



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Studies

Jihočeská univerzita
v Českých Budějovicích
University of South Bohemia
in České Budějovice

**Dlouhodobá strategie rozvoje sociálních služeb
na území vybrané obce s rozšířenou působností
do r. 2030 (akcent na determinující faktory strategie)**

Diplomová práce

Studijní program: [REHABILITACE](#)

Autor: Bc. Olga Tourková, DiS.

Vedoucí práce: Ing. Jan Molek, CSc.

[České Budějovice 2016](#)

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji diplomovou práci s názvem „Dlouhodobá strategie rozvoje sociálních služeb na území vybrané obce s rozšířenou působností do r. 2030 (akcent na determinující faktory strategie)“ jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své diplomové práce, a to v nezkrácené podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejich internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé diplomové práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 16. 5. 2016

.....
Bc. Olga Tourková, DiS.

Poděkování

Na tomto místě bych ráda vyjádřila poděkování Ing. Janu Molkovi, CSc. za odborné vedení, čas a trpělivost, které mi věnoval při konzultacích s diplomovou prací.

Dlouhodobá strategie rozvoje sociálních služeb na území vybrané obce s rozšířenou působností do r. 2030 (akcent na determinující faktory strategie)

Abstrakt

V diplomové práci se zabývám problematikou dlouhodobé strategie rozvoje sociálních služeb na území obce s rozšířenou působností Světlá nad Sázavou do r. 2030. Cílem práce bylo popsat aktuální situaci vybrané obce z hlediska vybavenosti sociálních a navazujících služeb, zpracovat prognózu vývoje obyvatel na daném území do roku 2030 a ratifikovat získané poznatky z hlediska potřeby sociálních služeb v rozhovorech s klíčovými aktéry z oblasti sociálních a navazujících služeb.

Teoretická část je orientována zejména na pojetí a charakteristiku sociálních služeb a s nimi související problematiku s ohledem na demografický vývoj obyvatelstva.

Praktická část byla rozdělena do tří částí. V rámci případové studie jsem nejprve popsala současný stav sociálně zdravotních služeb na území obce s rozšířenou působností Světlá nad Sázavou. V druhé části diplomové práce jsem zpracovala prognózu vývoje obyvatel na vybraném území do roku 2030. V závěrečné části práce jsem za účelem dosažení cíle provedla rozhovory s klíčovými aktéry sociálních služeb na zkoumaném území.

Z provedeného výzkumu vyplynulo několik doporučení pro město Světlá nad Sázavou. Do budoucna by bylo vhodné podporovat terénní a ambulantní služby a ve větší míře rozvíjet spolupráci s již existujícími neziskovými organizacemi, které na vybraném území působí. Dále je nutné dořešit vhodným způsobem problematiku osob, kterým hrozí sociální vyloučení. Do roku 2030 vzroste počet obyvatel starších 65 let na zkoumaném území téměř dvojnásobně. S tím bude jistě souviset potřeba rozšíření stávajících kapacit sociálních služeb. Pro město z toho vyplývá v následujících 15 letech přijetí příslušných opatření v návaznosti na sociální politiku státu. Rovněž stávající systém financování sociálních služeb a příspěvku na péči je hodnocen jako neefektivní, a vyžaduje vhodnou legislativní úpravu tak, aby byla síť sociálních služeb v České republice v budoucnu připravena na očekávané demografické trendy.

Klíčová slova

demografická prognóza; obec s rozšířenou působností; příspěvek na péči; stárnutí; sociální služby; zdravotní péče

Long-term strategy for the development of social services in the municipality with extended scope to year 2030 (emphasis on the determinants strategy)

Abstract

The thesis deals with the issue of long-term strategy for the development of social services in the municipality with extended scope Světlá nad Sázavou to r. 2030. The aim was to describe the current situation in selected municipalities in terms of facilities and related social services to handle the forecast population on a given territory by 2030 and ratify the lessons learned in terms of the need for social services in the interviews with key players in the field of social and related services.

The theoretical part is focused mainly on the concept and characteristics of social services and related issues with regard to demographic changes.

The practical part is divided into three parts. In the case study, I firstly describe the current state of social and health services in the municipality with extended powers Světlá. In the second part of the thesis, I compiled the forecast population of the selected area by 2030. In the final part in order to achieve the objective I conducted interviews with key personnel in social services in the studied area.

The conducted research has revealed several recommendations for the town Světlá. In the future, it would be appropriate to support outreach and outpatient services, and increasingly develop cooperation with existing non-profit organization that operate in the selected area. It is also necessary to resolve the issue in an appropriate manner of people at risk of social exclusion. By 2030, the increase in the number of people older than 65 years in the studied area almost doubled. With that will surely come the need to extend existing capabilities of social services. For the city, it follows in the next 15 years to take appropriate action in response to the social policy of the state. The current system of financing social services and the care allowance is assessed as ineffective and requires appropriate legislative adjustment, so that the network of social services in the Czech Republic in the future, is prepared for the expected demographic trends.

Keywords

demographic forecasts; municipality with extended powers; allowance for care; aging; social services; health care

Obsah

ÚVOD	8
1 TEORETICKÁ ČÁST	10
1.1 SOCIÁLNÍ SLUŽBY	10
1.1.1 Sociální služby do roku 2007	10
1.1.2 Sociální služby po roce 2007	12
1.1.3 Typologie sociálních služeb	13
1.1.4 Formy poskytování sociálních služeb	14
1.2 FINANCOVÁNÍ SOCIÁLNÍCH SLUŽEB	14
1.2.1 Nákladovost sociálních služeb	18
1.2.2 Aktuální problémy sociálních služeb	19
1.2.3 Předpokládané trendy vývoje sociálních služeb	20
1.2.4 Role státu ve sféře sociálních služeb	20
1.3 PŘÍSPĚVEK NA PÉČI	22
1.3.1 Podmínky přiznání příspěvku na péči	22
1.3.2 Výše příspěvku na péči a jeho výplata	23
1.3.3 Postavení pečujících v rodině či jiných blízkých osob	24
1.4 DEMOGRAFICKÝ VÝVOJ V ČESKÉ REPUBLICE	25
1.4.1 Problematika sociálních služeb v demografickém kontextu	28
2 CÍL PRÁCE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY	31
2.1 CÍL PRÁCE	31
2.2 VÝZKUMNÉ OTÁZKY	31
3 METODIKA	33
3.1 METODA VÝZKUMU	33
3.2 CHARAKTERISTIKA VÝZKUMNÉHO SOUBORU	34
3.3 PŘEHLED KOMUNIKAČNÍCH PARTNERŮ	35
4 VÝSLEDKY	37
4.1 POPIS ÚZEMÍ	37
4.1.1 Geografická poloha města v rámci kraje a České republiky	38
4.1.2 Demografická struktura obyvatelstva	39
4.2 MĚSTSKÝ ÚŘAD SVĚTLÁ NAD SÁZAVOU	40

4.2.1 Příspěvkové organizace, společnosti s ručením omezeným.....	41
4.3 PŘEHLED SOCIÁLNÍCH SLUŽEB V ORP SVĚTLÁ NAD SÁZAVOU.....	42
4.3.1 Město Světlá nad Sázavou jako zřizovatel.....	42
4.3.2 Město Ledec nad Sázavou jako zřizovatel.....	43
4.3.3 Nestátní neziskové organizace poskytující sociální služby v ORP Světlá nad Sázavou.....	43
4.3.4 Příspěvková organizace zřízená Krajem Vysočina.....	44
4.3.5 Přehled služeb zdravotní péče na území ORP Světlá nad Sázavou.....	44
4.4 DEMOGRAFICKÁ PROGNÓZA ORP.....	45
4.4.1 Obyvatelé starší 65 let.....	47
4.4.2 Vývoj počtu vyplacených dávek příspěvku na péči.....	48
4.4.3 Vývoj nákladů na vyplacené dávky příspěvku na péči.....	51
4.5 VYHODNOCENÍ DAT Z ROZHOVORŮ.....	53
5 DISKUZE.....	69
6 ZÁVĚR.....	79
7 SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ.....	82
8 SEZNAM PŘÍLOH.....	91
9 SEZNAM ZKRATEK.....	92

Úvod

Za výběrem tématu této diplomové práce stojí především můj zájem o oblast sociálních služeb, ve kterých pracuji již více než 10 let. Ve Světlé nad Sázavou žiji několik let, chtěla jsem proto hlouběji proniknout do problematiky poskytování sociálních a navazujících služeb v tomto regionu.

Sociální služby jsou nezbytné ke správnému fungování společnosti a jejímu pozitivnímu rozvoji jako prostředek založený na potřebě hlubší a cílenější pomoci lidem. Nejde jen o pouhé poskytnutí finanční podpory, ale o provázení a sdílení situace člověka, který se často potýká s nejrůznějšími problémy, postupnou ztrátou životní energie a leckdy už stojí na pokraji svých sil.

Sociální a navazující služby by měly řešit individuálně odlišné potřeby lidí nacházející se v nepříznivé sociální situaci a reagovat na ně. Adresné zaměření právě na potřeby konkrétních jedinců přispívá k celkové efektivitě systému sociálních služeb, jelikož finance jsou vynakládány na adekvátně zjištěné a průběžně vyhodnocované potřeby. Sociální služby by rovněž měly být poskytovány v odpovídající kvalitě a s ohledem na zajištění dodržování lidských práv a základních lidských svobod, přičemž poskytovaná pomoc a podpora by měla být primárně zajištěna v přirozeném prostředí těchto osob.

Přestože vybraná obec s rozšířenou působností není příliš rozlehlá ani osídlená, musí zde být snaha o efektivitu v rámci poskytování sociálních služeb. Toho lze docílit důkladným zmapováním současného stavu a vytvořením plánu jejich poskytování pro nadcházející léta. Je tedy potřebné zjistit aktuální potřeby dotyčných občanů, možnosti poskytovatelů a v neposlední řadě i zpracovat různé sociodemografické analýzy. Síť sociálních služeb na daném území je totiž důležitá nejen pro samotné klienty, ale i pro jejich rodiny a blízké.

Ve své diplomové práci jsem se snažila o zmapování současné situace sociálních a navazujících služeb v obci s rozšířenou působností Světlá nad Sázavou do roku 2030 a na základě získaných poznatků, vytvořených demografických prognóz a rozhovorů s klíčovými aktéry sociálních služeb zhodnotit, zda je v současné době síť sociálních

služeb na vybraném území vhodně nastavena a jakými prioritami by se mělo vedení Světlé nad Sázavou v budoucnu zabývat.

1 Teoretická část

1.1 Sociální služby

Sociální služby jako součást sociální politiky spadají pod odvětví sociálního zabezpečení, ve kterém tvoří třetí pilíř v rámci sociální péče (Matoušek et al., 2012). Patří spolu s poradenstvím, prevencí sociálně-patologických jevů, sociálně-právní ochranou a dávkami sociální pomoci mezi nástroje sociální pomoci, přičemž někdy tvoří spolu se sociální péčí samostatné odvětví (Hyánek et al., 2007). Jak uvádí Krebs et al. (2015), jsou nedílnou součástí aktivit státu, samosprávy a nestátních subjektů.

Podle Průši (2007) jsou sociální služby značně heterogenní, zahrnují soubor činností poskytovaných v nepříznivé sociální situaci společensky znevýhodněným lidem, kteří své dlouhodobé zdravotní nebo sociální problémy nedokážou řešit sami. Jejich cílem je zachování soběstačnosti a navrácení osob do společenského života (Králová, Rážová, 2012). Sociální služby lze definovat dvěma způsoby, a to jako formu sociální pomoci, již poskytuje státní, obecní nebo nestátní instituce ve prospěch jiné osoby, nebo jako sociální práci ve prospěch lidí v sociální nouzi (Čámský et al., 2011).

Jak uvádí Matoušek (2011), sociální služby se zčásti překrývají s širší kategorií veřejných služeb. Autor dále uvádí, že veřejné služby jsou služby poskytované v zájmu veřejnosti, které jsou na rozdíl od služeb komerčních financovány z veřejných rozpočtů, jsou zákonodárcem podrobněji definovány než jiné služby, a díky tomu více závislé na politickém rozhodování státu, krajů a obcí.

V zákoně č. 108/2006 Sb., o sociálních službách jsou sociální služby definovány jako činnosti nebo soubory činností zajišťujících pomoc a podporu osobám za účelem sociálního začlenění nebo prevence sociálního vyloučení.

1.1.1 Sociální služby do roku 2007

Se vznikem prvních společenství v období neolitu souvisí i první známky péče o potřebné, která byla zajišťována v rámci rodinného kruhu či kmene jako součást řádu společných věcí (Matoušek et al., 2012).

Vlivem křesťanství a jeho ideálu lásky k bližnímu docházelo k postupné institucionalizaci sociálních služeb a vzniku sirotčinců, chudobinců a špitálů, které byly zastřešeny církevními řády (Matoušek, 2011). Jak uvádí Tomeš (2011), na českém území poskytoval jako první pomoc a přístřeší chudým a nemocným řád sv. Františka ve svých kláštorech, v Praze pak zajišťovaly potřebnou pomoc jeptišky vedené sv. Anežkou.

Doba osvícenství pak znamenala velký posun v oblasti lidských práv, kdy došlo ke změně postavení státu, který se z vládce stal garantem nabytých lidských práv (Tomeš, 2010).

Matoušek (2011) pak zmiňuje praxi poskytování ubytování na venkově potřebným v tzv. pastouškách se systémem střídání, která spočívala ve střídání obyvatel obce v zajišťování jejich minimální výživy. Tentýž autor dále uvádí, že formálně tak byla posilována solidarita obyvatel dané obce, což se dá v podstatě považovat za počátek komunitních sociálních služeb.

V 19. a 20. století se sociální práce rozvinula v osobnější a profesionálnější činnost, jelikož stoupala její potřeba v důsledku tehdejší chudoby, nezaměstnanosti a kriminality (Matoušek et al., 2012).

Druhá půlka 20. století pak patří vývoji sociálního státu, přičemž do vývoje poskytování sociálních služeb na našem území citelně zasáhla komunistická strana (Matoušek et al., 2012). Jak uvádí Čámský et al. (2011), v této době docházelo k tvrdé institucionalizaci a opomíjení práv a důstojnosti klientů, na které bylo nahlíženo jako na osoby žijící v rozporu se zájmy socialistického státu, a často tak byli umísťováni do ústavů odstřižených od většinové společnosti, kde podléhali přísnému režimu.

Od počátku 90. let minulého století prochází systém sociálních služeb významnými změnami (Višek, Průša, 2012). V rámci procesu sociální transformace se od 1. července 1990 mohly obce a nestátní neziskové organizace zapojit do poskytování sociálních služeb, a docházelo tak k nahrazování starých nevyhovujících objektů moderními zařízeními (Průša, 2006). Jak zmiňuje Hauke (2011), před rokem 2007 do služeb sociální péče patřily navíc výchovná a poradenská péče, ústavní sociální péče, péče v ostatních zařízeních sociální péče, pečovatelská služba a stravování.

1.1.2 Sociální služby po roce 2007

Jak uvádí Molek (2011), systém sociálních služeb je v České republice (dále ČR) od 1. ledna 2007 upraven zákonem č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, v platném znění a vyhláškou Ministerstva práce a sociálních věcí č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách.

Výše zmíněný zákon znamenal revoluci v dosavadní koncepci sociálních služeb a přinesl významné změny (Čámský et al., 2011). Byl zaveden příspěvek na péči klientům, stanovila se nová kategorizace služeb – konkrétní formy a druhy sociálních služeb, určilo se plánování sociálních služeb, zavedla se povinná registrace poskytovatelů, byla stanovena minimální úroveň odborného vzdělání sociálního pracovníka a pracovníka v sociálních službách a jejich další vzdělávání (Holasová, 2014). Molek (2011) navíc uvádí, že se změnil vztah příjemce a poskytovatele sociální služby (služby se poskytují na základě smluvního vztahu mezi klientem a poskytovatelem).

Poskytování sociálních služeb v ČR je zajišťováno registrovanými poskytovateli sociálních služeb, poskytovateli sociálních služeb, kteří získali registraci v jiném členském státě Evropské unie, rodinnými příslušníky a blízkými osobami, které poskytují péči v přirozeném prostředí osob (Malíková, 2011). Jak uvádí Wildmannová (2007), registrovaným poskytovatelem sociálních služeb je subjekt, kterému příslušný orgán (krajský úřad v rámci přenesené působnosti) přidělil na základě žádosti registraci k poskytování sociálních služeb. Registrovaní poskytovatelé sociálních služeb jsou pak uvedeni v seznamu registrovaných poskytovatelů, který je spravován Ministerstvem práce a sociálních věcí (dále MPSV) (Čámský et al., 2011).

Jak shodně zmiňují Wildmannová (2007) a Halásková (2013), poskytovatelem sociálních služeb mohou být územní samosprávné celky a jimi zřizované právnické osoby, další právnické osoby, fyzické osoby, MPSV a jím zřízené organizační složky státu. Sociální služby jsou poskytovány v zařízeních sociálních služeb, nebo mimo tato zařízení formou ambulantní a terénní služby (MPSV, 2015a).

1.1.3 Typologie sociálních služeb

Sociální služby jsou specializované činnosti, které mají pomoci člověku řešit jeho nepříznivou sociální situaci (Holá et al., 2013). Chloupková (2013) uvádí, že příčiny vzniku nepříznivé sociální situace jsou velmi různé, a proto také existuje velmi pestrá škála druhů sociálních služeb.

Platná legislativa (zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách) člení sociální služby na sociální poradenství, u kterého se dále rozlišuje základní sociální poradenství a odborné sociální poradenství, služby sociální péče a služby sociální prevence.

Sociální poradenství poskytuje občanům potřebné informace, které přispívají k řešení jejich nepříznivé sociální situace (zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách). Jak uvádí shodně Matoušek et al. (2012) a Procházka et al. (2014), základní sociální poradenství jsou povinni poskytnout všichni poskytovatelé sociálních služeb, a to bez ohledu na to, kdo je o radu požádá. Odborné sociální poradenství se zaměřuje na potřeby osob, které navštěvují například manželské, rodinné nebo občanské poradny, poradny pro seniory, poradny pro osoby se zdravotním postižením, poradny pro oběti trestných činů nebo domácího násilí (Králová, Rážová, 2012). Součástí této služby je rovněž zapůjčení kompenzačních pomůcek (Procházka et al., 2014).

Jak uvádí Králová a Rážová (2012), služby sociální péče jsou zaměřeny na zachování fyzické a psychické soběstačnosti klientů a nabízejí pomoc při zvládnání úkonu péče o vlastní osobu a v soběstačnosti. K zajištění poskytování těchto služeb lze použít příspěvek na péči.

Služby sociální prevence jsou zaměřeny na jevy a situace, které mohou vést k sociálnímu vyloučení osob a nejsou způsobeny neschopností pečovat o sebe z důvodu zdravotního stavu či věku (Fischer, Škoda, 2014). Matoušek (2011) zmiňuje, že tyto služby se zaměřují především na oblast tzv. „sociálně negativních jevů“, jako jsou například kriminalita, zneužívání návykových látek, krize v rodině či bezdomovectví.

1.1.4 Formy poskytování sociálních služeb

Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách rozlišuje terénní, ambulantní a pobytové sociální služby.

Nedělníková (2008) uvádí, že terénní služby jsou poskytovány v prostředí, kde člověk žije, tj. v domácnosti, v místě, kde pracuje, vzdělává se nebo tráví volný čas. Autorka udává jako příklad pečovatelskou službu, osobní asistenci či terénní programy pro ohroženou mládež.

Za ambulantními službami člověk dochází do specializovaných zařízení, jakými jsou například denní stacionáře pro osoby se zdravotním postižením nebo kontaktní centra pro osoby ohrožené závislostí na návykových látkách (MPSV, 2010).

Prudká (2015) zmiňuje, že pobytové služby jsou poskytovány v zařízeních, kde člověk v určitém období svého života prakticky celoročně žije, a jedná se především o domovy pro seniory či pro osoby se zdravotním postižením, ale také o chráněné bydlení pro osoby se zdravotním postižením či azylové domy pro matky s dětmi nebo osoby bez přístřeší.

Síť sociálních služeb není na území ČR zcela rovnoměrná, je zřejmé, že služby jsou lépe dostupné v městských aglomeracích (MPSV, 2010). Systém zajištění sítě služeb odpovídající potřebám obyvatel je založen na plánování sociálních služeb, které vychází z hodnocení potřeb obyvatel, kapacity poskytovatelů a cílů veřejné správy (MPSV, 2013). Jak uvádí Pilát (2015), plánování sociálních služeb je především povinností krajských samospráv, přičemž zákonem je garantováno, že na procesech plánování a rozhodování mohou participovat klienti služeb, poskytovatelé služeb a obce.

1.2 Financování sociálních služeb

Dle Molka (2009) a Boukala (2013), je pro ČR charakteristické vícezdrojové financování sociálních služeb. Jak uvádí MPSV (2015e), v současné době jsou tyto služby financovány:

- ze státního rozpočtu ve formě dotací na podporu poskytování sociálních služeb. Zdroj dále udává, že dotace konkrétním krajům přiděluje MPSV a kraje je dále v dotačním řízení přidělují registrovaným poskytovatelům sociálních služeb

na svém území. Část těchto dotací též přiděluje přímo MPSV sociálním službám s nadregionální či celostátní působností (Malíková, 2011).

- ze státního rozpočtu je dále financován příspěvek na péči osobám, které jsou závislé na péči fyzické osoby, přičemž zhruba třetina těchto osob využívá příspěvek k nákupu služeb u některého z registrovaných poskytovatelů sociálních služeb (MPSV, 2015e).
- z prostředků krajských a obecních rozpočtů, případně rozpočtů MPSV ve formě příspěvku zřizovatele pro poskytovatele zřízené krajem, obcí nebo MPSV nebo ve formě dotací od krajů, obcí nebo MPSV (MPSV, 2015e).
- ze soukromých zdrojů ve formě úhrad od uživatelů za poskytované ubytování a stravu, případně i za fakultativní služby (Molek, 2009).
- z dalších zdrojů, z nichž tvoří podstatnou část dotace ze strukturálních fondů Evropské unie, zejména Operačního programu Lidské zdroje a zaměstnanost (MPSV, 2015e).
- z prostředků zdravotního pojištění, z nichž jsou financované zdravotní služby poskytované registrovanými poskytovateli některých sociálních služeb, ve kterých je zapotřebí zdravotní péče o klienty (např. domovy pro osoby se zdravotním postižením, domovy pro seniory, domovy se zvláštním režimem) (Průša, 2009s).

Financování pobytových služeb je v současné době postaveno na třech hlavních pilířích, jimiž jsou platby klientů sociálních služeb, státní dotace a platby z veřejného zdravotního pojištění (MPSV, 2010). Financování ambulantních a terénních služeb se opírá zejména o platby klientů sociálních služeb a státní dotace (Krebs, Průša, 2011).

Výše dotace v úhrnu za jednotlivé kraje je podle zákona 108/2006 Sb., o sociálních službách, stanovena na základě celkového ročního objemu finančních prostředků rozpočtovaných v závazném ukazateli pro daný rozpočtový rok, zpracovaného střednědobého plánu rozvoje služeb kraje, počtu vyplácených příspěvků a jejich finančního objemu, počtu poskytovatelů sociálních služeb, kteří jsou zapsáni v registru, a jejich kapacit a kapacit sociálních služeb poskytovaných ve zdravotnických zařízeních lůžkové péče.

Podíl občana a jeho rodiny na krytí nákladů poskytovaných služeb je výraznou složkou ve financování nákladů jednotlivých služeb sociální péče (Mertl, 2007). Maximální výše úhrady za ubytování a stravu je stanovena vyhláškou č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách. Jak udává Molek (2009), konkrétní výše úhrady jednotlivých klientů je přitom stanovena ve smlouvě mezi klientem a poskytovatelem služby, přičemž klientovi pobytových služeb v týdenních stacionářích musí zůstat alespoň 25 % jeho příjmu a v ostatních zařízeních pobytových služeb alespoň 15 % jeho příjmu.

Ve vyhlášce č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách, se uvádí, že poskytování osobní asistence, pečovatelské služby, tísňové péče, průvodcovských a předčitatelských služeb, podpory samostatného bydlení, odlehčovacích služeb, služeb v centrech denních služeb, služeb v denních stacionářích, pobytových služeb v centrech sociálně-rehabilitačních služeb a služeb v chráněném bydlení hradí klienti úhradu za základní činnosti v rozsahu stanoveném smlouvou.

Bez úhrady se poskytují služby sociálního poradenství, rané péče, telefonické krizové pomoci, dále pak tlumočnické služby, služby krizové pomoci, služby následné péče, sociálně aktivizační služby pro rodiny s dětmi, sociálně aktivizační služby pro seniory a osoby se zdravotním postižením, terénní programy, služby sociální rehabilitace, sociální služby v kontaktních centrech a nízkoprahových zařízeních pro děti a mládež a služby sociálně terapeutických dílen (Skřivánková, 2010).

Průša et al. (2009a) udává, že za účelem zajištění věcného plnění při poskytování ošetrovatelské a rehabilitační zdravotní péče pojištěncům umístěným v pobytových zařízeních mají zdravotní pojišťovny uzavírat s těmito zařízeními tzv. zvláštní smlouvy. Přestože tato povinnost byla ze strany všech pojišťoven formálně naplněna, její faktické naplňování je dlouhodobě předmětem ostré kritiky ze strany jednotlivých poskytovatelů sociálních služeb vzhledem k diskriminačním podmínkám těchto smluv a diskriminačním přístupům ze strany některých pojišťoven (Průša, 2013).

MPSV ČR uvádí ve své Národní strategii rozvoje sociálních služeb na rok 2015 mj. to, že současný systém financování sociálních služeb je s ohledem na demografický vývoj, nároky klientů a stále rostoucí náklady poskytovatelů služeb dlouhodobě neudržitelný.

Taktéž Molek (2009) uvádí, že současný systém financování sociálních služeb je zároveň limitujícím faktorem jejich dalšího vývoje, a navíc konzervuje zpravidla existující rozdíly ve vybavenosti jednotlivých územních celků sociálními službami, a tím se nevytváří dostatečné konkurenční prostředí. Jak uvádí Průša (2007), rozdílný způsob financování jednotlivých typů zařízení se v minulém období promítl do zájmu jednotlivých zřizovatelů o budování nových kapacit i o formy zabezpečení potřeb občanů (např. od okamžiku, kdy v polovině 90. let Ministerstvo financí ČR přestalo poskytovat dotace na výstavbu domovů - penzionů pro důchodce, se kapacita těchto zařízení prakticky nezvýšila).

Jak zmiňuje Molek (2009), všude v Evropě jsou nákladné sociální služby (zejména služby ústavní povahy) kofinancovány státem nebo zahrnuty do pojistných systémů. Autor dále uvádí, že v zahraniční praxi se upřednostňuje a uplatňuje princip „dotace na hlavu“, tj. posílení příjmu osoby, která podle odborného posouzení státní posudkové komise služby potřebuje, čímž se podporuje suverenita jedince (on si vybírá poskytovatele), zvyšuje kontrola, zda byly služby skutečně vykonány, vytváří koupěschopná poptávka a konkurence. Dále autor uvádí, že stát má pod kontrolou určení nároku osoby (státní posudková služba) a kvalitu poskytovatelů včetně ekonomické přiměřenosti a zabezpečí se i rovnoprávný přístup všech poskytovatelů k veřejným prostředkům.

Molek (2011) zdůrazňuje, že jedním z mnoha cílů v oblasti financování sociálních služeb je zabezpečení svobodné volby způsobu zajištění služeb a reverzibilní přechod od „pasivního závislého pacientství“ k „aktivnímu klientství“ a sjednocení podmínek pro získání veřejných prostředků všemi subjekty poskytujícími péči, kteří mají akreditaci, a zajistit jejich rovnoprávné postavení i stabilní financování.

Podle Krebse a Průši (2011) má na stávající systém financování a poskytování sociálních služeb vliv celá řada kritérií a faktorů, z nichž k nejvýznamnějším patří:

- kritéria pro stanovení míry závislosti,
- struktura klientů jednotlivých typů sociálních služeb z hlediska míry jejich závislosti,
- kritéria pro přiznávání dotací ze strany státu a zřizovatele,

- přístup zdravotních pojišťoven k financování poskytované ošetrovatelské a rehabilitační péče,
- zdravotní péče v pobytových zařízeních,
- kritéria pro stanovení výše úhrad klienta služby za pobyt a stravu v pobytových zařízeních sociálních služeb, za jednotlivé úkony ambulantních a terénních služeb a za poskytované sociální a zdravotní služby v lůžkových zdravotnických zařízeních.

1.2.1 Nákladovost sociálních služeb

Při výpočtu nákladovosti jednotlivých sociálních služeb a jejich následném srovnávání je třeba zvažovat odlišné charakteristiky každé skupiny sociálních služeb i jednotlivých služeb v rámci jedné skupiny (MPSV, 2010).

Vostatek et al. (2013) udává, že nákladovost sociálních služeb (zejména pak služeb sociální péče) se liší s ohledem na rozdílnou náročnost péče zajišťovanou jednotlivým klientům. Tentýž autor zmiňuje, že klienti s vyšší mírou závislosti na pomoci jiné fyzické osoby vyžadují k zajištění svých potřeb specifitější způsoby práce a poskytované péče oproti klientům služeb s nízkou mírou závislosti, což dále souvisí s přiznaným stupněm příspěvku na péči, tedy strukturou klientů dané sociální služby. Odlišná nákladovost služeb vyplývá také z dalších okolností, přičemž mezi nejvýznamnější řadíme následující ukazatele:

- geografická poloha služby v rámci ČR a stejně tak v rámci jednoho kraje způsobuje s ohledem na náklady na vytápění a spotřebu elektrické energie výrazné rozdíly v souvislosti s technickým stavem budov,
- vlastní charakter zařízení sociálních služeb, jeho technický stav a stáří budov, v nichž jsou sociální služby zajišťovány,
- socio-demografická situace v dané lokalitě či regionu, z níž také vyplývají potřeby pro poskytování daných typů sociálních služeb s ohledem na různou strukturu uživatelů sociálních služeb,
- personální zabezpečení služby, zejména stupeň potřebné kvalifikace pracovníků v přímé péči vůči specifickým metodám sociální práce a péče zajišťované uživatelům dané služby (MPSV, 2010).

1.2.2 Aktuální problémy sociálních služeb

Molek (2011) udává, že problémů v oblasti sociálních služeb existuje celá řada, přičemž „kořeny“ mnoha z nich lze hledat v pojetí systému sociálních služeb před přijetím zákona o sociálních službách. Podle uvedeného autora lze v současnosti aktuální problémy shrnout do následujících čtyř oblastí:

- nesoulad mezi poptávkou po sociálních službách a jejich nabídkou,
- nerovné postavení klientů sociálních služeb,
- nedostatečně rozvinutý trh sociálních služeb,
- nedostatek veřejných zdrojů na financování sociálních služeb.

Jak uvádí Průša (2011), vybavenost jednotlivých regionů, měst a obcí sociálními službami často neodpovídá jejich potřebám. Autor dále shodně udává s Molkem (2011), že nabídka v jednotlivých lokalitách zpravidla neodpovídá poptávce z hlediska kvantity (kapacity) i poptávce z hlediska struktury.

Molek (2011) dále uvádí, že princip „dotace na hlavu“ dává klientovi možnost výběru typu a druhu služby a možnost vybrat si poskytovatele služby. Autor rovněž zmiňuje, že praxe však zatím vypadá trochu jinak. Klienti nevyužívají příspěvek na péči k účelu stanovenému zákonem, jsou mnohdy nedostatečně informováni o svých právech a možnostech, o poskytovatelích sociálních služeb a jejich nabídkách a zároveň nevnímají své postavení jako výsostní (Jeřábková, Průša, 2013). Podle Molka (2011) je možnost vybrat si poskytovatele, tedy od koho si klient službu koupí, často minimální či nulová (trh sociálních služeb je nedostatečně rozvinutý nebo neexistuje vůbec). Autor dále uvádí, že převážně monopolní postavení poskytovatelů sociálních služeb, umocněné existujícím převisem poptávky po službách nad jejich nabídkou, má za následek, že motivem ke zlepšení poskytovatelů je buďto „tlak zřizovatele“, nebo „potřeba být lepší“.

Vostatek et al. (2013) zmiňuje, že objem veřejných finančních prostředků vynakládaných na sociální služby ovlivňuje celá řada faktorů (např. politických a ekonomických). Fundamentálním faktorem, který sehrává hlavní roli při rozhodování o tom, kolik veřejných zdrojů lze na financování sociálních služeb vynaložit, je výkonnost ekonomiky (výše HDP a jeho trend) (Molek, 2011).

1.2.3 Předpokládané trendy vývoje sociálních služeb

Evropská komise (2011) členským státům zdůrazňuje, aby sociální služby byly kvalitní, místně a cenově dostupné. Holasová (2014) uvádí, že za účelem zajištění udržitelnosti a kvality sociálních služeb je u členských států prosazována tzv. modernizace sociálních služeb. Autorka dále udává, že nové řízení, financování a organizace sociálních služeb ve znamení jejich modernizace se zaměřuje na výkonnost služeb, orientaci na klienta, integraci a decentralizaci sociálních služeb.

Jak uvádí Holasová (2014), management zaměřený na výkon zavádí indikátory výkonu, benchmarking (učení a zlepšování zařízení tím, že si legálně vypůjčuje to nejlepší od těch nejlepších a adaptuje, přizpůsobuje a zlepšuje jejich vyzkoušené metody, nástroje, inovace, nápady aj.) a hodnocení výstupů. Orientace na klienta usiluje o přímou zpětnou vazbu mezi klientem a poskytovatelem sociální služby, dále o zvýšení samostatnosti klienta a jeho participaci na službě (Molek, 2009). Holasová (2014) udává, že žadatel o službu má prostředky přímo ve svých rukou jako v normálním tržním prostředí, a může tak lépe ovlivňovat poskytovatele služeb, který musí s jinými organizacemi více soupeřit o klienta. Autorka dále uvádí, že sociální služby by měly být koordinované, což předpokládá koordinaci při jejich poskytování (příkladem je propojení sociálních a zdravotních služeb). Decentralizace zase přináší posun od centrální odpovědnosti na úroveň lokální politiky, přičemž jejím smyslem je maximálně přiblížit tyto služby (v požadované kvantitě, struktuře i kvalitě) těm, kdo je potřebují, a to s co nejnižšími náklady (Molek, 2011).

1.2.4 Role státu ve sféře sociálních služeb

Stát sehraává ve sféře sociálních služeb klíčovou a nezastupitelnou roli, která vyplývá z podstaty sociálního státu (Molek, 2009). Podle Arnoldové (2015) není vymezení pojmu sociální stát jednoduché, neboť tento pojem existuje v řadě modifikací, v rozdílných ekonomických, politických a sociálních podmínkách a různých národních státech. Autorka dále uvádí, že přívlastek sociální (který je v anglosaské literatuře označován jako welfare state) se používá k vyjádření vztahu státu k sociální oblasti života společnosti. Večeřa (2001) shrnuje, že sociální stát je takový stát, v němž demokraticky organizovaná moc prostřednictvím sociálního zákonodárství a státní správy garantuje minimální příjem

pro jedince a rodinu na úrovni životního minima, poskytuje sociální zabezpečení umožňující předejít, zmírnit nebo překonat sociální rizika s cílem zajistit přiměřenou minimální úroveň sociálního zabezpečení a sociální suverenity a zajišťuje kvalitní úroveň odpovídajících služeb pro všechny občany bez rozlišení společenského statusu.

Podle Molka (2009) by měl stát v oblasti sociálních služeb, které jsou jedním z nástrojů sociální pomoci, zabezpečit vytvoření takového systému, který bude:

- respektovat důstojnost klientů, podporovat jejich nezávislost a zvyšovat jejich společenskou a ekonomickou participaci,
- zabezpečovat, že klienti budou chráněni proti nízké úrovni sociálních služeb,
- umožňovat žít klientům bezpečným, plným a v rámci možností normálním životem v jejich vlastním domově,
- zabezpečovat, aby zranitelné skupiny klientů byly chráněny před citovým, fyzickým či sexuálním zneužíváním a nedbalostí, a to jak v přirozeném prostředí, tak i sociálních zařízeních,
- zabezpečovat, aby klientům sociálních služeb v produktivním věku byly tyto služby poskytovány způsobem, který bude v maximální míře podporovat jejich možnost a schopnost nastoupit do zaměstnání, setrvat v něm nebo se do něj vrátit,
- zabezpečovat odpovídající služby obcí, měst a regionů jejich včasným rozpoznáním, a tím předcházet sociálnímu vyloučení jejich obyvatel nebo skupin,
- napomáhat k eliminaci faktorů znevýhodňujících jedince nebo skupiny, a tím podporovat jejich zapojení do života komunity,
- maximalizovat prospěšnost služeb pro klienty vytvořením jejich dostatečně pestré a dostupné nabídky, jakož i umožněním volby, která bude reagovat na individuální potřeby a okolnosti.

Jak uvádí shodně Krebs et al. (2015) a Molek (2009), podstatou státu garantujícího základní sociální jistoty a podporujícího samostatné sociální chování a jednání jedince není zeslabení jeho role v sociální politice, nýbrž kvalitativní změna této role. Ta spočívá zejména v posílení role státu jako „konceptora“ sociální politiky (vymezování právního rámce sociální politiky, určování pravidel chování ostatním sociálním subjektům a dohled nad jejich dodržováním), posílení role státu jako „podporovatele“ sociálních

aktivit, posílení role státu jako „garanta“ lidské důstojnosti a zeslabení jeho role jako „dominantního“ poskytovatele a financovatele sociální politiky (Molek, 2009).

1.3 Příspěvek na péči

Dle zákona 108/2006 Sb., o sociálních službách, je příspěvek na péči určen osobám, které z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu potřebují pomoc jiné fyzické osoby při zvládání základních životních potřeb v rozsahu stanoveném stupněm závislosti. Z přiznaného příspěvku pak tyto osoby hradí pomoc, kterou jim může dle jejich rozhodnutí poskytovat osoba blízká, asistent sociální péče, registrovaný poskytovatel sociálních služeb, dětský domov nebo speciální lůžkové zdravotnické zařízení hospicového typu (MPSV, 2015c). Tímto příspěvkem se stát podílí na zajištění sociálních služeb nebo jiných forem pomoci při zvládání základních životních potřeb osob, náklady na příspěvek se hradí ze státního rozpočtu (Králová, Rážová, 2012).

1.3.1 Podmínky přiznání příspěvku na péči

Jak uvádí Jeřábková a Průša (2013), nárok na příspěvek na péči má osoba starší 1 roku, která z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu potřebuje pomoc jiné fyzické osoby při zvládání základních životních potřeb v rozsahu stanoveném stupněm závislosti. Autoři dále zmiňují, že tyto stupně závislosti se hodnotí podle počtu základních životních potřeb, které daná osoba není schopna bez cizí pomoci zvládat.

Dle Králové a Rážové (2012) se při posuzování stupně závislosti osoby hodnotí funkční dopad dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu na schopnost zvládat tyto základní životní potřeby: mobilita, orientace, komunikace, stravování, oblékání a obouvání, tělesná hygiena, výkon fyziologické potřeby, péče o zdraví, osobní aktivity a péče o domácnost (péče o domácnost se neposuzuje u osob do 18 let).

Pro uznání závislosti v příslušné základní životní potřebě musí existovat příčinná souvislost mezi poruchou funkčních schopností z důvodu nepříznivého zdravotního stavu a ztrátou schopnosti zvládat základní životní potřebu v přijatelném standardu (Průša et al., 2014). Vostatek et al. uvádí (2013), že funkční schopnosti se hodnotí s využíváním zachovaných potenciálů a kompetencí osoby a využíváním běžně dostupných pomůcek,

prostředků, předmětů denní potřeby nebo vybavení domácnosti, veřejných prostor nebo s využitím zdravotnického prostředku.

Řízení o přiznání příspěvku na péči se zahajuje na základě písemné žádosti podané na předepsaném tiskopisu (Králová, Rážová, 2012). Žádost je potřeba podat na kontaktním pracovišti krajské pobočky Úřadu práce, příslušnost se určuje podle místa trvalého pobytu žadatele o příspěvek (MPSV, 2015c).

Jak podotýká Kancelář veřejného ochránce práv (2015), krajská pobočka Úřadu práce (sociální pracovník) provádí pro účely rozhodování o příspěvku na péči nejprve sociální šetření, při kterém se zjišťuje schopnost samostatného života osoby v jejím přirozeném sociálním prostředí. Následně pak krajská pobočka Úřadu práce zašle příslušné okresní správě sociálního zabezpečení (dále OSSZ) žádost o posouzení stupně závislosti osoby. Při posuzování stupně závislosti osoby vychází OSSZ ze zdravotního stavu osoby, doloženého nálezem vydaným poskytovatelem zdravotních služeb, z výsledku sociálního šetření a zjištění potřeb osoby, popřípadě z výsledků funkčních vyšetření a z výsledku vlastního vyšetření posuzujícího lékaře (MPSV, 2015c). Jak dále uvádí Kancelář veřejného ochránce práv (2015), na základě uvedeného posudku pak krajská pobočka Úřadu práce vydá rozhodnutí o tom, zda se příspěvek na péči přiznává, či nikoliv. Proti tomuto rozhodnutí se může žadatel o příspěvek odvolat, přičemž odvolání se podává k úřadu, který napadené rozhodnutí vydal, o odvolání poté rozhoduje MPSV (MPSV, 2015c).

1.3.2 Výše příspěvku na péči a jeho výplata

Králová a Rážová (2012) říkají, že příjemci příspěvku na péči může být příspěvek zasílán v hotovosti (tj. i poštovní poukázkou), nebo na účet, který příjemce určí. Autorky dále uvádějí, že nárok na výplatu příspěvku na péči vzniká podáním žádosti o přiznání příspěvku.

Molek (2011) souhlasí s Jeřábkovou a Průšou (2013) v tom, že výše příspěvku na péči je závislá jednak na věku klienta, jednak na rozsahu závislosti a potřeby péče.

V zákoně č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, jsou stanoveny výše příspěvku na péči, přičemž pro osoby do 18 let věku činí za kalendářní měsíc:

- 3 000 Kč, jde-li o stupeň I (lehká závislost),
- 6 000 Kč, jde-li o stupeň II (středně těžká závislost),
- 9 000 Kč, jde-li o stupeň III (těžká závislost),
- 12 000 Kč, jde-li o stupeň IV (úplná závislost).

V uvedeném zákoně rovněž nalezneme výše příspěvku na péči pro osoby starší 18 let, které činí za kalendářní měsíc:

- 800 Kč, jde-li o stupeň I (lehká závislost),
- 4 000 Kč, jde-li o stupeň II (středně těžká závislost),
- 8 000 Kč, jde-li o stupeň III (těžká závislost),
- 12 000 Kč, jde-li o stupeň IV (úplná závislost).

Koncepce „příspěvku na péči“ vychází z následujících skutečností:

- jedná se pouze o příspěvek určený ke krytí části nákladů na potřebnou péči (k úplné úhradě budou použity i jiné zdroje),
- poskytnutí příspěvku na hlavu umožní, aby se sám klient rozhodl o způsobu zabezpečení svých potřeb,
- poskytnutí příspěvku osobě, která péči potřebuje, umožní lepší alokaci veřejných prostředků tam, kde je potřeba péče, a nikoli tam, kde byly v minulosti vytvořeny kapacity (Molek, 2011).

Molek (2009) spatřuje výsledek výše uvedené koncepce v tom, že stát již nerozhoduje o tom, kdo se o občana postará, ale volba je na jedinci samém.

1.3.3 Postavení pečujících v rodině či jiných blízkých osob

Pokud o svého rodinného příslušníka nebo jinou blízkou osobu, která je závislá na pomoci jiných (tj. obvykle je přiznán příspěvek na péči), pečují lidé samostatně nebo s dílčí dopomocí sociálních služeb, jsou jim ze zákona přiznány tyto další prvky sociální ochrany:

- příspěvek na péči se nezapočítává do příjmů pečujících pro účely dávkových systémů ani daňových systémů,

- příspěvek na péči je vyplácen i v částečném souběhu s rodičovským příspěvkem, pokud je pečováno o dítě do 7 let věku,
- doba péče je hlavní pečující osobě obvykle započítána jako náhradní doba pro účely důchodového zabezpečení,
- hlavní pečující osoba je tzv. „státním pojištěncem“ v oblasti veřejného zdravotního pojištění,
- pečující osoby nejsou nijak limitovány při pracovním uplatnění,
- není testována příjmová situace oprávněné osoby ani osob v domácnosti pro přiznání dávky (MPSV, 2010).

1.4 Demografický vývoj v České republice

Prudká (2015) zmiňuje, že sociální rozvoj, lepší životní a pracovní podmínky, kvalitnější zdravotní péče a sociální ochrana vedou k tomu, že menší množství lidí dnes umírá předčasně v dětství nebo během pracovního života. Více lidí má možnost prožít delší život než v minulosti, a stárí se tak stává přímou zkušeností stále většího počtu lidí (Palát et al., 2014).

Jak uvádí Evropská unie (2015), stárnutí populace je nejcharakterističtějším rysem demografického vývoje ČR a dalších zemí Evropy. Přispívá k němu zestárnutí populačně silných poválečných ročníků a prodlužování délky lidského věku (Ministerstvo práce, sociálních věcí a rodiny Slovenskej republiky, 2014). Organizace spojených národů (2015) (dále OSN) uvádí ve své zprávě o stárnutí světové populace mj. to, že populační stárnutí představuje jednu z největších výzev 21. století, která nezvratně zasáhne všechny sféry fungování společnosti včetně práce a finančního trhu, poptávky po zboží a službách (např. bydlení, doprava, sociální služby), jakož i rodinných struktur a mezigeneračních vazeb. MPSV (2015b) zdůrazňuje v této oblasti důležitost prevence, podpory zdravého životního stylu a zdravého prostředí.

Demografické stárnutí populace, které zasahuje v různé míře všechny státy světa, se stalo jednou z nejvíce diskutovaných otázek posledních let i v ČR (MPSV, 2015d). Dle predikce Českého statistického úřadu (dále ČSÚ), populace ČR v průběhu 1. poloviny tohoto století bude dále výrazně stárnout (ČSÚ, 2004). Do roku 2050 bude docházet k mírnému zvyšování úrovně plodnosti, zlepšování úmrtnostních poměrů

a zachování kladného salda zahraniční migrace, ale celkový počet obyvatel se sníží (ČSÚ, 2004). Zastoupení osob v základních věkových skupinách se bude vyznačovat mírným snižováním podílu osob mladších 15 let, výrazným snižováním podílu tzv. ekonomicky aktivních osob, a naopak nárůstem počtu osob starších 65 let, který bude odrazem celkového zlepšování úmrtnostních poměrů a různorodé početnosti jednotlivých generací narozených v průběhu 20. a 21. století (MPSV, 2015d).

Dle Projekce obyvatelstva České republiky do roku 2100 ČSÚ z roku 2013 se nejvyšší počet obyvatel ve věku 65 a více let očekává v 50. letech 21. století, kdy by mohl být až dvojnásobný ve srovnání se současným stavem, podle střední varianty této projekce podíl osob ve věku 65 a více let k 1. 1. 2051 stoupne z 16,8 % k 1. 1. 2013 na 32,5 %. Zdroj dále uvádí, že relativně nejrychleji se přitom bude zvyšovat počet osob nejstarších - počet osob starších 85 let v roce 2013 byl 0,2 milionu, v roce 2060 se přepokládá nárůst na 0,8 milionu, což je čtyřikrát více.

Současná společnost je charakteristická rychle se měnící demografickou situací a prodlužováním lidského věku, přičemž střední délka života neboli naděje dožití se prodlužuje díky pokročilému zdravotnictví, zdravé stravě, podpůrné infrastruktuře, ekonomice a kvalitnějšímu životnímu prostředí (MPSV, 2015d). MPSV (2008) předpokládá, že naděje dožití při narození bude v roce 2050 činit 78,9 let pro muže a 84,5 let pro ženy (oproti 73,4 let pro muže a 79,7 let pro ženy v roce 2006). Zdroj dále zmiňuje, že se v hospodářsky vyspělých zemích předpokládá, že v období let 2000 až 2050 se zvýší podíl lidí ve věku 80 a více let třikrát, avšak počet stoletých a starších 15,5krát.

O kvalitě života a zdraví vypovídá tzv. zdravá délka života, tedy délka života prožitá ve zdraví (Evropský parlament, 2010). Jak udává MPSV (2015d) ve své Přípravě na stárnutí, v tomto směru je situace v ČR víceméně srovnatelná s průměrem Evropské unie, v roce 2012 se v ČR udává u mužů 62,3 let a 64,1 let u žen. Existují však země, kde jsou uváděny roky prožité ve zdraví o 9 let vyšší při porovnání s ČR, u mužů je to Norsko – 71,9 let, u žen je to Malta – 72,2 let.

Vývoj úhrnné plodnosti v demograficky vyspělých zemích od roku 1950 je charakteristický dlouhodobým trendem poklesu z hodnot 2–4 dětí na ženu na zhruba

poloviční hodnoty 1,2–2 děti na ženu (OSN, 2008). Ve většině vyspělých zemí je na začátku 21. století úroveň plodnosti hodnocena jako nízká, neboť nedosahuje úrovně dlouhodobě zajišťující prostou reprodukci (Evropská unie, 2015).

Na našem území přibývá seniorů, které provázejí nemoci a jejichž stav vyžaduje mnohdy přechodnou nebo trvalou zdravotní, sociální, ale zejména ošetrovatelskou péči (OSN, 2013). Služby zabezpečující důstojné stáří jsou sice neklamnou vizitkou kulturní vyspělosti každé země, ale vybudování, a především provoz veřejné infrastruktury pro sociální a zdravotní účely jsou velmi nákladné (Dvořáčková, 2012). Jak udává Čevela et al. (2012), v současnosti je rovněž zaznamenán trend zvyšování počtu osaměle žijících osob, u kterých pokles životní úrovně znamená přímé ohrožení sociálním vyloučením.

Populační fond OSN (2012) udává, stárnutí je v mnoha ohledech demografický úspěch, a to díky změnám v plodnosti a úmrtnosti, které jsou spojeny s ekonomickým a sociálním rozvojem. Podle OSN (2015) přispívá ke snížení porodnosti pokrok při redukcii dětské úmrtnosti, zlepšení přístupu ke vzdělání a k pracovním příležitostem, prosazování rovnosti mužů a žen, podpora reprodukčního zdraví a přístup k plánování rodiny. Tento zdroj dále udává, že pokrok v oblasti veřejného zdraví a lékařských technologií spolu se zlepšením životních podmínek neznámá, že lidé žijí déle a v mnoha případech zdravěji než kdykoliv předtím, zejména v pokročilých věkových kategoriích. Tyto poklesy plodnosti a zvýšení dlouhověkosti společně produkují velmi významné posuny ve věkové struktuře obyvatelstva, takže podíl dětí se zmenšuje, zatímco počet starších lidí stále roste (Mirkin, M. B., Weinberg, B.).

Světová zdravotnická organizace (2015) zdůrazňuje v této oblasti mj. to, že je nutné vyhnout se ageistickým stereotypům, předsudkům a zdůrazňování nemocí a komorbidit (výskytu více nemocí najednou), a zaměřit se spíše na rozmanitou a cennou životní zkušenost seniorů, odbornost a orientaci ve vykonávané profesi, názorovou stabilitu, spolehlivost a celkovou vyzrálou. Pro společnost může demografické stárnutí zároveň představovat příležitost a výzvu, jak co nejefektivněji využít znalostí a potenciálu přibývajících počtu starších lidí (MPSV, 2015d).

1.4.1 Problematika sociálních služeb v demografickém kontextu

Víšek a Průša (2015) zdůrazňují, že vývoj každého sociálního systému ovlivňuje celá řada faktorů, které nepůsobí izolovaně, ale navzájem se ovlivňují a podmiňují. Tito autoři zároveň uvádějí, že mezi nimi existuje i řada zpětných vazeb, jejichž význam se mění v závislosti na konkrétních historických podmínkách daných zemí. Průša (2009c) uvádí, že tyto faktory lze v zásadě rozdělit na tři hlavní oblasti:

- demografický vývoj,
- ekonomické a sociální faktory,
- společensko-politické determinanty včetně mezinárodních aspektů.

Jak uvádí Průša et al. (2014), v souvislosti se stárnutím populace je potřeba věnovat pozornost zejména problematice zabezpečení optimálních forem péče o seniory a osoby se zdravotním postižením. Autor zmiňuje, že současný systém sociálních služeb stagnuje, nedochází k rozšiřování jejich nabídky, finanční prostředky, které do systému plynou, nejsou efektivně vynakládány. Proto je nezbytné hledat takové mechanismy, jejichž prostřednictvím by bylo možno celý systém optimalizovat jak z hlediska financování sociálních služeb, tak i z hlediska jejich poskytování, aby se naše společnost mohla připravit na důsledky, které stárnutí populace bude znamenat z hlediska potřeby dlouhodobých sociálních služeb.

Podle Průši (2015) je při optimalizaci sociálních služeb v následujících letech nezbytné mít na zřeteli zejména stárnutí populace a důsledky, které tento trend doprovázejí (z pohledu sociálních služeb se prodlužuje období života, v němž je člověk závislý na pomoci jiné osoby), přenášení standardu života v produktivním věku i do období, kdy je člověk postupně stále více závislý na pomoci jiné osoby, a z toho vyplývající rostoucí nákladnost poskytované péče, transformace pobytových sociálních služeb a jejich humanizace, pojetí sociálních služeb jako služeb obecného zájmu, hledání optimální varianty zabezpečení sociálních potřeb jak z humánního, tak technického, technologického, a tedy i ekonomického pohledu a postupně stále širší propojování a koordinace sociálních a zdravotních služeb na regionální úrovni.

Významné determinanty, limity a bariéry dalšího rozvoje sociálních služeb je však podle Průši et al. (2009b) nutno vidět i v řadě dalších oblastí. Autor uvádí, že v tomto směru je nutno mít na zřeteli především tyto skutečnosti:

- závislost rozvoje sociálních služeb na poskytování dotací,
- nedostatečné financování ošetrovatelské a rehabilitační péče poskytované v pobytových zařízeních sociálních služeb ze zdrojů veřejného zdravotního pojištění,
- "cenová" regulace výše úhrad za poskytované sociální služby,
- kritéria pro stanovení míry závislosti a způsob jejich hodnocení ze strany sociálních pracovníků a lékařů posudkové služby,
- zavedení nepeněžní nebo kombinované formy výplaty příspěvku na péči,
- naplňování standardů kvality sociálních služeb a jejich následné subjektivní hodnocení v rámci inspekci,
- postavení a role jednotlivých klíčových hráčů na poli poskytování sociálních služeb (např. poskytovatelé sociálních služeb, MPSV, Ministerstvo zdravotnictví, Všeobecná zdravotní pojišťovna) a jejich vzájemné vazby (zejména v případě změn politické orientace na centrální a krajské úrovni),
- změny v organizaci sociálních a souvisejících zdravotních služeb (např. propojování různých typů terénních a ambulantních služeb do jednoho organizačního celku, propojování sociálních a zdravotních služeb a jejich koordinace, podpora rozvoje služeb v malých obcích, individualizace péče, rozvoj dobrovolnických center a rozšíření dobrovolnické práce),
- změna myšlení společnosti.

Jak uvádí Jeřábková a Průša (2013), při hodnocení rozsahu poskytovaných sociálních služeb v jednotlivých regionech je nutné mít na zřeteli, že při hodnocení jejich vybavenosti nelze uplatňovat stejná hlediska na celém území ČR. Tito autoři rovněž zdůrazňují, že je nutno brát v úvahu řadu objektivních charakteristik determinujících určité rozdíly, jež vyplývají např. z míry urbanizace, z věkové, kvalifikační, profesní a sociální struktury obyvatelstva na daném území a z náboženských specifíků jednotlivých regionů, ze struktury osídlení jednotlivých územních celků, z velikosti obcí a z hustoty obyvatelstva, z míry realizace tradičních funkcí rodiny v péči o staré občany

a z nejrůznějších sociologických změn probíhajících ve společnosti (zejména rozpadu více generačního soužití rodin).

Z výše zmíněných faktorů je tedy zřejmé, že jinak je potřebné hodnotit vybavenost zemědělských oblastí a městských aglomerací, jinak je třeba posuzovat vybavenost Prahy a ostatních velkých měst a jejich přilehlých aglomerací, jinak je nutno přistoupit k hodnocení vybavenosti např. horských a podhorských oblastí (Průša, 2011). Na druhou stranu je ovšem patrné, že ve vybavenosti jednotlivých okresů se odrážela celková pozornost a zájem, s nímž příslušné dřívější okresní úřady přistupovaly k zabezpečení potřeb občanů v této oblasti (Průša et al., 2009b).

Pilát (2015) navíc zmiňuje, že důležitou složkou sociální kvality území je informovanost občanů o možnostech pomoci, která jim může být poskytnuta, a dotazy občanů města i regionu pak představují významný zdroj informací o sociálních problémech občanů. Víšek a Průša (2012) zdůrazňují, že dalším faktorem ovlivňujícím vybavenost regionu sociálními službami je vlastní kvalita výkonu služeb (stát vydává standardy kvality sociálních služeb a provádí inspekci kvality). Autoři dále uvádějí předpoklad, že tam, kde je možnost výběru poskytovatele, bude tlak na kvalitu vyvíjen především jako aspekt konkurenčního boje o klienty.

Nedílnou součástí celého procesu rozvoje sociálních služeb v následujícím období jako důsledku demografických trendů je potřeba zajištění odborně vzdělaného personálu jednotlivých poskytovatelů včetně nezbytného posílení pracovníků v přímé obslužné péči (Průša et al., 2009b). Mezinárodní organizace práce podotýká, že ke zmírnění jejich nedostatku by mělo přispět zlepšení pracovních podmínek v tomto sektoru.

2 Cíl práce a výzkumné otázky

2.1 Cíl práce

Cílem práce je popsat aktuální situaci obce s rozšířenou působností Světlá nad Sázavou z hlediska vybavenosti sociálních a navazujících služeb (zdravotní péče, bytová politika atd.), zpracovat prognózu vývoje obyvatel na území obce s rozšířenou působností Světlá nad Sázavou do roku 2030 a ratifikovat získané poznatky z hlediska potřeby sociálních služeb v rozhovorech s klíčovými aktéry z oblasti sociálních a navazujících služeb na daném území.

2.2 Výzkumné otázky

Následující čtyři hlavní výzkumné otázky, pokrývající zkoumanou realitu, byly definovány na základě výše uvedených cílů a k nim bylo následně formulováno jedenáct dílčích výzkumných otázek, orientovaných na zjištění stávajícího stavu těchto problémových oblastí a jejich potencionální vývoj. Dílčí výzkumné otázky byly pokládány jednotlivým komunikačním partnerům.

Výzkumné otázky:

- Jaká je stávající situace v poskytování sociálních služeb v ORP Světlá nad Sázavou? Odpovídá stávající nabídka služeb (co do kvantity, kvality, struktury) potřebám?
- Jaké jsou problémy související s vlastním poskytováním služeb? Jaké systémové změny je třeba učinit?
- Které služby bude třeba zřídit nebo rozšířit na území ORP Světlá nad Sázavou vzhledem k demografickému vývoji? Na jakou formu sociálních služeb by bylo vhodné se zaměřit?

- Jakým způsobem jsou organizace na zkoumaném území financovány?
Je současný systém vyplácení příspěvku na péči vhodně nastaven? Je vyplácení příspěvku na péči efektivní?

Závěrem práce je posouzení připravenosti jednotlivých subjektů na očekávané změny a navržnutí dlouhodobé strategie rozvoje sociálních služeb na území vybrané obce s rozšířenou působností do roku 2030.

3 Metodika

3.1 Metoda výzkumu

Výzkum byl rozdělen na tři části. Obsahem první části je popis stávajícího stavu ve zkoumané oblasti obce s rozšířenou působností Světlá nad Sázavou, geografická poloha města v rámci kraje a České republiky, demografická struktura obyvatelstva, Městský úřad Světlá nad Sázavou. Dále se úvodní část věnuje příspěvkovým organizacím města, společnosti s ručením omezeným, přehledu sociálních služeb v ORP Světlá nad Sázavou, městu Světlá nad Sázavou jako zřizovateli, městu Ledči nad Sázavou jako zřizovateli, nestátním neziskovým organizacím poskytujícím sociální služby v ORP Světlá nad Sázavou, příspěvkovým organizacím zřízeným Krajem Vysočina na území ORP. V závěru této kapitoly je uveden přehled zdravotních služeb na území ORP Světlá nad Sázavou.

Tato část byla zpracována z důvodu zajištění věrohodnosti dat z rozhovorů. Proběhla v rámci sekundární analýzy dat díky veřejně přístupným dokumentům města, organizací a z webových stránek. Jedná se o případovou studii organizací a institucí s prvky evaluačního výzkumu zaměřeného na praktické problémy s cílem jejich vyhodnocení (Hendl, 2008).

Druhá část je orientována na zpracování prognózy vývoje obyvatel na území ORP Světlá nad Sázavou do roku 2030. V demografické prognóze jsem vycházela z dat podrobné úmrtnostní tabulky za období 2010 – 2014 v ORP Světlá nad Sázavou. Data mi poskytl Český statistický úřad.

Použila jsem nejčastěji používanou metodu populačních prognóz - komponentní metodu, která jako výchozí bod bere věkovou strukturu populace a posouvá ji po jednotlivých věkových skupinách do vyššího věku pomocí pravděpodobnosti přežití ${}_x p_x = 1 - q_x$. (Demografické informační centrum).

Předmětem studia demografie je demografická reprodukce, základními tématy demografie jsou změny počtu obyvatel a populační přírůstek (Kalibová et al., 2009). Demografické informační centrum poskytuje na svém webovém portále mimo jiné i definice demografické projekce a prognózy. Definuje je jako odhady budoucího

celkového počtu obyvatel a většinou i pohlavní a věkové struktury dané populace. Populační projekci dále definuje jako souhrn výpočtů, kterými odhadujeme další vývoj populace. Demografické projekce, které se snaží poskytnout pokud možno nejspolehlivější předpověď budoucího demografického vývoje, lze označit za populační prognózy (Kretschmerová, Šimek, 2004).

V závěrečné části práce byla za účelem dosažení cíle zvolena strategie kvalitativního výzkumu. Výhodou kvalitativního výzkumu pro výzkumníka je možnost poznávat i jiné výzkumné objekty a objevovat další otázky, sbírání dat zde tedy probíhá simultánně s jejich hodnocením (Reichel 2009).

U zkoumaných souborů byla zvolena metoda dotazování, technika osobního polostrukturovaného rozhovoru. Rozhovory proběhly s klíčovými aktéry sociálních služeb ve zkoumaném území ORP. Hlavní výhodou osobního dotazování je získávání hlubších a širších informací o kvalitativně různorodých skutečnostech, které se mohou následně porovnat. Při interakci mezi tazatelem a dotazovaným je možné získat informace hlubšího charakteru (Surynek et al., 2001). Sběr dat tedy probíhal formou rozhovorů, u nichž Hendl (2008) upozorňuje na možnost zkreslení dat kvůli přítomnosti výzkumníka. Rozhovory jsem ještě doplnila o sekundární analýzu dat skrze dokumenty, jimiž bylo plánování doprovázeno (Tomeš 2010).

3.2 Charakteristika výzkumného souboru

Setkání s komunikačními partnery proběhlo osobně. Rozhovory byly předem domluveny a uskutečněny v důvěrném prostředí pouze za přítomnosti výzkumníka a komunikačního partnera. Trvaly přibližně 60 minut a se souhlasem komunikačních partnerů byly nahrávány na diktafon. Ze záznamu byl pořízen doslovný přepis. Následně bylo méně podstatné redukováno, aby zůstaly pouze podstatné informace. Komunikační partneři souhlasili s použitím informací do diplomové práce. Sběr dat probíhal od poloviny ledna 2016 do konce února 2016. V rozhovoru bylo využito otevřených otázek zaměřených na zjištění názorů, postojů a zkušeností komunikačních partnerů.

Otázky jsou uvedeny v příloze č. 1. Komunikačním partnerům byly otázky uzpůsobeny s ohledem na vykovávanou profesi, jelikož každý z nich je odborníkem na jinou oblast dané problematiky. Výhodami tohoto typu rozhovoru je možnost ujištění, zda jedinec

otázce správně rozuměl, a možnost zcela vyjádřit své pohledy a názory. Při rozhovoru byly komunikačním partnerům zároveň předkládány tři přílohy (viz Příloha k rozhovoru č. 1,2,3).

Výzkumný soubor tvořilo sedm komunikačních partnerů, jejichž výběr byl záměrný. Pro účely tohoto výzkumu jsem oslovila hlavní aktéry (poskytovatele) sociálních služeb. Dva komunikační partneři mají sídlo v okresním městě Havlíčkův Brod. Zbývající komunikační partneři působí ve Světlé nad Sázavou. Bližší informace o organizacích či službách, které komunikační partneři poskytují, jsou uvedeny v kapitole 4.2; 4.3. Přístup všech oslovených mohu hodnotit jako velice kladný a vstřícný.

3.3 Přehled komunikačních partnerů

Ve výsledcích z rozhovoru jsou dotyční označováni jako KP.

KP 1

Jedná se o pracovníka městského zařízení sociálních služeb. Toto zařízení poskytuje služby osobám zdravotně postiženým, které z důvodu zdravotního stavu, vysokého věku nebo ztráty soběstačnosti potřebují k zajištění péče o vlastní osobu či o svoji domácnost pomoc někoho jiného.

KP 2

Tento komunikační partner je pracovníkem církevní organizace, která poskytuje na území ORP Světlá nad Sázavou velké množství sociálních služeb. Tyto služby jsou zaměřeny na děti, dospělé i seniory, osoby zdravotně postižené i osoby nemocné v terminální fázi života. Tato církevní organizace je také provozovatelem dobrovolnického centra.

KP 3

Třetím komunikačním partnerem je člen zastupitelstva města, který odpovídá za sociální oblast města. V jeho kompetenci je sledovat vývoj sociální oblasti a případný rozvoj služeb. Spolupracuje s krajským úřadem na společných projektech v oblasti sociálních služeb v obci s rozšířenou působností Světlá nad Sázavou a také koordinuje strategii plánování s městskými i neziskovými poskytovateli.

KP 4

Tento komunikační partner je odborný pracovník městského úřadu, který na základě příslušné legislativy vytváří koncepční, metodické a analytické materiály v oblasti rozvoje sociálních služeb a sociální pomoci. Zodpovídá za sociálně-právní ochranu dětí a řeší přestupky v této oblasti. V jeho kompetenci jsou žádosti o doporučení k nájmu bytu a veřejné opatrovnictví.

KP 5

Pátým komunikačním partnerem je pracovník podílející se na řešení bytové politiky města, je v komisi pro přidělování městských bytů, zodpovídá za problematiku nájemníků.

KP 6

Pod tímto označením najdeme pracovníka, který vyřizuje v rámci daného území dávky státní sociální podpory, dávky pomoci v hmotné nouzi, dávky osobám se zdravotním postižením, příspěvek na péči a dávky v nezaměstnanosti (včetně zprostředkování zaměstnání).

KP 7

Posledním komunikačním partnerem je pracovník střediska, který poskytuje v obci s rozšířenou působností Světlá nad Sázavou sociální služby pro dospělé osoby s duševním onemocněním, službu sociální rehabilitace a dobrovolnická centra.

4 Výsledky

4.1 Popis území

Město Světlá nad Sázavou je obcí s rozšířenou působností (dále ORP), do jehož správního obvodu spadá celkem 32 obcí. Z tohoto počtu patří 14 obcí k pověřenému úřadu Světlá nad Sázavou a 18 obcí k pověřenému úřadu Ledec nad Sázavou (viz obr 1).



Obrázek č. 1 – Mapa správního obvodu ORP Světlá nad Sázavou

Zdroj: ČSÚ, 2013a

Město Světlá nad Sázavou a město Ledec nad Sázavou tvoří dvě přirozená spádová centra mikro a meziregionálního významu. Jelikož však po reformě státní správy bylo město Světlá nad Sázavou stanoveno jako ORP, spadá Ledec nad Sázavou po správní stránce s určitými agendami pod Světlu nad Sázavou. Počtem obyvatel je Světlá nad Sázavou větší než Ledec nad Sázavou, ale rozdíl je malý (cca 1 000 obyvatel). Na celkovém počtu

obyvatel Kraje Vysočina se ORP Světlá nad Sázavou podílí cca 4 % (Český statistický úřad, 2013b).

4.1.1 Geografická poloha města v rámci kraje a České republiky

Poloha města je z pohledu České republiky centrální, v rámci Kraje Vysočina je exponovaná v západní části. Je součástí střeoevropské urbanizované osy (Berlín – Praha – Vídeň/Bratislava – Budapešť), v širším pojetí je tedy součástí komunikační spojnice severní a západní Evropy s jihovýchodní Evropou a západní Asií. Světlá nad Sázavou leží na mezinárodním železničním koridoru (Berlín – Praha – Kolín – Havlíčkův Brod – Brno – Břeclav – Vídeň/ Bratislava), dále město protínají silnice II. třídy, které jej spojují s okolními centry a obcemi. Silnice II. třídy č. 150 slouží jako dálniční přivaděč z dálnice D1 ze směru Praha – Brno (cca 30 km) z dálničního exitu č. 66 – Loket, ze směru Brno – Praha slouží jako přivaděč z D1 silnice II. třídy č. 347 z dálničního exitu č. 90 – Humpolec (cca 18 km). Krajina okolo vrchu Melechov (715 m n. m.) je považována za geografický střed České republiky.

Město Světlá nad Sázavou leží na severozápadě Kraje Vysočina na soutoku řeky Sázavy a potoku Sázavky, 49°40' s. š. a 15°24' v. d. Území města se rozkládá podél toku řeky Sázavy na obou březích, které se směrem od řeky zdvihají. Nadmořská výška je odvislá od geomorfologických znaků a pohybuje se v rozmezí 360 m n. m. až 600 m n. m. (ve správním obvodu města). Průměrná nadmořská výška samotného města kolísá okolo hranice 400 m n. m. Místní části města, oddělené souvislým nezastavěným územím od samotného města, jsou situovány obvykle ve vyšší nadmořské výšce než území města. Mezi morfologické determinanty patří dále mimo jiné svažitosť terénu a relativní výšková členitost. Tyto determinanty společně s hydrologickými, klimatickými, pedologickými a geologickými znaky podmiňují stávající strukturu ploch města a racionální výstavbu objektů či plánování využívání ploch k určitému účelu (ovlivňují tak výběr ploch pro jejich další využití). Město leží na území okresu Havlíčkův Brod.

4.1.2 Demografická struktura obyvatelstva

Vývoj počtu obyvatel města Světlá nad Sázavou je historicky spjat s lokalizací jednotlivých průmyslových výrobních do měst. Podobně jako i v ostatních městech regionu došlo k vysoké míře koncentrace výroby ve Světlé nad Sázavou do sklářského průmyslu. Bylo tedy nutné zajistit pro toto odvětví pracovní sílu. Proto město od roku 1970 poměrně rychle rostlo z tehdejších cca 3 tisíc obyvatel na bezmála 8 tisíc obyvatel v roce 1990. Po oddělení Ovesné Lhoty v roce 1990 a Nové Vsi v roce 1997 poklesl počet obyvatel města na hodnotu 7 000 obyvatel a v poslední dekádě se stabilizoval na hodnotách 6 700 – 6 800 (Perlín et al., 2015). I přes relativně velkou socioekonomickou krizi spojenou s uzavřením skláren v roce 2008 nedošlo k masivní migraci z města a podařilo se stabilizovat počet obyvatel na této hladině.

Rychlý nárůst populace města v relativně krátkém období 70. – 80. let minulého století se nutně projevuje i na nevyrovnané demografické struktuře města. Zatímco počet dětí ve věku do 15 let dosahuje méně než 1/10 populace, a především počet nejmenších dětí do 5 let je velmi nízký, počet seniorů nad 60 let již dosahuje více než 1/5 celé populace města. Při poklesu porodnosti a možnosti odchodu mladé generace mimo město hrozí Světlé nad Sázavou velmi rychle výrazný nárůst počtu seniorů. Zároveň při prodlužování naděje dožití hrozí i zvyšování podílu nejstarších generací nad 75 let.

V 90. letech 20. století bydlelo na území města více obyvatel než dnes. V roce 1991 žilo ve Světlé nad Sázavou téměř 7 700 obyvatel, postupnou migrací občanů mimo území města však docházelo k úbytku počtu obyvatel, migrační saldo po celou dobu bylo záporné. Při srovnání ekonomické situace Světelska s např. brněnskou či pražskou aglomerací se mnoho lidí rozhodlo pro život ve velkých městech, kde jsou lepší pracovní příležitosti a finanční ohodnocení. Také díky ekonomické situaci mnoha mladých lidí se rodí dětí stále méně a stoupá i věk matek při prvním porodu

V průběhu 90. let 20. století dochází k poklesu úmrtnosti a tento trend pokračuje i nadále. Jedná se o důsledek zdokonalování zdravotní péče, což má za následek i zvyšování průměrného věku obyvatelstva. Počet zemřelých ve většině let po roce 2000 převyšuje počet narozených a současně také počet emigrujících převyšuje počet imigrantů do města. Proto dochází k poklesu počtu obyvatel města a tento negativní trend se zatím

nedaří zastavit. Český statistický úřad (dále ČSÚ) evidoval k 1. 1. 2015 v ORP Světlá nad Sázavou celkem 20 006 obyvatel s průměrným věkem 43,1 (ČSÚ, 2015).

Při hodnocení dalších ukazatelů demografického chování populace, tedy při sledování sňatečnosti, rozvodovosti a potratovosti, je možné sledovat po roce 1990 i v ORP Světlá nad Sázavou postupnou proměnu trendů. Na jedné straně dochází k mírnému poklesu sňatečnosti, což souvisí s obecným trendem nárůstu počtu nesezdaných párů, zároveň je však možné pozorovat i pokračující trend mírného nárůstu rozvodovosti ve městě. Stejně jako v celé zemi, tak i na sledovaném území dochází po roce 1990 v souladu s celospolečenskými trendy k poklesu potratovosti. To souvisí s obecně výrazně vyšší informovaností populace o možnostech ochrany před nechtěným těhotenstvím a dostupností jednotlivých metod ochrany.

4.2 Městský úřad Světlá nad Sázavou

Záležitosti města jsou spravovány prostřednictvím Městského úřadu Světlá nad Sázavou. V oblasti samostatné působnosti obce úřad plní úkoly, které mu uložilo Zastupitelstvo města Světlá nad Sázavou (dále Zastupitelstvo) nebo Rada města Světlá nad Sázavou (dále Rada), a pomáhá výborům Zastupitelstva města a komisím Rady města v jejich činnosti, a to v souladu s jednacími řády těchto orgánů. V oblasti přenesené působnosti obce vykonává úřad státní správu v základním rozsahu s výjimkou věcí, které patří do působnosti jiného orgánu města, v rozsahu pověřeného obecního úřadu a v rozsahu obecního úřadu obce s rozšířenou působností.

Městský úřad se člení na tyto odbory: Kancelář starosty, Odbor majetku, investic a regionálního rozvoje, Odbor sociálních věcí, Odbor finanční, Odbor správní, školství a živnostenský, Odbor dopravy, Odbor životního prostředí a Odbor stavebního úřadu a územního plánování. Vzhledem k zaměření této práce je důležitá zejména činnost Odboru sociálních věcí, na kterém v současné době pracuje celkem sedm zaměstnanců včetně vedoucí odboru. Základní náplň odboru vychází z příslušné legislativy a patří mezi ní např. vytváření koncepčních, metodických a analytických materiálů v oblasti rozvoje sociálních služeb a sociální pomoci, vykonávání funkce opatrovníka u občanů s omezenou svéprávností, kde bylo rozhodnutím soudu ustanoveno město Světlá nad Sázavou opatrovníkem, a vedení evidence žadatelů o nájem bytu v domě

s pečovatelskou službou. V oblasti protidrogové politiky odbor spolupracuje se školskými zařízeními, zjišťuje potřeby poskytování sociálních služeb a zajišťuje dostupnost informací o nich, napomáhá výkonu práv příslušníků romské komunity a jejich integraci do společnosti, zajišťuje činnosti sociálního pracovníka podle zákona č. 111/2006 Sb., o pomoci v hmotné nouzi atd.

4.2.1 Příspěvkové organizace, společnosti s ručením omezeným

Město Světlá nad Sázavou je zřizovatelem celkem 9 organizací, které pracují jako příspěvkové organizace města (dále p. o.), a 1 společností s ručením omezeným (dále s.r.o.). Jedná se o 2 základní školy, mateřskou školu, sociální centrum, dům dětí a mládeže, kulturní a společenské zařízení KyTICe, sportovní centrum, technické a bytové služby města a základní uměleckou školu. Město Ledeč nad Sázavou je zřizovatelem mateřské školy, střediska volného času, pečovatelské služby, základní školy a základní umělecké školy. Přehled organizací je uveden v následující Tabulce č. 1.

Tabulka č. 1 - Příspěvkové organizace města, s.r.o

Název organizace	Oblast zaměření
Dům dětí a mládeže Světlá nad Sázavou, p. o.	školství
KyTICe – Kulturní zařízení Světlá nad Sázavou	kultura
Mateřská škola Ledeč nad Sázavou	školství
Mateřská škola Světlá nad Sázavou, Lánecká	
Pečovatelská služba	sociální oblast
Sociální centrum města Světlá nad Sázavou	
Sportovní zařízení města Světlá nad Sázavou, s.r.o.	sport
Středisko volného času, p. o.	volný čas
Technické a bytové služby Světlá nad Sázavou	bydlení, technické služby
Základní škola Ledeč nad Sázavou	školství
ZŠ Světlá nad Sázavou, Komenského	
Základní škola Světlá nad Sázavou, Lánecká	
Základní umělecká škola Ledeč nad Sázavou	školství
Základní umělecká škola Světlá nad Sázavou	

Zdroj: vlastní výzkum

4.3 Přehled sociálních služeb v ORP Světlá nad Sázavou

4.3.1 Město Světlá nad Sázavou jako zřizovatel

Město Světlá nad Sázavou je zřizovatelem příspěvkové organizace s názvem Sociální centrum města Světlá nad Sázavou. Tato instituce poskytuje pobytové služby klientům v domově pro seniory, terénní a ambulantní služby klientům pečovatelské služby a ambulantní služby v denním stacionáři.

Domov pro seniory poskytuje pobytovou sociální službu osobám, které mají sníženou soběstačnost zejména z důvodu věku a jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby. Služba je poskytována podle § 49 odst. 1 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách v platném znění. Posláním organizace je zajistit klientům bydlení, stravování, úklid, praní prádla, aktivizační činnosti, sociálně-poradenské činnosti a zdravotně-ošetrovatelské služby. Prostřednictvím těchto služeb chce zajistit klientům důstojný život s podporou k samostatnosti a udržení soběstačnosti v co největší možné míře. Posláním domova je i pomoc klientům při udržování rodinných a společenských kontaktů a jejich začleňování do společnosti.

Pečovatelská služba je jednou z nejrozšířenějších sociálních služeb poskytovanou seniorům a těžce zdravotně postiženým občanům, kteří z důvodu zdravotního stavu, vysokého věku nebo ztráty soběstačnosti potřebují k zajištění péče o vlastní osobu či o svoji domácnost pomoc jiné osoby. Jejím posláním je poskytovat přiměřenou míru pomoci občanům města Světlá nad Sázavou a mikroregionu Světelska tak, aby mohli co nejdéle setrvat ve svém domácím prostředí. Prostřednictvím svých služeb se dále snaží podporovat vztahy s rodinnými příslušníky a přáteli klientů, a napomáhat tak v jejich sociálním začleňování. Mezi nejčastěji poskytované služby lze zařadit donášku obědů, nákupy a pochůzky různého druhu, celkovou koupel či mytí vlasů, úklid, praní a žehlení prádla, doprovod či dovoz k lékaři.

Dům s pečovatelskou službou se nachází v třípatrové zcela bezbariérové budově. Byty jsou pronajímány na základě nájemní smlouvy podle obecných předpisů o nájmu bytu. Současná kapacita je 56 bytových jednotek.

Denní stacionář je ambulantní sociální služba, jež je poskytována lidem, kteří se z důvodu věku či zdravotního postižení neobejdou bez neustálé pomoci jiné fyzické osoby. Tito lidé obvykle bydlí doma s rodinou a do služby docházejí jen na určitou část dne. Blízcí se o ně chtějí starat, ale aby nemuseli podřídit celý svůj soukromý i pracovní život péči o tohoto člověka, mohou využít službu denního stacionáře.

4.3.2 Město Ledč nad Sázavou jako zřizovatel

Město je zřizovatelem pečovatelské služby, která poskytuje ambulantní a terénní služby na území Ledče nad Sázavou a ve spádových a okolních obcích ve vzdálenosti 10 km od města.

4.3.3 Nestátní neziskové organizace poskytující sociální služby v ORP Světlá nad Sázavou

Na zkoumaném území poskytuje sociální služby Oblastní charita Havlíčkův Brod, Fokus Vysočina a Centrum denních služeb Barborka v Ledči nad Sázavou.

Oblastní charita Havlíčkův Brod poskytuje na území ORP Světlá nad Sázavou centrum osobní asistence, chráněné bydlení, denní stacionář, sociálně terapeutickou dílnu, sociálně aktivizační služby pro rodiny s dětmi a nízkoprahové zařízení pro děti a mládež eNCéčko. Ošetřovatelskou službu u nemocných v domácím prostředí dále zajišťuje charitní ošetřovatelská a pečovatelská služba, která má své centrum ve Světlé nad Sázavou i Ledči nad Sázavou. Dle potřeby poskytuje charita i domácí hospicovou péči, jejímž posláním je zachovat kvalitu života nemocným v terminální fázi života, umožnit jim důstojně umírat v domácím prostředí v okruhu svých blízkých a dále doprovázet pozůstalé v těžkém období truchlení. V rámci ORP zřizuje charita dvě mateřská centra – Mateřské centrum Rolnička ve Světlé nad Sázavou a Mateřské centrum Ledňáček v Ledči nad Sázavou. V rámci svého Dobrovolnického centra vysílá organizace dobrovolníky mj. i do těchto center.

Na zkoumaném území nabízí Fokus Vysočina zejména službu sociální rehabilitace – tým podpory v zaměstnávání. Službu poskytují ambulantně 2 pracovnice v prostorách místního Domova pro seniory. Služby dobrovolníků při Dobrovolnickém centru Fokusu Vysočina nejsou v regionu Světelska zatím vůbec využívány, přičemž v okolních

regionech (Havlíčkovsko, Chotěbořsko) velice dobře fungují a podílejí se na dalším zkvalitňování sociálních služeb.

Centrum denních služeb Barborka v Ledči nad Sázavou poskytuje klientům péči v oblasti sociální, integrační a výchovně vzdělávací za účelem nalézt porozumění, podporu, zázemí, a tím dosáhnout co největší míry nezávislosti handicapovaných na pomoci okolí v běžném životě. Kapacita služby je 14 klientů.

4.3.4 Příspěvková organizace zřízená Krajem Vysočina

Na území ORP Světlá nad Sázavou poskytuje pobytovou sociální službu dle § 48, odst. 1 zákona č.108/2006 Sb., o sociálních službách i Domov Háj, příspěvková organizace. Zřizovatelem tohoto zařízení je Kraj Vysočina. Cílovou skupinou jsou zde osoby se zdravotním postižením, které mají sníženou soběstačnost z důvodu zdravotního postižení, jejich situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby. Kapacita služby je 80 klientů, přičemž 74 klientům je služba poskytována v pětipodlažní hlavní budově Háj poblíž města Leděč nad Sázavou a 6 klientům je umožněno komunitní bydlení ve Světlé nad Sázavou.

4.3.5 Přehled služeb zdravotní péče na území ORP Světlá nad Sázavou

Spádová nemocnice se nachází v Havlíčkově Brodě (cca 17 km). Lékařská služba první pomoci je pro město zajišťována v Havlíčkově Brodě a v Ledči nad Sázavou.

Většina lékařů ordinuje v objektu zdravotního střediska v ulici Lánecká 970, jehož vlastníkem je společnost Vital, s.r.o. Zdravotnické zařízení ve Světlé nad Sázavou bylo založeno v roce 1984. Středisko patřilo nejprve pod Okresní ústav národního zdraví Havlíčkův Brod. V roce 1994 bylo zprivatizováno, od té doby doposud je provozovatelem polikliniky zmíněná společnost Vital, s.r.o. Ve městě působí dvě lékárny.

Přehled zdravotních služeb v ORP je uveden v následujících Tabulkách č. 2, 3, 4.

Tabulka č. 2 - Struktura zabezpečení lékařské péče ve městě Světlá nad Sázavou

Ambulance, ordinace	Počet ordinací
Praktický lékař pro dospělé	5
Praktický lékař pro děti a dorost	2
Stomatolog	3
Gynekolog	1
Rehabilitace	2

Zdroj: vlastní výzkum

Tabulka č. 3 - Samostatné ordinace lékařů specialistů

Název	Počet ordinací
Ambulance ultrazvukové diagnostiky	1
Interní ambulance	1
Neurologická ambulance	1
Ortopedická ambulance	1
Rehabilitační ambulance	1
Ušní, nosní, krční ambulance	1
Kožní ambulance	1
Radiodiagnostika	1
Chirurgická ambulance	1
Oční ambulance	1

Zdroj: vlastní výzkum

Tabulka č. 4 - Struktura zabezpečení lékařské péče v Ledči nad Sázavou

Ambulance, ordinace	Počet ordinací
Praktický lékař pro dospělé	4
Praktický lékař pro děti a dorost	3
Stomatolog	5
ORL - ušní, nosní, krční	1
Neurolog - neurologie	1
Ortoped - ortopedie	1
Gynekologická ambulance	1

Zdroj: vlastní výzkum

4.4 Demografická prognóza ORP

Český statistický úřad zveřejňuje na svých stránkách úmrtnostní tabulky. Jedná se o hypotetický údaj, který říká, kolika let by se člověk určitého věku dožil, pokud by úroveň a struktura úmrtnosti zůstala stejná jako v daném roce (Kalibová et al., 2009). V demografické prognóze jsem vycházela z dat podrobné úmrtnostní tabulky za období 2010 – 2014 v ORP Světlá nad Sázavou, data mi poskytl ČSÚ. Vstupními údaji jsou úmrtnostní tabulky mužů a žen podrobně zpracované pro každý dožitý rok. Následující

tabulka z těchto dat vychází. Došlo v ní ke zjednodušení sloučením věků obyvatel po pěti letech, kde jsem stanovila i průměrnou q_x (pravděpodobnost úmrtí).

Použila jsem nejčastěji používanou metodu populačních prognóz - komponentní metodu, která jako výchozí bod bere věkovou strukturu populace a posouvá ji po jednotlivých věkových skupinách do vyššího věku pomocí pravděpodobnosti přežití ${}_t p_x = 1 - q_x$.

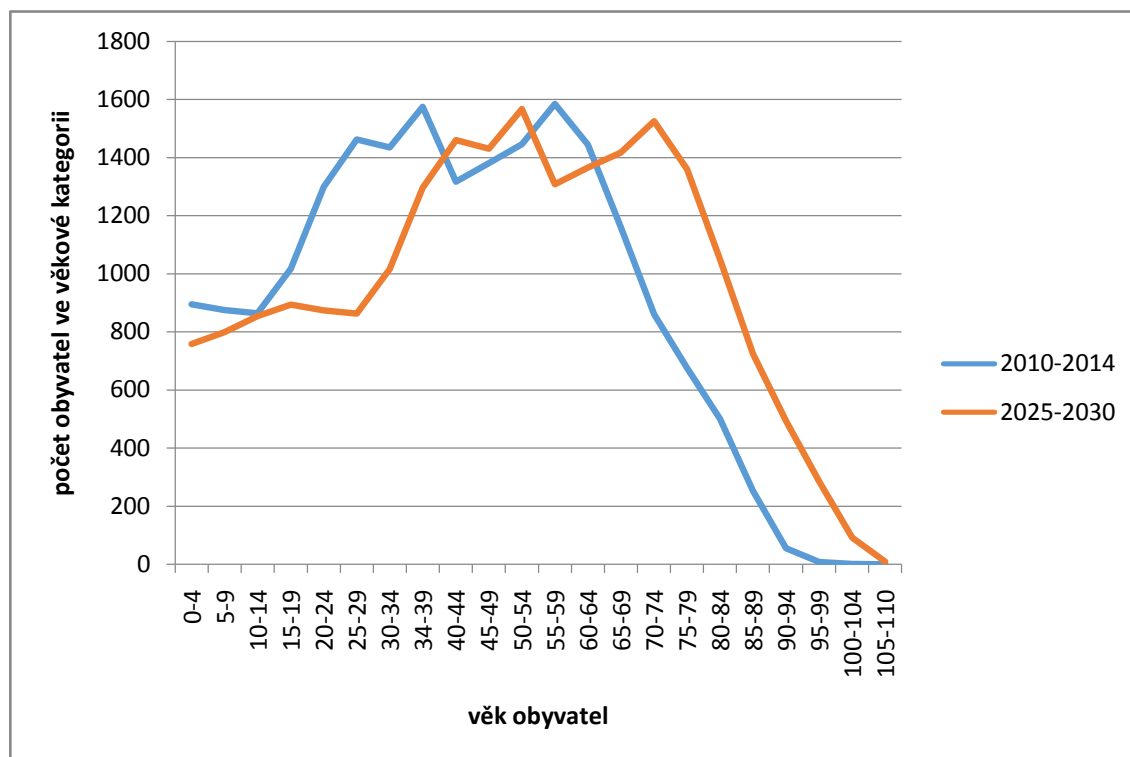
Počet živě narozených dětí v letech 2015 – 2030 jsem odhadla jako podíl počtu živě narozených v ORP Světlá nad Sázavou na celkovém počtu živě narozených v ČR. Při výpočtech jsem nekalkulovala s migrací. V následujícím textu vycházím zejména z dat vypočtených v Tabulce č. 5

Tabulka č. 5 – Populační prognóza

věk	Předpokládaný počet obyvatel v letech			
	2010-2014	2020	2025	2030
0-4	895	855	800	758
5-9	875	894	854	799
10-14	864	875	894	854
15-19	1018	864	875	894
20-24	1299	1018	864	874
25-29	1463	1298	1016	863
30-34	1435	1462	1297	1016
34-39	1576	1435	1461	1296
40-44	1317	1575	1434	1460
45-49	1382	1314	1571	1431
50-54	1446	1378	1311	1567
55-59	1585	1442	1375	1308
60-64	1445	1575	1433	1366
65-69	1161	1429	1557	1417
70-74	861	1138	1400	1526
75-79	675	837	1106	1360
80-84	501	642	795	1049
85-89	253	458	586	724
90-94	55	215	388	494
95-99	8	40	158	285
100-104	2	5	23	92
105-110	0	1	2	9

Zdroj: ČSÚ, vlastní výpočty

Následující Obrázek č. 2 zobrazuje průměrné počty obyvatel ve výchozím období 2010-2014 a v nejpozdějším sledovaném roce 2030. Z obrázku je patrný posun stáří celé populace. Jasně vidíme tzv. silné ročníky, se kterými bude v dalších letech nutno počítat jak v oblasti sociálního zabezpečení, tak i v celkové sféře důchodové politiky státu a v ostatních aspektech z toho vyplývajících.

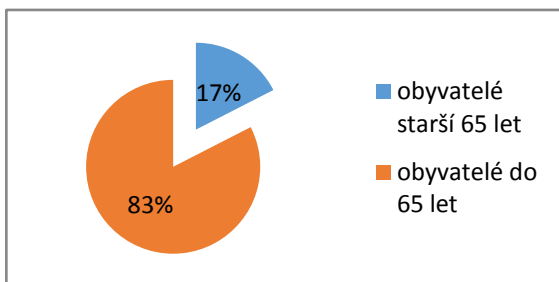


Obrázek č. 2 – Předpokládané počty obyvatel ORP Světlá nad Sázavou

Zdroj: ČSÚ, vlastní výpočty

4.4.1 Obyvatelé starší 65 let

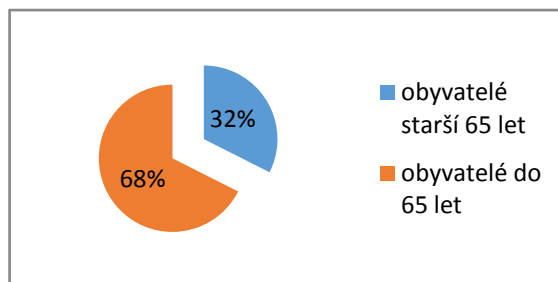
V dalších prognózách se zaměřím na vzorek populace starší 65 let, kde je nárůst dramatický oproti celkové populaci, která bude zřejmě stagnovat. Předpokládám výrazné zvýšení procenta obyvatel této věkové skupiny. Tabulka č. 6 srovnává celkový počet obyvatel ve sledovaném období se zvyšujícím se počtem obyvatel starších 65 let. Do roku 2030 se předpokládá téměř dvojnásobný přírůstek. V roce 2014 žilo v populaci 17 % těchto osob (viz obr 3). Prognóza ukazuje, že v roce 2030 bude těchto osob 32 % z celkové populace (viz obr 4). Z hlediska vývoje sociálních služeb shledávám vývoj této skupiny obyvatel jako stěžejní.



Obrázek č. 3 rozložení populace v roce 2014

Zdroj: ČSÚ

Tabulka č. 6 - Obyvatelé starší 65 let v celkové populaci



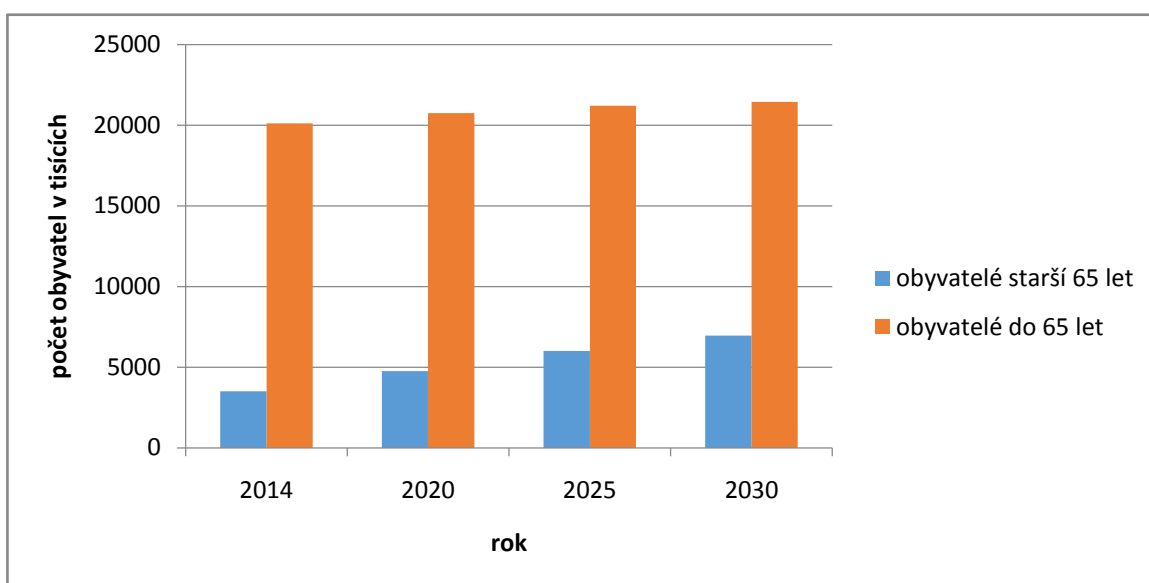
Obrázek č. 4 předpoklad pro rok 2030

Zdroj: vlastní výpočty

rok	2014	2020	2025	2030
obyvatelé starší 65 let	3515	4765	6017	6956
celková populace ORP	20114	20750	21202	21443
v procentech	17,48	22,97	28,38	32,44

Zdroj: ČSÚ, vlastní výpočty

Data z Tabulky č. 6 můžeme přehledně sledovat na Obrázku č. 4.



Obrázek č. 5 - Zobrazení části populace nad 65 let na pozadí celkové populace

Zdroj: ČSÚ, vlastní výpočty

4.4.2 Vývoj počtu vyplacených dávek příspěvku na péči

Na základě podkladů, jež mi poskytli pracovníci Úřadu práce Jihlava, jsem zpracovala Tabulku č. 7, která uvádí počet vyplacených dávek příspěvku na péči v ORP Světlá nad Sázavou ve sledovaném měsíci podle stupňů závislosti. Z této tabulky je patrné,

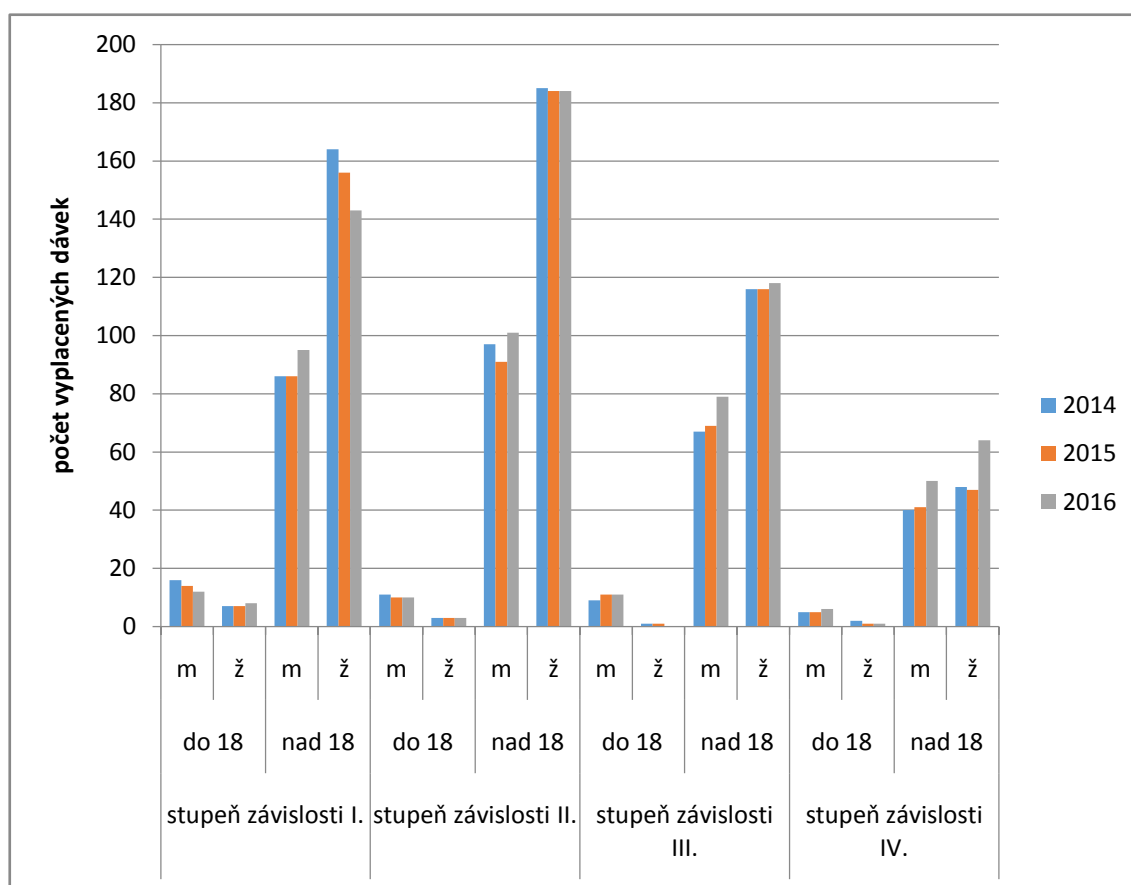
že počet vyplacených dávek pro osoby mladší 18 let je téměř zanedbatelný. Pohybuje se nejvýše do 6 %. Sledovaná data uvádí pouze kategorii nad 18 let, není tedy možné získat přesné údaje o rozložení dávek osobám mladších 65 let a starších 65 let. Z rozhovoru s pracovníky z Úřadu práce ve Světlé nad Sázavou vyplývá, že počet vyplacených dávek PnP pro osoby ve věku 18 až 65 let v posledních letech nepřekračuje 20 %.

Tabulka č. 7 - Počet vyplacených dávek v ORP Světlá nad Sázavou

měsíc	celkem	stupeň závislosti I.				stupeň závislosti II.				stupeň závislosti III.				stupeň závislosti IV.			
		do 18		nad 18		do 18		nad 18		do 18		nad 18		do 18		nad 18	
		m	ž	m	ž	m	ž	m	ž	m	ž	m	ž	m	ž	m	ž
2014	857	16	7	86	164	11	3	97	185	9	1	67	116	5	2	40	48
2015	842	14	7	86	156	10	3	91	184	11	1	69	116	5	1	41	47
2016	885	12	8	95	143	10	3	101	184	11	0	79	118	6	1	50	64

Zdroj: Úřad práce Jihlava

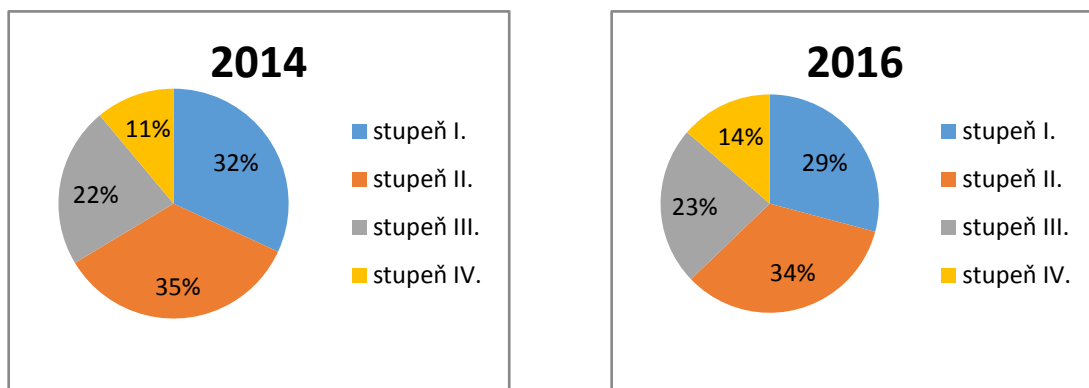
Současný stav měsíčních vyplacených dávek názorně zobrazuje Obrázek č. 6



Obrázek č. 6 – Současný stav měsíčních vyplacených dávek podle pohlaví

Zdroj: Úřad práce Jihlava

Z těchto dat můžeme vysledovat, že procentuální rozložení vyplacených dávek na stupně I. – IV. zůstává ve sledovaných letech téměř neměnné.



Obrázek č. 7 a č. 8 Procentní rozložení počtu vyplacených dávek v letech 2014 a 2016

Zdroj: Úřad práce Jihlava

zdroj: Úřad práce Jihlava

V dalším textu proto uvažuji konstantní rozložení vyplácených dávek: stupeň I. – 31 %, stupeň II. – 35 %, stupeň III. – 23 % a stupeň IV. – 11% (průměry let 2014 – 2016). Dále pak z Tabulky č. 5 vyplývá, že do roku 2030 nedojde k významnému nárůstu ani úbytku obyvatel ORP Světlá nad Sázavou ve věkových kategoriích 0 - 65 let.

Předpokládám, že počet vyplacených dávek v těchto věkových kategoriích zůstane na úrovni let 2014 - 2016, ovšem dojde k výraznému navýšení části vyplácených příspěvků v kategorii nad 65 let.

Pro předpoklad dalšího vývoje počtu vyplacených dávek v Tabulce č. 8 stanovuji na základě výše uvedeného neměnný počet vyplacených padesáti dávek osobám do 18 let a pro věkovou kategorii 18 až 65 let budu usuzovat konstantně 150 vyplacených dávek (průměry let 2014 – 2016). V úvahách vycházím z Tabulek č. 5 a č. 6.

Největší část objemu vyplacených dávek tvoří osoby nad 65 let. Srovnáním Tabulky č. 6 a Tabulky č. 7 docházím k závěru, že tuto dávku pobírá přibližně 18 % z celkového množství osob starších 65 let. Z dat v Tabulce č. 6 mohu stanovit počty dávek osobám nad 65 let a ty přerozdělit podle procentového klíče (viz obr. 7, 8) k jednotlivým kategoriím v Tabulce č. 8. Například pro rok 2020 očekávám z Tabulky č. 6 v ORP Světlá nad Sázavou 4 765 obyvatel starších 65 let, z nichž dle předpokladu bude 18 % pobírat dávky, to je 871 obyvatel potřebných. Tento počet přerozdělím v poměru

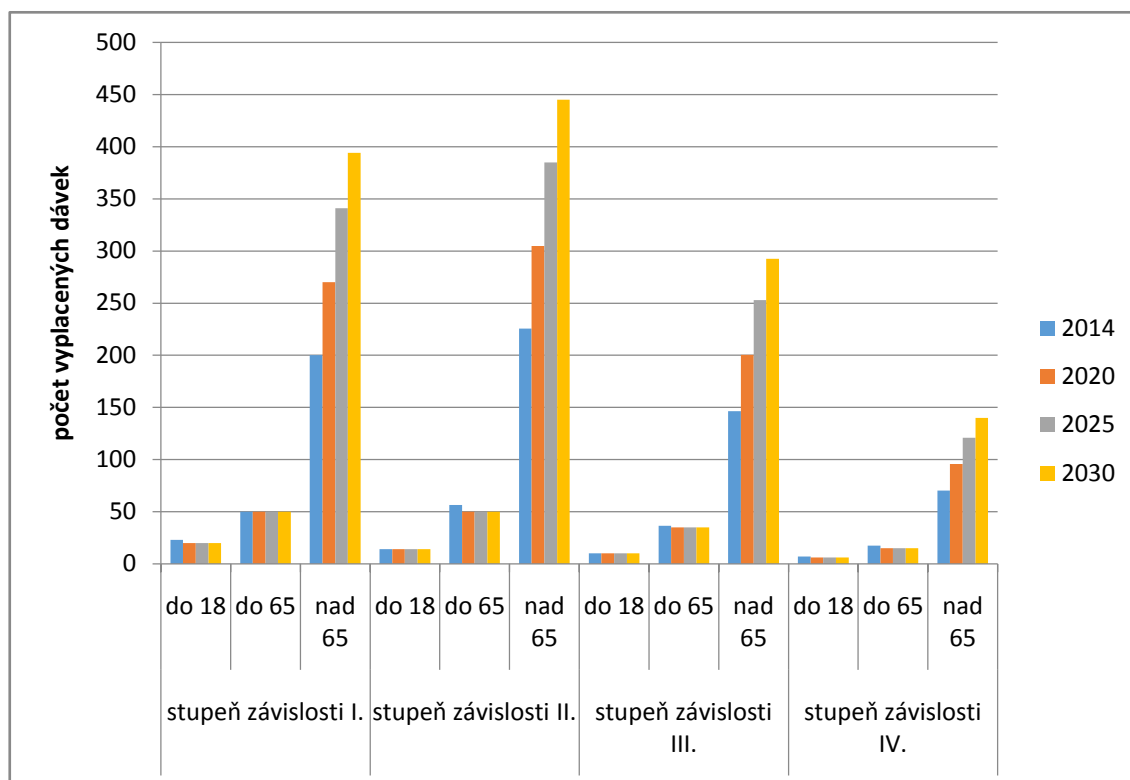
31:35:23:11 do jednotlivých stupňů. V kategoriích do 18 let a do 65 let dosazují průměry let za období 2014 – 2016.

Tabulka č. 8 – Předpoklad dalšího vývoje počtu vyplácených dávek

	stupeň závislosti I.			stupeň závislosti II.			stupeň závislosti III.			stupeň závislosti IV.		
	do 18	do 65	nad 65	do 18	do 65	nad 65	do 18	do 65	nad 65	do 18	do 65	nad 65
2014	23	50	200	14	56	226	10	37	146	7	18	70
2020	20	50	270	14	50	305	10	35	200	6	15	96
2025	20	50	341	14	50	385	10	35	253	6	15	121
2030	20	50	394	14	50	445	10	35	292	6	15	140

Zdroj: Úřad práce Jihlava, vlastní výpočty

Grafické zpracování Tabulky č. 8 následuje v Obrázku č. 9



Obrázek č. 9 – Počet vyplácených dávek dle stupně závislosti - prognóza

Zdroj: Úřad práce Jihlava, vlastní výpočty

4.4.3 Vývoj nákladů na vyplacené dávky příspěvku na péči

Prognóza nákladů vychází ze současného stavu výše vyplácených dávek PnP (data za období 2012 – 2016 poskytnuta úřadem práce). Výše příspěvku dle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, na péči pro osoby do 18 let věku činí

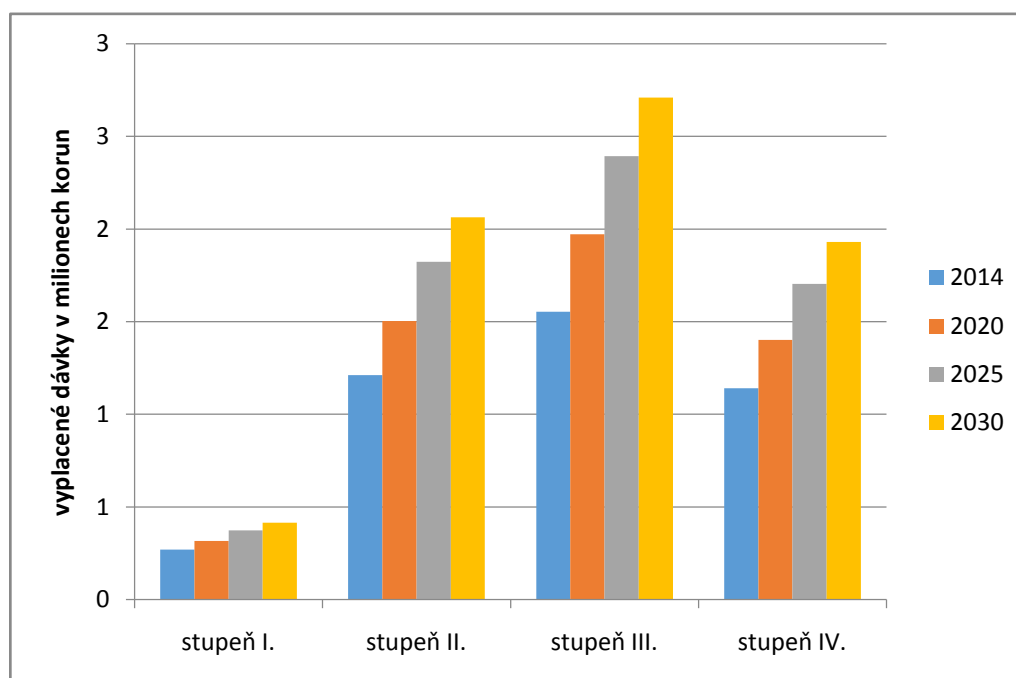
za kalendářní měsíc 3 000 Kč, jde-li o stupeň I., 6 000 Kč, jedná-li se o stupeň II., 9 000 Kč, pokud hovoříme o stupni III., 12 000 Kč, jde-li o stupeň IV. Výše příspěvku na péči pro osoby starší 18 let činí za kalendářní měsíc 800 Kč, jde-li o stupeň I., 4 000 Kč, zmiňujeme-li stupeň II., 8 000 Kč, jedná-li se o stupeň III., 12 000 Kč, jde-li o stupeň IV. Předpoklad vývoje nákladů na vyplacené dávky za kalendářní měsíc v letech 2020 - 2030 v Tabulce č. 9 jsem získala příslušným vynásobením počtu dávek z Tabulky č. 8.

Tabulka č. 9 - Vyplacené dávky za kalendářní měsíc v ORP Světlá nad Sázavou

v roce	stupeň I.	stupeň II.	stupeň III.	stupeň IV.	v roce	vyplaceno celkem v Kč
2014	269 000	1 212 000	1 554 000	1 140 000	2014	4 175 000
2020	315 983	1 503 259	1 972 455	1 401 587	2020	5 193 284
2025	372 708	1 823 480	2 393 317	1 703 510	2025	6 293 016
2030	415 284	2 063 830	2 709 205	1 930 125	2030	7 118 444

Zdroj: Úřad práce Jihlava, vlastní výpočty

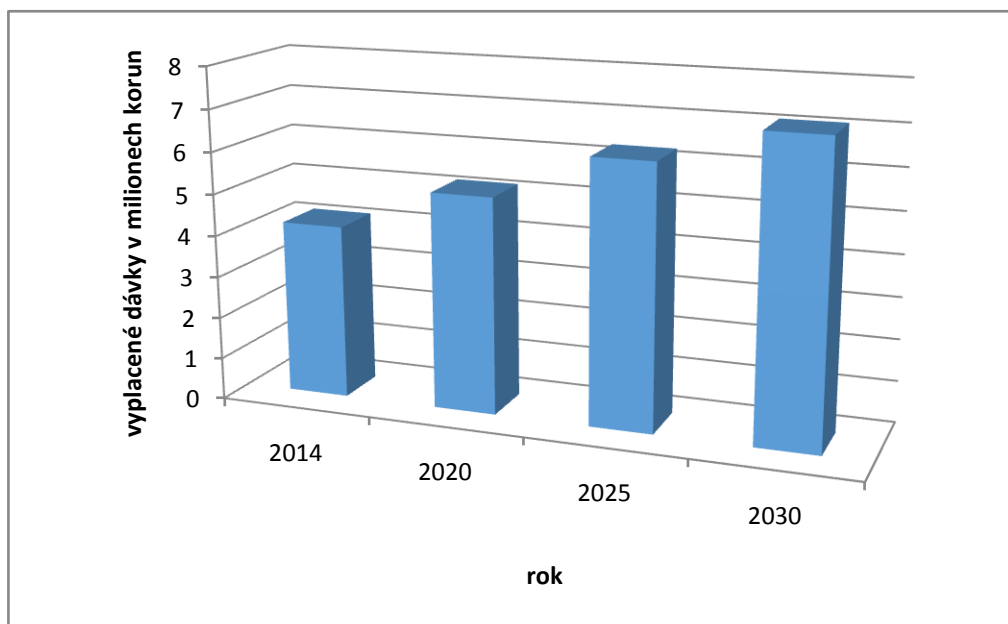
Obrázek č. 10 udává předpokládané vyplacené dávky PnP rozdělené podle stupně závislosti. Obrázek č. 11 ukazuje celkovou výši předpokládaných nákladů. Zde můžeme přehledně pozorovat, že i když jsem se zaměřila pouze na statisticky zajímavou skupinu obyvatel nad 65 let, dojde v následujících 15 letech k téměř dvojnásobnému nárůstu objemu vyplacených dávek.



Obrázek č. 10 - Předpokládané vyplacené měsíční dávky PnP dle stupně závislosti

Zdroj: Úřad práce Jihlavy, vlastní výpočty

Obrázek č. 11 – Předpoklad vývoje vyplacených dávek v ORP Světlá nad Sázavou



Zdroj: Úřad práce Jihlava, vlastní výpočty

4.5 Vyhodnocení dat z rozhovorů

Tato kapitola obsahuje názory komunikačních partnerů. Nejprve jsou uvedeny otázky z rozhovorů a poté následuje vyhodnocení odpovědí. Otázky pro jednotlivé komunikační partnery jsou uvedeny v Příloze č. 1.

Hlavní a dílčí výzkumné otázky:

- Jaká je stávající situace v poskytování sociálních služeb v ORP Světlá nad Sázavou? Odpovídá stávající nabídka služeb (co do kvantity, kvality, struktury) potřebám? Dílčí výzkumné otázky: 1, 2, 3.
- Jaké jsou problémy související s vlastním poskytováním služeb? Jaké systémové změny je třeba učinit? Dílčí výzkumné otázky: 4, 5.
- Které služby bude třeba zřídit nebo rozšířit na území ORP Světlá nad Sázavou vzhledem k demografickému vývoji? Na jakou formu sociálních služeb by bylo vhodné se zaměřit? Dílčí výzkumné otázky: 6, 7, 8.

- Jakým způsobem jsou organizace na zkoumaném území financovány? Je současný systém vyplácení příspěvku na péči vhodně nastaven? Je vyplácení příspěvku na péči efektivní? Dílčí výzkumné otázky: 9, 10, 11.

Otázka č. 1 Jaké služby pro ORP Světlá nad Sázavou poskytujete? Jak dlouho pracujete na této pozici?

Na základě rozhovorů jsem pro přehled poskytovaných služeb vypracovala níže uvedenou Tabulku č. 10. Uvádím v ní, kdo službu poskytuje a o jakou formu a typ sociální služby se jedná. V případě charitní ošetrovatelské a pečovatelské služby je v ORP Světlá nad Sázavou poskytována pouze ošetrovatelská služba. Mateřské centrum Rolnička je zde také uvedeno, nejedná se však o sociální službu, nýbrž o službu pro rodinu.

Tabulka č. 10 - Sociální služby v ORP Světlá nad Sázavou

Název sociální služby	Zřizovatel	Forma sociální služby	Typ sociální služby, funkce
Domov pro seniory	Město Světlá nad Sázavou	pobytová	služba sociální péče
Pečovatelská služba		terénní ambulantní	
Denní stacionář		ambulantní	
Pečovatelská služba	Město Ledec nad Sázavou	terénní ambulantní	služba sociální péče
Mateřské centrum Rolnička	Oblastní charita Havlíčkův Brod	ambulantní	služba pro rodinu
Centrum osobní asistence		terénní	služba sociální péče
Chráněné bydlení Petrklíč v Ledči nad Sázavou		pobytová	
Centrum sociálních služeb Petrklíč – denní stacionář		ambulantní	
Sociálně terapeutická dílna Ledec nad Sázavou		ambulantní	služba sociální prevence
Nizkoprahové zařízení pro děti a mládež eNCéčko		ambulantní terénní	
Občanská poradna		ambulantní	
Charitní ošetrovatelská a pečovatelská služba		terénní	služba sociální péče
Centrum denních služeb Barborka		Háta o. p. s.	ambulantní
Sociální rehabilitace – Podpora v zaměstnávání	Fokus Vysočina	ambulantní terénní	služba sociální prevence
Domov Háj, p. o. – domov pro osoby se zdravotním postižením	Kraj Vysočina	pobytová	služba sociální péče

Zdroj: Vlastní výzkum

V druhé části otázky jsem se zajímala o praxi komunikačních partnerů v sociální oblasti. Z rozhovorů vyplynulo, že všichni komunikační partneři (kromě KP 5) jsou zaměstnání více jak 5 let v sociální oblasti a jejich předchozí zaměstnání bylo rovněž v tomto oboru. Měli možnost sledovat a hodnotit, jak se v průběhu let sociální služby vyvíjejí, a proto se domnívám, že jsou kompetentní k vyjádření se k dané problematice sociálních služeb.

Obyvatelé ORP Světlá nad Sázavou dále využívají služby poskytované Oblastní charitou a Fokusem Vysočina. Sídlo těchto organizací se nachází v okresním městě Havlíčkův Brod. KP 2 poskytuje je sociálně aktivizační službu pro rodiny s dětmi, KP7 pak nabízí sociálně terapeutickou dílnu a chráněné bydlení. Komunikační partner 6 poskytuje v rámci ORP Světlá nad Sázavou dávky státní sociální podpory, dávky pomoci v hmotné nouzi, dávky osobám se zdravotním postižením, příspěvek na péči a dávky v nezaměstnanosti.

Podrobnější popis jednotlivých sociálních služeb v ORP Světlá nad Sázavou je uveden v kapitole 4.2; 4.3 této diplomové práce.

Otázka č. 2 Jaká je kapacita Vaší služby? Kolik evidujete neuspokojených žádostí?

KP 1 uvedl: „*V rámci Domova pro seniory máme kapacitu 115 lůžek a jsme plně obsazeni. Dále evidujeme 330 žádostí do Domova pro seniory, z nichž cca 90 žádá o urgentní příjem. Pečovatelská služba (56 bytů) nyní své služby nabízí cca 160 klientům a denní stacionář poskytuje službu 10 seniorům. I zde je kapacita naplněna a evidujeme 11 neuspokojených žádostí.*“ Příjem žádostí do Domova s pečovatelskou službou je plně v kompetenci Rady města Světlá nad Sázavou. V současné době je evidováno 52 žádostí. O urgentní příjem žádá 15 zájemců.

KP 7 v rámci sociální rehabilitace poskytuje podporu v zaměstnávání. Uvedl, že „*služba je určena lidem, kteří chtějí získat a udržet si zaměstnání v běžném pracovním prostředí. Individuální podporu poskytujeme při hledání zaměstnavatele, při nácviku sociálních a pracovních dovedností, při vyřizování náležitostí spojených s pracovní smlouvou. Podpora je poskytována před i po nástupu do zaměstnání.*“ Jelikož se jedná o ambulanci službu, kterou poskytují dvě pracovnice, okamžitá kapacita pokryje 2 klienty.

Pobytové služby se často potýkají s problémem, na který upozornil KP 1. Tento komunikační partner uvedl: „Velký problém vidím v žadatelích, kteří velmi často podávají své žádosti do více sociálních zařízení. Tím sice na jednu stranu rozšiřují své procento úspěšnosti přijetí do sociálního zařízení, ale na straně druhé my jako poskytovatel o této skutečnosti nejsme informováni, a náš poradník je tím více či méně zkreslován. Do budoucna usilujeme o spolupráci s Krajem Vysočina, kde by mělo dojít ke spolupráci právě v této oblasti. Žádosti by měly být evidovány centrálně a my bychom následně měli být informováni o tom, zda má žadatel podánu žádost ještě v jiném zařízení a zda byl přijat do jiného zařízení.“ Oproti tomu KP 2 vysvětluje, že kapacita se mění podle potřeb, jelikož většina služeb je terénních. „Jak přibývají klienti, tak přijímáme nové zaměstnance, proto je kapacita našich služeb pružná, na rozdíl od pobytových služeb. V současné době je kapacita osobní asistence 25 klientů, kapacita chráněného bydlení 4 klienti, denní stacionář 35 klientů, sociálně terapeutická dílna 6 klientů a nízkoprahové zařízení pro děti a mládež 40. V občanské poradně je zaměstnána 1 pracovnice, která dochází do poradny jednou za 14 dní. Okamžitá kapacita v daný okamžik je tak 1, ale v daný den se mění podle počtu dotazovaných osob. V rámci ošetrovatelské a pečovatelské služby zajišťujeme pouze ošetrovatelskou část, a to dvěma zdravotními sestrami.“

Do otázky kapacity služeb jsem začlenila i městské byty poskytované ORP Světlá nad Sázavou, jelikož i těmito byty může město regulovat bytovou politiku ve městě. Klientela je velmi odlišná a týká se všech skupin od 18 let věku. Jak uvedl KP 5, městských bytů je celkem 247, přičemž bydlení je řešeno nájemní smlouvou. Bydlení v těchto bytech není časově omezeno. Je závislé na placení nájemného a na korektním jednání vůči městu a spolubydlícím. Nájemní smlouva je uzavírána na jeden rok po dobu pěti let. Poté je již smluvena doba určitá na 5 let. Městské byty se nacházejí přímo ve městě Světlá nad Sázavou a dále v místních částech Josefodol a Lipnička.

Ledeč nad Sázavou spravuje 103 bytů, z toho je 35 městských bytů a 68 bytů s pečovatelskou službou. Počet žádostí o městské byty se pohybuje ve Světlé nad Sázavou v rozmezí 30 – 35, v Ledči nad Sázavou má zájem okolo 15 žadatelů.

V případě přidělování bytů rozhodují rady měst Ledeč nad Sázavou a Světlá nad Sázavou. Ve Světlé nad Sázavou provádí hodnocení kritérií bytová komise

na základě bodového systému. V žádosti o byt je uvedeno kolik lidí se nastěhuje do bytu, je popsána stávající bytová situace, kromě počtu dětí do 18 let je uvedena také délka doby podání žádosti, finanční situace žadatele, zohledněny jsou rovněž přestupky či případné nedoplatky vůči městu. Přidělení schvaluje Rada města na základě doporučení komise. V Ledči nad Sázavou nejsou kritéria dle potřeby a situaci posuzuje Rada města.

Jak zmínil KP 5, v letech 2017 a 2018 zvažuje město Světlá nad Sázavou prodej větší části městských bytů.

Otázka č. 3 Tyto služby jsou v ORP Světlá nad Sázavou poskytovány (Příloha rozhovoru č. 1). Odpovídá stávající nabídka služeb (co do kvality, kvantity, struktury) potřebě/poptávce?

KP 1 poukazuje, že již nyní řeší kapacitní problémy: *„Kapacita neodpovídá zejména u domovů pro seniory, kapacity jsou nedostatečné a zájemců neustále přibývá. V dohledné době (do 5 let) máme v úmyslu rozšíření Domova pro seniory o cca 18-21 lůžek. Zřejmě se bude jednat o službu se zvláštním režimem.“*

S tvrzením KP 6 se shodují i ostatní komunikační partneři: *„Vzhledem k demografické prognóze je jasné, že kapacity těchto služeb budou do budoucna nedostačující, a bude nevyhnutelné jejich rozšíření hlavně v oblasti péče o seniory.“*

KP 2 spatřuje problém v samotném zákoně o sociálních službách: *„Je příliš široká nabídka služeb s drobnými rozdíly. Pokud zavedeme novou činnost, zvažujeme, zda musíme registrovat novou službu. Hodně služeb by se dalo sloučit do jedné. Například pečovatelská služba, osobní asistence, hospicová péče, která není řešena v sociálním zákonu. Tyto služby by se nechaly podle mého názoru sloučit a mohly by se nazývat třeba služby pro seniory. Hospicovou péči poskytujeme jako odlehčovací službu.“*

Dále KP 2 dodal, že tato situace je náročná pro zařízení organizačně i administrativně. Pro osoby, ke kterým dochází, je to zatěžující, matoucí. Nechápu administrativu, proč je nutné je přeřadit do jiné služby. I proto jsou pracovníci v organizaci registrováni pro všechny služby, aby si v případě přechodu do jiné služby nemusel příjemce zvykat na nové pracovníky. KP 2 zmiňuje: *„Osoba využívá pečovatelskou službu – obědy, úklid, nákup, ale časem potřebuje více péče o osobu a hygienu. Často dále navazuje osobní*

asistence a v případě vážného zhoršení zdravotního stavu přechází do odlehčovací služby (hospicové péče). Zde se snaží, aby tam chodili stále stejní lidé, a navíc zdravotní sestry.“ Stejný problém vidí ve službách pro rodiny: „Sloučila bych služby aktivizační, služby rané péče, nízkoprahové zařízení, azylový dům a občanskou poradnu“.

KP 4 upozorňuje, že od roku 2002 došlo k výraznému zlepšení jak v šířce sortimentu, tak kvalitě sociálních služeb. Kvalita se začala projevovat se zaváděním standardů. S tímto tvrzením se ztotožňují i ostatní komunikační partneři.

KP 1 a KP 4 připomenuli další oblast, která se týká nezletilých dětí. KP 1 podotýká, že by bylo vhodné investovat do bydlení pro rodiny s dětmi, pro matky samoživitelky a pro osoby, které nemají domov a nemají kam jít. Tyto skupiny lidí velmi často nesplňují požadavky pro přijetí do jiného sociálního zařízení.

KP 4 poukazuje na problém nárůstu počtu dětí s hyperaktivitou a s výchovnými problémy: *„Ocenili bychom ambulance etopeda, psychologa, který by řešil problematiku styků rodič - dítě.“* Také by na odboru sociálním uvítali pomoc rodinné mediace, jelikož *„v hlubokých konfliktech pro pracovníce v sociálně právní ochraně je skutečně velmi náročné a složité vstupovat mezi soupeřící rodiče a hájit práva dítěte.“*

Otázka č. 4 S jakými problémy se nejčastěji stěžíte při poskytování služeb (např. ve vztahu k ostatním organizacím, zájemcům...). Jaká systémová opatření by bylo třeba přijmout k zlepšení situace?

Komunikační partner 1 uvedl jako problém spolupráci se zdravotnickými zařízeními. *„Stává se velkým trendem, že starý člověk je přítěží pro zdravotnická lůžková zařízení. Není výjimkou, že se člověk, podotýkám velmi nemocný a odkázaný na pomoc druhých, vrací zpět do našeho zařízení ještě týž den, kdy byl ze zařízení odvezen na doporučení ošetřujícího lékaře.“* Souvisejícím problémem jsou léčebny dlouhodobě nemocných. *„Naši obyvatelé se do nich dostávají často právě rovnou ze zdravotnických zařízení, rodiny našich klientů si stěžují na podmínky a přístup v těchto zařízeních.“* Dále KP 1 upozorňuje na již zmiňovaný centrální registr žádostí, na nedostatečnou propojenost zdravotně – sociální oblasti. Jako příklad zmiňuje financování sester v sociálních službách.

KP 2 shledává hlavní problém v systému financování. *„Neustále jsme tlačeni na minimum, nedostaneme finance na rok, které potřebujeme, a nevíme, zda na konci roku bude náš finanční plán dorovnán.“*

Dle vyjádření KP 2 platné předpisy o odměňování pracovníků de facto vedou k tomu, že deset let zaměstnancům nemohla zvýšit plat. *„Z tohoto důvodu řeším velkou fluktuaci pracovníků, jelikož je podhodnocován jejich plat. Přitom v sociální práci je velké psychické zatížení. Oproti pobytovým službám jsou v terénních službách na cestách za každého počasí.“*

KP 2 podotýká: *„Navrhovala bych jasně daný rozpočet na rok. Pro další rok se bere v potaz předchozí finanční plán, který je trvale podhodnocován. Financování by se mělo skládat z platby od klientů, dále ze státního rozpočtu, fakturací výkonu sociální péče tak, jak je to běžné v systému zdravotního pojištění. Dále je potřebné zavedení systému dlouhodobé sociální péče, jako je v zahraničí.“* Zmíněný komunikační partner zároveň uvádí, že se jim občas u dlouhodobé péče stává, že si musí sami určovat hranice sociální služby. V případě osobní asistence mají rodiny občas tendence úkolovat pracovníky a zadávat činnosti, které jsou mimo tuto sociální službu.

Všichni komunikační partneři se shodují, že ve vztahu k ostatním organizacím se nesečkáávají s nijak zásadními problémy.

KP 3 uvádí: *„Bylo by vhodné vytvořit důkladně propracovanou koncepci v oblasti poskytování sociálních služeb, maximálně se snažit o získání finančních prostředků z evropských strukturálních fondů. Dále je vhodné domluvit s obcemi mimo ORP, aby přispívali na sociální službu svým občanům (např. rozvoz obědů).“*

Komunikační partneři 1, 3, 4 a 6 poukázali na nutnost posílení oblasti prevence před sociálním vyloučením. KP 4 uvedl, že nemají přehled o volných městských bytech. *„Naštěstí od změny pravidel pro přidělování městských bytů jsme zatím neměli případ nutného umístění do městského bytu. V případě potřeby bychom se obraceli na bytovou komisi a Radu města Světlá nad Sázavou nebo na služby v jiných městech.“*

KP 5 uvedl v souvislosti s bytovou situací spolupráci s odborem sociálním. V případě osoby, které je poskytnut městský byt a na jejíž příjem je uvalena exekuce, dohlíží

sociální odbor na splácení dluhů a úhradu nájmu. Dříve bylo v zásadách pro přidělování bytu, že na odboru sociálním v případě tíživé situace dali body navíc (např. pokud osoba žije s rodiči, má malý byt, malý příjem nebo žije sama s malými dětmi). To bylo minulý rok Radou města Světlá nad Sázavou zrušeno, protože ti, kdo získali doporučení sociálního odboru, byli významně zvýhodněni. V případě urgentní potřeby ubytování sociální odbor města spolu s bytovou komisí připraví materiál do Rady města Světlá nad Sázavou.

Komunikační partneři 3 a 5 se shodují v tvrzení, že městské byty nejsou jen sociální byty. *„Uvažovali jsme o sociálních bytech v Lipničce, kde je deset bytů pro sociálně slabší rodiny. Návrh byl vrácen s tím, že by se tvořila jakási sociálně vyčleněná komunita (ghetto). Sociální odbor chce v rámci ochrany sociálně slabé rodiny začleňovat mezi normální lidi do normálních bytů. Bohužel tyto skupiny svým způsobem života často obtěžují sousedy a vytvářejí problémy. Je skutečně velmi složité najít tu optimální míru integrace těchto skupin.“*

Otázka č. 5 Spolupracuje Vaše zařízení s dobrovolníky? Naplňuje jejich činnost Vaše představy? Jaké je zastoupení dobrovolníků z Vašeho dobrovolnického centra v ORP Světlá nad Sázavou? Je poptávka po dobrovolnících v rovnováze s nabídkou?

KP 1 uvedl: *„S dobrovolníky, kteří jsou registrováni jako dobrovolníci, naše zařízení zatím nespolečně pracovalo. Máme tu pár dobrých lidiček, kteří občas přijdou mezi naše klienty a přečtou jim knihy.“*

R 2 podotkl: *„Dobrovolníci z našeho dobrovolnického centra pracují pouze v našich zařízeních, do rodin dobrovolníci nechodí. Jsou např. v azylových domech, nízkoprahových zařízeních, dochází do léčeben dlouhodobě nemocných, na dětské oddělení, i do domovů pro seniory. O dobrovolnictví je zájem, chodí k nám studenti, lidé, kterým dospěly děti, a trpí syndromem prázdného hnízda, ale také lidé v důchodu, kteří pracovali v sociálních službách nebo ve zdravotnictví a chtějí být potřební.“*

Širší pole působnosti ve využití dobrovolníků zajišťuje KP 7, který odpověděl: *„V rámci našeho dobrovolnického centra působíme v Havlíčkově Brodě a v Chotěboři. Vedení Sociálního centra ve Světlé nad Sázavou jsme zatím oslovili pouze neformálně a nesetkali*

jsme se se zájmem. Plánujeme ještě oficiální schůzku, abychom předali bližší informace. Bohužel se stále setkáváme s nepochopením společnosti v oblasti dobrovolnictví. Organizace bývají uzavřené novým lidem a věcem. Stále přetrvávají mezi lidmi myšlenky: proč někdo pracuje zadarmo a ve svém volném čase? Nevnímají nás jako možnost zkvalitnit lidem život.“

Otázka č. 6 Jaké systémové změny by dle Vašeho názoru měly nastat v ORP Světlá nad Sázavou s ohledem na demografické stárnutí? (Příloha rozhovoru č. 2)

KP 1 navrhuje navýšení počtu lůžek pro seniory a posílení zdravotní a sociální služby v podobě ošetrovatelské a pečovatelské, dále posílení hospicové péče v Kraji Vysočina. Rovněž doporučuje posílit oblast prevence před sociálním vyloučením.

Řešení situace nastínil KP 2. Představuje si změnu sociálního systému podle zahraničního modelu. Jedním z dílčích návrhů je zvýšení věku osob pro přijetí do domova pro seniory. Dále by bylo vhodné snížit počet zaměstnanců a využít potenciálu rodiny a dobrovolníků. Jako nezbytnou vidí účast rodiny v zařízení formou dobrovolnictví v péči o seniory. *„V zahraničí je běžné, že po práci chodí lidé pracovat jako dobrovolníci, rodiny nejsou zbaveni zodpovědnosti. V naší zemi finanční zodpovědnost přejímá vždy stát. U nás není takový tlak na doplatky za poskytovanou službu“.* Zmiňuje rovněž možnost využití dobrovolníků např. při vydávání jídla. Poukazuje na to, že v zahraničí nejsou zařízení tak uzavřená dobrovolnictví jako u nás.

KP 2 zmiňuje, že v okolních státech jsou preferovány menší kapacity v zařízeních sociálních služeb, důraz je tam více kladen na dostupnost služeb v každém větším městě.

S vyšší účastí rodiny souhlasil i KP 3: *„Dnes se spoléháme na sociální systém, chybí tlak na doplatky od rodin nebo jiná účast na péči. Dětem se darují majetky, ale děti už nesponzorují bydlení seniora, spoléhají se na to, že se postará stát formou domů s pečovatelskou službou nebo domovů pro seniory.“*

S myšlenkou zaměřit se na starší osoby souhlasí i KP 4, který uvedl: *„Nelze brát seniory jako jednotnou homogenní skupinu, ale jako osoby, které mají zhoršenou mobilitu, jsou inkontinentní, mentálně na tom nejsou nejlépe a péče o ně je opravdu náročná.“* KP 4 dále poukazuje na potřebu zaměření služeb na zdravotně postižené a poskytování péče

jen v opravdu nezbytných případech. Dodává, že pokud je osoba mobilní, není jí nutné poskytovat nadstandard ve formě rozvozu oběda apod., jelikož péče bude stále náročnější a osob bude přibývat. Domnívá se, že kapacita pobytových služeb (např. lůžek dlouhodobě nemocných, domovů pro seniory) nebude v budoucnu stačit. Navrhuje posílení terénních služeb, např. ošetrovatelské a pečovatelské péče a domácí hospicové péče.

KP 3 poukazuje na to, že v této oblasti je třeba spolupracovat s Krajem Vysočina, aby byla zajištěna vhodná dostupnost služeb a pokrytí v rámci ORP, okresu a kraje.

V současné době řeší KP 3 varianty v oblasti zvýšení kapacity pobytových služeb v péči o seniory. V úvahu přicházejí tři možnosti. Jednou z nabízených alternativ je rozšíření kapacity Sociálního centra města Světlá nad Sázavou, respektive zřízení nového oddělení pro osoby s demencí s kapacitou cca 24 lůžek. V druhé variantě KP 3 zvažuje zřízení nového domova pro seniory v Ledči nad Sázavou (do 120 lůžek). Třetí varianta spočívá v propojení dvou budov – domova s pečovatelskou službou a domova pro seniory prostřednictvím „krčku“. V rámci přestavby by se navýšil počet lůžek domova pro seniory (na úkor domova s pečovatelskou službou), jehož součástí by byla zároveň paliativní péče. Podmínkou by bylo zajištění náhradního ubytování osobám z domu s pečovatelskou službou.

Otázka č. 7 Bylo by dle Vašeho názoru vhodné v ORP Světlá nad Sázavou zřídit, nebo rozšířit některou z následujících služeb? (Příloha rozhovoru č. 3)

KP 6 by péči zaměřil na ambulantní a terénní služby, které podpoří zajištění péče o člověka v jeho domácím prostředí. *„Výhody těchto služeb vidím jak v menší ekonomické náročnosti, tak právě v podpoře snahy zajistit člověku podmínky pro život v domácím prostředí za pomoci rodinných příslušníků. Z těchto služeb bych podpořil službu osobní asistence, sociálně aktivizační služby pro seniory a osoby se zdravotním postižením a centra denních služeb.“*

K problematice paliativní péče se vyjádřili tři komunikační partneři (KP 1, KP 2, KP 3). KP 1 uvedl, že zde chybí zcela určitě, je to specifická oblast, která si žádá pozornost. Na Vysočině se tato oblast péče potýká se značně negativním ohlasem. S takovým názorem se ztotožňuje i KP 3. K této otázce se vyjádřil také KP 2, který poskytuje domácí

hospicovou službu jako odlehčovací službu. Neshledává problém v jejím rozšíření, avšak jako pobytová služba je tato péče velmi náročná z hlediska personálního zajištění. *„Musí být zajištěni lékaři, sestry a ostatní pečující pracovníci. Z tohoto důvodu musí být zřizována ve městě, kde se nachází nemocnice.“*

KP 4 a KP 6 shodně poukazují na absenci noclehárny (1-2 lůžka) na nezbytně nutnou dobu, aby mohla být zahájena sociální práce s osobou v nouzi. K4 uvádí příklad: *„Pokud přijde osoba na sociální odbor odpoledne, vezmeme ho na úřad práce pro dávky a potřebujeme ho dopravit do Jihlavy, aby měl první pohovor s kontaktním pracovníkem azylového domu.“* R 4 sdělil, proč upřednostňuje azylové domy před ubytovnami. *„Rozdíl je v tom, že v azylovém domě jsou sociální pracovníci, kteří osobu v nepříznivé situaci přesvědčují k řádnému životu, pomáhají, dávají mu termíny, co a dokdy je vhodné zařídit, vyřizují dávky, na ubytovně si jich nikdo nevšímá a není zde změna.“*

Pokud osoba nemá finance, pracovníci odboru mohou domluvit pohovor v azylovém domě. Dotyčného zde přijmou, ale musí mít potvrzení o bezinfekčnosti pro povolení k pobytu v zařízení. V ten samý den se musí osoba dopravit ke svému praktickému lékaři. Aby vše bylo možné stihnout, musela by se osoba dostavit dopoledne.

Důvodem, proč chtějí komunikační partneři zřídit noclehárnu, je mimo jiné i to, že při výkonu své profese narážejí na pracovní dobu např. úřadu práce či praktických lékařů. Z výše uvedených skutečností je patrné, že vyřešit tuto situaci je pro pracovníka odboru sociálních věcí časově náročné.

Na další tíživé místo upozornil PK 6, který si posteskl: *„To, co v našem městě postrádáme, je absence sociálního bydlení. Je to tedy problém spíše spojený s agendou dávek pomoci v hmotné nouzi, ovšem narážíme na něj poměrně často a ve spolupráci se sociálními pracovníky městského úřadu musíme řešit životní situaci některých klientů hledáním takového bydlení nebo ubytování v jiných městech.“*

K této problematice se shodně vyjádřil i KP 4 a doplnil: *„V této oblasti není vůle ze strany orgánů města ani občanů.“* To je ovšem pochopitelné, jelikož vznikají konflikty mezi občany. Pracovníci však vidí, že lidem prospívá, když jsou rozptýleni v bytech a pracuje s nimi sociální pracovník, který sleduje hrazení nájmu a náklady na bydlení. *„Taková sociální práce je pro nás uskutečnitelná. Sousedé těchto lidí a veřejnost by rádi*

soustředili tyto osoby do jednoho objektu. Problémy jako lichva, prostituce, krádeže dětí začnou narůstat, a tím vzniká neřešitelná situace. S tím souvisí i další problém v podobě stigmatizace dětí z těchto lokalit.“ O této problematice hovořil i KP 3, který si je této potřeby vědom, ale konkrétní řešení ho zatím nenapadá.

KP 4 uvedl představu o řešení této situace v podobě podpory samostatného bydlení – bytů sociální rehabilitace. Jednalo by se o byty s ubytovací (nikoli nájemní) smlouvou, které by nahrazovaly azylové domy. Jednalo by se o možnost tří bytů. Komunikační partner tuto vizi popisuje: „*Tito lidé nemohou z noclehárny přejít rovnou do normálního bytu s nájemní smlouvou, jelikož mají dluhy na nájemném a elektrické energii, tak nemohou být připojeni. Hradili by si ubytování, ale smlouvy by hradil správce - majitel bytu. Po tu dobu, kdy by byli v bytě s ubytovací smlouvou, by byli nuceni splatit ten dluh. Sociální pracovník by dohlížel na to, zda řádně uklízí byt, zda něco nepoškozuje, zda nejsou hádky se sousedy, případně kdo a proč je vyvolává, zda děti řádně chodí do školy. Aby se zjistilo, zda si tito lidé zaslouží přidělení klasického bytu. Poté by bylo získání klasického městského bytu s klauzulí dohledu sociálního pracovníka, případně správce bytu na půl roku, případně na rok. Posledním krokem by byla klasická nájemní smlouva bez dohledu. Úspěšná cesta prostupného bydlení, bez stěhování, jen změna smlouvy. Změny nahoru i dolů zpět na ubytovnu, smlouvy na dobu určitou.“*

Otázka č. 8 V případě rozšiřování nebo zřízení nových služeb, která forma (terénní - ambulantní – pobytová) Vám přijde vhodná a z jakého důvodu?

Jelikož je ORP z velké části zřizovatelem pobytových služeb, má v plánu tyto služby rozšiřovat, ale na druhou stranu podporovat i poskytovatele ambulantních a terénních služeb.

K této problematice uvedl KP 2: „*Nejlepší je problémy řešit hned v rodině, pro stát je to nejlevnější varianta, preventivní opatření. Pobytové služby jsou nejjednodušší pro rodiny, a možná i proto, že rodiny nejsou dostatečně informované o možnosti osobní asistence, pečovatelské a ošetrovatelské službě.“* Komunikační partner shledává výhodu ve Světlé nad Sázavou v oblasti propojenosti služeb. V případě žádosti do domova pro seniory je zájemci nabídnuta pečovatelská služba, a rodina může péči zvládat v rodinném prostředí. Přínos pečovatelské služby tkví v tom, že je v dnešní době

poskytována i o víkendu a v pozdních odpoledních hodinách. Kromě KP 3 a KP 1 převažuje u ostatních komunikačních partnerů podpora terénních a ambulantních služeb.

Otázka č. 9 Jakým způsobem je financováno Vaše zařízení?

Všichni komunikační partneři uvedli, že jejich organizace je financována z více zdrojů. Na provoz jim poskytují finance MPSV, Kraj Vysočina, město Světlá nad Sázavou, městské a obecní úřady, sponzorské dary a příjmy od uživatelů dle ceníku, zdravotní pojišťovny na základě úkonů ošetrovatelské péče.

KP 1 uvedl: *„Naším zřizovatelem je město Světlá nad Sázavou. Domov pro seniory je více jak z poloviny soběstačný (úhrady od obyvatel, příspěvek na péči), zbytek nákladů je financován dotacemi – MPSV, Kraj Vysočina a samozřejmě příspěvkem od zřizovatele. V případě pečovatelské služby 1/6 tvoří tržby, dále je financována opět dotacemi a příspěvkem od města. Denní stacionář je dotován zřizovatelem - městem Světlá nad Sázavou, není doposud veden v krajské síti.“*

Jako další zdroj financí pro město Světlá nad Sázavou KP 3 uvedl Evropský sociální fond v ČR, EU, Operační program lidské zdroje a zaměstnanost, regionální operační program NUTS, MPSV. Komunikační partner 3 upřesnil částku, kterou město přispívá do sociálního centra – jedná se o 700 000 Kč ročně. Dotace pro dům s pečovatelskou službou činí 3 500 000 Kč ročně. Jeho součástí je Denní stacionář Domovinka, na který zatím neplynou dotace od Kraje Vysočina, jak již zmínil KP 1.

V případě městských bytů KP 5 uvedl: *„Bytové služby jsou financované městem, nájemníci hradí nájem, vodu a energie. Nájem je 34 až 45 Kč za m², dle stavu nemovitostí. U okolních vesnic činí nájem 30 Kč. Technické a bytové služby hospodaří s rozpočtem na rok, z kterého řeší případné opravy bytů. Investice řeší odbor majetku, investic a regionálního rozvoje města Světlá nad Sázavou.“*

KP 7 doplnil, že finance získávají od Kraje Vysočina. Dále pak dostávají příspěvky od jednotlivých měst, sponzorské dary a od května 2016 budou některé služby financovány z Evropského sociálního fondu v ČR.

Domov Háj, který se nachází v Ledči nad Sázavou, je financován zřizovatelem Krajem Vysočina. Projekty v souvislosti s transformací zařízení budou financovány z Evropského sociálního fondu.

Otázka č. 10 Pokud byste měl vyjádřit procenty, jak je použit PnP na nákup sociálních služeb, jaké číslo by to bylo? Jakým způsobem jsou finance vyplácené na PnP podle vašeho názoru nejčastěji použity?

V souvislosti s financováním sociálních služeb, byly dvě otázky, jež byly předloženy čtyřem komunikačním partnerům, zaměřeny na PnP.

Agenda příspěvku na péči přešla z odboru sociálních věcí pod úřad práce od 1. 1. 2012. Na základě zkušeností s touto agendou KP 6 uvedl jako kvalifikovaný odhad využití tohoto příspěvku na nákup sociálních služeb a zajištění péče o oprávněnou osobu ve výši 70 %. *„Vzhledem k tomu, že v současné době úřad práce neprovádí kontroly zaměřené přímo na využívání příspěvku na péči, vycházíme ze zkušeností při prováděných sociálních šetření. Příjemce příspěvku na péči nemá v současné době žádnou povinnost vůči úřadu práce dokládat jeho využití.“*

Další názor uvedl KP 4: *„Myslím si, že i rodina a sousedská výpomoc do této oblasti spadá. Když rodina pečuje, měla by být nějakým způsobem přiměřeně ohodnocena. Pokud se člověk bude obracet jen na sociální služby, náklady budou vzrůstat. Tak proto si myslím, že až tak velké zneužití není.“*

Komunikační partner 4 uvádí, že lidé mají tendenci si finance nechávat. Očekávají, že stát nebo obec jsou povinny jim sociální služby zdarma poskytnout. Finance šetří pro sebe či pro své nejbližší. *„Pokud je daná osoba schopna přijímat terénní služby, tak si myslím, že příspěvku se do systému vrací opravdu malá část. Můj odhad je, že 1/4 z PnP se vrací zpět do systému a zbytek zůstává pečující rodině.“*

Jak KP 4 dále pokračuje: *„Podle mého názoru není poptávka po službách. Kdyby byla poptávka, orgány města by nabídku zajistily. Nebyla bych ráda, aby senioři přestali platit svým rodinným příslušníkům, posilují se rodinné vazby, vhodné by bylo 50 % použít na sociální služby.“*

Ze zkušenosti KP 2 uvádí, že často příspěvek osobám pomáhají vyřizovat. Dle názoru komunikačního partnera, 1/4 je použita na služby, zbytek si chtějí osoby nechat například na léky a kompenzační pomůcky. „*V dnešních sazbách výplaty PnP je částka 12 000 Kč srovnatelná s průměrnou mzdou. Myslím si, že osoba pečující o osobu ve IV. stupni nemůže docházet do zaměstnání na plný úvazek, aniž by po dobu své nepřítomnosti neměla zajištěnou jinou péči. Pokud je příspěvek takto vysoký, tato osoba je nemožná, a potřebuje 24 hodinovou péči.*“

KP 2 uvádí jako možné řešení zabezpečení pečující osoby zákonem tak, aby se mohla vrátit zpět do zaměstnání. „*Dále jsme navrhovali přímou fakturaci – osoba by měla péči a my bychom ji fakturovali úřadu práce, osoba by finance nedostala do ruky, pouze formou poukázek. PnP podle mého názoru z velké části není použit na ten účel, za kterým byl vyplacen.*“ S výše uvedeným názorem se ztotožňuje i KP 3, který dále doporučuje, že rodina by měla péči prokázat. „*Měly by být zajištěny kontroly. Pokud by bylo při kontrole zjištěno, že dotyčná osoba není v pořádku, neměla by dostat vše v penězích. Je nutné prokazovat péči, kupují se za to jiné věci a je to minimálně z 50 % zneužíváné.*“

Dle názoru KP 2 zavedením PnP nebylo myšleno na seniory, mentálně postižené a duševně postižené. „*Za tyto osoby bohužel rozhoduje někdo jiný – často jsou rukojmí rodiny. O jeho využití jsou plně schopni rozhodovat pouze osoby s tělesným postižením.*“

Dále KP 2 zmiňuje nepoměr ve financích v rodině, která pečuje o těžce zdravotně postiženou osobu. „*Do 18 let osoba dostane pouze PnP, kdežto od 18 let jí bývá k PnP přiznán i invalidní důchod. Péče do 18 let je však více náročnější. Dítě s nejvyšším stupněm postižení je často nemocné, musí absolvovat operace, rehabilitace, lázně. Matka často není finančně zabezpečená, pokud je doma a pouze pečuje o dítě. Je potřeba z důvodů jejího přetížení dávat dítě do stacionáře, aby si od dítěte odpočinula. Ale bohužel stacionární péče znamená zásadní snížení jejího příjmu. Od 18 let je péče méně časově náročná a tam už dítě dostává invalidní důchod.*“

Všichni komunikační partneři se shodli. Finance z příspěvku na péči jsou často pro rodinu příjmem navíc, nebo jsou zdrojem pro nezaměstnané příbuzné, kteří jsou napsáni jako pečující osoba, ovšem potřebnou péči nevykonávají, tu pak supluje nějaká

služba. Na závěr komunikační partner 2 uvedl: „*Samotný název příspěvku na péči jasně definuje, na co mají být finance použity.*“

Otázka č. 11 Myslíte si, že by bylo vhodné legislativně vyřešit kontrolu používání PnP?

KP 6 předpokládá 30 % využívání příspěvku na péči jiným způsobem, než je zákonem stanoveno. „*Bylo by vhodné řešit kontrolu využívání PnP. Lze předpokládat, že by příjemci příspěvku na péči pak více dbali na způsob využívání této dávky.*“ Shodně odpověděl i KP 4: „*V případě, že by museli staří lidé prokazovat, na co část peněz z příspěvku použili, raději by se této části vzdali.*“

KP 3 nesouhlasí s legislativou. PnP není vhodně legislativně vyřešen v ambulantních a terénních službách, na rozdíl od pobytových služeb, kde celý příspěvek náleží zařízení. V tomto ohledu souhlasí i KP 2, který dále uvádí: „*Ano, řešením by bylo část PnP vydávat v poukazech, část ve financích. V případě, že osoba pobírá PnP v plné výši, pečující osoba by měla docházet do zaměstnání na poloviční úvazek, nebo oslovit sociální služby a rozložit poskytovanou péči.*“

KP 4 při rozhovoru sdělil: „*Záleží na úhlu pohledu. Pokud by PnP měl být použit pouze na registrované služby, tak není vhodně systém nastaven. Pokud je však brána v potaz rodina, sousedé a známí, tak ano.*“

5 Diskuze

V diplomové práci jsem se zabývala problematikou dlouhodobé strategie rozvoje sociálních služeb v obci s rozšířenou působností Světlá nad Sázavou do r. 2030. Mým záměrem bylo zpracování prognózy vývoje obyvatel na zmíněném území a ratifikace získaných poznatků z hlediska potřeby sociálních služeb.

Ve výzkumné části jsem popsala vybranou lokalitu. Problematikou sociální oblasti se budu zabývat v závěrečné části diskuze. Nyní bych zhodnotila síť zdravotnických služeb v ORP. Obě města mají zdravotnická zařízení (polikliniky), v Ledči nad Sázavou je navíc Nemocnice Háj – Léčebna dlouhodobě nemocných, v okresním městě Havlíčkově Brodě cca 17 km od Světlé nad Sázavou funguje nemocnice. Lékařská služba první pomoci je pro region zajišťována v Havlíčkově Brodě a v Ledči na Sázavou. Tuto oblast vnímám z hlediska místní a časové dostupnosti jako dostačující.

Předmětem mojí práce není podrobná demografická studie. Jsem si vědoma toho, že by zde mohlo působit množství demografických faktorů, z nichž mnohé jsem pro potřeby této práce zjednodušila. Základním východiskem zůstává prudce narůstající počet obyvatel starších 65 let, čímž se výrazně mění zastoupení této generace v celkové populaci.

Do roku 2030 nepředpokládám výrazné změny v celkovém počtu obyvatel, výrazná změna nastane u skupiny obyvatel starších 65 let. V roce 2014 zde žilo 3 515 obyvatel této věkové skupiny, do roku 2030 jejich počet vzroste téměř dvojnásobně na 6 950. Počítáme-li se stejným rozložením vyplacených měsíčních dávek příspěvku na péči jako v letech 2014 – 2016, dojde pravděpodobně taktéž k dvojnásobnému zvýšení objemu těchto dávek ze 4 175 000 Kč na 7 118 444 Kč. Dosavadní výše by se měla v srpnu 2016 zvýšit o 10 % u všech čtyř skupin, což vyjde stát téměř na miliardu korun (Kopecký, 2016). Autor dále uvádí, že tento návrh ministryně MPSV většina Sněmovny podpořila a vládní návrh poslala k dalšímu jednání výborům v dolní komoře parlamentu.

S tím bude jistě souviset potřeba rozšíření stávajících kapacit poskytovaných sociálních služeb a také vytvoření nového komunitního plánu rozvoje sociálních služeb, jelikož ten poslední byl vypracován v roce 2006. Pro město Světlá nad Sázavou z toho vyplývá v budoucích 15 letech přijetí příslušných opatření v návaznosti na sociální politiku státu.

Při stanovování demografické prognózy jsem se snažila o reálný model vývoje obyvatelstva při zachování některých ukazatelů na současné úrovni. Do budoucna je však možné, že i v těchto oblastech dojde k výraznějším změnám a nároky na sociální systém státu mohou být daleko vyšší (např. vlivem dalšího zkvalitňování lékařské péče, migrace).

Získaná data jsem porovnávala s dostupnými demografickými prognózami, které předpokládají pokles podílu dětí v populaci, snižování zastoupení osob ve věkové skupině 15-64 let a výrazné zvýšení počtu obyvatel nad 65 let. Obyvatelstvo starší 65 let tvoří v současnosti jednu sedminu všech obyvatel, do roku 2050 by se podle střední varianty jeho podíl přiblížil až k jedné třetině. Rostoucí počty obyvatel ve vyšším a vysokém věku tak budou znamenat silné ekonomické zatížení občanů v produktivním období života.

Výsledky této prognózy byly základem pro stanovení otázek rozhovorů s klíčovými aktéry sociálních služeb na daném území.

Na základě stanovených cílů se výzkumné otázky týkaly následujících oblastí:

- Jaká je stávající situace v poskytování sociálních služeb v ORP Světlá nad Sázavou? Odpovídá stávající nabídka služeb (co do kvantity, kvality, struktury) potřebám?
- Jaké jsou problémy související s vlastním poskytováním služeb? Jaké systémové změny je třeba učinit?
- Které služby bude třeba zřídit nebo rozšířit na území ORP Světlá nad Sázavou vzhledem k demografickému vývoji? Na jakou formu sociálních služeb by bylo vhodné se zaměřit?
- Jak je nastavené financování sociálních služeb a použití příspěvku na péči?

V první oblasti jsem zjišťovala, jaké služby jsou na území ORP Světlá nad Sázavou poskytovány a zda odpovídá stávající nabídka služeb (co do kvality, kvantity, struktury) poptávce. Komunikační partneři se shodují, že se zavedením standardů kvality sociálních služeb se kvalita poskytovaných služeb výrazně zlepšila. Holasová (2014) považuje za přínosné to, že standardy fungují jako rámec pro poskytování všech služeb a jsou nástrojem rozvoje služeb. Na druhé straně však autorka uvádí, že nejsou uzpůsobené

různým typům služeb a cílovým skupinám, při jejich výkladu se projevuje mocenská nerovnováha, přinášející administrativní zátěž, nenavazující na další resorty.

Komunikační partneři se shodují, že na zkoumaném území je kapacita ambulantních služeb prozatím dostačující. V případě terénních služeb kapacita nepostačuje v domě s pečovatelskou službou ve Světlé nad Sázavou i v Ledči nad Sázavou. Otázkou zůstává, zda by evidovaní žadatelé pečovatelskou službu aktivně využívali. To, zda je aktivní využívání pečovatelské služby přímo podmínkou pro přidělení bytu (a samotné setrvávání) v domě s pečovatelskou službou, záleží vždy na konkrétním zřizovateli domu. Jako problematickou vidím tuto otázku zejména z toho důvodu, že mnoho lidí se snaží na dobu, kdy budou potřebovat pomoc, aktivně připravit. Pokud je jim však dům s pečovatelskou službou přidělen a oni prozatím pečovatelskou službu aktivně nevyužívají, může na ně být nahlíženo jako na ty, kteří zabírají místo někomu, kdo by péči tohoto druhu mohl potřebovat daleko více. Na druhé straně řešit pobyt v domě s pečovatelskou službou až v okamžiku výrazného poklesu soběstačnosti také často nejde, a to zejména z důvodů nedostatečné kapacity těchto domů a zpravidla dlouhých čekacích dob.

Město v letech 2017 a 2018 zamýšlí prodat větší část městských bytů, jelikož jejich údržba je pro město finančně náročná. Podle mého názoru by bylo vhodné, aby se město v budoucnu zaměřilo na výstavbu menších a bezbariérových bytů, v nichž by senioři a osoby se zdravotním postižením zvládli žít co nejdéle samostatně s podporou rodiny či blízkých, případně s podporou terénní sociální služby (např. pečovatelské a ošetrovatelské služby, služby osobní asistence, domácí hospicové péče). Dále by bylo vhodné lépe zajistit i další oblasti života v ORP Světlá nad Sázavou tak, aby senioři mohli žít ve svém původním prostředí co nejdéle a nejkvalitněji. Patří sem například budování bezbariérových přístupů do budov (do obchodů, zdravotních středisek, kulturních domů, na úřady), budování bezbariérových přechodů a zajištění nízkopodlažní veřejné dopravy.

V případě pobytových služeb pro seniory je současná kapacita alarmující. Výsledky se shodují s názorem Malíkové (2011), podle které lze vzhledem k demografické situaci tento stav očekávat ve vysoké míře i v následujících letech. S velkou pravděpodobností jsou vysoké počty žádostí o umístění v pobytových službách částečně způsobené nepřítomností centrální evidence. Krajský úřad tím získává nepřesné informace

o skutečném množství potřebnosti pobytových sociálních služeb, jelikož jedna osoba může mít současně podanou žádost v několika zařízeních.

Domov pro seniory ve Světlé nad Sázavou disponuje 115 lůžky, přičemž žádostí o umístění eviduje zařízení 330, z toho žádá o akutní umístění 90 osob. Město ve spolupráci s Krajem Vysočina řeší tři možné varianty, a to buď navýšení míst v současném domově pro seniory, vybudování nového domova pro seniory v Ledči nad Sázavou nebo propojení dvou stávajících budov Sociálního centra ve Světlé nad Sázavou (domova pro seniory, domova s pečovatelskou službou).

V horizontu pěti let bude zrealizována první varianta. Město má v úmyslu rozšířit stávající domov pro seniory o další sociální službu – domov se zvláštním režimem s kapacitou cca 24 míst (zejména pro lidi s Alzheimerovou chorobou a s jinými typy demencí). Domnívám se, že toto je vhodný způsob, jak zabezpečit plynulý přechod klientů v případě zhoršení zdravotního stavu. Dále však považuji za důležité, aby i v domovech pro seniory, při kterých není v současné době zřízena služba domova se zvláštním režimem, bylo předpokládáno, že demence je běžná zdravotní komplikace seniorské populace, a bylo to zohledněno při péči o tuto cílovou skupinu. Demence přináší celou řadu specifických potřeb klienta a zařízení sociálních služeb, které se specializuje na poskytování péče seniorům, na ně musí být schopno reagovat, a to bez ohledu na typ poskytované služby. Této problematice se dotýká i zpráva ombudsmana z roku 2015, ve které se mj. uvádí, že výskyt demence by neměl vést k ukončování sociální služby, nýbrž k přizpůsobením specifickým potřebám klientely (Veřejný ochránce práv, 2015).

Pokud zvážím další dvě varianty, přikláním se k poslední zmíněné alternativě – zřízení nového pobytového zařízení pro seniory v Ledči nad Sázavou. Podle mého názoru je toto řešení lepší z hlediska dostupnosti služby a zároveň z hlediska ekonomické náročnosti pro město Světlá nad Sázavou.

Z výzkumu vyplynulo, že hlavními poskytovateli sociálních služeb na vybraném území jsou Sociální centrum Světlá nad Sázavou a Oblastní charita Havlíčkův Brod. Všechny služby poskytované charitou nejsou plně využívány, např. vyvstala otázka problematiky paliativní péče, jejíž využití v ORP je nulové. Charita poskytuje domácí hospicovou péči

jako odlehčovací službu a neshledává problém v rozšiřování její kapacity. Proto si myslím, že by bylo vhodné oslovit tuto organizaci pro případnou spolupráci, než zřizovat paliativní péči ve Světlé nad Sázavou. Jedním z důvodů je mimo jiné i personální a finanční náročnost. Na daném území zároveň není dostatek lékařů, kteří by byli schopni tyto služby personálně zabezpečit.

Dle prognózy se výzkum zaměřuje pouze na seniory vyššího věku, ale z výzkumu vyplynula i potřeba řešit problematiku rodičů samoživitelů, kteří jsou nejvíce ohroženi chudobou, a dále nepodceňovat problematické oblasti spojené s rodinou. Narůstá počet dětí s poruchami pozornosti s hyperaktivitou a výchovnými problémy. Pracovníci sociálního odboru by ocenili ambulanci etopeda, dětského psychologa a pracovníky rodinné mediace.

Ve městě není dořešena bytová otázka pro nepřizpůsobivé občany. Chápu, že cílem města je mít platicí nájemníky, kteří byty nezdevastují. Městské byty jsou poskytovány jako tzv. rozjezdové byty, byty pro samoživitele, ale také pro seniory.

V současné době je záměrem vedení města kumulovat problémové lidi na jedno místo. S tímto stanoviskem nesouhlasí odbor sociálních věcí. V tomto případě bych vedení města také zásadně oponovala. Rovněž zahraniční zkušenosti dokladují zhoubnost této filozofie. Domnívám se, že vznikne sociálně vyloučená lokalita, a město tak bude řešit řadu dalších problémů, jako je např. zvýšený výskyt sociálně patologických jevů a závislostí (gamblerství, alkoholismus, zneužívání drog) a problém zvyšující se kriminality. Lidé v této lokalitě se začnou přizpůsobovat podmínkám sociálního vyloučení a osvojí si vzorce chování, které jsou často v rozporu s hodnotami většinové společnosti. S tím souhlasí Švec (2009), který dále uvádí, že návyky získané adaptací na život v sociálním vyloučení pak těmto lidem znemožňují být úspěšní ve většinové společnosti, ztrácí (či ani nezískávají) hodnotové žebříčky středostavovského občana orientovaného na kariérní vzestup a úspěch, což je znovu a znovu uzavírá v pasti sociálního vyloučení. Z této pasti se pak lidé těžko dostávají bez pomoci někoho dalšího.

Také se domnívám, že by bylo vhodné posílit oblast prevence před sociálním vyloučením. Ve městě chybí noclehárna (1 – 2 lůžka, byt) pro akutní případy, se kterými je třeba krátkodobě pracovat. Není tím myšleno zřídit ubytovnu, kde se budou kumulovat

problémové osoby, ale zajistit těmto lidem potřebné sociální poradenství a pomoc. V případě, že budou chtít dále zůstat na území Světelska, byla by jim zajištěna podpora sociálního pracovníka. S jeho podporou by měli směřovat do bytu s ubytovací smlouvou, dále pak do bytu s nájemní smlouvou s klauzulí spolupráce sociálního pracovníka nebo správce bytu a poté až posledním krokem by byl byt s nájemní smlouvou, který je již v kompetenci města.

Problémy, se kterými se komunikační partneři střetávají, spatřují mnohdy v samotném zákoně o sociálních službách. Je příliš široká nabídka jednotlivých typů registrovaných sociálních služeb s drobnými rozdíly. Dotazovaní komunikační partneři navrhuji sloučení služeb, např. služby pro rodinu, které by zaštiťovaly sociálně aktivizační služby, služby rané péče, nízkoprahová zařízení pro děti a mládež, azylový dům pro matky s dětmi a občanskou poradnu. Dále navrhuji sloučit služby pro seniory, které by zahrnovaly pečovatelskou službu, osobní asistenci, hospicovou a ošetrovatelskou péči.

V souvislosti s touto problematikou spatřuji zároveň slabou stránku v propojení zdravotně sociální péče, ať už v poskytování, nebo vzájemné spolupráci mezi jednotlivými zařízeními. V mnohých sociálních službách mají zdravotní sestry nezastupitelnou funkci, avšak organizacím vznikají problémy s financováním těchto pracovníků. Významným krokem v propojení sociální a zdravotní péče bylo ustanovení zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, který stanovil, že poskytovatel sociálních služeb je povinen zajistit zdravotní péči osobám, kterým poskytuje pobytové služby v týdenních stacionářích, v domovech pro osoby se zdravotním postižením, v domovech pro seniory a v domovech se zvláštním režimem. Tato péče je poskytována formou zvláštní ambulantní péče. Podle Průši (2009a) lze však v této souvislosti vytknout skutečnost, že nebylo vytvořeno žádoucí "zrcadlo" mezi sociální péčí poskytovanou ve zdravotnických zařízeních a zdravotní péčí poskytovanou v pobytových zařízeních sociálních služeb. Negativně je nutno hodnotit především to, že zdravotnická zařízení, která poskytují služby ústavního charakteru, nejsou povinna se registrovat, a plnit tak všechny povinnosti, které poskytovatelům sociálních služeb zákon ukládá. Dále podle zákona č. 109/2006 Sb., kterým se mění některé zákony v souvislosti s přijetím zákona o sociálních službách, uzavírají Všeobecná zdravotní pojišťovna a ostatní zdravotní pojišťovny za účelem zajištění věcného plnění při poskytování

ošetřovatelské a rehabilitační zdravotní péče pojištěncům umístěným v zařízeních sociálních služeb s pobytovými službami zvláštní smlouvu s těmito zařízeními, pokud o uzavření této smlouvy zařízení sociálních služeb požádá a současně prokáže, že tato péče bude poskytována na základě ordinace ošetřujícího lékaře jejich zdravotnickými pracovníky, kteří jsou způsobilí k výkonu zdravotnického povolání (Průša, 2009a).

Výše uvedenými skutečnostmi bych navázala na oblast financování. Odpovědi se prolínaly s otázkou na problémy, se kterými se aktéři setkávají při poskytování sociálních služeb.

Komunikační partneři shodně uvedli, že financování jejich sociálních služeb probíhá vícezdrojově. MPSV uvádí ve své Národní strategii rozvoje sociálních služeb na rok 2015, že současný systém financování je s ohledem na demografický vývoj, nároky uživatelů a stále rostoucí náklady poskytovatelů služeb dlouhodobě neudržitelný. Také Průša (2013) považuje stávající systém financování služeb sociální péče (a tedy i systém péče o příjemce příspěvku na péči) za neefektivní. Jak autor dále zmiňuje, je tomu tak zejména z důvodu závislosti poskytovatelů sociálních služeb na výši přiznaných dotací ze státního rozpočtu v důsledku tzv. "cenové regulace" výše úhrady za pobyt a stravu v pobytových a ambulantních zařízeních a za jednotlivé úkony v rámci terénních sociálních služeb ze strany státu a v důsledku dlouhodobého tunelování systému sociálních služeb ze strany zdravotních pojišťoven, které kryjí náklady na poskytování ošetřovatelské a rehabilitační péče v pobytových zařízeních pouze z cca 20 %.

Komunikační partneři si stěžují na podhodnocování finančních plánů. Při nároku na dotaci je brán v potaz finanční plán z předchozího roku, který byl samozřejmě tlačen na minimum. Cítí nejistotu, zda jim budou vyplaceny potřebné dotace na daný rok. Také Průša (2011) zdůrazňuje, že závislost na poskytnutí dotace brání samotnému rozvoji sociálních služeb, a je proto zapotřebí změny orientovat tak, aby byla tato závislost poskytovatelů na dotacích ze státního rozpočtu nebo z rozpočtu zřizovatele odstraněna.

Komunikační partneři dále poukazují na nedostatečné platové ohodnocení osob pracujících v sociálních službách a přetrvávající rozdíly mezi platovým ohodnocením pracovníků v sociálních službách a zdravotnických pracovníků v sociálních službách. Na tento problém upozorňuje i MPSV ve své Národní strategii rozvoje sociálních služeb

na rok 2015. V ní se uvádí, že nedostatečné finanční ohodnocení má za následek vysokou fluktuaci pracovníků, nedostupnost odpovídající péče a znemožňování rozvoje potřebných sociálních služeb. Vzhledem k tomu, že v pomáhajících profesích je hlavní náplní pomáhat lidem, jsou na pracovníky v sociálních službách kladeny nemalé požadavky. Musí umět naslouchat, být empatičtí, trpěliví, mít komunikační dovednosti a odpovídající vzdělání. Prakticky denně se setkávají s bolestí, utrpením, s nespokojenými či agresivními klienty a jejich příbuznými, s nadměrnými požadavky na jejich osobu, jsou nuceni řešit nepříjemné situace a stále více se prát i s nutnou administrativní zátěží. I když se nároky na jejich práci zvyšují a zdravotní stav klientů služeb se zhoršuje, není jejich práce stále dostatečně oceněna.

Z hlediska financování vidí většina komunikačních partnerů do budoucna větší potřebnost zajištění péče o člověka v jeho domácím prostředí. Výhodu spatřují v menší ekonomické náročnosti za spoluúčasti rodinných příslušníků. Také většina seniorů si přeje žít ve svém přirozeném prostředí po co nejdelší dobu, a to i v případě zhoršení zdravotního stavu. Preferují setrvání v domácím prostředí za pomoci dětí, případně odborné instituce poskytující sociální péči (Průša, 2009b). Menší zájem o využití ambulantních či terénních služeb vidí Malíková (2011) v tom, že tyto druhy sociálních služeb ještě nepatří k zažitým způsobům řešení problémů, nicméně je patrné, že jejich využití bude narůstat. Osobně se domnívám, že dalším důvodem může být nedostatečná informovanost potenciálních klientů těchto služeb a jejich rodin.

Jelikož příspěvek na péči je nedílnou součástí financování sociálních služeb, zaměřila jsem se ve svém výzkumu na prognózu vývoje obyvatel, a tím způsobený nárůst výplaty příspěvku na péči. Tuto otázku jsem také začlenila do rozhovorů u čtyř komunikačních partnerů. Ti se shodli, že současný systém příspěvku na péči není vhodně legislativně nastaven. Namísto toho, aby se vyplacené příspěvky na péči vracely zpět do systému sociálních služeb, jsou často použity na léky, kompenzační pomůcky či vylepšení finanční situace. U dětí do 18 let je využití příspěvku na péči průkaznější, jelikož ve většině případů o dítě pečuje někdo z rodiny.

Dalším problémem, na který jsem při rozhovorech s klíčovými aktéry narazila, je problematika pečujících u osob se IV. stupněm závislosti. V případě takového druhu péče lze předpokládat, že se jedná o osobu imobilní a často dezorientovanou, a tudíž lze

výrazně pochybovat o tom, zda je pečující schopen zajistit péči současně s docházkou do zaměstnání. I tuto situaci lze řešit rozdělením péče mezi více lidí. V souvislosti s touto otázkou jsem dále narazila na problematiku zkrácených pracovních úvazků u pečujících osob. Zaměstnavatelé v dnešní době nejsou příliš ochotni takový druh pracovních vztahů akceptovat. V některých případech sice na možnost zkráceného pracovního úvazku zaměstnavatelé přistoupí, ale mohou mít tendenci rozšiřovat pracovní dobu prací přesčas, případně je množství pracovních úkolů téměř totožné s jejich množstvím při hlavním pracovním poměru, což vede k vypětí fyzických i psychických sil zaměstnance a pečující osoby zároveň. Víšek a Průša (2012) v této souvislosti uvádějí, že výplatu v peněžní formě by poskytovali pouze těm příjemcům, jimž byl přiznán příspěvek ve III., nebo IV. stupni závislosti a péči jim poskytuje rodinný příslušník nebo blízká osoba, která je v důsledku takto poskytované péče evidována buď jako nezaměstnaná osoba na úřadu práce, nebo jako osoba poskytující péči. Další otázkou, která v této oblasti vyvstává, je problém návratu pečujících osob zpět do pracovního procesu.

Oslovení komunikační partneři shodně uvedli, že by v problematice vyplácení příspěvku na péči viděli jako vhodnější variantu poskytování poukázek na službu u registrovaného poskytovatele, případně využívání kombinované varianty (poukázka a finanční hotovost). Shodují se tak s názorem Průši (2013), který navrhuje, že by u příjemců příspěvku v I. a II. stupni závislosti bylo vhodnější poskytovat poukázky na službu. Následně by pak registrovanému poskytovateli, u něhož si občan službu vybral, byla tato služba proplacena obcí s rozšířenou působností. Jako další eventualitu autor uvádí kombinovaný způsob výplaty příspěvku, kdy by byla jeho větší část vyplácena ve formě poukázek a zbytek ve finanční hotovosti.

Podle mého názoru je současný sociální systém financování sociálních služeb postaven na vysoké účasti státu a minimální zodpovědnosti účastníků. Chybí zde tlak na finanční účast rodinných příslušníků, případně i klienta samotného. Trendem české společnosti stále zůstává, že staří lidé si na službu nespoří. Za svého života rozdají úspory i majetek dětem s předpokladem, že je ve stáří zajistí. Inspirací by nám mohl být pojistný systém uplatňovaný v zahraničí. Např. MPSV ve své Studii proveditelnosti: Výběr a zdůvodnění optimální varianty financování sociálních služeb v ČR z roku 2015 navrhuje jako nejvýhodnější pojistný systém na sociální služby, kterým se inspiroval v Německu.

MPSV zde navrhuje mimo jiné zavedení povinného pojištění na sociální služby, které by bylo zavedeno jako doplněk ke stávajícímu zdravotnímu pojištění a pojištění na sociální zabezpečení, přičemž by bylo hrazeno obdobně jako tato dvě pojištění – za zaměstnance by povinně platili zaměstnavatelé, osoby samostatně výdělečně činné a osoby bez zdanitelného příjmu by platily dobrovolně.

Skrytý potenciál ke zvyšování kvality služeb vidím v doposud nedostatečném využití dobrovolnických center a dobrovolníků, a to zejména u pobytových služeb. Dobrovolníci organizace finančně nezatěžují a zároveň poskytovanou službu dokážou zkvalitnit a individualizovat. Za účelem získání většího množství informací bych navrhovala oslovit organizace, které mají v této oblasti dlouhodobé zkušenosti, např. Dobrovolnické centrum Fokusu Vysočina a Dobrovolnické centrum Oblastní charity Havlíčkův Brod. Mezi občany a organizacemi se stále vyskytuje nedůvěra a malá otevřenost vůči dobrovolnictví. Také Tošner se Sozanskou (2002) vidí jako hlavní bariéry rozvoje dobrovolnictví ze strany organizace nedůvěru v čestné motivy dobrovolníků, nedostatek informací o dobrovolnictví, úsudek, že u nás nejsou zájemci o dobrovolnictví, pasivitu při vyhledávání a získávání dobrovolníků, nedostatečné řízení činností dobrovolníků, nezájem o dobrovolníky, obavy z rizika úrazu, obavy ze zneužití klienta dobrovolníkem či pracovní vytíženost současných pracovníků. Mnohdy jsou sociální služby na vysoké úrovni materiální i prostorové, ale v oblasti uvažování a otevřenosti zaměstnanců poněkud zaostáváme. Podle mého názoru je třeba zapracovat na tom, aby zaměstnanci vnímali dobrovolníky, ale i příbuzné a ostatní blízké osoby klientů jako partnery, kteří jim pomohou, obohatí je a zvýší jejich rozhled. Mnohdy to může být obohacení oboustranné.

6 Závěr

V předkládané diplomové práci jsem se věnovala problematice dlouhodobé strategie rozvoje sociálních služeb na území obce s rozšířenou působností Světlá nad Sázavou do roku 2030.

Cílem práce bylo popsat aktuální situaci vybavenosti sociálních a navazujících služeb ve vybrané obci s rozšířenou působností, zpracovat prognózu vývoje obyvatel na daném území do roku 2030 a kvantifikovat získané poznatky z hlediska potřeby sociálních služeb v rozhovorech s klíčovými aktéry z oblasti sociálních a navazujících služeb.

Pro naplnění stanovených cílů byly zvoleny tyto výzkumné otázky: Jaká je stávající situace v poskytování sociálních služeb v ORP Světlá nad Sázavou? Odpovídá stávající nabídka služeb (co do kvantity, kvality, struktury) potřebám? Jaké jsou problémy související s vlastním poskytováním služeb? Jaké systémové změny je třeba učinit? Které služby bude třeba zřídit nebo rozšířit na území ORP Světlá nad Sázavou vzhledem k demografickému vývoji? Na jakou formu sociálních služeb by bylo vhodné se zaměřit? Jak je nastavené financování sociálních služeb a použití příspěvku na péči?

Za účelem získání informací o zkoumaném území jsem ve výzkumné části použila metodu případové studie, v rámci které jsem provedla sekundární analýzu dat. Dále jsem zjišťovala demografický vývoj obyvatel, k tomu jsem použila metodu populační prognózy - komponentní metodu. Na závěr jsem v rámci kvalitativního výzkumu použila polostrukturované rozhovory s vedoucími pracovníky jednotlivých oblastí sociálních služeb.

Z demografické prognózy vývoje obyvatel do roku 2030 nepředpokládám výrazné změny v celkovém počtu obyvatel, výrazná změna nastane u skupiny obyvatel starších 65 let. V roce 2014 zde žilo 3 515 obyvatel této věkové skupiny, do roku 2030 jejich počet vzroste téměř dvojnásobně na 6 950. Předpokládáme-li stejné rozložení vyplacených měsíčních dávek příspěvku na péči jako v letech 2014 – 2016, dojde pravděpodobně taktéž k dvojnásobnému zvýšení objemu těchto dávek ze 4 175 000 Kč na 7 118 444 Kč. S tím bude jistě souviset potřeba rozšíření stávajících kapacit poskytovaných sociálních služeb. Pro město Světlá nad Sázavou z toho vyplývá v budoucích 15 letech přijetí příslušných opatření v návaznosti na sociální politiku státu.

V současné době je na zkoumaném území kapacita ambulantních služeb prozatím dostačující. V případě terénních služeb je nedostačující kapacita v obou domech s pečovatelskou službou, které se na zkoumaném území nacházejí. V případě pobytových služeb pro seniory je současná kapacita alarmující. Vedení města si je této situace vědomo, a rozhoduje se mezi třemi možnými variantami řešení.

Také by bylo vhodné posílit oblast prevence před sociálním vyloučením a zároveň dořešit bytovou otázku pro nepřizpůsobivé občany na území ORP Světlá nad Sázavou. Z rozhovorů vplynuly myšlenky, jež doporučovaly kumulovat problémové občany na jedno místo. Lidé vyloučení do těchto lokalit však ztrácí přirozené kontakty v podobě sousedských a mezilidských vztahů. Problémy se hromadí a lidé se uzavírají v pasti sociálního vyloučení. Tato problematika vyžaduje čas a citlivé řešení.

Z rozhovorů s klíčovými aktéry vplynulo, že jim mnohdy samotnou práci v sociálních službách komplikují platná legislativní opatření. Nabídku jednotlivých typů sociálních služeb vnímají jako příliš širokou. Klient při změně své situace prochází v rámci jedné organizace několika sociálními službami s drobnými rozdíly, což způsobuje administrativní zátěž pro organizace a někdy i zbytečné psychické zatížení klienta. Navrhují sloučení některých typů sociálních služeb pro seniory a rodiny s dětmi.

V oblasti legislativy vyvstává další problém - propojení zdravotní a sociální péče. Současný systém financování sociálních služeb včetně vyplácení příspěvku na péči není vhodně nastaven. Do budoucna je potřeba snížit závislost poskytovatelů na dotacích ze státního rozpočtu nebo z rozpočtu zřizovatele.

Skrytý potenciál ke zvyšování kvality služeb vidím v doposud nedostatečném využití dobrovolnických center a dobrovolníků, palčivé je to zejména u pobytových služeb.

Problematika stárnutí obyvatel by se podle mého názoru měla řešit v samém prvopočátku, a to zaměřením na rodinnou politiku (státu, obce) jako takovou. Problémy české společnosti shledávám v rozpadu rodin a vnímání statusu manželství. Bylo by vhodné zaměřit se na posilování rodinných vazeb a mezigeneračních vztahů. Pokud rodina funguje jako celek, je do budoucna zapotřebí nižší míra podpory prostřednictvím státu. Proto má doporučení spočívat v zajištění péče o člověka v jeho domácím prostředí. Ve spolupráci s jeho blízkými lze pak využít podpory terénních a ambulantních služeb.

V tom spatřuji hlavní myšlenku do budoucích let. Pobytové služby by se měly využívat až v nejnnutnějším případě a spolupráce rodiny by měla být jejich nepostradatelnou součástí.

Informace byly získány od klíčových aktérů sociálních a navazujících služeb na daném území a zároveň bylo pracováno s demografickou prognózou vývoje obyvatelstva do roku 2030. Proto se domnívám, že by tato práce mohla sloužit jako zdroj informací k vypracování komunitního plánu rozvoje sociálních služeb pro zkoumaný region.

7 Seznam použitých zdrojů

1. ARNOLDOVÁ, A., 2015. *Sociální péče 1. díl. Učebnice pro sociální činnost*. Praha: GRADA, 240 s. ISBN 978-80-247-5147-4.
2. BOUKAL, P., 2013. *Fundraising pro neziskové organizace*. Praha: Grada. 264 s. ISBN 978-80-247-4487-2.
3. ČÁMSKÝ, P. et al., 2011. *Sociální služby v ČR v teorii a praxi*. Praha: Portál. 264. ISBN 978-80-262-0027-7.
4. ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD, 2004. *Populační prognóza ČR do r. 2050*. [online]. [cit. 2015-11-18]. Dostupné z:
<https://www.czso.cz/csu/czso/populacni-prognoza-cr-do-r2050-n-g9kah2fe2x>
5. ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD, 2013a. *Administrativní mapa správního obvodu ORP Světlá nad Sázavou*. [online]. [cit. 2016-02-27]. Dostupné z:
https://www.czso.cz/csu/xj/orp_svetla_nad_sazavou
6. ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD, 2013b. *Charakteristika SO ORP Světlá nad Sázavou*. [online]. [cit. 2016-02-27]. Dostupné z:
https://www.czso.cz/csu/xj/charakteristika_so_orp_svetla_nad_sazavou
7. ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD, 2013c. *Projekce obyvatelstva České republiky do roku 2100*. [online]. [cit. 2015-11-18]. Dostupné z:
<https://www.czso.cz/csu/czso/projekce-obyvatelstva-ceske-republiky-do-roku-2100-n-fu4s64b8h4>
8. ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD, 2015. *Počet obyvatel ve správních obvodech obcí s rozšířenou působností k 1. 1. 2015*. [online]. 4 s. [cit. 2016-02-27]. Dostupné z:
<https://www.czso.cz/documents/10180/28187046/1300721502.pdf/301342b3-2a9b-4b79-95ee-dea2d2bcaea7?version=1.1>
9. ČEVELA, R. et al., 2012. *Sociální gerontologie: Úvod o problematice*. Praha: Grada. 264 s. ISBN 978-80-247-3901-4.

10. Demografické informační centrum. *Prognózy a projekce*. [online]. [cit. 2016-02-05]. Dostupné z: http://www.demografie.info/?cz_prognozyobecne=
11. DVOŘÁČKOVÁ, D. *Kvalita života seniorů v domovech pro seniory*. Praha: Grada. 112 s. ISBN 978-80-247-4138-3.
12. EUROPEAN COMMISSION, 2011. *Communication from the Commission to the Parliament, the Council, the European Economic and Social Committee and the Committee of the Regions: A Quality Framework for Services of General Interest in Europe*. [online]. 14 s. [cit. 2016-03-07]. Dostupné z: http://ec.europa.eu/archives/commission_2010-2014/president/news/speeches-statements/pdf/20111220_1_en.pdf
13. EUROPEAN PARLIAMENT, 2010. *The Lisbon Strategy 2000 – 2010. An Analysis and Evaluation of the Methods Used and Results Achieved*. [online]. 274 s. [cit. 2016-03-04]. Dostupné z: <http://www.europarl.europa.eu/document/activities/cont/201107/20110718ATT24270/20110718ATT24270EN.pdf>
14. EUROPEAN UNION, 2015. Demography Report. *Short Analytical Web Note* 2015 (3). 54 s. ISBN 978-92-79-46611-3.
15. FISCHER, S., ŠKODA, J., 2014. *Sociální patologie: závažné sociálně patologické jevy, příčiny, prevence, možnosti řešení*. 2. vyd. Praha: Grada. 232 s. ISBN 978-80-247-5046-0.
16. HALÁSKOVÁ, R., 2013. *Význam standardizace sociálních služeb v době jejich liberalizace*. Praha: Výzkumný ústav práce a sociálních věcí. 137 s. ISBN 978-80-7416-118-6.
17. HAUKE, M., 2011. *Pečovatelská služba a individuální plánování: Praktický průvodce*. Praha: Grada. 136 s. ISBN 978-80-247-3849-9.
18. HENDL, Jan, 2008. *Kvalitativní výzkum. Základní teorie, metody a aplikace*. 2. vyd. Praha: Portál. 408 s. ISBN 978-80-7367-485-4.

19. HOLASOVÁ MALÍK V., 2014. *Kvalita v sociální práci a sociálních službách*. Praha: GRADA. 160 s. ISBN 978-80-247-4315-8.
20. HOLÁ, L. et al., 2013. *Mediace a možnosti využití v praxi*. Praha: GRADA. 512 s. ISBN 978-80-247-4109-3.
21. HYÁNEK, V. et al., 2007. *Neziskové organizace ve veřejných službách*. Brno: Masarykova univerzita. 293 s. ISBN 978-802-1044-234.
22. CHLOUPKOVÁ, S., 2013. *Jednání se zájemcem o službu sociální péče od A do Z*. Praha: GRADA. 128 s. ISBN 978-80-247-4678-4.
23. INTERNATIONAL LABOUR ORGANIZATION, 2015. Může si Evropa dovolit zdravotní a dlouhodobou péči pro své staré obyvatele? *In: Fórum sociální politiky 3/2012.6 (3)*, 29 s. ISSN: 1802-5854.
24. JEŘÁBKOVÁ, V., PRŮŠA L., 2013. *Příspěvek na péči*. Praha: Výzkumný ústav práce a sociálních věcí. 155 s. ISBN 978-80-7416-145-2.
25. KALIBOVÁ, K. et al., 2009. *Demografie (nejen) pro demografy*. 3. vyd. Praha: Sociologické nakladatelství (SLON). 241 s. ISBN 978-80-7419-012-4.
26. KANCELÁŘ VEŘEJNÉHO OCHRÁNCE PŘÁV, 2015. *Příspěvek na péči*. [online]. 90 s. [cit. 2016-02-03]. Dostupné z: <http://www.ochrance.cz/stiznosti-na-urady/chcete-si-stezovat/zivotni-situace-pro-blemy-a-jejich-reseni/prispevek-na-peci/>
27. KOPECKÝ, J., 2016. *Poslanci udělali krok ke zvýšení příspěvku na péči o deset procent*. [online].[cit. 2016-03-03]. Dostupné z:http://zpravy.idnes.cz/poslanci-udelali-krok-ke-zvyseni-prispevku-na-peci-o-deset-procent-1di /domaci.aspx?c=A160126_150322_domaci_kop
28. KRÁLOVÁ, J., RÁŽOVÁ E., 2012. *Sociální služby a příspěvek na péči k 1. 7. 2012: komentář, právní předpisy*. 4. vydání. Olomouc: ANAG. 463 s. ISBN 978-80-7263-748-5.

29. KREBS, V., PRŮŠA, L., 2011. Financování sociálních služeb - teoretická východiska a skutečnost. In: *Sborník z mezinárodní konference Veřejná ekonomika a správa 2011*. Ostrava: Vysoká škola báňská – Technická univerzita. IBN 978-80-248-2465-9.
30. KREBS, V. et al., 2015. *Sociální politika*. 6. vydání. Praha: Wolters Kluwer 568 s. ISBN 978-80-7478-921-2.
31. KRETSCHMEROVÁ, T., ŠIMEK, M., 2004. *Projekce obyvatelstva České republiky do roku 2050*. Demografie. 46 (2), 91-99 s. ISSN 0011-8265.
32. MALÍKOVÁ, E., 2011. *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*. Praha: Grada. 328 s. ISBN 978-80-247-3148-3.
33. MATOUŠEK, O., 2011. *Sociální služby: Legislativa, ekonomika, plánování, hodnocení*. Praha: Portál. 200 s. ISBN 978-80-262-0041-3.
34. MATOUŠEK, O. et al., 2012. *Základy sociální práce*. 3. vydání. Praha: Portál. 310 s. ISBN 978-80-262-0211-0.
35. MERTL, J., 2007. *Přístupy k hodnocení efektivnosti sociálních služeb v národním hospodářství: syntéza teoretických východisek a konceptů*. Praha: Výzkumný ústav práce a sociálních věcí. 48 s. ISBN 978-80-87007-72-3.
36. MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ, 2008. *Národní program přípravy na stárnutí na období let 2008 až 2012* [online]. [cit. 2016-01-28]. Dostupné z: <http://www.mpsv.cz/cs/5045>
37. MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ, 2010. *Vybrané statistické údaje o financování sociálních služeb a příspěvku na péči*. [online]. 90 s. [cit. 2016-02-15]. Dostupné z: http://www.mpsv.cz/files/clanky/9198/Analyza_fin_SS.pdf
38. MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ, 2013. *Priority rozvoje sociálních služeb pro období 2009 – 2012*. [online]. 26 s. [cit. 2015-12-07]. Dostupné z: http://www.mpsv.cz/files/clanky/7759/Priority_rozvoje_soc_sluzeb.pdf

39. MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ, 2015a. *Národní strategie rozvoje sociálních služeb na rok 2015*. [online]. 60 s. [cit. 2016-02-12]. Dostupné z: <http://www.mpsv.cz/files/clanky/21192/NSRSS.pdf>
40. MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ, 2015b. *Politika přípravy na stárnutí v ČR 2015. Ageing Policy in the Czech Republic*. [online]. 52 s. [cit. 2016-02-12]. Dostupné z: http://www.mpsv.cz/files/clanky/24024/Brozura_starnuti_screen.pdf
41. MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ, 2015c. *Příspěvek na péči*. [online]. [cit. 2016-01-03]. Dostupné z: <https://portal.mpsv.cz/soc/ssl/prispevek>
42. MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ, 2015d. *Senioři a politika stárnutí: Příprava na stárnutí v České republice*. [online]. [cit. 2016-02-11]. Dostupné z: <http://www.mpsv.cz/cs/2856>
43. MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ, 2015e. *Studie proveditelnosti: Výběr a zdůvodnění optimální varianty financování sociálních služeb v ČR*. [online]. 198 s. [cit. 2016-02-15]. Dostupné z: http://www.mpsv.cz/files/clanky/22707/Studie_financovani_soc_sl.pdf
44. MINISTERSTVO PRÁCE, SOCIÁLNÝCH VĚCÍ A RODINY SLOVENSKEJ REPUBLIKY, 2014. *Národný program aktívneho starnutia na roky 2014 – 2020*. [online]. 73 s. [cit. 2016-01-13]. Dostupné z: <https://www.employment.gov.sk/sk/ministerstvo/rada-vlady-sr-prava-seniorov/narodny-program-aktivneho-starnutia-roky-2014-2020.html>
45. MIRKIN, B., WEINBERG B. M., 2001. United Nations Population Bulletin. *The Demography of Population Ageing*. [online]. Special Issue Nos. 42/43, 41 - 48s. [cit. 2016-03-29]. Dostupné z: http://www.un.org/esa/population/publications/bulletin42_43/weinbergmirkin.pdf
46. MOLEK, J., 2009. *Marketing sociálních služeb*. Praha: Výzkumný ústav práce a sociálních věcí. 163 s. ISBN 978-80-7416-026-4.

47. MOLEK, J., 2011. *Řízení sociálních služeb: vybrané problémy*. Praha: Výzkumný ústav práce a sociálních věcí. 254 s. ISBN 978-80-7416-083-7.
48. NEDĚLNÍKOVÁ, D., 2008. *Metodická příručka pro výkon terénní sociální práce*. [online]. Ostravská univerzita v Ostravě. 201 s. [cit. 2016-02-15]. Dostupné z: http://projekty.osu.cz/metakor/dok/met_prirucka_tsp.pdf
49. PALÁT, M. et al., 2014. *Socioekonomická demografie: Socioeconomic demography*. Brno: Mendelova univerzita v Brně. ISBN 978-80-7509-103-1.
50. PERLÍN, R. et al., 2015. *Strategický plán Světla nad Sázavou: Období 2016 – 2026*. [online]. 64 s. [cit. 2016-02-27]. Dostupné z: http://www.svetlans.cz/VismoOnline_ActionScripts/File.ashx?id_org=16051&id_dokumenty=8581
51. PILÁT, M., 2015. *Komunitní plánování sociálních služeb v současné teorii a praxi*. Praha: Portál. 200 s. ISBN 978-80-262-0932-4.
52. PROCHÁZKA, R. et al., 2014. *Teorie a praxe poradenské psychologie*. Praha: Grada. 256 s. ISBN 978-80-247-4451-3.
53. PRUDKÁ, Š., 2015. *Sociální služby pro seniory v kontextu sociální politiky*. Praha: Wolters Kluwer. 236 s. ISBN 978-80-7478-839-0.
54. PRŮŠA, L., 2006. *Model optimálního uspořádání sociálních a zdravotních služeb na regionální úrovni*. Praha: Výzkumný ústav práce a sociálních věcí. 53 s. ISBN 80-870-0736-0.
55. PRŮŠA, L., 2007. *Ekonomie sociálních služeb*. 2. vydání. Praha: ASPI. 179 s. ISBN 978-807-3572-556.
56. PRŮŠA, L. et al., 2009a. *Poskytování ošetrovatelské a rehabilitační zdravotní péče uživatelům pobytových sociálních služeb v pobytových zařízeních sociálních služeb a v lůžkových zdravotnických zařízeních*. Praha: Výzkumný ústav práce a sociálních věcí. 87 s. ISBN 978-80-7416-030-1.

57. PRŮŠA, L. et al., 2009b. *Poskytování sociálních služeb pro seniory a osoby se zdravotním postižením*. Praha: Výzkumný ústav práce a sociálních věcí. 244 s. ISBN 978-80-7416-048-6.
58. PRŮŠA, L., 2009c. Projekce potřeby služeb sociální péče do roku 2025. *FÓRUM sociální politiky*. 3 (5), 21-24 s. ISSN 1802-5854.
59. PRŮŠA, L., 2011. Vývoj vybavenosti regionů službami sociální péče pro seniory a osoby se zdravotním postižením. *Kontakt - časopis pro ošetřovatelství a sociální vědy ve zdraví a nemoci*. 13 (2). 157 – 165 s. ISSN 1212-4117.
60. PRŮŠA, L., 2013. *Ekonomická efektivita a zajišťování péče o příjemce příspěvku na péči*. Praha: Výzkumný ústav práce a sociálních věcí. 63 s. ISBN 978-80-7416-120-9.
61. PRŮŠA, L., 2014. *Stárnutí populace a optimalizace sociálních služeb*. [online]. 9 s. [cit. 2015-12-30]. Dostupné z: <http://kdem.vse.cz/resources/relik14/sbornik/download/pdf/69-Prusa-Ladislav-paper.pdf>
62. PRŮŠA, L. et al., 2014. *Alchymie nepojistných sociálních dávek*. Praha: Wolters Kluwer. 276 s. ISBN 978-80-7478-528-3.
63. PRŮŠA, L., 2015. Důsledky stárnutí populace na potřebu služeb sociální péče do roku 2030. *Demografie, revue pro výzkum populačního vývoje*. 57 (3). 231 – 244 s. ISSN 0011-8265.
64. REICHEL, J., 2009. *Kapitoly metodologie sociálních výzkumů*. Praha: Grada. 184 s. ISBN 978-80-247-3006-6.
65. SKŘIVÁNKOVÁ, M., 2010. *Sociální politika: Učební a metodický materiál pro program Sociální činnost v prostředí etnických minorit*. 2. vydání. Praha: Evangelická akademie – Vyšší odborná škola sociální práce a střední odborná škola. 132 s.
66. SURYNEK, A. et al., 2001. *Základy sociologického výzkumu*. Praha: Management Press. 160 s. ISBN 80-7261-038-4.

67. ŠVEC, J., 2009. *Příručka pro sociální integraci*. Praha: Úřad vlády pro sociální začleňování – odbor pro sociální začleňování v romských lokalitách. 24 s. ISBN 978-80-7440-014-8.
68. TOMEŠ, I., 2010. *Úvod do teorie a metodologie sociální politiky*. Praha: Portál. 439 s. ISBN 978-80-7367-680-3.
69. TOMEŠ, I., 2011. *Obory sociální politiky*. Praha: Portál. 368 s. ISBN 978-80-7367-868-5.
70. TOŠNER, J., SOZANSKÁ, O., 2002. *Dobrovolníci a metodika práce s nimi v organizacích*. Praha: Portál. 149 s. ISBN 80-717-8514-8.
71. UNITED NATIONS, 2013. *World Population Ageing 2013*. [online]. 95 s. [cit. 2016-02-15]. Dostupné z:
<http://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/ageing/WorldPopulationAgeing2013.pdf>
72. UNITED NATIONS DEPARTMENT OF ECONOMIC AND SOCIAL AFFAIRS, 2008. *World Population Prospects The 2008 Revision*. [online]. 87 s. [cit. 2016-03-15]. Dostupné z:
http://www.un.org/esa/population/publications/wpp2008/wpp2008_highlights.pdf
73. UNITED NATIONS, 2015. *World Population Ageing 2015*. [online]. 32 s. [cit. 2016-03-15]. Dostupné z:
http://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/ageing/WPA2015_Highlights.pdf
74. UNITED NATIONS POPULATION FOUND, 2012. *Ageing in the Twenty-First Century: A Celebration and A Challenge*. [online]. 192 s. [cit. 2016-03-15]. Dostupné z:
<http://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/Ageing%20report.pdf>
75. VEČEŘA, M., 2001. *Sociální stát - východiska a přístupy*. 2. vydání. Praha: Sociologické nakladatelství. 112 s. ISBN: 80-85850-16-8.

76. VEŘEJNÝ OCHRÁNCE PRÁV, 2015. *Domovy pro seniory a domovy se zvláštním režimem: Zpráva ze systematických návštěv veřejného ochránce práv.* [online]. 71 s. [cit. 2016-04-03]. Dostupné z:
http://www.ochrance.cz/fileadmin/user_upload/ochrana_osob/ZARIZENI/Socialni_sluzby/2015_Zprava_domovy_pro_seniory.pdf
77. VÍŠEK P., PRŮŠA L., 2012. *Optimalizace sociálních služeb.* Praha: Výzkumný ústav práce a sociálních věcí. 110 s. ISBN 978-80-7416-099-8.
78. VOSTATEK, J. et al., 2013. *Financování a nákladovost sociálních služeb: Pobytové a terénní služby sociální péče.* Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb. 103 s. ISBN 978-80-904668-7-6.
79. Vyhláška č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách, 2006. [online].[cit. 2015-11-16]. In: *Sbírka zákonů České republiky*, částka 164. Dostupné z: <http://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-505>
80. WILDMANNOVÁ, M., 2007. Postavení poskytovatelů v sociálních službách. *Aktuální otázky sociální politiky – teorie a praxe.* 2007 (1). s. 77 – 84. ISSN 1804-9095
81. WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2015. *World Report on Ageing and Health.* [online]. 260 s. [cit. 2016-01-05]. Dostupné z:
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186463/1/9789240694811_eng.pdf
82. Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, v platném znění, 2006. [online].[cit. 2015-11-16]. In: *Sbírka zákonů České republiky*, částka 37. Dostupné z: <http://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-108>

8 Seznam příloh

Příloha č. 1

Otázky pro rozhovory s komunikačními partnery

Příloha č. 2

Příloha rozhovoru č. 1: Sociální služby v ORP Světlá nad Sázavou

Příloha rozhovoru č. 2: Demografická prognóza ORP Světlá nad Sázavou

Příloha rozhovoru č. 3: Sociální služby

9 Seznam zkratk

ČSÚ	Český statistický úřad
MPSV	Ministerstvo práce a sociálních věcí
ORP	Obec s rozšířenou působností
OSN	Organizace spojených národů
OSSZ	Okresní správa sociálního zabezpečení
PnP	Příspěvek na péči
p. o.	Příspěvková organizace
s.r.o.	Společnost s ručením omezeným
t_p_x	pravděpodobnosti přežití
q_x	pravděpodobnost úmrtí

Příloha č. 1 – Otázky pro rozhovory s komunikačními partnery

KP 1

1. Jaké služby pro ORP Světlá nad Sázavou poskytujete? Jak dlouho pracujete na této pozici?
2. Jaká je kapacita Vaší služby? Kolik evidujete neuspokojených žádostí?
3. Tyto služby jsou v ORP Světlá nad Sázavou poskytovány (Příloha rozhovoru č. 1).
Odpovídá stávající nabídka služeb (co do kvality, kvantity, struktury) potřebě/poptávce?
4. S jakými problémy se nejčastěji střetáváte při poskytování služeb (např. ve vztahu k ostatním organizacím, zájemcům...)? Jaká systémová opatření by bylo třeba přijmout k zlepšení situace?
5. Spolupracuje Vaše zařízení s dobrovolníky? V jakém zastoupení? Naplňuje jejich činnost Vaše představy?
6. Jaké systémové změny by dle Vašeho názoru měly nastat v ORP Světlá nad Sázavou s ohledem na demografické stárnutí? (Příloha rozhovoru č. 2)
7. Bylo by dle Vašeho názoru vhodné v ORP Světlá nad Sázavou zřídit nebo rozšířit některou z následujících služeb? (Příloha rozhovoru č. 3)
8. Která forma Vám v případě rozšiřování nebo zřízení nových služeb přijde vhodná a z jakého důvodu? terénní - ambulantní – pobytová
9. Jakým způsobem je financováno Vaše zařízení?

KP 2

1. Jaké služby pro ORP Světlá nad Sázavou poskytujete? Jak dlouho pracujete na této pozici?
2. Jaká je kapacita Vaší služby? Kolik evidujete neuspokojených žádostí?
3. Tyto služby jsou v ORP Světlá nad Sázavou poskytovány (Příloha rozhovoru č. 1).
Odpovídá stávající nabídka služeb (co do kvality, kvantity, struktury) potřebě/poptávce?
4. S jakými problémy se nejčastěji setkáváte při poskytování služeb (např. ve vztahu k ostatním organizacím, zájemcům...)? Jaká systémová opatření by bylo třeba přijmout k zlepšení situace?
5. Jaké je zastoupení dobrovolníků z Vašeho dobrovolnického centra v ORP Světlá nad Sázavou? Je poptávka po dobrovolnících v rovnováze s nabídkou?
6. Jaké systémové změny by dle Vašeho názoru měly nastat v ORP Světlá nad Sázavou s ohledem na demografické stárnutí? (Příloha rozhovoru č. 2)
7. Bylo by dle Vašeho názoru vhodné v ORP Světlá nad Sázavou zřídit nebo rozšířit některou z následujících služeb? (Příloha rozhovoru č. 3)
8. Která forma Vám v případě rozšiřování nebo zřízení nových služeb přijde vhodná a z jakého důvodu? terénní - ambulantní – pobytová
9. Jakým způsobem je financováno Vaše zařízení?

KP 3

1. Jaké služby v sociální oblasti pro ORP Světlá nad Sázavou poskytujete? Jak dlouho pracujete na této pozici?
3. Tyto služby jsou v ORP Světlá nad Sázavou poskytovány (Příloha rozhovoru č. 1). Odpovídá stávající nabídka služeb (co do kvality, kvantity, struktury) potřebě/poptávce?
4. S jakými problémy se nejčastěji setkáváte při poskytování služeb (např. ve vztahu k ostatním organizacím, zájemcům...). Jaká systémová opatření by bylo třeba přijmout k zlepšení situace?
6. Jaké systémové změny by dle Vašeho názoru měly nastat v ORP Světlá nad Sázavou s ohledem na demografické stárnutí? (Příloha rozhovoru č. 2)
7. Bylo by dle Vašeho názoru vhodné v ORP Světlá nad Sázavou zřídit nebo rozšířit některou z následujících služeb? (Příloha rozhovoru č. 3)
8. Která forma Vám v případě rozšiřování nebo zřízení nových služeb přijde vhodná a z jakého důvodu? terénní - ambulantní – pobytová
9. Jakým způsobem jsou financovány služby v ORP Světlá nad Sázavou?
10. Pokud byste měl vyjádřit procenty, jak je použit PnP na nákup sociálních služeb, jaké číslo by to bylo? Jakým způsobem jsou podle vašeho názoru nejčastěji použity finance vyplácené na PnP?
11. Myslíte si, že by bylo vhodné legislativně vyřešit kontrolu používání PnP?

KP 4

1. Jaké služby v sociální oblasti pro ORP Světlá nad Sázavou poskytujete? Jak dlouho pracujete na této pozici?
3. Tyto služby jsou v ORP Světlá nad Sázavou poskytovány (Příloha rozhovoru č. 1). Odpovídá stávající nabídka služeb (co do kvality, kvantity, struktury) potřebě/poptávce?
4. S jakými problémy se nejčastěji setkáváte při poskytování služeb (např. ve vztahu k ostatním organizacím, zájemcům...)? Jaká systémová opatření by bylo třeba přijmout k zlepšení situace?
6. Jaké systémové změny by dle Vašeho názoru měly nastat změny v ORP Světlá nad Sázavou s ohledem na demografické stárnutí? (Příloha rozhovoru č. 2)
7. Bylo by dle Vašeho názoru vhodné v ORP Světlá nad Sázavou zřídit nebo rozšířit některou z následujících služeb? (Příloha rozhovoru č. 3)
8. Která forma Vám v případě rozšiřování nebo zřízení nových služeb přijde vhodná a z jakého důvodu? terénní - ambulantní – pobytová
10. Pokud byste měl vyjádřit procenty, jak je použit PnP na nákup sociálních služeb, jaké číslo by to bylo? Jakým způsobem jsou finance vyplácené na PnP podle vašeho názoru nejčastěji použity?
11. Myslíte si, že by bylo vhodné legislativně vyřešit kontrolu používání PnP?

KP 5

1. Jaké služby v sociální oblasti pro ORP Světlá nad Sázavou poskytujete? Jak dlouho pracujete na této pozici?
2. Jaký je počet městských bytů? Jaký je v současné době počet neuspokojených žádostí? Jaká jsou kritéria pro přidělování městských bytů?
3. Tyto služby jsou v ORP Světlá nad Sázavou poskytovány (Příloha rozhovoru č. 1). Odpovídá stávající nabídka služeb (co do kvality, kvantity, struktury) potřebě/poptávce?
4. S jakými problémy se nejčastěji setkáváte při poskytování služeb (např. ve vztahu k ostatním organizacím, zájemcům...)? Jaká systémová opatření by bylo třeba přijmout k zlepšení situace?
6. Jaké systémové změny by dle Vašeho názoru měly nastat změny v ORP Světlá nad Sázavou s ohledem na demografické stárnutí? (Příloha rozhovoru č. 2) např. opravy, navyšování počtu bytů
9. Jakým způsobem jsou technické a bytové služby financované?

KP 6

1. Jaké služby pro ORP Světlá nad Sázavou poskytujete? Jak dlouho pracujete na této pozici?
3. Tyto služby jsou v ORP Světlá nad Sázavou poskytovány (Příloha rozhovoru č. 1).
Odpovídá stávající nabídka služeb (co do kvality, kvantity, struktury) potřebě/poptávce?
4. S jakými problémy se nejčastěji setkáváte při poskytování služeb (např. ve vztahu k ostatním organizacím, zájemcům...)? Jaká systémová opatření by bylo třeba přijmout k zlepšení situace?
6. Jaké systémové změny by dle Vašeho názoru měly nastat v ORP Světlá nad Sázavou s ohledem na demografické stárnutí? (Příloha rozhovoru č. 2)
7. Bylo by dle Vašeho názoru vhodné v ORP Světlá nad Sázavou zřídit nebo rozšířit některou z následujících služeb? (Příloha rozhovoru č. 3)
8. Která forma Vám v případě rozšiřování nebo zřízení nových služeb přijde vhodná a z jakého důvodu? terénní - ambulantní – pobytová
10. Pokud byste měl vyjádřit procenty, jak je použit PnP na nákup sociálních služeb, jaké číslo by to bylo. Jakým způsobem jsou finance vyplácené na PnP podle vašeho názoru nejčastěji použity?
11. Myslíte si, že by bylo vhodné legislativně vyřešit kontrolu používání PnP?

KP 7

1. Jaké služby pro ORP Světlá nad Sázavou poskytujete? Jak dlouho pracujete na této pozici?
2. Jaká je kapacita Vaší služby? Kolik evidujete neuspokojených žádostí?
3. Tyto služby jsou v ORP Světlá nad Sázavou poskytovány (Příloha rozhovoru č. 1).
Odpovídá stávající nabídka služeb (co do kvality, kvantity, struktury) potřebě/poptávce?
4. S jakými problémy se nejčastěji setkáváte při poskytování služeb (např. ve vztahu k ostatním organizacím, zájemcům...)? Jaká systémová opatření by bylo třeba přijmout k zlepšení situace?
5. Jaké je zastoupení dobrovolníků z Vašeho dobrovolnického centra v ORP Světlá nad Sázavou? Je poptávka po dobrovolnících v rovnováze s nabídkou?
6. Jaké systémové změny by dle Vašeho názoru měly nastat změny v ORP Světlá nad Sázavou s ohledem na demografické stárnutí? (Příloha rozhovoru č. 2)
7. Bylo by dle Vašeho názoru vhodné v ORP Světlá nad Sázavou zřídit nebo rozšířit některou z následujících služeb? (Příloha rozhovoru č. 3)
8. Která forma Vám v případě rozšiřování nebo zřízení nových služeb přijde vhodná a z jakého důvodu? terénní - ambulantní – pobytová
9. Jakým způsobem je financováno Vaše zařízení?

Příloha č. 2

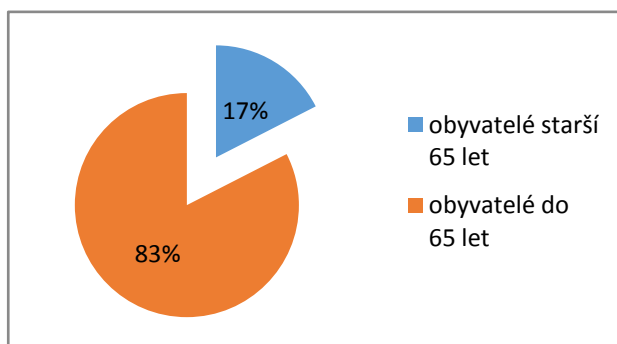
Příloha rozhovoru č. 1: Sociální služby v ORP Světlá nad Sázavou

Název sociální služby	Forma sociální služby	Typ sociální služby, funkce	Zřizovatel	
Domov pro seniory	pobytová	služba sociální péče	Město Světlá nad Sázavou	
Pečovatelská služba	terénní ambulantní	služba sociální péče		
Denní stacionář	ambulantní	služba sociální péče		
Pečovatelská služba	terénní ambulantní	služba sociální péče		
Centrum osobní asistence	terénní	služba sociální péče	Oblastní charita Havlíčkův Brod	
Chráněné bydlení Petrklíč v Ledči nad Sázavou	pobytová	služba sociální péče		
Centrum sociálních služeb Petrklíč – denní stacionář	ambulantní	služba sociální péče		
Sociálně terapeutická dílna Ledec nad Sázavou	ambulantní	služba sociální prevence		
Sociálně aktivizační služby pro rodiny s dětmi	ambulantní terénní	služba sociální prevence		
Nízkoprahové zařízení pro děti a mládež eNCéčko	ambulantní terénní	služba sociální prevence		
Charitní ošetřovatelská a pečovatelská služba	terénní	služba sociální péče		
Centrum denních služeb Barborka	ambulantní	služba sociální péče		Háta o. p. s.
Sociální rehabilitace	ambulantní terénní	služba sociální prevence		Fokus Vysočina
Sociálně terapeutická dílna	ambulantní	služba sociální prevence		
Chráněné bydlení	pobytová	služba sociální péče	Kraj Vysočina	
Domov Háj, p. o. – domov pro osoby se zdrav. postižením	pobytová	služba sociální péče		

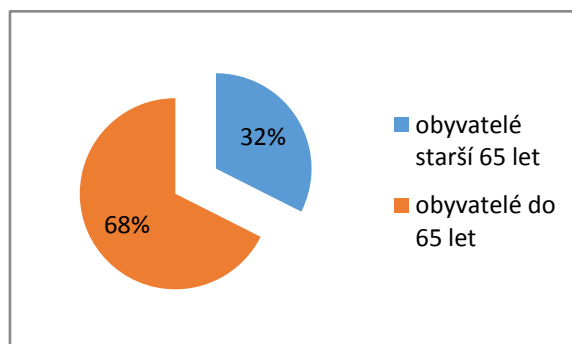
Příloha rozhovoru č. 2: Demografická prognóza ORP Světlá nad Sázavou

věk	Předpokládaný počet obyvatel v letech			
	2010-2014	2020	2025	2030
0-4	895	855	800	758
5-9	875	894	854	799
10-14	864	875	894	854
15-19	1018	864	875	894
20-24	1299	1018	864	874
25-29	1463	1298	1016	863
30-34	1435	1462	1297	1016
34-39	1576	1435	1461	1296
40-44	1317	1575	1434	1460
45-49	1382	1314	1571	1431
50-54	1446	1378	1311	1567
55-59	1585	1442	1375	1308
60-64	1445	1575	1433	1366
65-69	1161	1429	1557	1417
70-74	861	1138	1400	1526
75-79	675	837	1106	1360
80-84	501	642	795	1049
85-89	253	458	586	724
90-94	55	215	388	494
95-99	8	40	158	285
100-104	2	5	23	92
105-110	0	1	2	9

rozložení populace v roce 2014



předpoklad pro rok 2030



Příloha rozhovoru č. 3: Sociální služby

Zařízení sociálních služeb – rozdělení podle formy poskytování služby

Hospicová péče – domácí, pobytová

Ambulantní služby

centra denních služeb

denní stacionáře

noclehárny

sociálně terapeutické dílny

intervenční centra

sociálně aktivizační služby pro seniory a

osoby se zdravotním postižením

průvodcovské a předčitatelské služby

tlumočnické služby

kontaktní centra

pečovatelská služba

Terénní služby

zařízení následné péče

telefonická krizová pomoc

terénní programy

osobní asistence

tísňové péče – terénní

podpora samostatného bydlení

pracoviště rané péče

Pobytové služby

týdenní stacionáře

domovy pro osoby se zdravotním
postižením

domovy pro seniory

domovy se zvláštním režimem

chráněné bydlení

azylové domy

domy na půl cesty

terapeutické komunity

Ambulantní a terénní služby

nízkoprahová zařízení pro děti a mládež

nízkoprahová denní centra

pracoviště rané péče

tlumočnické služby

sociálně aktivizační služby pro rodiny

s dětmi

Ambulantní, terénní, pobytové služby

zařízení pro krizovou pomoc

odlehčovací služba

centra sociálně rehabilitačních služeb

