osob, zařízení sociálních služeb. Jako domácnost je brán i dům s pečovatelskou službou, který není považován za zařízení sociálních služeb dle zákona číslo 102/1992 Sb., kterým se upravují některé otázky související s vydáním zákona číslo 509/1991 Sb., kterým se doplňuje a upravuje občanský zákoník.

Tísňová péče je terénní služba, která je určena osobám se sníženou soběstačností, které jsou vystaveny vysokému riziku ohrožení zdraví nebo života.

Průvodcovské a předčitatelské služby jsou terénní nebo ambulantní služby, které jsou určeny pro osoby se zdravotním postižením nebo pro osoby seniorského věku, kdy jsou jejich schopnosti v oblasti orientace nebo komunikace nedostačující nebo snížené.

Odlehčovací služby jsou poskytovány ve formě terénních, ambulantních nebo pobytových služeb. Jsou určeny pro rodiny, které pečují o osoby se sníženou soběstačností z důvodu věku, chronického onemocnění nebo zdravotního postižení v domácím prostředí. Cílem služby je umožnit pečující osobě nezbytný odpočinek.

Denní stacionáře poskytují ambulantní služby osobám se sníženou soběstačností z důvodu věku nebo zdravotního postižení a osobám s chronickým duševním onemocněním. Služba je poskytována v denních hodinách, klient se odpoledne nebo večer vrací do domácího prostředí.

Týdenní stacionáře poskytují pobytové služby osobám se sníženou soběstačností z důvodu věku nebo zdravotního postižení a osobám s chronickým duševním onemocněním. Služby jsou poskytovány v pracovních dnech a v ostatní době osoby zůstávají v domácím prostředí.

Domovy pro seniory poskytují pobytové služby osobám se sníženou soběstačností z důvodu vyššího věku a jejich nepříznivá sociální situace jim nedovoluje žít v domácím prostředí. V domovech pro seniory je zajištěna komplexní péče a pobyt nahrazuje domácí prostředí.

Domovy se zvláštním režimem poskytují pobytové služby osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu chronického duševního onemocnění, závislost na návykových látkách a osoby s Alzheimerovou demencí a ostatními typy demencí. Domovy poskytují specializovanou pomoc jednomu okruhu osob a nebo zajišťují služby osobám s několika obdobnými typy onemocnění.

Sociální služby poskytované ve zdravotnických zařízeních ústavní péče jsou pobytové služby pro osoby, které již nevyžadují ústavní zdravotní péči, ale nejsou schopny se obejít bez pomoci jiné fyzické osoby. V těchto zařízeních jsou do doby, než jim je zabezpečena pomoc osobou blízkou nebo jinou fyzickou osobou, zajištěno poskytování terénních nebo ambulantních služeb a nebo pobytová služba v zařízení sociálních služeb. Obecní úřad obce s rozšířenou působností na základě oznámení zdravotnického zařízení prověřuje, zda je nutné poskytnout osobě umístěné v tomto zařízení, služby sociální péče, například z důvodu nedostatečné kapacity těchto služeb. Zdravotnické zařízení ústavní péče navrhne uzavření smlouvy o poskytnutí sociálních služeb. Pokud osoba nesouhlasí a smlouvu neuzavře, může pobývat dále ve zdravotnickém zařízení, ale nejde o pobyt ze zdravotních důvodů a péče bude poskytnuta dle zákona 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, ve znění pozdějších předpisů, za plnou nebo částečnou úhradu (20, 57, 59).

1.2.2 Smlouva o poskytnutí sociální služby

Zákon o sociálních službách nově upravuje poskytnutí sociálních služeb na základě smluvního vztahu. Dříve bylo rozhodováno o těchto službách ve správním řízení, nyní se na uzavření smlouvy a na vzniklé právní vztahy vztahují ustanovení občanského zákoníku. Při uzavření smlouvy vzniká závazkový právní vztah, který určuje poskytovateli poskytovat sociální službu, osobě (příjemci služby) platit stanoveným způsobem za sociální služby, závazek dodržovat vnitřní pravidla, která jsou stanovena poskytovatelem a nutnost uzavření smlouvy dle náležitostí stanovených zákonem.

Vyhledávání sociální služby se dle zákona ponechává na zájemci o sociální službu, ten může požádat přímo poskytovatele služby nebo obec, ve které má trvalý nebo hlášený pobyt. O poskytnutí sociální služby je uzavírána smlouva s poskytovatelem služeb. Ten může odmítnout pouze v případě, že neposkytuje požadovanou sociální službu, nemá dostatečnou kapacitu a zdravotní stav osoby vylučuje poskytnutí zvolené sociální služby. Povinností osoby, před uzavřením smlouvy, je předložit posudek praktického lékaře o zdravotním stavu. Pokud poskytovatel odmítne uzavřít smlouvu, vydává na žádost osoby písemné oznámení, kde je uveden důvod odmítnutí. Tato osoba se pak obrací na obecní úřad obce s rozšířenou působností a další postup je stanoven dle zákona 108/2006 Sb. § 92 a § 93.

Forma smlouvy o poskytnutí sociálních služeb musí být u zákonem stanovených služeb písemná. Dle zákona se v této formě uzavírají smlouvy u osobní asistence, u pečovatelské služby, u tísňové péče, u průvodcovských a pečovatelských služeb, u podpory samostatného bydlení, u odlehčovacích služeb, služeb v denních centrech, v týdenních stacionářích, v domovech pro osoby se zdravotním postižením, v domovech pro seniory, v domovech se zvláštním režimem, u chráněného bydlení a při poskytování sociální služby ve zdravotnických zařízeních ústavní péče. Dále je nutnost uzavřít písemnou smlouvu v azylových domech, v domech na půl cesty a v terapeutických komunitách. Smlouva o poskytnutí sociálních služeb u dalších okruhů musí být uzavřena v písemné formě v případě, kdy jedna strana toto navrhne.

Náležitosti smlouvy obsahují označení smluvních stran, druh sociální služby, rozsah poskytování sociální služby, místo a čas poskytování, výše úhrady a způsob placení, ujednání o dodržování vnitřních pravidel, důvody výpovědi a výpovědní lhůta, doba platnosti smlouvy, další ujednání, závěrečná ustanovení (20, 57, 59).

1.2.3 Registrace

Sociální služby lze poskytovat na základě oprávnění to je, rozhodnutí o registraci. Na toto rozhodnutí je právní nárok, pokud došlo ke splnění stanovených podmínek. V řízení o registraci se postupuje podle zákona číslo 500/2004 Sb., ve znění pozdějších předpisů. Poskytování sociálních služeb nespadá pod zákon číslo 455/1991 Sb. o živnostenském podnikání, ve znění pozdějších předpisů, a proto živnostenské oprávnění pro činnost podobnou sociálním službám nelze použít pro poskytování sociálních služeb.

Poskytovatelé sociálních služeb, kterým lze udělit oprávnění mohou být obce a kraje a jimi zřizované právnické osoby na základě zákona č. 250/2000 Sb., další právnické osoby bez ohledu na jejich formu, fyzické osoby, Ministerstvo práce a sociálních věcí a jím zřízené organizační složky státu na základě zákona č. 219/2000 Sb., ve znění pozdějších předpisů.

Věcně příslušným správním orgánem pro rozhodnutí o registraci je krajský úřad, Ministerstvo práce a sociálních věcí, je-li zřizovatelem poskytovatele služeb. Místní příslušnost krajského úřadu se řídí u fyzické osoby místem trvalého pobytu podle zákona číslo 133/2000 Sb., ve znění pozdějších předpisů. Nebo místem hlášeného pobytu cizince dle zákona číslo 326/1999 sb., ve znění pozdějších předpisů. Jde-li o právnickou osobu, příslušnost krajského úřadu se řídí dle sídla nebo umístění organizační složky zahraniční právnické osoby na území České republiky.

Existují zákonné výjimky pro subjekty, u kterých se nevyžaduje registrace. Mezi ně patří osoba blízká, která poskytuje pomoc jiné osobě, jiná fyzická osoba než osoba blízká, která poskytuje pomoc a tuto činnost nevykonává jako podnikatel. Výjimka také platí pro fyzickou nebo právnickou osobu, která je usazená v jiném

členském státě Evropské unie a zdravotnická zařízení ústavní péče, pokud poskytují sociální služby na základě zákona o sociálních službách.

Registr poskytovatelů sociálních služeb je aktuální seznam všech poskytovatelů sociálních služeb na území České republiky. Účelem registru je získání informací o jednotlivých poskytovatelích, o druzích sociálních služeb v jednotlivých krajích. Jen poskytovatelé služeb, kteří jsou zapsáni v registru mají nárok požádat o dotaci. Registr je veden v psané a elektronické podobě a vede ho krajský úřad. Správcem elektronické podoby registru je Ministerstvo práce a sociálních věcí, které poskytuje úřadům počítačový program a jeho aktualizace. Část registru je veřejný seznam, který lze najít na internetových stránkách Ministerstva práce a sociálních věcí.

1.2.4 Standardy kvality soc. služeb

Jsou souborem kritérií, které hodnotí úroveň kvality poskytování sociálních služeb. Hodnocení se týká oblasti personálního a provozního zabezpečení, oblasti vztahů mezi poskytovatelem a osobami, kterým je sociální služba určena. Standardy kvality a kritéria, které je naplňují jsou upraveny v příloze číslo 2 vyhlášky číslo 505/2006 Sb.(Příloha č.1). Plnění standardů kvality se hodnotí pomocí bodového ohodnocení. Výsledek hodnocení je čtyřstupňový od 3 do 0 bodů. Zvláštní důraz je kladen na kritérium označované jako zásadní, které musí být ohodnoceno 3 nebo 2 body, jinak poskytovatel nesplňuje příslušný standard.

Základem pro definování standardů kvality sociálních služeb je soubor povinností, které jsou stanoveny zákonem o sociálních službách. Mezi povinnosti poskytovatelů sociálních služeb patří zajišťování dostupnosti informací (druhu, místě, cílech, kapacitě), informovat zájemce o všech jeho povinnostech (úhrada, způsob poskytování), dodržovat lidská a občanská práva, zpracovat vnitřní pravidla pro zajištění poskytované sociální služby, pravidla pro podávání a vyřizování stížností, plánování průběhu poskytování sociálních služeb, vést evidenci žadatelů o sociální služby, dodržovat standardy a uzavřít smlouvu o poskytování sociální služby.

Plnění povinností je předmětem kontroly a zjištění jejich neplnění může být považováno za správní delikt, kdy je možnost uložit poskytovateli pokutu (20).

1.3 Demografické ukazatele

Demografické faktory významným způsobem ovlivňují soustavu sociálního a důchodového zabezpečení a to vzhledem k průběžnému financování sociálních aktivit (PAYG) v České republice. Systém PAYG je determinován růstem objemu vybraných příspěvků, které jsou závislé na růstu průměrné mzdy a na vývoji zaměstnanosti a tím na růstu produktivity práce. Počet zaměstnaných je dlouhodobě dán zejména demografickými předpoklady, kdy při zvyšování počtu stárnoucí populace klesá počet příspěvků do systému a roste počet důchodů, což ohrožuje finanční stabilitu PAYG systému. Právě demografický vývoj v České republice ukazuje na prodlužování střední délky života, snižující se úmrtnost, ale také pokles porodnosti. Objevuje se problém zajišťování obyvatelstva ve stáří, jehož řešení bude do budoucna stále náročnější vzhledem k poklesu počtu ekonomicky aktivní populace. Poměr starobních důchodů se v současnosti pohybuje něco přes 30% a do roku dosáhne téměř poloviny. Také systém penzijního připojištění, tak jak je nastaven, je v současné době nepříliš životaschopný.

Stárnutí populace ovlivňuje všechny sféry národní ekonomiky, ale nejvíce výši vládních výdajů na zajištění penzijních nákladů, na sociální služby a na zdravotní péči. Důležitým faktorem je také střední délka života mužů a žen, kdy převažují zejména ve vyšších věkových skupinách ženy. Soužitím starých občanů napomáhá zmírnit důsledky stáří. Při úmrtí jednoho z manželů, výhody společného soužití zanikají a dochází ke ztížené sociální situaci.

Při tvorbě koncepce sociálního zabezpečení je nutné sledovat a odhadovat demografický vývoj, jako je úmrtnost, porodnost, věková struktura obyvatelstva, nezaměstnanost a jiné. Značný vliv má také zdravotní stav obyvatelstva. Současným trendem je nárůst chronických a degenerativních onemocnění, a proto je nutné počítat se zvyšováním počtu invalidních a pozůstalostních důchodů (21).

1.3.1 Stárnutí populace a potřeba sociálních služeb pro staré občany

Demografické stárnutí postihuje od poloviny 20. století všechny vyspělé země a stává se tak poměrně závažnou otázkou. Jde o proces, při kterém se mění věková struktura obyvatelstva. Zvyšuje se podíl seniorů a snižuje se podíl dětí mladších 15 let. Hlavními příčinami demografického stárnutí je pokles porodnosti, pokles specifických měr úmrtnosti, které vedou k prodlužování naděje dožití vyššího a vysokého věku. Důsledky demografického stárnutí se dotýkají všech struktur sociálního a ekonomického vývoje. Vznikají obavy s udržitelností financování důchodového systému, zvyšování nákladů na sociální zabezpečení a zdravotní péči, nedostatek pracovních sil. Stárnutí se také promítá do postavení seniorů ve společnosti, do mezigeneračních vztahů a vztahů uvnitř rodiny. Je důležité mít na paměti, že věková struktura populace je pouze jednou z determinantů potřebnosti sociálních služeb. Mezi ostatní lze zařadit například zdravotní stav, ekonomickou situaci, vzdělanostní strukturu, sociální a fyzické prostředí seniorů (1, 13).

Před vlastní analýzou problematiky stárnoucí populace je důležité jí věkově vymezit. Je však velmi obtížné nalézt uspokojivou definici, kdy končí střední věk a začíná stáří. Nejběžněji používaným měřítkem bývá chronologický (kalendářní) věk. V současné společnosti se jako počátek stáří považuje ukončení pracovního poměru a odchod do důchodu. Tento věk se pohybuje mezi 60 a 65 rokem. Většina gerontologů tento věk rovněž považuje za stáří a to hlavně z důvodů, že v tomto období dochází k evidentním fyzickým a psychologickým změnám. V souladu s těmito přístupy je seniorský věk v této publikaci vymezen věkem 65 let a více(30).

Věková struktura populace České republiky je charakterizovaná třemi hlavními věkovými skupinami obyvatelstva, které se od počátku 90. let mění. V průběhu sledovaného období je zřejmé neustálé snižování zastoupení dětské složky (vymezeno věkem 15 let) v důsledku snižování porodnosti a zároveň zvyšování podílu seniorské populace, které jsou způsobeny zlepšováním úmrtnostních poměrů a to zejména osob ve vyšším věku. Stav na počátku 90. let ukazoval vyšší podíl dětí do 15 let nad produktivní složku. V roce 1997 u nás poprvé došlo k převaze osob starších 65 let a

tato převaha se trvale zvyšuje. Dle Statistické ročenky MPSV mezi lety 1991 až 2006 podíl osob ve věku 0 – 14 let poklesl na 14,5% a podíl osob ve věku nad 65 let a více vzrostl na 20,3%. Při stávajícím trendu nízké porodnosti a zvyšující se naději dožití je pravděpodobné, že podíl seniorů v populaci České republiky bude nadále stoupat. Nárůst této složky obyvatelstva nebude již zejména na úkor složky dětské, ale bude rovněž souviset s poklesem podílu produktivní složky obyvatelstva.

Podle projekce Českého statistického úřadu dojde ve struktuře populace k významným změnám. Do roku 2025 se předpokládá, že celkový počet obyvatelstva mírně poklesne, ale počet osob starších 65 let vzroste víc než o 50%. Dokonce počet osob starších 80 vzroste o více než 60%. Tyto trendy budou pokračovat i v letech 2025 – 2050, kdy se předpokládá, že počet obyvatel klesne asi o 8%, ale počet obyvatel starších 65 let vzroste o dalších asi 30% a počet osob starších 80 let vzroste asi o 75%. Z toho vyplývá, že důsledky tohoto vývoje se budou týkat důchodového pojištění, ale i zdravotní péče a sociálních služeb.(Příloha č. 2, 3).

Stárnutí populace se bude projevat výrazným zvýšením potřeby sociálních služeb, hlavně pro osoby starší 80 let, kteří jsou nejčastějšími klienty pobytových služeb sociální péče.

Při hodnocení rozsahu potřeb sociálních služeb je nutné se soustředit na základní společenskoekonomické a sociálně politické faktory, které v současné době ovlivňují přímo nebo zprostředkovaně vývoj sociálních služeb. Jako výchozí stav ke dni 31. 12. 2006 Český statistický úřad uvádí, že v České republice žilo celkem 10 287 tisíc osob, z toho bylo 14, 4% starších 65 let a 3,3 % starších 80 let. V domovech důchodců bylo 38 672 míst, což je kapacita 2, 61% z celkového počtu osob starších 65 let a 11,53% u osob starších 80 let. V léčebnách pro dlouhodobě nemocné je 7462 míst, což je kapacita 0,51% z celkového počtu osob starších 65 let a 2, 28% u osob starších 80 let. V hospicích bylo 335 míst a to je kapacita 0,02% z celkového počtu osob starších 65 let a 0,10% u osob starších 80 let. V penziencech pro důchodce bylo 11 428 míst, což činí 0,78% z celkového počtu osob starších 65 let. Pečovatelská služba byla poskytnuta v roce 2006 celkem 105 088 osobám a z toho 20 510 osob bylo v domovech s pečovatelskou službou. K 31. 12. 2006 bylo evidováno 50 929 čekatelů na umístění do

domova důchodců a 7 135 jich bylo evidováno, jako přednostní čekatelé. Sociální služby využívalo 11,01% osob starších 65 let (Příloha č.4) (28, 37, 39, 41).

1.3.2 Regionální diference

Demografické stárnutí neprobíhá v České republice zcela rovnoměrně. Je možné říci, že populaci s vyšším zastoupením seniorů vykazují velká města a jejich zázemí, naopak obyvatelstvo s vyšším podílem dětí mají oblasti pohraničí (11).

Nejstarší věkovou strukturu má v krajském srovnání Hlavní město Praha, kdy podíl osob ve věku 65 a více dosahuje 22,5%. V hlavním městě žije také vysoký podíl seniorů ve věku nad 80 let, kdy jejich zastoupení dosáhlo v roce 2006 počtu 4%. Dalšími kraji s vysokým počtem seniorů je kraj Jihomoravský s 21%, kraj Královéhradecký s 21,2%. Nejmladší populace je soustředěna na severozápadě Čech v kraji Ústeckém (Příloha č. 5).

Regionální demografická specifika a z nich vyplývající výhled do budoucna by měly být zohledněny při plánování regionálního rozvoje. Kdy v regionech s vyšším procentuálním zastoupením seniorů lze počítat s nárůstem nákladů na poskytování péče. Je důležité si uvědomit, že se zvyšováním počtu starších osob bude vzrůstat také počet těch, kteří z důvodu zhoršeného zdravotního stavu nebudou schopni vykonávat samostatně všechny běžné aktivity každodenního života. V České republice ještě stále platí, že za péči o své stárnoucí příbuzné je zodpovědná především rodina (35). Spolu s poklesem porodnosti, intenzivním stárnutím populace, větší pracovní mobilitou a oslabením tradičních rodinných vazeb se do budoucna bude zužovat soubor potenciálních pečovatелů z řad rodiny. Stále významnější se tak bude stávat potřeba institucionální péče a především široká nabídka alternativních služeb podporujících život v přirozeném prostředí (18).

Ústavní péči reprezentují v České republice domovy důchodců a penzióny pro důchodce. Je otázkou, zda je kapacita a územní rozmístění těchto zařízení dostačující. Z krajského pohledu je situace jednoznačně nejpozitivnější v kraji Ústeckém, ve kterém je nejmladší a tedy z hlediska demografického stárnutí nejpříznivější věková struktura.

Naopak nepříznivá situace je v kraji Hlavní město Praha, kde na jedno lůžko připadá 73 osob ve věku 65 a více let a nejstarších seniorů by se mělo o jedno lůžko dělit 13, což je zhruba dvakrát více než je celorepublikový průměr. Je nutné si uvědomit, že kapacita domovů i penzionů pro seniory je zcela naplněna a velká část těchto zařízení mají dlouhé seznamy čekatelů na umístění. Pokud tato situace setrvá i do budoucna, bude nutné zvýšit kapacity ústavních zařízení do roku 2030 nejméně o 21 245 míst a do roku 2050 celkem o 37 487 míst proti současnosti.

Na rostoucí počet obyvatel seniorského věku by měly reagovat také služby terénní a zařízení pro denní a vícedenní pobyty. Jsou to služby, které podporují život v přirozeném prostředí, doplňují pomoc ze strany rodiny a oddalují umístění nesoběstačného seniora do pobytových zařízení. Pro optimální zajištění služeb je potřeba rozšiřovat nabídku a kapacitu pobytových zařízení, ale také terénních a ambulantních služeb, které vycházejí s individuálních potřeb seniorů a umožňují setrvat v domácím prostředí.

Z hlediska demografického vývoje je dalším důležitým činitelem, který ovlivňuje setrvání seniora v domácím prostředí proměna rodinné struktury (11, 44).

1.3.3 Zastoupení mužů a žen v populaci seniorů

Při narození je stav chlapců vyšší než stav dívek, kdy na 100 dívek připadá zhruba 106 chlapců a tato mírná převaha mužů přetrvává zhruba do 45 roku života. Ve vyšším středním a zvláště pak seniorském věku jednoznačně převažují ženy nad muži. Tzn. Index maskulinity, který vyjadřuje počet mužů na 100 žen v příslušné věkové skupině, spolu s rostoucím věkem pravidelně klesá, tento jev je charakteristický pro všechny vyspělé země. Důvodem je vyšší úroveň úmrtnosti u mužů než u žen ve všech věkových skupinách. Vyšší úmrtnost mužů ve starším věku lze vysvětlit působením většího počtu rizikových faktorů, mezi které patří požívání tabáku a alkoholických nápojů, vyšší pracovní nasazení a z toho vyplývající častější výskyt úmrtnosti na kardiovaskulární nemoci. Vyšší počet žen v důchodovém věku je způsoben tím, že naděje dožití se v moderní společnosti liší v průměru o 5 – 7 let ve prospěch žen. Tato

skutečnost se odráží v mnoha oblastech života demografického pohledu je nejmarkantnějším důsledkem proměna rodinných struktur, kdy s rostoucím věkem narůstá podíl vdov v populaci. Starší muži jsou oproti ženám s vyšší pravděpodobností ženatí než ovdovělí. Uvedené rozdíly jsou zapříčiněny vyšší střední délkou života žen a podílí se na tom také skutečnost, že muži častěji než ženy uzavírají další sňatek při kterém si berou mladší partnerku. Tím se zvyšuje pravděpodobnost, že svou ženu nepřezijí a ve stáří nebudou žít osamoceně. Z předchozích údajů však vyplývá, že mnozí senioři jsou v důsledku úmrtí životního partnera nuceni žít osamoceně a to se samozřejmě promítá do potřeb seniorů a do jejich ekonomické situace (23, 35).

1.4 Potřeby seniorů jako sociologický a sociálně psychologický problém

Potřeba je objektivně nebo subjektivně pociťovaný nedostatek na úrovni fyzické a sociální existence jedince (34).

1.4.1 Psychologické teorie potřeb

Motivační teorie A. Maslowa

V této teorii Maslow říká, že teorie motivace by se měla zaměřit na cíle a nikoliv na prostředky, které vedou k dosažení potřeb. Prostředky mohou být kulturně specifické, ale cíle jsou univerzální. Potřeby jsou uspořádány hierarchicky a objevení se jedné potřeby je založeno na uspokojení potřeby v hierarchii předcházející. Chování je určováno potřebami neuspokojenými, ale žádná potřeba nemůže být chápána jako izolovaná. Motivační teorie nesmí být spojována s teorií chování, protože motivace jsou považovány za jednu z mnoha determinant chování. Dle Maslowa je chování téměř vždy motivované, ale také biologicky, kulturně a situačně determinované.

Maslow definuje tyto základní potřeby:

1. fyziologické potřeby (jídlo, teplo, sex, aj)
2. potřeba bezpečí, vzájemné lásky, sounáležitosti a přijetí

3. potřeba uznání (potřeba nezávislosti, svobody, sebejistoty vůči okolnímu světu, požadavek respektu jiných lidí, uznání a pozornosti)
4. potřeba seberealizace
5. kognitivní potřeba

Tento systém je často vyobrazován ve formě pyramidy (Příloha č.6). Na základně jsou potřeby „deficitní“ a na vrcholu jsou potřeby samotného „bytí“. Platí, že pokud jsou potřeby, které jsou nutné pro přežití naplněny, jejich hodnotu nevnímáme a chápeme je jako samozřejmost a nepotřebujeme je rozšiřovat. Oproti tomu potřeby rozvojové nejsou nikdy naplněny, a pokud jsou uspokojeny, jejich potřeba stále stoupá, protože náš život rozvíjejí. Tyto potřeby se ale rozvíjejí až po naplnění těch základních (24).

Zajímavé je sledovat z pohledu Maslowi teorie potřeby seniorů. Jak uvádí Šiklová, jsou potřeby nutné pro přežití u seniorů v naší společnosti v zásadě uspokojeny. Ale strádají v potřebách rozvojových např. potřeba sociální důstojnosti, mezilidských vztahů a lásky od bližních. Dle autorky existuje tzv. „demografická panika“, kdy jsou starší lidé obviňováni z ekonomické zátěže současné společnosti (50).

Teorie potřeb M. Max-Neefa

Je chilský ekonom, který se zabývá především otázkami chudoby. Dle něho jsou základní lidské potřeby nehierarchické, ontologicky univerzální a neměnné. Max-Neefova teorie potřeb je nazývána Model rozvoje lidské škály a klasifikuje lidské potřeby jako konečné a konstantní ve všech lidských kulturách a historických periodách. Co se ale v čase a mezi kulturami mění, jsou způsoby, jakými jsou tyto potřeby naplňovány. Podobně jako u Maslowa jsou potřeby chápány jako systém, který je vzájemně propojen. Oproti motivační teorii zde nejsou potřeby nijak hierarchizovány, ale jsou v procesu uspokojení charakterizovány simultaneitou, vzájemnou komplementaritou a kompromisy.

Max-Neef definuje jako základní potřeby:

1. bytí, existence a přežití (subsistence)
2. ochranu
3. city, lásku (affection)

4. porozumění
5. participaci
6. rekreaci (ve smyslu volného času, odpočinku)
7. kreaci, tvoření
8. svobodu

Formy uspokojování těchto potřeb mohou nabývat různých podob, ale mohou být i rušivé nebo zničující, pseudouspokojující. Dle autora určité formy uspokojení jedné potřeby mohou znemožnit uspokojení jiné potřeby (12).

1.4.2 Potřeby seniorů

Všeobecný trend současné společnosti je, že se vyskytuje určitý stereotypní vzorec percepce potřeb starých lidí. Je milná domněnka, že stáří s sebou přináší speciální potřeby, které se u ostatních příslušníků populace nevyskytují a nebo je tendence redukovat potřeby starých lidí na základní fyziologické a materiální. Dle poznatků je struktura potřeb seniorů stejná jako u všech ostatních lidí a stejně tak jsou tyto potřeby vzájemně propojeny do jednoho celku. S příchodem stáří a se snížením funkčního potenciálu se struktura potřeb nemění, ale projevuje se změna zaměření potřeb. Do této změny bychom zařadili například pokles stimulace, snížení potřeby učení, změny v charakteru sociálních kontaktů, zvyšování potřeby jistoty a bezpečí, růst deficitu u seberealizace, který je spojen s odchodem do penze. Formy uspokojování potřeb jsou závislé na změnách funkčního a zdravotního stavu, na rodinných a partnerských vztazích, změnách životního prostředí a dostupných službách. Z tohoto důvodu mohou být ve stáří dříve dostatečně saturované potřeby vnímány jako deficitní a naopak u jiných se může projevit nadbytek. Také propojení určitých typů potřeb zesiluje, kdy např. bezpečí je více spojováno s fyzickou pohodou, ale může i oslabovat např. ekonomické zajištění není spojeno se seberealizací v zaměstnání. Může se vyskytnout i stav, kdy zajištění jedné potřeby neguje potřebu druhou např. přestěhování

se do domu s pečovatelskou službou zvyšuje pocit bezpečí, ale zároveň může narušit sociální vazby (1, 22).

Saturace jednotlivých potřeb u seniorů

Bezpečí tato potřeba je silná v období dětství a aktivuje se v případě bezprostředního ohrožení. Může být ale také charakterizována jako určitá touha po stabilitě, kterou sledujeme v průběhu celého života. Ve stáří se objevují kromě osamělosti i obavy z pádu, z útoku, z neschopnosti se přizpůsobit, obavy, aby se člověk nestal zátěží pro rodinu. Potřeba bezpečí a jistoty u seniorů nabírá novou váhu a lze jí hodnotit jako jednu z nejvýznamnějších potřeb (17).

Spiritualita se právě ve vyšším věku stává zřetelnější a významnější. Na víru v Boha se často lidé zaměřují při strategii zvládnání stáří. Tato potřeba se pak dostává na úroveň zdraví, sociálních vztahů, volnočasových aktivit, které udržují koherentnost lidského života. Seniori však o svých spirituálních potřebách hovoří v širších pojmech. Zahrnují do nich potřebu milovat a být milován, dávat a přijímat, být potřebný, být respektován nikoliv ochranně ošetřován, a to i přes omezení, se kterými se potýkají. Nejedná se tedy o religiozitu v tradičním pojetí, ale o obecnější úsilí poznání smyslu života, vztahů, sebe sama, světa (17, 4, 45).

Autonomie je potřeba, která ve stáří nabývá specifické podoby. Je spojena s asertivitou, která znamená závislost člověka na vlastních soudech více než na kulturních normách, prosazování vlastního životního stylu společně s potřebami, sebekázeň, rozhodnost a odpovědnost. Z pohledu seniorů je autonomie vícesložkovým konceptem, ve kterém dominuje fyzická soběstačnost, zdraví, finanční soběstačnost, která umožňuje nezávislost na druhých lidech a svobodu v jednání.

Sexuální uspokojení je jednou z opomíjených dimenzí potřeb ve vyšším věku. Lze sem zařadit i potřebu intimního kontaktu.

Je důležité si uvědomit, že naplňování potřeb je nejen fyziologickou nutností, ale zároveň psychologickým i sociálním požadavkem. Je otázkou sociálního konsenzu, které potřeby seniorů, jaké cesty jejich naplnění a jaké a jak bohaté zdroje jejich naplnění budou společností uznány (22, 35).

1.5. Ekonomie sociálních služeb

Historicky se financování sociálních služeb datuje teprve od doby industriální. Ve feudalismu bylo věcí panovníka, zda se věnoval chudým a nemocným. Období raného kapitalismu bylo charakterizováno těžkou sociální situací ve městech a ve vznikajících průmyslových celcích. V tomto období byly sociální služby závislé na ochotě zaměstnavatelů a až později se začínala rozvíjet úloha státu. V současnosti je v rozvinutých zemích sociální systém napojen na politiku státu a na jeho financování je přispíváno ze státního rozpočtu nebo z rozpočtů obcí a regionů. V České republice došlo v roce 1989 ke změně politického systému, ke změnám legislativy a ty se také projeví v reformě systému sociálních dávek (25).

1.5.1 Transformační proces sociální politiky České republiky

Sociální politika během socialismu byla poměrně výrazně deformovaná a omezená jen na aktivity státu. Byla nastolena politika řízené zaměstnanosti, regulované mzdy bez ohledu na kvalifikační předpoklady. Nezaměstnanost a chudoba z ideologických důvodů nebyly uznávány jako sociální událost. Systémy sociálního zabezpečení byly v 60. letech transformovány na sovětský typ, kde docházelo k hrazení dávek výlučně ze státního rozpočtu. Role nestátních subjektů byla potlačena nebo zcela vyloučena. Občané byli pasivními příjemci dávek a služeb a představovali pouhý objekt sociální politiky. Stát prosazoval univerzální schéma a celospolečenskou solidaritu, ale zároveň existovala vrstva privilegovaných z bezpečnostních složek, stranického aparátu, kteří byli zvýhodňováni. Systémy mezd a sociálních dávek byly doplňovány rozsáhlým subvencováním cen, kdy každý občan dostával doplněk k příjmu v podobě dotovaných cen, služeb a nájemného. Nízká efektivita a produktivita práce, vysoké nároky na financování a neúnosné ekonomické náklady na zdravotnictví, školství, sociální zabezpečení vedly k postupné stagnaci a poklesu ekonomického rozvoje. V období 80 let se proto začíná objevovat nutnost změny (21, 38, 43).

V roce 1989 dochází k transformaci společnosti a ekonomiky a je také nutné provést změny v sociální oblasti. Přeměna centrálně plánovaného státního hospodářství na tržní ekonomiku měla celou řadu rizik, především nezaměstnanost. Zrušením cenových dotací, sjednocením směnných kursů měn a liberalizací cen byla zvyšována inflace. Objevovaly se obavy ze strádání obyvatelstva, a proto byl v roce 1990 současně s ekonomickou reformou připraven a přijat scénář sociální reformy a byly zahájeny práce na tvorbě nových sociálních systémů.

V této době byl velmi důležitý politický faktor. V období od poloviny roku 1992 bylo v tehdejší ČSFR u moci sociálně liberální Občanské hnutí, které bylo později vystřídáno Občanskou demokratickou stranou a ta prosadila radikálnější kroky reformy. Pod jejím vedením došlo ke snížení odpovědnosti státu v sociální oblasti a začal být kladen důraz na odpovědnost jednotlivce. Na konci roku 1992 však rozvíjející státní krize vrcholí rozpadem Federace. Z těchto důvodů dochází k oddálení řady programů.

Začátkem roku 1993 byl prvním prezidentem České republiky zvolen Václav Havel a do čela sociální demokracie se dostává Miloš Zeman. Pod jeho vedením se strana představila jako první opoziční síla, která organizovala odpor proti liberálně organizovaným reformám. Výsledkem bylo, že přijaté zákony se staly jistým kompromisem. V roce 1998 Česká strana sociálně demokratická vyhrála volby a až do roku 2006 realizovala poměrně štědrá sociální politiku založenou na přesvědčení, že dlouhodobě není možné obětovat sociální ochranu občana zájmům vyšší ekonomické výkonnosti (28, 36, 47).

1.5.2 Sociální reforma

Sociální reforma sledovala tři hlavní cíle, které odpovídaly záměrům ekonomické reformy a to pluralizaci, privatizaci a demokratizaci. Důležitou součástí reformy byla decentralizace státní sociální správy, kdy úkolem MPSV by mělo být rozdělování finančních prostředků na sociální pomoc krajským nebo obvodním úřadům a provádění sociálního dozoru. Ostatní úkoly, které jsou spojené se sociální správou by měly být v kompetenci obce nebo města.

V systému sociální pomoci byly změněny preference a přednost byla dána péči v domácím prostředí.

Vzhledem k těmto cílům byly vytvořeny čtyři základní programové pilíře:

1. *Politika zaměstnanosti*, která vycházela z práva občana na ekonomickou aktivitu a nutnost jej zabezpečit v případě nezaměstnanosti. Při realizaci tohoto pilíře vláda kladla důraz na aktivní politiku zaměstnanosti, podporu účelného podnikání, rozvoj služeb a podporu kvalifikačních programů. Stát snižoval míru nezaměstnanosti prodloužením školní docházky a přípravy na povolání, zkrácením pracovní doby, prodloužením doby dovolené a zajištěním možnosti předčasného odchodu do důchodu.
2. *Politika v oblasti pracovních příjmů*, kdy stát přijal zákon o mzdě a o kolektivním vyjednávání. Byl vypracován systém zákonných záruk pro stanovení mzdy a její výplatu. Stát zachoval mzdovou regulaci jen pro rozpočtové a příspěvkové organizace.
3. *Rodinná politika*, kdy byla zvýrazněna podpora základním a kulturním funkcím rodiny. Začal být kladen důraz na potřeby členů rodiny ve všech fázích životního cyklu. Byl zaveden rodičovský příspěvek, začal proces restrukturalizace rodinných přídatků s cílem maximální ochrany dítěte.
4. *Sociální politika*, která nastartovala systém valorizace důchodů, novou koncepci sociálního zabezpečení

Součástí sociální reformy bylo vytvoření nového systému přímých a nepřímých daní. Reforma vedla k nárůstu nepřímých daní a k redukci v oblasti příjmové daně, která byla vyvážená zavedením příspěvku na sociální a zdravotní pojištění (49, 51).

Na počátku ekonomické transformace Mezinárodní měnový fond a Světová banka formulovali požadavky na sociální systémy postkomunistických zemí. Prioritním úkolem bylo vytvoření záchranné sítě. Ta je definována jako soubor legislativních norem, kterými stát garantuje všem občanům určitou minimální úroveň pomoci v případě, že se ocitnou v nouzových sociálních situacích. Záchranná sociální síť plní řadu důležitých úkolů, mezi které patří aktivní působení v politice zaměstnanosti,

garance minimální mzdy, stanovení životního minima, poskytuje sociální služby a jiné (21, 43, 51).

1.5.3 Současný stav hospodářské a sociální politiky

Socialismus vytvořil systém, který poskytoval každému poměrně široké spektrum sociálních jistot a minimalizoval rozdíly v příjmech mezi lidmi. Tento faktor stále přetrvává v současné české sociální politice. Příkladem může být, že pokud nastane sociální událost, lidé se domnívají, že stát je povinen se o ně postarat. Také existuje představa občana, že stát je bezedná pokladna. Většina občanů si myslí, že současná opatření sociální politiky jsou nedostatečná, ale nejsou ochotni na tato opatření přispívat vyššími daněmi. Tyto postoje veřejnosti vytvářejí bariéry pro radikální sociální reformy (29).

Současný vývoj sociální politiky v České republice lze analyzovat pomocí vývoje složené daňové kvóty (to je, poměr výnosu daní, cel a pojistného na zdravotní pojištění a sociální zabezpečení k HDP v běžných cenách) a vývoje sociálních transferů v rámci zákonných mandatorních výdajů státu a tím určit míru přerozdělení. Kromě sociálních transferů jsou mandatorními výdaji platby státu do zdravotního pojištění, výdaje na dluhovou službu, výplata státních příspěvků ke stavebnímu spoření, dotace státním fondům. Kromě nejvýznamnější položky mezd a platů v rozpočtové a příspěvkové sféře patří do mandatorních výdajů státu také výdaje na aktivní politiku zaměstnanosti a od roku 2001 investiční pobídky. V bývalém Československu činila míra přerozdělení přes 70%, po ekonomické reformě byla daňová kvóta pod 50%, ale od roku 1998 se začíná opět zvyšovat, s nástupem vlády premiéra Topolánka dochází opět k jejímu snižování.

O rozsahu přerozdělení vypovídá také vývoj mandatorních výdajů a to především sociálních transferů. Mezi nejvýznamnější sociální transfery patří dávky důchodového pojištění, nemocenské dávky a státní sociální podpora. V roce 1995 činily sociální transfery v absolutním vyjádření 160,4 mld. korun, v roce 2004 činily 327,6 mld. korun což ukazuje, že během deseti let se objem těchto výdajů více než

zdvojnásobil. Tempo růstu sociálních transferů je sice oproti ostatním položkám nižší, ale je zde větší objem vynakládaných peněz. Navíc klíčovými položkami těchto mandatorních výdajů jsou dávky důchodového pojištění a ty vzhledem k demografickému vývoji budou klást stále vyšší nároky na výdaje státu. Nepříznivý vývoj těchto výdajů nedokázal upravit ani ekonomický růst ve sledovaném období a je tedy možné pozorovat stoupající podíl sociálních transferů v poměru k HDP v běžných cenách. V roce 1995 byl úhrn sociálních transferů 9,67% HDP, tak v roce 2004 byl již 11,84% HDP. Sociální výdaje v České republice omezují možnost realizace ostatních výdajových priorit, jako jsou výdaje na vzdělání, bydlení, zdravotnictví, dopravu aj. Jako negativní dopad sociální politiky považujeme problém s ekonomickou efektivností vynakládaných prostředků na sociální výdaje a rozrůstající se byrokracii.

Na vývoj sociální politiky v zemích s tržní ekonomikou má vliv určení úlohy státu v hospodářském a společenském životě. Úspěšná hospodářská politika zajišťuje ekonomickou základnu pro rozvoj sociální politiky. Všechny země Evropské unie se potýkají s problémem optimálního nastavení systému sociální ochrany. Česká republika i když mluvíme o ekonomickém růstu patří k poměrně zadluženým státům (16, 21, 14).

1.5.4 Sociální politika v zemích Evropské unie

V členských zemích Evropské unie neexistuje sociální politika, která je společná pro všechny členské státy. Sociální politika zůstává z velké části v kompetenci národních vlád jednotlivých členských států a pro ně je závazné, že každá země má povinný systém sociálního zabezpečení, ale struktura a organizace není jednotná. Sociální zabezpečení musí pouze obsahovat opatření, které vyhovují volnému pohybu pracovních sil v rámci Evropské unie. V současné době jsou rozdíly v sociální politice zapříčiněny odlišným ekonomickým rozvojem jednotlivých členských států. K odstranění těchto rozdílů slouží Politika hospodářské a sociální soudržnosti Evropské unie. Kdy podkladem je finanční solidarita mezi jednotlivými členskými státy. Základním článkem této pomoci jsou strukturální fondy (Evropský fond regionálního rozvoje, Evropský sociální fond), které slouží k podpoře pracovních příležitostí a místní

a profesní mobility pracovních sil v jednotlivých státech evropského společenství. Evropský sociální fond pak nepřímou přispívá k rozvoji služeb o děti, staré a nemocné občany (2, 14, 23, 30).

Systémy sociálního zabezpečení v jednotlivých evropských státech se od sebe liší z hlediska výdajů i příjmů a to ve způsobu financování, tak rozsahem podpory. Všechny členské země poskytují podporu během stáří, nemoci, invalidity, mateřství, doby péče o dítě, v nezaměstnanosti a zajišťují dostupnost zdravotní péče. Struktura příjmů, ze kterých jsou vypláceny dávky sociálního zabezpečení, je dána poměrem příspěvků zaměstnavatelů, příspěvkem osob nebo ze státního rozpočtu a dalších doplňkových zdrojů. V zemích Evropské unie tvoří příspěvek zaměstnavatelů 39% všech finančních zdrojů určených na sociální zabezpečení. Příspěvky osob, kterými se zabezpečují proti rizikovým situacím tvoří 22% zdrojů. Asi 36% finančních prostředků pochází ze státního rozpočtu a 3% pocházejí z doplňkových zdrojů. Tento stav však není pro všechny země stejný. Nejvyšší zatížení zaměstnavatelů je například ve Španělsku (53%), oproti tomu stojí financování ze státního rozpočtu, které je nejvyšší v Dánsku (63%). Sociální model států Evropské unie je těžko definovatelný vzhledem k různorodosti přístupů problematice sociálního zabezpečení, k rozličné historické zkušenosti a k rozdílné životní úrovni. Zásadní význam pro systematické rozšiřování evropské sociální politiky mělo přijetí několika dokumentů, které mají celoevropský význam. Patří k nim Evropská sociální charta, Charta základních sociálních práv pracujících, Maastrichtská Smlouva o Evropské unii, Zelená kniha o sociální politice a Bílá kniha.

Evropská sociální charta byla podepsaná v Turíně v roce 1961 a od té doby byla již několikrát novelizovaná. Zakotvuje ochranu lidských sociálních práv. Státy, které jí podepsaly, se zavázaly, že budou uskutečňovat sociální politiku, ve které chrání 19 práv svých občanů a v roce 1996 přibylo podpisem Revidované Evropské sociální charty dalších 12 práv. Dokument také uvádí způsob naplnění všech v ní uvedených práv, ale konkrétní opatření jsou v kompetenci jednotlivých členských států.

Charta základních sociálních práv pracujících byla schválena v roce 1989 ve Štrasburku. Cílem bylo přijmout minimální evropské standardy na úseku pracovního

práva a doporučit koordinaci systémů sociálního zabezpečení. Tuto Chartu podepsalo jen 11 států, Velká Británie jí podepsat odmítla. Důvodem bylo to, že zakotvuje příliš velkou ochranu práv pracujících, poškozuje tím zájmy podnikání a ohrožuje konkurenceschopnost. I přes to se Charta stala základem revize Římské smlouvy o založení Evropského hospodářského společenství, kdy jí doplnila o řadu opatření týkajících se sociální politiky.

Maastrichtská Smlouva o Evropské unii byla podepsaná v roce 1992 a jejím cílem je dosažení vysoké zaměstnanosti, sociální ochrany, zvyšování životního standardu obyvatelstva, hospodářská soudržnost a solidarita mezi členskými zeměmi. Jako poradní orgán Rady i Komise byl stanoven Hospodářský a sociální výbor, jehož úkolem je zastupovat zájmy nejrůznějších hospodářských a sociálních skupin a může vydávat svoje stanoviska.

Zelená kniha o sociální politice byla publikovaná v roce 1993. Představuje priority, problémy a výzvy Evropské unie a na základě diskuze umožňuje navrhnout přijatelné řešení pro všechny členské státy.

Bílá kniha obsahuje čtyři hlavní zásady, kterými by se měla Evropská unie v budoucnosti řídit. Mezi ně patří vytváření nového vztahu mezi hospodářskou a sociální politikou. Nejvyšší prioritou je vytváření nových pracovních příležitostí. Je nutné rozšířit legislativu, připravit nový akční plán na téma Rovné příležitosti mužů a žen a zintenzivnit postupy v oblasti sociální péče.

Lisabonská strategie vznikla v roce 2000 a je výsledkem jednání Rady Evropské unie v Lisabonu. Obsahuje kompletní desetiletý plán na léta 2000 - 2010 a jejím úkolem je vytvořit scénář pro komplexní hospodářskou, sociální a ekologickou obnovu Evropské unie (2, 14).

V současné době je hlavním úkolem sociální politiky Evropské unie nutnost reagovat na měnící se sociální kontext, který spočívá v demografickém vývoji, v rostoucí participaci žen na trhu práce, v problematice předčasných odchodů do důchodu a dlouhodobé nezaměstnanosti (48).

1.5.5 Sociální správa a její financování

Každá země Evropské unie a také Česká republika má vytvořený systém orgánů a organizací, které působí v sociální správě. Systémy sociální správy lze dělit dle:

1. vlastnictví – veřejnoprávní nebo soukromoprávní
2. ekonomické povahy – komerční nebo občanské
3. oboru činností – systémy práce a zaměstnání, sociální zabezpečení, systémy zdravotnické, vzdělávací nebo školské.

Veřejnoprávní sociální správa klade důraz na vedoucí roli státu v uspořádání sociálních věcí a kompetencí a zajišťuje sociální zákonodárství. Subjekty, které působí v sociální správě jsou státní a veřejnoprávní orgány, které mají za úkol regulovat sociální sféru, dohlížet a zajišťovat dodržování právního řádu. Dále jsou to státní a veřejnoprávní orgány a organizace, které zajišťují potřeby občanů.

Mezi ústřední orgány sociální správy patří ministerstvo, které vytváří sociální politiku a dohlíží na její dodržování. Úlohou ministerstva je sbírat potřebné informace, monitorovat činnost, analyzovat a hodnotit vývoj v sociální oblasti a navrhuje vládě dlouhodobá, střednědobá a krátkodobá opatření. Ministerstvo je vykonavatelem dohledu a kontroly veřejnoprávních orgánů a organizací a provádí inspekci v soukromoprávních organizacích.

Místní články státní správy jsou na úrovních regionů, krajů a obcí. Kraje pečují o komplexní rozvoj sociální péče, zajišťují dostupnost informací, spolupracují s obcemi a dalšími kraji, zpracovávají střednědobý plán rozvoje sociálních služeb, sledují a vyhodnocují plnění tohoto plánu a s výsledky seznamují ministerstvo. Obce vykonávají samostatnou působnost a přenesenou působnost, jako nejnižší článek státní správy. Zajišťují poskytování sociálních služeb na svém území, dostupné informace o sociálních službách, spolupracují s dalšími obcemi a kraji a s poskytovateli sociálních služeb a mohou se podílet spolu s krajem na zpracování střednědobého plánu. V přenesené působnosti vykonává obec státní správu ve věcech, které jsou vymezeny jednotlivými zákony nebo směrnicemi vyšších orgánů státní správy.

Veřejnoprávní sociální správa je financovaná prostřednictvím státního rozpočtu a tyto získané finanční prostředky slouží k zajištění poskytování sociálních služeb poskytovatelům, kteří jsou zapsáni v registru. Dotace slouží k zajištění běžných výdajů sociálních služeb, vycházejí ze střednědobého plánu rozvoje těchto služeb a jsou poskytovány prostřednictvím rozpočtu kraje. Žádost o poskytnutí dotace na příslušné následující rozpočtové období předkládá krajský úřad ministerstvu. Součástí žádosti je střednědobý plán rozvoje sociálních služeb, který obsahuje ekonomickou analýzu a způsob finančního zajištění. Výše dotace je stanovena ministerstvem na základě procentního podílu kraje na celkovém ročním objemu finančních prostředků vyčleněných ve státním rozpočtu na podporu poskytování sociálních služeb pro příslušný rozpočtový rok. Procentní podíl kraje ministerstvo stanoví na základě podílu kraje na celkovém ročním objemu vyplacených příspěvků v případě dotace na poskytování služeb sociální péče a celkovém počtu obyvatel v případě dotace na poskytování služeb sociální prevence a sociálního poradenství.

Obcím s rozšířenou působností je dotace poskytována prostřednictvím rozpočtu kraje a jedná se o činnost kraje vykonávanou v přenesené působnosti.

Soukromoprávní sociální správa je provozována ziskovými a neziskovými organizacemi. Ziskové organizace zahrnují komerční subjekty, jejichž předmětem podnikání jsou sociální činnosti a služby. Svoji činnost vykonávají na základě povolení státu, které je uděleno ve správním řízení a nebo na základě smlouvy se státem, jejímž předmětem je věc, stavba, která je potřebná k výkonu sociální péče. Neziskové organizace zahrnují nekomerční subjekty, které nepracují za účelem vytvoření zisku a pokud jej dosáhnou, jsou povinny jej věnovat na rozvoj činnosti, pro kterou byly založeny. Tyto subjekty pomáhají tam, kam státní a veřejnoprávní ochrana nestačí dosáhnout a komerční sektor nemá zájem a nebo služby poskytuje draze. Nestátní nekomerční subjekty vystupují jako občanská sdružení a odbory, obecně prospěšné společnosti, nadace a nadační fondy a církve a náboženské společnosti a jejich účelová zařízení.

Financování soukromoprávní sociální správy je z hlavní části zajištěno prostřednictvím vypsaných grantů, dotací krajů a spoluúčastí klientů. Základem tohoto financování je nenárokovost, kdy nestátní organizace nemá na přidělení finančních prostředků právní nárok. Nestátní organizace podávají své žádosti formou grantových projektů, které zadávají různé resorty a obce. Sociální služby nejvíce podporuje ministerstvo práce a sociálních věcí, dále také ministerstvo zdravotnictví, ministerstvo školství, ministerstvo vnitra. Financování nestátních subjektů je také podporováno prostřednictvím projektů z programů Evropské unie. V současné době řada poskytovatelů služeb bojuje z nedostatkem finančních prostředků a musí omezovat nebo rušit své aktivity a služby. Důvodem je, že ústavní zařízení, kterými jsou zřizovateli kraje nebo obce získávají dotace ve výši asi 90% provozních nákladů. Oproti tomu neziskové organizace získávají dotaci asi 30% a počítá se s financováním prostřednictvím programů Evropské unie. Do poloviny roku 2008 však nebyly vypsané žádné projektové výzvy v rámci strukturální pomoci Evropské unie (25, 26, 42, 40, 57).

Spoluúčast klientů je u státní ústavní péče upraven legislativně. U soukromých poskytovatelů se jedná o dohodu mezi klientem a organizací. S výjimkou nadstandardně poskytovaných služeb, které jsou určeny pro klienty z vyšších příjmových skupin tyto zdroje nepokrývají finanční potřeby organizací v plném rozsahu.

Nadace a dárci jsou specifickým zdrojem. Získávání prostředků tímto způsobem je závislé na kvalitách managementu. Lze rozlišit nadace, které jsou zaměřené na financování širokého spektra aktivit a nadace, které jsou zřízeny účelově na konkrétní aktivitu. Soukromí dárci nebo sponzoři jsou motivováni možností zlepšit svojí image na veřejnosti, dar se také stává určitým reklamním artiklem. Bohužel možnosti daňového zvýhodnění jsou v současnosti jen formální

Veřejné sbírky jejich vyhlášení je upraveno příslušnou legislativou a jsou zaměřeny na podporu konkrétních aktivit a mají různou formu. Také zde hraje významnou úlohu nápad a organizační schopnosti managementu.

Financování v sociální oblasti podléhá určitým zvláštnostem. Jedná se vždy o přerozdělení určitých prostředků, které nejsou vyprodukované danou činností. Efektivita financování znamená poskytování kvalitních služeb, potřebným lidem při využití minimálního množství finančních prostředků.

V České republice rozlišujeme sociální služby na služby sociální péče a služby sociální intervence. U služeb sociální péče podporujeme lidi s dlouhodobým postižením, kteří jsou příjemci peněz a mohou si nakupovat služby, které potřebují u různých organizací. Služby sociální intervence jsou určeny pro vyrovnání dočasného hendikepu a jsou financovány formou dotací poskytovatelům (25, 39).

1.5.6 Příspěvek na péči

Jedná se o státní dávku, která je poskytována fyzickým osobám v nepříznivé sociální situaci a které jsou závislé na pomoci jiné fyzické osoby. Účelem dávky je umožnit osobě zajištění potřebné pomoci, a to buď v rámci rodiny nebo pomocí poskytovatele sociálních služeb, případně prostřednictvím jiné fyzické nebo právnické osoby. Nárok na příspěvek má osoba, která z důvodu dlouhodobého nepříznivého zdravotního stavu potřebuje pomoc při péči o vlastní osobu a potřebuje pomoc při zajištění soběstačnosti v takovém rozsahu, který odůvodňuje její zařazení do některého ze stupňů závislosti. Jako dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav se považuje nepříznivý zdravotní stav, který dle poznatků lékařské vědy trvá déle než jeden rok a který omezuje fyzické, duševní nebo smyslové schopnosti a má vliv na soběstačnost a péči o vlastní osobu. Okruh oprávněných osob je vymezen zákonem 108/2006 Sb.

Stupeň závislosti osoby na pomoci jiné fyzické osoby se posuzuje na základě hodnocení, které určuje schopnost osoby zvládat celkem 36 stanovených úkonů, kdy 18 úkonů je péče o vlastní osobu a 18 úkonů posuzuje soběstačnost. S ohledem na počet úkonů, při kterých osoba potřebuje každodenní pomoc nebo dohled a s ohledem na věk osoby se rozlišují 4 stupně závislosti podle kterých se liší i výše příspěvku. Výše příspěvku se také odlišuje pro osoby do 18 let věku a pro osoby starší.

Výše příspěvku pro osoby starší 18 let za kalendářní měsíc:

- a/ 3000 Kč stupeň I (lehká závislost)
- b/ 4000 Kč stupeň II (středně těžká závislost)
- c/ 8000 Kč stupeň III (těžká závislost)
- d/ 11000 Kč stupeň IV (úplná závislost)

Částky příspěvku na péči zvyšuje vláda pomocí nařízení v pravidelném termínu vždy od 1. ledna, pokud jsou splněny podmínky, které jsou stanoveny zákonem o sociálních službách. Valorizace je vázaná na růstu indexu spotřebitelských cen v oblasti sociální péče a tyto hodnoty sleduje Český statistický úřad. Vláda je povinna zvýšit částky příspěvku vždy od 1. ledna, pokud dojde ve stanoveném rozhodném období k nárůstu indexu spotřebitelských cen v oblasti sociální péče alespoň o 5%. Vláda má pravomoc svým nařízením zvýšit částky příspěvku i v mimořádném termínu, kdy pro toto zvýšení nejsou stanoveny žádné podmínky (57).

1.5.7 Úhrada nákladů za sociální služby

Sociální služby se poskytují bez úhrady nákladů, za částečnou a nebo plnou úhradu nákladů. Mezi sociální služby, které jsou poskytovány bez úhrady nákladů patří sociální poradenství, raná péče, telefonická krizová pomoc, tlumočnické služby, krizová pomoc, služby následné péče, sociálně aktivizační služby pro rodinu s dětmi, sociálně aktivizační služby pro seniory a osoby se zdravotním postižením, terénní programy, sociální služby v kontaktních centrech a nízkoprahových zařízeních pro děti a mládež, sociální služby poskytované v intervenčních centrech. Úhradu nákladů lze rozdělit na pobytové zařízení a ostatní druhy sociálních služeb.

Úhrada nákladů za pobytové služby se týká zařízení jako jsou týdenní stacionáře, domovy pro osoby se zdravotním postižením, domovy pro seniory, domovy se zvláštním režimem, chráněné bydlení, zdravotnická zařízení ústavní péče při poskytování sociálních služeb, centra sociálních rehabilitačních služeb. V těchto pobytových zařízeních hradí osoby úhradu za ubytování, stravu a za péči poskytovanou

v rozsahu, který je sjednán ve smlouvě. Poskytovatelé pobytových služeb jsou povinni si svými vnitřními předpisy stanovit výši úhrady za ubytování a za stravu dle svých podmínek, ale nesmějí překročit vyhláškou stanovenou maximální částku (vyhláška č.505/2006 Sb.). V cenících musí být zohledněn způsob ubytování, tj. počet lůžek na pokojích, vybavenost pokoje, kvalita bydlení. Úhrada za stravu se stanoví s ohledem na počet jídel, místní ceny potravin, věk klientů a jiných kritérií. Při sjednávání výše úhrady musí poskytovatel dodržet ustanovení, kdy po úhradě za ubytování a stravu musí osobě zůstat alespoň 15% z jejího příjmu. V případě nižšího příjmu, který nepostačuje k zaplacení plné výše stanovené úhrady se postupuje tak, že se od příjmu klienta odečte částka 15% příjmu a zbylý zůstatek je částka úhrady, kterou klient zaplatí. Pokud klient nemá žádné příjmy úhrada za ubytování a stravu se nestanoví a v tomto případě nemá klient nárok na poskytování tzv. kapesného z prostředků rozpočtu poskytovatele. V případech kdy klient pobytového zařízení sociálních služeb nemá vlastní příjem a nebo příjem nepostačuje k zaplacení plné výše úhrady za ubytování a stravu, může se poskytovatel služby dohodnout na spoluúčasti úhrady nákladů s jinými osobami. Dle zákona je možné uzavřít dohodu s manželem nebo manželkou, rodiči nebo dětmi osoby, které je sociální služba poskytována. Částka doplatku je celá použita k zaplacení úhrady, nesčítá se s příjmem klienta, a proto se z ní nevypočítává zůstatek 15% z příjmů. Úhrada se nevztahuje jen na pobytové služby, ale lze jí využít na všechny druhy sociálních služeb, u kterých je požadována úhrada nákladů.

Úhrada nákladů u dalších druhů sociálních služeb se týká osobní asistence, pečovatelské služby, tísňové péče, průvodcovské a předčítatelské služby, podpory samostatného bydlení, odlehčovací služby, center denních služeb, denních stacionářů.

Úhrada za osobní asistenci, průvodcovské a předčítatelské služby a podporu samostatného bydlení činí 85 Kč za hodinu podle času, který byl nezbytný k zajištění úkonu. Pokud je poskytována služba kratší, než je celá hodina, výše úhrady se krátí.

Úhrada za pečovatelskou službu je stanovena podle jednotlivých úkonů a maximální výše činí 85 Kč za hodinu dle skutečně spotřebovaného času nezbytného k zajištění úkonu. Výše úhrady se krátí, pokud je poskytována služba kratší než celá

hodina. Při celodenním poskytování stravy úhrada činí 140 Kč v rozsahu minimálně tří hlavních jídel nebo 70 Kč za oběd včetně provozních nákladů na přípravu a 20 Kč se hradí dovoz nebo donáška jídla. Za velký nákup je úhrada 100 Kč. A za úkony praní a žehlení se počítá úhrada 50 Kč za jeden kilogram prádla. Dle zákona o sociálních službách existují skupiny osob, kterým je pečovatelská služba poskytována bez úhrady nákladů.

Úhrada za tísňovou péči vyplývá ze skutečných nákladů za provoz technických komunikačních prostředků.

Úhrada za služby v centrech denních služeb a v denních stacionářích činí 85 Kč za hodinu podle skutečně spotřebovaného času. Za celodenní zajištění stravy 140 Kč a 70 Kč za oběd včetně provozních nákladů (20, 46, 57).

1.5.8 Novela zákona o sociálních službách

V letošním roce předložilo Ministerstvo práce a sociálních věcí konečnou podobu novely zákona číslo 108/2006 Sb. Předmětem velkého množství připomínek je především nárok na příspěvek na péči v I. stupni závislosti a způsob jeho využití. Hlavním důvodem navrhovaných opatření je fakt, že větší část prostředků příspěvků na péči v I. stupni, zůstává klientům a není příjmem poskytovatelů sociálních služeb. Příjemci vnímají nesprávně účel dávky a příspěvek na péči považují za zvýšení vlastního příjmu. Proto jako nástroj podpory návratnosti příspěvku do sociálních služeb přichází v úvahu čerpání příspěvku v nepeněžní formě.

Bezhotovostní část příspěvku by tak byla vázaná na úhradu za poskytnutí sociální služby. Pro tuto nepeněžní formu výplaty příspěvku jsou navrženy dvě koncepce. Jedná se o koncepci OK systému, která předpokládá přímou úhradu za poskytnuté sociální služby prostřednictvím webové aplikace OK služby a nebo proplacení služby formou poukázek v určité finanční hodnotě.

OK systém má mechanismus výplaty nastavený tak, že oprávněná osoba obdrží od úřadu potvrzení, které použije při úhradě vyúčtování služeb. Poskytovatel služeb na základě těchto dokladů zadá prostřednictvím webové aplikace požadavek na proplacení

služby. Úhrada pak bude proplacena maximálně do výše nevyplacené splatné částky příspěvku na péči. O úhradě bude informovaná oprávněná osoba prostřednictvím výpisu, který bude obsahovat seznam realizovaných úhrad a zůstatek nevyplacené částky.

Koncepce poukázky předpokládá, že všichni příjemci příspěvku na péči v prvním stupni závislosti by obdrželi poukázky v určité hodnotě. Ty by měly kopírovat nominální hodnotu bankovek a mohly by obsahovat jméno klienta nebo mohou být údaje o klientovi uvedeny skrytě (dle čísla poukázky). Klient by poukázky používal k úhradě služeb stejným způsobem jako bankovek. Poukázkami by bylo možné hradit služby za určité období a klient by tak měl přehled o tom, kolik poukázek mu ještě zbývá. Poskytovatelé sociálních služeb by poukázky následně zasílali k proplacení. Po kontrole by tyto poukázky byly vyplaceny na účet poskytovatelů, kdy splatnost se předpokládá kolem 10 dnů (31, 58).

1.5.9 Ekonomické zatížení obyvatelstva

Vzhledem již popsanému vývoji populace bude v České republice stoupat ekonomická zátěž ekonomicky aktivního obyvatelstva a to i přes zvýšení věkové hranice odchodu do důchodu. Zároveň se bude měnit i struktura závislých osob, kdy mnohem vyšší podíl budou představovat osoby v postproduktivním věku. Tento předpokládaný vývoj lze přiblížit pomocí indexu závislosti, který byl pro tyto potřeby definován jako poměr osob ve věku 0-19 a 65+ let k počtu 20-64letých. Při zjednodušení lze říci, že zatímco v roce 2002 připadala jedna závislá osoba na dvě nezávislé, závěrem prognózovaného období bude tato relace již téměř vyrovnaná. Nejrychlejší vzestup hodnoty tohoto indexu je očekáván v období 2010-2025 a poté znovu přibližně po roce 2035.

Přirozeným důsledkem populačního stárnutí bude výrazný růst počtu osob s nárokem na starobní důchod. Vstupem osob narozených v poválečném období zvýšené porodnosti do důchodového věku a úbytkem mladých lidí, končících přípravu na povolání, nastane dlouhé období nepřetržitého růstu ekonomického zatížení aktivních

obyvatel. Zákon č. 155/1995 Sb., o důchodovém pojištění, nereflektuje nezbytnost důchodové reformy, plynoucí z očekávaného vývoje věkové struktury obyvatelstva České republiky. Jeho novela pouze dočasně ztlumí razantní nárůst počtu osob s nárokem na starobní důchod.

Závěrem lze říci, že průměrné náklady na sociální výdaje se v Evropě pohybují dle údajů Eurostatu kolem 28% HDP. V České republice jsou tyto výdaje kolem 20% HDP a polovinu tvoří náklady na důchody, které dle mediánového důchodu jsou asi 800 Kč nad hranicí chudoby. Z hlediska demografického vývoje se dá očekávat, že náklady na veškeré sociální výdaje v České republice i v celé Evropě výrazně porostou (1, 3, 10).

2. Cíl práce a hypotézy

Cíle:

1. Zjistit, preference občanů při péči o seniory se ztrátou soběstačnosti
2. Zjistit informovanost občana o poskytovaných službách soc. péče pro seniory
3. Zjistit informovanost občana o možnosti poskytnutí příspěvku na péči pro seniory
4. Zjistit finanční možnosti obyvatel zkoumaných regionů při péči o seniory se ztrátou soběstačnosti v rodině

Hypotézy:

1. Občané ve zkoumaných regionech upřednostňují ústavní péči pro seniory v případě ztráty soběstačnosti
2. Občané neví, kde získat přesné informace o poskytovatelích sociálních služeb pro seniory
3. Občané nevědí o možnosti seniora získat příspěvek na péči při ztrátě soběstačnosti
4. Obyvatelé regionu Praha mohou lépe finančně zajistit seniora se ztrátou soběstačnosti v domácím prostředí

3. Metodika

Pro tuto práci jsme si zvolili kvantitativní výzkum s dotazníkovou metodou a analýzu dat. Sběr dat jsme prováděli v regionu Praha, České Budějovice, Trutnov. Sběr dat probíhal v průběhu dvou měsíců únor a březen v roce 2009. Analýza dat probíhala v měsíci březnu 2009. Vycházela z údajů krajů Praha, Jihočeského a Královehradeckého.

Nástrojem sběru dat byl standardizovaný dotazník, ve kterém jsme využili ve větší části otázek uzavřených a v menší části otázek polootevřených. Vyplňování dotazníku probíhalo anonymně do předtištěných formulářů. Celkem jsme použili 400 formulářů dotazníků, z nichž 30 bylo využito jako pilotní studie, 310 dotazníků (84 %) bylo možno použít pro jejich úplnost a věrohodnost odpovědí. Návratnost dotazníků je 84 %. Výsledky prezentujeme procentuálně v rámci možnosti porovnání výsledků. U otázek č. 10 a 12 jsme z více možností výběru nechali respondenty vybrat tři odpovědi, které jim nejvíce vyhovovaly a těm pak přidělili jeden bod. Body jsme sečetli a na základě výsledků byl vytvořen graf. Standardizovaný dotazník, který byl použit ve výzkumné části je součástí přílohy.

3.1 Charakteristika souboru

Výzkumný soubor je tvořen 150 náhodně vybranými respondenty z regionu Praha, 100 respondenty z regionu České Budějovice a 60 respondenty z regionu Trutnov.

Výzkumný vzorek jsme pro přehlednost rozdělili do tří souborů:

- A. Soubor respondentů z regionu Praha
- B. Soubor respondentů z regionu České Budějovice
- C. Soubor respondentů z regionu Trutnov

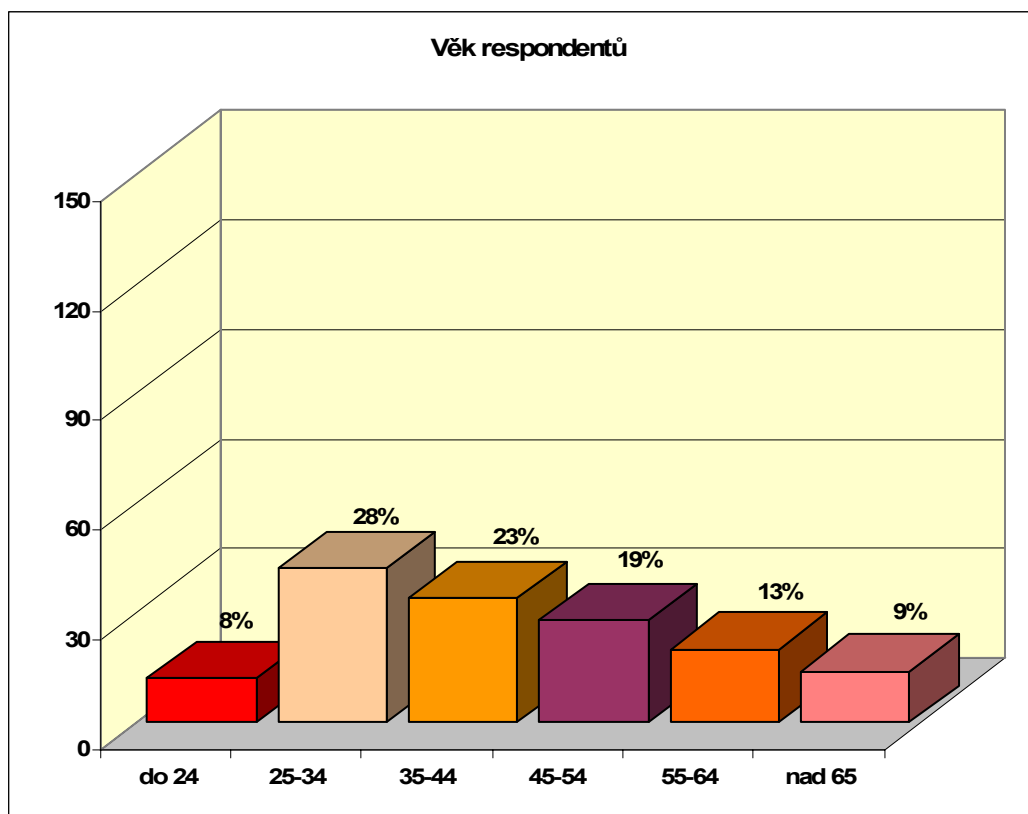
Soubor je celkem tvořen 310 respondenty.

Údaje pro analýzu byly čerpány z uvedených dat Českého statistického úřadu za rok 2007 pro kraj Praha, Jihočeský kraj a Královehradecký kraj.

4. Výsledky

A. Soubor respondentů z regionu Praha

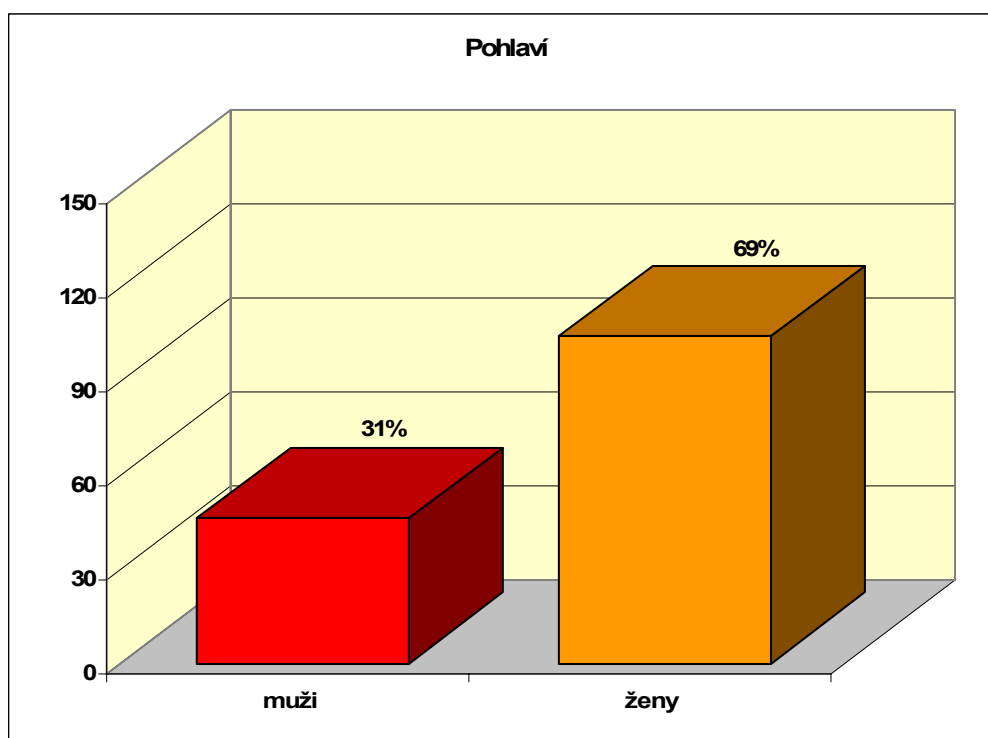
Graf 1A



Vlastní zdroj

Věkové rozložení respondentů z regionu Praha je, 12 respondentů (8 %) je do věku 24 let, 42 respondentů (28%) je mezi 25-34 rokem, 34 respondentů (23 %) je mezi 35-44 rokem, 28 respondentů (19 %) je mezi 45-54 rokem, 20 respondentů (13 %) je mezi 55-64 rokem a 14 respondentů (9%) je ve věku nad 65 let.

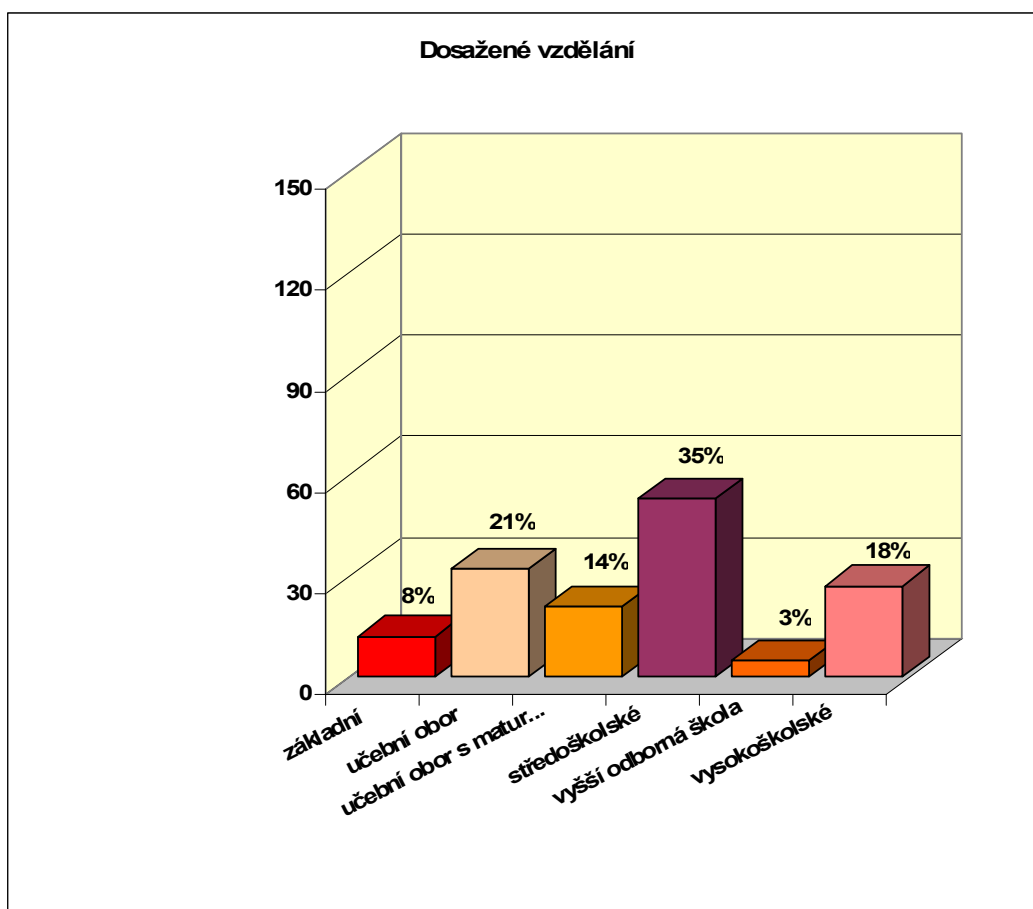
Graf 2A



Vlastní zdroj

V regionu Praha je 46 respondentů (31%) mužského pohlaví a 104 respondentů (69%) ženského pohlaví.

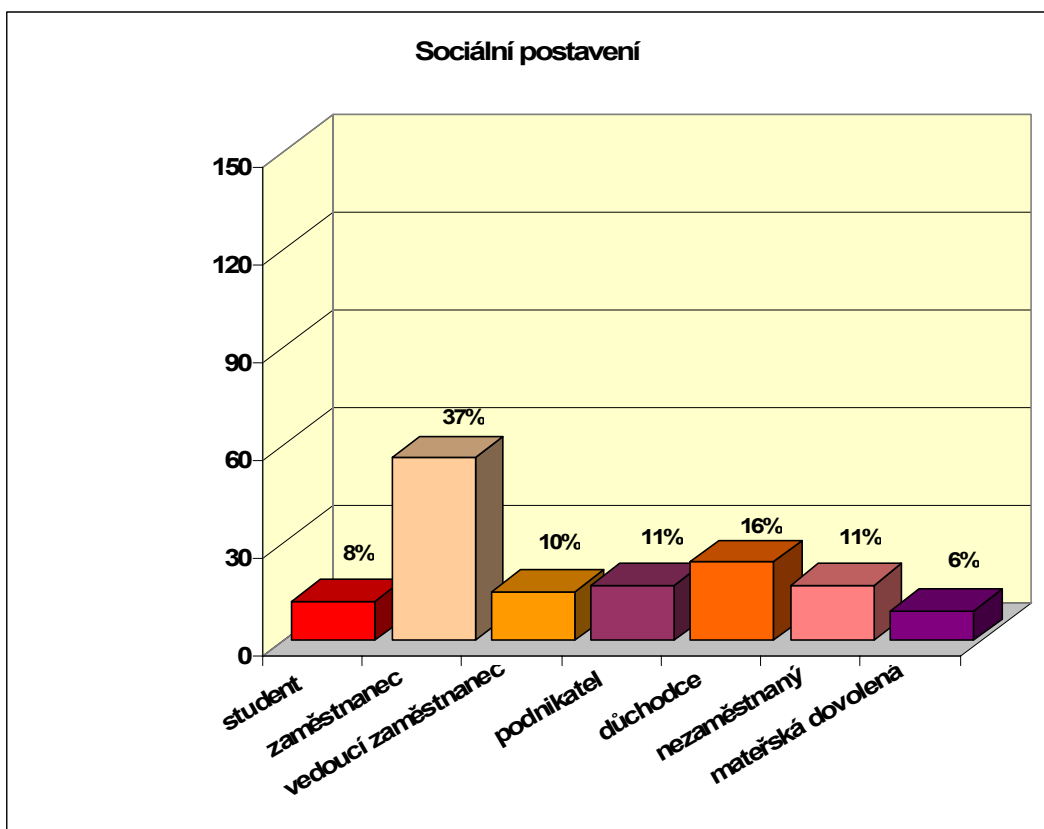
Graf 3A



Vlastní zdroj

Jako nejvyšší dosažené vzdělání má 12 respondentů (8 %) základní školu, 32 respondentů (21%) učební obor, 21 respondentů (14%) učební obor s maturitou, 53 respondentů (35%) má středoškolské vzdělání, 5 respondentů (3%) absolvovalo vyšší odbornou školu a 27 respondentů (18%) má vysokoškolské vzdělání.

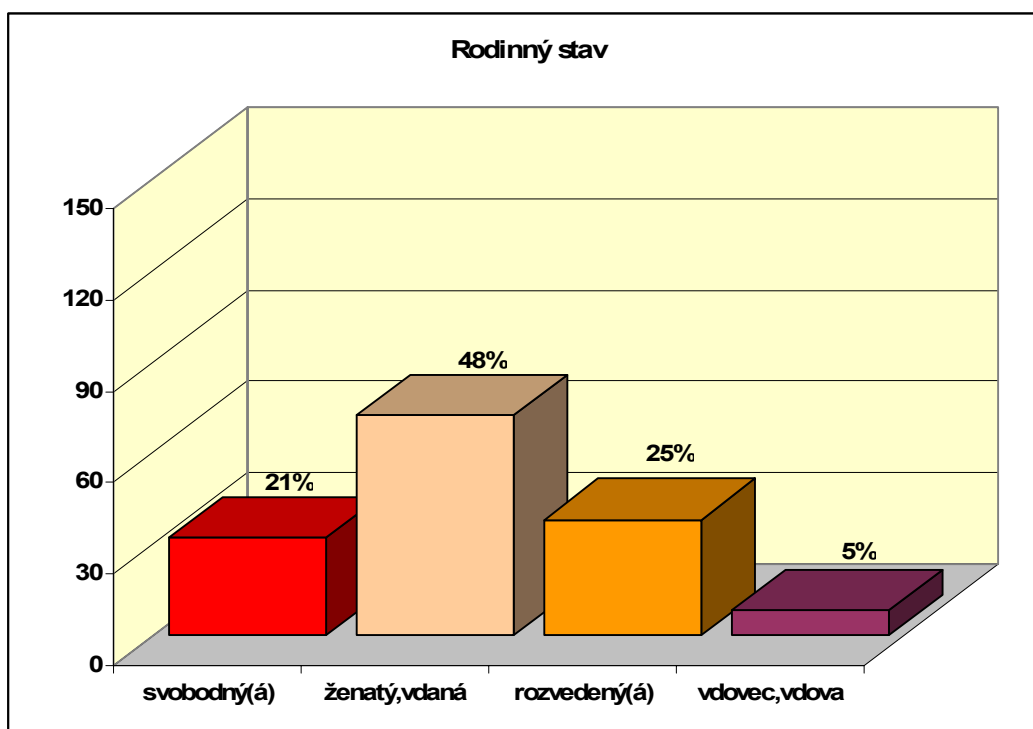
Graf 4A



Vlastní zdroj

Z výzkumného souboru má 12 respondentů (8%) sociální postavení studenta, 56 respondentů (37%) jsou zaměstnanci, 15 respondentů (10%) jsou vedoucí zaměstnanci, 17 respondentů (11%) jsou podnikatelé, 24 respondentů (16%) má sociální postavení důchodce, 17 respondentů (11%) jsou nezaměstnaní a 9 respondentů (6%) jsou ženy na mateřské dovolené.

Graf 5A



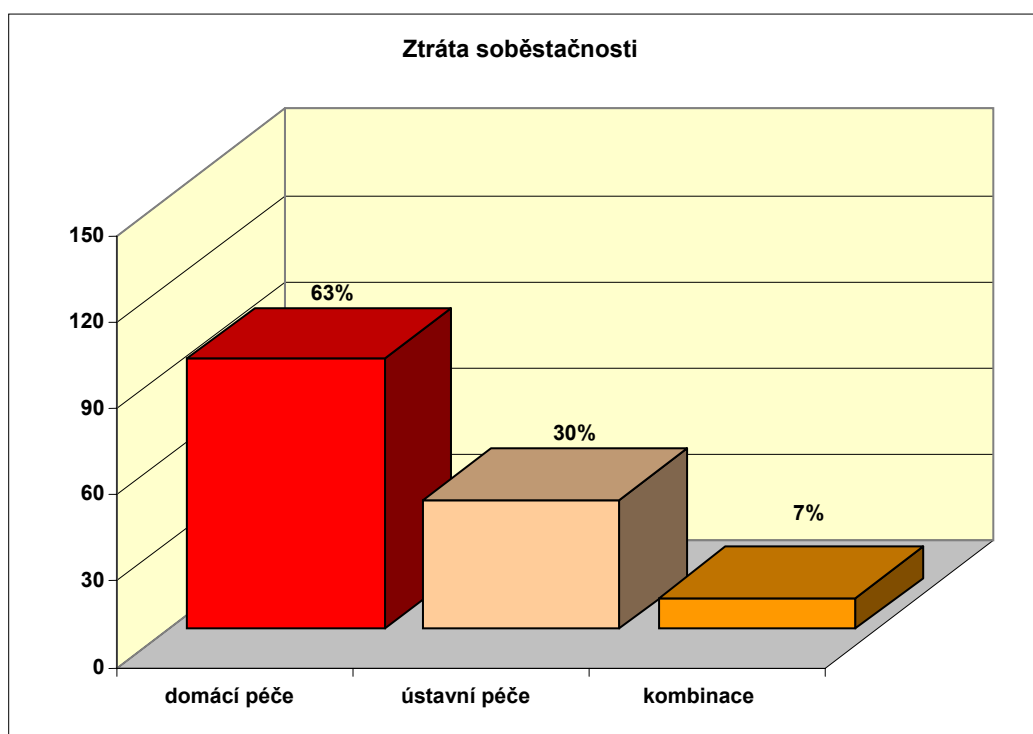
Vlastní zdroj

Z výzkumného souboru regionu Praha je 32 respondentů (21%) svobodných, 72 respondentů (48%) ženatých, 38 respondentů (25%) rozvedených a 8 respondentů (5%) vdovců/vdov.

Graf 6A

Graf není vytvořen. Otázka v dotazníku sloužila pro rozřídění respondentů. Na otázku zda v rodině je občan starší 65 let odpovídalo celkem 180 respondentů. Z nichž 150 (100%) odpovědělo ano a byli zařazeni do výzkumného souboru, ostatní dotazníky byly vyřazeny.

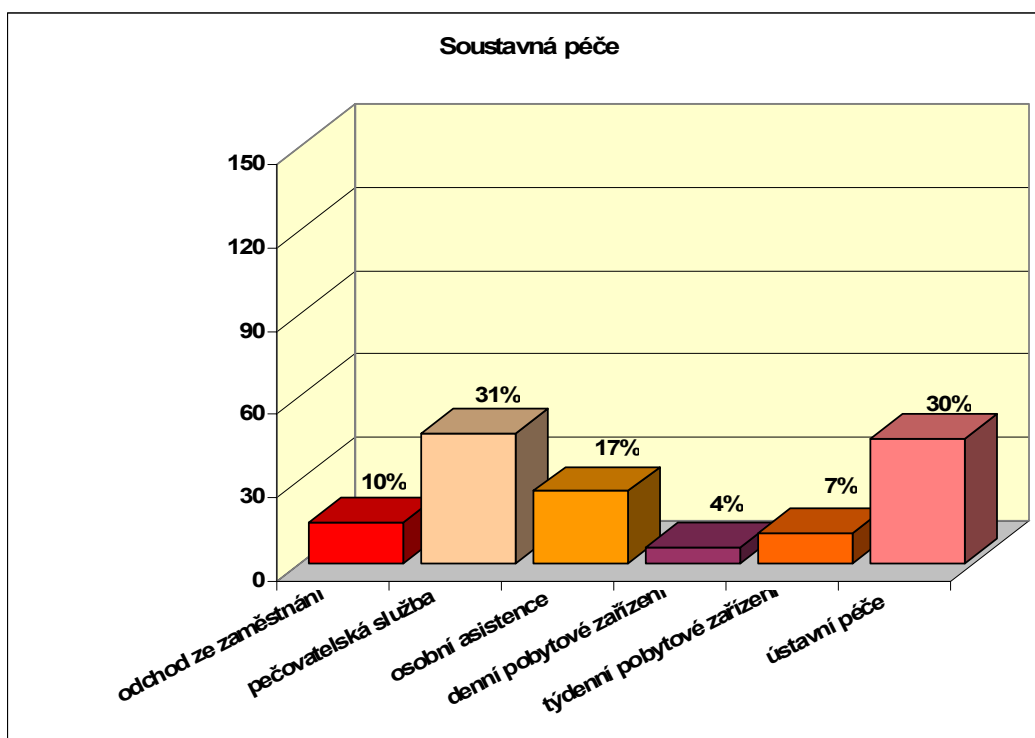
Graf 7A



Vlastní zdroj

Při ztrátě soběstačnosti seniora by preferovalo péči v domácím prostředí 94 respondentů (63%), ústavní péči 45 respondentů (30%) a kombinaci domácí péče a ústavní péče 11 respondentů (7%).

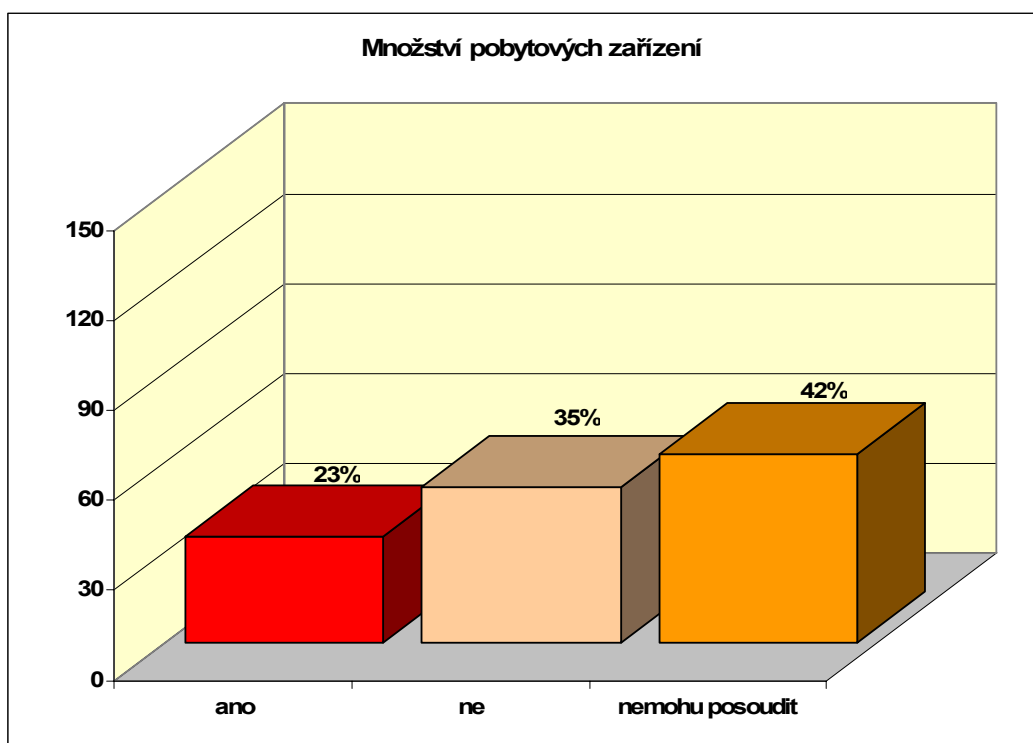
Graf 8A



Vlastní zdroj

V případě nutnosti soustavné péče by volilo 15 respondentů (10%) odchod ze zaměstnání a péči v rodině, 47 respondentů (31%) by využilo snížení pracovního úvazku a sjednání pečovatelské služby, 26 respondentů (17%) by využilo celodenní péče jiné osoby (asistenční služby), 6 respondentů (4%) denního pobytového zařízení, 11 respondentů (7%) týdenního pobytového zařízení a 45 respondentů (30%) by seniora umístilo do ústavního zařízení.

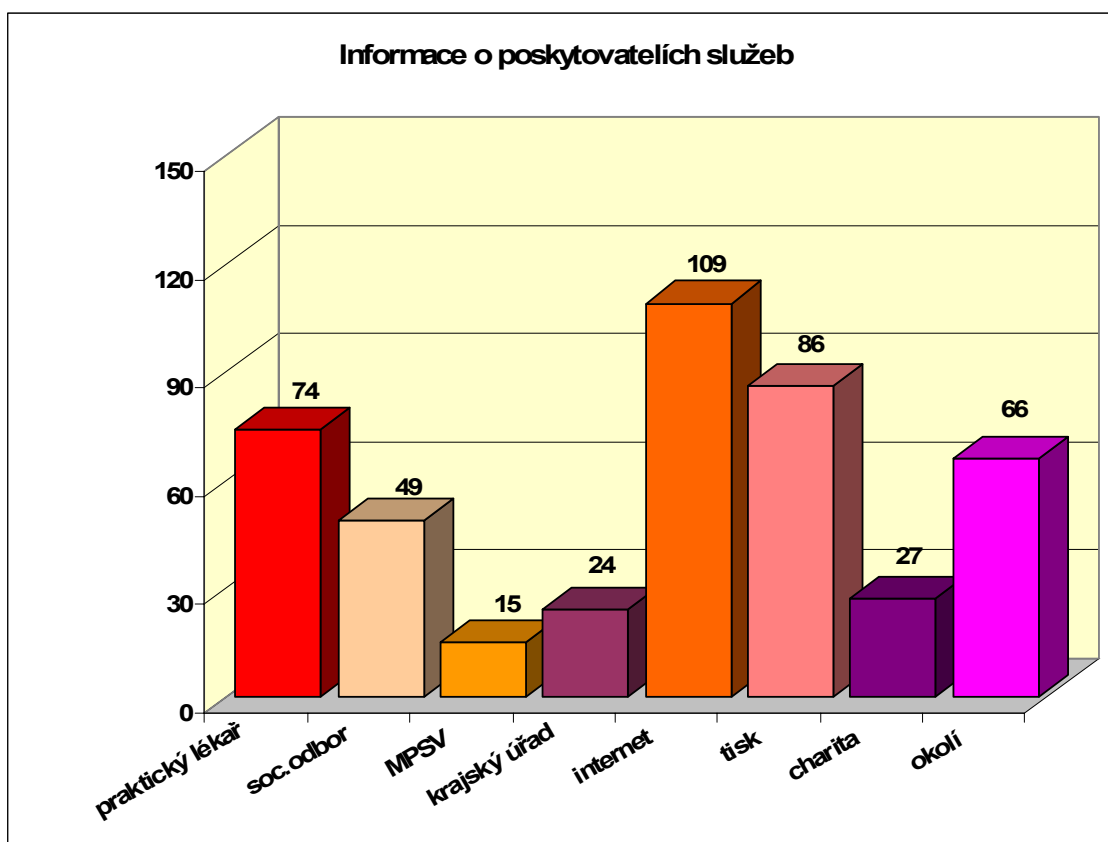
Graf 9A



Vlastní zdroj

Na dotaz je li v regionu Praha dostatečné množství pobytových zařízení sociální péče odpovídalo 35 respondentů (23%) ano, 52 respondentů (35%) odpovídalo ne a 63 respondentů (42%) nemá dostatek informací.

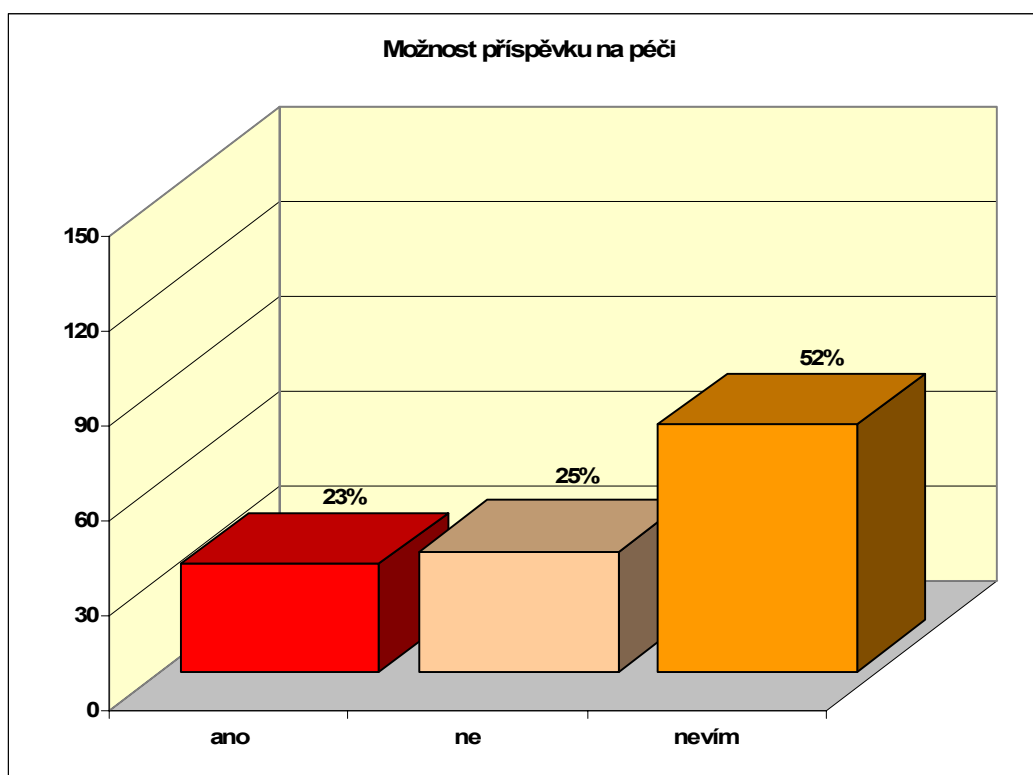
Graf 10A



Vlastní zdroj

Z celkového možného počtu bodů 450, které určují preference v získávání informací o poskytovatelích služeb sociální péče, respondenti udělili 74 bodů pro informace od praktického lékaře, 49 bodů pro sociální odbor, 15 bodů pro získání informací na MPSV, 24 bodů pro krajský úřad, 109 bodů pro získání informací z internetu, 86 bodů pro tisk, 27 bodů pro charitu a 66 bodů pro získání informací ze svého okolí.

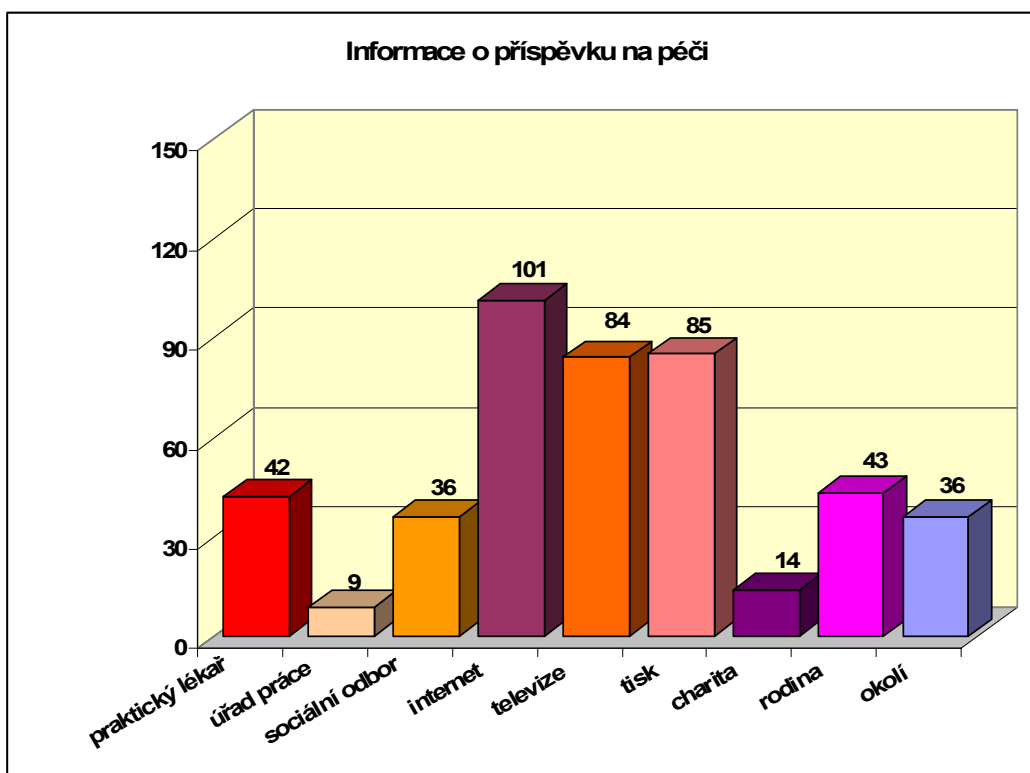
Graf 11A



Vlastní zdroj

V případě ztráty soběstačnosti seniora si 34 respondentů (23%) myslí, že senior může požádat o příspěvek na péči, 38 respondentů (25%) si myslí, že ne a 78 respondentů (52%) nemá dostatek informací.

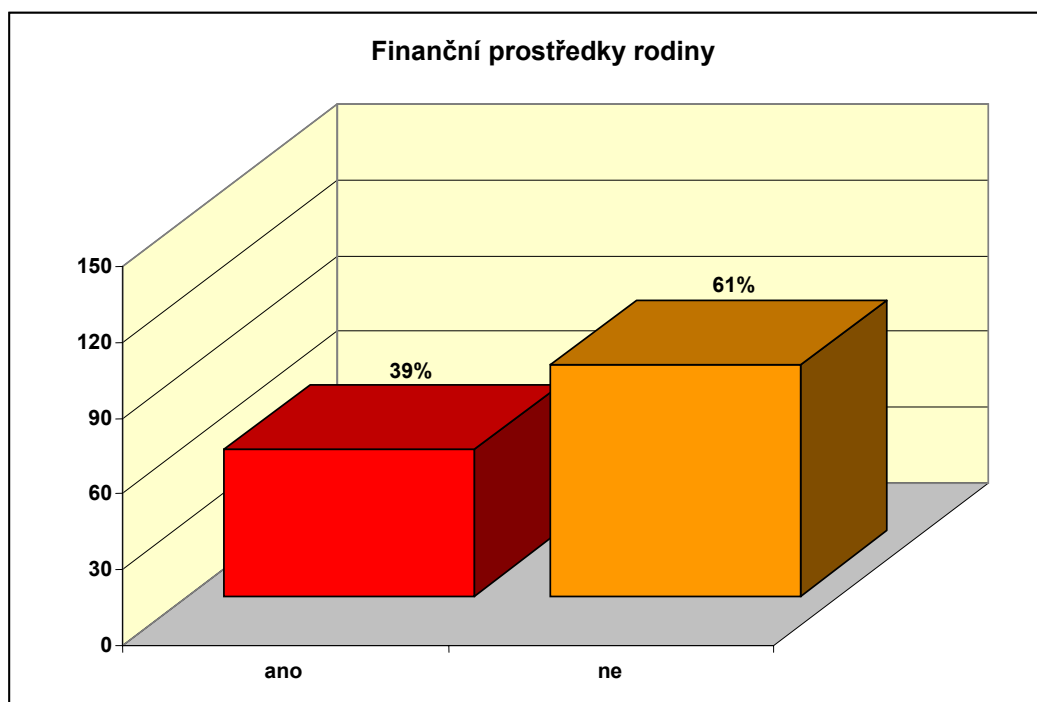
Graf 12A



Vlastní zdroj

Z celkového možného počtu bodů 450, které určují preference v získávání informací o příspěvku na péči, respondenti udělili 42 bodů pro informace od praktického lékaře, 9 bodů od úřadu práce, 36 bodů pro získávání informací na sociálním odboru, 101 bodů pro získávání informací z internetu, 84 bodů pro televizi, 85 bodů pro tisk, 14 bodů pro charitu, 43 bodů pro rodinu a 36 bodů pro získávání informací ze svého okolí.

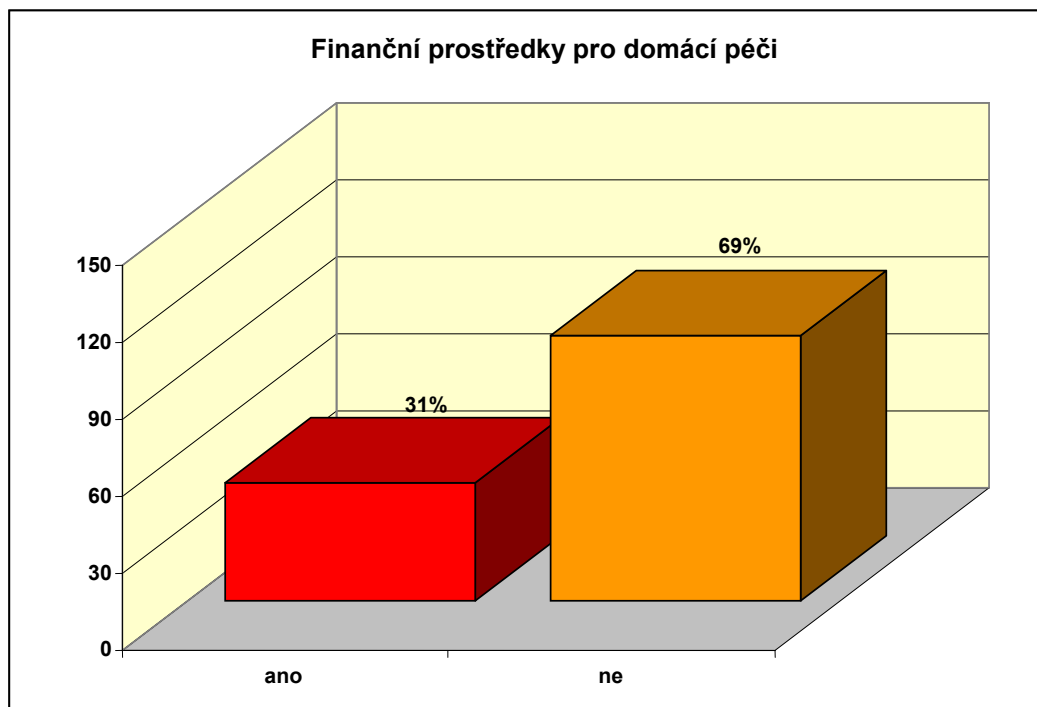
Graf 13A



Vlastní zdroj

Z výzkumného souboru regionu Praha si 58 respondentů (39%) myslí, že finanční prostředky rodiny jsou dostatečné na zajištění péče o seniora se ztrátou soběstačnosti a 92 respondentů (61%) si myslí, že v rodině nemají dostatek prostředků.

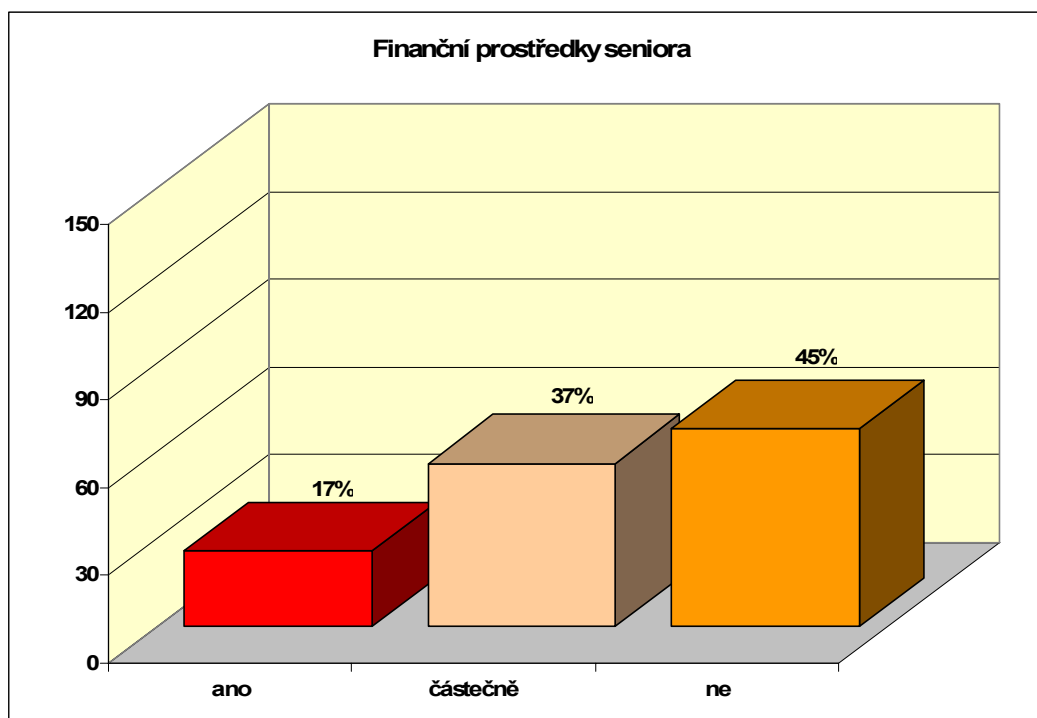
Graf 14A



Vlastní zdroj

Z celkového počtu respondentů je schopno financovat vzhledem k rodinnému rozpočtu péči o seniora v domácím prostředí 46 respondentů (31%), 104 respondentů (69%) nemá dostatek finančních prostředků.

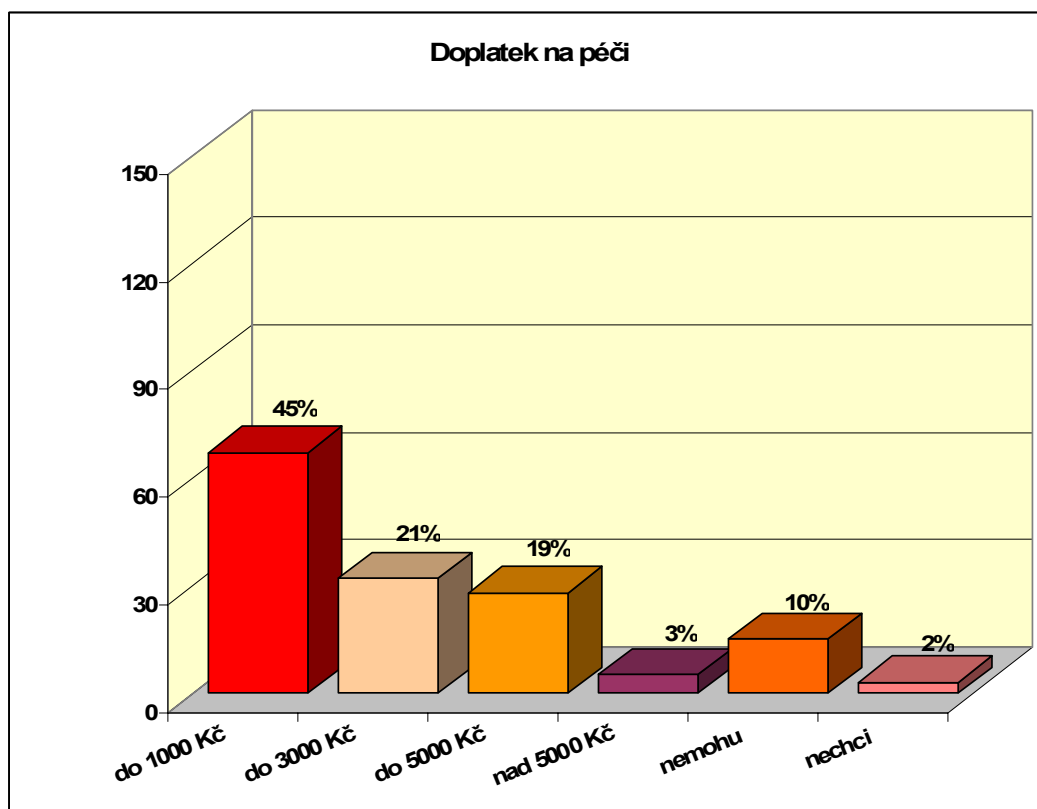
Graf 15A



Vlastní zdroj

Na otázku, zda finanční prostředky seniora postačí na hrazení poskytovatelů sociálních služeb, odpovědělo ano 26 respondentů (17%), jen částečně 56 respondentů (37%) a ne odpovědělo 68 respondentů (45%).

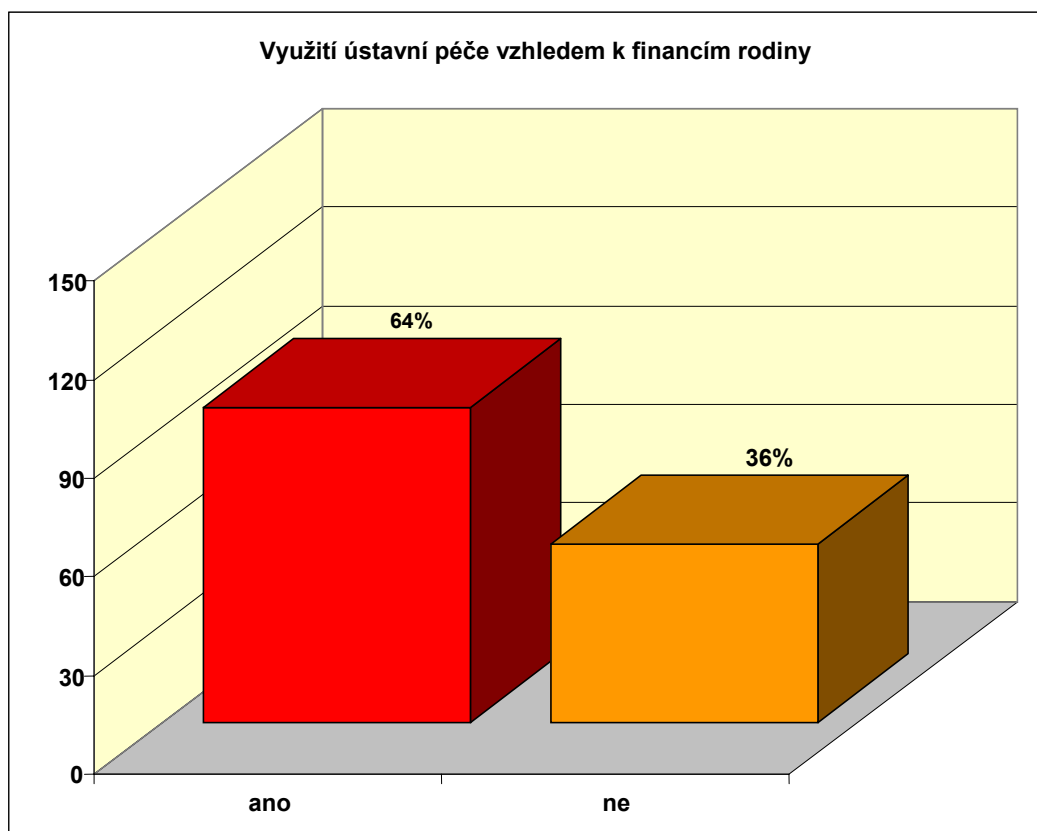
Graf 16A



Vlastní zdroj

Doplatek na péči o seniora v domácím prostředí do 1000 Kč může poskytnout 67 respondentů (45%), do 3000 Kč 32 respondentů (21%), do 5000 Kč může poskytnout 28 respondentů (19%), více jak 5000 Kč 5 respondentů (3%). Doplatek nemůže poskytnout 15 respondentů (10%) a nechceji 3 respondenti (2%).

Graf 17A

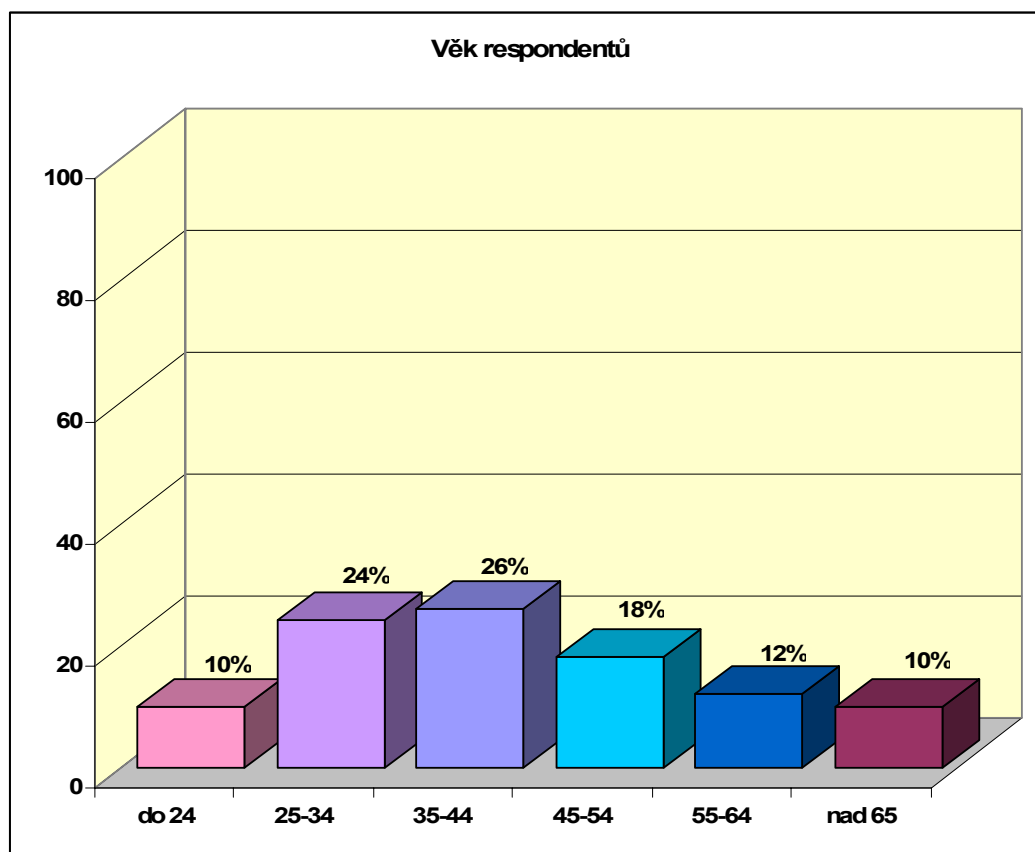


Vlastní zdroj

Z finančního hlediska je jednodušší využít při péči o seniora se ztrátou soběstačnosti ústavní péči pro 96 respondentů (64%), ne odpovědělo 54 respondentů (36%).

B. Soubor respondentů z regionu České Budějovice

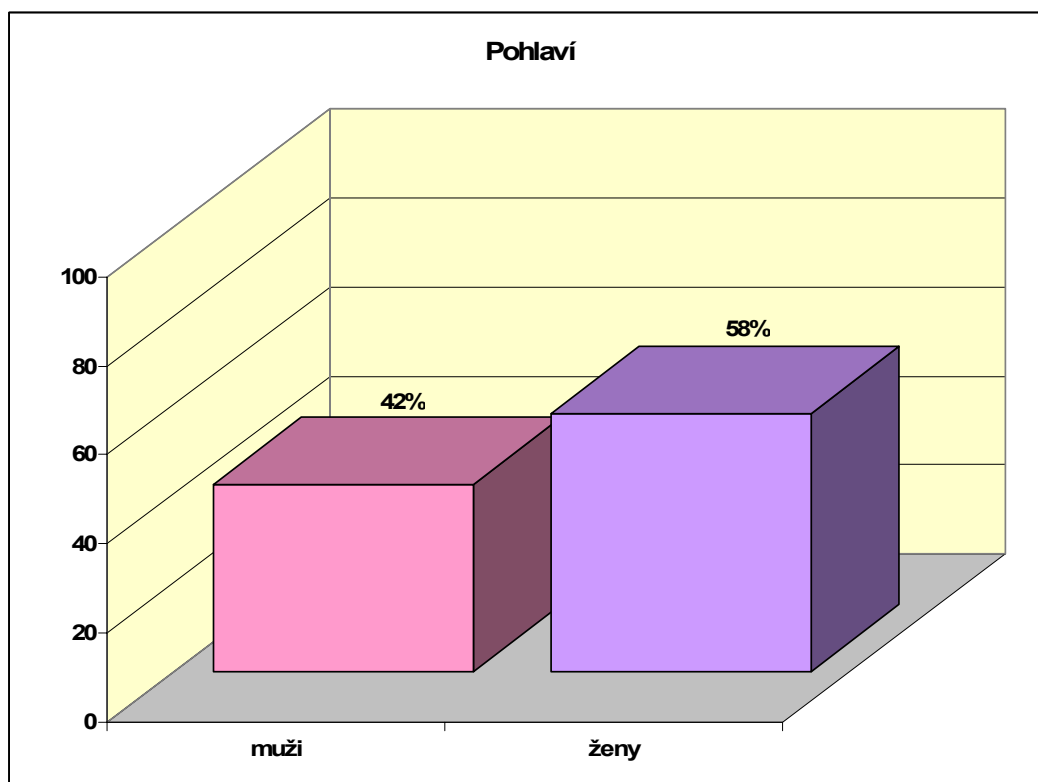
Graf 1B



Vlastní zdroj

Věkové rozložení respondentů z regionu České Budějovice je, 10 respondentů (10 %) je do věku 24 let, 24 respondentů (24%) je mezi 25- 34 rokem, 26 respondentů (26 %) je mezi 35-44 rokem, 18 respondentů (18 %) je mezi 45-54 rokem, 12 respondentů (12 %) je mezi 55-64 rokem a 10 respondentů (10%) je ve věku nad 65 let.

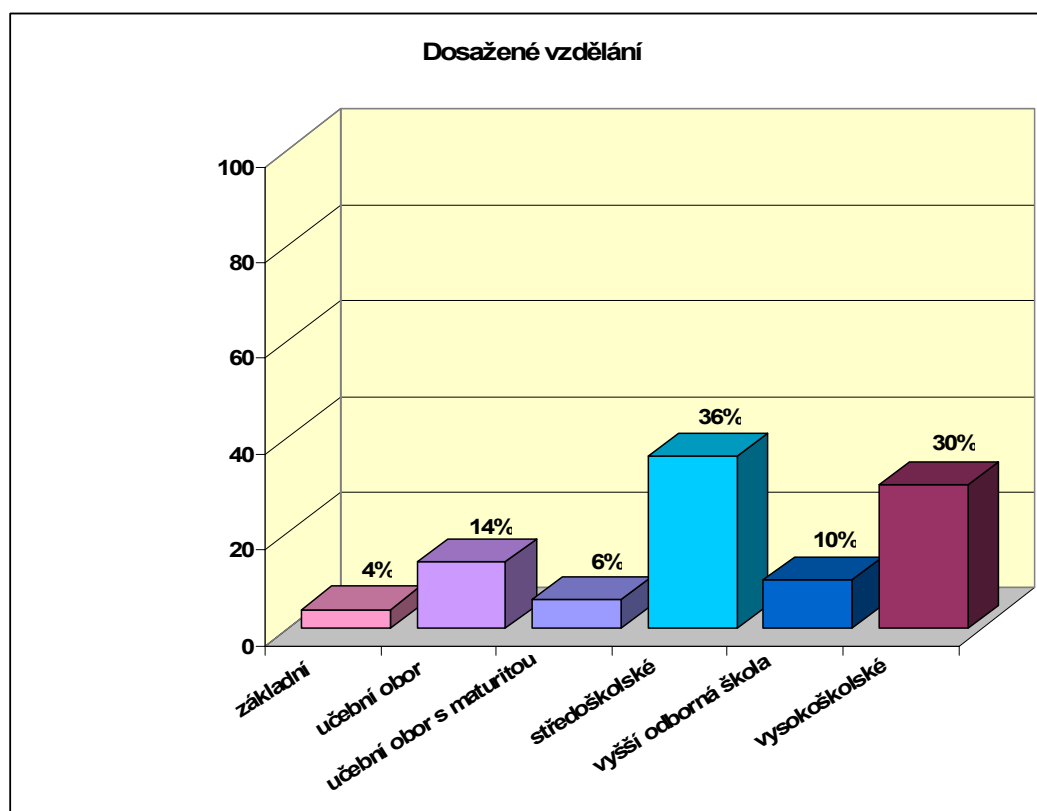
Graf 2B



Vlastní zdroj

V regionu České Budějovice je 42 respondentů (42%) mužského pohlaví a 58 respondentů (58%) ženského pohlaví.

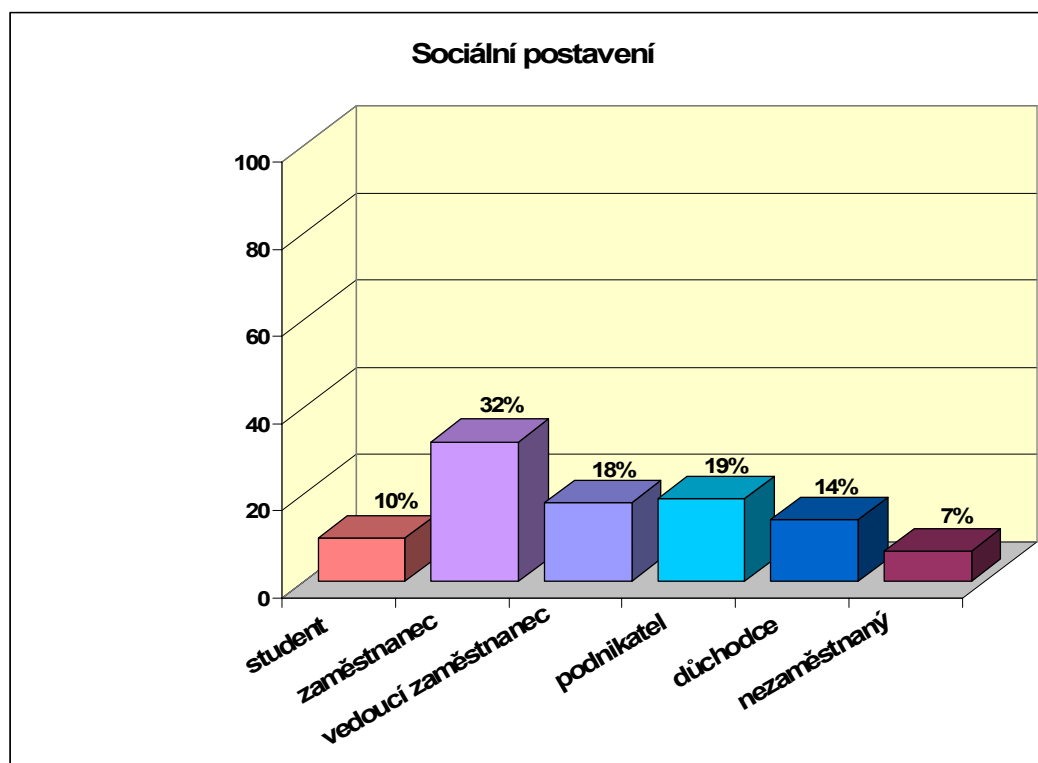
Graf 3B



Vlastní zdroj

Jako nejvyšší dosažené vzdělání mají 4 respondenti (4 %) základní školu, 14 respondentů (14%) učební obor, 6 respondentů (6%) učební obor s maturitou, 36 respondentů (36%) má středoškolské vzdělání, 10 respondentů (10%) absolvovalo vyšší odbornou školu a 30 respondentů (30%) má vysokoškolské vzdělání.

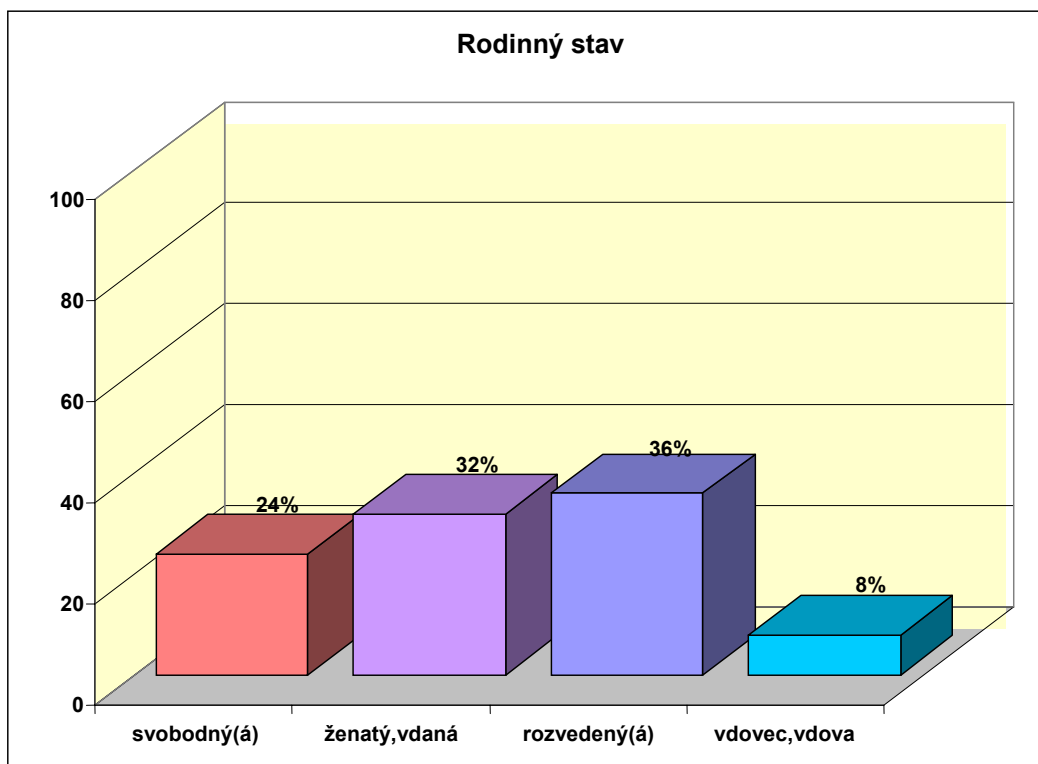
Graf 4B



Vlastní zdroj

Z výzkumného souboru má 10 respondentů (10%) sociální postavení studenta, 32 respondentů (32%) jsou zaměstnanci, 18 respondentů (18%) jsou vedoucí zaměstnanci, 19 respondentů (19%) jsou podnikatelé, 14 respondentů (14%) má sociální postavení důchodce a 7 respondentů (7%) jsou nezaměstnaní.

Graf 5B



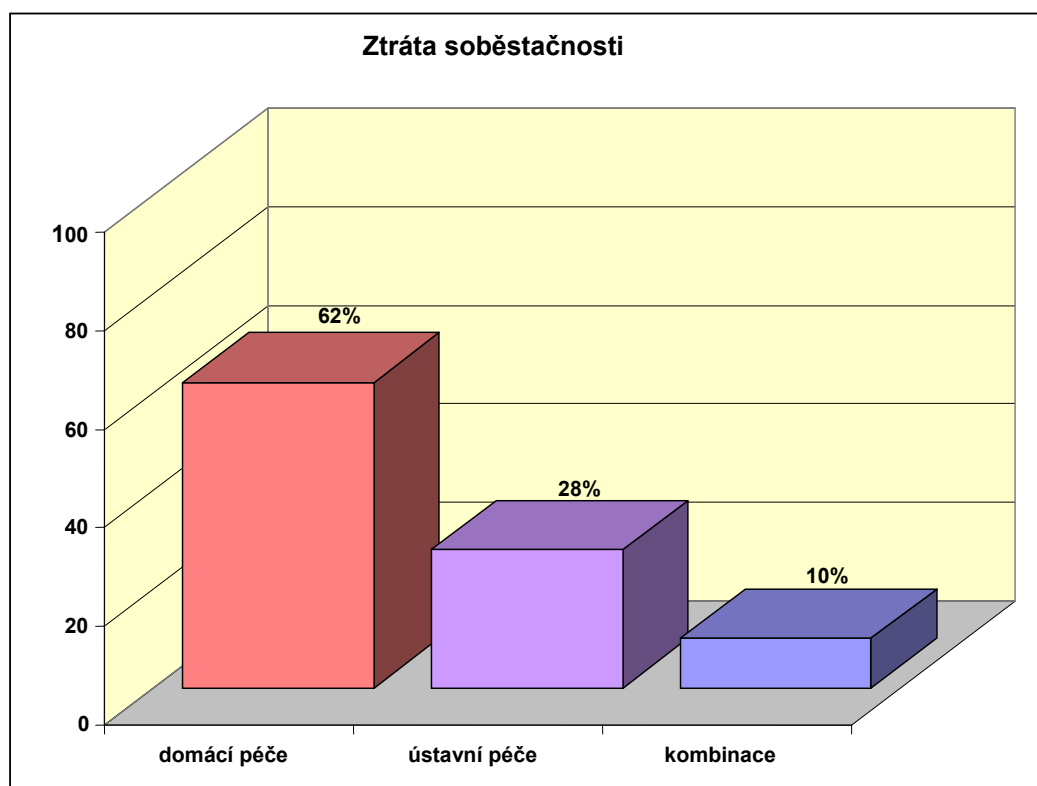
Vlastní zdroj

Z výzkumného souboru regionu České Budějovice je 24 respondentů (24%) svobodných, 32 respondentů (32%) ženatých, 36 respondentů (36%) rozvedených a 8 respondentů (8%) ovdovělých.

Graf 6B

Graf není vytvořen. Otázka v dotazníku sloužila pro roztřídění respondentů. Na otázku zda v rodině je občan starší 65 let odpovídalo celkem 110 respondentů. Z nichž 100 (100%) odpovědělo ano a byli zařazeni do výzkumného souboru, ostatní dotazníky byly vyřazeny.

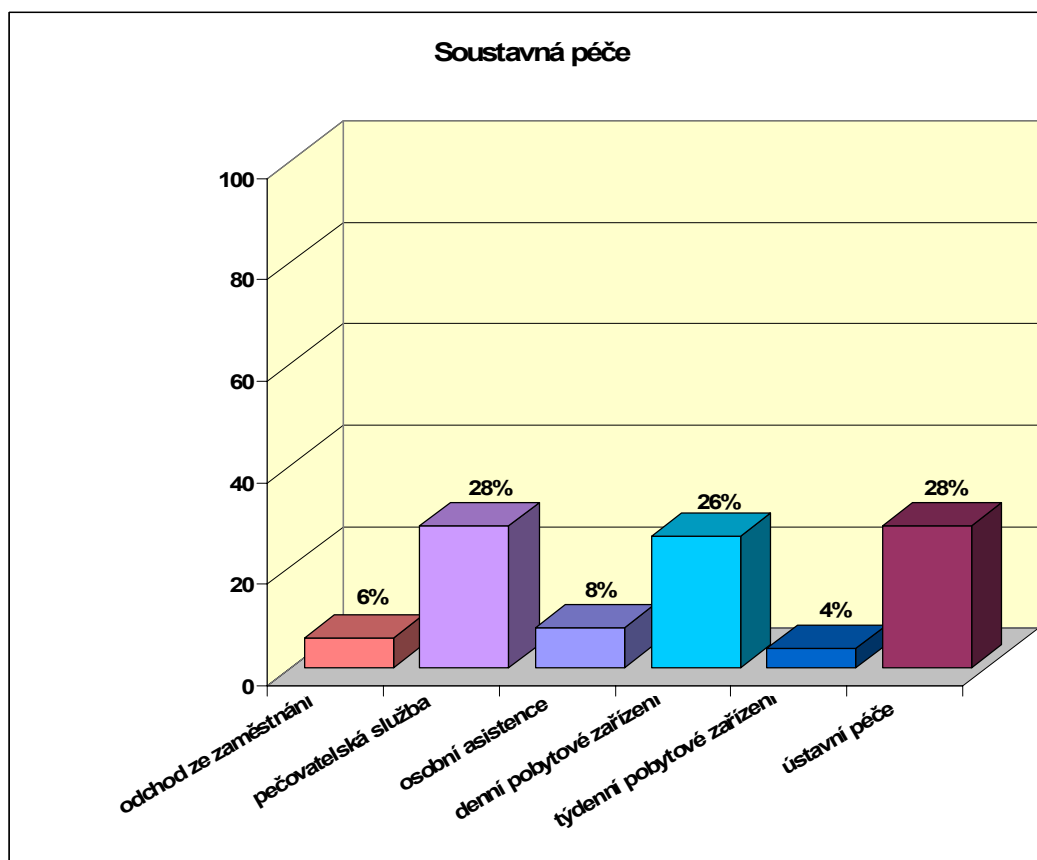
Graf 7B



Vlastní zdroj

Při ztrátě soběstačnosti seniora by preferovalo péči v domácím prostředí 62 respondentů (62%), ústavní péči 28 respondentů (28%) a kombinaci domácí péče a ústavní péče 10 respondentů (10%).

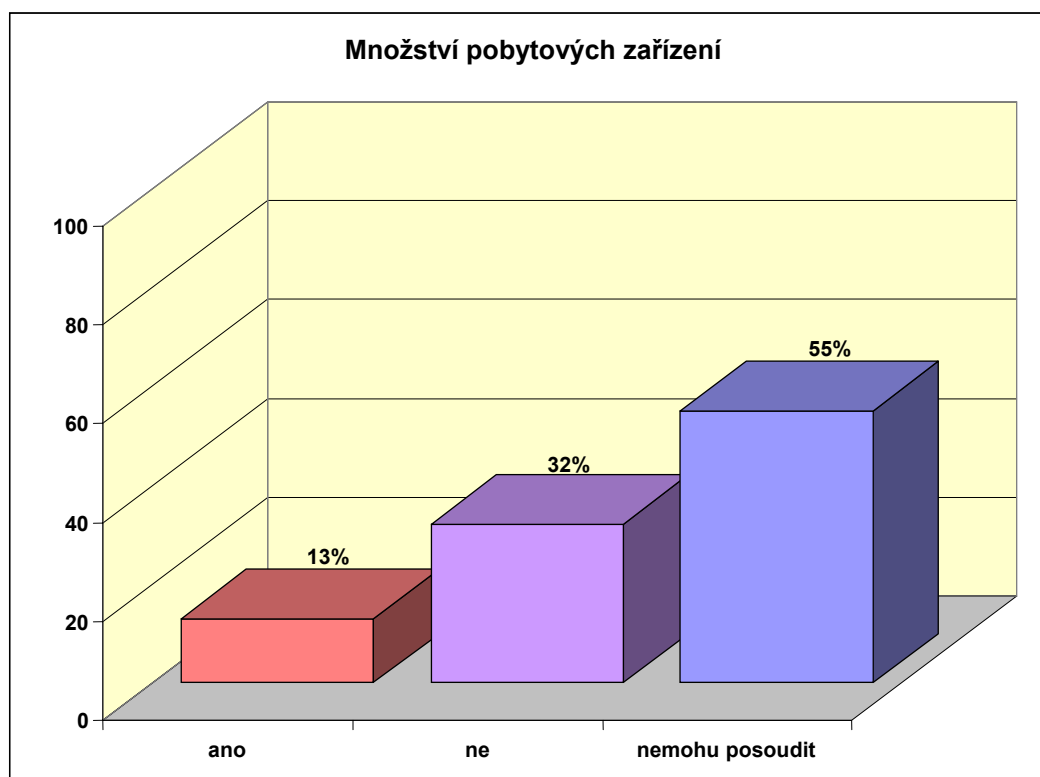
Graf 8B



Vlastní zdroj

V případě nutnosti soustavné péče by volilo 6 respondentů (6%) odchod ze zaměstnání a péči v rodině, 28 respondentů (28%) by využilo snížení pracovního úvazku a sjednání pečovatelské služby, 8 respondentů (8%) by využilo celodenní péče jiné osoby (asistenční služby), 26 respondentů (26%) denního pobytového zařízení, 4 respondentů (4%) týdenního pobytového zařízení a 28 respondentů (28%) by seniora umístilo do ústavního zařízení.

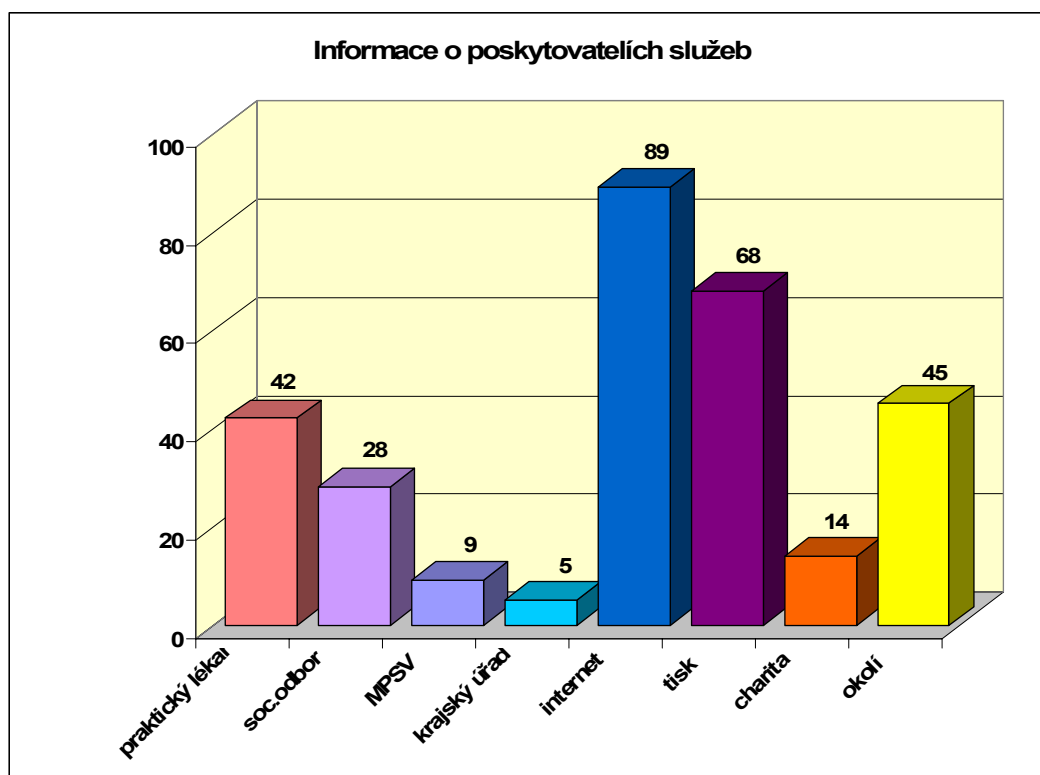
Graf 9B



Vlastní zdroj

Na dotaz je li v regionu České Budějovice dostatečné množství pobytových zařízení sociální péče odpovídalo 13 respondentů (13%) ano, 32 respondentů (32%) odpovídalo ne a 55 respondentů (55%) nemá dostatek informací.

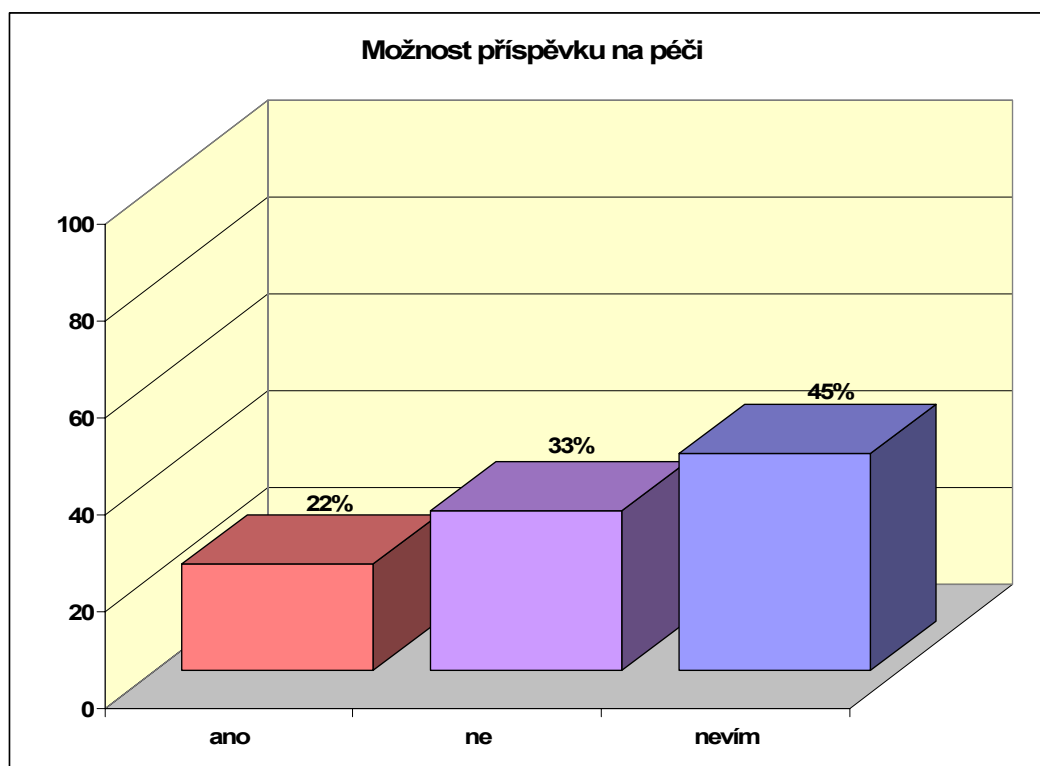
Graf 10B



Vlastní zdroj

Z celkového možného počtu bodů 300, které určují preference v získávání informací o poskytovatelích služeb sociální péče, respondenti udělili 42 bodů pro informace od praktického lékaře, 28 bodů pro sociální odbor, 9 bodů pro získání informací na MPSV, 5 bodů pro krajský úřad, 89 bodů pro získání informací z internetu, 68 bodů pro tisk, 14 bodů pro charitu a 45 bodů pro získání informací ze svého okolí.

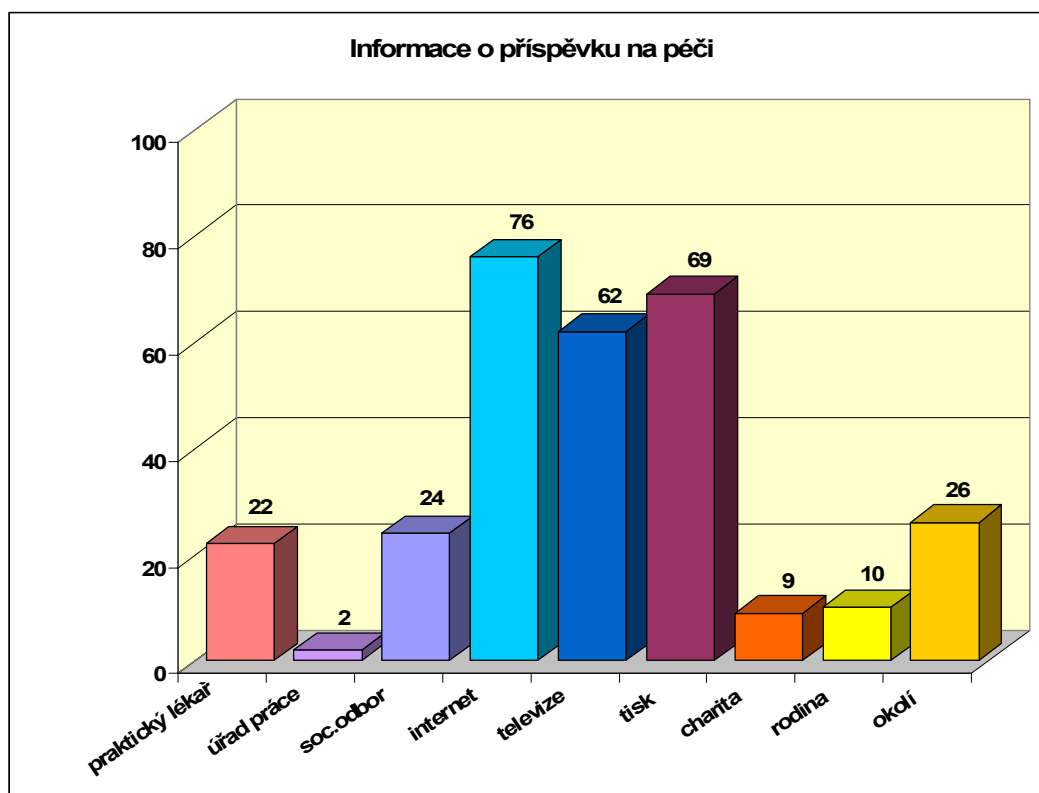
Graf 11B



Vlastní zdroj

V případě ztráty soběstačnosti seniora si 22 respondentů (22%) myslí, že senior může požádat o příspěvek na péči, 33 respondentů (33%) si myslí, že ne a 45 respondentů (45%) nemá dostatek informací.

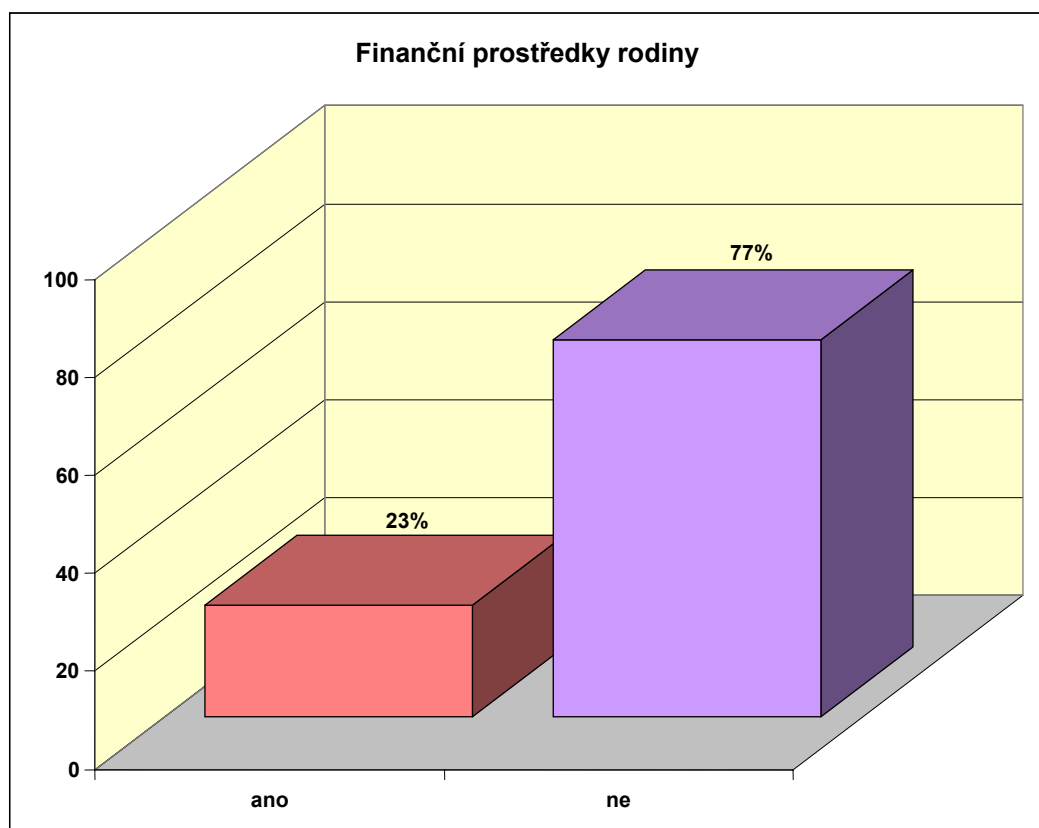
Graf 12B



Vlastní zdroj

Z celkového možného počtu bodů 300, které určují preference v získávání informací o příspěvku na péči, respondenti udělili 22 bodů pro informace od praktického lékaře, 2 body pro úřad práce, 24 bodů pro získávání informací na sociálním odboru, 76 bodů pro získávání informací z internetu, 62 bodů pro televizi, 69 bodů pro tisk, 9 bodů pro charitu, 10 bodů pro rodinu a 26 bodů pro získávání informací ze svého okolí.

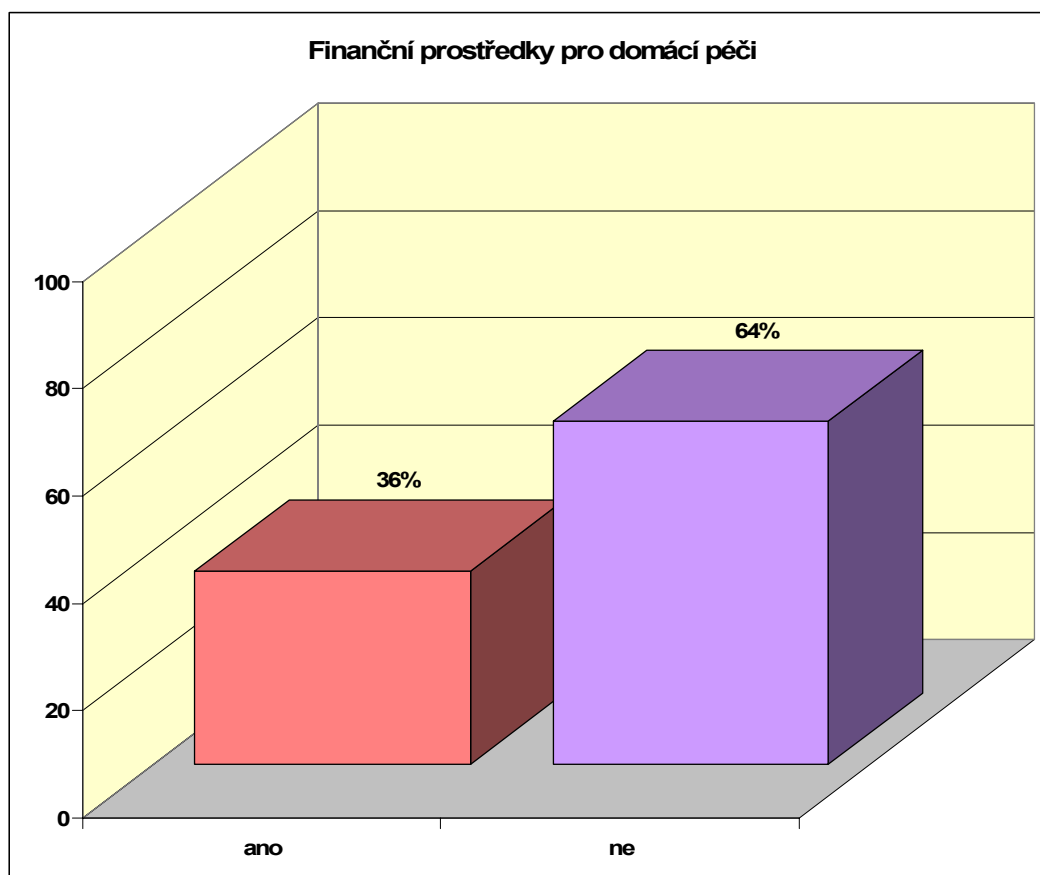
Graf 13B



Vlastní zdroj

Z výzkumného souboru regionu České Budějovice si 23 respondentů (23%) myslí, že finanční prostředky rodiny jsou dostatečné na zajištění péče o seniora se ztrátou soběstačnosti a 77 respondentů (77%) si myslí, že v rodině nemají dostatek prostředků.

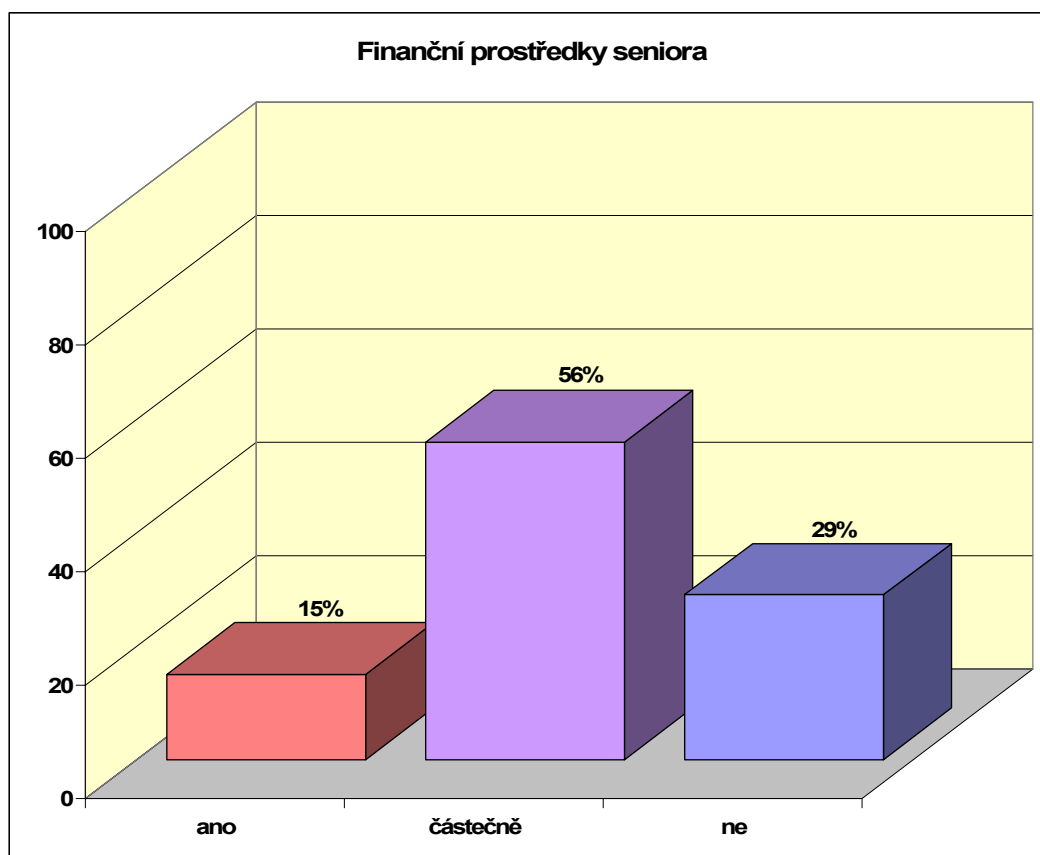
Graf 14B



Vlastní zdroj

Z celkového počtu respondentů je schopno financovat vzhledem k rodinnému rozpočtu péči o seniora v domácím prostředí 36 respondentů (36%), 64 respondentů (64%) nemá dostatek finančních prostředků.

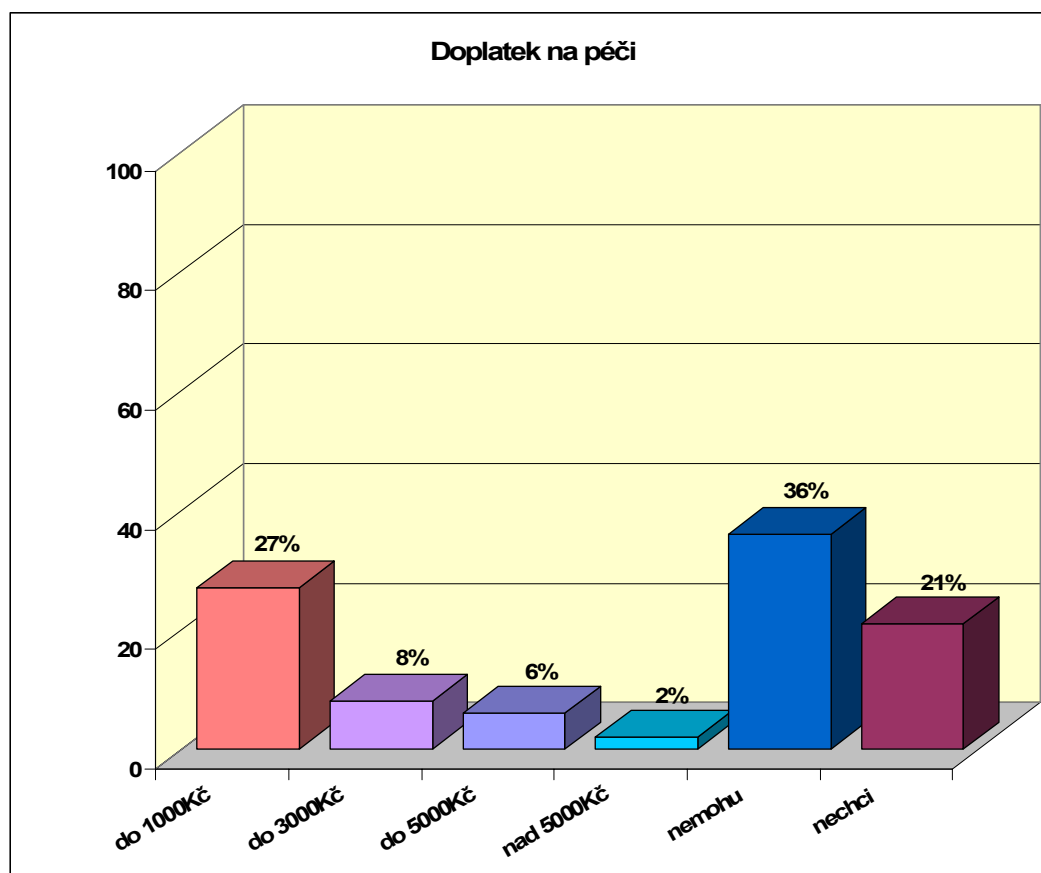
Graf 15B



Vlastní zdroj

Na otázku, zda finanční prostředky seniora postačí na hrazení poskytovatelů sociálních služeb, odpovědělo ano 15 respondentů (15%), jen částečně 56 respondentů (56%) a ne odpovědělo 29 respondentů (29%).

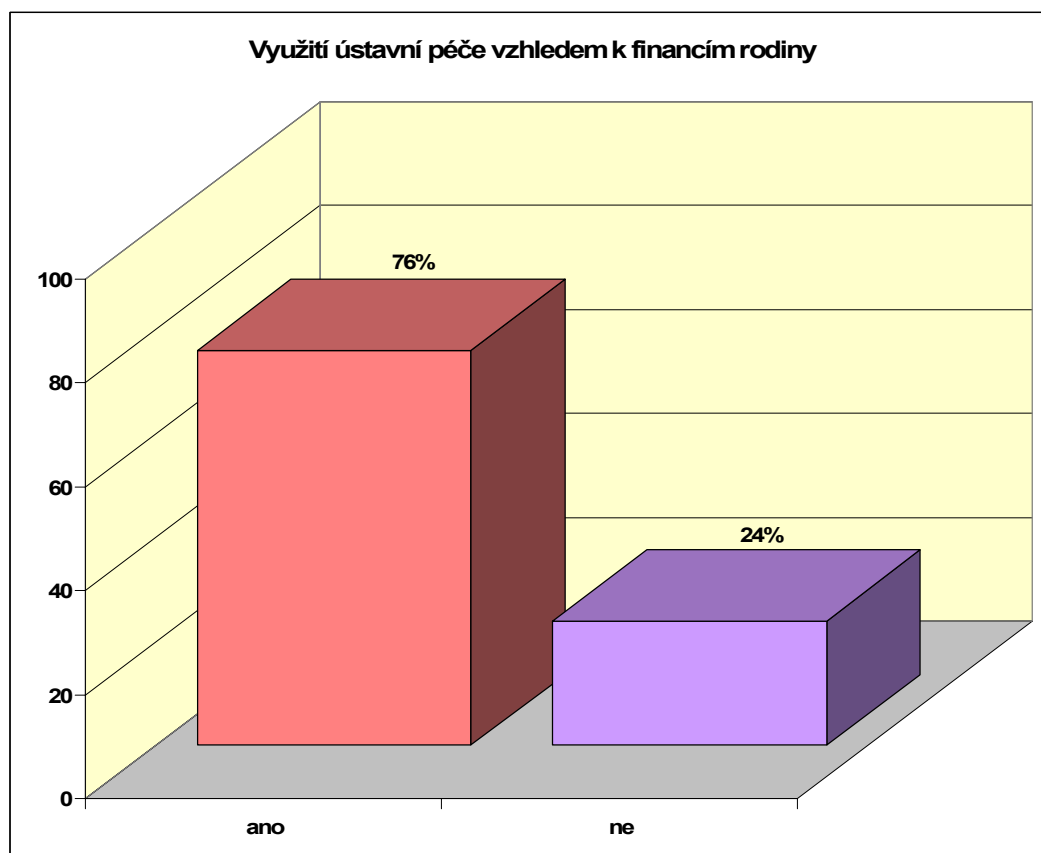
Graf 16B



Vlastní zdroj

Doplatek na péči o seniora v domácím prostředí do 1000 Kč může poskytnout 27 respondentů (27%), do 3000 Kč 8 respondentů (8%), do 5000 Kč může poskytnout 6 respondentů (6%), více jak 5000 Kč 2 respondenti (2%). Doplatek nemůže poskytnout 36 respondentů (36%) a nechce 21respondenti (21%).

Graf 17B

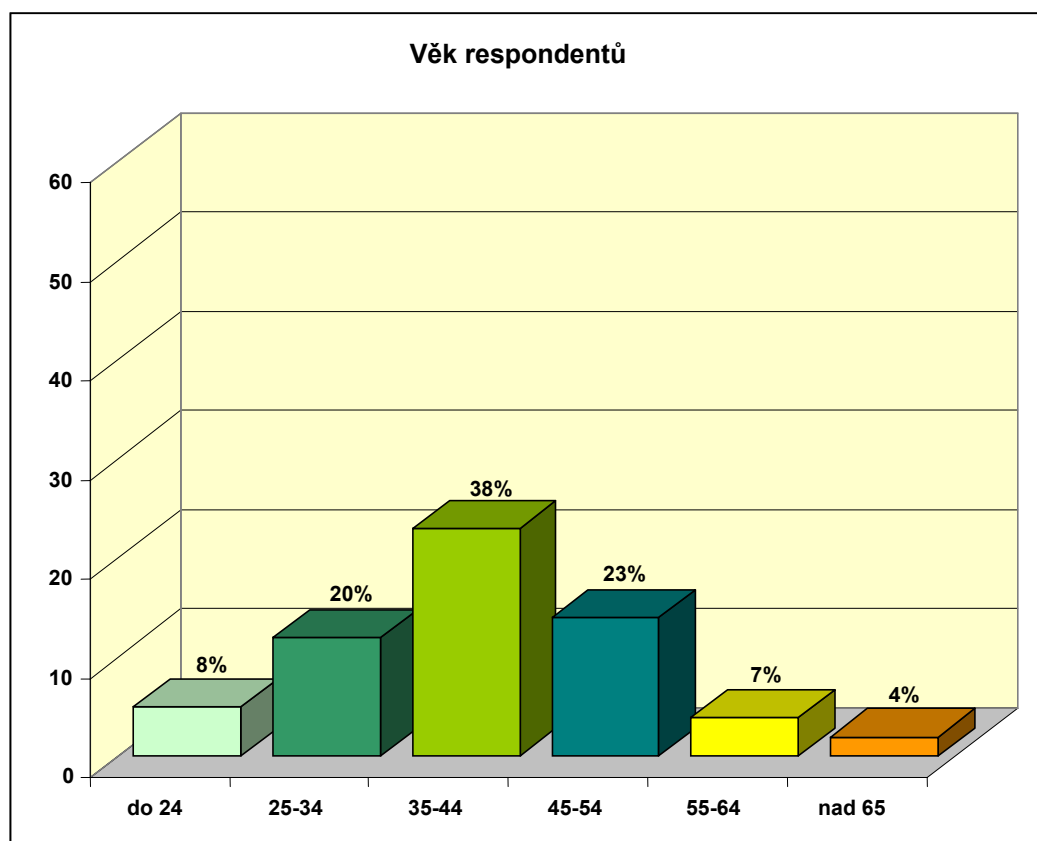


Vlastní zdroj

Z finančního hlediska je jednodušší využít při péči o seniora se ztrátou soběstačnosti ústavní péči pro 76 respondentů (76%), ne odpovědělo 24 respondentů (24%).

C. Soubor respondentů z regionu Trutnov

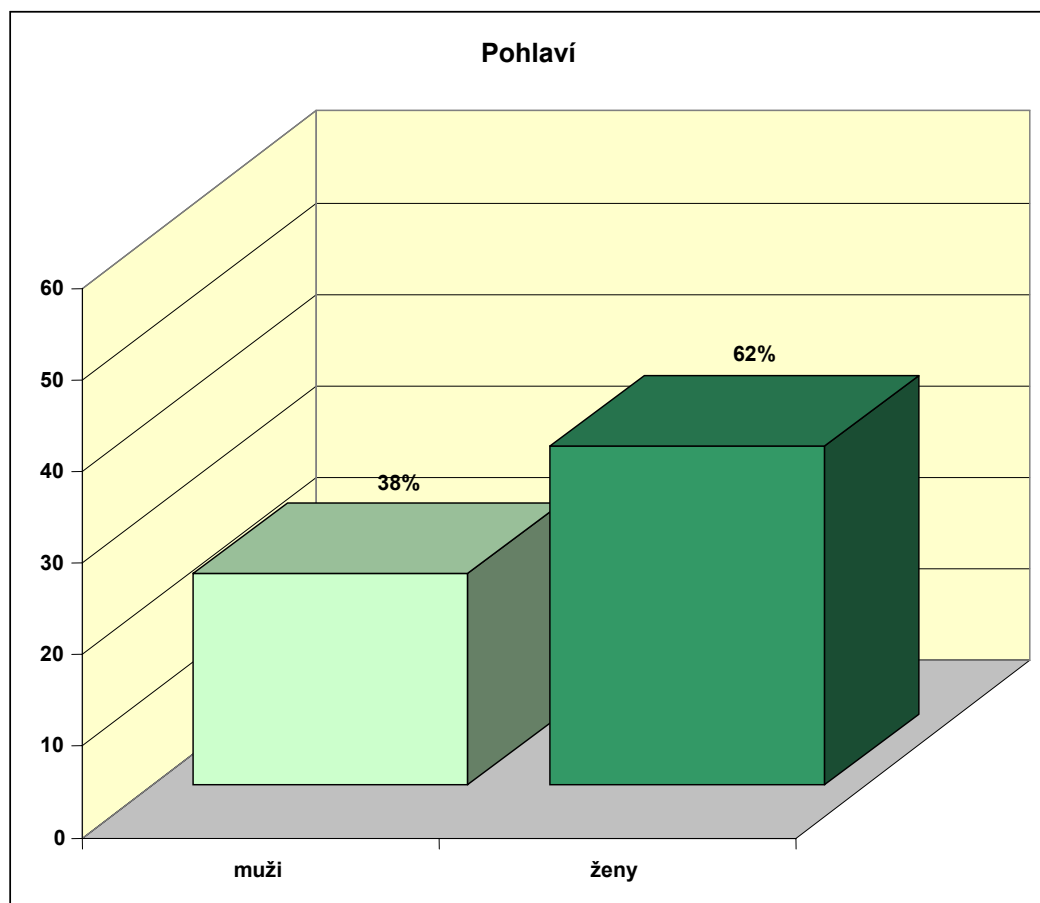
Graf 1C



Vlastní zdroj

Věkové rozložení respondentů z regionu Trutnov je, 5 respondentů (8 %) je do věku 24 let, 12 respondentů (20%) je mezi 25-34 rokem, 23 respondentů (38 %) je mezi 35-44 rokem, 14 respondentů (23 %) je mezi 45-54 rokem, 4 respondenti (7%) je mezi 55-64 rokem a 2 respondenti (4%) je ve věku nad 65 let.

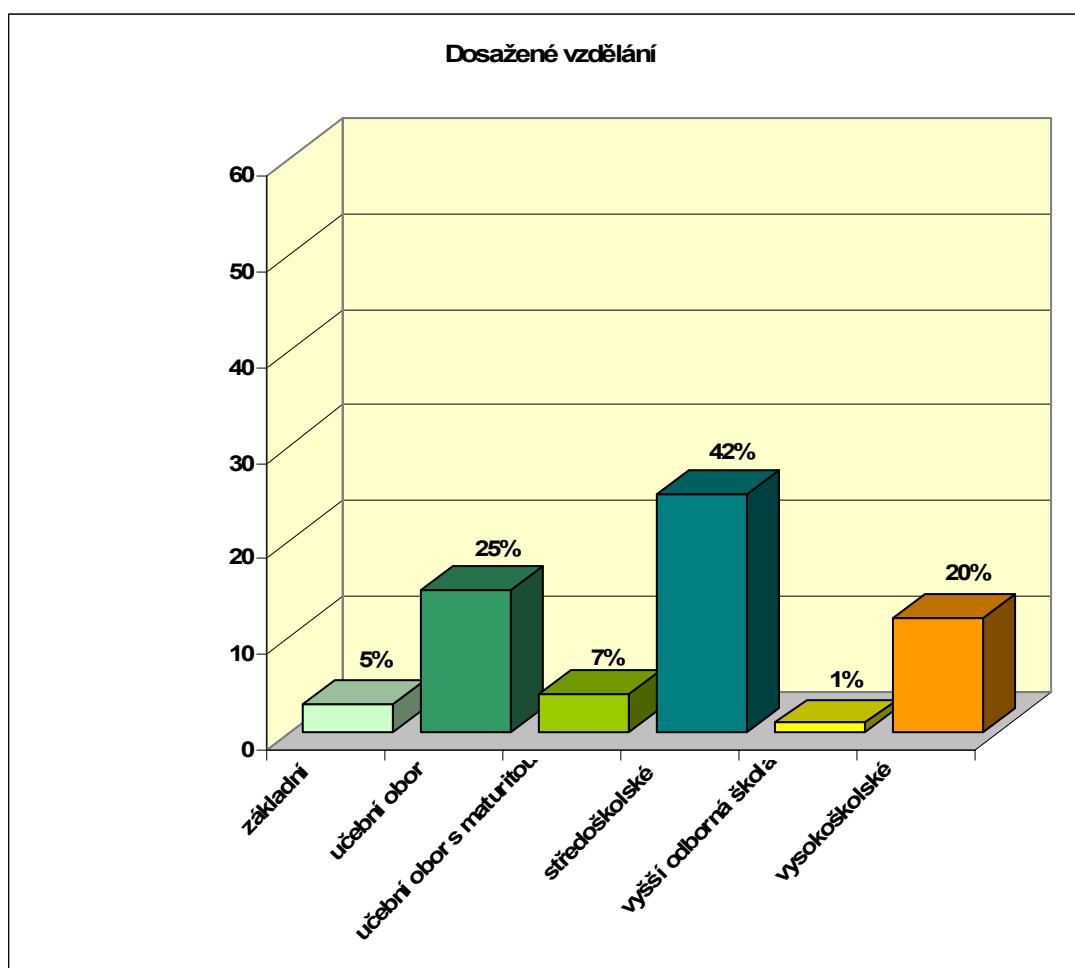
Graf 2C



Vlastní zdroj

V regionu Trutnov je 23 respondentů (38%) mužského pohlaví a 37 respondentů (62%) ženského pohlaví.

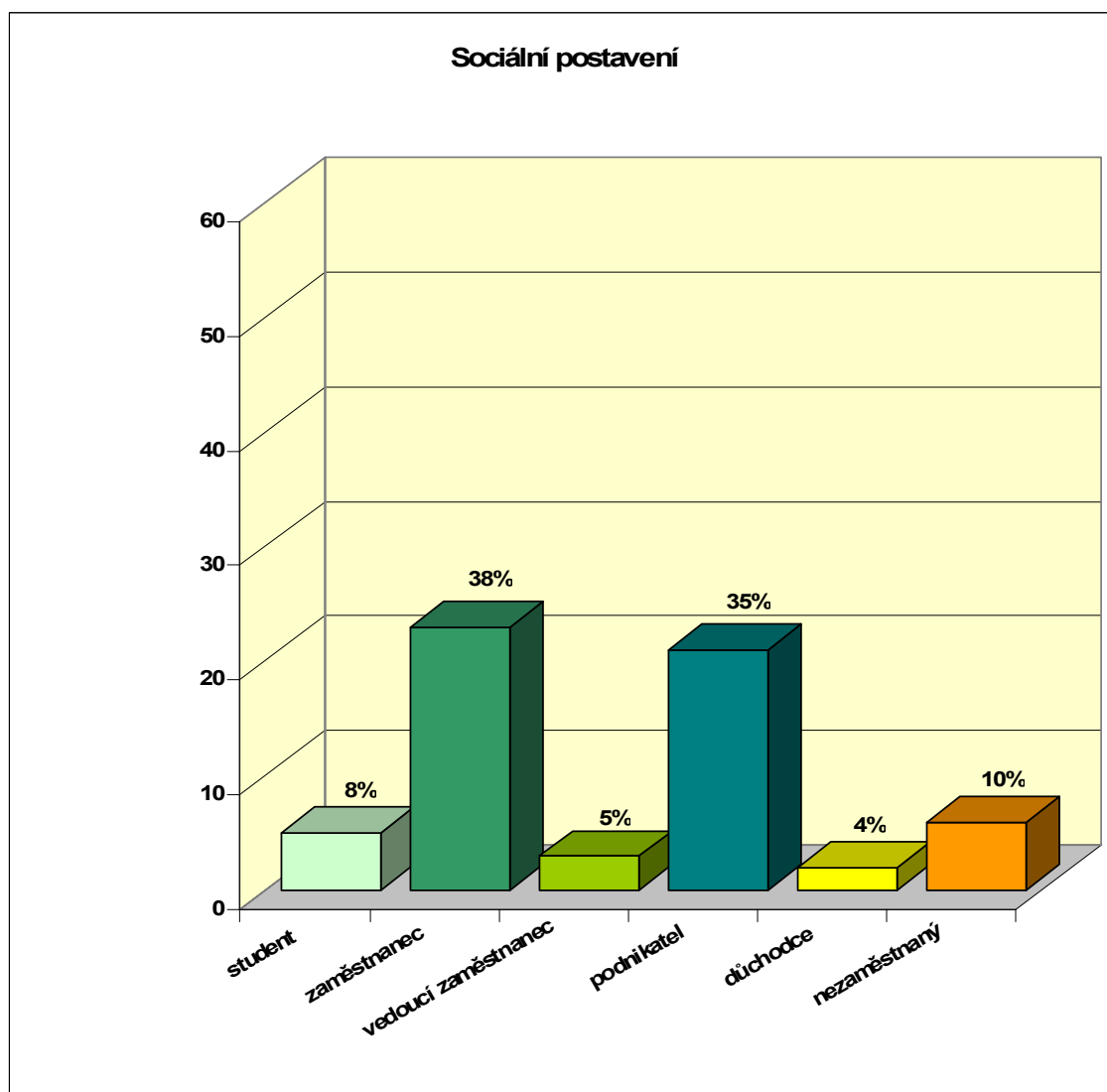
Graf 3C



Vlastní zdroj

Jako nejvyšší dosažené vzdělání mají 3 respondenti (5 %) základní školu, 15 respondentů (25%) učební obor, 4 respondenti (7%) učební obor s maturitou, 25 respondentů (42%) má středoškolské vzdělání, 1 respondent (1%) absolvoval vyšší odbornou školu a 12 respondentů (20%) má vysokoškolské vzdělání.

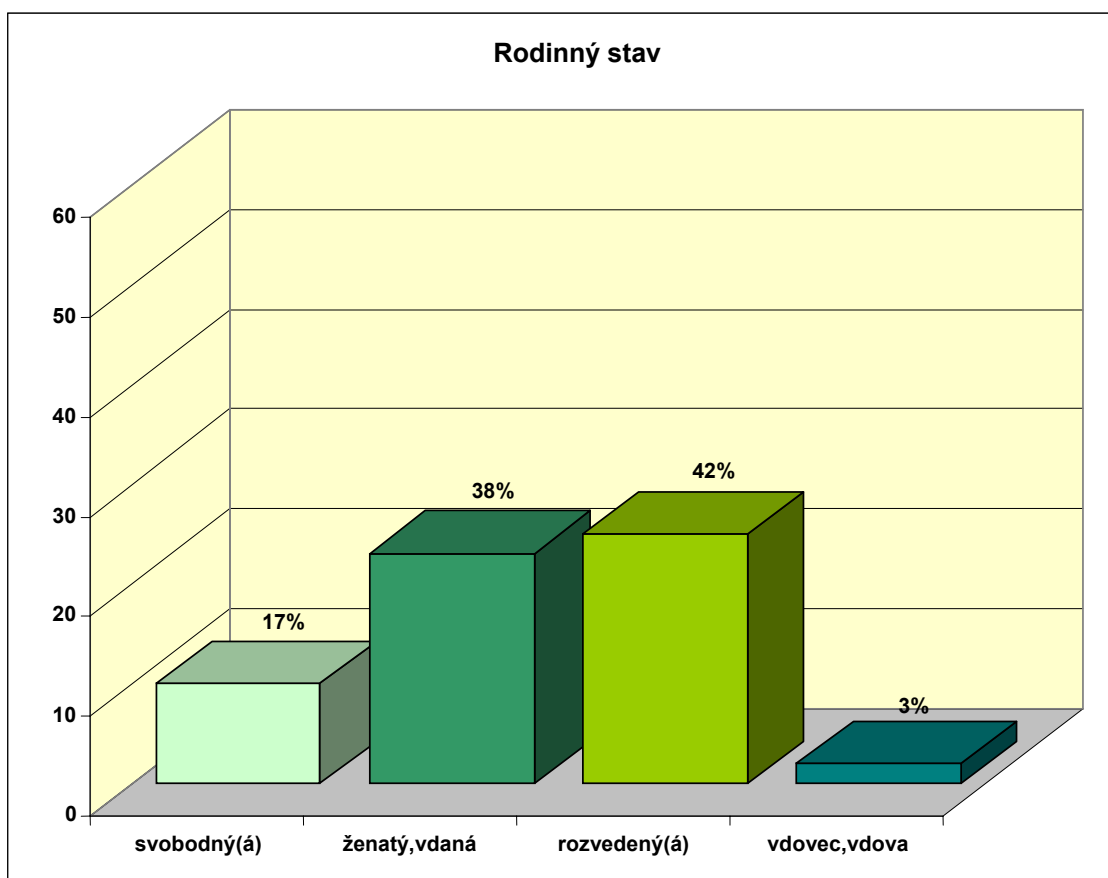
Graf 4C



Vlastní zdroj

Z výzkumného souboru má 5 respondentů (8%) sociální postavení studenta, 23 respondentů (38%) jsou zaměstnanci, 3 respondenti (5%) jsou vedoucí zaměstnanci, 21 respondentů (35%) jsou podnikatelé, 2 respondenti (4%) mají sociální postavení důchodce a 6 respondentů (10%) jsou nezaměstnaní.

Graf 5C



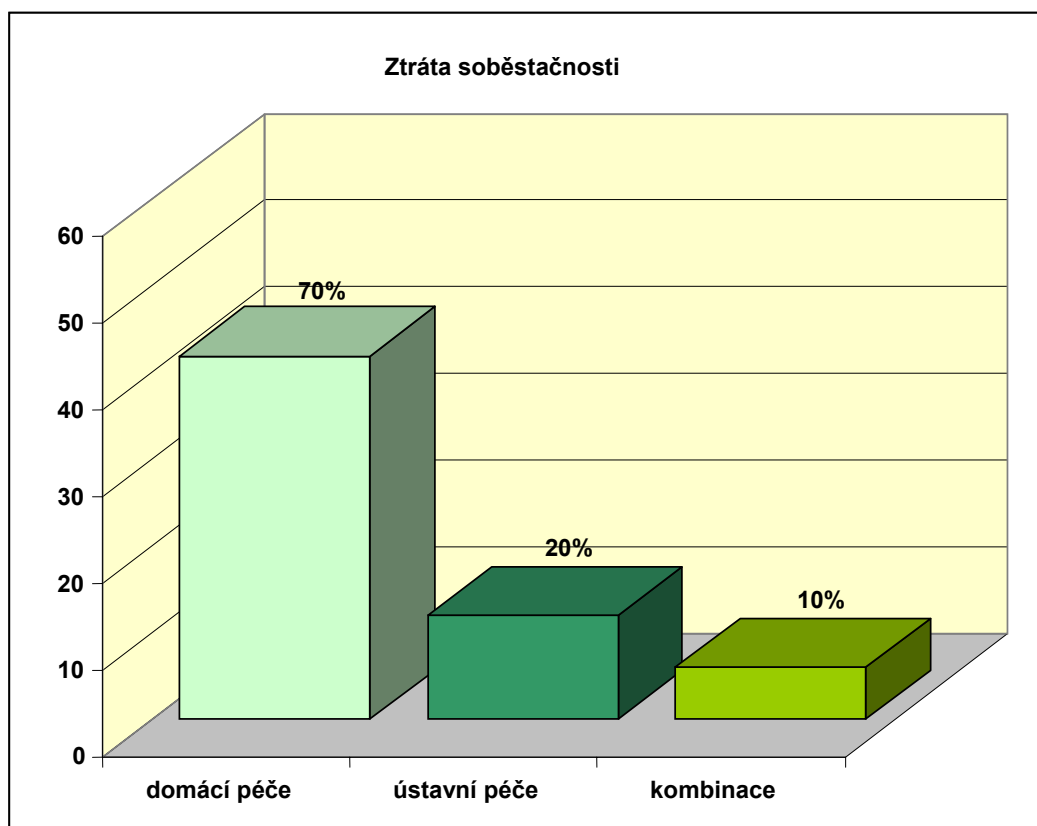
Vlastní zdroj

Z výzkumného souboru regionu Trutnov je 10 respondentů (17%) svobodných, 23 respondentů (38%) ženatých, 25 respondentů (42%) rozvedených a 2 respondenti (3%) ovdovělých.

Graf 6C

Graf není vytvořen. Otázka v dotazníku sloužila pro rozřídění respondentů. Na otázku zda v rodině je občan starší 65 let odpovídalo celkem 63 respondentů. Z nichž 60 (100%) odpovědělo ano a byli zařazeni do výzkumného souboru, ostatní dotazníky byly vyřazeny.

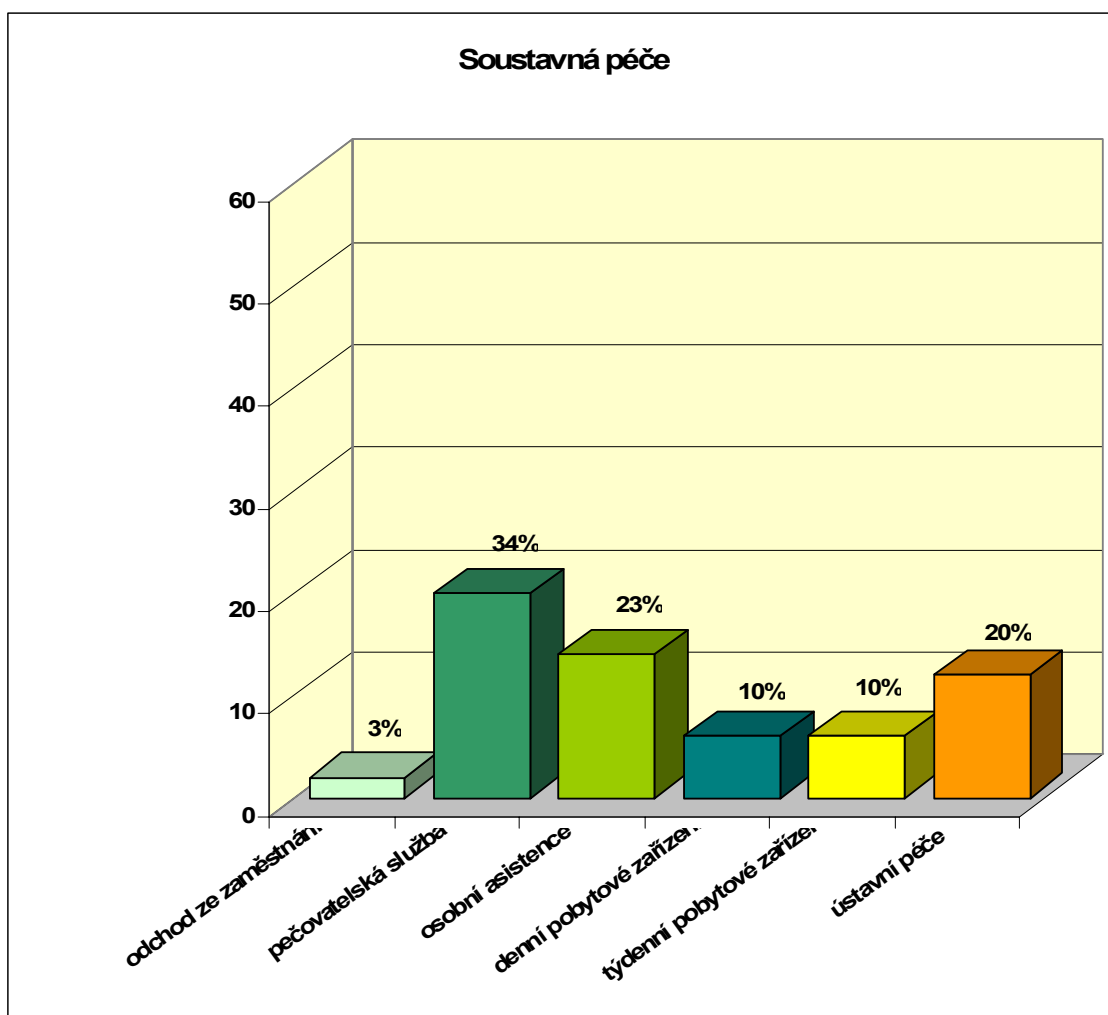
Graf 7C



Vlastní zdroj

Při ztrátě soběstačnosti seniora by preferovalo péči v domácím prostředí 42 respondentů (70%), ústavní péči 12 respondentů (20%) a kombinaci domácí péče a ústavní péče 6 respondentů (10%).

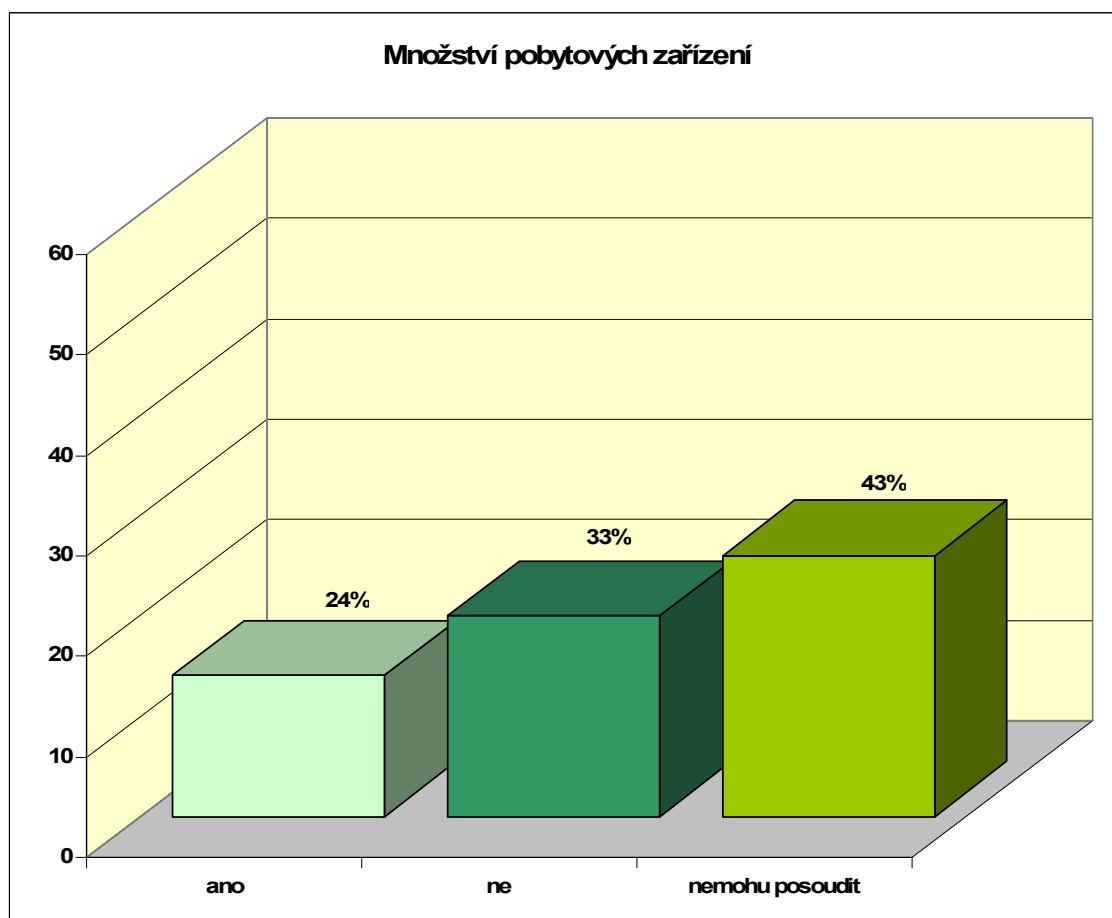
Graf 8C



Vlastní zdroj

V případě nutnosti soustavné péče by volili 2 respondenti (3%) odchod ze zaměstnání a péči v rodině, 20 respondentů (34%) by využilo snížení pracovního úvazku a sjednání pečovatelské služby, 14 respondentů (23%) by využilo celodenní péče jiné osoby (asistenční služby), 6 respondentů (10%) denního pobytového zařízení, 6 respondentů (10%) týdenního pobytového zařízení a 12 respondentů (20%) by seniora umístilo do ústavního zařízení.

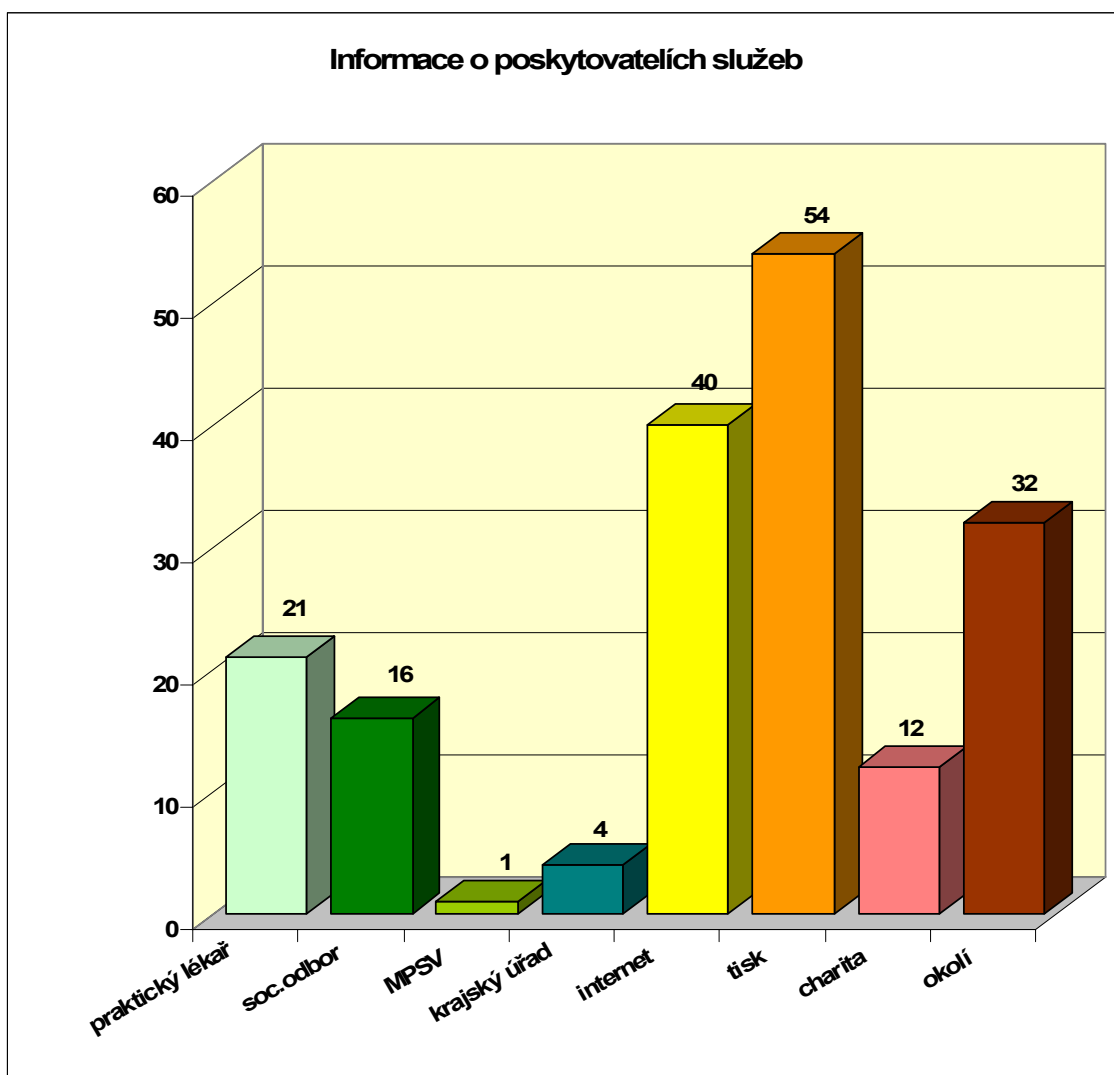
Graf 9C



Vlastní zdroj

Na dotaz je li v regionu Trutnov dostatečné množství pobytových zařízení sociální péče odpovídalo 14 respondentů (24%) ano, 20 respondentů (33%) odpovídalo ne a 26 respondentů (43%) nemá dostatek informací.

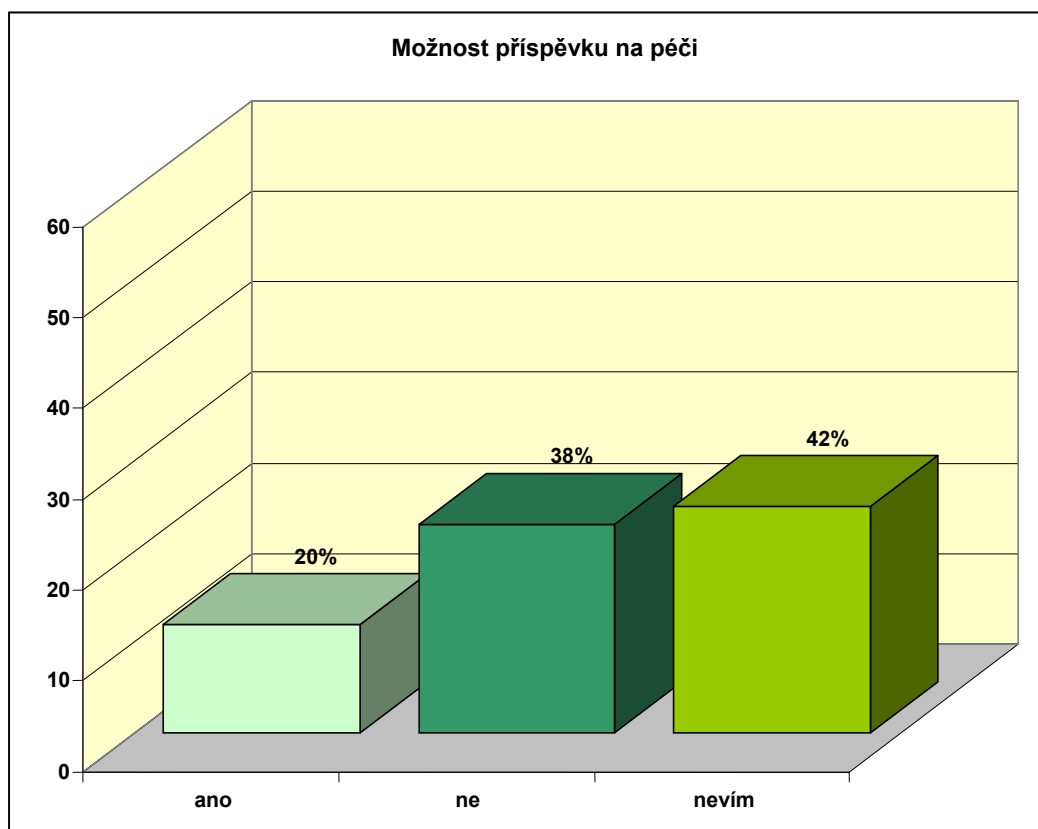
Graf 10C



Vlastní zdroj

Z celkového možného počtu bodů 180, které určují preference v získávání informací o poskytovatelích služeb sociální péče, respondenti udělili 21 bodů pro informace od praktického lékaře, 16 bodů pro sociální odbor, 1 bod pro získání informací na MPSV, 4 body pro krajský úřad, 40 bodů pro získání informací z internetu, 54 bodů pro tisk, 12 bodů pro charitu a 32 bodů pro získání informací ze svého okolí.

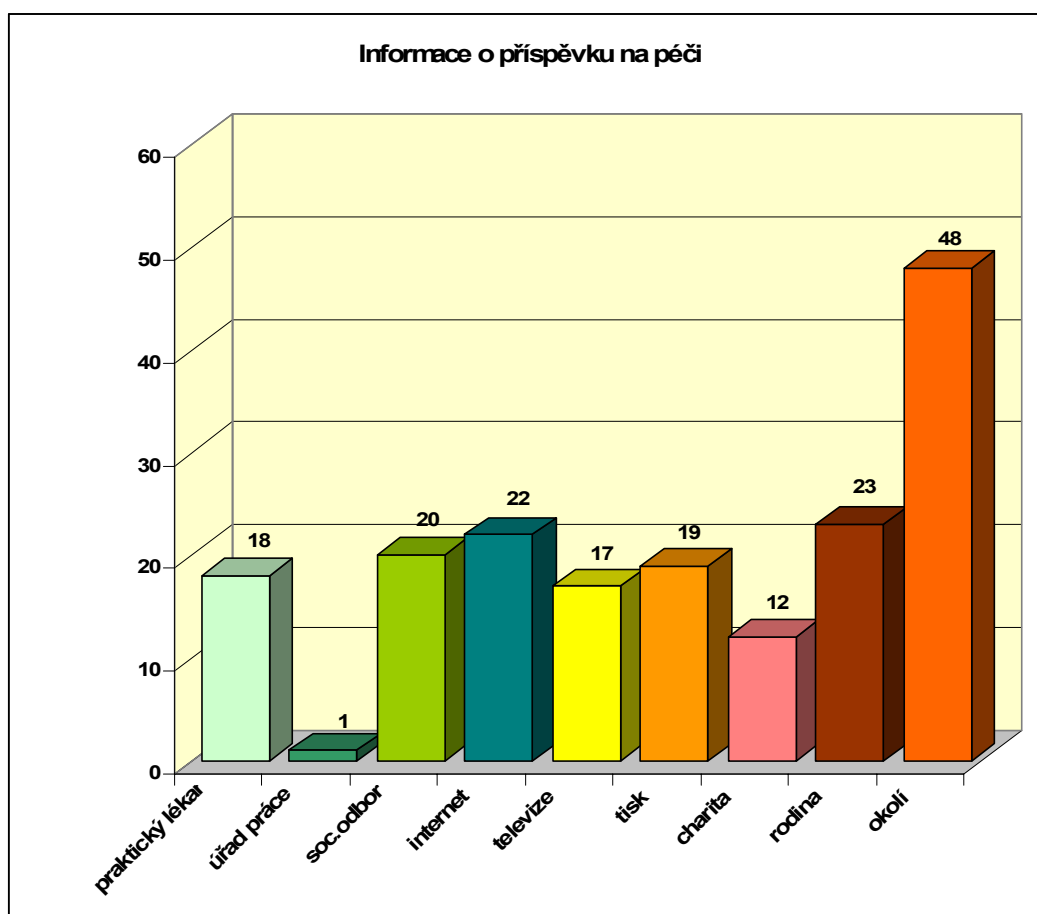
Graf 11C



Vlastní zdroj

V případě ztráty soběstačnosti seniora si 12 respondentů (20%) myslí, že senior může požádat o příspěvek na péči, 23 respondentů (38%) si myslí, že ne a 25 respondentů (42%) nemá dostatek informací.

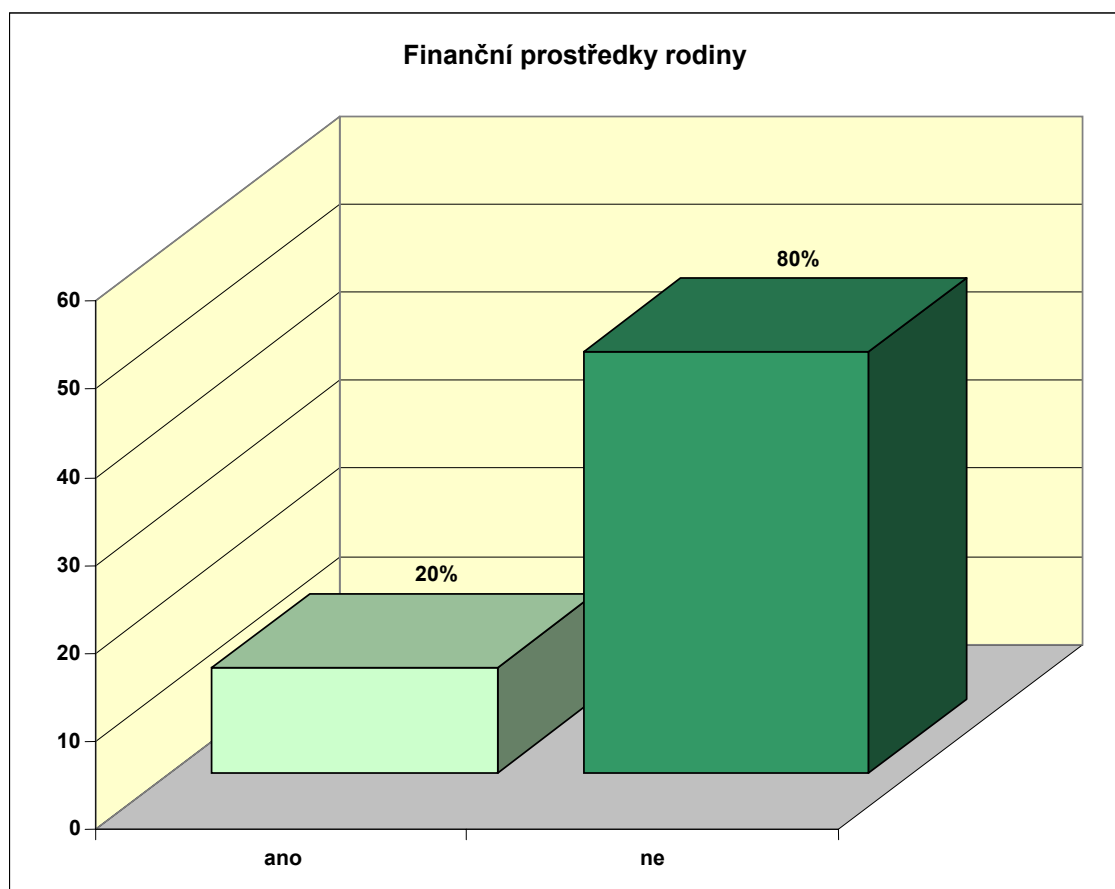
Graf 12C



Vlastní zdroj

Z celkového možného počtu bodů 180, které určují preference v získávání informací o příspěvku na péči, respondenti udělili 18 bodů pro informace od praktického lékaře, 1 bod pro úřad práce, 20 bodů pro získávání informací na sociálním odboru, 22 bodů pro získávání informací z internetu, 17 bodů pro televizi, 19 bodů pro tisk, 12 bodů pro charitu, 23 bodů pro rodinu a 48 bodů pro získávání informací ze svého okolí.

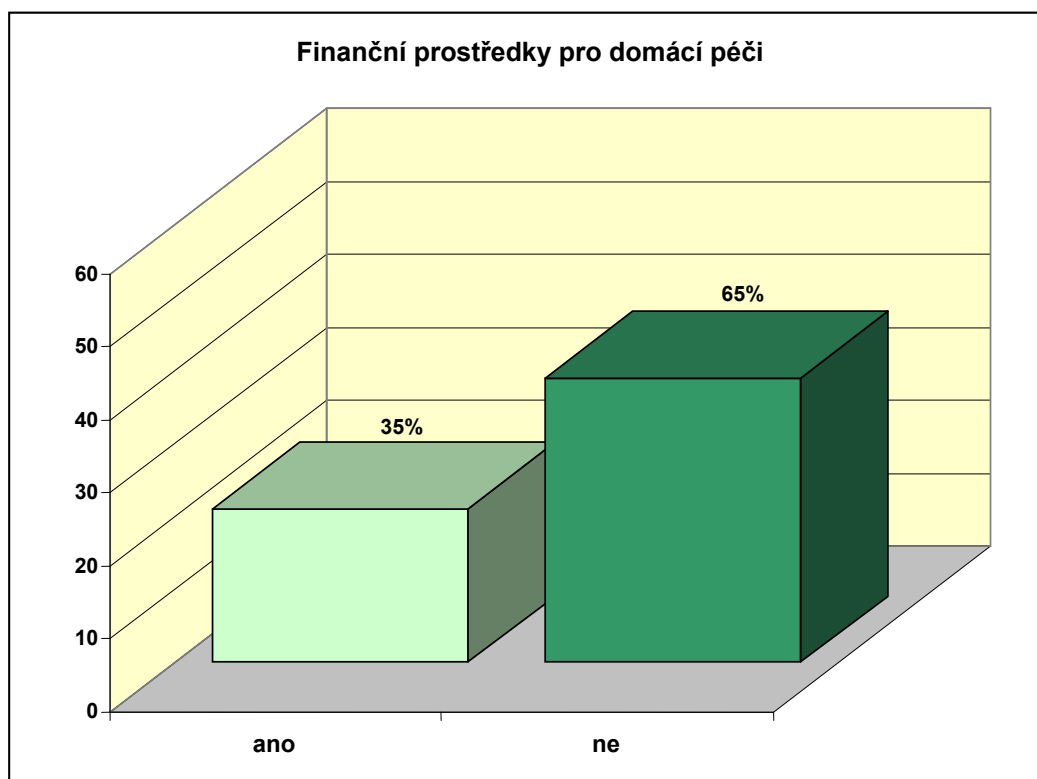
Graf 13C



Vlastní zdroj

Z výzkumného souboru regionu Trutnov si 12 respondentů (20%) myslí, že finanční prostředky rodiny jsou dostatečné na zajištění péče o seniora se ztrátou soběstačnosti a 48 respondentů (80%) si myslí, že v rodině nemají dostatek prostředků.

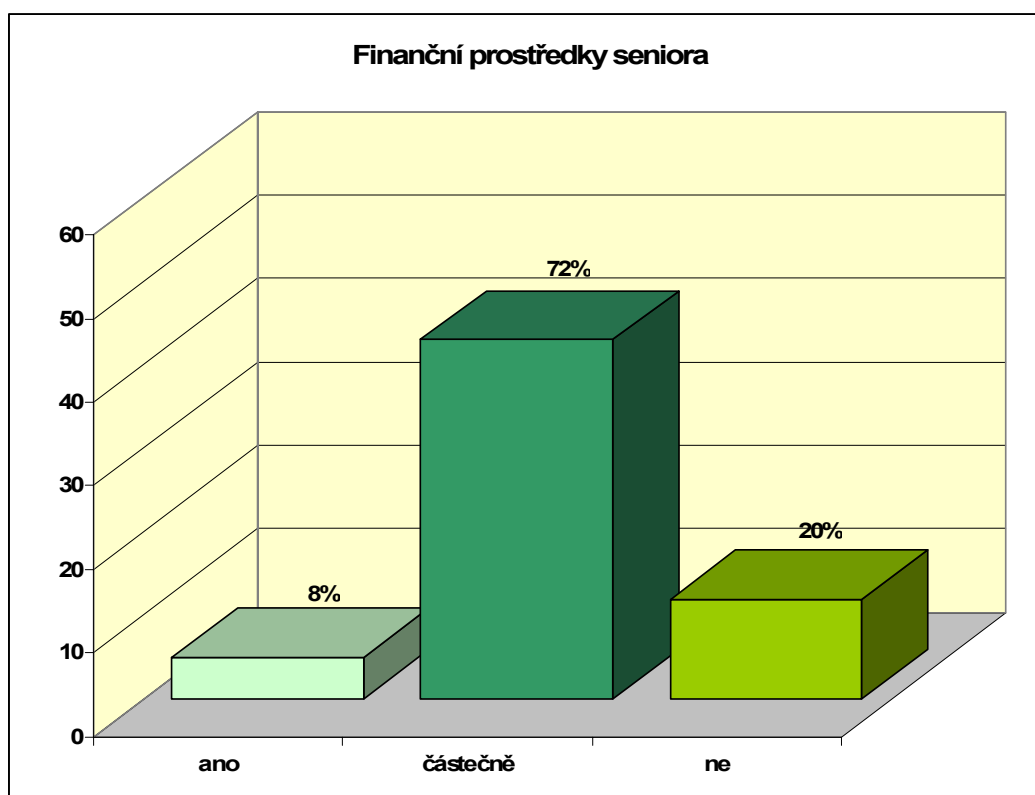
Graf 14C



Vlastní zdroj

Z celkového počtu respondentů je schopno financovat vzhledem k rodinnému rozpočtu péči o seniora v domácím prostředí 21 respondentů (35%), 39 respondentů (65%) nemá dostatek finančních prostředků.

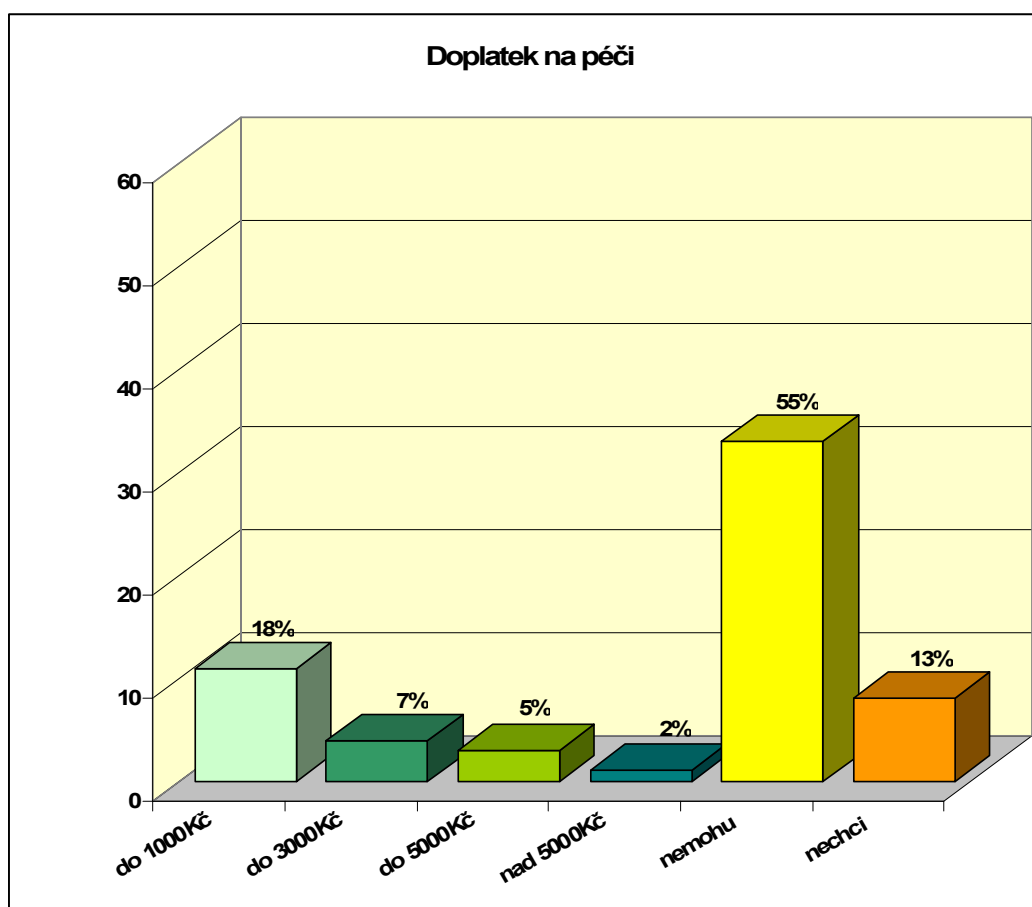
Graf 15C



Vlastní zdroj

Na otázku, zda finanční prostředky seniora postačí na hrazení poskytovatelů sociálních služeb, odpovědělo ano 5 respondentů (8%), jen částečně 43 respondentů (72%) a ne odpovědělo 12 respondentů (20%).

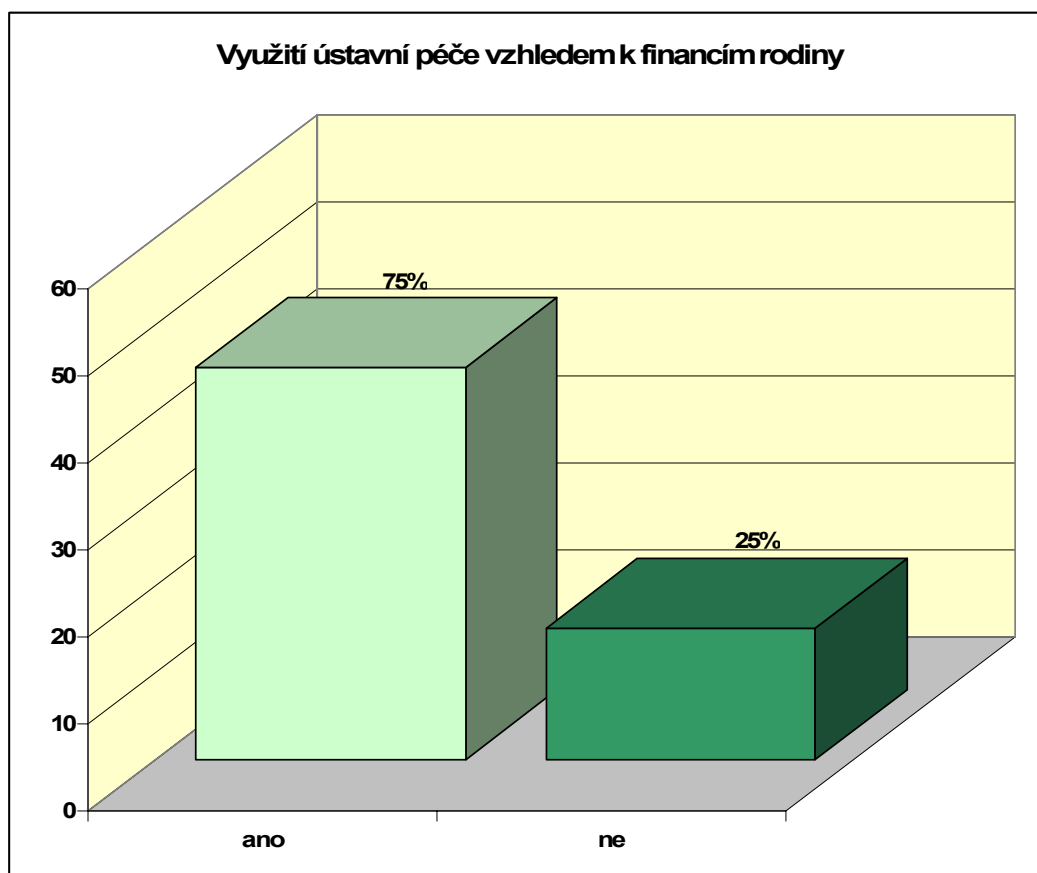
Graf 16C



Vlastní zdroj

Doplatek na péči o seniora v domácím prostředí do 1000 Kč může poskytnout 11 respondentů (18%), do 3000 Kč 4 respondenti (7%), do 5000 Kč mohou poskytnout 3 respondenti (5%), více jak 5000 Kč 1 respondent (2%). Doplatek nemůže poskytnout 33 respondentů (55%) a nechce 8 respondentů (13%).

Graf 17C



Vlastní zdroj

Z finančního hlediska je jednodušší využít při péči o seniora se ztrátou soběstačnosti ústavní péči pro 45 respondentů (75%), ne odpovědělo 15 respondentů (25%).

4.1 Analýza dokumentů

Kraj Praha

Hlavní město Praha má v roce 2007 celkem 1212097 obyvatel, z toho nad 65 let je 189524 obyvatel, průměrný věk činí 41,7 let a index stáří je 129,4. Je krajem, kde je velký podíl osob staršího věku. Ačkoli počet obyvatel nad 64 let se v posledních letech v Praze nezvyšuje, ale naopak mírně klesá, přesto je podíl obyvatel v důchodovém věku na celkovém počtu obyvatel stále nejvyšší ze všech regionů.

S vysokým počtem obyvatel nad 65 let souvisí i vybavenost regionu sociálními zařízeními. V této oblasti je v Praze situace složitá. Počet všech těchto zařízení je zde relativně nízký. Je to dáno tím, že pro obyvatele Prahy jsou tyto ústavy zřizovány velmi často i mimo území hlavního města. Tabulka ukazuje počet těchto zařízení na území Prahy v roce 2007.

Počet zařízení sociální péče pro seniory

Druh zařízení	Počet zařízení celkem	v tom zařízení pro pobyt		Počet zařízení pro pobyt denní
		celoroční	týdenní	
A Centra denních služeb	4	2	0	0
B Denní stacionáře	11	0	0	10
C Týdenní stacionáře	2	0	2	0
D Domovy pro seniory	24	24	0	0
E Chráněné bydlení	9	8	0	0
F Sociální poradny	7	0	0	0
G Centra sociálně rehabilitačních služeb	5	3	0	0

Zdroj: Český statistický úřad, vlastní úprava

Na území hlavního města Praha jsou 4 centra denních služeb, 11 denních stacionářů, jen 2 týdenní stacionáře, 24 domovů pro seniory, 9 zařízení chráněného bydlení, 7 sociálních poraden a 5 center sociálně rehabilitačních služeb.

S počtem zařízení sociální péče, také souvisí jejich kapacita, kterou nám ukazuje tabulka.

Kapacita zařízení sociální péče pro seniory

Druh zařízení	Kapacita CELKEM k 31. 12. 2007	z toho na ošetřov. oddělení	v tom pobyt				Kapacita denních pobytů
			celoroční	z toho na ošetř. odd.	týdenní	z toho na ošetř. odd.	
A Centra denních služeb	25	0	25	0	0	0	0
B Denní stacionáře	422	36	0	0	0	0	422
C Týdenní stacionáře	58	0	0	0	58	0	0
D Domovy pro seniory	2 865	1 188	2	1 188	0	0	0
E Chráněné bydlení	109	57	109	57	0	0	0
F Sociální poradny	0	0	0	0	0	0	0
G Centra soc. rehabilitačních služeb	0	0	0	0	0	0	0

Zdroj: Český statistický úřad, vlastní úprava

Na území hlavního města Praha je celkem 25 míst v centru denních služeb, 422 míst v denních stacionářích, 58 míst v týdenních stacionářích, 2865 míst v domovech pro seniory a 109 míst v zařízeních chráněného bydlení.

Pokud porovnáme kapacitu jednotlivých sociálních zařízení se středním stavem obyvatel v ČR a jednotlivých regionech, je zřejmé, že ve většině typů zařízení je v hl. m. Praze nejnižší počet míst na 1 000 obyvatel. Současně se v Praze kapacita těchto zařízení příliš nerozšiřuje. Počet žádostí o umístění v domovech je sice v Praze stále vysoký a tak jako i v ostatních krajích převyšuje celkovou kapacitu těchto zařízení, ale nemá zdaleka tak výrazně rostoucí trend jako je tomu v jiných regionech.

Hlavní město Praha eviduje 3660 neuspokojených žadatelů v domovech pro seniory, 20 žadatelů v týdenních stacionářích, 40 neuspokojených žadatelů v zařízeních chráněného bydlení. Při žádosti o osobní asistenci nebylo uspokojeno 16 žadatelů. Pečovatelská služba neuspokojila 225 žadatelů. V případě sociálního poradenství to byl počet 53 žadatelů, odlehčovací služby evidují 35 neuspokojených žadatelů. Denní

stacionáře mají 27 neuspokojených žadatelů a centra sociálních rehabilitačních služeb celkem 39 neuspokojených žadatelů v roce 2007.

Zajímavým ukazatelem je také, kolik klientů tyto zařízení opravdu užívá. Tabulka nám ukazuje stav na konci roku 2006 a k 31. 12. 2007

Skutečný počet klientů využívajících zařízení sociální péče

Druh zařízení	Počet uživatelů (klientů) k 31. 12. 2006		Pohyb ve sledovaném roce						Počet uživatelů (klientů) k 31. 12. 2007	
			přijetí		propuštění		zemřelí			
	celoroční a týd. pob.	denní pobyty	celoroční a týd. pob.	denní pobyty	celoroční a týd. pob.	denní pobyty	celoroční a týd. pob.	denní pobyty	celoroční a týd. pob.	denní pobyty
A Centra denních služeb	25	0	43	0	41	0	2	0	25	0
B Denní stacionáře	0	309	0	188	0	84	0	9	0	404
C Týdenní stacionáře	29	0	27	0	1	0	0	0	55	0
D Domovy pro seniory	2 670	0	1 734	0	1 327	0	527	0	2 550	0
E Chráněné bydlení	36	0	95	0	23	0	0	0	108	0
F Sociální poradny	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
G Centra sociálně rehabilitačních služeb	0	0	216	0	113	0	0	0	103	0

Zdroj: Český statistický úřad, vlastní úprava

Na konci roku 2006 využívalo 25 klientů center denních služeb a na konci roku 2007 byl tento počet nezměněn. Denní stacionáře využívalo na konci roku 2006 celkem 309 klientů, na konci roku 2007 to bylo již 404 klientů. Stoupající počet lze zaznamenat i u týdenních stacionářů, kdy na konci roku 2006 je využívalo 29 klientů a na konci roku 2007 již 55 klientů. Snížení počtu můžeme zaznamenat u domovů pro seniory, kdy na konci roku 2006 je využívalo 2670 klientů, oproti konci roku 2007, kdy je využívalo celkem 2550 klientů. Chráněné bydlení užívalo na konci roku 2006 celkem 36 klientů a na konci roku 2007 to bylo 108 klientů. Pokles lze zaznamenat u center sociálně rehabilitačních služeb, které na konci roku 2006 využívalo 216 klientů a na konci roku 2007 celkem 103 klientů.

Celkový počet všech zařízení sociálních služeb v kraji Praha je 93, ty mají kapacitu 46690 míst. Z toho není ani jedno zařízení státní, 14 zařízení je krajských, obecných je 23, církevních zařízení je 13 a ostatní neziskové organizace se podílejí na 43 zařízeních.

Jihočeský kraj

Jihočeský kraj má v roce 2007 celkem 633264 obyvatel, z toho nad 65 let je 91720 obyvatel, průměrný věk činí 40,3 let a index stáří je 100,2. Největší podíl z obyvatelstva daného správního obvodu představují obyvatelé měst ve správním obvodu Písek (73,6 %), České Budějovice (73,4 %) a Tábor (71,3 %). Nejmenší je naproti tomu podíl městského obyvatelstva (méně než 50 %) na Vimpersku, Českokrumlovsku, Milevsku a Blatensku. Pro demografický vývoj posledních let je charakteristický úbytek počtu obyvatel přirozenou měnou a přírůstek počtu obyvatel kraje je zajišťován kladným saldem migrace. Dalším znakem demografického vývoje je stárnutí obyvatelstva v souvislosti s nízkou porodností a zvýšení podílu obyvatel starších 65 let. Nejvyšší podíl osob ve věku 65 a více let je ve správních obvodech Milevsko, Blatná a Soběslav.

V oblasti sociální péče jsou na úrovni správních obvodů k dispozici pouze počty zařízení sociální péče a jejich kapacity. Jedná se jednak o zařízení spravovaná krajem (krajským úřadem) a jednak o zařízení spravovaná obcemi. Ústavy sociální péče, domovy důchodců a obdobná zařízení nebyla budována na územním principu, jejich spádovost přesahuje hranice správních obvodů. Tabulka ukazuje počet těchto zařízení na území Jihočeského kraje v roce 2007.

Počet zařízení sociální péče pro seniory

Druh zařízení	Počet zařízení celkem	v tom zařízení pro pobyt		Počet zařízení pro pobyt denní
		celoroční	týdenní	
A Centra denních služeb	2	0	0	1
B Denní stacionáře	7	0	0	6
C Týdenní stacionáře	4	0	4	0
D Domovy pro seniory	33	33	0	0
E Sociální poradny	3	0	0	0
F Centra sociálně rehabilitačních služeb	1	0	0	0

Zdroj: Český statistický úřad, vlastní úprava

Na území Jihočeského kraje jsou 2 centra denních služeb, 7 denních stacionářů, celkem 4 týdenní stacionáře, 33 domovů pro seniory, 3 sociální poradny a 1 centrum sociálně rehabilitačních služeb.

V oblasti sociální péče je v posledních letech v Jihočeském kraji zaznamenán neustálý nárůst počtu zařízení a míst v nich. Tento vývoj je dán především nárůstem počtu bytových jednotek v domech s pečovatelskou službou. S počtem zařízení sociální péče, také souvisí jejich kapacita, kterou nám ukazuje tabulka.

Kapacita zařízení sociální péče pro seniory

Druh zařízení	Kapacita CELKEM k 31. 12. 2007	z toho na ošetřov. oddělení	v tom pobyt				Kapacita denních pobytů
			celoroční	z toho na ošetř. odd.	týdenní	z toho na ošetř. odd.	
A Centra denních služeb	16	0	0	0	0	0	16
B Denní stacionáře	184	10	0	0	0	0	184
C Týdenní stacionáře	171	4	0	0	171	4	0
D Domovy pro seniory	5 147	1 349	5 147	1 349	0	0	0
E Sociální poradny	0	0	0	0	0	0	0
F Centra sociálně rehabilitačních služeb	48	0	48	0	0	0	0

Zdroj: Český statistický úřad, vlastní úprava

Na území Jihočeského kraje je celkem 16 míst v centru denních služeb, 184 míst v denních stacionářích, 171 míst v týdenních stacionářích, 5147 míst v domovech pro seniory a 48 míst v centrech sociálně rehabilitačních služeb.

V posledních letech jsou v Jihočeském kraji intenzivně budovány domy s pečovatelskou službou, jejich počet se zvýšil z 81 na 92 a počet bytů v těchto zařízeních vzrostl z 2 198 na 2 641. Nejvíce bytů v domech s pečovatelskou službou v přepočtu na 1 000 obyvatel ve věku 65 a více let je na Trhosvinensku (77 bytů) a Milevsku (56 bytů); naproti tomu nejméně na Vimpersku (13 bytů) a na Strakonicku (16 bytů). Přesto bylo koncem roku 2007 v kraji 1 856 neuspokojených žadatelů o umístění v domě s

pečovatelskou službou. Jihočeský kraj dále eviduje 1822 neuspokojených žadatelů v domovech pro seniory, 1 žadatele v týdenních stacionářích, 32 neuspokojených žadatelů v zařízeních chráněného bydlení. Při žádosti o osobní asistenci nebylo uspokojeno 26 žadatelů. Pečovatelská služba neuspokojila 177 žadatelů. V případě sociálního poradenství to byl počet 30 žadatelů, odlehčovací služby evidují 51 neuspokojených žadatelů. Denní stacionáře mají 3 neuspokojené žadatele, sociálně aktivizační služby pro seniory mají 26 neuspokojených žadatelů a centra sociálních rehabilitačních služeb celkem 3 neuspokojené žadatele v roce 2007.

Zajímavým ukazatelem je také, kolik klientů tyto zařízení opravdu užívá. Tabulka nám ukazuje stav na konci roku 2006 a k 31. 12. 2007

Skutečný počet klientů využívajících zařízení sociální péče

Druh zařízení	Počet uživatelů (klientů) k 31. 12. 2006		Pohyb ve sledovaném roce						Počet uživatelů (klientů) k 31. 12. 2007	
	celoroční a týd. pob.	denní pobyty	přijetí		propuštění		zemřelí		celoroční a týd. pob.	denní pobyty
			celoroční a týd. pob.	denní pobyty	celoroční a týd. pob.	denní pobyty	celoroční a týd. pob.	denní pobyty		
A Centra denních služeb	0	11	0	10	0	3	0	0	0	18
B Denní stacionáře	0	61	0	66	0	11	0	3	0	113
C Týdenní stacionáře	0	0	67	0	2	0	0	0	65	0
D Domovy pro seniory	2	0	906	0	135	0	790	0	2 899	0
E Sociální poradny	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
F Centra sociálně rehabilitačních služeb	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Zdroj: Český statistický úřad, vlastní úprava

Na konci roku 2006 využívalo 11 klientů center denních služeb a na konci roku 2007 byl tento počet 18 klientů. Denní stacionáře využívalo na konci roku 2006 celkem 61 klientů, na konci roku 2007 to bylo již 113 klientů. Snížený počet lze zaznamenat u

týdenních stacionářů, kdy na konci roku 2006 je využívalo 67 klientů a na konci roku 2007 celkem 65 klientů. Poměrně velké zvýšení počtu můžeme zaznamenat u domovů pro seniory, kdy na konci roku 2006 je využívalo 918 klientů, oproti konci roku 2007, kdy je využívalo celkem 2899 klientů.

Celkový počet všech zařízení sociálních služeb v Jihočeském kraji je 88, ty mají kapacitu 4500 míst. Z toho není ani jedno zařízení státní, 34 zařízení je krajských, obecných je 24, církevních zařízení je 13 a ostatní neziskové organizace se podílejí na 17 zařízeních.

Královehradecký kraj

Královehradecký kraj má v roce 2007 celkem 552212 obyvatel, z toho nad 65 let je 84237 obyvatel, průměrný věk činí 40,7 let a index stáří je 106,1. Při porovnávání věkové struktury obyvatelstva jednotlivých okresů vychází jako „nejmladší“ okres Rychnov nad Kněžnou, ve kterém podíl dětí ve věku 0 – 14 let ke konci roku 2007 činil 15,9 %. Následoval okres Náchod (15,7 %), Trutnov (15,1 %), Jičín (15,0 %) a nejmenší podíl dětí byl v okrese Hradec Králové (14,4 %). Obecně lze konstatovat, že v tzv. „venkovských“ okresech je dětí relativně více než v typicky městském okrese Hradec Králové. Přibližně v opačném pořadí lze okresy seřadit podle zastoupení seniorů (15,6 % osob ve věku 65 a více let v okrese Hradec Králové, 14,3 % v okrese Rychnov nad Kněžnou). Výjimkou byl okres Trutnov, kde senioři tvořili pouze 13,5 %, ale byl zde největší podíl osob v produktivním věku (71,3 % osob ve věku 15 – 64 let). V ostatních čtyřech okresech je tato produktivní věková skupina zastoupena podílem 69,6 % (v okrese Náchod) až 70,0 % (v okrese Hradec Králové). V porovnání s průměrem České republiky z pohledu věkové struktury obyvatel patří kraj mezi „starší“. Dle projekce obyvatelstva se bude počet obyvatel starších 65 let v Královehradeckém kraji průměrně meziročně zvyšovat o zhruba 1 350 , takže v roce 2010 by jejich počet dosáhl 88,2 tisíc.

Z hlediska sociální péče více než čtvrtinu tvoří domovy důchodců a penziony pro důchodce. Nej hustší síť zařízení sociální péče je na Trutnovsku a na Rychnovsku a Náchodsku. Tabulka ukazuje počet těchto zařízení na území Královehradeckého kraje v roce 2007.

Počet zařízení sociální péče pro seniory

Druh zařízení	Počet zařízení celkem	v tom zařízení pro pobyt		Počet zařízení pro pobyt denní
		celoroční	týdenní	
A Centra denních služeb	2	0	0	1
B Denní stacionáře	4	0	0	3
C Týdenní stacionáře	2	0	2	0
D Domovy pro osoby se zdravotním postižením	12	12	1	3
E Domovy pro seniory	33	33	0	0
F Sociální poradny	1	0	0	0
G Centra sociálně rehabilitačních služeb	2	0	0	0

Zdroj: Český statistický úřad, vlastní úprava

Na území Královeshradeckého kraje jsou 2 centra denních služeb, 4 denní stacionáře, celkem 2 týdenní stacionáře, 12 domovů pro osoby se zdravotním postižením, 33 domovů pro seniory, 1 sociální poradna a 2 centra sociálně rehabilitačních služeb.

V oblasti sociální péče je v posledních letech v Královeshradeckém kraji zaznamenán neustálý nárůst počtu zařízení a míst v nich. Tento vývoj je dán především nárůstem počtu bytových jednotek v domech s pečovatelskou službou (přesné údaje pro rok 2007 však zdroj neudává), domovů důchodců a penzionů pro důchodce. S počtem zařízení sociální péče, také souvisí jejich kapacita, kterou nám ukazuje tabulka.

Kapacita zařízení sociální péče pro seniory

Druh zařízení	Kapacita CELKEM k 31. 12. 2007	z toho na ošetřov. oddělení	v tom pobyt				Kapacit a denních pobytů	z toho na ošetřov. oddělení
			celoroční	z toho na ošetř. odd.	týdenní	z toho na ošetř. odd.		
A Centra denních služeb	14	0	0	0	0	0	14	0
B Denní stacionáře	60	22	0	0	0	0	60	22
C Týdenní stacionáře	37	37	0	0	37	37	0	0
D Domovy pro osoby se zdravotním postižením	827	218	806	211	7	7	14	0
E Domovy pro seniory	2 363	852	2 363	852	0	0	0	0
F Sociální poradny	0	0	0	0	0	0	0	0
G Centra sociálně rehabilitačních služeb	0	0	0	0	0	0	0	0

Zdroj: Český statistický úřad, vlastní úprava

Na území Královehradeckého kraje je celkem 14 míst v centru denních služeb, 60 míst v denních stacionářích, 37 míst v týdenních stacionářích, 827 míst v domovech pro osoby se zdravotním postižením, 2363 míst v domovech pro seniory.

V posledních letech jsou v Královehradeckém kraji intenzivně budovány domy s pečovatelskou službou, ale jejich přesný počet pro rok 2007 zdroj neudává. Další nárůst míst je v domovech pro seniory a penzionech pro důchodce. Přesto koncem roku 2007 bylo v kraji 3544 neuspokojených žadatelů o umístění v domovech pro seniory. Královehradecký kraj eviduje 449 neuspokojených žadatelů v domovech pro osoby se zdravotním postižením, pečovatelská služba neuspokojila 5 žadatelů, odlehčovací služby evidují 64 neuspokojených žadatelů a 1 žadatel byl odmítnut v denním stacionáři.

Zajímavým ukazatelem je také, kolik klientů tyto zařízení opravdu užívá. Tabulka nám ukazuje stav na konci roku 2006 a k 31. 12. 2007

Skutečný počet klientů využívajících zařízení sociální péče

Druh zařízení	Počet uživatelů (klientů) k 31. 12. 2006		Pohyb ve sledovaném roce						Počet uživatelů (klientů) k 31. 12. 2007	
	celoroční a týd. pob.	denní pobyty	přijetí		propuštění		zemřelí		celoroční a týd. pob.	denní pobyty
			celoroční a týd. pob.	denní pobyty	celoroční a týd. pob.	denní pobyty	celoroční a týd. pob.	denní pobyty		
Centra denních služeb	0	13	0	2	0	1	0	0	0	14
A Denní stacionáře	0	42	0	14	0	6	0	0	0	50
B Týdenní stacionáře	32	0	1	0	8	0	0	0	25	0
C Domovy pro osoby se zdravotním postižením	790	12	449	1	128	1	322	0	789	12
D Domovy pro seniory	2 305	0	643	0	71	0	612	0	2 265	0
E Sociální poradny	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
F Centra sociálně rehabilitačních služeb	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
G	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Zdroj: Český statistický úřad, vlastní úprava

Na konci roku 2006 využívalo 13 klientů center denních služeb a na konci roku 2007 byl tento počet 14 klientů. Denní stacionáře využívalo na konci roku 2006 celkem 42 klientů, na konci roku 2007 to bylo již 50 klientů. Snížený počet lze zaznamenat u týdenních stacionářů, kdy na konci roku 2006 je využívalo 32 klientů a na konci roku 2007 celkem 25 klientů. Domovy pro osoby se zdravotním postižením na konci roku 2006 využívalo 790 klientů pro celoroční a týdenní pobyty a 12 klientů pro denní pobyty, na konci roku 2007 to bylo 789 klientů pro celoroční a týdenní pobyty a 12 klientů pro denní pobyty. Mírné snížení počtu můžeme zaznamenat u domovů pro seniory, kdy na konci roku 2006 je využívalo 2305 klientů, oproti konci roku 2007, kdy je využívalo celkem 2265 klientů.

Celkový počet všech zařízení sociálních služeb v Královéhradeckém kraji je 70, ty mají kapacitu 3729 míst. Z toho není ani jedno zařízení státní, 29 zařízení je krajských, obecných je 17, církevních zařízení je 15 a ostatní neziskové organizace se podílejí na 9 zařízeních.

5. Diskuze

V dotazníkovém šetření najdeme *věk respondentů* v jednotlivých regionech v grafu 1A, 1B a 1C. V regionu Praha je nejvíce respondentů ve věku mezi 25 – 34 rokem (28%), v regionu České Budějovice je nejčastější věk respondentů 35 – 44 let (26%) a regionu Trutnov je také nejvyšší počet respondentů ve věku 35 - 44 let (38%). Účelem výzkumu nebylo posouzení výsledků vzhledem k věku respondentů, ale výzkum může být touto okolností ovlivněn.

Pohlaví respondentů v jednotlivých regionech určuje graf 2A, 2B, 2C. V regionu Praha odpovídalo v dotazníkovém šetření 104 žen (69%) a 46 mužů (31%), v regionu České Budějovice je 58 respondentů (58%) ženského pohlaví a 42 respondentů (42%) mužů a v Trutnově odpovídalo 37 žen (62%) a 23 mužů (38%). Také tato skutečnost může ovlivnit výsledky výzkumu vzhledem k odlišným rolím mužů a žen ve společnosti, a proto by mohla být součástí samostatného výzkumu.

Nejvyšší dosažené vzdělání respondentů sleduje graf 3A, 3B, 3C. Ve všech zkoumaných regionech je nejvyšší počet respondentů se středoškolským vzděláním. V regionu Praha má středoškolské vzdělání 53 respondentů (35%), v Českých Budějovicích 36 respondentů (36%) a v Trutnově 25 respondentů (42%). Domnívám se, že nejvyšší dosažené středoškolské vzdělání souvisí s nejčastějším věkem respondentů a odráží se v něm i gender, vzhledem k tomu, že v dotazníkovém šetření odpovídalo více žen.

Sociální postavení respondentů v jednotlivých regionech ukazuje graf 4A, 4B, 4C. Ve všech zkoumaných regionech má nejvíce dotázaných sociální postavení zaměstnanec. V regionu Praha je tento počet 37%, v Českých Budějovicích 32% a v Trutnově 38%. Zajímavý ukazatel je v regionu Trutnov, kde je velký počet respondentů podnikatelů (35%). Tento fakt zřejmě souvisí s turistickým ruchem v dané oblasti, vysokým počtem osob v produktivním věku (71,3%) a malou nabídkou pracovních příležitostí.

Rodinný stav respondentů zaznamenává graf 5A, 5B, 5C. V regionu Praha odpovídalo nejvíce respondentů ženatých, vdaných (48%), v regionu České Budějovice je nejvíce respondentů rozvedených (36%) a v regionu Trutnov je také nejvíce respondentů rozvedených. Myslím si, že tato skutečnost může ovlivnit výsledky výzkumu z hlediska finanční situace neúplných rodin.

Jako první cíl jsem si stanovila zjistit preference občanů při péči o seniora se ztrátou soběstačnosti. Ke splnění tohoto cíle přispívají grafy 7A, B, C a 8A, B, C.

Preference respondentů *při ztrátě soběstačnosti seniora* ukazuje graf 7A, 7B, 7C. Ve všech regionech překvapivě preferují respondenti péči v domácím prostředí. V regionu Praha je tento počet 94 respondentů (63%), v Českých Budějovicích 62 respondentů (62%) a v Trutnově 42 respondentů (70%). Tyto výsledky se shodují s výzkumem Olgy Nešporové a kolektivu. V e své publikaci „Zajištění potřeb seniorů s důrazem na roli nestátního sektoru“ autorka uvádí, že Česká republika se řadí k zemím, kde senior zůstává doma a v případě potřeby spoléhá pouze na pomoc užší rodiny. Tento model však představuje řadu úskalí pro pečovaného i pečujícího.

Na dotaz preferencí v případě *soustavné péče* v grafu 8A, 8B, 8C v regionech Praha a Trutnov respondenti upřednostňují snížení pracovního úvazku a sjednání pečovatelské služby. V regionu Praha tuto odpověď zvolilo 47 respondentů (31%) a v regionu Trutnov 20 respondentů (34%). V regionu České Budějovice se snížení pracovního úvazku a využití pečovatelské služby umístilo shodně s ústavní péčí, kdy odpovídalo 28 respondentů (28%) Zajímavým ukazatelem je, že v regionu Praha se hned na druhém místě umístilo využití ústavní péče. V Praze takto odpovídalo 45 respondentů (30%). V regionu Trutnov se na druhém místě umístilo využití osobní asistence, odpovídalo tak 14 respondentů (23%).

Ze statistických údajů pro rok 2007 však vyplývá, že kraj Praha eviduje 225 neuspokojených žadatelů o pečovatelskou službu, 3660 neuspokojených žadatelů v domovech pro seniory. A pokud porovnáme kapacitu jednotlivých sociálních zařízení s ostatními regiony České republiky je v Praze nejnižší počet míst na 1000 obyvatel a tento počet se příliš nenavyšuje. V případě Jihočeského kraje eviduje pečovatelská

služba 177 neuspokojených žadatelů a 1822 neuspokojených žadatelů je v domovech pro seniory. V posledních letech jsou v kraji intenzivně budovány domy s pečovatelskou službou, ale i tak je pro rok 2007 evidováno 1856 neuspokojených žadatelů. V Královehradeckém kraji jsou poměrně intenzivně budovány domy s pečovatelskou službou, ale jejich přesný počet pro rok 2007 zdroj neudává. Další nárůst míst je v domovech pro seniory a penzionech pro důchodce. V kraji je evidováno pouze 5 neuspokojených žadatelů o pečovatelskou službu a 3544 neuspokojených žadatelů o umístění v domovech pro seniory. Vzhledem k výše popsaným skutečnostem se domnívám, že zajištění soustavné péče o seniora pomocí snížení úvazku a využití pečovatelské služby je ve všech zkoumaných regionech obtížné. Ale statistické údaje potvrzují, že také umístění občanů do domovů pro seniory je již v tomto období velmi komplikované a při stávajícím počtu těchto zařízení a vzhledem k demografickému vývoji do budoucna těžko řešitelné.

První hypotézu jsem stanovila, že *občané ve zkoumaných regionech upřednostňují ústavní péči o seniory*. Domnívám se, že tato hypotéza se nepotvrdila. Z výše popsaných výsledků vyplývá, že občané ve zkoumaných regionech dávají přednost péči v rodině. Výsledky mého výzkumu jsou shodné s výsledky výzkumu Olgy Nešporové a kolektivu z Výzkumného ústavu práce a sociálních věcí v Praze, který byl publikován v roce 2008.

Jako druhý cíl jsem si zvolila zjistit informovanost občana o poskytovaných službách sociální péče pro seniory. Ke splnění tohoto cíle přispívají grafy 9A, B, C a 10A, B, C.

Na dotaz je li v regionu *dostatečné množství pobytových zařízení sociální péče* v grafu 9A, 9B, 9C odpovídali respondenti shodně, že tuto skutečnost nemohou posoudit. V regionu Praha tak odpovídalo 42% respondentů, v regionu České Budějovice 55% respondentů a v regionu Trutnov 43% respondentů. Myslím si, že pouze malá část respondentů má osobní zkušenost s vyhledáváním vhodného pobytového zařízení sociální péče a dalším důvodem této odpovědi může být i malý zájem médií o tuto problematiku a tím nízká informovanost veřejnosti. Tyto domněnky by mohly být námětem samostatného výzkumu

Jako druhou hypotézu jsem zvolila: *občané neví, kde získat přesné informace o poskytovatelích sociálních služeb pro seniory*. Tuto hypotézu potvrzuje dotaz na *preferenci získávání informací o poskytovatelích sociálních služeb* v grafu 10A, 10B, 10C. Grafy nejsou hodnoceny procentuálně, ale z více možností výběru dotázaní vybrali tři odpovědi, které jim nejvíce vyhovovaly a těm pak přidělili jeden bod. Body byly následně sečteny a na základě výsledků byl vytvořen graf. V regionu Praha by nejvíce respondentů získávalo informace z internetu (109 bodů), z tisku (86 bodů) a u praktického lékaře (74 bodů). V regionu České Budějovice by nejvíce respondentů získávalo informace z internetu (89 bodů), z tisku (69 bodů) a z televize (62 bodů). V regionu Trutnov by nejvíce dotázaných získávalo informace z tisku (54 bodů), z internetu (40 bodů) a z okolí (32 bodů). Z výsledků vyplývá, že veřejnost se naučila získávat informace z internetu a stále větší počet občanů má přístup k internetu. Ale u laické veřejnosti je velmi malé podvědomí o samotné existenci registru provozovatelů sociálních služeb, který je dostupný v elektronické podobě i na úřadech a dle mého výzkumu, jen velmi malá část občanů ví, kde by tento registr hledala. Tuto skutečnost potvrzují odpovědi respondentů, kdy v regionu Praha krajský úřad získal 24 bodů a MPSV pouhých 15 bodů, v regionu České Budějovice získal krajský úřad jen 5 bodů a MPSV 9 bodů a v regionu Trutnov krajský úřad získal 4 body a MPSV pouze 1 bod. Vzhledem k prognózám demografického vývoje jsou tyto výsledky alarmující a ukazují na velmi malou informovanost laické veřejnosti z oblasti sociálních služeb, která je způsobena nedostatečným zájmem médií, nedostatkem aktuálních osvětových materiálů a jen nízkým počtem občanských sdružení, na které by se lidé mohli obrátit.

Z výše uvedených výsledků výzkumu se domnívám, že H2: *občané neví, kde získat přesné informace o poskytovatelích sociálních služeb pro seniory* se potvrdila.

Možnost získat příspěvek na péči v případě ztráty soběstačnosti seniora ukazuje graf 11A, 11B, 11C. Ve všech zkoumaných regionech respondenti uvádějí, že neví o možnosti seniora požádat o příspěvek na péči při ztrátě soběstačnosti. V regionu Praha takto odpovídalo 78 respondentů (52%), v regionu České Budějovice 45 respondentů (45%) a v regionu Trutnov 25 respondentů (42%). Tyto výsledky opět dokazují na malou informovanost laické veřejnosti. Otázkou zůstává využití příspěvků na péči u

občanů, kteří o jejich existenci vědí. V časopise Sociální péče se zabývá autorka Mgr. Jana Vinářová v článku „Novinky z oblasti zákona o sociálních službách“ také problematikou využití příspěvku na péči. V článku uvádí, že větší část prostředků příspěvků na péči zůstává klientům a není příjmem poskytovatelů sociálních služeb. Příjemci této dávky vnímají nesprávně účel dávky a příspěvek na péči považují za odškodné za jejich zdravotní stav a dávku využívají ke zvýšení svého příjmu. Tato skutečnost je jedním z důvodů nutné změny zákona číslo 108/2006 Sb., kterou Ministerstvo práce a sociálních věcí již předložilo v konečné podobě. V současnosti nedokážu odhadnout výši vrácených prostředků do sociálního systému, ale myslím si, že jejich část by mohla být využita na zvýšení informovanosti laické veřejnosti, třeba vypsáním vhodných grantových programů.

Jako třetí hypotézu jsem stanovila: *občané nevědí o možnosti seniora získat příspěvek na péči při ztrátě soběstačnosti*. Domnívám se, že dle předchozího výsledku se tato hypotéza potvrdila.

Preference získávání informací o příspěvku na péči jsou zobrazeny v grafech 12A, 12B, 12C. Grafy nejsou opět hodnoceny procentuálně, ale z více možností výběru dotázaní vybrali tři odpovědi, které jim nejvíce vyhovovaly a těm pak přidělili jeden bod. Body byly následně sečteny a na základě výsledků byl vytvořen graf. V regionu Praha by nejvíce dotázaných získávalo informace z internetu (101 bodů), tisku (85 bodů) a z televize (84 bodů). V regionu České Budějovice by tyto informace respondenti nejčastěji získávali z internetu (76 bodů), z tisku (69 bodů) a z televize (62 bodů). V regionu Trutnov by dotázaní získávali informace nejvíce z okolí (48 bodů), od rodiny (23 bodů) a z internetu (22 bodů). Odlišnost výsledků v regionu Trutnov zřejmě souvisí s menší dostupností internetu u respondentů a s faktem, že se jedná o vyhledávanou turistickou oblast, a proto je zde nižší dostupnost tiskovin. Velmi zarážející je nízké bodové ohodnocení získávání informací na sociálním odboru a úřadu práce. V regionu Praha získal sociální odbor 36 bodů a úřad práce pouhých 9 bodů, v regionu České Budějovice je sociální odbor hodnocen 24 body a úřad práce jen 2 body a v regionu Trutnov získal sociální odbor 20 bodů a úřad práce pouhý 1 bod. Výsledky opět souvisí s nízkou informovaností respondentů. Dotázaní sice používají

internet, ale nevědí o sociálních dávkách na které mají nárok, ale ani neznají, kde by případné informace mohli sehnat a že existují v elektronické podobě. S výsledky také může souviset fakt, že laická veřejnost se o tuto problematiku nezajímá, protože systém je pro ně velmi složitý, nerozumí mu a raději oželí nárok na dávku než by „obíhali“ úřady a vyplňovali velké množství pro ně složitých formulářů. Respondenty mohou také odrazovat úřední hodiny na jednotlivých odborech, jednání úředníků, dlouhé čekání, časté změny v zákonech aj. Tyto domněnky vidím jako námět na samostatnou výzkumnou práci.

Jako třetí cíl jsem určila zjistit informovanost občana o možnosti poskytnutí příspěvku na péči pro seniory. Ke splnění cíle přispívají výsledky výše uvedených grafů 11A, B, C a 12A, B, C.

Jako čtvrtý cíl jsem si zvolila zjistit finanční možnosti obyvatel zkoumaných regionů při péči o seniory se ztrátou soběstačnosti v rodině. Ke splnění tohoto cíle přispívají grafy 13A, B, C, 14A, B, C, 15A, B, C, 16A, B, C a 17A, B, C.

Finanční prostředky rodiny na zajištění péče o seniora se ztrátou soběstačnosti ukazují grafy 13A, 13B, 13C. Respondenti ve všech regionech odpověděli, že v rodině nemají dostatek finančních prostředků na zajištění této péče. V regionu Praha tak odpovídalo 92 dotázaných (61%), v Českých Budějovicích 77 dotázaných (77%) a v Trutnově dotázaných (80%). Uvedené výsledky mohou souviset s rodinným stavem respondentů, kdy v regionu České Budějovice a Trutnov odpovídala většina respondentů rozvedených, kteří nedosahují příjmů úplné rodiny. V regionu Praha je většina respondentů ženatých nebo vdaných, ale životní náklady rodin jsou vyšší než v ostatních regionech, a proto také na dotaz odpovídali záporně.

Finanční prostředky rodiny pro domácí péči o seniora ukazují grafy 14A, 14B, 14C. Dotázaný ve všech regionech si myslí, že nemají dost prostředků pro financování péče o seniora v domácím prostředí. V regionu Praha odpovědělo 104 respondentů (69%), v regionu České Budějovice 64 respondentů (64%) a v regionu Trutnov 39 respondentů (65%). Tyto odpovědi souvisí s faktem, že respondenti nevědí o možnosti poskytnutí příspěvku na péči pro seniora se ztrátou soběstačnosti.

Otázku, zda *finanční prostředky seniora postačí na hrazení poskytovatelů sociálních služeb* řeší grafy 15A, 15B, 15C. V regionu Praha respondenti nejčastěji odpovídali ne (45%), v Českých Budějovicích nejvíce dotázaných odpověděla, že jen částečně (56%) a v Trutnově také nejvíce dotázaných zvolilo odpověď, že jen částečně (72%). Výsledky grafů opět souvisí se skutečností, že většina respondentů neví o možnosti seniora získat příspěvek na péči, který lze využít na hrazení poskytovatelů sociálních služeb. Ale souvisí také s neznalostí, kde získat přesné informace o jednotlivých poskytovatelích a kolik daná služba stojí. Dalším problémem jsou vlastní prostředky seniora, kdy průměrný starobní důchod pro rok 2008 činí 9963 Kč, přičemž ženy dosahují průměrného důchodu 9094 Kč a muži 11036 Kč. Bohužel dle demografických údajů se stoupajícím věkem, klesá počet mužů v populaci tzv. nadúmrtnost mužů a stále více žen se ocitá osamělých právě v okamžiku, kdy sami již potřebují pomoc vzhledem ke ztrátě soběstačnosti. Jejich životní náklady jsou však téměř stejné, jako v případě, kdy v domácnosti žili dva, ale získané prostředky jsou nižší, a proto nemohou stačit na hrazení poskytovatelů sociálních služeb a je nezbytná pomoc rodiny.

Doplatek rodiny na péči o seniora v domácím prostředí zobrazují grafy 16A, 16B, 16C. V regionu Praha může nejvíce respondentů (45%) doplatit 1000 Kč, nemůže dát doplatek 10% respondentů a nechtějí 2% respondentů. V regionu České Budějovice nejvíce respondentů (36%) odpovědělo, že nemůže dát doplatek z rodinného rozpočtu, 27% respondentů může dát doplatek do 1000 Kč a překvapivě 21% respondentů dát doplatek nechce. V regionu Trutnov také nejvíce respondentů (55%) odpovědělo, že nemůže dát doplatek z rodinného rozpočtu, 18% respondentů může doplatit 1000 Kč a 13% respondentů doplatit nechce. Tyto výsledky jsou závažné, ale mohou souviset se skutečností, že v regionu Praha žije většina respondentů v páru oproti regionu České Budějovice a Trutnov, kde je většina respondentů rozvedených. Výsledky výzkumu mohou být také ovlivněny tím, že větší část respondentů je ženského pohlaví, to znamená, že v neúplných manželstvích mají častěji v péči děti a objevuje se zde opět genderová problematika, protože dle statistik ženy mají nižší příjem než muži a obtížněji shánějí zaměstnání. S tímto problémem souvisí příjmová chudoba a materiální

deprivace v České republice, kterou se zabývá ve svém článku Tomáš Syrovátka a kol. v časopise Fórum sociální politiky. Autor v článku překvapivě uvádí, že chudobou jsou oproti ostatní populaci nejvíce ohroženy děti a to ve věku 7 až 10 let (míra chudoby 21%). nejnižší míra chudoby je v domácnostech dvojic a nejvyšší je u osob s neúplných rodin , rozhodující je vzdělání. Míra chudoby u jednotlivců do 65 let je 17% a u jednotlivců nad 65 let je 14%, což je velmi překvapující ukazatel. Důležitým činitelem je také, jak lidé vnímají možnost vycházet s příjmy. Opět jednotlivci tuto skutečnost vnímají hůře než domácnosti partnerů, ale nejhůře svou situaci vnímají lidé v domácnosti osaměle žijících rodičů s dětmi. Například jen 9% populace uvádí, že vychází s příjmy s velkými obtížemi, ale stejné procento nemůže řádně vytápět byt, 16% si nemůže dovolit obden maso, pro 23% jsou náklady na bydlení velkou zátěží, 36% si nemůže dovolit dovolenou mimo domov, 40% si nemůže dovolit neočekávané výdaje ve výši 6000 Kč a 23% si nemůže dovolit počítač nebo auto. Zajímavé je tyto statistiky porovnat s výší průměrné mzdy ve vybraných regionech. V regionu Praha v roce 2008 dosahovala průměrná mzda 29408 Kč, medián hodinového výdělku pro zaměstnance činil 151,60 Kč, ale podíl zaměstnanců s podprůměrným výdělkem byl 59,4%. V Jihočeském kraji byla průměrná mzda 20389 Kč, medián hodinového výdělku činil 131,58 Kč, ale podíl zaměstnanců s podprůměrným výdělkem byl 55,1%. V Královehradeckém kraji byla průměrná mzda 20195 Kč, medián hodinového výdělku činil 134,30 Kč, ale podíl zaměstnanců s podprůměrným výdělkem byl 57,7% (čerpáno ze statistik Ministerstva práce a sociálních věcí a Českého statistického úřadu). Vzhledem k těmto údajům popsaným výše je také nutné si uvědomit, že schopnost domácnosti vycházet s příjmem je vázaná na některé nezbytné výdaje (nutnost zaplatit nájemné, energii a služby) a na částečně nezbytné výdaje (léky, platby lékaře, telefon, potřeby pro děti do školy, základní potraviny a ošacení), takže reálný disponibilní příjem domácností ve všech zkoumaných regionech je nízký a je také snížena schopnost vytvářet finanční rezervy.

Využití ústavní péče vzhledem k finančním možnostem rodiny ukazuje graf 17A, 17B, 17C. Ve všech zkoumaných regionech respondenti odpovídali kladně na dotaz, zda je jednodušší z finančního hlediska využít při péči o seniora se ztrátou soběstačnosti

ústavní péči. V regionu Praha odpovědělo ano 96 respondentů (64%), v regionu České Budějovice odpovědělo ano 76 respondentů (76%) a v regionu Trutnov ano odpovědělo 45 dotázaných (75%).

Jako čtvrtou hypotézu jsem stanovila, že *obyvatelé regionu Praha mohou lépe finančně zajistit seniora se ztrátou soběstačnosti v domácím prostředí*. Domnívám se, že hypotéza se vzhledem k výše popsáním výsledkům nepotvrdila.

5. 1 Navrhovaná řešení

V souvislosti s prognózou vývoje populace v České republice se velmi často diskutuje o transformaci pobytových zařízení. Podrobněji se tímto tématem zabírá Ladislav Průša v časopise Fórum sociální politiky 3/2008 ve svém článku „Potřeba sociálních služeb pro staré občany z dlouhodobého pohledu“. Jak uvádí autor Ministerstvo práce a sociálních věcí vládě předložilo materiál s názvem „Koncepce podpory transformace pobytových sociálních služeb v jiný typ sociálních služeb, poskytovaných v přirozené komunitě uživatele a podporující začlenění uživatele do společnosti“. Mezi definované cíle například patří:

1. *Zvýšit informovanost o procesu transformace institucionální péče pro osoby se zdravotním postižením a seniory*. Dle mého výzkumu je potřeba zvýšit informovanost veřejnosti o celém systému sociální péče. Jako řešení bych viděla vytvoření speciálních přehledných stránek ministerstva, kde by laická veřejnost mohla najít veškeré informace na jednom místě. K zvýšení informovanosti by také pomohla pravidelná osvěta v televizi a v denním tisku.
2. *Podpora poskytovatelů sociálních služeb při transformaci institucionální péče*. Zde je kladen důraz na poskytování služeb v souladu s individuálními potřebami uživatelů. Jako řešení bych viděla opět osvětu laické veřejnosti, která bude prosazovat péči v domácím prostředí. Vypsání grantových programů pro vznik informačních center pro občany. Podpora obcí internetového připojení, například vytvořením center, kde by mohli občané zdarma využívat počítač.

3. *Zaměřit investiční dotační programy tak, aby podporovaly výstavbu pobytových zařízení s kapacitou do 40 uživatelů. Myslím si, že provoz těchto zařízení by byl humánní, ale pro sociální systém, vzhledem k projekci demografického vývoje, finančně velmi nákladný. Výsledky mého výzkumu potvrzují, že občané upřednostňují domácí péči před ústavní, ale ve zkoumaných regionech je nedostatečný počet terénních a ambulantních služeb a občané nemají dostatek prostředků na péči o seniora v domácím prostředí. Jako řešení vidím vytvoření dotačních programů pro rozvoj terénních a ambulantních služeb, které umožní uživatelům setrvání v přirozeném prostředí a zároveň zvýší nabídku práce v regionu. Vytvoření programů finanční podpory občana pečujícího o zdravotně postiženého nebo seniora.*

Téma mé diplomové práce je: „Řešení problémů dostupnosti a financování ústavní sociální péče v souvislosti s očekávaným růstem obyvatel v postproduktivním věku v České republice“, proto ve svých jednotlivých návrzích vycházím z tohoto tématu, ale jako základní řešení problému vidím vládní podporu rodinné politiky, která bude vést ke zvýšení porodnosti a následně zvýšení počtu ekonomicky aktivního obyvatelstva.

6. Závěr

Cílem práce bylo zjistit preference občanů při péči o seniora se ztrátou soběstačnosti, zjistit informovanost občana o poskytovaných službách sociální péče pro seniory, zjistit informovanost občana o možnosti poskytnutí příspěvku na péči pro seniory a zjistit finanční možnosti obyvatel zkoumaných regionů při péči o seniory se ztrátou soběstačnosti v rodině. Domnívám se, že cíle práce byly splněny.

Z vyhodnocených dotazníků vyplynulo, že respondenti upřednostňují péči v domácím prostředí, ale finanční možnosti brání péči v rodině a z tohoto důvodu by raději volili péči ústavní. Tento názor však souvisí s nízkou informovaností občanů o poskytovatelích sociálních služeb a z jejich nevědomostí, o možnosti seniora získat příspěvek na péči.

Byly stanoveny čtyři hypotézy. H1: občané ve zkoumaných regionech upřednostňují ústavní péči pro seniory v případě ztráty soběstačnosti. Domnívám se, že se hypotéza nepotvrdila. Dle výsledků dotazníků, respondenti ve všech regionech dávají přednost domácí péči. H2: občané neví, kde získat přesné informace o poskytovatelích sociálních služeb pro seniory. Domnívám se, že tato hypotéza se potvrdila. Z výsledků vyplývá, že veřejnost se naučila získávat informace z internetu a stále větší počet občanů má přístup k internetu. Ale u laické veřejnosti je velmi malé podvědomí o samotné existenci registru provozovatelů sociálních služeb, který je dostupný v elektronické podobě i na úřadech a dle mého výzkumu, jen velmi malá část občanů ví, kde by tento registr hledala. H3: občané nevědí o možnosti seniora získat příspěvek na péči při ztrátě soběstačnosti. Domnívám se, že tato hypotéza se také potvrdila. Je zde opět malá informovanost respondentů. Většina respondentů neví, kde by získala informace. S výsledky také může souviset fakt, že laická veřejnost se o tuto problematiku nezajímá, protože systém je pro ně velmi složitý. Dotazníky také ukazují na předchozí špatnou zkušenost respondentů s úřady. H4: obyvatelé regionu Praha mohou lépe finančně zajistit seniora se ztrátou soběstačnosti v domácím prostředí. Domnívám se, že stanovená hypotéza se nepotvrdila. V regionu Praha mají občané vyšší příjem než v ostatních zkoumaných regionech, ale jsou zde také vyšší některé

nezbytné výdaje a částečně nezbytné výdaje, takže reálný disponibilní příjem domácností v Praze je stejně nízký, jako v ostatních zkoumaných regionech.

Téma práce jsem si vybrala pro jeho aktuálnost, nedostatečnou informovanost laické veřejnosti. Cílem práce je upozornit na problematiku dostupnosti a financování péče o seniora ze ztrátou soběstačnosti vzhledem k očekávanému demografickému vývoji. Snažila jsem se o vytvoření uceleného přehledu, pro který jsem použila výzkumný soubor ve třech regionech a statistické údaje tří krajů, které souvisí s vybranými regiony. Tuto práci lze využít v odborné literatuře, při přednáškách a mohla by se stát námětem grantového programu, který by sloužil ke zvýšení informovanosti laické veřejnosti a pomohl by tento výzkum rozšířit i pro další kraje a regiony.

7. Klíčová slova

demografie

senior

služby

sociální péče

sociální politika

zákon

9. Seznam použitých zdrojů

1. BOHATÁ, Ivana. Terénní a ambulantní sociální služby: alternativa pobytových zařízení. *FÓRUM sociální politiky*, 2008, roč. 2, č. 5, s. 53 – 54.
ISSN 1802-5854
2. BRDEK, Miroslav. Trendy v evropské sociální politice.
1. vydání. Praha: ASPI, 2002. 252 s.
ISBN 80-86395-25-1
3. Česká správa sociálního zabezpečení. *Příručka budoucího důchodce 2009*.
Praha: ČSSZ, 2009.
ISBN 978-80-87039-16-8
4. COLEMAN, Peter. *Is the religion friend of ageing?* [online]. [cit. 2008-10-11].
Dostupné z: <<http://www.ageing.ox.ac.uk/pub>>
5. Český statistický úřad. *Generová statistika*. [online]. [cit. 2009-03-28]. Dostupné z:
<http://www.czso.cz/csu/cizinci.nsf/kapitola/gender_uvod_obyvateľstvo>
6. Český statistický úřad. *Obyvatelstvo*. [online]. [cit. 2009-05-09]. Dostupné z:
<http://www.czso.cz/csu/redakce.nsf/i/obyvateľstvo_lide>
7. Český statistický úřad. *Regiony, města, obce*. [online]. [cit. 2009-04-24]. Dostupné z:
<http://www.czso.cz/csu/redakce.nsf/i/regiony_mesta_obce_souhrn>
8. Český statistický úřad. *Základní údaje o ČR*. [online]. [cit. 2009-04-12]. Dostupné z:
<http://www.czso.cz/csu/redakce.nsf/i/zakladni_udaje_o_ceske_republice>

9. Český statistický úřad. *Životní úroveň, spotřeba, domácnost*. [online].
[cit. 2009-05-23]. Dostupné z:
<http://www.czso.cz/csu/redakce.nsf/i/zivotni_uroven_spotreba_domacnosti_prace>
10. DOLEJŠÍ, Petr. Teorie stárnutí populace a trh práce. *FÓRUM sociální politiky*,
2008, roč. 2, č. 6, s.2 – 6.
ISSN 1802-5854
11. DZÚROVÁ, Dagmar. Regionální aspekty stárnutí. *Demografie*,
2002, roč. 1, č. 1, s. 34 – 38.
ISSN 1801-2914
12. FISHER, Kath. n.d. *Max-Neef on Human Needs and Human-scale Development*.
[online]. [cit. 2008-11-14]. Dostupné z:
<<http://www.celebrateempathy.com/Max-Neef.pdf>>
13. FRANC, Lukáš. Moravskoslezský kruh. *Sociální péče*, 2009, roč. 4, č.4, s. 32.
ISSN 1213-2330
14. FRANCOVÁ, Hana – NOVOTNÝ, Aleš. *Sociální politika v základech*. 1. vydání.
Praha: TRITON, 2008. 185 s.
ISBN 978-7387-125-3
15. HOLUB, Martin. *Analýza nepříspěvkových dob v České republice*. Praha: VÚPSV,
2004. 37 s. Brožúra
16. HRDLIČKOVÁ, Zuzana. *Vliv sociální politiky na konkurenceschopnost české ekonomiky*. 1. vydání. Brno: MU-ESF, 2006. 178 s.
ISBN 80-210-4157-9

17. JOHNSON, Alison – HICKMAN, Morris. *Understanding the needs of older people*. [online]. [cit. 2009-02-03]. Dostupné z: <<http://www.beds.ac.uk/courses/bysubject/heacar/credit-undneeoldpeo>>
18. *Koncepce podpory transformace pobytových sociálních služeb v jiné typy sociálních služeb, poskytovaných v přirozené komunitě uživatele a podporující sociální začlenění uživatele do společnosti*. Praha: MPSV, 2006. [online]. [cit: 2008-12-06]. Dostupné z: <http://www.mpsv.cz/files/clanky/3858/koncepce_podpory.pdf>
19. KOZLOVÁ, Lucie – KUBELOVÁ, Veronika. Jak psát bakalářskou a diplomovou práci. 1. vydání. České Budějovice: JUČB, 2008. 56 s.
ISBN 978-80-7394-112-3
20. KRÁLOVÁ, Jarmila. Sociální služby a příspěvek na péči. 2. vydání. Olomouc: ANAG, 2008. 374 s.
ISBN 978-80-7263-462
21. KREBS, Vojtěch. Sociální politika. 4. vydání. Praha: ASPI, 2007. 503 s.
ISBN 80-7357-276-1
22. KUBALČÍKOVÁ, Kateřina. *Zpráva z předvýzkumu potřeb uživatelů pro cílovou skupinu „Senioři“*. [online]. [cit. 2009-01-30]. Dostupné z: <http://www.domovypotřebných.cz/main/docs/expertiza_kubackova_seniori.doc>
23. *Long-Term Care Policies for Older People*. [online]. [cit. 2008-12-04]. Dostupné z: <<http://www.oecd.org/health>>
24. MASLOW, Abraham. A Tudory of human motivation. *Psychological Review* [online]. 1950, 370 – 396. [cit. 2008-12-22]. Dostupné z: <<http://psychclassics.yorku.ca/Maslow/motivation.htm>>

25. MATOUŠEK, Oldřich et. al. *Metody a řízení sociální práce*. 1. vydání. Praha: Portál, 2003. 384 s.
ISBN 80-7178-548-2
26. MATOUŠEK, Oldřich et. al. *Sociální služby*. 1. vydání. Praha: Portál, 2007. 183 s.
ISBN 978-80-7367-310-9
27. MERTL, Jan. Sociální a ekonomické aspekty efektivnosti sociálních služeb. *FÓRUM sociální politiky*, 2008, roč. 2, č. 3, s. 2 – 8.
ISSN 1802-5854
28. MERTL, Jan. *Sociální politika v ekonomické praxi*. 1. vydání. Praha: OECONOMIKA, 2005. 246 s.
ISBN 80-245-0850-8
29. MINÁŘOVÁ, Hana. *Průvodce sociální péčí*. [online]. [cit. 2009-01-06]. Dostupné z: <http://www.bnzlin.cz/informace/.../pruvodce_socialni_sluzby_2008.pdf>
30. *Social Economy Europe*. [online]. [cit. 2008-10-23]. Dostupné z: <<http://www.socialeconomy.eu.org/>>
31. Ministerstvo práce a sociálních věcí. *Otázky a odpovědi k zákonu č. 108/2006 Sb., o sociálních službách a k zákonu č. 109/2006 Sb., kterým se mění některé zákony v souvislosti s přijetím zákona o sociálních službách*. [online]. 12.10.2006 [cit. 2009-01-13]. Dostupné z: <http://www.mpsv.cz/files/clanky/2974/otazky_odpovedi_22-rev2.pdf>
32. Ministerstvo práce a sociálních věcí. *Příspěvek na péči*. [online]. 24.1.2008 [cit. 2008-12-14]. Dostupné z: <<http://www.mpsv.cz/cs/4768>>

33. Ministerstvo práce a sociálních věcí. *Sociální služby a příspěvek na péči*. [online]. 18.9.2007 [cit. 2009-02-11]. Dostupné z: <<http://www.mpsv.cz/cs/9#sspd>>
34. NAKONEČNÝ, Milan. *Psychologie osobnosti*. 1. vydání. Praha: Academia, 2009. 624 s.
ISBN 978-80-200-1680-5
35. NEŠPOROVÁ, Olga – SVOBODOVÁ, Kamila – VIDOVIČOVÁ, Lucie. *Zajištění potřeb seniorů s důrazem na roli nestátního sektoru*. 1. vydání. Praha: VÚPSV, 2008. 81 s.
ISBN 978-80-87007-96-9
36. POTŮČEK, Martin. *Křížovatky české sociální reformy*. 1. vydání. Praha: SLON, 1999. 317 s.
ISBN 80-85850-70-2
37. POTŮČEK, Martin. *Manuál prognostických metod*. 1. vydání. Praha: SLON, 2006. 196 s.
ISBN 80-86429-55-5
38. POTŮČEK, Martin. *Sociální politika v Čechách a na Slovensku po roce 1989*. 1. vydání. Praha: Karolínium, 1989.
ISBN 80-7184-622-8
39. POTŮČEK, Martin. *Sociální politika*. 1. vydání. Praha: SLON, 1995. 142 s.
ISBN 80-85850-01-X
40. POTŮČEK, Martin. *Veřejná politika*. 1. vydání. Praha: SLON, 2006.
ISBN 80-86429-50-4

41. PRŮŠA, Ladislav. Důsledky stárnutí populace na potřebu sociálních služeb ve světle údajů o využívání příspěvku na péči. *Česká rezidenční péče*, 2008, roč. 4, č. 4, s. 2.

ISSN 1801-8718

42. PRŮŠA, Ladislav. Efektivnost financování sociálních služeb v domovech pro seniory. 1. vydání. Praha: VÚPSU, 2008. 57 s.

ISBN 978-80-7416-018-9

43. PRŮŠA, Ladislav. Ekonomie sociálních služeb. 2. vydání. Praha: ASPI, 2007. 180 s.

ISBN 80-86395-69-3

44. PRŮŠA, Ladislav. Potřeba sociálních služeb pro staré občany z dlouhodobého pohledu. *FÓRUM sociální politiky*, 2008, roč. 2, č. 3, s. 23 – 25.

ISSN 1802-5854

45. RANDALL, William – KENYON, Gary. *Biographical Aging and the Journey of Life*. [online]. [cit. 2009-02-11]. Dostupné z:

<<http://books.google.cz/books?isbn=0275965562,2001,PSYCHOLOGY-196s>>

46. RÁŽOVÁ, Eva – KRÁLOVÁ, Jarmila. Zařízení sociální péče pro seniory a zdravotně postižené občany. 1. vydání. Olomouc: ANAG, 2005. 304 s.

ISBN 80-7263-275-2

47. RYS, Vladimír. Česká sociální reforma. 1. vydání. Praha: Karolinum, 2003. 172 s.

ISBN 80-246-0588-0

48. *Sociální politika v Evropské unii*. [online]. 13.10.2004 [cit. 2008-10-23]. Dostupné z:

<<http://www.businessinfo.cz/cz/clanek/politiky-eu/socialni-politika-v-evropske-unii/1000521/19269/>>

49. SYROVÁTKA, Tomáš – HORA, Ondřej – KOFROŇ, Pavel. Příjmová chudoba a materiální deprivace v České republice. *FÓRUM sociální politiky*, 2008, roč. 2, č. 5, s. 2 - 8.

ISSN 1802-5854

50. ŠIKLOVÁ, Jiřina. *Staří lidé nejsou parazité*. [online]. [cit. 2008-11-24]. Dostupné z: <<http://elanplus.cz/elanplus/index.php?articleID=848>>

51. TOMEŠ, Igor. Sociální politika, teorie a mezinárodní zkušenosti. 2. vydání. Praha: SOCIOKLUB, 2001. 262 s.

ISBN 80-86484-00-9

52. Úřad práce České Budějovice. *Statistika výdělků*. [online]. [cit. 2009-05-12]. Dostupné z: <http://www.portal.mpsv.cz/sz/local/cb_info/vydelky>

53. Úřad práce Praha. *Statistiky*. [online]. [cit. 2009-04-11]. Dostupné z: <http://www.portal.mpsv.cz/cs/local/ab_info/statis>

54. Úřad práce Praha. *Statistiky za jednotlivé kraje*. [online].

[cit. 2009-05-04]. Dostupné z:

<http://www.portal.mpsv.cz/sz/local/ab_info/statis/aa_kraj_1208.zip>

55. Úřad práce Trutnov. *Statistika výdělků*. [online]. [cit. 2009-05-14]. Dostupné z: <http://www.portal.mpsv.cz/sz/local/tu_info/vydelky>

56. ÚZ č. 701. *Sociální pojištění 2009*. Ostrava: Sagit, 2009.

ISBN 978-80-7208-716-7

57. ÚZ č. 702. *Sociální zabezpečení 2009*. Ostrava: Sagit, 2009.

ISBN 978-80-7208-717-4

58. VINAŘOVÁ, Jana. Novinky z oblasti zákona o sociálních službách. *Sociální péče*, 2009, roč. 4, č. 2, s. 51.

ISSN 1213-2330

59. Vyhláška, kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách č. 505/2006 Sb. Ostrava: Sagit, 2007.

ISBN 978-80-7208-625-2

60. Zákon o důchodovém pojištění č. 155/1995 Sb. Ostrava: Sagit, 2005.

ISBN 80-7208-476-3

61. Zákon o sociálním zabezpečení č. 100/1988 Sb. Ostrava: Sagit, 2005.

ISBN 80-7208-476-3

9. Přílohy

9.1 Seznam příloh

Příloha číslo 1: Standard kvality poskytování sociálních služeb

Příloha číslo 2: Předpokládané přírůstky obyvatelstva

Příloha číslo 3: Projekce obyvatelstva České republiky do roku 2050

Příloha číslo 4: Struktura péče o seniory v roce 2006

Příloha číslo 5: Složení obyvatelstva podle hlavních věkových skupin, zastoupení osob
ve věku 80 a více let (v%) a index stáří v krajích ČR v roce 2006

Příloha číslo 6: Maslowa hierarchie potřeb

Příloha číslo 7: Dotazník

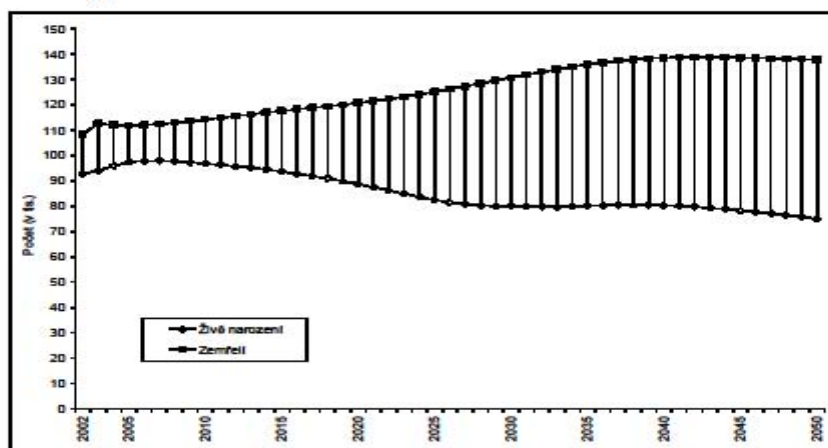
Příloha číslo 1 Standard kvality poskytování sociálních služeb

1. Cíle a způsoby poskytování sociálních služeb
2. Ochrana práv osob
3. Jednání se zájemcem o sociální službu
4. Smlouva o poskytování sociální služby
5. Individuální plánování průběhu sociální služby
6. Dokumentace o poskytování sociální služby
7. Stížnosti na kvalitu nebo způsob poskytování sociální služby
8. Návaznost poskytované sociální služby na další dostupné zdroje
9. Personální a organizační zajištění sociální služby
10. Profesní rozvoj zaměstnanců
11. Místní a časová dostupnost poskytované sociální služby
12. Informovanost o poskytované sociální službě
13. Prostředí a podmínky
14. Nouzové a havarijní situace
15. Zvyšování kvality sociální služby

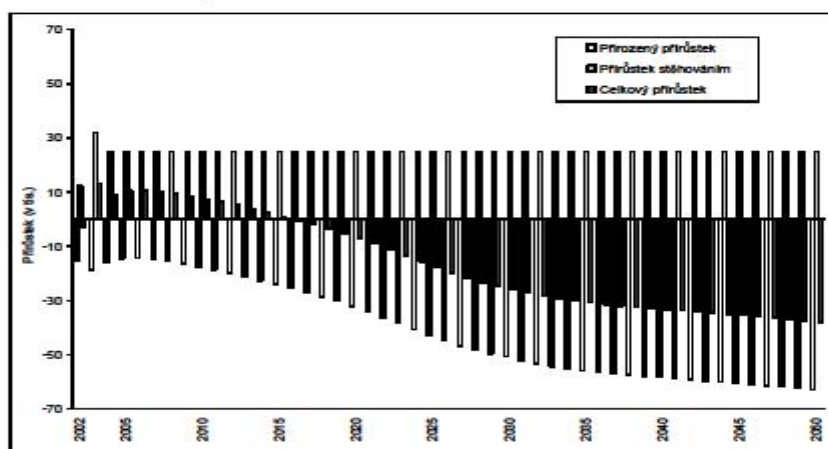
Příloha číslo 2

Předpokládané přírůstky/úbytky obyvatelstva Varianta: STŘEDNÍ

Přirozený přírůstek



Struktura celkového přírůstku



Příloha číslo 3

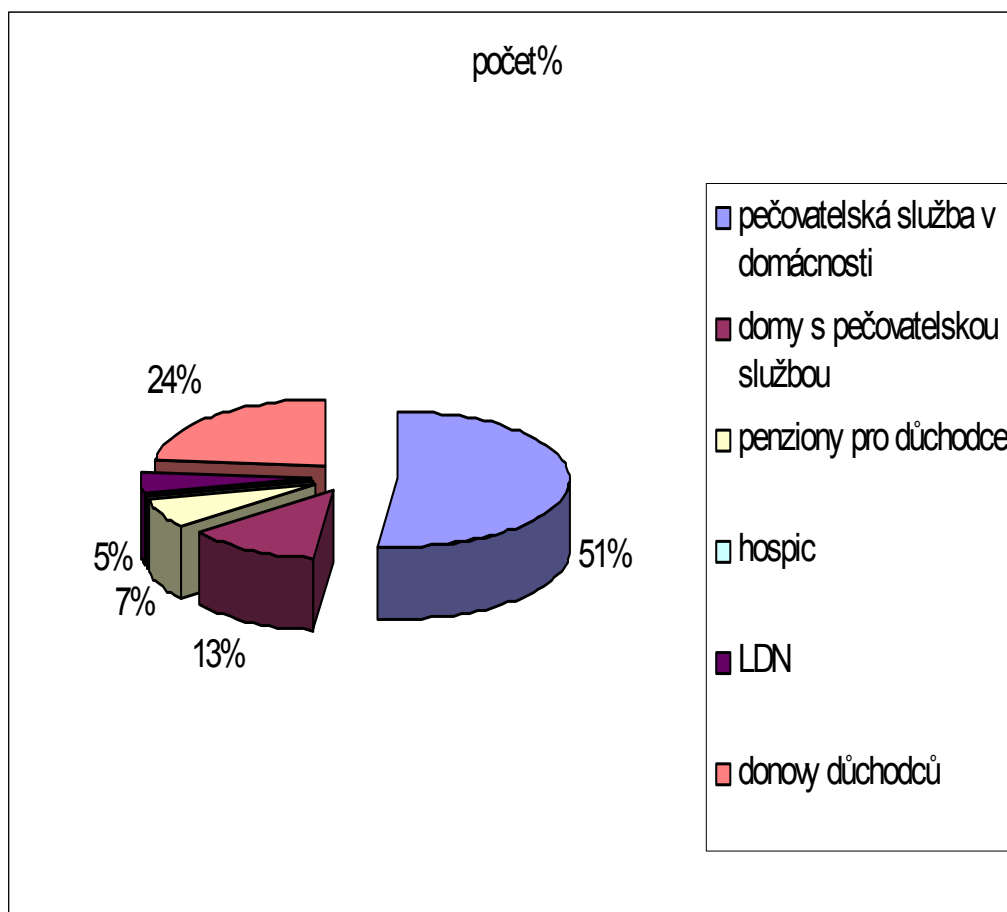
Tab.1: Základní výsledky projekce, střední varianta, 2002-2050

Věkové složení podle pětiletých skupin, obě pohlaví											
Věk	2002	2005	2010	2015	2020	2025	2030	3035	2040	2045	2050
0-4	450 776	469 762	484 885	472 967	452 054	422 581	400 667	397 564	399 802	394 138	380 087
5-9	501 720	446 143	469 289	484 400	472 500	451 605	422 167	400 273	397 173	399 410	393 754
10-14	637 270	571 243	445 854	468 985	484 090	472 198	451 321	421 902	400 025	396 929	399 163
15-19	665 282	652 125	574 649	449 481	472 614	487 721	475 868	455 036	425 668	403 831	400 754
20-24	773 754	694 560	663 985	586 755	461 999	485 100	500 190	488 401	467 657	438 389	416 635
25-29	906 497	861 345	711 070	680 613	603 653	479 314	502 354	517 415	505 675	485 009	455 847
30-34	723 525	864 764	874 864	725 205	694 917	618 257	494 388	517 387	532 425	520 753	500 176
35-39	699 943	692 275	876 748	886 880	738 045	707 986	631 729	508 475	531 436	546 464	534 889
40-44	634 824	692 441	703 070	886 525	896 767	749 259	719 627	643 989	521 670	544 632	559 687
45-49	759 640	681 047	699 159	710 127	891 921	902 410	757 123	728 245	653 659	532 902	555 930
50-54	795 040	782 660	681 199	700 019	711 512	890 728	901 626	759 827	732 122	659 211	540 880
55-59	722 800	783 564	761 257	664 506	684 218	696 407	871 701	883 170	746 398	720 350	649 913
60-64	514 236	597 363	740 201	721 385	631 306	652 324	665 599	835 477	847 854	718 210	694 540
65-69	413 708	430 137	548 245	682 115	667 915	586 733	609 272	623 853	786 073	799 613	679 518
70-74	404 994	378 768	376 365	483 661	605 634	597 315	527 794	552 259	568 598	720 739	735 864
75-79	322 056	321 788	304 134	307 911	401 110	507 655	506 669	451 996	478 760	497 143	635 952
80-84	179 025	218 810	223 553	216 650	226 373	301 674	388 725	395 567	358 439	387 202	407 618
85-89	65 344	67 431	116 892	125 815	127 129	139 879	193 533	257 059	270 173	251 368	280 581
90+	32 835	29 747	27 623	47 994	0 172	68 054	82 080	119 184	171 511	205 955	216 546

Zdroj: Projekce obyvatelstva ČR do roku 2050 [online], cit. [2008-12-30], dostupné z:

<[http://www.czso.cz/csu/2003ediciniplan.nsf/t/FF004F4709/\\$File/4020rr05.xis](http://www.czso.cz/csu/2003ediciniplan.nsf/t/FF004F4709/$File/4020rr05.xis)[http://www.czso.cz/csu/2003ediciniplan.nsf/t/FF004F5158/\\$File/4020rr06.xis](http://www.czso.cz/csu/2003ediciniplan.nsf/t/FF004F5158/$File/4020rr06.xis), a vlastní úprava>

Příloha číslo 4 Struktura péče o seniory v roce 2006



Zdroj: Průša, Ladislav. Potřeba sociálních služeb pro staré občany. *FÓRUM sociální politiky*, 2008, roč. 2, č. 1, s. 23 – 25. Propočty, graf: vlastní tvorba

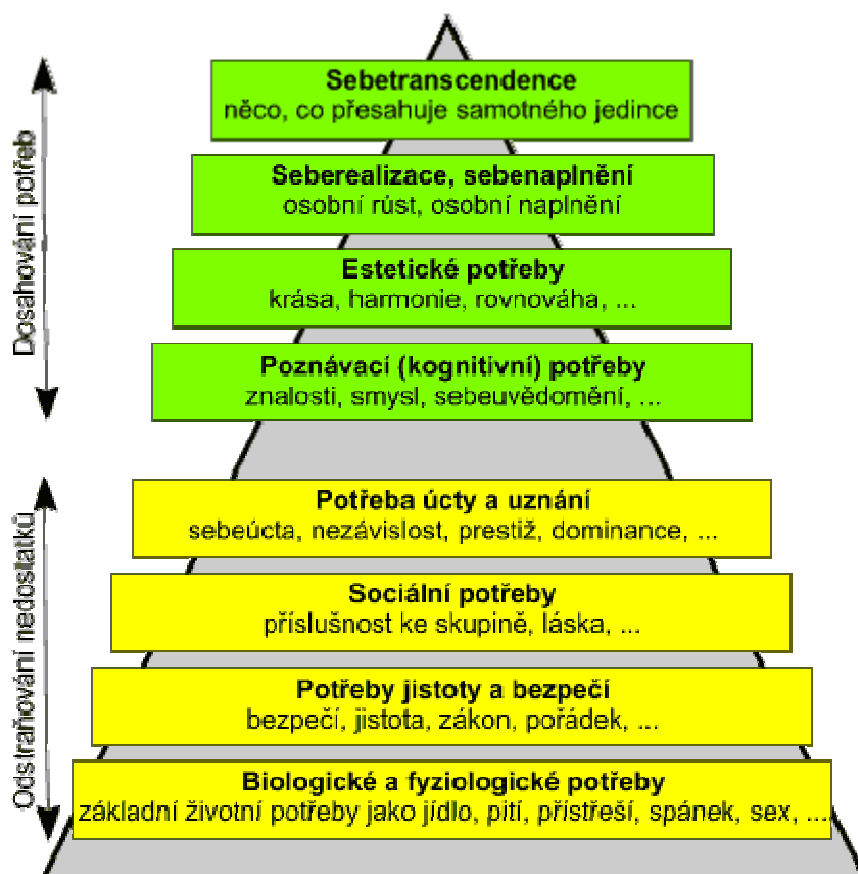
Příloha číslo 5 Složení obyvatelstva podle hlavních věkových skupin, zastoupení osob ve věku 80 a více let (v%) a index stáří v krajích ČR v roce 2006

Region	0-14	15-59	65+	80+	index stáří
Hl.m.Praha	12,2	65,2	22,5	4	184,3
Středočeský	14,9	64,9	20,2	3,1	135,7
Jihočeský	14,7	65,3	20	3,1	135,6
Plzeňský	14,2	64,7	21,1	3,1	148,2
Karlovarský	15	66,3	18,6	2,5	124
Ústecký	15,6	65,9	18,5	2,7	118,8
Liberecký	15,2	65,7	19,1	3,1	126,4
Královéhradecký	14,7	64,2	21,2	3,4	144,1
Pardubický	15,1	64,5	20,4	3,2	135,1
Vysočina	15,2	64,6	20,2	3,1	132,6
Jihomoravský	14,3	64,7	21	3,5	146,9
Olomoucký	14,6	65,3	20,2	3,2	138,1
Zlínský	14,5	65	20,5	3,2	141,2
Moravskoslezský	14,9	65,7	19,4	2,8	130,4
Celkem ČR	14,5	65,1	20,3	3,2	140,1

Pozn.: index stáří – počet osob ve věku 65 a více let na 100 dětí ve věku 0 – 14

Zdroj: Český statistický úřad, [online]. [cit.2008-11-23], dostupné z< [http:// www.czso.cz/](http://www.czso.cz/)>

Příloha číslo 6 Maslowa hierarchie potřeb



Zdroj: Hájek, M.: Motivace a vedení lidí. [online]. [cit 2009-03-08]. Dostupné z:
<http://www.vedeme.cz/images/stories/kapitoly/maslow_kierarchy.gif>

Příloha číslo 7

Dotazník

Region:

Jmenuji se Eva Nováková jsem studentka 2. ročníku navazujícího studia Zdravotně sociální fakulty v Českých Budějovicích. Tento dotazník je součástí mé diplomové práce na téma „Řešení problémů dostupnosti a financování ústavní sociální péče v souvislosti s očekávaným růstem obyvatel v postproduktivním věku v České republice“.

Prohlašuji, že dotazník je anonymní a výsledků bude použito pouze pro účely této diplomové práce.

Za vyplnění dotazníku předem děkuji.

Prosím o vyplnění několika otázek, zaškrtněte pouze jednu odpověď v každé otázce, pokud není uvedeno jinak

1. Uveďte váš věk:

do 24 let

25-34 let

35- 44 let

45-54 let

55-64 let

Nad 65 let

2. Uveďte pohlaví:

Muž

Žena

3. Vaše maximální vzdělání:

Základní

Učební obor

Učební obor s maturitou

Středoškolské vzdělání

Vyšší odborná škola

Vysokoškolské vzdělání

4. Jaké je vaše sociální postavení:

Student

Zaměstnanec

Vedoucí zaměstnanec

Podnikatel

Důchodce

Nezaměstnaný

Jiné

Jaké

5. Jaký je váš rodinný stav:

Svobodný (á)

Ženatý, vdaná

Rozvedený (á)

Vdovec, vdova

6. Máte v rodině občana staršího 65 let:

Ano

Ne

7. Při ztrátě jeho soběstačnosti byste preferovali:

Péči v domácím prostředí

Ústavní péči (domov důchodců, LDN)

Jiné

Napište jaké

8. V případě nutnosti soustavné péče o seniora byste tuto situaci řešili:

Odchod ze zaměstnání a péči v rodině

Snížení pracovního úvazku a využití pečovatelské služby

Celodenní péče jiné osoby (osobní asistence)

Denní pobytové zařízení

Týdenní pobytové zařízení

Ústavní péče

Jiné řešení

Napište jaké

9. Myslíte si, že je ve vašem regionu dostatečné množství pobytových zařízení sociální

péče (např. domovy pro důchodce, penziony pro důchodce, LDN)

Ano

Ne

Nemohu posoudit, nemám dostatek informací

10. Kde byste získal(a) informace o poskytovatelích jednotlivých služeb sociální péče (z 9 možností vyberte 3, které vám nejvíce vyhovují)

- | | |
|--------------------------------|--------------------------|
| Praktický lékař | <input type="checkbox"/> |
| Sociální odbor | <input type="checkbox"/> |
| Ministerstvo práce a soc. věcí | <input type="checkbox"/> |
| Krajský úřad | <input type="checkbox"/> |
| Internet | <input type="checkbox"/> |
| Tisk | <input type="checkbox"/> |
| Charita | <input type="checkbox"/> |
| Ve svém okolí | <input type="checkbox"/> |

11. V případě ztráty soběstačnosti seniora, myslíte si, že může požádat o příspěvek na péči, který pomáhá financovat péči o seniora.

- | | |
|--------------------------|--------------------------|
| Ano | <input type="checkbox"/> |
| Ne | <input type="checkbox"/> |
| Nemám dostatek informací | <input type="checkbox"/> |

12. Kde byste se snažil(a) získat informace o možném nároku seniora na příspěvek na péči (z 10 možností vyberte 3, které vám nejvíce vyhovují)

- | | |
|-----------------|--------------------------|
| Praktický lékař | <input type="checkbox"/> |
| Úřad práce | <input type="checkbox"/> |
| Sociální odbor | <input type="checkbox"/> |
| Internet | <input type="checkbox"/> |
| Televize | <input type="checkbox"/> |
| Tisk | <input type="checkbox"/> |
| Charita | <input type="checkbox"/> |
| Rodina | <input type="checkbox"/> |
| Ve svém okolí | <input type="checkbox"/> |

13. Myslíte si, že finanční prostředky vaší rodiny jsou dostatečné na zajištění péče o seniora při ztrátě soběstačnosti

Ano

Ne

14. Vzhledem k rodinné finanční situaci, jste schopni zajistit péči o seniora v domácím prostředí

Ano

Ne

15. Myslíte si, že finanční prostředky seniora postačí na hrazení poskytovatelů sociálních služeb při pobytu v domácím prostředí

Ano

Jen částečně

Ne nestačí

16. Kolik můžete doplatit na péči o seniora v domácím prostředí z rodinného rozpočtu (vyberte nejvhodnější možnost)

Do 1000 Kč

Do 3000 Kč

Do 5000 Kč

Více jak 5000 Kč

Nemohu

Nechci

17. Je pro vás z finančního hlediska jednodušší využít ústavní péči o seniora

Ano

Ne