Poskytování sociálních služeb pro seniory a osoby se zdravotním postižením

závěrečná zpráva o řešení projektu
Analýza a prognóza potřeb poskytování sociálních služeb pro seniory a osoby se zdravotním postižením
ZVZ 209

VÚPSV, v.v.i. Praha
2010

Publikace byla schválena ediční vědeckou radou ve složení:

doc. Ing. Ladislav Průša, CSc. (VÚPSV, v.v.i. Praha)
Ing. Martin Holub, Ph.D. (VÚPSV, v.v.i. Praha)
Mgr. Miriam Kotrusová, Ph.D. (FSV UK Praha)
Ing. Robert Jahoda, Ph.D. (MU Brno)
Ing. David Prušvic, Ph.D. (MF ČR)
Ing. Jan Mertl, Ph.D. (VŠFS Praha)
Ing. Jan Molek, CSc. (JU České Budějovice)

Vydal Výzkumný ústav práce a sociálních věcí, v.v.i.
Praha 2, Palackého náměstí 4
jako svou 403. publikaci
Vyšlo v roce 2010 1. vydání, náklad 220 výtisků, počet stran 244
Tisk: VÚPSV, v.v.i.

Recenze: PhDr. Pavel Č á s l a v a (senátor, předseda Etické komise Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR)

prof. Ing. Vojtěch K r e b s , CSc. (Národohospodářská fakulta Vysoká škola ekonomická v Praze)

ISBN 978-80-7416-048-6

http://www.vupsv.cz

Abstrakt

Cílem předložené monografie je zpracovat analýzu a prognózu potřeby poskytování sociálních služeb pro seniory a osoby se zdravotním postižením. Zavedení nového systému financování sociálních služeb vytváří teoretické předpoklady pro nalezení optimální formy zabezpečení potřeb člověka v nepříznivé sociální situaci. Stárnutí populace bude vyžadovat věnovat této otázce soustavnou pozornost tak, aby potřeby těchto skupin obyvatelstva byly efektivně uspokojeny.

Klíčová slova: sociální služby; financování sociálních služeb; poskytování sociálních služeb; demografický vývoj; stárnutí populace; příspěvek na péči; dotace na sociální služby

Abstract

The aim of the monograph is submitted to process analysis and forecasts necessary for the provision of social services for the elderly and persons with disabilities. Of a new system of financing social services create conditions for finding the theoretical optimum form of the security needs of the individual in an unfavorable social situation. The aging population will need to pay constant attention to this issue so that the needs of these groups are effectively met.

Key words: social services; financing of social services; providing of social services; demographic development; care benefit; subsidies of social services

Obsah

Úvod 7

1. Vývoj vybavenosti okresů a krajů službami sociální péče pro staré a zdravotně postižené občany v letech 1995-2008 10
1.1 Doposud realizované analýzy 10
1.2 Faktory ovlivňující vybavenost regionů sociálními a zdravotními službami 10
1.3 Vyhodnocení vybavenosti jednotlivých regionů službami sociální péče pro seniory a osoby se zdravotním postižením v r. 2008 12
1.4 Charakteristika vybraných trendů ve vybavenosti jednotlivých regionů sociálními a souvisejícími zdravotními službami pro seniory a osoby se zdravotním postižením v letech 1995-2008 15

2. Analýza Národních strategií zdravotní a dlouhodobé péče 17
2.1 Zdravotní péče 17
2.2 Dlouhodobá péče 19

3. Prognóza potřeby sociálních služeb pro seniory a osoby se zdravotním postižením 23
3.1 Charakteristika hlavních výsledků Projekce obyvatelstva ČR do r. 2065 23
3.2 Analýza vývoje zdravotního stavu populace 26
3.3 Několik poznámek k problematice bydlení seniorů 30
3.4 Analýza příjemců příspěvku na péči a jeho využívání pro pořízení sociálních služeb 34
3.5 Mezinárodní komparace rozsahu poskytování služeb sociální péče pro staré občany 39
3.6 Projekce potřeby služeb sociální péče do r. 2025 44
3.6.1 Determinanty potřeby soc. služeb, limity a bariéry jejich rozvoje 44
3.6.2 Varianty projekce potřeby služeb sociální péče 46

4. Vyhodnocení terénních šetření 51
4.1 Terénní šetření mezi poskytovateli sociálních služeb 51
4.1.1 Koncepce šetření a okruh dotázaných 51
4.1.2 Základní charakteristiky zkoumaných organizací 52
4.1.3 Údaje o klientech zkoumaných organizací 65
4.1.4 Vybrané parametry určující dostupnost sociálních služeb pro jejich uživatele 77
4.1.5 Návaznost služeb a spolupráce mezi zařízeními, včetně otázky výskytu a řešení požadavků klientů na sociální služby, jejichž uspokojení organizace nezajišťuje 88
4.1.6 Nejčastější potíže dotázaných poskytovatelů sociálních služeb 95
4.2 Terénní šetření mezi zřizovateli sociálních služeb 101
4.2.1 Šetření mezi pracovníky krajských úřadů 101
4.2.2 Šetření mezi pracovníky obecních úřadů obcí s rozšířenou působností 114
4.3 Shrnutí výsledků terénních šetření 136

5. Návrhy opatření 141

Závěr 149

Literatura 153

Přílohy 159

Úvod

Sociální služby procházejí v posledních 20 letech řadou významných změn. Do života bylo uvedeno mnoho nových principů (např. demonopolizace, decentralizace, pluralizace financování a poskytování sociálních služeb, změna postavení člověka při poskytování sociálních služeb), v rámci II. fáze reformy veřejné správy byly zřizovatelské kompetence k zařízením sociálních služeb převedeny v naprosté většině případů do samosprávné působnosti jednotlivých krajů, na počátku roku 2006 schválila Poslanecká sněmovna Parlamentu po prakticky třináctiletém očekávání nový zákon o sociálních službách, který vstoupil v platnost 1. ledna 2007. Všechny tyto skutečnosti spolu se stárnutím populace opodstatňují nezbytnost věnovat pozornost otázkám analýzy a prognózy potřeb poskytování sociálních služeb pro seniory a osoby se zdravotním postižením. Důraz přitom byl kladen na podporu sociálních služeb podporujících život v domácím sociálním prostředí a péči v rodině, na zlepšení návaznosti sociálních a zdravotních služeb a na zvýšení efektivity financování dlouhodobé zdravotně sociální péče tak, aby získané poznatky mohly být využity jako podklad pro koncepci sociálních služeb a dlouhodobé péče.

Výzkumný ústav práce a sociálních věcí věnuje této problematice dlouhodobou pozornost, v rámci výzkumného záměru na léta 2004-2010 je výzkum v oblasti sociálních služeb (vedle problematiky sociální ochrany, rodinné politiky, trhu práce a příjmové a mzdové politiky) jedním z nosných témat.

V souladu se zadáním projektu bylo jeho cílem provedení analýzy a prognózy potřeb poskytování sociálních služeb pro seniory a osoby se zdravotním postižením. V rámci projektu byly získány:

- informace o dostupnosti a struktuře sociálních služeb pro seniory a osoby se zdravotním postižením na území České republiky a odhad jejich potřebnosti,
- informace o kvalitě sociálních služeb pro seniory a osoby se zdravotním postižením z hlediska standardů kvality sociálních služeb,
- informace o podpoře a službách pro osoby pečující o seniory a osoby se zdravotním postižením v jejich domácím prostředí.

Cílem projektu bylo rovněž předložit:

- návrh opatření na stimulaci a rozvoj terénních a ambulantních sociálních služeb podporujících život v přirozeném sociálním prostředí,
- odhad potřeby investic do pobytových sociálních služeb za účelem jejich individualizace a modernizace vč. zajištění jejich bezbariérovosti,
- návrh opatření na zajištění dostupnosti a návaznosti zdravotních a sociálních služeb včetně změny jejich financování a posílení odpovědnosti obce v této oblasti.

V souladu s vyhlášeným zadáváním výzkumného projektu byla pozornost zaměřena na tyto stěžejní problémové okruhy:

1. analýza vybavenosti jednotlivých regionů (krajů a okresů) sociálními službami pro seniory a občany se zdravotním postižením; součástí této analýzy je:
    - analýza struktury, kvality a dostupnosti sociálních služeb pro seniory a občany se zdravotním postižením v jednotlivých regionech (krajích a okresech) ČR,

- porovnání získaných výsledků se závěry předchozích studií, analýza vývojových trendů,
- analýza poptávky po sociálních službách pro seniory a občany se zdravotním postižením vč. souladu struktury služeb s potřebami jednotlivých skupin seniorů,

2. analýza Národních strategií zdravotní a dlouhodobé péče vybraných zemí EU na léta 2008-2010,
3. prognóza potřeby sociálních služeb pro seniory a osoby se zdravotním postižením, jejíž součástí je:
   - analýza demografického vývoje a změn ve struktuře populace do r. 2065 v ČR podle Projekce obyvatelstva ČR do r. 2065 (viz www.czso.cz),
   - analýza vývoje zdravotního stavu populace
   - analýza příjemců příspěvku na péči a analýza jeho využívání pro pořízení sociálních služeb,
4. provedení terénních šetření:
   - mezi zřizovateli (krajské úřady, vybrané obce s rozšířenou působností), které bylo zaměřeno na získání informací o vývoji poptávky po těchto službách a o souladu struktury nabízených služeb s potřebami jednotlivých skupin vč. osob s demencí,
   - poskytovateli sociálních služeb pro seniory a osoby se zdravotním postižením, které bylo zaměřeno na analýzu kvality materiálního, technického a personálního vybavení v souladu se standardy kvality sociálních služeb.

Na základě získaných poznatků byly koncipovány návrhy opatření na stimulaci a rozvoj terénních a ambulantních sociálních služeb podporujících život v přirozeném sociálním prostředí a návrhy opatření na zajištění dostupnosti a návaznosti zdravotních a sociálních služeb včetně posílení odpovědnosti obce v této oblasti. Na základě těchto dat byly rovněž provedeny odhady potřeby investic do pobytových sociálních služeb za účelem jejich individualizace a modernizace vč. zajištění jejich bezbariérovosti.

V návaznosti na stanovený cíl projektu byly uplatněny především tyto strategie a metody řešení:

- analýza statistických údajů charakterizujících vybavenost jednotlivých regionů (krajů a okresů) sociálně zdravotními službami pro seniory a poptávku po těchto službách,
- analýza příjemců příspěvku na péči a analýza jeho využívání pro pořízení sociálních služeb,
- analýza demografického vývoje podle údajů Projekce obyvatelstva do r. 2065,
- sekundární analýza literatury zaměřené na charakteristiku vývojových trendů při poskytování sociálních služeb pro seniory a osoby se zdravotním postižením vč. Národních strategií zdravotní a dlouhodobé péče vybraných zemích EU a na charakteristiku vývoje zdravotního stavu populace,
- terénní šetření mezi zřizovateli a poskytovateli sociálních služeb pro seniory a občany se zdravotním postižením.

Při realizaci těchto strategických a metodologických přístupů budou využity tyto výzkumné techniky:

- obsahová analýza odborné literatury, právních norem a programových dokumentů,
- analýza statistických pramenů,
- terénní šetření zaměřené na analýzu kvality materiálního, technického a personálního vybavení v souladu se standardy kvality sociálních služeb,
- matematické modelování jednotlivých alternativních návrhů a doporučení.

Projekt byl realizován v období od února do prosince 2009. Na jeho řešení participovali:

- doc. Ing. Ladislav Průša, CSc.
- Mgr. Pavel Bareš
- JUDr. Daniela Bruthansová
- Ing. Anna Červenková
- Mgr. Zdeňka Galetová
- Mgr. Jana Havlíková, Ph.D.
- Ing. Věra Jeřábková
- PhDr. Kateřina Kubalčíková, Ph.D.
- Mgr. Jana Lukavcová
- Marie Pechanová
- PhDr. Kamila Svobodová
- Marie Zikmundová

Při zpracování této monografie byly rovněž využity expertní studie, které na uvedené téma zpracovali:

- Ing. Jiří Horecký, prezident Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR,
- Ivana Bohatá, místopředsedkyně Asociace pečovatelské služby,
- doc. Ing. Lucie Kozlová, vedoucí katedry sociální práce a sociální politiky Zdravotně sociální fakulty Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích,
- Ing. Petr Víšek, výkonný ředitel SOCIOKLUBu.

1. Vývoj vybavenosti okresů a krajů službami sociální péče pro staré a zdravotně postižené občany v letech 1995-2008

Významnou pomůckou při hodnocení vývoje sociálních služeb jsou návrhy úrovně normativů vybavenosti jednotlivých regionů službami sociální péče. Tyto normativy byly zpracovány bývalým FMPSV v polovině 80. let,[1] do praxe však nebyly nikdy zavedeny, neboť existovaly obavy jejich zneužití v plánovací praxi jako nástroje neúměrného zatížení státního rozpočtu dlouhodobě dopředu. Z hlediska jejich využití jako orientačních nástrojů pro hodnocení dlouhodobých trendů v sociální oblasti je však potřebné tyto normativy ocenit, neboť představují až do dnešních dnů jediný srovnatelný pohled na kvantitativní úroveň sociálních služeb v jednotlivých územních celcích.

1.1 Doposud realizované analýzy

Poprvé byla analýza vývoje vybavenosti územních celků službami sociální péče pro staré a zdravotně postižené občany zpracována v polovině 90. let[2] (analyzovány byly údaje za r. 1995), důraz byl přitom položen na analýzu vybavenosti jednotlivých okresů místy v domovech důchodců, v domovech penzionech pro důchodce, v domech s pečovatelskou službou a dále pečovatelskou službou. V následujícím období byla provedena analýza vybavenosti regionů službami sociální péče realizována v r. 2002[3] (analyzovány byly údaje za r. 2000) a v r. 2006 (analyzovány byly údaje za r. 2005).[4] Tyto skutečnosti umožňují v současné době vedle prostého zhodnocení úrovně vybavenosti v jednotlivých regionech v r. 2008 rovněž ukázat, k jakým vývojovým a strukturálním změnám v jednotlivých regionech dochází a zda jsou tyto trendy např. v souladu s moderními trendy rozvoje sociálních služeb v evropských zemích, popř. zda jsou projevem promítnutí koncepčních záměrů do praktické činnosti jednotlivých regionálních orgánů a poskytovatelů sociálních služeb.

1.2 Faktory ovlivňující vybavenost regionů sociálními a zdravotními službami

Při hodnocení rozsahu poskytovaných sociálních služeb v jednotlivých regionech je nutno mít na zřeteli, že při hodnocení jejich vybavenosti nelze uplatňovat stejná hlediska na celém území, neboť je nutno brát v úvahu řadu objektivních charakteristik determinujících určité rozdíly vyplývající např.:

- z míry urbanizace,
- z věkové, kvalifikační, profesní a sociální struktury obyvatelstva na daném území,

---

[1] viz *Návrh normativů vybavenosti územích celků službami sociální péče.* Praha: FMPSV, 1987

[2] viz kolektiv. *Obce, města, regiony a sociální služby*. Praha: SOCIOKLUB, 1997. ISBN 80-902260-1-9

[3] blíže viz Průša, L. *Ekonomie sociálních služeb.* Praha: ASPI Publishing, 2003. ISBN 80-86395-69-3 - stěžejní závěry jsou uvedeny v příloze č. 1

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

- ze struktury osídlení jednotlivých územních celků, z velikosti obcí,
- z míry realizace tradičních funkcí rodiny v péči o staré občany,
- z nejrůznějších sociologických změn probíhajících ve společnosti, zejména rozpad vícegeneračního soužití rodin.[5]

Opomenout rovněž nelze dlouhodobou absenci jakékoliv koncepce rozvoje sociálních služeb, prvním koncepčním materiálem můžeme označit Bílou knihu v sociálních službách,[6] vliv střednědobých plánů rozvoje sociálních služeb na změnu struktury poskytovaných sociálních služeb ve smyslu Národního plánu rozvoje sociálních služeb je doposud pouze minimální.[7] V důsledku toho není stávající struktura forem sociální péče v jednotlivých krajích ani okresech výsledkem promítnutí deklarovaných koncepcí do praktického života, ale je výsledkem dlouholetého živelného vývoje v minulosti, kdy praxe v rámci svých možností a podle svého zájmu reagovala na nutnost zabezpečení potřeb starých a zdravotně postižených občanů (viz např. historie vzniku domů s pečovatelskou službou nebo rozvoj nových forem sociálních služeb - především služeb sociální prevence - v 90. letech).[8]

Systém financování sociálních služeb navíc konzervuje zpravidla existující rozdíly ve vybavenosti jednotlivých územních celků sociálními službami a tím se nevytváří dynamizující konkurenční prostředí. Změněné politické, ekonomické a společenské podmínky významným způsobem ovlivňují přístup zainteresovaných subjektů k této oblasti sociální ochrany obyvatelstva. Odlišný 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 MF přestalo poskytovat dotace na výstavbu domovů-penzionů pro důchodce, se kapacita těchto zařízení prakticky nezvýšila).[9]

Dřívější úvahy o tom, že zavedení příspěvku na péči přispěje k odstranění těchto problémů, se doposud nepotvrdily, neboť nově koncipovaný systém financování sociálních služeb - vč. služeb sociální péče pro staré a zdravotně postižené občany - je díky "cenové regulaci" maximální výše úhrady klienta za poskytované sociální služby ex ante závislý na poskytování dotací ze strany státu a zřizovatele, což - vzhledem k tomu, že na přiznání dotace není právní nárok - ve svém důsledku vede k další konzervaci existujícího stavu, ke stagnaci rozvoje zejména terénních služeb sociální péče a ve svém důsledku k tomu, že celý systém financování sociálních služeb je neefektivní.[10]

Z výše uvedených faktorů a hodnocení je tedy zřejmé, že jinak je potřebné hodnotit vybavenost zemědělských oblastí a městských aglomerací, jinak je třeba hodnotit vybavenost Prahy a ostatních velkých měst a jejich přilehlých aglomerací, jinak je nutno přistoupit k hodnocení vybavenosti např. horských a podhorských oblasti. Na druhou stranu je ovšem zřejmé, že ve vybavenosti jednotlivých okresů se odrážela celková pozornost a zájem, s nímž příslušné dřívější okresní úřady

---

[5] blíže viz Průša, L. *Optimalizace struktury forem sociální péče s přihlédnutím ke specifikům jednotlivých oblastí*, in Metody regionální demoekonomické analýzy a prognózy. České Budějovice: Dům techniky ČSVTS, 1987

[6] viz www.mpsv.cz

[7] viz *Národní plán rozvoje sociálních služeb 2009-2012*, www. mpsv.cz

[8] viz Kotíková, J. - Průša, L. - Vlach, J. *Regionální analýza zaměstnanosti, trhu práce a sociální péče*. Praha: VÚPSV, 2001

[9] viz Průša, L. *Ekonomie sociálních služeb.* Praha: ASPI Publishing 2007. ISBN 978-80-7357-255-6

[10] viz Průša, L. *Efektivnost financování sociálních služeb v domovech pro seniory.* Praha: VÚPSV, v.v.i. 2008. ISBN 978-80-7416-018-9

přistupovaly k zabezpečení potřeb občanů v této oblasti. Z tohoto pohledu má proto pouhé porovnání číselných hodnot bez znalosti těchto širších souvislostí pouze informativní charakter a je nutno ho chápat jen jako jedno z východisek pro analýzu optimální struktury forem sociální péče v jednotlivých regionech.

Při hodnocení vybavenosti regionů sociálními a vybranými souvisejícími zdravotními službami je nezbytné mít na zřeteli skutečnost, že stávající statistické podklady nejsou úplné:

- v oblasti poskytování sociálních služeb oficiální statistické podklady MPSV neumožňují charakterizovat např. intenzitu poskytování pečovatelské služby,[11]
- v oblasti zdravotní péče řada subjektů - především podnikatelského charakteru - nedává dlouhodobě souhlas s publikováním jakýchkoli údajů o rozsahu poskytovaných služeb.

1.3 Vyhodnocení vybavenosti jednotlivých regionů službami sociální péče pro seniory a osoby se zdravotním postižením v r. 2008

Kapacity jednotlivých služeb sociální péče pro seniory a osoby se zdravotním postižením v r. 2008 v jednotlivých krajích, vč. souvisejících zdravotnických služeb, jsou uvedeny v tabulce č. 1. Obdobné údaje za jednotlivé okresy jsou uvedeny v příloze č. 2.

Přes výše uvedené skutečnosti lze na základě podrobného rozboru oficiálních dat MPSV a ÚZIS o rozsahu poskytovaných sociálních a navazujících zdravotních služeb za r. 2008 při respektování faktorů ovlivňujících vybavenost regionů sociální a zdravotními službami vyslovit tyto stěžejní závěry [12]:

1. Vyšších hodnot vybavenosti místy v domovech pro seniory dlouhodobě dosahují zpravidla okresy, kde je "narušena" původní struktura osídlení a v důsledku toho zde neexistují úzké rodinné a příbuzenské svazky (viz např. okresy Příbram, Domažlice, Cheb) a horské, popř. podhorské regiony (viz např. okresy Jeseník, Prachatice, Most, Chomutov), zatímco nižší hodnoty vybavenosti jsou dosahovány zpravidla v okresech s vysokou mírou vzájemné rodinné solidarity a sounáležitosti (např. Břeclav, Hodonín, Vyškov, Znojmo, Olomouc) nebo v magistrátních městech (zejména hl. m. Praha, Plzeň a Brno); v těchto městech, stejně jako v některých dalších okresech (např. Plzeň-sever, Jablonec nad Nisou a Brno-venkov) je nízká úroveň ukazatelů vybavenosti, popř. absence těchto zařízení, způsobena zřejmě především nízkým zájmem potencionálních zřizovatelů o tyto formy péče o staré občany.

[11] statistika neumožňuje identifikovat, zda z celkového počtu 128 250 osob, jimž byla v r. 2008 poskytována pečovatelská služba, byla tato pomoc poskytována každý den (1x či vícekrát), několikrát v průběhu týdne či měsíce či dokonce pouze 1x ročně

[12] grafická vyjádření vybavenosti jednotlivých krajů a okresů sociálními službami pro seniory a osoby se zdravotním postižením jsou uvedeny v příloze č. 3-16

Tabulka č. 1 **Kapacita služeb sociální péče a souvisejících zdravotnických služeb pro seniory a osoby se zdravotním postižením v r. 2008**

	počet míst (klientů)										
	centra denních služeb	**denní stacionáře**	**týdenní stacionáře**	**domovy pro osoby se zdravotním postižením**	**domovy pro seniory**	**domovy se zvláštním režimem**	**chráněné bydlení**	**pečovatelská služba**	**osobní asistence**	**léčebny pro dlouhodobě nemocné**	**domácí zdravotní péče**
ČR	7 540	2 989	1 009	15 113	37 733	7 396	2 503	128 250	2 608	7 194	134 436
Hl. m. Praha	16	52	82	525	2 241	197	242	25 835	71	1 009	19 795
Středočeský	1 306	462	241	1 666	4 916	719	353	13 487	467	884	19 800
Jihočeský	45	38	118	765	2 877	395	131	8 561	26	415	9 138
Plzeňský	31	146	64	1 160	1 674	326	54	8 930	92	380	9 415
Karlovarský	30	143	22	631	905	184	21	4 494	156	453	7 473
Ústecký	0	136	77	2 043	4 311	816	156	4 792	21	477	5 156
Liberecký	251	106	84	347	888	355	87	5 063	385	59	15 106
Královéhradecký	83	166	37	770	2 143	247	63	4 157	118	458	4 428
Pardubický	0	97	18	869	2 192	209	161	5 330	82	186	8 494
Vysočina	108	250	44	642	2 197	399	10	6 008	108	505	8 168
Jihomoravský	4 200	132	50	1 495	3 059	1 774	67	18 727	145	363	4 190
Olomoucký	451	347	26	1 295	2 664	350	522	6 581	302	542	11 172
Zlínský	165	341	73	1 207	2 972	327	486	5 676	150	419	7 166
Moravskoslezský	854	573	73	1 698	4 694	1 098	150	10 609	485	1 044	4 935

Pramen: Statistická ročenka z oblasti práce a sociálních věcí 2007, MPSV, Praha 2008
Zdravotnická ročenka České republiky 2007, www.uzis.cz
Lůžková péče 2008, www.uzis.cz
interní údaje MPSV
vlastní propočty

2. Chybějící kapacity v domovech pro seniory nejsou saturovány ani péčí poskytovanou v léčebnách pro dlouhodobě nemocné ani v jiných pobytových, ambulantních a terénních zařízeních sociálních služeb pro seniory (domovy se zvláštním režimem, týdenní a denní stacionáře, centra denních služeb, pečovatelská služba), - hodnoty Pearsonova korelačního koeficientu, který charakterizuje míru závislosti mezi hodnocenými veličinami, ukazují, že:
   - mezi vybaveností jednotlivých okresů místy v domovech pro seniory a v léčebnách pro dlouhodobě nemocné v relaci na 1 000 osob starších 65 let existuje přímá úměra, hodnota Pearsonova korelačního koeficientu r = 0,2281 však ukazuje, že tato vazba je relativně slabá,
   - mezi vybaveností jednotlivých okresů místy v domovech pro seniory v relaci na 1 000 osob starších 80 let a počtem osob, jimž je poskytována pečovatelská služba v relaci na 1 000 osob starších 65 let, existuje nepřímá úměra, hodnota Pearsonova korelačního koeficientu r = - 0,0369 však ukazuje, že tato vazba je prakticky bezvýznamná,
   - mezi vybaveností jednotlivých okresů místy v pobytových zařízeních pro seniory a osoby se zdravotním postižením a počtem osob, jimž jsou poskytovány služby v ambulantních a terénních zařízeních v relaci na 1 000 osob starších 65 let, existuje nepřímá úměra, hodnota Pearsonova korelačního koeficientu r = -0,0553 však ukazuje, že rovněž tato vazba je prakticky bezvýznamná.
3. Počet neuspokojených žadatelů o umístění do domovů pro seniory není pomocným kritériem pro určení skutečné potřeby kapacit v těchto zařízeních, mezi těmito hodnotami existuje přímá vazba (tzn. že s rostoucí vybaveností regionů roste i relativní počet neuspokojených žadatelů), hodnota Pearsonova korelačního koeficientu r = 0,3179 ukazuje, že mezi těmito údaji existuje relativně slabší vazba.
4. Rozsah pečovatelské služby poskytované v domácnostech jednotlivých klientů je určitým způsobem determinován regionálním profilem regionu - zatímco nejvyšších hodnot dosahují zpravidla regiony s převažujícím rovinatým profilem (Hl. m. Praha a Jihomoravský kraj, okresy Písek, Brno-město, Břeclav, Hodonín), nejnižší hodnoty dosahují zpravidla regiony s převažujícím hornatým povrchem (kraje Ústecký a Královéhradecký), popř. okresy s relativně vyšší úrovní infrastruktury (okres Hradec Králové).
5. Ve vybavenosti jednotlivých krajů místy v léčebnách pro dlouhodobě nemocné existují značné rozdíly, mezi krajem s nejvyšší (kraj Karlovarský) a nejnižší vybaveností (kraj Liberecký) jsou cca třináctinásobné (v relaci na 1 000 osob starších 80 let). Tyto rozdíly jsou způsobeny mj. i tím, že - na rozdíl od domovů důchodců - se léčebny pro dlouhodobě nemocné nenacházejí ve 30 okresech republiky.
6. Chybějící kapacity v léčebnách pro dlouhodobě nemocné v jednotlivých regionech nejsou saturovány četnějším rozsahem poskytované domácí zdravotní péče, mezi hodnotami obou ukazatelů existuje přímá úroveň, z hlediska těsnosti závislosti podle Pearsonova korelačního koeficientu (r = 0,0579) se jedná o bezvýznamnou vazbu. Tato skutečnost svědčí o tom, že dostupnost některých segmentů zdravotní péče není stejnoměrná na celém území republiky, což je velmi závažný poznatek především z hlediska prevence sociálního vyloučení.
7. Na regionální úrovni nedochází k propojování sociálních služeb a zdravotní péče. Mezi vybaveností jednotlivých krajů domácí zdravotní péčí a pečovatelskou službou poskytovanou v relaci na 1 000 osob starších 65 let existuje přímá úměrnost, z

hlediska míry závislosti podle Pearsonova korelačního koeficientu (r = 0,3122) lze hovořit o relativně slabší vazbě.

8. Ve vybavenosti jednotlivých krajů místy v zařízeních pro zdravotně postižené občany existují značné rozdíly, které jsou pravděpodobně důsledkem živelného vývoje sociálních služeb v minulosti. Nejnižších hodnot dosahují ukazatele vybavenosti v Hlavním městě Praze, nejvyšších hodnot v Ústeckém kraji. Při hodnocení vybavenosti jednotlivých okresů těmito místy je velmi zajímavou skutečností, že nejvyšší vybavenost dosahuje okres Plzeň-sever, a to zejména z toho pohledu, že se v tomto okrese nenachází žádný domov pro seniory. Vzhledem k dlouhodobě vyšší úrovni státní dotace na lůžko v ústavech sociální péče v porovnání s domovy důchodců (do r. 2005) nelze vyloučit skutečnost, že péče o staré občany byla v tomto okrese zabezpečována v ústavech sociální péče.
9. Dříve provedené hodnocení geografické a finanční dostupnosti ukázalo, že ve všech krajích, v nichž byla relevantním rozlišujícím znakem kategorie "krajské město" (tj. všech krajích s výjimkou Hlavního města Praha a Středočeského kraje), byla právě v krajském městě dostupnost služeb nejvýraznější, ve většině krajů byla vyšší dostupnost především ve velkých městech (zpravidla bývalá okresní města), s rostoucí vzdáleností od těchto center se dostupnost služeb snižovala.[13]

1.4 Charakteristika vybraných trendů ve vybavenosti jednotlivých regionů sociálními a souvisejícími zdravotními službami pro seniory a osoby se zdravotním postižením v letech 1995 - 2008

Dlouholeté opakované hodnocení vývoje vybavenosti jednotlivých regionů sociálními službami umožňuje charakterizovat trendy, které by zhodnotily stěžejní vývojové trendy ve vybavenosti jednotlivých krajů a okresů. Vedle výše uvedených faktorů, limitujících tato hodnocení, je nutno zohlednit ještě tyto skutečnosti:

- změny v územně správním uspořádání, k němuž došlo s platností od 1.1.1996 (vznik nového okresu Jeseník), k 1.1.2000 (vznik nových krajů) a k 31.12.2001 (zrušení okresních úřadů),
- přijetí zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, který nově upravil některé typy služeb, resp. typy zařízení (vznik domovů pro osoby se zdravotním postižením a domovů se zvláštním režimem) nebo některé typy zařízení zrušil (domovy-penziony pro důchodce, domy s pečovatelskou službou), což tato zařízení vedlo k transformaci na jiné formy zařízení (zpravidla domovy pro seniory nebo chráněné bydlení).

Přes všechny tyto skutečnosti lze konstatovat, že[14]:

1. Ve struktuře vybavenosti na celorepublikové úrovni službami pro seniory nedošlo od r. 1995 k výrazným změnám z hlediska rozsahu péče v domovech pro seniory ani z hlediska rozsahu pečovatelské služby. Hodnotit změny ve struktuře a

[13] podrobněji viz Bareš, P. *Regionální dostupnost sociálních služeb*. Praha: VÚPSV, v.v.i. 2009. ISBN 978-80-7416-047-9

[14] grafická vyjádření vývoje vybavenosti jednotlivých krajů a okresů sociálními službami pro seniory a osoby se zdravotním postižením jsou uvedeny v příloze č. 17-24

dostupnosti dalších zařízení terénních a ambulantních služeb (zejména centra denních služeb, denní a týdenní stacionáře, chráněné bydlení a osobní asistence) je velmi obtížné, protože kapacita těchto zařízení nebyla před přijetím zákona o sociálních službách statisticky sledována, často pod názvy těchto forem péče (především stacionáře) byly chápány zcela jiné formy služeb.

2. Dílčí změny ve struktuře těchto forem péče v jednotlivých krajích od jejich vzniku v r. 2000 lze vysvětlit především nepřesnostmi ve vykazování počtu osob, jimž je poskytována pečovatelská služba, a změnami ve struktuře obyvatelstva v jednotlivých krajích.
3. Pokles vybavenosti jednotlivých krajů i většiny okresů místy v domovech pro seniory v r. 2008 v porovnání s r. 2005 a předchozími roky lze přisuzovat patrně transformaci části kapacit těchto zařízení na domovy se zvláštním režimem.
4. Změny, k nimž došlo ve vybavenosti jednotlivých okresů v letech 1995-2008 jsou objektivně vyšší, neboť zprůměrňování hodnot na úrovni krajů neumožňuje podchytit konkrétní změny v nižších regionálních celcích, a to jak z hlediska demografického, tak i z hlediska investičního.
5. Změny ve struktuře vybavenosti jednotlivých regionů službami pro zdravotně postižené nelze objektivně posoudit vzhledem k tomu, že přijetím zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, došlo k úpravě názvů jednotlivých typů zařízení. Dřívější ústavy sociální péče pro mládež a dospělé osoby, které byly diferencovány podle jednotlivých typů zdravotního postižení, byly transformovány na domovy pro osoby se zdravotním postižením, přičemž věková hlediska ani typ zdravotního postižení nejsou statisticky sledována.
6. Z prostého porovnání počtu míst v bývalých ústavech sociální péče pro dospělé a pro mládež v letech 1990-2005 s daty o počtu míst v domovech pro občany se zdravotním postižením v r. 2008 lze předpokládat, že i v těchto zařízeních byla část kapacity transformována na domovy se zvláštním režimem.
7. Dostupnost jednotlivých sociálních služeb je historicky determinována strukturou osídlení jednotlivých regionů.[15]

Na základě těchto hodnocení lze konstatovat, že současné evropské trendy projevující se v odklonu od péče poskytované v rezidenčních zařízeních k péči poskytované v přirozeném domácím prostředí jednotlivých klientů, se v naší zemi zatím patrně uplatňuje pouze ve velmi omezeném měřítku.

[15] viz Musil, J. *Regionální a místní formy sociálního vyloučení a jak jim čelit - problém vnitřních periférií v České republice.* in Sirovátka, T. *Sociální vyloučení a sociální politika.* Brno: Masarykova univerzita / Výzkumný ústav práce a sociálních věcí, 2006. ISBN 80-210-4225-7

2. Analýza Národních strategií zdravotní a dlouhodobé péče

Systémy sociální ochrany v členských státech EU jsou založeny na společných cílech, které zajišťují přístupnou, kvalitní a především finančně udržitelnou zdravotní i sociální péči. Téměř všechny národní zprávy o strategiích sociální ochrany a sociálního začleňování týkající se období 2008-2010 vycházejí z předchozích národních plánů z roku 2006. Zprávy z předchozích let ukázaly, že společné zvážení všech cílů a strategičtější i cílenější přístup k jejich naplnění zlepšuje účinnost politiky a veřejných výdajů především na podporu zdraví, prevenci nemocí, léčebnou péči a rehabilitaci.[16] Analýza demografického vývoje v Evropě upozorňuje na potenciální pokles podpory rodin starších osob a potenciální nárůst požadavků na tuto péči ze strany seniorů.[17]

2.1 Zdravotní péče

V oblasti zdravotní péče je hlavní výzvou pro země EU umožnit všem obyvatelům členských států přístup k vysoce kvalitní péči, která odráží nejnovější technologický pokrok a především udržitelnost této péče. Členské státy se zavázaly zaměřit se na snížení souvislostí mezi špatným zdravotním stavem a chudobou, nezaměstnaností a nízkou úrovní vzdělání. Hlavní politiky členských států jsou zaměřeny na zlepšení primární a preventivní péče, odstranění finančních, organizačních a jiných překážek v přístupu ke zdravotní péči.

Hlavním ukazatelem dostupnosti zdravotní péče je pojistné krytí. Většina členských států EU nabízí univerzální finanční krytí zdravotních a sociálních služeb pro veřejnost. Toto krytí se však netýká zpravidla celé populace, nezanedbatelný počet jednotlivců nemá vlastní pojištění nebo má zajištěnou jen omezenou péči na nejnutnější ošetření, do kterého nespadá např. zubní ošetření. To, že daná osoba není pojištěná, může být způsobeno např. ztrátou dokladů, neudělením občanství či trvalého pobytu na daném území, nezaregistrováním se u příslušných úřadů, administrativními překážkami při změně zaměstnání či při změně rodinného stavu. Zvláště ohroženi jsou dlouhodobě nezaměstnaní, kteří přišli o dávky sociálního zabezpečení, minority, bezdomovci, nelegální přistěhovalci a osoby žádající o azyl.

Všechny členské země se snaží zlepšit primární péči, zaměřenou na jednotlivce, přístup k péči, koordinaci této péče a udržitelnost zdravotních a sociálních služeb i s omezenými zdroji financování. Oblast primární péče musí být podporována tak, aby byl zajištěn dostatečný počet motivovaných zdravotních pracovníků, kteří budou provádět kvalitní podporu zdraví a prevenci nemocí, která vede ke snížení potřeby léčby a zlepšení finanční udržitelnosti.[18]

---

[16] viz Joint Report on Social Protection and Social Inclusion - Společná zpráva o sociální ochraně a sociálním začlenění v roce 2008 (příloha CS) přijaté Evropskou radou. Brusel 4. března 2008 [online] [cit. 2009-02-20] Dostupné z www: <http://register.consilium.europa.eu/pdf/cs/08/st07/st07274.cs08.pdf>.

[17] Comas-Herrera, A. - Wittenberg, R. - Pickard, L. and European long-term care finance study team: European Study of Long-Term Care Expenditure. In The Personal Social Services Research Unit Bulletin No. 14 June 2003 s. 28-29 © PSSRU 2000 ISSN 1350-4703

[18] viz Joint Report on Social Protection and Social Inclusion - Společná zpráva o sociální ochraně a sociálním začleněním v roce 2008 (příloha CS) přijaté Evropskou radou. Brusel 4. března 2008 [online] [cit. 2009-02-20]
Dostupné z www: <http://register.consilium.europa.eu/pdf/cs/08/st07/st07274.cs08.pdf>

Členské státy dále usilují o zlepšení účinnosti a efektivity zdravotní péče tím, že racionalizují náklady a zavádějí mechanismy sdílení nákladů. Toho lze dosáhnout pouze tehdy, pokud bude na celostátní úrovni podporována schopnost institucí monitorovat a regulovat soukromý a veřejný sektor poskytující kvalitní péči tak, aby byla vytvořena součinnost těchto institucí a zamezilo se duplicitě. Národní zprávy uvádějí, že členské státy vypracují a zavedou normy kvality nebo klinických pokynů, které zvýší bezpečnost zaměstnanců i pacientů především v preventivní péči a léčbě.[19]

Zajištění kvality péče je jedna ze základních součástí moderní zdravotní a dlouhodobé péče, pomocí níž se snaží členské státy zlepšit efektivnost výdajů, užívání moderních technologií a zajištění bezpečnosti zaměstnanců i pacientů. Podle provedených výzkumů se většina osob v EU na základě svých zkušeností či zkušeností svých známých domnívá, že kvalita péče v nemocnicích je na dobré úrovni. Lidé v EU jsou spokojeni se stomatologickou a chirurgickou péčí, dále s rodinnými a praktickými lékaři.

Kvalita zdravotní péče v EU se posuzuje také podle účinnosti preventivních programů, jako jsou vakcinace a screening maligních onemocnění. Ve všech členských zemích EU je zdarma poskytované očkování proti obrně, záškrtu, černému kašli a tetanu. Dalším měřítkem kvalitní péče v EU je screening rakoviny děložního čípku, prsu či jiných maligních onemocnění, které lze při včasné diagnostice úspěšně léčit. Mezi ukazatele kvalitní zdravotnické péče patří nejen pre- a postnatální péče, ale také bezpečnost pacientů v institucích.

Podpora zdravého životního stylu má přínos nejen pro jednotlivce, ale i pro celou společnost. Rehabilitační léčba je nezbytná a umožňuje pacientům dosáhnout opět maximální soběstačnost i schopnost pracovat tak, jak je to jen možné. Efektivní propagace rehabilitační péče vyžaduje existenci dobře zapracovaného a kvalifikovaného personálu a účinné použití informačních technologií. Příklad této péče lze nalézt na Slovensku ve městech Zavar a Banská Bystrica, kde pomocí investorů, obyvatel a pečujících pomáhají duševně nemocným a vážně postiženým příjemcům institucionální péče žít důstojně tak, jak je to jen možné. Ve městě Zavar sociální pracovníci pomocí léčebně-pečovatelských plánů navrhují terapii a rehabilitaci, přičemž se soustřeďují na osobní potřeby a umožňují pacientům aktivně se podílet na místních aktivitách.[20]

Kvalita zdravotních a sociálních služeb je závislá na finanční udržitelnosti výdajů. Dostupná data naznačují, že zdravotní výdaje na osobu se v posledních letech soustavně zvyšují ve všech členských státech EU. Průměrné výdaje se v roce 2006 v porovnání s r. 1980 zvýšily 5x. Získané údaje přitom naznačují, že vyšší úmrtnost je spojená s nižšími výdaji na zdravotní a sociální péči na jednoho obyvatele v dané zemi. Financování zdravotnictví v členských zemích je závislé na stanovené procentní částce z HDP a na míře soukromých výdajů obyvatel. Economic Policy Committee odhadují, že se veřejné výdaje do r. 2050 zvýší o dalších zhruba 1,6 procentního bodu z HDP v důsledku stárnutí obyvatel, k nimž bude nutné přidat další 0,4 %, pokud se výdaje na zdravotní péči zvyšují rychleji než národní příjmy.[21]

---

[19] viz Joint Report on Social Protection and Social Inclusion - Společná zpráva o sociální ochraně a sociálním začlenění v roce 2009 (příloha CS) přijaté Evropskou radou. Brusel 13. března 2009, [online] [cit. 2009-02-20] Dostupné z www: <http://ec.europa.eu/employment_social/spsi/docs/social_inclusion /2009/cons_pdf_cs_2009_07503_1_cs.pdf>

[20] viz Long-term Care in the European Union. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities, 2008. 16 s. ISBN 978-9279-09572-6

[21] viz Joint Report on Social Protection and Social Inclusion - Společná zpráva o sociální ochraně a sociálním začleněním v roce 2008 (příloha CS) přijaté Evropskou radou Brusel. 4. března 2008 [online] [cit. 2009-02-20] Dostupné z www: <http://register.consilium.europa.eu/pdf/cs/08/st07/st07274.cs08.pdf>

2.2 Dlouhodobá péče

Hlavním důvodem růstu poptávky po službách dlouhodobé péče je vyšší průměrná délka života a výskyt invalidity a závislosti. Členské státy pohlíží na dlouhodobou péči jako na nové sociální riziko a jsou odhodlány k ní zajistit téměř všeobecný přístup. Kvalitní sociální služby se snaží členské státy zajistit udržitelnou kombinací veřejných a soukromých zdrojů financování. Mnoha zemím však dosud chybí udržitelné smíšené financování, kde soukromé zdroje mohou pocházet ze soukromého zdravotního pojištění (často doplňkové pojištění nebo pojištění pro skupiny s vysokým příjmem) nebo z plateb poukazovaných domácnostem.[22]

V rámci Evropské unie existují různé definice dlouhodobé péče. Například OECD definuje dlouhodobou péči jako "průřezové" politické téma, které spojuje řadu služeb pro osoby, které dlouhodobě potřebují pomoc se základními každodenními aktivitami (ADLs). Prvky dlouhodobé péče zahrnují rehabilitaci, základní zdravotnické služby, domácí ošetřování, sociální péči, bydlení a služby jako přeprava, stravování, zaměstnanecké a zplnomocňující aktivity a také pomoc s "Instrumental Activities of Daily Living" (IADLs). Do těchto činností je zařazena příprava jídla, nákup potravin a věcí osobní potřeby, lehké domácí práce, užívání telefonu, atd. V některých zemích je dlouhodobá péče spojována se zdravotní politikou jako např. preventivní opatření, aktivní stárnutí, podpora samostatnosti, sociální pomoc nebo paliativní péče. Dále se liší názory na hodnocení "závislosti" a jejího krytí, na způsoby finanční či věcné podpory pro instituce nebo jednotlivce a jeho rodinu.[23]

Obecný trend v dlouhodobé péči směřuje od institucionální péče (s výjimkou těžce postižených) spíše k domácí a komunitní pečovatelské službě. Pro dosažení tohoto cíle je požadována spolupráce mezi národní, regionální a místní samosprávou a konstruktivní spolupráce se soukromým a dobrovolným sektorem. Příkladem je Německo, které např. zajišťuje osobám propuštěným z nemocnic následné služby v domácím prostředí či komunitě pomocí přidělení "case managers". Další příklad nalezneme v České republice ve městě Česká Lípa, kde díky komunitnímu plánování mají rozvinuté denní krátkodobé nemocniční služby pro lidi s demencí. Denní centrum je financováno místními úřady a je otevřeno pro starší a podporuje péči v domácím prostředí.[24]

Výzkumy zaměřené na kvalitu poskytovaných služeb dlouhodobé péče odhalily různou úroveň nespokojenosti a nedostatků. Stížnosti se týkaly od nepřiměřeného ubytování a nedostatku soukromí v ošetřovatelských domovech až po zbytečné užívání omezovacích prostředků. Tyto stížnost vedly členské státy k úpravě legislativních předpisů, které zavedly vysoké standardy péče. Velmi náročné je hodnotit kvalitu různých dlouhodobě poskytovaných služeb v celé EU, a to jak pro poskytování péče ve formální oblasti (nemocnice, pečovatelské domy), tak především v neformálním prostředí - domovy klientů. OECD klasifikuje různé indikátory kvality dle struktury

[22] viz Joint Report on Social Protection and Social Inclusion - Společná zpráva o sociální ochraně a sociálním začleněním v roce 2009 (příloha CS) přijaté Evropskou radou Brusel. 13. března 2009, [online] [cit. 2009-02-20] Dostupné z www: <http://ec.europa.eu/employment_social/spsi/docs/social_inclusion/2009/cons_pdf_cs_2009_07503_1_cs.pdf>

[23] viz Národní zpráva o strategiích sociální ochrany a sociálního začleňování na léta 2008 -2010, Česká republika. 2009 Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR, Praha, 1. vyd. ISBN 978-80-86878-93-5 také [online] [cit. 2009- 06- 18] Dostupné z www: <http://ec.europa.eu/employment_social/spsi/docs/social_inclusion/2008/nap/czech_cz.pdf>

[24] viz Long-term Care in the European Union. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities, 2008. 16 s. ISBN 978-9279-09572-6

zařízení (zaměstnanecký podíl či velikost místnosti), dle metodiky poskytování služeb a výsledků, stejné indikátory kvality však nelze použít při hodnocení neformální péče.[25]

Národní vlády se zaměřují na zlepšování kvality různými měřitelnými způsoby. Některé (např. Nizozemsko, Slovensko) používají kvalitativní akreditované měření, spojené s monitorovacími systémy (např. Kypr, Německo, Řecko, Francie a Nizozemsko). Další země (např. Německo, Lucembursko) užívají jednoduché směrnice založené na základní lékařské evidenci. Prevenci regionálních nerovností v poskytování dlouhodobé péče a hodnocení pacientských potřeb regionálními a místními úřady provádí mnoho dalších zemí (např. Česká republika, Německo, Estonsko, Španělsko, Švédsko, Lotyšsko, Litva, Slovensko, Anglie).

Kvalitu domácí péče např. v Německu zajišťují pomocí podpůrných schémat. Proto osoba pečující má nárok na příjem, dále má naturální výhody, penzijní příspěvky, ochranu úrazovým pojištěním, výcvikové kurzy a školení. Dále je rozvíjena respidní péče, která pečujícím osobám pomáhá odpočinout si od dlouhodobé péče o své blízké. Zákon podněcuje vývoj vnitřního kontrolního managementu v pečovatelských institucích v kombinaci s vnějšími kontrolami v souladu s celostátními kontrolními směrnicemi.

V Portugalsku po dlouhodobých reformách bude péče poskytována pomocí širokého okruhu multidisciplinárních služeb jako např. jednotka rekonvalescence, jednotka střednědobé rehabilitace, dlouhodobá a udržovací jednotka, paliativní jednotka péče, denní centra a jednotky podporující funkční nezávislost, propouštěcí tým, integrovaný navazující pečovatelský tým a týmy komunitní podpory paliativní péče. Takto vytvořená síť bude kontinuitní mezi základní komunitní a nemocniční péčí. Flexibilita systému umožní přizpůsobit se různým potřebám po celé zemi.

Další iniciativy jsou zaměřené na zlepšení koordinace péče zvláště mezi zdravotní a sociální sférou (např. Španělsko, Francie, Irsko, Lucembursko, Litva, Polsko, Portugalsko), nově se budou používat návrhy na hodnocení pomocí multidisciplinárních týmů a ošetřovatelských plánů v řadě dalších zemí (např. UK, Irsko, Belgie, Dánsko, Německo, Estonsko, Španělsko, Švédsko, Slovensko, Finsko, Litva, Portugalsko, Itálie). V České republice představili, jak lze zajistit efektivní financování zdravotní a sociální péče v institucích - směrnice jsou stanoveny centrálně, ale stupeň koordinace a kooperace je přenesený na místní úřady a zařízení.[26] Dobrý příklad z praxe lze nalézt v geriatrickém a doléčovacím oddělení v liberecké nemocnici, která se zaměřují na psychosociální stimulaci a terapii a také na tradiční léčbu a rehabilitaci. Zvláštní pozornost je věnována na sociální práci, která ulehčuje pacientům návrat do jejich domovů nebo do systému sociálních služeb. Tam, kde domácí péče není vhodná, sociální pracovníci pomohou umístit pacienty buď v lékařském zařízení (hospic nebo centrum rehabilitace) nebo v centrech sociálních zařízení jako např. sanatorium nebo chráněné bydlení v souladu s jejich potřebami.

Švédsko nedávno představilo systém, který umožňuje lidem vybrat si, kde by rádi přijímali jejich dlouhodobou zdravotní péči. Mohou si vybrat mezi privátním poskytovatelem služeb domácí péče a institucí. Aby zajistili pacientům opravdovou volbu, musí mít lidé přístup k dostatku informací o alternativních poskytovatelích a dostupných službách. Jeden z návrhů pojednává o možnosti užívat virtuální konto

[25] viz Long-term Care in the European Union. European Commission - Brussel [online] [cit. 2009-07-14] Dostupné z www: <http://ec.europa.eu/employment_social/news/2008/apr/long_term_care_en.pdf>.

[26] toto tvrzení má zjevně politicko propagační charakter, provedená šetření ukazují, že existující způsob financování sociálních služeb v ČR je vysoce neefektivní - viz Průša, L. *Efektivnost financování sociálních služeb v domovech pro seniory*. Praha: VÚPSV, v.v.i. 2008. ISBN 978-80-7416-018-9

k nákupu péče, zaměstnávání asistentů, nebo platit za osobní služby vyhovující jeho specifickým potřebám.

Financování dlouhodobé péče zrcadlí různé tradice a priority jednotlivých zemí, mezi něž patří sociální pojištění (Německo, Lucembursko, Španělsko), daně (skandinávské země a Lotyšsko), průzkum majetkových poměrů nebo testování příjmů (Anglie, Kypr) a smíšené financování kombinující zdroje z pojištění, daní a institucí zodpovědných za poskytování a koupi služeb dlouhodobé péče (Belgie, Francie, Řecko). Mnoho zemí jako Kypr, Estonsko a Irsko zavádějí poplatky za dlouhodobou péči. Dlouhodobá péče by neměla vést k chudobě nebo finanční závislosti, a proto v EU existují různé varianty, jak snížit přímé náklady na individuální dlouhodobou péči. Mezi tyto varianty patří např. poplatky určené dle výše příjmů, finanční pomoc a sociální dávky pro starší, závislé, postižené a chronicky nemocné, státní garance pokrytí dlouhodobé péče pro nízkopříjmové domácnosti či státní podpora při užití soukromých služeb.

Členské státy EU očekávají v budoucnosti nedostatek pracovních sil v oblasti dlouhodobé péče. Práce v sociálních a zdravotních službách je velmi náročná na odbornou způsobilost a celoživotní vzdělávání. Vlády se podporou a vzděláváním pracovníků i rodinných a neformálních pečovatelů snaží zvýšit zájem o tuto profesi a tím také umožnit osobám odkázaným na péči zůstat v rezidenčním nebo komunitním prostředí, které lidé upřednostňují před ústavní péčí, přestože do ústavní péče plyne v mnoha zemích více než polovina veřejných výdajů. Některé země (Polsko, Litva, Estonsko) se snaží zlepšit pracovní podmínky a zabránit specializovanému personálu v odchodu do zahraničí.

Vhodná podpora neformální péče je nezbytná a může zahrnovat školení, poradenství, finanční podporu, asistenci či respidní péči. K hlavním formám podpory neformální péče v EU patří:

- finanční pomoc - (Rakousko, Česká republika, Německo, Estonsko, Dánsko, Maďarsko, Francie, Španělsko, Slovensko, Finsko, Itálie, Irsko, Švédsko),
- daňové kredity a výjimky (Španělsko, Německo, Řecko, Francie, Lucembursko),
- pracovní volno za účelem péče o příbuzné (Rakousko, Španělsko, Finsko, Německo, Nizozemsko),
- zformování pečovatelského statusu a zakomponování jej do sociálních systémů.[27]

Národní vlády zkouší různé způsoby, jak řešit očekávaný nárůst poptávky po službách dlouhodobé péče především proto, že počet mužů a žen schopných poskytovat neformální péči se snižuje právě tak, jako se zvyšuje počet závislých starších osob. Současný trend směřuje k menším rodinám a ke zvýšení výskytu osamělých rodičů, a tím redukuje okruh schopných osob poskytovat neformální péči.[28]

Všechny vlády obecně souhlasí s tím, že poskytování dlouhodobé péče v domácím prostředí je prioritou více než poskytování institucionální péče. Proto členské státy musí učinit následující opatření:

- řešit očekávaný deficit kvalifikovaného personálu,

[27] podrobněji viz Long-term Care in the European Union. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities, 2008. 16 s.

[28] viz Social protection and social inclusion 2008: EU indicators. Commission Staff Working Document. European Commission, 2009. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities. ISBN 978-92-79-10155-7 také [online] [cit. 2009-06-18] Dostupné z www: <http://ec.europa.eu/employment_social/spsi/docs/social_inclusion/2008/omc_monitoring_en.pdf>.

- rozvoj a udržitelnost veřejných a soukromých zdrojů financování,
- zajištění efektivní koordinace různých systémů dlouhodobé péče,
- realizovat princip univerzálního přístupu k dlouhodobé péči.[29]

Podrobnější charakteristiky systémů zdravotní a dlouhodobé péče ve vybraných zemích Evropské unie jsou uvedeny v příloze č. 25.

[29] viz Long-term Care in the European Union. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities, 2008. 16 s. ISBN 978-9279-09572-6

3. Prognóza potřeby sociálních služeb pro seniory a osoby se zdravotním postižením

Před několika týdny byla představena Projekce obyvatelstva České republiky do r. 2065.[30] Tato skutečnost je příležitostí k aktualizování všech dopadů, které může mít očekávaný vývoj počtu obyvatel mj. i na všechny sociální systémy. Zatímco dopady do oblasti důchodového pojištění jsou dlouhodobě diskutovány a jejich kvantifikace je otázkou především standardních pojistně matematických propočtů, o dopadech stárnutí populace na oblast sociálních služeb se diskutuje pouze okrajově a žádné komplexní studie, které by kvantifikovaly dopad stárnutí populace na potřebu sociálních služeb v naší zemi doposud nebyly zpracovány.

Je zřejmé, že zpracování této prognózy je determinováno působením mnoha faktorů - na zřeteli je nutno mít všechny faktory ovlivňující rozsah potřeby sociálních služeb, opomenout nelze stěžejní koncepční materiály charakterizující žádoucí koncepční změny v této oblasti. Přitom je třeba brát v úvahu, že působení řady faktorů je velmi obtížné kvantifikovat, velmi obtížně lze predikovat možné změny právního stavu a filozofických koncepcí a přístupů k poskytování sociálních služeb.

3.1 Charakteristika hlavních výsledků Projekce obyvatelstva ČR do r. 2065

Projekce obyvatelstva byla - tak jako poslední projekce z r. 2003 - zpracována ve třech variantách - v nízké, ve střední a ve vysoké. Pro další propočty bude využívána střední varianta projekce, která je považována a prezentována jako nejpravděpodobnější. Cílem projekce je nastínit hlavní směry očekávaného budoucího populačního vývoje v naší zemi a ukázat na změny ve věkovém složení obyvatelstva.

Vzhledem k tomu, že pro odhad potřeby služeb sociální péče je nezbytné věnovat pozornost především vývoji počtu osob v poproduktivním věku, bude stěžejní pozornost věnována charakteristikám bezprostředně ovlivňujícím vývoj počtu osob v této věkové skupině. Z tohoto pohledu je nezbytné věnovat zejména pozornost vývoji úmrtnosti.

Podle projekce je po celé sledované období do r. 2065 očekáván růst střední délky života při narození. Úroveň dosažená v r. 2008 (tj. 74,0 let u mužů a 80,1 let u žen) překonala odhad pro tento rok i z vysoké varianty předchozí projekce z r. 2003, nicméně očekávané hodnoty pro r. 2065 jsou podle názoru autora velmi optimistické až nereálné.

[30] viz *Projekce obyvatelstva České republiky do r. 2065*. [online] [cit. 2009-06-18] Dostupné z www: http://www.czso.cz/csu/2009edicniplan.nsf/p/4020-09

Tabulka č. 2 **Vývoj střední délky života při narození podle Projekce obyvatelstva ČR do r. 2065** (střední varianta projekce)

rok	muži	ženy
2008	74,0	80,1
2009	74,2	80,3
2010	74,5	80,6
2020	77,0	82,8
2030	79,5	85,1
2040	81,5	86,8
2050	83,5	88,4
2065	86,5	91,0

Pramen: Projekce obyvatelstva České republiky do r. 2065, www.czso.cz

Z porovnání vývoje úmrtnosti v jednotlivých věkových skupinách vyplývá, že výraznější zlepšení úrovně úmrtnosti je očekáváno u mužů ve věku nad 60 let a u žen starších 80 let, což bude mít bezprostřední dopad na potřebu sociálních i zdravotních služeb.

Celkový počet obyvatelstva by se podle projekce měl zvyšovat až do r. 2030, kdy by měl dosáhnout úrovně 10 908 tis. osob, poté by se měl soustavně snižovat až na úroveň 10 666 tis. k 31. prosinci 2065. Přitom ve struktuře obyvatelstva bude po celé období docházet k významným změnám:

- počet osob do 14 let i jejich podíl na celkovém počtu osob by se měl do r. 2021 zvyšovat (z 1 480 tis. v r. 2009 na 1 683 tis. v r. 2021, resp. z 14,1 % na 15,6 %), poté by se měl až do r. 2039 snižovat na 1 397 tis. (12,8 %), následně by měl do r. 2053 růst až na 1 511 tis. (14,0 %) a následně až do konce prognózovaného období by měl klesat na 1 404 tis. (13,2 %),
- počet i podíl osob ve věku 15-64 let by měl do r. 2024 klesat (ze 7 431 tis. v r. 2009 na 6 888 tis., resp. ze 71,0 % na 63,4 %), následně by se měl krátkodobě zvýšit na 6 914 tis. v r. 2028 (63,4 %), aby až do r. 2059 výrazně klesal až na úroveň 5 757 tis. osob (53,4 %), následně do konce sledovaného období by se měl zvýšit na 5 850 tis. (54,9 %),
- počet a podíl osob starších 65 let se bude prakticky po celé období výrazně zvyšovat (z 1 556 tis. v r. 2009 na 3 559 tis. v r. 2059, resp. ze 14,9 % na 33,0 %).

Podrobnější údaje jsou zřejmé z tabulek a grafů v příloze č. 26-33.

Tyto údaje svědčí o tom, že počet osob, které budou v následujícím období odkázány na pomoc druhé osoby, se bude v následujícím období výrazně zvyšovat. Pro kvantifikaci rozsahu této potřeby je nezbytné věnovat pozornost vývoji věkové struktury v členění podle pohlaví v pětiletých věkových intervalech. Dosavadní poznatky totiž ukazují, že míra závislosti na potřebě péče je výrazně diferencována v závislosti na pohlaví.[31] Vzhledem k délce prognózovaného období potřeby služeb sociální péče je v dalším textu věnována pozornost charakteristice vývoje obyvatelstva pouze do r. 2025.

[31] viz Průša, L. *Efektivnost financování sociálních služeb v domovech pro seniory*. Praha: VÚPSV, v.v.i. 2008, ISBN 978-80-7416-018-9

Tabulka č. 3 **Vývoj počtu mužů a žen starších 65 let do r. 2025**

	2009	2010	2015	2020	2025
muži					
celkem	5 136 377	5 159 646	5 263 695	5 343 852	5 395 950
65 +	619 721	641 393	782 572	917 185	1 010 967
80 +	112 743	117 770	140 322	157 435	208 048
65 - 69	228 619	243 793	308 787	317 932	294 472
70 - 74	153 056	155 534	210 009	270 094	282 062
75 - 79	125 303	124 296	123 454	171 724	226 385
80 - 84	75 195	77 478	85 316	89 152	129 197
85 - 89	31 366	33 615	41 762	49 043	54 270
90 +	6 182	6 677	13 244	19 240	24 581
ženy					
celkem	5 331 165	5 343 762	5 404 304	5 453 632	5 485 627
65 +	936 431	957 287	1 103 436	1 249 204	1 349 909
80 +	249 123	254 508	281 500	300 178	370 072
65 - 69	277 369	293 989	363 445	365 121	325 976
70 - 74	210 276	212 232	272 996	340 471	345 007
75 - 79	199 663	196 558	185 495	243 434	308 854
80 - 84	149 968	149 772	152 063	149 547	203 321
85 - 89	78 936	84 057	91 978	99 773	104 405
90 +	20 219	20 679	37 459	50 858	62 346

Pramen: Projekce obyvatelstva České republiky do r. 2065, www.czso.cz

Tabulka č. 4 **Vývoj podílu mužů a žen starších 65 let na celkovém počtu mužů a žen do r. 2025**

	2009	2010	2015	2020	2025
muži					
65 +	12,07	12,43	14,87	17,16	18,74
80 +	2,19	2,28	2,67	2,95	3,86
65 - 69	4,45	4,72	5,87	5,95	5,46
70 - 74	2,98	3,01	3,99	5,05	5,23
75 - 79	2,44	2,41	2,35	3,21	4,20
80 - 84	1,46	1,50	1,62	1,67	2,39
85 - 89	0,61	0,65	0,79	0,92	1,01
90 +	0,12	0,13	0,25	0,36	0,46
ženy					
65 +	17,57	17,91	20,42	22,91	24,61
80 +	4,67	4,76	5,21	5,50	6,75
65 - 69	5,20	5,50	6,73	6,70	5,94
70 - 74	3,94	3,97	5,05	6,24	6,29
75 - 79	3,75	3,68	3,43	4,46	5,63
80 - 84	2,81	2,80	2,81	2,74	3,71
85 - 89	1,48	1,57	1,70	1,83	1,90
90 +	0,38	0,39	0,69	0,93	1,14

Pramen: Projekce obyvatelstva České republiky do r. 2065, www.czso.cz, vlastní propočty

3.2 Analýza vývoje zdravotního stavu populace

Základním cílem zdravotní politiky musí být zlepšování zdravotního stavu obyvatelstva České republiky a tím přispění mj. i k prodloužení délky života a jeho kvality. Zdravotní stav obyvatelstva představuje komplexní charakteristiku kvality života jedinců v populaci, zahrnující vzájemně provázané složky duševní, fyzické i sociální pohody.

Základním zdrojem dat o širokém spektru onemocnění představují výkazy o ambulantní péči, které jsou součástí Programu statistických zjišťování ministerstva zdravotnictví. Největší počet vyšetření - 46 722 tisíc - připadá na ordinace praktického lékaře pro dospělé, u nichž bylo k 31. 12. 2007 registrováno více než 7 919 tisíc osob. Na základě počtu sledovaných pacientů pro vybrané diagnózy lze např. konstatovat, že:

- zhruba pětina populace ČR starší 18 let trpí hypertenzními nemocemi, přičemž podíl nemocných se s rostoucím věkem zvyšuje až na dvojnásobek u osob ve věku 65 let a více,
- přibližně 10 % populace starších 18 let a zhruba třetina ve věku 65 let a více trpí ischemickými chorobami,
- cévní nemoci mozku postihují cca 3 % dospělé populace a přes 10 % seniorské populace.

Další významný zdroj dat představují jednotlivé zdravotní registry zaměřené na závažná onemocnění.

Velmi závažným a jedním z nejobávanějších onemocnění jsou zhoubné novotvary. Toto onemocnění je v České republice příčinou každého čtvrtého úmrtí a jeho výskyt má stálý rostoucí trend. Pozitivní je, že úmrtnost na zhoubné novotvary vykazuje opačný trend. V roce 2005[32] bylo do Národního onkologického registru ČR nově hlášeno celkem 71 449 případů zhoubných novotvarů a novotvarů in situ (dg. C00–C97; dále jen ZN), z toho 36 823 případů u mužů a 34 626 u žen. Počet nově zjištěných nádorů meziročně vzrostl u mužů i žen. Na 100 tisíc mužů připadalo 737,7 případů ZN, na 100 tisíc žen 660,5 případů. Věkové rozložení hlášených ZN je dlouhodobě stabilní s výraznou převahou ve starších věkových skupinách, v roce 2005 byly u mužů téměř 3/4 nově zjištěných ZN diagnostikovány ve věku 60 let a více, u žen bylo v tomto věku zjištěno 66 % onemocnění. Ve věku do 14 let bylo hlášeno 156 nádorů, tj. 0,2 % z celkového počtu hlášených případů. Nejčastějším novotvarem je „jiný ZN kůže" (dg. C44), naštěstí charakterizovaný velmi nízkou fatalitou. V roce 2005 tato dg. představovala téměř čtvrtinu všech hlášených ZN. U mužů druhým nejčastěji diagnostikovaným nádorem se v roce 2005 stal ZN prostaty (97,1 případů na 100 tisíc mužů, který vystřídal ZN průdušnice, průdušek a plic). U žen je dlouhodobě druhý nejčetnějším novotvarem ZN prsu (105,5 případu na 100 tisíc žen).

Některá onemocnění či úrazy způsobují trvalé zhoršení zdravotního stavu s následnou invaliditou. V roce 2007 bylo přiznáno přes 50 tisíc invalidních důchodů, z toho 55 % u mužů, a 54 % bylo částečných. Nejčastější příčinou invalidity s podílem 37 % jsou nemoci svalové a kosterní soustavy, následují novotvary, duševní poruchy a nemoci oběhové soustavy. Celkově v roce 2007 pobíralo invalidní důchod 7 % dospělé populace. U většiny chronických onemocnění dochází k dlouhodobému nárůstu prevalence a vzhledem k vysoké závislosti na věku ve spojení s nastupujícím demografickým stárnutím populace jej můžeme očekávat i v příštích letech.

[32] v důsledku dohledávání, ověřování a kontroly dochází k dvouletému zpoždění při prezentaci dat

Informace o lůžkové péči jsou čerpány z Národního registru hospitalizovaných (NRHOSP) a dále informace z výkazů zařazených do Programu statistických zjišťování ministerstva zdravotnictví. Celkem bylo v roce 2007 ve zdravotnických lůžkových zařízeních (mimo lázní) realizováno 2 405 tisíc hospitalizací, z toho převážná většina na lůžkových odděleních nemocnic (2 280 tisíc, z toho 13 tisíc v nemocnicích následné péče), 38 tisíc v psychiatrických léčebnách, téměř 36 tisíc v léčebnách pro dlouhodobě nemocné, 6 tisíc v léčebnách TRN a 45 tisíc v ostatních odborných léčebných ústavech. Pacienti strávili v lůžkových zařízeních celkem téměř 23 miliónů ošetřovacích dnů, tzn., že na 1 obyvatele v průměru připadlo 2,2 dne.

Statistika hospitalizovaných pokrývá celou populaci a všechny diagnózy nemocí, které měly závažnější průběh nebo prognózu a byla potřebná lůžková péče. Existuje zde jedna výjimka, a to, že jsou zde zahrnuty i případy přijetí pro jiné než léčebné důvody.[33]

Následující tabulka ukazuje rozložení pacientů všech lůžkových zdravotnických zařízení podle věku a pohlaví.

Tabulka č. 5 **Počet hospitalizovaných osob v lůžkových ZZ ČR podle 5letých věkových skupin a pohlaví v r. 2007**

věková skupina	muži		ženy		cekem	
	ošetřovací doba	počet hospitalizo-vaných	ošetřovací doba	počet hospitalizo-vaných	ošetřovací doba	počet hospitalizo-vaných
0	444 844	76 589	396 757	69 242	841 601	145 831
1 - 4	171 707	41 462	125 170	30 468	296 877	71 930
5 - 9	172 429	32 445	130 858	25 310	303 287	57 755
10 - 14	203 010	26 661	158 348	24 235	361 358	50 896
15 - 19	231 771	31 972	243 537	44 574	475 308	76 546
20 - 24	313 310	30 654	327 870	60 690	641 180	91 344
25 - 29	378 742	35 545	607 330	113 750	986 072	149 295
30 - 34	377 531	42 264	652 869	123 961	1 030 400	166 225
35 - 39	370 134	37 230	399 439	65 553	769 573	102 783
40 - 44	445 039	42 413	404 911	54 628	849 950	97 041
45 - 49	515 630	47 905	458 221	55 365	973 851	103 270
50 - 54	752 705	72 809	684 440	76 928	1 437 145	149 737
55 - 59	1 002 067	99 782	749 655	82 503	1 751 722	182 285
60 - 64	1 011 959	101 086	837 261	87 095	1 849 220	188 181
65 - 69	862 455	85 212	864 484	82 071	1 726 939	167 283
70 - 74	856 121	80 890	1 153 372	91 981	2 009 493	172 871
75 - 79	908 550	79 085	1 652 065	111 528	2 560 615	190 613
80 - 84	691 828	53 066	1 751 570	96 954	2 443 398	150 020
85 +	398 522	26 992	1 293 380	64 480	1 691 902	91 472
celkem	10 108 354	1 044 062	12 891 537	1 361 316	22 999 891	2 405 378

Pramen: Holub, J. Zdravotní stav obyvatel ČR v souvislosti s problematikou restriktivních opatření ve zdravotnických zařízeních. Praha: ÚZIS, 2009

[33] To platí zejména pro ženy ve fertilním věku (přijetí v souvislosti s porodem, doprovod dítěte do nemocnice), což se projevuje ve vyšší hospitalizovanosti žen v tomto věku.

V nemocnicích se v roce 2007 uskutečnilo celkem 95 % všech hospitalizací v ČR, přičemž většina hospitalizací (18 %) se odehrála na interních odděleních s průměrnou ošetřovací dobou 7,8 dne a průměrným věkem pacientů 66,8 let. Téměř 16 % hospitalizací proběhlo na odděleních chirurgie, průměrná délka hospitalizace činila 6,4 dne, průměrný věk pacientů činil 53,5 let. Na oddělení ošetřovatelské péče byla dosažena nejdelší průměrná ošetřovací doba (téměř 46 dnů), celkový počet ošetřovacích dní zaujímal více než 11 % všech ošetřovacích dní v nemocnicích.

Obecně platí, že s rostoucím věkem přibývá nemocí, zvyšuje se jejich závažnost a prodlužuje délka léčení. Rovněž muži mají vyšší nemocnost a úmrtnost oproti ženám. Přibližně od 40 let věku dochází k progresivnímu nárůstu incidence hospitalizací. U mužů starších 50 let již převažuje relativní četnost hospitalizací nad ženami. U osob ve věku 85 let a starších připadalo téměř 756 hospitalizací na tisíc mužů v tomto věku a 657 hospitalizací na stejný počet žen v tomtéž věku.

Následující tabulka charakterizuje počet hospitalizací a počet ošetřovacích dnů u pacientů starších 65 let podle nejčetnějších diagnóz, tedy u jedné ze skupin populace, kde se dá předpokládat výrazně vyšší používání ochranných a restriktivních opatření.

Tabulka č. 6 **Počet hospitalizovaných osob starších 65 let v nemocnicích podle základních diagnóz v r. 2007** (10 nejčetnějších diagnóz)

pořadí	diagnóza	název diagnózy	počet hospitalizovaných	ošetřovací doba
1	I25	chronická ischemická choroba srdeční	32 831	315 384
2	H25	senilní katarakta	26 270	60 842
3	I50	selhání srdce	23 226	245 145
4	I70	ateroskleróza	19 797	361 528
5	S72	zlomenina kosti stehenní	18 636	326 939
6	I48	fibrilace a flutter síní	16 883	113 572
7	M54	dorzalgie	15 978	187 548
8	I63	mozkový infarkt	14 601	206 425
9	I21	akutní infarkt myokardu	13 383	95 499
10	I64	cévní příhoda mozková neurčená	11 947	183 986
		celkem	716 634	7 242 813

Pramen: Holub, J. Zdravotní stav obyvatel ČR v souvislosti s problematikou restriktivních opatření ve zdravotnických zařízeních. Praha: ÚZIS, 2009

Léčebny dlouhodobě nemocných (dále LDN) patří mezi zdravotnická zařízení, kde je větší koncentrace osob vyžadujících dlouhodobou ošetřovatelskou péči z důvodu jejich nepříznivého zdravotního stavu nebo vysokého věku. V roce 2007 bylo v ČR celkem 68 LDN, v nichž bylo celkem 7 227 lůžek. Do léčeben pro dlouhodobě nemocné se výjimečně dostávají i lidé mladšího věku (do 50 let 3 %), ale převážnou většinu pacientů tvoří staří pacienti ve věku nad 70 let (viz následující tabulka).

Tabulka č. 7 **Počet hospitalizovaných osob v lůžkových zdravotnických zařízeních ČR podle 5letých věkových skupin a pohlaví v r. 2007**

věková skupina	muži		ženy		celkem	
	ošetřovací doba	počet hospitalizo-vaných	ošetřovací doba	počet hospitalizo-vaných	ošetřovací doba	počet hospitalizo-vaných
5 - 9			1	1	1	1
15 - 19	95	6	139	5	234	11
20 - 24	1 824	28	530	10	2 354	38
25 - 29	2 889	38	1 086	27	3 975	65
30 - 34	2 390	67	756	29	3 146	96
35 - 39	5 384	96	2 796	63	8 180	159
40 - 44	8 886	159	5 690	117	14 576	276
45 - 49	15 446	294	6 948	204	22 394	498
50 - 54	30 882	576	17 176	390	48 058	966
55 - 59	53 949	1 002	33 469	696	87 418	1 698
60 - 64	62 747	1 238	53 835	972	116 582	2 210
65 - 69	65 348	1 243	69 796	1 316	135 144	2 559
70 - 74	78 183	1 606	168 874	2 347	247 057	3 953
75 - 79	116 541	2 241	343 619	4 701	460 160	6 942
80 - 84	126 060	2 346	472 226	6 280	598 286	8 626
85 +	96 488	1 778	411 379	5 887	507 867	7 665
celkem	667 112	12 718	1 588 320	23 045	2 255 432	35 763

Pramen: Holub, J. Zdravotní stav obyvatel ČR v souvislosti s problematikou restriktivních opatření ve zdravotnických zařízeních. Praha: ÚZIS, 2009

Tomu pak odpovídá i skladba diagnóz, kde vedou arteriosklerózy, stavy po cévním onemocnění mozku, ischemická choroba srdeční, těžké dorzalgie, artrózy a polyartrózy. Zpravidla jde o lidi s polymorbiditou, málo pohyblivé a často i s nějakou poruchou duševní nebo poruchou chování a často i sociálně slabé bez potřebného domácího zázemí (viz druhá tabulka). Problematika léčeben dlouhodobě nemocných je v mnohém podobná situaci v psychiatrických léčebnách na gerontopsychiatrických pracovištích.

Tabulka č. 8 **Počet hospitalizovaných osob starších 65 let v nemocnicích podle základních diagnóz v r. 2007** (10 nejčetnějších diagnóz)

pořadí	diagnóza	název diagnózy	počet hospitalizovaných	ošetřovací doba
1	I70	ateroskleróza	3 651	316 950
2	S72	zlomenina kosti stehenní	2 391	152 882
3	I25	chronická ischemická choroba srdeční	2 389	141 469
4	I67	jiná cévní onemocnění mozku	2 222	195 206
5	I63	mozkový infarkt	1 624	110 966
6	I64	cévní příhoda mozková neurčená	1 555	101 990
7	M54	dorzalgie	1 498	54 628
8	I69	následky cévních nemocí mozku	898	96 314
9	M15	polyartróza	586	36 447
10	M16	artróza kyčelního kloubu	531	25 375
		celkem	35 763	2 255 432

Pramen: Holub, J. Zdravotní stav obyvatel ČR v souvislosti s problematikou restriktivních opatření ve zdravotnických zařízeních. Praha: ÚZIS, 2009

3.3 Několik poznámek k problematice bydlení seniorů

Jednou z nejdůležitějších životních potřeb všech lidí je bydlení. Zejména pro lidi ve vyšším věku je přiměřené, bezpečné a odpovídající bydlení zvlášť důležité, neboť v něm mnohdy tráví, zejména po odchodu do důchodu, většinu svého času. Život v přirozeném prostředí je jedním z předpokladů pro zachování nezávislosti, důstojnosti a spokojenosti v seniorském věku, mezi základní přání a požadavky většiny starších lidí tak patří individuální bydlení ve vlastních bytech. Vztah mezi soběstačností, tj. schopností vykonávat samostatně a bez pomoci druhé osoby běžné denní aktivity, a možností žít v původním sociálním prostředí je přitom oboustranný, neboť soběstačnost je vedle funkční zdatnosti jedince determinována též nároky prostředí, ve kterém se jedinec nachází.[34] Na jedné straně je tedy možnost samostatného bydlení podmíněna zdravotním stavem a mírou soběstačnosti, na straně druhé však má kvalita, uzpůsobení a vybavení bytu výrazný dopad na možnost či nemožnost setrvání v původním prostředí v případě, že se u seniora vyskytnou dlouhodobé zdravotní komplikace. Zabezpečení kvalitního bydlení pro seniory je tak mimo jiné programem eliminace nákladné ústavní péče tam, kde (ještě) není třeba.[35]

Zajištění odpovídajícího bydlení je pro seniory zvlášť důležité, neboť oddaluje či přímo zamezuje odchodu seniorů do objektů a zařízení, kde jsou odloučeni od rodin a ztrácejí dosavadní společenské kontakty. Podpora setrvání starých lidí, včetně těch, kteří jsou z důvodu svého zhoršeného zdravotního stavu trvale závislí na pomoci druhé osoby, v jejich přirozeném prostředí a snaha o jejich stálou integraci v běžné populaci je v evropských zemích v současné době stěžejním prvkem systému sociálních služeb pro tuto cílovou skupinu.[36]

Z výsledku výzkumu GGS 2005[37] vyplynulo, že lidé ve věku 60-79 let žijí nejčastěji ve dvoučlenných domácnostech[38] a dále pak v domácnostech jednočlenných, jejichž podíl narůstá spolu s rostoucím věkem seniora. Vzhledem k vyššímu zastoupení žen v seniorské populaci z důvodu jejich vyšší naděje dožití bydlí starší ženy ve srovnání s muži častěji samy, přičemž v nejstarší věkové skupině tento způsob bydlení u žen dokonce velmi výrazně převládá. Z hlediska složení domácnosti lze konstatovat, že téměř všichni muži žijící v dvoučlenných domácnostech bydlí společně se svou partnerkou (98 % případů), v případě žen bydlících s partnerem je tento podíl ve srovnání s muži sice o něco nižší (84 %), nicméně rovněž je dominující. Pokud bydlí ženy s někým jiným než se svým partnerem, jedná se nejčastěji o některé z jejich dětí. V případě společného soužití s více osobami (které se však u seniorů příliš často nevyskytuje) je opět ve většině případů jednou ze spolubydlících osob seniora jeho partner či partnerka.

Polovina osob ve věku 60-79 let dotazovaných ve výzkumu GGS 2005 žije v rodinných domcích (z nichž naprostá většina v samostatných domcích, zhruba 15 % pak v řadových domcích a pouze 6 % v dvojdomcích), necelá polovina bydlí v bytech a

---

[34] Jarošová, D. Senioři v domácí péči - zdravotní a sociální charakteristiky. In: Sýkorová, D. - Chytil, O. (Eds.) *Autonomie ve stáří. Strategie jejího zachování.* Ostrava: Zdravotně sociální fakulta OU, 2004

[35] Vohralíková, L. - Rabušic, L. *Čeští senioři včera, dnes a zítra.* Brno: VÚPSV, 2004

[36] Kubalčíková, K. Přirozené prostředí jako významný aspekt poskytování sociálních služeb seniorům. In: Glosová, D. a kol. *Bydlení pro seniory.* Brno: ERA, 2006

[37] výběrové šetření *Muži a ženy v ČR: životní dráhy a mezigenerační vztahy* (GGS: Generations and Gender Survey) z r. 2005, které je součástí mezinárodního programu *Generations and Gender Programme,* v ČR nazvaného *Rodina, partnerství a demografické stárnutí: Generace a gender*.

[38] pojmem domácnost je myšlena domácnost bytová, která je tvořena osobami žijícími společně v jednom bytě (resp. domě).

jen zanedbatelný podíl seniorů (necelé 1 %) byl dotazován v bytech s pečovatelskou službou, v chráněných bytech či v ústavních zařízeních (domovech-penzionech pro důchodce, domovech důchodců či léčebnách dlouhodobě nemocných). Pro srovnání, lidé mladší (a to až do věku 49 let) obývají naopak v nadpoloviční většině případů byty (57 %) a méně často než senioři tedy žijí v domcích.

Typ bydlení, tzn. zda starší člověk bydlí v domku či bytě, se liší podle velikosti místa bydliště, ale též podle počtu společně bydlících osob. Naprostá většina lidí žijících ve vesnicích či obcích s počtem obyvatel do 2 tisíc bydlí v domcích (88 %), přičemž výrazná převaha seniorů obývajících domky (79 %) nad těmi, kteří obývají byty, převládá až do velikosti obcí s maximálně 5 tisíci obyvateli, poté se podíly prakticky vyrovnávají a výraznější převaha bydlení v bytech (64 %) nastává ve městech s 20 tisíci a více obyvateli (ve velkoměstech pak téměř všichni starší lidé žijí v bytech - 81 %).

Žije-li senior sám, pak přibližně ve třech pětinách případů bydlí v bytě a ve zbylých dvou pětinách v domku, žije-li ve dvoučlenné domácnosti (bez ohledu na to, zda pouze se svým partnerem, nebo s někým jiným), je podíl obou typů bydlení naprosto vyrovnaný, přičemž s narůstajícím počtem osob v bytové domácnosti plynule narůstá podíl domácností obývajících rodinné domy.

Typ bydlení má též velmi těsnou souvislost s právní formou užívání bytu či domu. Senioři žijící v rodinných domcích z převážné většiny uvádějí, že mají tento domek v osobním vlastnictví (pouze 2 % jej má v nájmu a necelým 4 % je toto bydlení poskytováno zdarma, jedná se tedy pravděpodobně o dům ve vlastnictví některého z jejich blízkých příbuzných). Lidé obývající byty je mají v osobním vlastnictví pouze ve dvou pětinách případů, z jedné pětiny se jedná o byty družstevní a necelé dvě pětiny starších lidí žijících v bytech si je pronajímají. Starší lidé žijící v bytech nebo domech, které nejsou v jejich vlastnictví, je mají v nadpoloviční většině pronajaté od státu či obce a jen čtvrtina si je pronajímá od jiné soukromé osoby.

Další důležitou charakteristikou bytové situace starších osob je velikost bytu či domku, hodnocená pomocí velikosti obytné plochy a počtu obytných místností. Co se týče domácností jednotlivců, lze konstatovat, že s rostoucím věkem plynule narůstá průměrný počet obytných místností připadajících na jednu osobu, přičemž osoby ve věku 60 a více let zároveň častěji než lidé mladší bydlí v bytech či domech o velikosti obytné plochy 60 až 79 m^2, přičemž v rodinných domech senioři (i ti, kteří žijí sami) nezřídka užívají obytnou plochu i nad 100 m^2. V případě dvoučlenných domácností je situace obdobná, tj. nejméně obytných místností na jednu osobu připadá v domácnostech nejmladších respondentů, nejpříznivěji (ve smyslu nejvyššího počtu místnosti i největší obytné plochy bytu/domu) se situace jeví opět u seniorů, ale (a to zejména) též u osob středního a předdůchodového věku. V případě tří a vícečlenných domácností již žádné významné rozdíly odlišující domácnosti seniorů od domácností mladších osob shledány nebyly.

Důvodem relativně "lepší" situace (ve smyslu větší plochy bytu či domu i vyššího počtu místností) domácností seniorů ve srovnání s osobami mladšími může být malá mobilita starších osob v souvislosti se změněnými podmínkami či potřebami. Lidé se například po ovdovění či rozvodu a odchodu dětí z domácnosti nestěhují ani v případě, že se pro ně byt či dům stává nadměrným, neboť to jednak není zažitý způsob chování a zároveň se často ani nemají kam přestěhovat, neboť nabídka menších a levnějších bytů je vesměs nedostatečná, tím spíše, trvají-li lidé na určité lokalitě.[39] Sociální vazby na byt jako domov, na sociální okolí, stejně jako klesající

[39] Kuchařová, V. *Život ve stáří: zpráva o výsledcích empirického šetření*. Praha: VÚPSV, 2002

fyzická, sociální i citová mobilita vedou k neochotě současné bydlení změnit. Protože ve stáří celkově vzrůstá význam základních životních potřeb (zdraví, stravy, pohyblivosti), jsou právě bydlení a domov stále silněji vnímány jako životní centrum - a stěhování pak jako vytržení z životního stylu. Skutečnost, že se starší lidé příliš nestěhují, je zřejmá rovněž z toho, že průměrný počet let, po které osoby seniorského věku obývají jejich současný dům či byt, dosahuje 35 let. Naposledy se tedy senioři dotazovaní ve výzkumu GGS 2005 stěhovali, když jim bylo v průměru zhruba 30 až 40 let, tedy ve středním věku.

Nízká mobilita starších osob se promítá i do "kvality" jejich bydlení posuzované z hlediska toho, kdy byl dům nebo byt, v němž nyní žijí, postaven. Senioři totiž v převážné většině případů bydlí v budovách, které byly postaveny před rokem 1980, přičemž byty seniorů byly nejčastěji postaveny mezi lety 1961 až 1970, domky dokonce o mnoho dříve - mezi lety 1919 až 1945, tzn. před více než šedesáti lety (a není ani výjimkou pokud senior bydlí v domku postaveném před rokem 1919). V novějších bytech či domech, postavených po roce 1990, žije jen naprosto zanedbatelný podíl domácností seniorů, z čehož je patrné, že strategie přípravy na důchodový věk u nás zatím v podstatě vůbec nezahrnuje možnost přestěhování se na stáří do novějších budov, jejichž údržba a případné opravy bývají ve srovnání s bydlením v budovách starších podstatně levnější.

Pokud se lidé blížící se důchodovému věku na své stáří v předstihu v souvislosti s bydlením nějak připravují, omezují se tato opatření ponejvíce pouze na obnovu předmětů usnadňujících chod domácnosti. Hledání přiměřeného bydlení (levnějšího, v nižším patře, blíže rodině apod.) či úprava bytu pro bezpečnější pohyb a činnosti (např. instalování madel v koupelně, odstranění prahů, výměna plynových spotřebičů za elektrické) patří mezi strategie, které při přípravě na stáří figurují až na posledních místech.

Poměrně pozitivním zjištěním nicméně je, že přestože lidé seniorského věku bydlí často ve velmi starých budovách, standard jejich bydlení v podobě přístupu k tekoucí vodě a sociálnímu zařízení je v dnešní době na velmi dobré úrovni, neboť téměř všechny domácnosti mají přístup k tekoucí vodě přímo ve svém bytě či domě a zároveň mají v domku či bytě k dispozici též vanu či sprchu i splachovací toaletu. V tomto směru se domácnosti seniorů nijak neliší od domácností mladších osob.

Většina starších lidí si přeje žít ve svém původním, přirozeném prostředí po co nejdelší dobu, a to i v případě zhoršení zdravotního stavu. Z jejich odpovědí (bez ohledu na vzdělání, věk či pohlaví) vyplynula jednoznačná preference setrvání v původní domácnosti, a to za pomoci dětí, případně odborné instituce poskytující sociální péči. Pokud by se někteří v případě zhoršeného zdravotního stavu chtěli přestěhovat, pak dominovalo ubytování v domech s pečovatelskou službou. Možnost přestěhovat se ke svým dětem či do domova důchodců by zvolilo jen velmi málo lidí.

Většina mužů a žen by si v případě, že se stanou nesoběstačnými, chtěla tedy zachovat své soukromí a alespoň částečnou nezávislost. Pomoc svých dětí ve stáří by mnoho lidí uvítalo, ovšem za předpokladu odděleného bydlení, na čemž se shodují jak lidé středního věku, tak i samotní senioři.[40] Naprostá většina z nich se totiž domnívá, že staří nemocní rodiče, kteří již nejsou schopni se o sebe plně postarat, by měli žít odděleně od svých dětí, nicméně v jejich blízkosti, aby jim děti mohly poskytovat potřebnou péči. Preference odděleného bydlení tedy nad společným soužitím

[40] Na jejich názory byl zaměřen výzkum Život ve stáří z roku 2002, ve kterém bylo dotázáno 1 036 respondentů ve věku 60 a více let (40 % mužů a 60 % žen; horní věková hranice nebyla předem určena, nejstaršímu respondentovi nicméně bylo 94 let).

jednoznačně převládá, a to i za cenu toho, že děti z důvodu velké vzdálenosti místa svého bydliště rodičům potřebnou péči poskytovat nebudou.

V případě, kdy se soběstačnost staršího člověka sníží natolik, že již není možné, aby žil sám ve své původní domácnosti a pomoc ze strany rodinných příslušníků je nedostačující nebo úplně chybí, přichází na řadu péče institucionální. Přitom je důležité zamezit nevhodnému umísťování seniorů do institucionální péče v případě, kdy to není nezbytně nutné a kdy může být příčinou buď špatná bytová situace v rodině nebo nedostatečná nabídka sítě terénních služeb, s jejichž podporou a pomocí by mohl člověk se specifickými potřebami setrvat v přirozeném prostředí. Limitem života seniorů v původním prostředí totiž může být nedostatečná nabídka terénních a ambulantních služeb (a mnohdy i nedostatečná informovanost o těchto způsobech zajištění potřeb), proto je třeba jejich působnost rozšiřovat a dostatečně reflektovat aktuální individuální potřeby jedince.

Pro zajištění optimálního života v původním bytě i při ztrátě soběstačnosti je kromě zajištění nabídky terénních a ambulantních služeb třeba utvářet i další, širší podmínky pro plnohodnotný a samostatný život. Patří mezi ně kupříkladu budování bezbariérových přechodů, zajištění nízkopodlažní veřejné dopravy, podpora tísňové péče, vytváření bezpečného prostředí, úzká spolupráce s policií z důvodu předcházení kriminálním činům páchaným na seniorech apod.

V neposlední řadě je třeba mít na paměti, zejména v kontextu současné deregulace nájemného, též otázku finančních nákladů seniorů na jejich současné bydlení, kdy se pro mnoho starších lidí mohou stát výdaje za nájemné a energie a služby neúnosné. V této souvislosti je třeba porovnat výdaje za případnou adresnou pomoc těmto seniorům s výdaji za ubytování a péči v institucionálních zařízeních, která je bezesporu nákladnější,[41] a hledat vhodnou formu pomoci, která by mohla zahrnovat například slevy na nájemném v obecních bytech (což samozřejmě předpokládá rovněž jejich dostatečnou nabídku) a podporu výměny větších bytů za menší.

V případech, kdy se i přes veškerou snahu o zajištění péče v domácím prostředí stane nevyhnutelnou péče ústavní, je nutný individuální přístup ke každému z uživatelů a snaha co nejvíce přiblížit pobyt uživatelů životu v domácích prostředí, spolu se zachováním co nejvyšší míry soukromí. Toho může být dosaženo kupříkladu zajištěním možnosti vybavení pokoje vlastním nábytkem či redukcí vícelůžkových pokojů (zejména těch, které jsou určeny pro tři a více osob, neboť dvoulůžkové pokoje je do určité míry nutné zachovat pro případ, kdy se do domovů pro seniory přestěhuje společně partnerský pár). V případě nutnosti či požadavku péče rezidenční by měl být brán v potaz rovněž stresující vliv častějších stěhování a budována proto taková zařízení sociální a sociálně-zdravotní péče, která umožňují od určité úrovně úpravy obývaného prostoru směrem k možnosti zajišťovat tam stále potřebnější sociální a zdravotní služby.[42] Neustále je přitom třeba mít na paměti, aby měli lidé seniorského věku zajištěnou dostatečnou možnost vlastní volby, kde, s kým a za jakých podmínek chtějí žít.

[41] Červenková, A. - Bruthansová, D. *Náklady na ústavní sociální péči a služby podporovaného a chráněného bydlení.* Praha: VÚPSV, 2004.

[42] Lipner, M. *Základní principy bydlení seniorů z hlediska sociálního a sociálně-zdravotního*. In: Glosová, D. a kol. *Bydlení pro seniory.* Brno: ERA, 2006.

3.4 Analýza příjemců příspěvku na péči a jeho využívání pro pořízení sociálních služeb

V souvislosti s hodnocením využívání příspěvku na péči pro zabezpečení potřebných sociálních služeb je potřebné v první řadě analyzovat jeho postavení v celém systému.

Náklady na sociální služby se podle oficiálních statistických podkladů dlouhodobě zvyšují, přičemž k výraznému navýšení došlo v r. 2007 právě v souvislosti se zavedením příspěvku na péči. Přestože velký podíl z finančních prostředků na výplatu příspěvku na péči se zpět do systému nevrací, je nutno tyto výdaje do celkových nákladů na sociální služby zahrnout.

Tabulka č. 9 **Vývoj nákladů na sociální služby v letech 1992-2008** (v mil. Kč)

rok	výdaje na sociální služby celkem (mil. Kč) (z toho příspěvek na péči)
1992	4 629
1993	6 055
1994	7 890
1995	8 978
1996	8 903
1997	9 377
1998	10 095
1999	10 477
2000	11 680
2001	13 579
2002	15 769
2003	15 558
2004	15 253
2005	15 635
2006	17 284
2007	25 580 (14 608)
2008	30 837 (18 253)

Pramen: Základní ukazatele z oblasti práce a sociálního zabezpečení ve vývojových řadách a grafech, MPSV, Praha 1993 - 2008

Graficky je vývoj výdajů na sociální služby znázorněn v příloze č. 34

V souvislosti s přijetím zákona o sociálních službách se rovněž výrazně změnily proporce v míře participace jednotlivých subjektů na krytí nákladů jednotlivých sociálních služeb. Výrazným způsobem vzrostl podíl státu i jednotlivých uživatelů na krytí nákladů poskytovaných služeb, přičemž podíl zřizovatelů jednotlivých zařízení - samosprávných orgánů krajů, měst, obcí a nestátních neziskových organizací - např. v porovnáním s r. 2005 paradoxně klesl.[43] Je zřejmé, že změnou systému financování byl výrazně posílen paternalistický pohled na oblast sociálních služeb. Opatření, která byla přijata zákonem č. 206/2009 Sb., k odstranění těchto problémů nepřispěla, základní principy financování sociálních služeb ("cenová regulace" úhrad klienta za

[43] srovnej: Průša, L. *Ekonomie sociálních služeb.* Praha: ASPI, 2007. ISBN 978-80-7357-255-6

poskytované sociální služby, odkázanost poskytovatelů sociálních služeb na státní dotace) zůstaly doposud nezměněny, což nepřispívá k žádoucímu rozvoji sociálních služeb především v souvislosti se stárnutím populace.[44]

Struktura financování provozních nákladů v domovech pro seniory v r. 2008 je pro ilustraci uvedena v příloze č. 35.

Podle důvodové zprávy k návrhu zákona o sociálních službách se předpokládalo, že příspěvek na péči bude vyplácen cca 175 tis. osob, celkové náklady na jeho výplatu měly činit cca 8 mld. Kč, veškeré náklady jsou hrazeny ze státního rozpočtu. Skutečný počet příjemců příspěvku na péči je však výrazně vyšší, než se původně předpokládalo. Z údajů informačního systému o příspěvku na péči vyplývá, že v září 2008 pobíralo příspěvek na péči celkem 277 tis. osob, v květnu 2009 to bylo již 297 tis. klientů.

Tabulka č. 10 **Struktura příjemců příspěvku na péči v září 2008**

stupeň příspěvku	forma péče			žádný registrovaný poskytovatel	celkem
	pobytová	ambulantní	terénní		
celkem	42 606	10 175	16 932	208 011	277 724
I.	11 530	5 036	8 960	89 409	114 935
II.	13 278	3 093	4 819	69 232	90 422
III.	8 526	1 310	2 025	32 943	44 804
IV.	9 272	736	1 128	16 427	27 563

Pramen: interní data MPSV

Tabulka č. 11 **Struktura příjemců příspěvku na péči v květnu 2009**

stupeň příspěvku	forma péče			žádný registrovaný poskytovatel	celkem
	pobytová	ambulantní	terénní		
celkem	49 576	12 180	21 746	213 203	296 705
I.	11 737	5 777	10 945	88 890	117 349
II.	14 547	3 505	6 196	63 057	87 305
III.	11 231	1 934	2 987	41 437	57 589
IV.	12 061	964	1 618	19 819	34 462

Pramen: interní data MPSV

Struktura příjemců příspěvku na péči je zřejmá z grafického znázornění v příloze č. 36 a č. 37. Z tohoto porovnání vyplývá, že během sledovaného období:

- klesl podíl příjemců příspěvku na péči v I. stupni závislosti ze 41,4 % na 39,6 % a II. stupni závislosti z 32,6 % na 29,4 %,
- vzrostl podíl příjemců příspěvku na péči ve III. stupni závislosti z 16,1 % na 19,4 % a ve IV. stupni závislosti z 9,9 % na 11,6 %,
- vzrostl podíl příjemců příspěvku na péči, jimž je péče poskytována v pobytových (z 15,3 % na 16,7 %), ambulantních (z 3,7 % na 4,1 %) i terénních zařízeních (z 6,1 % na 7,3 %),

[44] blíže viz Průša, L. *Efektivnost financování sociálních služeb v domovech pro seniory*. Praha: VÚPSV, v.v.i. 2008. ISBN 978-80-7416-018-9

- klesl podíl příjemců příspěvku na péči, jimž péče neposkytuje žádný registrovaný poskytovatel sociálních služeb (ze 74,9 % na 71,9 %).

V tomto smyslu se jedná o naprosto logické tendence, kdy klienti, jimž byl v rámci přechodných ustanovení přiznán automaticky příspěvek v nižším stupni, žádají o posouzení své sociální situace a přiznání příspěvku ve vyšším stupni. Počet příjemců příspěvků ve IV. stupni pak roste díky tomu, že o přiznání příspěvku v této výši je nutno rozhodnout v rámci běžného řízení, neboť automaticky ze zákona v rámci přechodných ustanovení dávku nikdo nezískal. U registrovaných poskytovatelů sociálních služeb se navíc projevuje ekonomický tlak, který na ně vyvíjejí jak jejich zřizovatelé, tak i samotná konstrukce financování sociálních služeb (závislost na dotacích ze státního rozpočtu, "cenová regulace" sociálních služeb), ale začínají se projevovat i rostoucí znalosti marketingových strategií v této oblasti.[45]

Z hlediska struktury příjemců příspěvku na péči podle typu poskytované péče u registrovaných poskytovatelů sociálních služeb pobírá:

- 40 % příjemců příspěvek v domovech pro seniory,
- 28 % příjemců příspěvku využívá pečovatelskou službu,
- 17,6 % příjemců pobírá příspěvek v domovech pro osoby se zdravotním postižením,
- 6,6 % příjemců pobírá příspěvek v domovech se zvláštním režimem.

Podíly příjemců příspěvku na péči v ostatních typech služeb sociální péče nepřevyšují 2,5 %. Úplná struktura příjemců je zřejmá z grafického znázornění v příloze č. 38.

Přitom vzhledem k nevhodně stanoveným přechodným ustanovením zákona (transformace zvýšení důchodu pro bezmocnost a příspěvku při péči o blízkou osobu do příspěvku na péči) dodnes struktura uživatelů jednotlivých typů sociálních služeb z hlediska míry jejich závislosti neodpovídá "potřebné" struktuře. Např.:

- v pobytových zařízeních sociálních služeb bylo cca 31 % klientů bez jakéhokoli příspěvku na péči (v září 2008 to bylo cca 34 % [46]), což je v rozporu s ustanovením § 48 odst. 1 a § 49 odst. 1 zákona o sociálních službách (v domovech pro občany se zdravotním postižením a v domovech pro seniory se poskytují pobytové služby osobám, které mají sníženou soběstačnost zejména z důvodu zdravotního postižení a věku, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby),
- pečovatelskou službu pobíralo cca 87 % uživatelů bez příspěvku na péči.

Další zajímavé informace lze zjistit při analýze toho, kolik procent populace v dané věkové skupině pobírá příspěvek na péči.

[45] viz Molek, J. *Marketing sociálních služeb*, Praha: VÚPSV, v.v.i., 2008. ISBN 978-80-7416-026-4

[46] viz Průša, L. *Efektivnost financování sociálních služeb v domovech pro seniory*. Praha: VÚPSV, v.v.i., 2008. ISBN 978-80-7416-018-9

Tabulka č. 12 **Podíl mužů pobírajících příspěvek na péči a závislosti na věku a míře závislosti v květnu 2009** (v %)

muži celkem	**míra závislosti**				
	I.	**II.**	**III.**	**IV.**	**celkem**
do 3 let	0,08	0,00	0,00	0,00	0,08
3 - 18	0,34	0,26	0,49	0,36	1,45
19 - 50	0,20	0,26	0,19	0,12	0,77
51 - 55	0,47	0,43	0,23	0,12	1,25
56 - 60	0,64	0,61	0,35	0,14	1,73
61 - 65	0,95	0,89	0,48	0,21	2,53
66 - 70	1,33	1,29	0,71	0,35	3,68
71 - 75	2,01	1,88	1,09	0,62	5,60
76 - 80	3,71	3,25	1,92	1,01	9,88
81 - 85	8,55	6,10	3,82	1,91	20,38
86 - 90	16,20	11,68	6,92	3,43	38,23
90 +	17,29	17,02	13,20	7,36	54,86
celkem	0,69	0,62	0,44	0,25	2,00

Pramen: interní data MPSV, vlastní propočty

Tabulka č. 13 **Podíl žen pobírajících příspěvek na péči a závislosti na věku a míře závislosti v květnu 2009** (v %)

ženy celkem	**míra závislosti**				
	I.	**II.**	**III.**	**IV.**	**celkem**
do 3 let	0,09	0,00	0,00	0,00	0,09
3 - 18	0,25	0,16	0,36	0,25	1,02
19 - 50	0,17	0,20	0,15	0,10	0,61
51 - 55	0,42	0,36	0,20	0,10	1,08
56 - 60	0,63	0,48	0,26	0,13	1,50
61 - 65	0,96	0,70	0,34	0,16	2,16
66 - 70	1,81	1,11	0,57	0,27	3,76
71 - 75	3,73	2,13	1,10	0,59	7,55
76 - 80	8,14	4,70	2,51	1,31	16,66
81 - 85	16,56	9,79	5,61	3,27	35,24
86 - 90	23,90	17,16	10,70	7,27	59,03
90 +	19,26	20,67	17,29	14,78	72,01
celkem	1,54	1,04	0,66	0,40	3,64

Pramen: interní data MPSV, vlastní propočty

Graficky jsou tyto charakteristiky znázorněny v příloze č. 39 a č. 40.

Pokud tato data porovnáme s některými dříve publikovanými údaji,[47] zůstává otázkou, jak vysvětlit výrazně vyšší zastoupení žen s přiznaným příspěvkem na péči v seniorských věkových skupinách v porovnání s muži. Určité vysvětlení lze spatřovat v tom, že přestože je průměrná střední délka života žen vyšší než mužů, je jejich zdravotní stav horší než zdravotní stav mužů v příslušné věkové skupině.

[47] srovnej Průša, L. *Ekonomie sociálních služeb*. Praha: ASPI, 2007. ISBN 978-80-7357-255-6

Z hlediska stárnutí populace a jeho dopadů na strukturu financování sociálních služeb je nezbytné posoudit, jaký podíl populace v příslušné věkové skupině využívá služeb v domovech pro seniory.

Tabulka č. 14 **Podíl mužů v domovech pro seniory pobírajících příspěvek na péči a závislosti na věku a míře závislosti v květnu 2009**

muži domovy pro seniory	**míra závislosti**				
	I.	**II.**	**III.**	**IV.**	**celkem**
61 - 65	0,07	0,08	0,04	0,01	0,20
66 - 70	0,12	0,11	0,07	0,01	0,31
71 - 75	0,18	0,17	0,14	0,02	0,50
76 - 80	0,29	0,31	0,22	0,04	0,85
81 - 85	0,66	0,63	0,48	0,07	1,84
86 - 90	1,43	1,49	0,94	0,11	3,97
90 +	2,36	2,49	1,83	0,16	6,84

Pramen: interní data MPSV, vlastní propočty

Tabulka č. 15 **Podíl žen v domovech pro seniory pobírajících příspěvek na péči a závislosti na věku a míře závislosti v květnu 2009**

ženy domovy pro seniory	**míra závislosti**				
	I.	**II.**	**III.**	**IV.**	**celkem**
61 - 65	0,04	0,04	0,03	0,03	0,15
66 - 70	0,09	0,10	0,07	0,06	0,32
71 - 75	0,21	0,20	0,18	0,17	0,75
76 - 80	0,49	0,53	0,44	0,39	1,85
81 - 85	1,31	1,35	1,03	1,05	4,74
86 - 90	2,42	2,79	2,11	2,41	9,72
90 +	2,76	4,00	3,68	4,42	14,86

Pramen: interní data MPSV, vlastní propočty

Z pohledu zpracování odhadu potřeby sociálních služeb pro seniory je opět zřetelné vyšší zastoupení žen s přiznaným příspěvkem na péči v porovnání s muži.

Struktura využívání příspěvku na péči podle typu využívané péče ukazuje, že z celkového objemu výdajů na příspěvek na péči v r. 2008 18 253 mil. Kč se cca 12,6 mld. Kč nevrací zpět do systému sociálních služeb. Tuto skutečnost však nelze interpretovat jako příspěvek k podpoře neformálních forem péče. Je zřejmé, že značná část tohoto objemu není využívána k podpoře těchto forem péče, ale je chápána jako určitá forma zvýšení příjmů důchodce a jeho rodiny. Pokud by měl být kvantifikován objem finančních prostředků, který pravděpodobně opravdu slouží k poskytování služeb poskytovaných v přirozeném domácím prostředí neformálními poskytovateli služeb (rodinnými příslušníky, blízkými osobami, sousedy), lze odhadovat, že jeho rozsah činí cca 7 mld. Kč, tedy cca 56 % z celkového objemu finančních prostředků, který je poskytován na výplatu příspěvku na péči, přičemž sociální služby jim nejsou poskytovány prostřednictvím registrovaných subjektů. Jedná se o ty osoby, jimž je vyplácen příspěvek na péči ve III. a IV. stupni závislosti a lze proto předpokládat, že

vzhledem k nepříznivému zdravotnímu stavu jsou ve značném rozsahu závislé na pomoci druhé osoby. Nelze však vyloučit, že značná část těchto osob je hospitalizována ve zdravotnických zařízeních.[48] Odhad struktury využívání příspěvku na péči je znázorněn v příloze č. 43.

3.5 Mezinárodní komparace rozsahu poskytování služeb sociální péče pro staré občany

Vedle hodnocení vývoje sociálních služeb z kvantitativního hlediska je pozornost nutno zaměřit i na charakteristiku jejich vývoje z kvalitativního pohledu. Z tohoto pohledu je účelné soustředit pozornost na hodnocení základních společensko-ekonomických a sociálně-politických faktorů, které přímo či zprostředkovaně ovlivňují vývoj sociálních služeb v evropských zemích. Do této skupiny patří zejména:

- prodlužování lidského věku, přičemž se prodlužuje období života, v němž člověk potřebuje pomoc jiné osoby,
- přenášení standardu života v produktivním věku i do období, kdy je člověk postupně stále více závislý na pomoci jiné osoby,
- rostoucí nákladnost kompenzace narůstající závislosti na vnější pomoci.

Tyto trendy, které jsou podmíněny nutností zabezpečit přiměřený komfort života ve stáří, jsou doprovázeny hledáním možností transformace celé oblasti sociálních služeb, které jsou pro staré a zdravotně postižené občany zabezpečovány. Důvodem tohoto hledání nejsou ovšem jen ekonomické aspekty, ale jde o přiblížení života ve stáří, popř. života se zdravotním postižením, podporovaného sociálními službami, normálnímu životu. V tomto směru roste zájem o občanská práva a s nimi i o práva klientů a o potřebu jejich větší autonomie. Na tomto základě lze charakterizovat následující trendy, které se ve vyspělých evropských zemích v posledním období prosazují[49]:

- dochází ke konfrontaci zákonitostí trhu s potřebami rozvoje činností v sociální oblasti při využití dynamizujících schopností trhu (tam, kde působí trh, není třeba organizovat, plánovat ani řídit, ale pouze účelně korigovat),
- financování sociálních služeb je založeno na participaci více subjektů (přispívají občan, rodina, stát, obec, provozovatel, zdravotní pojišťovna, vlastní pojištění apod.), neboť k tomu, aby zákonitosti trhu mohly fungovat, je nutno vytvořit koupěschopnou poptávku, tzn. že je potřebné určit, kdo rostoucí náklady na služby zaplatí,
- dochází ke zvýšení integrace ekonomické a sociální racionálnosti, tedy ke hledání optimální varianty zabezpečení sociálních potřeb jak z humánního, tak technického, technologického a tedy i ekonomického pohledu,
- v návaznosti na to probíhá proces deinstitucionalizace v oblasti sociálních a zdravotních služeb především pro staré občany, který je doprovázen stíráním

[48] statistická data, která by tuto domněnku potvrdila, nejsou k dispozici, podle zdrojů ÚZIS bylo v r. 2008 v ČR v léčebnách pro dlouhodobě nemocné celkem 7 194 míst (viz Lůžková péče 2008 [online] [cit. 2009-09-15] Dostupné z www: http://www.uzis.cz/download.php?ctg=10&search_name=Lůžková %20péče &region=100&kind=1&mnu_id=5300

[49] blíže viz kolektiv. *Obce, města, regiony a sociální služby*. Praha: SOCIOKLUB, 1997. ISBN 80-902260-1-9

resortních rozdílů mezi službami sociálního a zdravotního charakteru, služby obojího typu jsou přitom poskytovány zpravidla jednou agenturou,

- roste význam sociálního poradenství a aktivit směřujících ke koordinaci péče o osoby v sociální nouzi.

Významné poznatky o předpokládaném vývoji trendů při poskytování sociálních služeb lze získat i na základě údajů o rozsahu péče, která je poskytována v pobytových zařízeních a v domácnosti jednotlivých občanů.[50]

Tabulka č. 16 **Podíl osob starších 65 let, kterým je poskytována péče v pobytových zařízeních a v domácnosti**

v %	A	B	DK	FIN	FR	DE	NL	S	UK	CZ
	1998	1998	2001	1997	2000	2003	2001	2001	1996	2007
podíl osob starších 65 let, kterým je poskytována péče v pobytových zařízeních	4,9	6,4	9,1	5,3	6,5	3,5	8,8	8,2	5,1	4,6
podíl osob starších 65 let, kterým je poskytována péče v domácnosti	24,0	4,5	25,0	14,0	6,1	7,0	12,75	7,9	5,5	17,6

pozn: A = Rakousko, B = Belgie, DK = Dánsko, FIN = Finsko, FR = Francie, DE = SRN, NL = Nizozemsko,, S = Švédsko, UK = Velká Británie, CZ = Česká republika

Pramen: Bednárik, R. - Bodnárová, B. Starnutie populácie - výzva na zmeny v službách pre starších ľudí. Bratislava: Stredisko pre štúdium práce a rodiny, 2005

údaje za ČR - vlastní propočty na základě interních dat MPSV, ÚZIS a VÚPSV, v.v.i.

Uvedené údaje ukazují, že podíl osob starších 65 let, kterým je poskytována péče v pobytových zařízeních, je na srovnatelné úrovni s většinou srovnávaných zemí, a to především ve středoevropském regionu. Podíl osob starších 65 let, kterým je poskytována péče v domácnosti, je ve srovnávaných zemích značně rozdílný, ČR je v tomto porovnání na průměrné úrovni, ve srovnání s Rakouskem, kde je obdobný systém financování sociálních služeb prostřednictvím příspěvku na péči, však ČR zaostává o cca 6,5 procentního bodu. Z tohoto pohledu je zřejmé, že v následujících letech lze vzhledem k aktuálním demografickým trendům v naší zemi očekávat především další rozvoj terénních a ambulantních sociálních (ale i zdravotních) služeb.[51]

Stárnutí populace je ale trend, který zasahuje všechny evropské země. Tato skutečnost je mj. i důvodem k tomu, že se i v této oblasti začalo diskutovat o možnostech přijetí stejných pravidel při jejich poskytování v zemích Evropské unie. Podle doposud realizovaných diskuzí[52] lze sociální služby poskytované seniorům a zdravotně handicapovaným občanům považovat za služby nehospodářské povahy, pro

[50] Poslední dostupná statistická data o rozsahu poskytované dlouhodobé péče v zemích OECD (OECD Health Data 2009 - June 09 - *[online], cit.[2009-11-04], dostupné z:* http://www.ecosante.org/index2.php?base=OCDE&langs=ENG&langh=ENG nejsou uváděna, neboť za ČR jsou uváděna nepřesná data (jak v absolutním, tak i v relativním měřítku), která by významně zkreslila pohled na situaci v naší zemi, otázkou proto zůstává i validita informací charakterizujících situaci v dalších zemích.

[51] základním předpokladem je ovšem realizace opatření navrhovaných v rámci 5. kapitoly

[52] viz *Služby obecného zájmu, včetně sociálních služeb obecného zájmu: nový evropský závazek*. Sdělení Komise Evropskému parlamentu, Radě, Evropskému hospodářskému a sociálnímu výboru a Výboru regionů doprovázející sdělení "Jednotný trh pro Evropu ve 21. století". *[online], cit. [2009-11-18], dostupné z:* http://www.mpsv.cz/files/clanky/7020/Communication_on_SGI.pdf

něž je charakteristické, že jsou obvykle poskytovány na místní úrovni a jsou výrazně závislé na financování z veřejných prostředků.

Kromě nepříznivého demografického vývoje a ekonomických dopadů vyplývajících z demografických změn je nezbytné věnovat pozornost i změnám ve struktuře a postavení rodin.[53] Rozpad klasické rodiny a genderové změny na trhu práce vedou k tomu, že ženy budou mít stále méně prostoru převzít odpovědnost za péči. Navíc díky zvyšujícím se rozdílům mezi věkem dožití mužů a žen se bude stále více zvyšovat počet žen, které budou ve vyšším věku potřebovat nějakou formu péče, která jim však nebude moci být poskytována na bázi rodiny.

Na tyto trendy se snaží země Evropské unie v posledních letech reagovat ve dvou hlavních oblastech:

- změny v organizaci a řízení služeb (výkonný a efektivní management, orientace na potřeby a práva uživatele, integrace služeb a jejich decentralizace),
- změny v politické a legislativní regulaci (ústup od přímého direktivního řízení k regulaci založené na trhu, přechod od hierarchického modelu k horizontální partnerské spolupráci).

Systémy zajištění péče se v jednotlivých zemích Evropy v důsledku historického vývoje liší. Zatímco v severských zemích, Nizozemsku a Velké Británii má dlouhodobá péče tradici, v jiných zemích, např. v Rakousku a Německu, se jako sociální riziko začala chápat až v posledních dvou desetiletích. Rozdíly v jednotlivých systémech vyplývají zejména z chápaní dlouhodobé péče jako veřejné nebo soukromé (rodinné) odpovědnosti, ze zvoleného způsobu podpory (finanční nebo věcné), z vymezení formálních a neformálních struktur poskytování péče a také z rozsahu vynakládaných veřejných prostředků.

Podle OECD dosahují veřejné výdaje na péči více než 1,5 % HDP jen v několika málo zemích (Švédsko, Dánsko, Nizozemsko). V zemích, kde v posledních dvou desetiletích systémy péče teprve vznikaly, dosahují výdaje na dlouhodobou péči jen 1-1,5 %, v nových zemích EU se pohybují okolo 0,5 %.

Při financování sociálních služeb jsou potřebným osobám v evropských zemích poskytovány jak finanční, tak i věcné dávky. Na rozdíl od jiných oblastí nepřevažuje v systémech péče o potřebné, ať už jde o děti nebo o dospělé, ani jedna varianta. Z historického pohledu byl první reakcí na potřebu péče vznik nabídky ústavní péče o staré osoby a osoby s potřebou péče financované z veřejných zdrojů. V posledních dvou desetiletích se však prosadil trend poskytování mobilní péče, což se promítlo i do konkrétních programů jejího poskytování a v důsledku vedlo k velké rozmanitosti péče.

V období přizpůsobování systémů péče novým požadavkům bylo v řadě zemí zavedeno poskytování finančních dávek. Do té doby existovaly finanční dávky jen ve formě doplňkové dávky pro případ potřeby péče, např. Hilflosenzuschuss v Rakousku. Nové finanční modely měly v souladu s politickými cíli posílit vlastní odpovědnost, rozšířit možnosti výběru a podpořit vznik nabídky mobilní péče. Tyto modely také umožňují různé nastavení v závislosti na různých cílech. Finanční dávky mohou být směrovány buď přímo k osobám s potřebou péče nebo k pečujícím osobám a mohou být nezávislé nebo vázané na koupi určité služby. Rakouský příspěvek na péči odpovídá nezávislému typu, v Nizozemsku uplatnili tzv. osobní účet, z kterého lze primárně hradit předem definované formální služby a jenž ponechává jen malý prostor pro

[53] podrobněji viz Čáslava, P. *Evropské proměny sociálních služeb.* Sociální služby č. 4/2009. ISSN 1803-7348

platby péče z neformálních zdrojů. Německý model představuje se svou možností volby mezi finanční a věcnou dávkou střední variantu.

Další rozdíly mezi systémy s finančními a věcnými dávkami i uvnitř těchto systémů vyplývají z definice cílové skupiny nebo závislosti poskytování dávek na výši příjmů. Zatímco v Rakousku existuje 7 stupňů závislosti[54] a je používána její v evropském měřítku velmi široká definice, v Itálii je vyplácena dávka v jednotné výši. Při poskytování věcných dávek je obvyklé, že si uživatel na službu v závislosti na výši příjmů připlácí, v řadě zemí i podle druhu poskytnuté služby. Modely finančních dávek jsou chápány jako univerzální, dávky však mohou být závislé na výši příjmu. V některých modelech poskytujících finanční dávky existuje totiž jejich vázanost na využití konkrétních služeb a povinnost příjemce služeb připlácet si na ně v závislosti na výši svého příjmu.[55]

Ačkoliv všechny země nemají stejný standard služeb, je zřejmé, že určité minimum služeb musí být dostupné všem občanům. Minimální standard sociálních služeb však může být definován pouze na národní úrovni. Nezbytné je přitom zabezpečit, aby regionální i místní orgány byly zapojeny do procesu určování minimálního standardu sociálních služeb nabízených občanům, zejména v těch oblastech, kde se předpokládá, že tyto orgány budou tyto služby poskytovat.

Stát má primární odpovědnost za zajištění toho, aby tyto služby byly poskytovány a měl by mít určité pravomoci v oblasti jejich plánování, koordinace a supervize. Vzhledem k odpovědnosti místních a regionálních orgánů za provozní aspekty se projevuje trend k decentralizaci sociálních služeb, a tedy k širšímu zapojování místních a regionálních orgánů do poskytování těchto služeb.

Účinnou koordinaci poskytovaných služeb lze zabezpečit na místní nebo na regionální úrovni. Ukazuje se, že tam, kde jsou služby koordinovány "zdola", jsou potřeby obyvatel zabezpečovány podstatně vstřícněji. Koordinované akce v různých sociálních oblastech jsou daleko účinnější než stejné akce, které jsou realizovány izolovaně nebo samostatně. Taková interakce je zřejmá tam, kde sociální opatření dávají prioritu příjemcům a jejich potřebám. Dosažené výsledky v některých zemích prostřednictvím akcí podniknutých v rámci specifických politik pro určité skupiny (na příklad pro staré občany nebo nejchudší občany) nebo jako součást zlepšování prostředí potvrzuje, že taková strategie je odůvodněná.

Odpovědnost jednotlivých veřejných orgánů lze charakterizovat třemi klíčovými rolemi[56]:

- role, která by mohla být definována jako "strategická" nebo "koncepční" (formulování celkové politiky a programů, navrhování legislativního rámce sloužícího jako odrazový můstek, stanovení minimálních standardů),
- role, která by mohla být definována jako "funkční" nebo "operativní" (vytváření potřebných infrastruktur, zavádění doplňujících regulací, identifikování specifických potřeb a očekávání rozdílných komunit, plánovací činnost na úrovni místního orgánu, řídící služby),
- úloha, která by mohla být definována jako "organizační" nebo "strukturální" (zřizování orgánů, mechanismů a procedur).

[54] viz Průša, L. *Sociální služby - srovnání ČR a EU.* Praha: Centrum sociálních služeb, 2008

[55] podrobněji viz Österle, A. - Meichenitsch K. *Pflegesicherungssysteme in Europa.* Soziale Sicherheit č. 11/2007. ISSN 0080-1841

[56] viz *The role of local and regional autorities in the povision of local social services.* Strasbourg: Council of Europe, 1999

Na tomto základě lze charakterizovat roli jednotlivých subjektů odpovědných za poskytování sociálních služeb v širším slova smyslu tímto způsobem:

Stát má v této oblasti vždy strategickou úlohu, pouze v některých zemích je tato role částečně delegována na regiony. Stát ve většině případů plní rovněž organizační úlohu. Jeho operativní úloha je zpravidla omezenější (s výjimkou otázek zaměstnanosti), převážně je orientována na vytváření a možné řízení důležitých infrastruktur, vč. spolufinancování služeb.

Role regionů v jednotlivých zemích vychází z ústavy těchto států, která přesně vymezuje jejich kompetence a určuje, zda a v jakém rozsahu regiony musí nebo mohou přejímat strategickou úlohu a provádět supervizi a řízení opatření aplikovatelných na jejich území jako doplněk opatření ústředního státu. Přitom se mohou vyskytnout rozdíly mezi jednotlivými zeměmi v závislosti na typu územně správního uspořádání.

Mezi federálními státy je to všeobecně ústřední vláda, která má mimořádně důležitou úlohu v sociální oblasti jak z hlediska tvorby politiky uplatňované na celém území, tak i z hlediska usměrňování služeb na regionální úrovni (viz Rakousko, Belgie, Německo, Švýcarsko). V těchto zemích plní ústřední vlády také zpravidla organizační úlohu a podílejí se na poskytování určitých služeb, často doplňují nebo podporují činnost jednotlivých místních orgánů na jejich území.

V kvazifederálních státech, kde jednotlivé regiony mají vlastní legislativní kompetence, může být situace více či méně podobná. Např. ve Španělsku ústava nejen stanoví asymetrickou regionální autonomii, ale také opravňuje určité autonomní orgány, aby nežádaly na státu ty výsady, které by měly právo (ale ne povinnost) získat.

V jiných státech s určitým stupněm regionální decentralizace nemají regionální orgány strategickou úlohu, ale mohou mít důležitou organizační roli.

Pokud jde o úlohu místních orgánů, jde všeobecně o orgány, které jsou při poskytování sociálních služeb zaměřeny na širší komunitu, než jsou obce nebo na služby, které obec nemůže (nebo si nepřeje) poskytovat kvůli vysokým nákladům nebo nízké efektivnosti. Role obcí byla charakterizována tak, že důraz na jejich větší zodpovědnost při zabezpečování místních služeb povede k jejich vytváření a poskytování pro jejich občany.

Operativní úloha plněná místními orgány by přitom neměla být omezována rozhodnutím vyššího stupně. V rámci své autonomie realizují tyto orgány v oblasti sociální politiky např. úkoly v oblasti podpory rodiny nebo opatření proti různým formám marginalizace. Určité možnosti jejich působení závisejí mj. na velikosti těchto místních orgánů a na jejich zdrojích.

Ve vzájemných vazbách mezi jednotlivými subjekty dochází v posledním období k významným změnám - dochází k odklonu od veřejnoprávní regulace založené na rozpočtování, plánování, certifikaci a kontrole k tržní regulaci.[57]

[57] podrobněji viz Čáslava, P. *Reformy na národních úrovních.* Sociální služby č. 6/2009. ISSN 1803-7348

3.6 Projekce potřeby služeb sociální péče do r. 2025

3.6.1 Determinanty potřeby sociálních služeb, limity a bariéry jejich rozvoje

Tak jako charakter sociální politiky, i rozsah potřeby sociálních služeb ovlivňují čtyři základní faktory:

- demografický vývoj,
- sociálně ekonomické faktory,
- společensko politické determinanty,
- mezinárodní aspekty.[58]

Z tohoto pohledu je nezbytné při zpracování projekce potřeby služeb sociální péče do r. 2025 mít na zřeteli především tyto skutečnosti:

- 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,
- priority rozvoje sociálních služeb,[59]
- transformace pobytových sociálních služeb[60] a jejich humanizace,
- pojetí sociálních služeb jako služeb obecného zájmu,[61]
- hledání optimální varianty zabezpečení sociálních potřeb jak z humánního, tak technického, technologického, a tedy i ekonomického pohledu,
- postupně stále širší propojování a koordinace sociálních a zdravotních služeb na regionální úrovni.

Opomenout však nelze ani působení dalších faktorů, z nichž působení některých je velmi obtížné kvantifikovat, a proto k nim nebylo přihlíženo při realizovaných propočtech. V tomto smyslu se jedná např. o:

- změny zdravotního stavu obyvatelstva,
- vývoj epidemiologické situace,
- změny v organizaci struktury péče o staré a zdravotně postižené občany (např. transformace domovů pro seniory v ošetřovatelské ústavy a jejich možné převedení do rezortu zdravotnictví).

---

[58] viz Průša, L. *Sociální politika a determinanty jejího vývoje*. Sociální politika č. 1/1996. ISSN 0049-0962

[59] viz *Národní plán rozvoje sociálních služeb.* Praha: MPSV, 2009

[60] viz *Koncepce podpory transformace pobytových sociálních služeb v jiné typy sociálních služeb, poskytovaných v přirozené komunitě uživatele a podporující sociální začlenění uživatele do společnosti*. Praha: MPSV, 2007

[61] viz *Služby obecného zájmu vč. sociálních služeb obecného zájmu: nový evropský závazek - Sdělení Komise Evropskému parlamentu, Radě, Evropskému hospodářskému a sociálnímu výboru a výboru regionů*. *[online], cit. [2009-11-04],*
dostupné z: http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=COM:2007:0725:FIN:CS:PDF

Významné determinanty, limity a bariéry dalšího rozvoje sociálních služeb je však nutno vidět i v řadě dalších oblastí. V tomto směru je nutno mít na zřeteli především tyto skutečnosti:

- závislost rozvoje sociálních služeb na poskytování dotací,[62]
- nedostatečné financování ošetřovatelské a rehabilitační péče poskytované v pobytových zařízeních sociálních služeb ze zdrojů veřejného zdravotního pojištění,[63]
- "cenová" regulace výše úhrad za poskytované sociální služby,[64]
- kritéria pro stanovení míry závislosti a způsob jejich hodnocení ze strany sociálních pracovníků a lékařů posudkové služby,[65]
- zavedení nepeněžní nebo kombinované formy výplaty příspěvku na péči,[66] popř. změna hodnocení míry závislosti a její vyjádření např. v rozsahu podpory stanoveném v hodinách obdobně jako je tomu v Rakousku,[67]
- naplňování standardů kvality sociálních služeb a jejich následné subjektivní hodnocení v rámci inspekcí,[68]
- postavení a role jednotlivých klíčových hráčů na poli poskytování sociálních služeb (poskytovatelé sociálních služeb, Asociace poskytovatelů sociálních služeb, MPSV, Asociace krajů, Svaz měst a obcí, ministerstvo zdravotnictví, Všeobecná zdravotní pojišťovna, Unie zaměstnavatelských svazů, Odborový svaz zdravotnictví a sociální péče, neziskové organizace, Národní rada zdravotně postižených) 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, podpora tísňové péče a poradenství, individualizace péče, architektonické bariéry především v domácím prostředí uživatelů služeb, rozvoj dobrovolnických center a rozšíření dobrovolnické práce, dostatečný počet vzdělaných sociálních pracovníků),
- změna myšlení společnosti.

Jednotlivé varianty proto vycházejí ze stávajícího právního stavu, přestože lze očekávat, že v důsledku hospodářské krize dojde v zájmu zefektivnění celého systému poskytování a financování sociálních služeb k výrazným změnám v systému jejich financování (v tomto smyslu se jedná především o zrušení maximální výše úhrad klienta za poskytované sociální služby, výraznější zapojení zdrojů zdravotního

---

[62] viz např. Horecký, J. *Scénáře vývoje sociálních služeb v ČR z pohledu jejich financování.* FÓRUM sociální politiky č. 5/2009. ISSN 1802-5854

[63] viz Průša, L. *Poskytování ošetřovatelské a rehabilitační zdravotní péče uživatelům pobytových sociálních služeb v pobytových zařízeních sociálních služeb a v lůžkových zdravotnických zařízeních.* Praha: VÚPSV, v.v.i., 2009. ISBN 978-80-7416-030-1

[64] viz Průša, L. *Je nový systém financování sociálních služeb pro staré občany efektivní?.* Národohospodářský prostor č. 3/2009. ISSN 1213-2446

[65] viz Francová, H. - Novotný, A. - Kozlová, L. *Vybrané poznámky k realizaci sociálních služeb v současných legislativních podmínkách ČR.* České Budějovice: Zdravotně sociální fakulta Jihočeské univerzity, 2009

[66] viz Průša, L. *Příspěvek na péči - černá díra reformy sociálního systému.* FÓRUM sociální politiky č. 3/2009. ISSN 1802-5854.

[67] viz Průša, L. *Sociální služby - srovnání ČR a EU.* Praha: Centrum sociálních služeb, 2008

[68] viz *Analýza inspekcí poskytování sociálních služeb.* Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR, 2009

pojištění, a tím o odstranění závislosti poskytovatelů služeb sociální péče, zejména služeb pro staré občany, na poskytovaných dotacích ze státního rozpočtu). Tato skutečnost vytvoří potřebný prostor pro rozvoj všech forem poskytovaných terénních, ambulantních i pobytových služeb sociální péče.

Nedílnou součástí celého procesu rozvoje sociálních služeb v následujícím období jako důsledku demografických trendů je potřeba zajištění potřebného odborně vzdělaného personálu jednotlivých poskytovatelů vč. nezbytného posílení pracovníků v přímé obslužné péči.[69]

3.6.2 Varianty projekce potřeby služeb sociální péče

Na základě výše uvedených skutečností lze koncipovat několik variant projekce potřeby služeb sociální péče pro staré a zdravotně postižené osoby. Jejich společným východiskem je projekce obyvatelstva ČR, kterou zpracoval ČSÚ v 1. pololetí t.r. Při kvantifikaci potřeby lze přitom vycházet především:

- z tzv. normativů[70] vybavenosti, které byly zpracovány ve 2. polovině 80. let tehdejším FMPSV a které byly aktualizovány SOCIOKLUBem v 90. letech minulého století,[71]
- z míry závislosti na potřebě péče podle struktury příjemců příspěvku na péči podle jednotlivých stupňů závislosti.

Projekce potřeby služeb sociální péče podle kvantitativních standardů vybavenosti regionů sociálními službami

Podle výše uvedených kvantitativních standardů vybavenosti jednotlivých regionů sociálními službami v závislosti na věku osoby a míře její závislosti byl koncipován následující odhad struktury osob závislých na pomoci druhé osoby (viz tabulka č. 17).

[69] viz *Předpokládaný vliv změny způsobu financování sociálních služeb na úroveň nezaměstnanosti.* SOCIOKLUB, Zdravotně sociální fakulta Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích, Profesní komora sociálních pracovníků, Praha 2000

[70] v současné době je často používán pojem "kvantitativní standard"

[71] viz kolektiv. *Obce, města, regiony a sociální služby*. Praha: SOCIOKLUB, 1997. ISBN 80-902260-1-9

Tabulka č. 17 **Údaje, vymezující potřebu sociálních služeb ve vazbě na míře závislosti a věku osob vyššího věku**

věk osoby	podíl osob, které potřebují pomoc při sebeobsluze				
	celkem	podle míry závislosti			
		minimální	lehká	střední	těžká
65 - 69 let	3 %	1,5 %	1,5 %	-	-
70 - 74 let	7 %	3 %	2 %	2 %	-
75 - 79 let	10,5 %	4 %	3 %	3 %	0,5 %
80 - 84 let	15,5 %	6,5 %	4 %	4 %	1 %
85 - 89 let	27 %	9 %	8 %	8 %	2 %
90 a více let	80 %	20 %	20 %	20 %	20 %

Pramen: kolektiv. Obce, města, regiony a sociální služby, SOCIOKLUB, Praha 1997

pozn.: struktura jednotlivých měr závislosti vycházela ze studie J. Torová, H. Vostrovská, E. Kaplan: Vypracování modulů jednotlivých úrovní sociálních služeb v péči o osoby závislé na pomoci jiné osoby, projekt výzkumu a vývoje MPSV, Praha 1995 a v zásadě odpovídá struktuře uvedené v zákoně č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, v platném znění

Promítnutím těchto údajů do věkové struktury obyvatelstva tak, jak vyplývá z projekce obyvatelstva ČR do r. 2065, lze odhadovat následující počty seniorů, kteří by byli závislí na pomoci druhé osoby. Nevýhodou takto koncipované prognózy je tedy skutečnost, že nezahrnuje osoby se zdravotním postižením.

Tabulka č. 18 **Projekce potřeby služeb pro seniory v závislosti na věku**

věk	2008	2010	2015	2020	2025
65 - 69	14 214	16 133	20 167	20 492	18 613
70 - 74	25 407	25 744	33 810	42 740	43 895
75 - 79	34 392	33 690	32 440	43 592	56 200
80 - 84	34 659	35 224	36 794	36 998	51 540
85 - 89	26 075	31 771	36 110	40 180	42 842
90 +	22 690	21 885	40 562	56 078	69 542
celkem	157 437	164 447	199 883	240 080	282 633

Pramen: vlastní propočty

Tabulka č. 19 **Projekce potřeby služeb pro seniory v závislosti na míře závislosti**

	počet osob, které potřebují pomoc při sebeobsluze				
	celkem	podle míry závislosti			
		minimální	lehká	střední	těžká
2008	157 437	59 996	46 535	39 428	11 478
2010	164 447	62 767	49 023	40 956	11 701
2015	199 883	74 538	59 347	49 264	16 734
2020	240 080	88 098	70 385	60 139	21 459
2025	282 633	102 808	81 285	71 979	26 560

Pramen: vlastní propočty

Podrobnější struktura osob vč. grafického znázornění je uvedena v příloze č. 44 až č. 46.

Přestože takto koncipovaná prognóza nezahrnuje odhad potřeby péče o zdravotně postižené občany, trendy, které projekce odhaluje, zcela jednoznačně ukazují, že do r. 2025 se výrazným způsobem zvýší potřeba péče o staré občany. Vyjdeme-li z úvahy, že dojde k optimalizaci struktury poskytované péče v závislosti na skutečném rozsahu péče, tzn. že:

- v domovech pro seniory budou z více než 95 % pouze osoby se střední a těžkou mírou závislostí,
- terénní a ambulantní formy péče budou poskytovány osobám s minimální a lehkou mírou závislosti,

provedené propočty ukazují významný nárůst potřeby péče. Celkový počet osob, odkázaných na pomoci druhé osoby vzroste do r. 2025 o cca 80 %, přičemž největší nárůst z hlediska potřeby péče lze očekávat u osob s těžkou mírou závislosti, jejichž počet by se měl zvýšit více než 2,3x (nárůst počtu osob v ostatních skupinách míry závislosti dosahuje hodnot 1,7-1,8).

Provedené propočty s použitím kvantitativních standardů vybavenosti tedy ukazují vysoký nárůst potřeby péče, přičemž nejvýraznější nárůst lze očekávat u skupiny osob vyžadující největší objem poskytované péče.

Projekce potřeby služeb sociální péče podle struktury příjemců příspěvku na péči podle stupňů závislosti

Východiskem pro zpracování druhé varianty projekce potřeby sociálních služeb je struktura čerpání příspěvku na péči v závislosti na věku příjemce a míře jeho závislosti tak, jak bylo zjištěno při analýze čerpání této sociální dávky v květnu t.r. (viz kap. 3.4). Přestože lze v následujícím období očekávat další nárůst počtu příjemců příspěvku na péči ve III. a IV. stupni závislosti (jako důsledek ekonomického tlaku zřizovatelů na poskytovatele služeb v důsledku očekávaného snižování objemu dotací ze státního rozpočtu), jedná se zřejmě o nejpřesnější odhad, neboť vychází z aktuálních dat. Přestože dílčí změny v podmínkách výplaty příspěvku na péči, které vstoupí v platnost 1. ledna 2011, pravděpodobně krátkodobě mírně sníží počty příjemců této dávky v prvním stupni závislosti, nelze očekávat, že by tato skutečnost výrazně ovlivnila výsledky této varianty projekce.

Při promítnutí výše uvedené struktury čerpání příspěvku na péči v závislosti na věku, pohlaví a míře závislosti do demografické projekce obyvatelstva lze očekávat následující vývoj počtu příjemců této sociální dávky:

Tabulka č. 20 **Vývoj počtu příjemců příspěvku na péči v závislosti na věku příjemce**

	2010	2015	2020	2025
- 3	300	288	271	251
3 - 18	20 119	20 310	21 702	22 251
19 - 50	33 943	33 960	32 728	31 091
51 - 55	8 476	7 541	8 193	9 275
56 - 60	12 258	11 440	10 225	11 144
61 - 65	16 299	16 839	15 810	14 225
66 - 70	18 485	24 087	25 048	23 664
71 - 75	23 740	29 636	39 028	40 977
76 - 80	43 460	40 640	51 941	69 780
81 - 85	62 428	66 166	64 728	86 168
86 - 90	49 989	59 787	68 301	71 072
90 +	12 535	24 117	35 177	45 252
celkem	302 033	334 811	373 150	425 149

Pramen: vlastní propočty

Tabulka č. 21 **Vývoj počtu příjemců příspěvku na péči v závislosti na míře závislosti**

	míra závislosti				
	I.	II.	III.	IV.	celkem
2010	119 854	88 996	58 377	34 806	302 033
2015	131 956	98 771	64 924	39 160	334 811
2020	146 800	109 960	72 386	44 004	373 150
2025	168 578	125 002	81 840	49 728	425 149

Pramen: vlastní propočty

Podrobnější data o předpokládaném vývoji počtu příjemců příspěvku na péči vč. grafického znázornění jsou uvedena v příloze č. 47-49.

Rovněž tyto propočty ukazují výrazný nárůst příjemců příspěvku na péči, a tedy i výrazný nárůst potřeby poskytování sociálních služeb i ošetřovatelské péče. Při zachování stávající struktury čerpání příspěvku na péči v závislosti na pohlaví, věku příjemce a míře jeho závislosti z května 2009 by počet příjemců této dávky vzrostl do r. 2025 o cca 43 %, přičemž nejvýraznější nárůst (o více než 80 %) lze očekávat u osob s příspěvkem na péči ve III. nebo IV. stupni závislosti, tedy u skupin s největší potřebou sociálně zdravotních služeb.

Přestože v následujících letech lze očekávat "objektivizaci" struktury uživatelů jednotlivých - především pobytových - sociálních služeb, ukazují uvedené propočty, že stávající kapacity jednotlivých typů zařízení nebudou v r. 2025 dostatečné. V tomto smyslu je zřejmé, že rozvoj všech forem terénních, ambulantních i pobytových služeb by se měl stát nedílnou součástí všech regionálních rozvojových plánů. Nezbytným předpokladem umožňujícím včas reagovat na změněnou demografickou situaci je zvýšení důrazu na analýzu změn v demografické situaci obyvatelstva v jednotlivých regionech. Stávající metodiky ministerstva práce a sociálních věcí pro tvorbu

střednědobých plánů rozvoje sociálních služeb však věnují této otázce minimální pozornost, což ve světle výše uvedených trendů představuje velké riziko.

Orientačně lze uvést, že:

- počet příjemců příspěvku na péči v I. stupni závislosti signalizuje, kolik osob bude pravděpodobně vyžadovat pomoc při zvládání některého z úkonů pečovatelské služby ve vlastní domácnosti,
- počet příjemců příspěvku na péči ve II. stupni závislosti signalizuje, kolik osob bude pravděpodobně vyžadovat intenzivnější pomoc při zvládání více úkonů pečovatelské služby ve vlastní domácnosti, ve chráněném bydlení, popř. v centru denních služeb nebo v denním stacionáři,
- počet příjemců příspěvku na péči ve III. stupni závislosti signalizuje, kolik osob bude vyžadovat intenzivní, zpravidla celodenní komplexní péči v domovech pro seniory, v domovech pro osoby se zdravotním postižením nebo v týdenních stacionářích, v krajních případech i v chráněném bydlení nebo ve vlastních domácnostech, přičemž řada těchto osob bude vyžadovat služby osobní asistence a k dispozici by měl být dostatečný rozsah odlehčovacích služeb,
- počet příjemců příspěvku na péči ve IV. stupni závislosti signalizuje, kolik osob bude vyžadovat intenzivní komplexní celodenní péči v pobytových zařízeních (domovy pro seniory, domovy pro osoby se zdravotním postižením, domovy se zvláštním režimem), pouze v minimálním rozsahu lze očekávat, že těmto osobám by byla poskytována péče v jiných typech zařízení, popř. v jejich domácnostech, v těchto případech však bude většina těchto osob vyžadovat služby osobní asistence, k dispozici bude potřeba rovněž dostatečný rozsah odlehčovacích služeb.

Konkrétní rozsah poskytování jednotlivých sociálních služeb je velmi obtížné blíže specifikovat, protože je odrazem působení celé řady faktorů determinujících jejich vývoj v jednotlivých regionech. V tomto smyslu je proto nezbytné v rámci přípravy střednědobých plánů rozvoje sociálních služeb v jednotlivých městech a krajích velmi podrobně analyzovat všechny determinanty ovlivňující chování klientů a potencionálních klientů o jednotlivé typy a formy sociálních služeb.

Nezbytným předpokladem rozvoje sociálních služeb je rovněž změna základních principů jejich financování. Stávající systém, který je založen na "cenové regulaci" maximální výše úhrad klienta za poskytované služby a na poskytování dotace ze strany ministerstva práce a sociálních věcí, rozvoj sociálních služeb nestimuluje. Pokud maximální výše úhrad uživatele služby je stanovena na takové úrovni, která neumožňuje uhradit průměrné celostátní náklady daného typu služby, je ex ante předjímána závislost na poskytování dotací, na které však není právní nárok, poskytovatel sociálních služeb je limitován v rozvoji sociálních služeb, protože nemá jistotu, že se tato skutečnost promítne v navýšení úrovně dotace. Tato skutečnost je o to závažnější, vzhledem k současném ekonomickým podmínkám.

4. Vyhodnocení terénních šetření

4.1 Terénní šetření mezi poskytovateli sociálních služeb

4.1.1 Koncepce šetření a okruh dotázaných

Dotazníkové formuláře byly rozeslány členům Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR, jež k 24.6.2009 sdružovala 568 poskytovatelů všech sociálních služeb. Vyplněné dotazníky byly získány od 156 poskytovatelů zajišťujících především tyto typy pobytových sociálních služeb:

- centra denních služeb,
- denní stacionáře,
- týdenní stacionáře,
- domovy pro osoby se zdravotním postižením,
- domovy pro seniory,
- domovy se zvláštním režimem a
- chráněné bydlení.

Kromě těchto typů sociálních služeb poskytovaných v pobytové formě byla pozornost věnována dvěma sociálním službám poskytovaným v terénní formě (pečovatelská služba a osobní asistence). Respondenti mohli uvádět také údaje za další sociální služby, které mohl každý respondent specifikovat individuálně.

V některých otázkách byli dotázaní poskytovatelé tázáni na každý typ jimi zajišťované sociální služby zvlášť. Podle jednotlivých typů sociálních služeb však bylo možné vyhodnotit také většinu těch otázek, které byly vztaženy k situaci celého zařízení a nikoliv k jednotlivým typům sociálních služeb. V těchto případech je však nezbytné brát zřetel na skutečnost, že poskytovatel mohl zajišťovat více typů sociálních služeb a údaje uvedené v těchto otázkách odrážely charakteristiky různých zajišťovaných typů sociálních služeb. V rámci těchto otázek tak mezi sebou nebyly porovnávány jednotlivé vybrané typy sociálních služeb samotné, ale byla mezi sebou porovnávána zařízení, která zajišťují příslušný typ sociálních služeb.

Zatímco u prvního okruhu otázek je při členění odpovědí jako rozlišovací znak chápáno nesporné a jasné dělítko "typ sociální služby", u druhého okruhu otázek je sledováno dalšími vlivy (případně souběžným poskytováním jiných typů sociálních služeb) zatížené kritérium "poskytovatel zajišťuje příslušný typ sociální služby", jež je primárně charakteristikou poskytovatele a nikoliv služby. Druhé kritérium je sledováno u otázek, u nichž jsme otázky na jednotlivé typy sociálních služeb považovali za nadbytečné a z hlediska koncepce dotazníku za kontraproduktivní (přílišný nárůst počtu otázek a riziko snížení návratnosti dotazníků vhledem k dalšímu nárůstu nároků na jeho vyplnění). I v těchto případech jsme však předpokládali, že bude užitečné rozlišit odpovědi podle toho, jaké typy sociálních služeb poskytovatel zajišťuje, neboť i tento znak je, navzdory výrazně nižší preciznosti oproti předchozímu, bezpochyby pro řadu dalších okolností a pro charakter odpovědí respondentů významný. Dotazníkový formulář je uveden v příloze č. 52.

4.1.2 Základní charakteristiky zkoumaných organizací

Více než polovina dotázaných poskytovatelů provozovala jeden typ sociálních služeb, třetina dotázaných dva typy sociálních služeb. Čtyři nebo pět typů sociálních služeb zajišťovalo méně než 10 % oslovených organizací. Všech 156 dotázaných poskytovatelů sociálních služeb tak bylo registrováno pro poskytování úhrnem 269 registrovaných sociálních služeb. Průměrně tak na jednoho poskytovatele sociálních služeb připadalo 1,72 registrovaných sociálních služeb.

Tabulka č. 22 **Počet sociálních služeb poskytovaných v rámci jednoho zařízení sociálních služeb**

počet všech uvedených typů sociálních služeb	počet poskytovatelů		celkový počet služeb
	abs. četnost	v %	
1	82	53	82
2	50	32	100
3	12	8	36
4	9	6	36
5	3	2	15
celkem	156	100*	269

Pramen: Výzkumné šetření mezi poskytovateli sociálních služeb, VÚPSV, v.v.i. 2009

* Součet hodnot se od hodnoty 100 mírně odchyluje v důsledku zaokrouhlení hodnot.

Ze 156 respondentů jich 85 (55 % dotázaných) provozovalo domovy pro seniory a 53 (34 %) domovy pro osoby se zdravotním postižením. V dotázaném vzorku poskytovatelů sociálních služeb byly ze sledovaných typů sociálních služeb nejméně často zajišťovány terénní sociální služby osobní asistence (2 respondenti; 1 % dotázaných) a pobytová sociální služba centra denních služeb (6 respondentů; 4 %).

V rámci možnosti "jiné" byla v 17 případech uvedena jedna odpověď, v jednom případě dvě odpovědi a v jednom případě tři odpovědi. Respondenti v této možnosti uvedli tyto typy sociálních služeb: odlehčovací služby (13x), sociálně aktivizační služby pro seniory a osoby se zdravotním postižením (2x), sociální rehabilitace (2x) a sociálně terapeutické dílny (2x) a tísňovou péči, podporu samostatného bydlení a odborné sociální poradenství (všechny možnosti 1x).

Nejvíce sociálních služeb provozovali poskytovatelé zajišťující osobní asistenci (4,00). Tento průměrný údaj je však jen velmi málo spolehlivý, neboť tuto sociální službu provozovali pouze dva dotázaní poskytovatelé. Vysoký počet provozovaných typů sociálních služeb byl zaznamenán také u poskytovatelů, kteří provozovali jiné než vybrané typy sociálních služeb (3,21), denní (3,14) a týdenní stacionáře (3,00) a centra denních služeb (3,00). Nejnižší byl průměrný počet provozovaných sociálních služeb u poskytovatelů provozujících domovy pro seniory (1,66) a pečovatelskou službu (1,83).

Tabulka č. 23 **Typy sociálních služeb zajišťované dotázanými poskytovateli**[72]

typ sociální služby	počet poskytovatelů sociálních služeb		počet zajišťovaných sociálních služeb	
	abs. četnost	v %	abs. četnost	v %
centrum denních služeb	6	4	6	2
denní stacionář	22	14	22	8
týdenní stacionář	20	13	20	7
domov pro osoby se zdravotním postižením	53	34	53	20
domov pro seniory	85	55	85	32
domov se zvláštním režimem	31	20	31	12
chráněné bydlení	16	10	16	6
pečovatelská služba	12	8	12	4
osobní asistence	2	1	2	1
jiné typy sociálních služeb	19	12	22	8
poskytovatelé celkem	156	.	269	100

Pramen: Výzkumné šetření mezi poskytovateli sociálních služeb, VÚPSV, v.v.i. 2009

Tabulka č. 24 **Průměrný počet sociálních služeb, které poskytovatel sociální služeb provozuje podle typu sociálních služeb** (včetně příslušné služby)

typ sociální služby	průměrný počet poskytovatelem provozovaných sociálních služeb
centrum denních služeb	3,00
denní stacionář	3,14
týdenní stacionář	3,00
domov pro osoby se zdravotním postižením	2,07
domov pro seniory	1,66
domov se zvláštním režimem	2,03
chráněné bydlení	2,81
pečovatelská služba	1,83
osobní asistence	4,00
jiné typy sociálních služeb	3,21
poskytovatelé celkem	1,72

Pramen: Výzkumné šetření mezi poskytovateli sociálních služeb, VÚPSV, v.v.i. 2009

[72] V tabulce jsou uvedeny procentuální podíly jednotlivých typů poskytovaných sociálních služeb vzhledem k celkovému počtu dotázaných poskytovatelů i vzhledem k celkovému počtu jimi provozovaných sociálních služeb. První údaj (kolik z dotázaných poskytovatelů sociálních služeb zajišťuje právě příslušnou sociální službu) tak charakterizuje vzorek poskytovatelů sociálních služeb, druhý údaj (poměrné zastoupení jednotlivých uváděných typů sociálních služeb na jejich celkové struktuře) zachycuje strukturu jimi zajišťovaných sociálních služeb. Každý z těchto údajů tak vypovídá o odlišném aspektu, nicméně s výjimkou možnosti „jiné" a celkového součtu vycházejí z totožných hodnot a rozdíly v rozložení údajů napříč jednotlivými typy sociálních služeb jsou proto naprosto zanedbatelné. Výraznější rozdíl u možnosti „jiné typy sociálních služeb" souvisel s možností uvést více typů sociálních služeb.

Procentuální údaje vypočtené z celkového počtu poskytovatelů, respektive z celkového počtu sociálních služeb jsou použity pouze pro potřeby charakteristiky zkoumaného vzorku. V dalším textu již nebudou sledovány úhrnné údaje za všechny poskytovatele sociálních služeb ani za všechny sociální služby zajišťované dotázanými poskytovateli. Důvodem jsou odlišné zaměření a povaha jednotlivých typů sociálních služeb a skutečnost, že součty hodnot napříč jednotlivými sociálními službami (a od nich odvozované procentuální údaje) by patrně byly zavádějící. V případě výpočtu procentuálních statistik pro jednotlivé typy sociálních služeb (nebo poskytovatele, kteří je zajišťují) již budou v dalším textu prezentována již pouze procenta ze součtu za příslušný typ sociální služby (případně za poskytovatele, který jej zajišťuje).

Celkový evidenční počet pracovníků (přepočtené úvazky) měřený mediánovou hodnotou byl nejvyšší u domovů pro osoby se zdravotním postižením (50,0), domovů pro seniory (44,5) a domovů se zvláštním režimem (31,3). Nejnižší byl naopak u jiných typů sociálních služeb (1,3) a denních stacionářů (3,8).

Tabulka č. 25 **Celkový evidenční počet pracovníků (přepočtený) měřený mediánovou hodnotou**

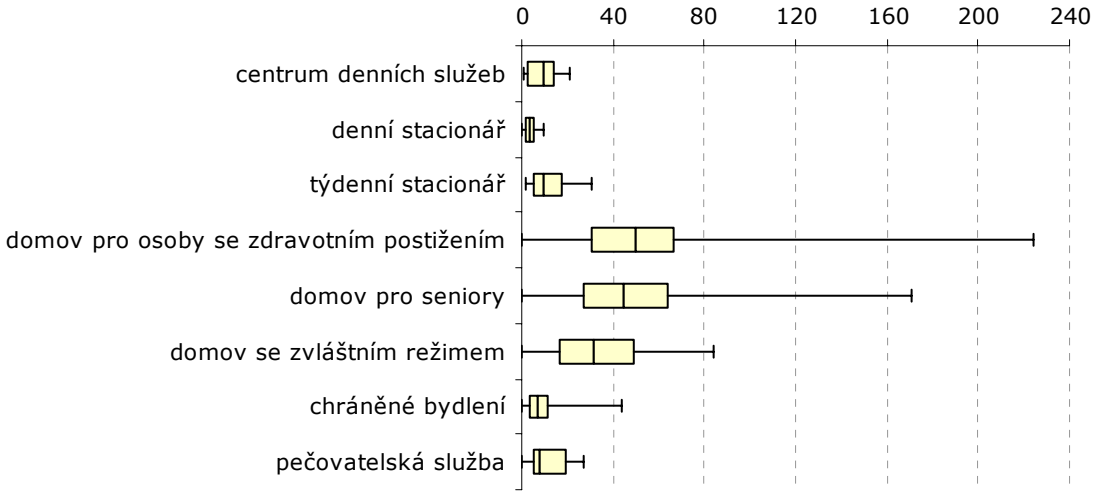
typ sociální služby	**medián***
domov pro osoby se zdravotním postižením	50,0
domov pro seniory	44,5
domov se zvláštním režimem	31,3
týdenní stacionář	9,8
centrum denních služeb	9,3
pečovatelská služba	8,0
chráněné bydlení	7,4
denní stacionář	3,8
jiné typy sociálních služeb	1,3
osobní asistence	-

Pramen: Výzkumné šetření mezi poskytovateli sociálních služeb, VÚPSV, v.v.i. 2009

* Polovina uvedených údajů je nižší než tato hodnota, polovina naopak vyšší. Údaj nevypovídá o průměrné hodnotě na zařízení, ale o střední uváděné hodnotě. Oproti průměru však nemůže být výrazněji vychýlen pouze několika vysokými hodnotami.

U všech tří typů sociálních služeb, u nichž mediánová hodnota indikovala nejvyšší celkové evidenční počty pracovníků, byla oblast poloviny centrálních hodnot vymezena přibližně hodnotou mediánu sníženou, respektive zvýšenou o 20. U poskytovatelů dalších typů sociálních služeb byl interval, v němž se nacházela centrální polovina hodnot, užší. U pečovatelské služby se mediánu velmi blížila nižší čtvrtina centrálních hodnot, naopak vyšší čtvrtina centrálních hodnot zahrnovala také hodnoty více vzdálené od mediánu.

Graf č. 1 **Rozložení základních statistických údajů o celkových evidenčních počtech pracovníků (přepočtených úvazků) ve vybraných typech sociálních služeb***



Pramen: Výzkumné šetření mezi poskytovateli sociálních služeb, VÚPSV, v.v.i. 2009

* Rozložení hodnot charakterizuje pět základních statistických veličin: nejnižší uvedená hodnota (zarážka ukončující čáru nalevo od sloupce), první kvartil (mezi ním a minimem se nachází čtvrtina nejnižších hodnot; v grafu jej indikuje počátek sloupce, tj. jeho levý okraj), mediánová hodnota (dělící linie rozdělující sloupec na dvě části), třetí kvartil (mezi ním a maximem se nachází čtvrtina nejvyšších hodnot; v grafu jej indikuje konec sloupce, tj. jeho pravý okraj) a nejvyšší uvedená hodnota (zarážka ukončující čáru zprava).

První a třetí kvartil ohraničují oblast centrálních hodnot. Čím je tato oblast "užší", tím se více tyto hodnoty blíží mediánu. Vzdálenosti mezi minimem a 1. kvartilem, respektive mezi 3. kvartilem a maximem vyjadřují šířku škály čtvrtiny nejnižších, respektive čtvrtiny nejvyšších hodnot. Čím jsou "kratší", tím je škála těchto hodnot užší a minimální, respektive maximální hodnoty jsou vzhledem k mediánu méně extrémní (ani v případě většího výskytu extrémních hodnot však není hodnota mediánu těmito extrémy ovlivňována, jako je tomu u průměru).

Celkový evidenční počet pracovníků přímo pečujících o klienty (přepočtené úvazky) měřený mediánovou hodnotou byl nejvyšší u domovů pro osoby se zdravotním postižením (31,0), domovů pro seniory (24,9) a domovů se zvláštním režimem (18,9). Nejnižší byl naopak u jiných typů sociálních služeb (1,0) a denních stacionářů (2,5).

Tabulka č. 26 **Evidenční počet pracovníků přímo pečujících o klienty (přepočtený) měřený mediánovou hodnotou**

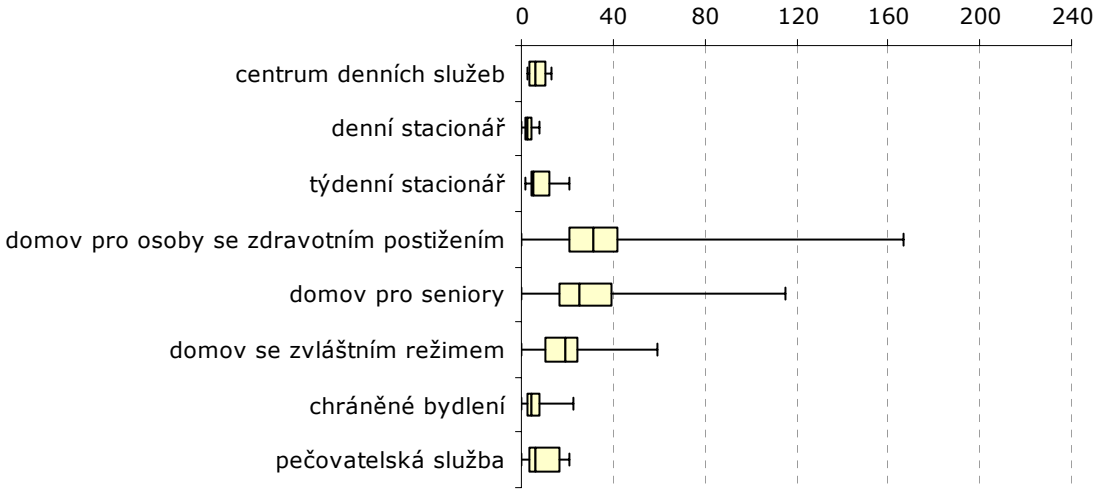
typ sociální služby	medián *
domov pro osoby se zdravotním postižením	31,0
domov pro seniory	24,9
domov se zvláštním režimem	18,9
pečovatelská služba	6,0
centrum denních služeb	6,0
týdenní stacionář	5,1
chráněné bydlení	4,0
denní stacionář	2,5
jiné typy sociálních služeb	1,0
osobní asistence	---

Pramen: Výzkumné šetření mezi poskytovateli sociálních služeb, VÚPSV, v.v.i. 2009

** Polovina uvedených údajů je nižší než tato hodnota, polovina naopak vyšší. Údaj nevypovídá o průměrné hodnotě na zařízení, ale o střední uváděné hodnotě. Oproti průměru však nemůže být výrazněji vychýlen pouze několika vysokými hodnotami.*

U domovů pro osoby se zdravotním postižením a domovů pro seniory byla oblast poloviny centrálních hodnot vymezena přibližně hodnotou mediánu zmenšenou, respektive zvýšenou o 15. Oblast centrálních hodnot byla širší také v případě domovů se zvláštním režimem (1. kvartil 10,6, 3. kvartil 24,0) a pečovatelské služby (1. kvartil 3,3, 3. kvartil 16,8). U poskytovatelů dalších typů sociálních služeb byl centrální interval užší. U pečovatelské služby bylo minimum extrémně vysokých hodnot, nižší centrální hodnoty se blížily k mediánu a některé vyšší centrální hodnoty se mu výrazněji vzdalovaly.

Graf č. 2 **Rozložení základních statistických údajů o evidenčních počtech pracovníků přímo pečujících o klienty (přepočtených úvazků) ve vybraných typech sociálních služeb***



Pramen: Výzkumné šetření mezi poskytovateli sociálních služeb, VÚPSV, v.v.i. 2009

* Rozložení hodnot charakterizuje pět základních statistických veličin: nejnižší uvedená hodnota (zarážka ukončující čáru nalevo od sloupce), první kvartil (mezi ním a minimem se nachází čtvrtina nejnižších hodnot; v grafu jej indikuje počátek sloupce, tj. jeho levý okraj), mediánová hodnota (dělící linie rozdělující sloupec na dvě části), třetí kvartil (mezi ním a maximem se nachází čtvrtina nejvyšších hodnot; v grafu jej indikuje konec sloupce, tj. jeho pravý okraj) a nejvyšší uvedená hodnota (zarážka ukončující čáru zprava).

První a třetí kvartil ohraničují oblast centrálních hodnot. Čím je tato oblast "užší", tím se více tyto hodnoty blíží mediánu. Vzdálenosti mezi minimem a 1. kvartilem, respektive mezi 3. kvartilem a maximem vyjadřují šířku škály čtvrtiny nejnižších, respektive čtvrtiny nejvyšších hodnot. Čím jsou "kratší", tím je škála těchto hodnot užší a minimální, respektive maximální hodnoty jsou vzhledem k mediánu méně extrémní (ani v případě většího výskytu extrémních hodnot však není hodnota mediánu těmito extrémy ovlivňována, jako je tomu u průměru).

Podíl přepočtených úvazků pracovníků v přímé péči a přepočtených úvazků všech pracovníků činil u většiny typů sociálních služeb tři až čtyři pětiny. Nejvyšší byl v případě jiných typů sociálních služeb (82 %) a chráněného bydlení (80 %). Nejnižší naopak u domovů pro seniory (59 %), domovů se zvláštním režimem (61 %) a center denních služeb (64 %). Nejvýraznější rozdíly v rámci jednotlivých typů sociálních služeb byly u denních stacionářů, jiných typů sociálních služeb a chráněného bydlení. Nejmenší rozdíly mezi jednotlivými poskytovateli určitého typu sociální služby byly naopak zaznamenány u pečovatelské služby, center denních služeb a domovů pro seniory.

Tabulka č. 27 **Podíl přepočtených úvazků pracovníků přímo pečujících o klienty z přepočtených úvazků všech pracovníků**

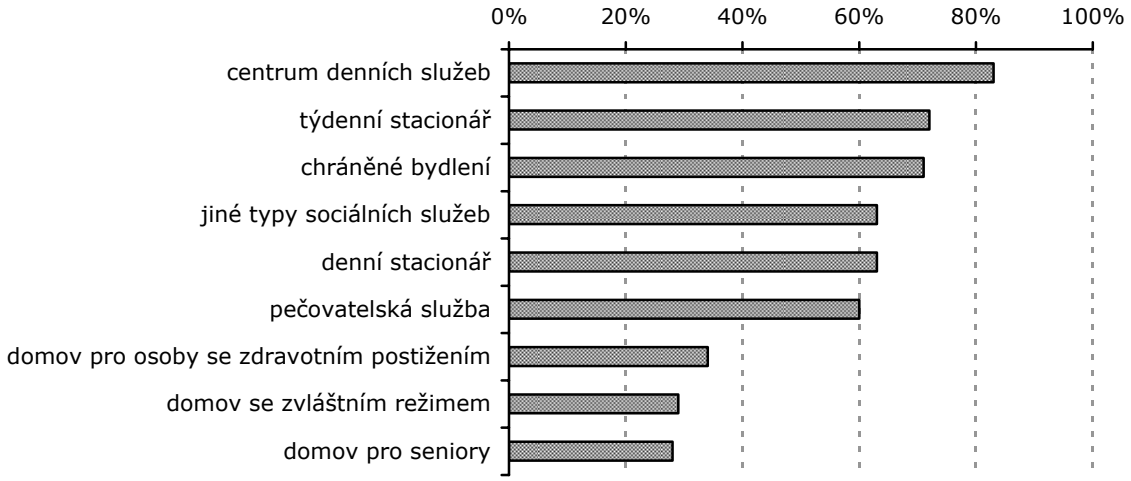
typ sociální služby	**průměrný podíl pracovníků v přímé péči (v %)**	**směrodatná odchylka***
jiné typy sociálních služeb	82	0,20
chráněné bydlení	80	0,19
pečovatelská služba	73	0,10
denní stacionář	71	0,20
týdenní stacionář	71	0,15
domov pro osoby se zdravotním postižením	68	0,13
centrum denních služeb	64	0,10
domov se zvláštním režimem	61	0,14
domov pro seniory	59	0,12
osobní asistence	údaje neuvedeny	

Pramen: Výzkumné šetření mezi poskytovateli sociálních služeb, VÚPSV, v.v.i. 2009

* Údaj o procentním zastoupení pracovníků v přímé péči je průměrným údajem pro všechna zařízení poskytující příslušný typ sociální služby a nezohledňuje vnitroskupinové rozdíly. O rozdílech v rámci jednotlivých skupin zařízení poskytujících jeden typ sociální služby vypovídá právě tento údaj. Směrodatná odchylka nabývá hodnotu od 0 do 1 a odpovídá hodnotám 0-100%. Dvojnásobek této hodnoty určuje velikost intervalu (po vynásobení 100 lze převést na procentuální hodnotu), ve kterém jsou kolem hodnoty průměru rozptýleny přibližně dvě třetiny hodnot; v případě, že jsou hodnoty navíc rozloženy vzhledem k průměru symetricky (rozložení hodnot není "zešikmené"), se dvě třetiny případů nacházejí v intervalu vymezeném zdola průměrem pomenšeným o směrodatnou odchylku a shora součtem těchto hodnot.

Se stávajícím počtem pracovníků vyjadřovali nejvyšší spokojenost poskytovatelé center denních služeb (83 %). Naopak nejnižší, pouze přibližně třetinová, byla spokojenost mezi poskytovateli domovů pro seniory (28 %), domovů se zvláštním režimem (29 %) a domovů pro osoby se zdravotním postižením (34 %).

Graf č. 3 **Podíl respondentů, kteří hodnotili počet pracovníků jako dostatečný** (v %)



Pramen: Výzkumné šetření mezi poskytovateli sociálních služeb, VÚPSV, v.v.i. 2009

Na základě údaje o průměrném počtu klientů jednotlivých typů sociálních služeb (viz dále) byl vypočten podíl klientů využívajících příslušnou sociální službu na jednoho pracovníka s celým úvazkem (údaj za pracovníky byl sledován již přepočtený na celé úvazky) přímo pečujícího o klienty (dále jen "podíl klientů na jednoho pracovníka přímé péče"). Zjištěný podíl tedy nereflektuje skutečné počty pracovníků, ale přepočtené úvazky. Nelze jej proto chápat jako údaj o tom, do jaké míry se zaměstnanci věnují klientům, zda je v jejich kapacitách zajistit plně potřeby příslušného počtu klientů nebo zda je poměr efektivní z hlediska ekonomických ukazatelů (zodpovězení všech těchto otázek by vyžadovalo zjištění indikátorů přímo zacílených na tato témata, bylo by navíc nutné vyhodnotit je zvlášť pro jednotlivé typy sociálních služeb). Podíl klientů na jednoho pracovníka přímé péče je ryze indikativním údajem a jeho účelem je pouze charakteristika a srovnání jednotlivých typů sociálních služeb.

Pro rámcový přehled o rozdílech mezi jednotlivými typy sociálních služeb mezi sebou byla nejprve sledována mediánová hodnota tohoto podílu. Pro bližší charakteristiku jednotlivých typů sociálních služeb bylo dále sledováno četnostní zastoupení odpovědí kategorizovaných do stanovených intervalů. Nejvyšší mediánová hodnota podílu klientů na jednoho pracovníka přímé péče byla zjištěna u pečovatelské služby (24,0). Výrazný byl tento podíl také u center denních služeb (3,9), denních stacionářů (3,9) a domovů pro seniory (3,3).

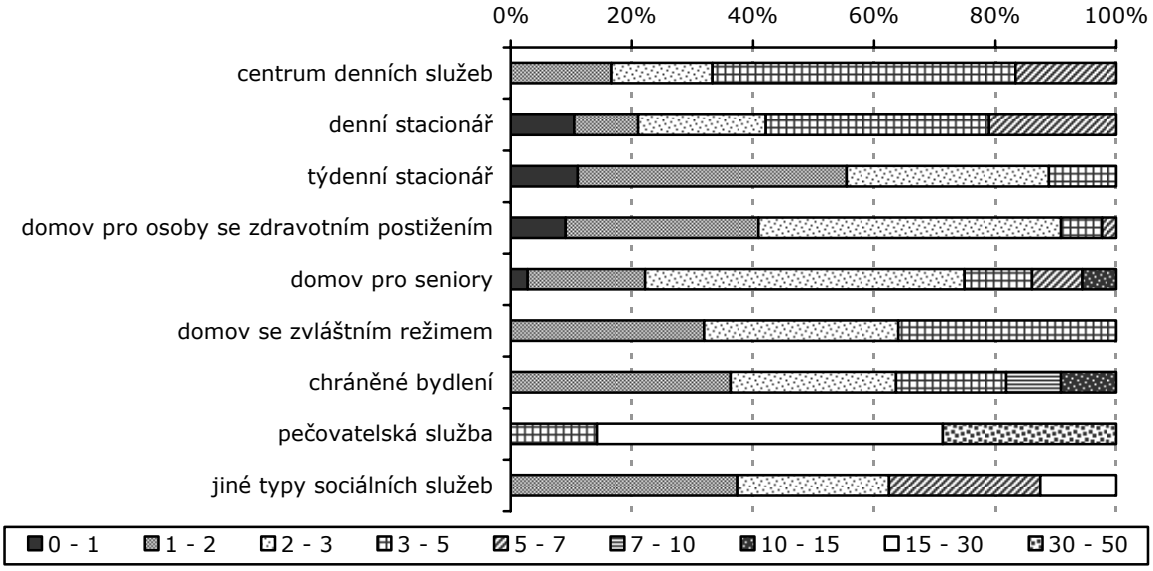
Tabulka č. 28 **Podíl klientů na jednoho pracovníka přímo pečujícího o klienty měřený mediánovou hodnotou**

typ sociální služby	celkem odpovědí	medián
pečovatelská služba	7	24,0
centrum denních služeb	6	3,9
denní stacionář	19	3,9
domov pro seniory	72	3,3
domov se zvláštním režimem	25	2,6
jiné typy sociálních služeb	8	2,6
chráněné bydlení	11	2,3
domov pro osoby se zdravotním postižením	44	2,1
týdenní stacionář	18	2,0
osobní asistence	0	-

Pramen: Výzkumné šetření mezi poskytovateli sociálních služeb, VÚPSV, v.v.i. 2009

V případě pečovatelské služby se u většiny respondentů podíl klientů na jednoho pracovníka přímé péče pohyboval mezi 15 až 30. V případě center denních služeb, denních stacionářů a domovů pro seniory se tento poměr nejčastěji pohyboval mezi třemi a pěti klienty na jednoho pracovníka přímé péče. V domovech pro seniory a domovech pro osoby se zdravotním postižením připadali na jednoho pracovníka v přímé péči nejčastěji dva až tři pracovníci.

Graf č. 4 **Podíl klientů na jednoho pracovníka přímo pečujícího o klienty - četnostní zastoupení stanovených intervalů**



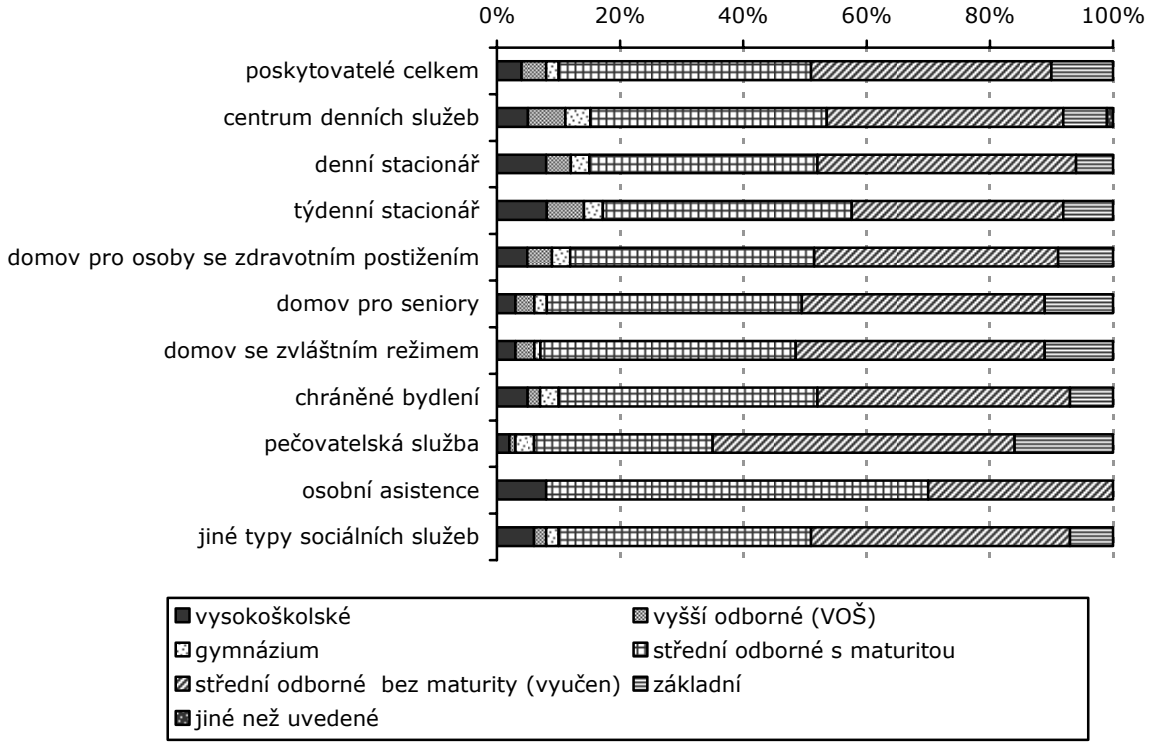
Pramen: Výzkumné šetření mezi poskytovateli sociálních služeb, VÚPSV, v.v.i. 2009

Pozn.: Interval zahrnuje hodnoty vyšší než dolní uvedená mez a nižší nebo rovné jeho horní hranici.

Za účelem vyhodnocení kvalifikační struktury zaměstnanců podle stupně vzdělání byly za všechny poskytovatele příslušného typu služeb sečteny počty osob s příslušným stupněm vzdělání a počty pracovníků celkem a byl vypočten podíl těchto dvou hodnot. Tímto postupem nebylo možné zachytit rozdíly v rámci určité skupiny sociálních služeb a do výsledku se více promítala kvalifikační struktura zařízení s větším počtem pracovníků. Nicméně tento postup se jevil jako vhodnější nežli výpočet průměru z "individuálních" podílů (spočtených zvlášť pro každého poskytovatele příslušného typu sociální služby) počtu pracovníků zařízení s příslušnou kvalifikací k počtu pracovníků zařízení celkem. U průměru vypočteného z těchto "individuálních" podílů lze totiž předpokládat jiný negativní vliv, kdy organizace, které mají oproti většině ostatních poskytovatelů zřetelně nižší nebo naopak vyšší proporci zaměstnanců s určitým stupněm vzdělání vychýlí výslednou průměrnou procentuální hodnotu. Toto riziko u zvoleného postupu odpadá.

Čtyři pětiny pracovníků dotázaných zařízení sociálních služeb tvořili zaměstnanci se středním odborným vzděláním (ve srovnatelné míře se jednalo o střední odborné vzdělání ukončené maturitou a obory bez maturity). Osoby s vysokoškolským nebo vyšším odborným vzděláním tvořily přibližně desetinu zaměstnanců. Podle typu sociální služby, jíž poskytovatel provozuje, nebyly v kvalifikační struktuře personálu zjištěny výraznější rozdíly.

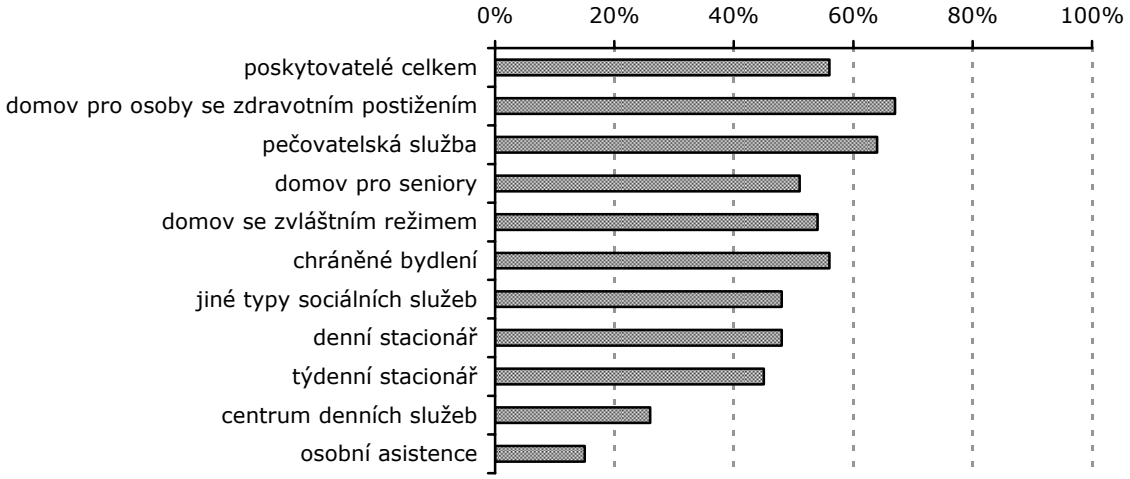
Graf č. 5 **Kvalifikační struktura personálu podle stupně dosaženého vzdělání**



Pramen: Výzkumné šetření mezi poskytovateli sociálních služeb, VÚPSV, v.v.i. 2009

Pracovníci s rekvalifikací tvořili více než polovinu personálu dotázaných poskytovatelů sociálních služeb (56 %). Nejvyšší byl poměr pracovníků s rekvalifikací v domovech pro osoby se zdravotním postižením (67 %) a u pracovníků pečovatelské služby (64 %). Nejnižší byl naopak v případě osobní asistence (15 %) a u center denních služeb (26 %), kde však byl údaj získán pouze od jediného respondenta, respektive pouze od tří respondentů a nelze jej proto považovat za vypovídající.

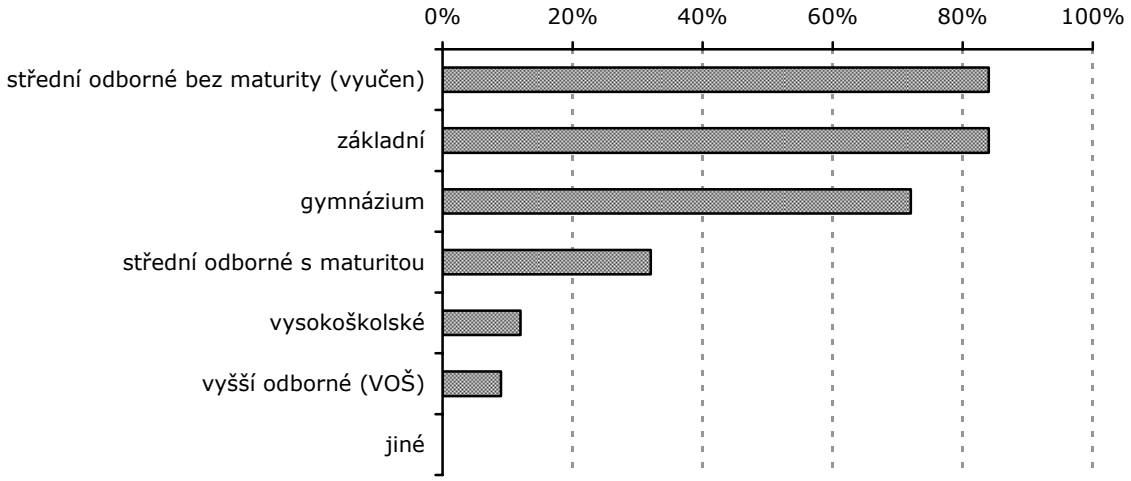
Graf č. 6 **Zastoupení pracovníků s rekvalifikací na celkovém počtu pracovníků v jednotlivých zařízeních sociálních služeb**



Pramen: Výzkumné šetření mezi poskytovateli sociálních služeb, VÚPSV, v.v.i. 2009

Podíl pracovníků s rekvalifikací byl nejvyšší u osob se základním vzděláním a se středním odborným vzděláním bez maturity (v obou případech 84 %). V případě středního odborného vzdělání s maturitou byl tento podíl naopak nižší (32 %) než v případě všeobecného vzdělání (72 %), což je odrazem existence středních odborných škol s odborným zaměřením odpovídajícím požadavkům poskytovatele. Mez vysokoškolsky vzdělanými pracovníky a pracovníky s vyšším odborným vzděláním činil podíl osob přibližně deset procent.

Graf č. 7 **Zastoupení pracovníků s rekvalifikací na celkovém počtu pracovníků podle stupně dosaženého vzdělání**



Pramen: Výzkumné šetření mezi poskytovateli sociálních služeb, VÚPSV, v.v.i. 2009

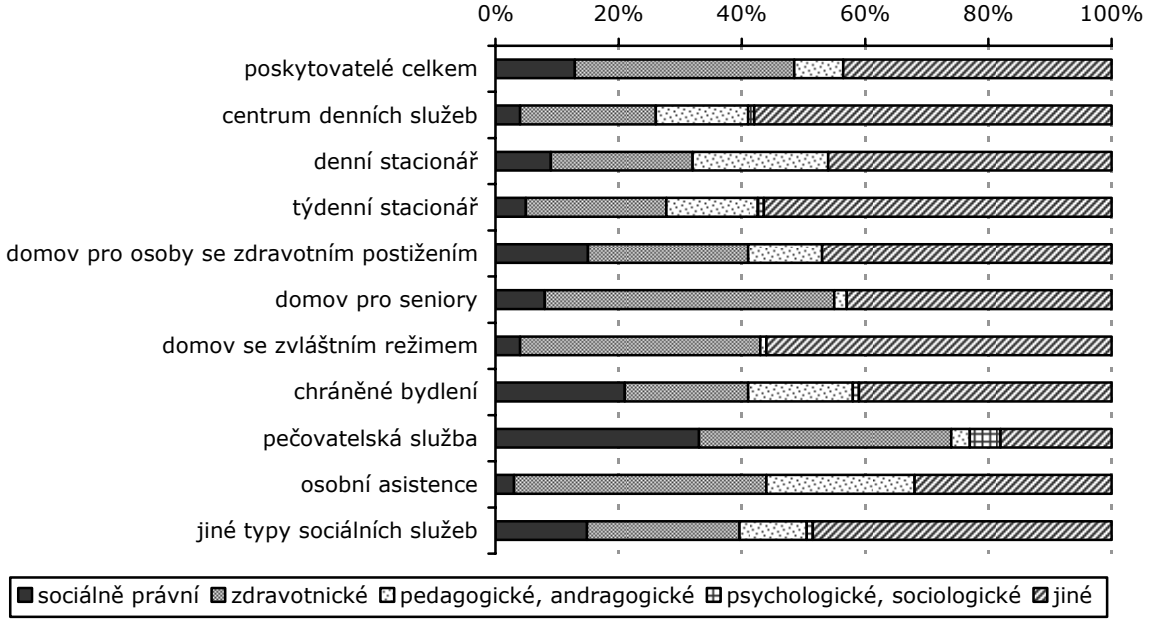
Při sledování kvalifikační struktury personálu podle typu vzdělání byl podobně jako v případě mapování struktury podle dosaženého stupně vzdělání použit výpočet podílů na základě celkových počtů pracovníků za daný typ sociální služby (celkových, respektive s příslušným typem vzdělání). Omezení, výhody a důvody volby tohoto přístupu jsou popsány v části věnující se kvalifikační struktuře personálu z hlediska dosaženého stupně vzdělání.

Téměř polovina zaměstnanců, kteří pečují o klienty, měla jiný než v rámci dotazníkového formuláře nabídnutý typ vzdělání. Možnost „jiné" mohla být respondenty dále specifikována. Uvedeny tak byly tyto základní varianty:

- zaměstnanci, kteří absolvovali rekvalifikační kurz pro pracovníky v sociálních službách bez specifikace jejich původního profesního zaměření (možnost uvedlo 35 poskytovatelů sociálních služeb),
- vyučení v různých oborech: technické, textilní, ekonomické obory apod. (9 respondentů),
- ošetřovatelské či pečovatelské vzdělání (4),
- všeobecné vzdělání nebo humanitní zaměření (3),
- sociální jiné než sociálněprávní, státní správa (2) a
- základní (1).

Další třetina zaměstnanců měla zdravotnické vzdělání, přibližně desetina zaměstnanců měla sociálněprávní vzdělání a další necelá desetina vzdělání pedagogické.

Graf č. 8 **Kvalifikační struktura personálu podle typu vzdělání**



Pramen: Výzkumné šetření mezi poskytovateli sociálních služeb, VÚPSV, v.v.i. 2009

Přibližně třetinu finančních prostředků získali dotázaní poskytovatelé sociálních služeb v roce 2008 z dotací od ministerstev. Čtvrtina prostředků byla získána formou úhrad od klienta za pobyt a další pětina z příspěvků na péči klientů zařízení. Přibližně desetinu zdrojů tvořily prostředky získané od krajů a obcí. Dohromady přibližně pět procent tvořily zdroje získané jako příjmy z vlastní činnosti zařízení, platby klienta za nepobytové služby a dary. Granty z Evropského sociálního fondu či od jiných institucí, i veřejné sbírky se do celkových příjmů za všechny poskytovatele promítaly jen minimálně.

Další čtyři procenta prostředků respondenti získali z jiných než v dotazníku nabídnutých zdrojů. Mezi ně patřily:

- úhrady od pojišťoven (uvedlo 52 ze 124 respondentů, kteří se k otázce vyjádřili),
- doplňková činnost (stravné zaměstnanců, případně klientů, nájmy apod.) (13 respondentů),
- úroky z účtů (10),
- rezervní fond, vlastní fondy organizace, refundace přeplatků za energie, vklad zřizovatele (9),
- jiné státní instituce než výše uvedené (úřady práce, jiné obce apod.) (5) a
- odprodej majetku (1).

Tabulka č. 29 **Struktura zdrojů, z nichž organizace čerpala v roce 2008 finanční prostředky**

typ zdroje finančních prostředků	průměrné zastoupení na celkových zdrojích (v %)	směrodatná odchylka*
dotace od ministerstev	34,03%	0,152
platba klienta za pobyt	25,95%	0,134
příspěvek na péči klienta	19,63%	0,097
dotace od obecního úřadu	6,31%	0,160
dotace od krajského úřadu	5,14%	0,080
jiné	4,31%	0,078
příjmy z vlastní činnosti	2,17%	0,052
platba klienta za nepobytové služby	1,51%	0,035
dary	0,88%	0,030
granty (ESF aj.)	0,03%	0,003
veřejné sbírky	0,03%	0,002

Pramen: Výzkumné šetření mezi poskytovateli sociálních služeb, VÚPSV, v.v.i. 2009

* Hodnoty procentuálního zastoupení jednotlivých zdrojů finančních prostředků byly vypočteny jako průměr z hodnot uváděných u příslušného typu zdroje. Údaj o procentním významu určitého typu zdroje finančních prostředků je tak průměrným údajem pro všechna zařízení poskytující příslušný typ sociální služby. Varianci v rámci skupiny zařízení poskytujících stejný typ sociální služby indikuje údaj v tomto sloupci. Dvojnásobek této hodnoty určuje velikost intervalu (po vynásobení 100 lze převést na procentuální hodnotu), ve kterém jsou kolem hodnoty průměru rozptýleny přibližně dvě třetiny hodnot; v případě, že jsou hodnoty navíc rozloženy vzhledem k průměru symetricky (rozložení hodnot není "zešikmené"), se dvě třetiny případů nacházejí v intervalu vymezeném zdola průměrem pomenšeným o směrodatnou odchylku a shora součtem těchto hodnot.

Nejvyšší objem nezbytných investičních prostředků do pobytových služeb v horizontu do roku 2015 vyžadovaly investice do modernizace zařízení (medián 6,0 milionu Kč). Následovaly investice do individualizace a zajištění většího soukromí klientů (4,75 milionu Kč).

Tabulka č. 30 **Odhadovaná výše nezbytných investičních prostředků do pobytových sociálních služeb organizace v časovém horizontu do roku 2015 měřená mediánovou hodnotou**

způsob využití investičních prostředků	medián *
za účelem modernizace zařízení	6 000 000 Kč
individualizace (např. větší soukromí klientů)	4 750 000 Kč
zajištění bezbariérovosti vlastních prostor zařízení a okolí	2 000 000 Kč
jiný účel	3 250 000 Kč

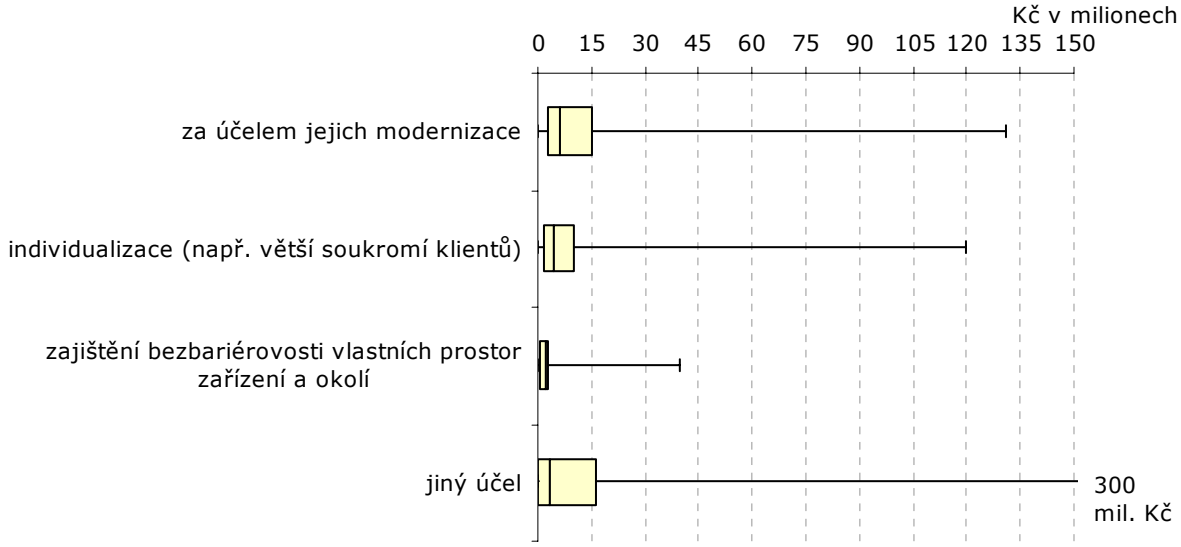
Pramen: Výzkumné šetření mezi poskytovateli sociálních služeb, VÚPSV, v.v.i. 2009

* Polovina uvedených údajů je nižší než tato hodnota, polovina naopak vyšší. Údaj nevypovídá o průměrné hodnotě na zařízení, ale o střední uváděné hodnotě. Oproti průměru však nemůže být výrazněji vychýlen pouze několika vysokými hodnotami.

U všech sledovaných položek byl nicméně zaznamenán značný rozptyl uváděných hodnot a odhady, které se od mediánové hodnoty lišily výrazně. Maximální odhadovaná výše nezbytných investic za jiným účelem činila 300 milionů Kč, maximální odhadovaná výše nezbytných investic za účelem modernizace 131 milionů Kč a odhadovaná výše nezbytných investic za účelem individualizace služeb 120

milionů Kč. Ve všech těchto případech tři čtvrtiny respondentů odhadovaly nezbytné investice nižší než 10-15 milionů Kč. V případě nezbytných investic do zajištění bezbariérovosti činil maximální odhad 40 milionů korun a u tří čtvrtin respondentů se výše nezbytných investic za tímto účelem pohybovala do 3 milionů Kč.

Graf č. 9 **Rozložení základních statistických údajů o odhadované výši nezbytných investičních prostředků do pobytových sociálních služeb organizace v časovém horizontu do roku 2015 (v milionech Kč) podle účelu, na nějž by měly být vynaloženy ***



Pramen: Výzkumné šetření mezi poskytovateli sociálních služeb, VÚPSV, v.v.i. 2009

* Rozložení hodnot charakterizuje pět základních statistických veličin: nejnižší uvedená hodnota (zarážka ukončující čáru nalevo od sloupce), první kvartil (mezi ním a minimem se nachází čtvrtina nejnižších hodnot; v grafu jej indikuje počátek sloupce, tj. jeho levý okraj), mediánová hodnota (dělící linie rozdělující sloupec na dvě části), třetí kvartil (mezi ním a maximem se nachází čtvrtina nejvyšších hodnot; v grafu jej indikuje konec sloupce, tj. jeho pravý okraj) a nejvyšší uvedená hodnota (zarážka ukončující čáru zprava).

První a třetí kvartil ohraničují oblast centrálních hodnot. Čím je tato oblast "užší", tím více se tyto hodnoty blíží mediánu. Vzdálenosti mezi minimem a 1. kvartilem, respektive mezi 3. kvartilem a maximem vyjadřují šířku škály čtvrtiny nejnižších, respektive čtvrtiny nejvyšších hodnot. Čím jsou "kratší", tím je škála těchto hodnot užší a minimální, respektive maximální hodnoty jsou vzhledem k mediánu méně extrémní (ani v případě většího výskytu extrémních hodnot však není hodnota mediánu těmito extrémy ovlivňována, jako je tomu u průměru).

4.1.3 Údaje o klientech zkoumaných organizací

Kapacita zařízení sociálních služeb k 31.12.2008 měřená mediánovou hodnotou byla nejvyšší u pečovatelské služby (120,0), domovů pro seniory (85,0) a domovů pro osoby se zdravotním postižením (70,0). Nejnižší byla naopak u jiných typů sociálních služeb (3,5), denních (11,0) a týdenních stacionářů (11,5).

Tabulka č. 31 **Kapacita jednotlivých zařízení sociálních služeb měřená mediánovou hodnotou k 31.12.2008**

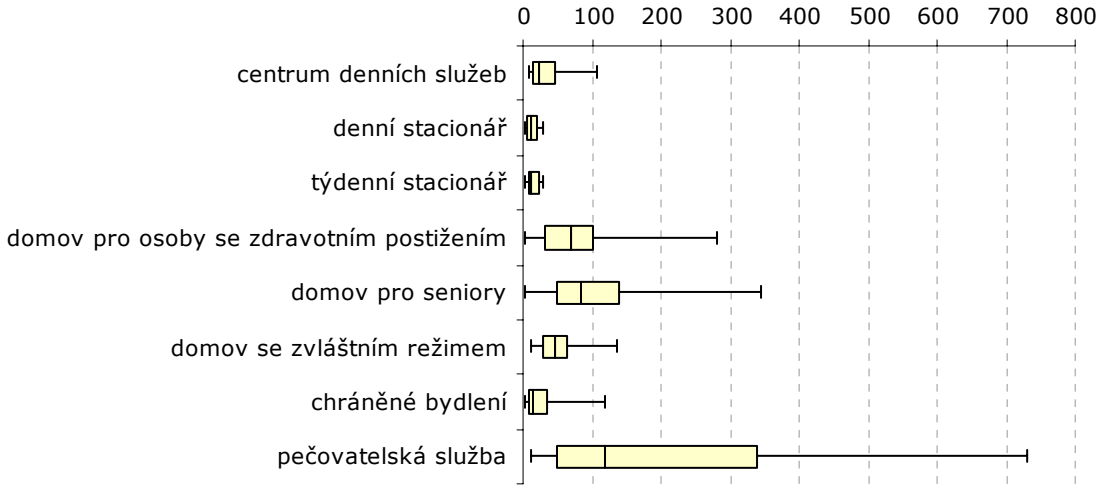
typ sociální služby	medián *
pečovatelská služba	120,0
domov pro seniory	85,0
domov pro osoby se zdravotním postižením	70,0
domov se zvláštním režimem	46,0
centrum denních služeb	22,5
chráněné bydlení	15,0
týdenní stacionář	11,5
denní stacionář	11,0
jiné typy sociálních služeb	3,5
osobní asistence	-

Pramen: Výzkumné šetření mezi poskytovateli sociálních služeb, VÚPSV, v.v.i. 2009

* Polovina uvedených údajů je nižší, než tato hodnota, polovina naopak vyšší. Údaj nevypovídá o průměrné hodnotě na zařízení, ale o střední uváděné hodnotě. Oproti průměru však nemůže být výrazněji vychýlen pouze několika vysokými hodnotami.

Oblast poloviny centrálních hodnot byla nejširší u pečovatelské služby (první kvartil 50,0, třetí kvartil 340,0), domovů pro seniory (48,5; 139,5) a domovů pro osoby se zdravotním postižením (32,0; 100,0). U všech těchto typů sociálních služeb bylo nejširší také pásmo čtvrtiny nejvyšších hodnot. U pečovatelské služby zahrnovala hodnoty více vzdálené od mediánu také čtvrtina vyšších centrálních hodnot.

Graf č. 10 **Rozložení základních statistických údajů o kapacitě vybraných typů sociálních služeb***



Pramen: Výzkumné šetření mezi poskytovateli sociálních služeb, VÚPSV, v.v.i. 2009

* Rozložení hodnot charakterizuje pět základních statistických veličin: nejnižší uvedená hodnota (zarážka ukončující čáru nalevo od sloupce), první kvartil (mezi ním a minimem se nachází čtvrtina nejnižších hodnot; v grafu jej indikuje počátek sloupce, tj. jeho levý okraj), mediánová hodnota (dělící linie rozdělující sloupec na dvě části), třetí kvartil (mezi ním a maximem se nachází čtvrtina nejvyšších hodnot; v grafu jej indikuje konec sloupce, tj. jeho pravý okraj) a nejvyšší uvedená hodnota (zarážka ukončující čáru zprava).

První a třetí kvartil ohraničují oblast centrálních hodnot. Čím je tato oblast "užší", tím více se tyto hodnoty blíží mediánu. Vzdálenosti mezi minimem a 1. kvartilem, respektive mezi 3. kvartilem a maximem vyjadřují šířku škály čtvrtiny nejnižších, respektive čtvrtiny nejvyšších hodnot. Čím jsou "kratší", tím je škála těchto hodnot užší a minimální, respektive maximální hodnoty jsou vzhledem k mediánu méně extrémní (ani v případě většího výskytu extrémních hodnot však není hodnota mediánu těmito extrémy ovlivňována, jako je tomu u průměru).

Průměrný počet klientů k 31.12.2008 měřený mediánovou hodnotou byl nejvyšší u pečovatelské služby (262,0), domovů pro seniory (80,0) a domovů pro osoby se zdravotním postižením (70,0). Nejnižší byla naopak u jiných typů sociálních služeb (3,0), denních (7,0) a týdenních stacionářů (11,0).

Tabulka č. 32 **Průměrné počty klientů v jednotlivých zařízení sociálních služeb k 31.12.2008 měřené mediánovou hodnotou**

typ sociální služby	**medián ***
pečovatelská služba	262,0
domov pro seniory	80,0
domov pro osoby se zdravotním postižením	70,0
domov se zvláštním režimem	45,0
centrum denních služeb	24,3
chráněné bydlení	13,0
týdenní stacionář	11,0
denní stacionář	7,0
jiné typy sociálních služeb	3,0
osobní asistence	---

Pramen: Výzkumné šetření mezi poskytovateli sociálních služeb, VÚPSV, v.v.i. 2009

* Polovina uvedených údajů je nižší než tato hodnota, polovina naopak vyšší. Údaj nevypovídá o průměrné hodnotě na zařízení, ale o střední uváděné hodnotě. Oproti průměru však nemůže být výrazněji vychýlen pouze několika vysokými hodnotami.

U center denních služeb a pečovatelské služby byl zjištěný průměrný počet klientů (měřený mediánem) vyšší než kapacita poskytovatele (měřená rovněž mediánem). V obou případech (i v případě pečovatelské služby, kde byla mediánová hodnota u průměrného počtu více než dvojnásobná ve srovnání s mediánem vypočteným z údajů o kapacitě) nebyla důvodem zásadní odlišnost uváděných údajů, ale patrně spíše to, že průměrný počet klientů neuvedl respondent, který v případě kapacity uváděl nižší hodnoty a tato změna se vzhledem k nízkému počtu respondujících projevila zahrnutím hodnot na hranici mezi prvním a druhým, respektive druhým a třetím kvartilem do nižších kvartilů (v případě pečovatelské služby byl nárůst hodnoty výrazný vzhledem k tomu, že mezi uváděnými hodnotami byly značné rozdíly).

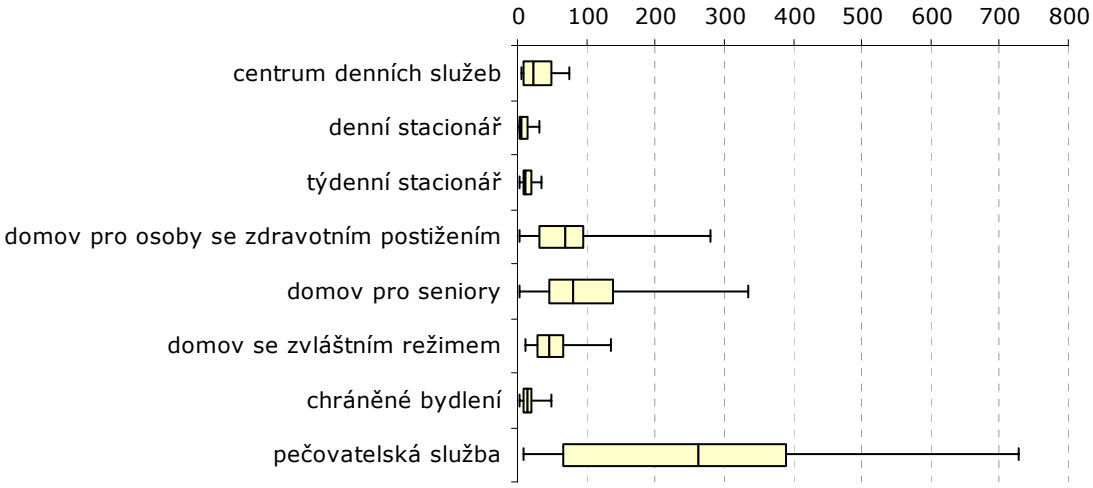
Tabulka č. 33 **Srovnání statistických údajů o kapacitě a průměrném počtu klientů u center denních služeb a pečovatelské služby**

	centrum denních služeb		pečovatelská služba	
	kapacita	**průměrně klientů**	**kapacita**	**průměrně klientů**
celkem odpovědí	6	5	10	9
minimum	10,0	5,0	12,0	10,0
první kvartil	14,5	10	50,0	65,5
medián *	22,5	24,3	120,0	262,0
třetí kvartil	45,5	49,5	340,0	388,5
maximum	107,0	74,0	730,0	728,0

Pramen: Výzkumné šetření mezi poskytovateli sociálních služeb, VÚPSV, v.v.i. 2009

Oblast poloviny centrálních hodnot byla nejširší u pečovatelské služby (první kvartil 65,5, třetí kvartil 388,5), domovů pro seniory (47,2; 137,4) a domovů pro osoby se zdravotním postižením (32,0; 96,0). U všech těchto typů sociálních služeb bylo nejširší také pásmo čtvrtiny nejvyšších hodnot. U pečovatelské služby zahrnovala hodnoty více vzdálené od mediánu také čtvrtina nižších centrálních hodnot.

Graf č. 11 **Rozložení základních statistických údajů o průměrném počtu klientu vybraných typů sociálních služeb ***



Pramen: Výzkumné šetření mezi poskytovateli sociálních služeb, VÚPSV, v.v.i. 2009

* Rozložení hodnot charakterizuje pět základních statistických veličin: nejnižší uvedená hodnota (zarážka ukončující čáru nalevo od sloupce), první kvartil (mezi ním a minimem se nachází čtvrtina nejnižších hodnot; v grafu jej indikuje počátek sloupce, tj. jeho levý okraj), mediánová hodnota (dělící linie rozdělující sloupec na dvě části), třetí kvartil (mezi ním a maximem se nachází čtvrtina nejvyšších hodnot; v grafu jej indikuje konec sloupce, tj. jeho pravý okraj) a nejvyšší uvedená hodnota (zarážka ukončující čáru zprava).

První a třetí kvartil ohraničují oblast centrálních hodnot. Čím je tato oblast "užší", tím více se tyto hodnoty blíží mediánu. Vzdálenosti mezi minimem a 1. kvartilem, respektive mezi 3. kvartilem a maximem vyjadřují šířku škály čtvrtiny nejnižších, respektive čtvrtiny nejvyšších hodnot. Čím jsou "kratší", tím je škála těchto hodnot užší a minimální, respektive maximální hodnoty jsou vzhledem k mediánu méně extrémní (ani v případě většího výskytu extrémních hodnot však není hodnota mediánu těmito extrémy ovlivňována, jako je tomu u průměru).

Údaje o počtu klientů neuvedla ani jedna z organizací zajišťujících osobní asistenci. V rámci pečovatelské služby byl nejčastěji zajištěn pouze dovoz obědů (mediánová 60,0) a pečovatelská služba zajišťovaná 1x denně (40,5).

Tabulka č. 34 **Počty klientů pečovatelské služby podle formy jejího zajištění měřené mediánovou hodnotou**

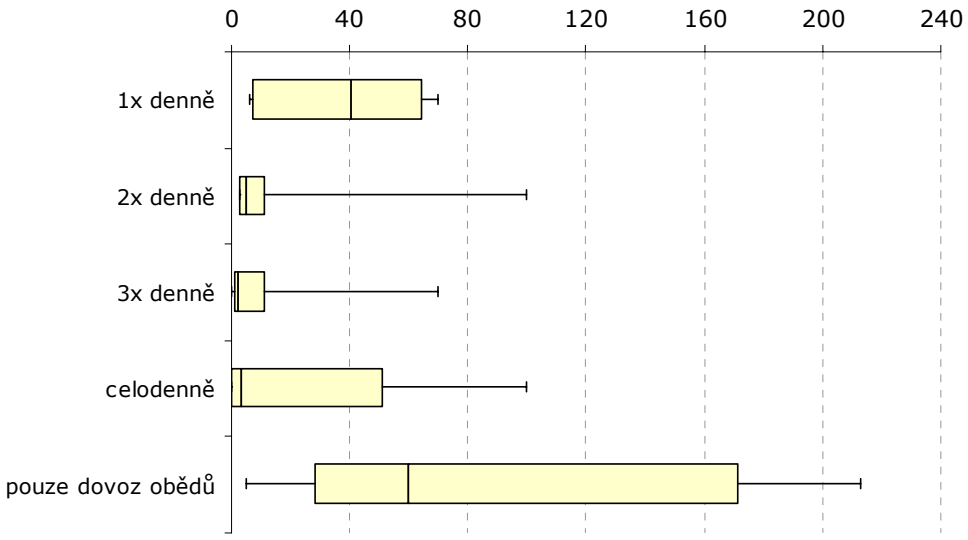
forma zajištění	medián*
1x denně	40,5
2x denně	5
3x denně	2
celodenně	3,5
pouze dovoz obědů	60

Pramen: Výzkumné šetření mezi poskytovateli sociálních služeb, VÚPSV, v.v.i. 2009

* Polovina uvedených údajů je nižší než tato hodnota, polovina naopak vyšší. Údaj nevypovídá o průměrné hodnotě na zařízení, ale o střední uváděné hodnotě. Oproti průměru však nemůže být výrazněji vychýlen pouze několika vysokými hodnotami.

Oblast centrální poloviny hodnot byla zdaleka nejširší u zajištění dovozu obědů (první kvartil 28; třetí kvartil 171,5). Široká byla také u denního (7; 64,3) a celodenního (0;51,3) zajištění pečovatelské služby.

Graf č. 12 **Rozložení základních statistických údajů o počtu klientu pečovatelské služby podle formy jejího zajištění ***



Pramen: Výzkumné šetření mezi poskytovateli sociálních služeb, VÚPSV, v.v.i. 2009

* Rozložení hodnot charakterizuje pět základních statistických veličin: nejnižší uvedená hodnota (zarážka ukončující čáru nalevo od sloupce), první kvartil (mezi ním a minimem se nachází čtvrtina nejnižších hodnot; v grafu jej indikuje počátek sloupce, tj. jeho levý okraj), mediánová hodnota (dělící linie rozdělující sloupec na dvě části), třetí kvartil (mezi ním a maximem se nachází čtvrtina nejvyšších hodnot; v grafu jej indikuje konec sloupce, tj. jeho pravý okraj) a nejvyšší uvedená hodnota (zarážka ukončující čáru zprava).

První a třetí kvartil ohraničují oblast centrálních hodnot. Čím je tato oblast „užší", tím více se tyto hodnoty blíží mediánu. Vzdálenosti mezi minimem a 1. kvartilem, respektive mezi 3. kvartilem a maximem vyjadřují šířku škály čtvrtiny nejnižších, respektive čtvrtiny nejvyšších hodnot. Čím jsou „kratší", tím je škála těchto hodnot užší a minimální, respektive maximální hodnoty jsou vzhledem k mediánu méně extrémní (ani v případě většího výskytu extrémních hodnot však není hodnota mediánu těmito extrémy ovlivňována, jako je tomu u průměru).

Jiné než uvedené formy zajištění pečovatelské služby uvedlo pět respondentů, z nichž někteří uvedli více možností. Nejvíce klientů bylo zaznamenáno v případě fakultativních činností (477) a poskytování pečovatelské služby 1x a vícekrát týdně (135). Vysoký byl také počet klientů pečovatelské služby, kteří měli jedenkrát do měsíce možnost využít služeb pedikéra.

Tabulka č. 35 **Počty klientů pečovatelské služby poskytované v jiné než v dotazníku uvedené formě**

forma zajištění pečovatelské služby (všechny možnosti uvedeny jedenkrát)	**počet klientů**
fakultativní činnosti	477
1 a vícekrát týdně	135
pedikúra, praní prádla	53
3x týdně	34
1x měsíčně pedikúra	21
1x týdně - koupel	18
"menší frekvence" (bez bližší specifikace)	15

Pramen: Výzkumné šetření mezi poskytovateli sociálních služeb, VÚPSV, v.v.i. 2009

Klienti ze vzdálenějších obcí většinou nepředstavovali významnější část klientely zařízení. Všechny respondenty ze vzdálenějších obcí mělo pouze jedno procento respondentů, tři čtvrtiny osob ze vzdálenějších obcí mělo 13 % respondentů. Naopak, žádného klienta ze vzdálenější obce nemělo 9 % respondentů a u více než poloviny poskytovatelů netvořili klienti ze vzdálenějších obcí ani čtvrtinu klientů.

Tabulka č. 36 **Celkový podíl klientů ze vzdálenějších obcí**

podíl klientů ze vzdálenějších obcí	**četnost v %**	**kumulativní %***
nikdo	9	9
1 - 9 %	20	30
10 - 24 %	26	56
25 - 49 %	14	70
50 - 74 %	17	87
75 - 89 %	9	96
90 - 99 %	3	99
všichni	1	100

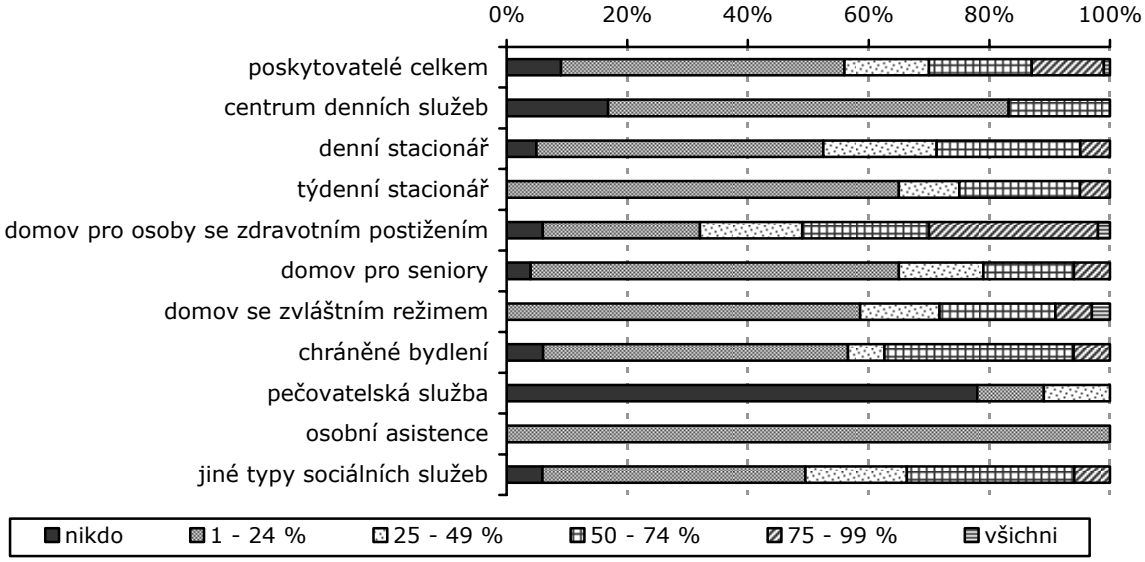
Pramen: Výzkumné šetření mezi poskytovateli sociálních služeb, VÚPSV, v.v.i. 2009

* Údaj je součtem procentuální četnosti v příslušném řádku a procentuálních četností ze všech předcházejících řádků. Údaj vypovídá o počtu poskytovatelů sociálních služeb, kteří mají podíl klientů ze vzdálenějších obcí nižší než horní hranice rozsahu uvedeného v příslušném řádku a dolní hranice není stanovena (resp. může odpovídá nule).

** Součet hodnot se od hodnoty 100 mírně odchyluje v důsledku zaokrouhlení hodnot.

Nejčastěji byli klienti ze vzdálenějších obcí zastoupeni v domovech pro osoby se zdravotním postižením. Vysoký podíl těchto klientů byl zaznamenán také u chráněného bydlení, domovů se zvláštním režimem a jiných typů sociálních služeb. Nejnižší byl podíl těchto klientů u pečovatelské služby a center denních služeb. Údaj za osobní asistenci byl zjištěn pouze od jednoho respondenta a v grafu je uveden pouze pro úplnost.

Graf č. 13 **Podíl klientů ze vzdálenějších obcí podle typu sociální služby**



Pramen: Výzkumné šetření mezi poskytovateli sociálních služeb, VÚPSV, v.v.i. 2009

Počty přijatých, propuštěných a zemřelých klientů byly sledovány a dále vyhodnoceny na základě úhrnné hodnoty za všechna zařízení, která se k příslušným otázkám vyjádřila. Tento přístup nenabídl možnost údaje srovnat napříč jednotlivými typy sociálních služeb tak, jako při sledování průměrné či mediánové hodnoty. Sledování úhrnného počtu však bylo oproti průměru či mediánu vhodnější pro provedení srovnání mezi počty přijatých, propuštěných a zemřelých u určitého typu sociální služby. Vzhledem k nízkým uváděným hodnotám a často uváděným nulovým hodnotám by totiž průměr i medián byly poměrně nízké hodnoty, u nichž se však vzhledem k jejich charakteristice (údaje o klientech) předpokládá zaokrouhlení na celá čísla. U všech služeb i sledovaných charakteristik byl nicméně zároveň sledován počet respondujících. To umožňuje zachytit, že rozdíly mezi třemi sledovanými parametry mohou v určitých případech odrážet např. také absenci odpovědí od některých respondujících apod.

Tabulka č. 37 **Úhrnné počty přijatých, propuštěných a zemřelých klientů v roce 2008 podle typu sociální služby**

typ sociální služby	přijatí		propuštění		zemřelí		rozdíl příchozí - bývalí klienti
	celkem odpovědí	celkem přijatých	celkem odpovědí	celkem propuštěných	celkem odpovědí	celkem zemřelých	
centrum denních služeb	6	21	5	60	4	0	-39
denní stacionář	21	36	19	15	17	2	+19
týdenní stacionář	20	29	20	35	15	0	-6
domov pro osoby se zdravotním postižením	52	150	49	80	48	95	-25
domov pro seniory	81	2 214	76	316	81	2 048	-150
domov se zvláštním režimem	31	371	29	66	30	273	+32
chráněné bydlení	16	63	15	18	14	14	+31
pečovatelská služba	9	498	9	176	9	261	+61
jiné typy sociálních služeb (v případě uvedení více služeb zpravidla za všechny typy)	8	358	9	293	12	1	+64
osobní asistence	0	-	0	-	0	-	
poskytovatelé celkem	140	3 455	134	947	133	2 573	-65

Pramen: Výzkumné šetření mezi poskytovateli sociálních služeb, VÚPSV, v.v.i. 2009

Nejvyšší průměrná doba pobytu klienta v zařízení (v měsících) měřená mediánovou hodnotou byla zjištěna u domovů pro osoby se zdravotním postižením (180,0), center denních služeb (81,4) a týdenních stacionářů (72,0).

Tabulka č. 38 **Průměrná doba pobytu klienta v zařízení (v měsících) měřená mediánovou hodnotou**

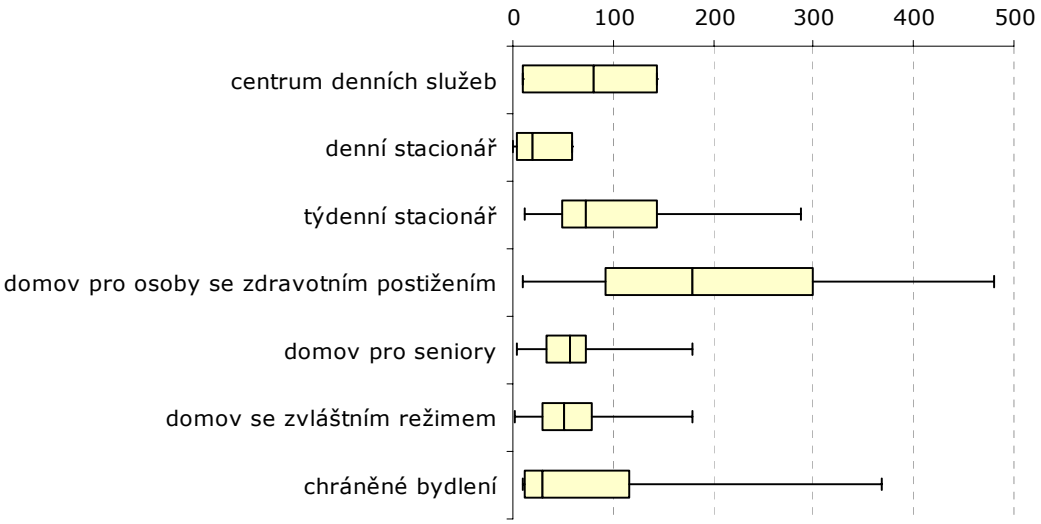
typ sociální služby	medián *
domov pro osoby se zdravotním postižením	180,0
centrum denních služeb	81,4
týdenní stacionář	72,0
domov pro seniory	58,0
domov se zvláštním režimem	51,5
chráněné bydlení	30,0
denní stacionář	19,5
jiné typy sociálních služeb	1,5

Pramen: Výzkumné šetření mezi poskytovateli sociálních služeb, VÚPSV, v.v.i. 2009

U všech sledovaných typů sociálních služeb se mezi jednotlivými jejími poskytovateli velmi lišila uváděná délka průměrné doby pobytu klienta v zařízení. Rozdíly v průměrné délce pobytu klientů v zařízení byly nejvýraznější u domovů pro osoby se zdravotním postižením, chráněného bydlení a týdenních stacionářů. Také u center denních služeb, domovů pro seniory a domovů se zvláštním režimem byl interval uváděných hodnot velmi široký, nicméně v případě domovů pro seniory a

domovů se zvláštním režimem byla již užší alespoň oblast výskytu centrální poloviny uváděných hodnot. Nejméně hodnot, které se výrazně odchylovaly od mediánové hodnoty, bylo zaznamenáno u denních stacionářů.

Graf č. 14 **Rozložení základních statistických údajů o průměrné době pobytu klientů v zařízení v měsících ***



Pramen: Výzkumné šetření mezi poskytovateli sociálních služeb, VÚPSV, v.v.i. 2009

* Rozložení hodnot charakterizuje pět základních statistických veličin: nejnižší uvedená hodnota (zarážka ukončující čáru nalevo od sloupce), první kvartil (mezi ním a minimem se nachází čtvrtina nejnižších hodnot; v grafu jej indikuje počátek sloupce, tj. jeho levý okraj), mediánová hodnota (dělící linie rozdělující sloupec na dvě části), třetí kvartil (mezi ním a maximem se nachází čtvrtina nejvyšších hodnot; v grafu jej indikuje konec sloupce, tj. jeho pravý okraj) a nejvyšší uvedená hodnota (zarážka ukončující čáru zprava).

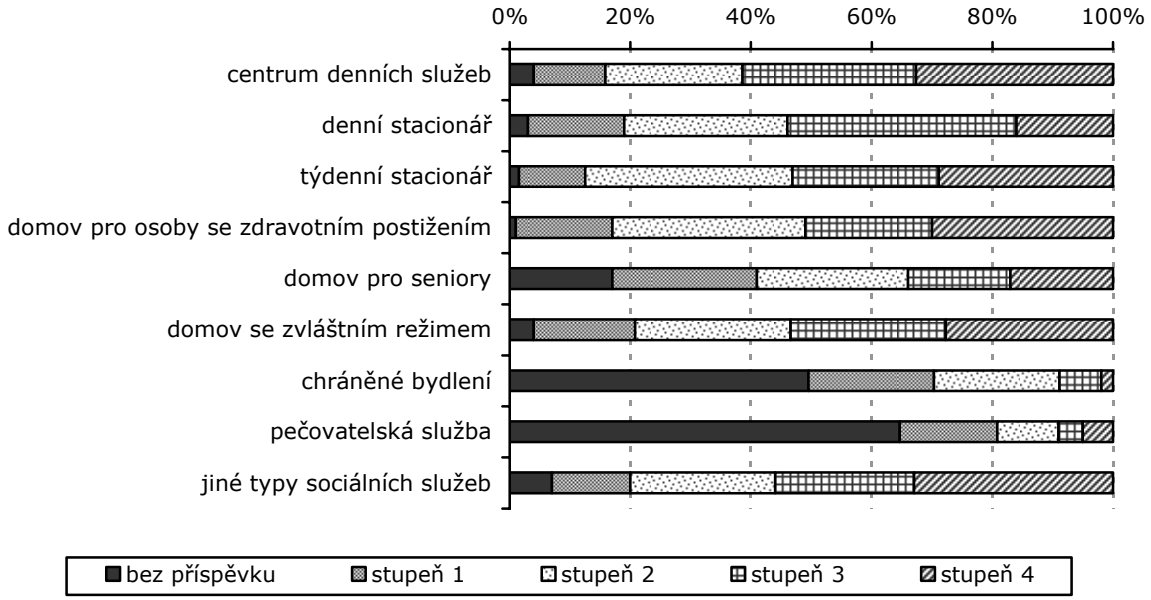
První a třetí kvartil ohraničují oblast centrálních hodnot. Čím je tato oblast „užší", tím více se tyto hodnoty blíží mediánu. Vzdálenosti mezi minimem a 1. kvartilem, respektive mezi 3. kvartilem a maximem vyjadřují šířku škály čtvrtiny nejnižších, respektive čtvrtiny nejvyšších hodnot. Čím jsou „kratší", tím je škála těchto hodnot užší a minimální, respektive maximální hodnoty jsou vzhledem k mediánu méně extrémní (ani v případě většího výskytu extrémních hodnot však není hodnota mediánu těmito extrémy ovlivňována, jako je tomu u průměru).

Za účelem vyhodnocení struktury klientů podle stupně příspěvku na péči byly za všechny poskytovatele příslušného typu služeb sečteny počty klientů s příslušným stupněm příspěvku a počty klientů celkem a byl vypočten podíl těchto dvou hodnot. Tímto postupem nebylo možné zachytit rozdíly v rámci určité skupiny sociálních služeb a do výsledku se více promítala struktura odpovědí za zařízení s větším počtem klientů. Nicméně tento postup se jevil jako vhodnější nežli výpočet průměru z "individuálních" podílů (spočtených zvlášť pro každého poskytovatele příslušného typu sociální služby) počtu klientů zařízení s příslušným stupněm příspěvku na péči k počtu klientů zařízení celkem. U průměru vypočteného z těchto "individuálních" podílů lze totiž předpokládat jiný negativní vliv, kdy organizace, které mají oproti většině ostatních poskytovatelů zřetelně nižší nebo naopak vyšší proporci klientů s určitých stupněm příspěvku na péči vychýlí výslednou průměrnou procentuální hodnotu. Toto riziko u zvoleného postupu odpadá.

Nejvyšší počet klientů bez přiznaného příspěvku na péči byl zaznamenán u pečovatelské služby (64 %) a chráněného bydlení (50 %). Proporce počtu klientů s přiznaným příspěvkem na péči v jednotlivých stupních byly u obou těchto služeb srovnatelné, klienti s přiznaným příspěvkem na péči pobírali převážně příspěvek v prvním nebo ve druhém stupni.

V domovech pro seniory nepobírala příspěvek na péči přibližně pětina klientů (17 %), u ostatních sledovaných typů sociálních služeb se počet klientů bez příspěvku na péči pohyboval kolem pěti procent. Proporce počtu klientů s přiznaným příspěvkem na péči v jednotlivých stupních byly u všech těchto služeb v zásadě srovnatelné. U všech těchto typů sociálních služeb tak byli klienti s příspěvkem v prvním, druhém, třetím a čtvrtém stupni zastoupeni přibližně rovnoměrně. Nejnižší byl s výjimkou domovů pro seniory u všech těchto služeb počet klientů s příspěvkem na péči v prvním stupni.

Graf č. 15 **Struktura klientů podle stupně příspěvku na péči u jednotlivých typů sociálních služeb**



Pramen: Výzkumné šetření mezi poskytovateli sociálních služeb, VÚPSV, v.v.i. 2009

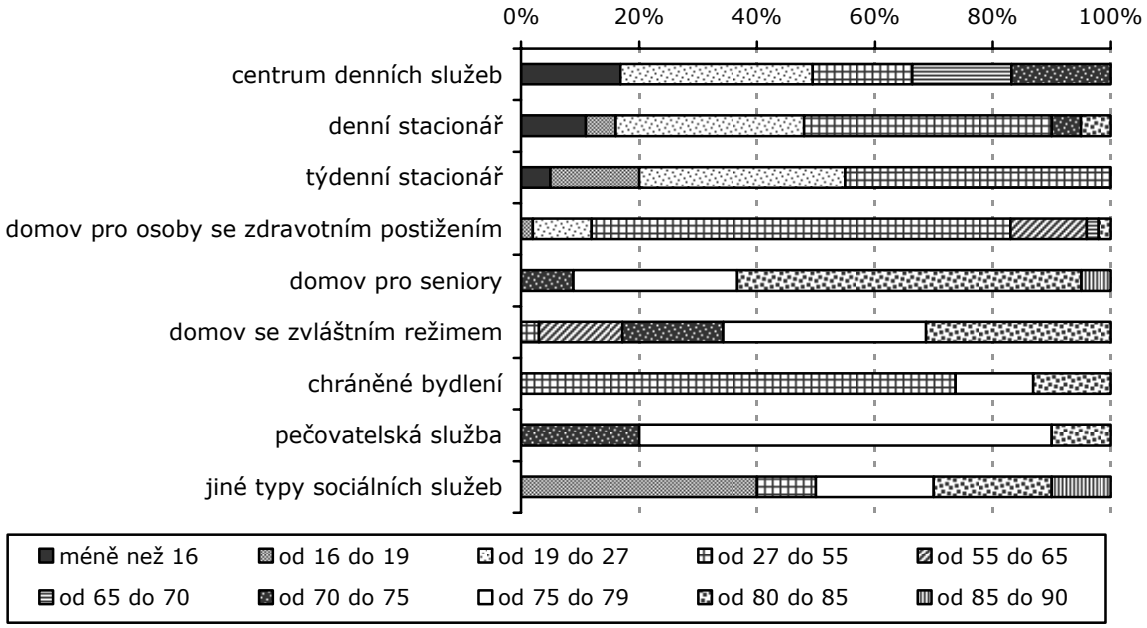
Průměrný věk klientů byl nejvyšší u domovů pro seniory, pečovatelské služby a domovů se zvláštním režimem, kde se tento údaj pohyboval mezi 75 a 80. U dalších sociálních služeb se průměrný věk pohyboval mezi 25 a 50. Varianci v rámci jednotlivých skupin zachycuje graf č. 16, který zachycuje četnostní zastoupení jednotlivých věkových skupin podle typu sociální služby.

Tabulka č. 39 **Průměrný věk podle jednotlivých typů sociálních služeb**

typ sociální služby	průměrný věk
domov pro seniory	80,2
pečovatelská služba	76,5
domov se zvláštním režimem	75,0
chráněné bydlení	51,4
jiné typy sociálních služeb	50,9
domov pro osoby se zdravotním postižením	43,3
centrum denních služeb	38,5
denní stacionář	31,8
týdenní stacionář	24,8
osobní asistence	-

Pramen: Výzkumné šetření mezi poskytovateli sociálních služeb, VÚPSV, v.v.i. 2009

Graf č. 16 **Průměrný věk klientů podle jednotlivých typů sociálních služeb**



Pramen: Výzkumné šetření mezi poskytovateli sociálních služeb, VÚPSV, v.v.i. 2009

Podle odhadu téměř poloviny respondentů by v domácím prostředí při možnosti využití pečovatelské služby byla schopná žít méně než desetina jejich klientů. Podle čtyř pětin respondentů by života v domácím prostředí při možnosti využití pečovatelské služby byla schopna čtvrtina jejich klientů.

Tabulka č. 40 **Podíl klientů, kteří by v případě možnosti využití pečovatelské služby byli schopni života v domácím prostředí**

podíl klientů	četnost v %	kumulativní %*
nikdo	5,8	5,8
1 - 9 %	41,3	47,1
10 - 24 %	32,6	79,7
25 - 49 %	13,0	92,8
50 - 74 %	5,8	98,6
75 - 89 %	0,7	99,3
90 - 99 %	0,0	99,3
všichni	0,7	100,0
celkem odpovědí	100,0	

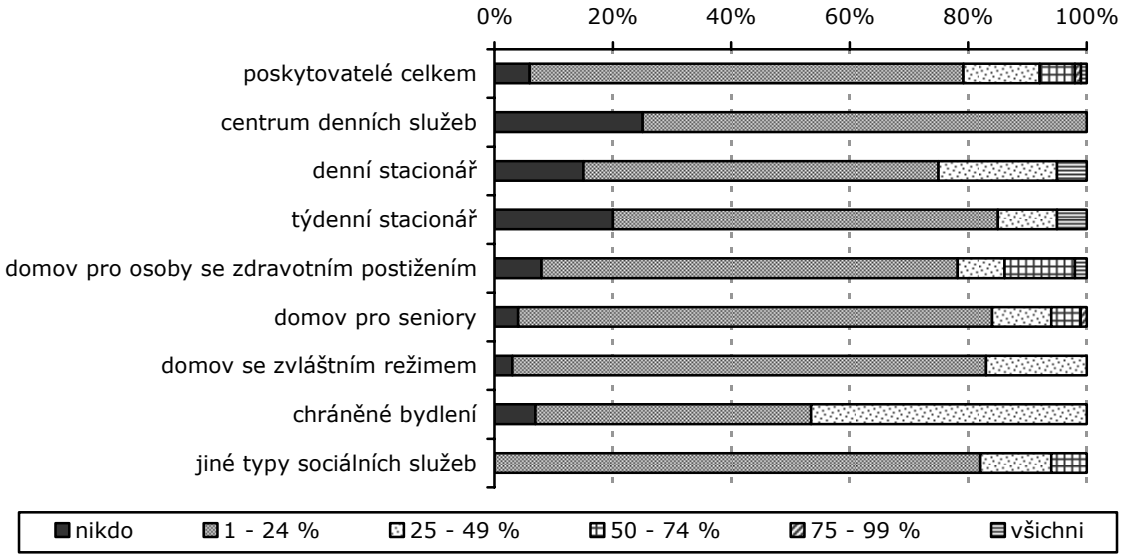
Pramen: Výzkumné šetření mezi poskytovateli sociálních služeb, VÚPSV, v.v.i. 2009

Údaj o počtu klientů schopných při využití pečovatelské služby života v domácím prostředí byl zjišťován pouze u pobytových sociálních služeb. U jednotlivých typů sociálních služeb nicméně nebyl sledován odděleně. V případě poskytování více typů sociálních služeb tak byla pro všechny zajišťované typy služeb uvedena jednotná odpověď, jež nemusela být pro všechny typy sociálních služeb relevantní. Rozlišení odpovědí podle jednotlivých typů sociálních služeb proto neumožňuje detailnější zhodnocení struktury odpovědí na tuto otázku podle poskytované sociální služby. Má pouze naznačit, u jakých služeb byla více, respektive méně významná skupina klientů schopných při využití pečovatelské služby života v domácím prostředí.

Počet respondentů, podle nichž byl podíl takových klientů čtvrtinový či vyšší, byl nejvyšší u poskytovatelů zajišťujících chráněné bydlení.

Možnost, že by ani přes možnost využití pečovatelské služby nebyl života v domácím prostředí schopen žádný klient, připouštěli nejčastěji respondenti z řad poskytovatelů zajišťujících centra denních služeb, týdenní stacionáře a denní stacionáře.

Graf č. 17 **Odhadovaný procentuální podíl klientů, kteří by v případě možnosti využití pečovatelské služby byli schopni života v domácím prostředí**



Pramen: Výzkumné šetření mezi poskytovateli sociálních služeb, VÚPSV, v.v.i. 2009

4.1.4 Vybrané parametry určující dostupnost sociálních služeb pro jejich uživatele

Nejširší, celorepublikovou působnost měla třetina dotázaných poskytovatelů, působení poloviny poskytovatelů pokrývalo území kraje. Za předpokladu, že nižší úroveň (obec, kraj) je pokryta i v případech, kdy je zajištěno poskytování služby na úrovni vyšší (kraj, celá ČR), můžeme dovodit, že území kraje pokrývají služby čtyř pětin dotázaných.

K tomu je ovšem třeba dodat, že předpoklad pokrytí nižší úrovně (obec, kraj) při zajištění úrovně vyšší (kraj, celá ČR) je pouze abstraktní logickou konstrukcí, která však v praxi málokdy platí bez výhrad. V zásadě je tento předpoklad platný, pokud je zkoumána dostupnost služby pro klienty z různých regionů. Naopak, tento údaj nijak nevypovídá o vybavenosti služeb na jednotlivých územích. Lepší vybavenost lze dokonce předpokládat spíše tam (opět jde ale pouze o předpoklad), kde působí kromě organizací s širší působností také organizace s místní působností: v případě poskytovatelů působících na rozsáhlejších územích je totiž zajištění rovnoměrného pokrytí službou bezpochyby obtížnější.

Tabulka č. 41 **Územní rozsah, popřípadě velikost spádového území při poskytování služeb** (celkový odhad za všechny typy poskytovaných služeb)

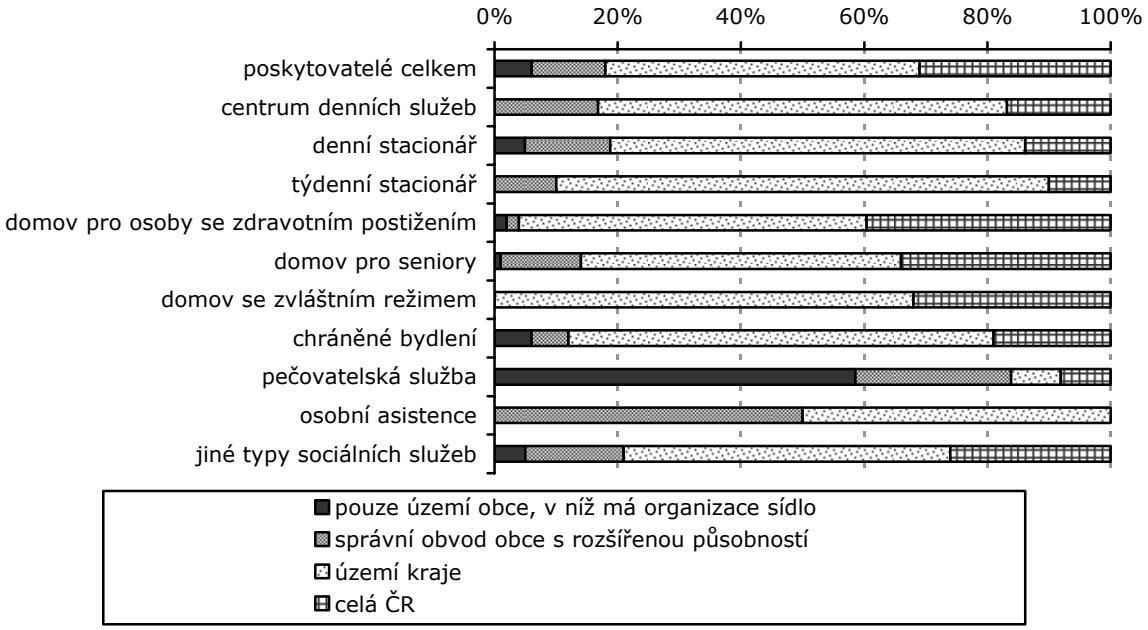
územní pokrytí	**četnost v %**	**kumulativní %***
celá ČR	31	31
území kraje	51	82
správní obvod obce s rozšířenou působností	12	94
pouze území obce, v níž má organizace sídlo	6	100,0

Pramen: Výzkumné šetření mezi poskytovateli sociálních služeb, VÚPSV, v.v.i. 2009

* Údaj je součtem procentuální četnosti v příslušném řádku a procentuálních četností ze všech předcházejících řádků. Vypovídá o počtu poskytovatelů sociálních služeb, kteří působí na příslušné úrovni (procentuální četnost v příslušném řádku) nebo tuto úroveň zahrnují v rámci širší působnosti (procentuální četnost/i o řádek/řádky výše).

Pečovatelská služba byla nejčastěji poskytována pouze na území obce, v níž má organizace sídlo. U ostatních typů sociálních služeb s výjimkou osobní asistence (zajišťovali ji pouze dva dotázaní) struktura odpovědí do značné míry odpovídala hodnotám za poskytovatele sociálních služeb celkem, u několika sociálních služeb byla patrná odlišnost spočívající v nižších počtech poskytovatelů působících na území celé ČR a častější poskytování služeb úrovni kraje. Poskytovatelé provozující domovy se zvláštním režimem působili výhradně na těchto dvou úrovních, poskytovatelé domovů pro osoby se zdravotním postižením téměř výhradně.

Graf č. 18 **Územní rozsah, popřípadě velikost spádového území při poskytování služeb podle jednotlivých typů sociálních služeb**



Pramen: Výzkumné šetření mezi poskytovateli sociálních služeb, VÚPSV, v.v.i. 2009

Průměrná čekací doba měřená mediánovou hodnotou byla nejdelší u domovů pro soby se zdravotním postižením (21 měsíců). Po pečovatelské službě a denních stacionářích (v obou případech medián 0) byla čekací doba nejkratší u center denních služeb (medián 8).

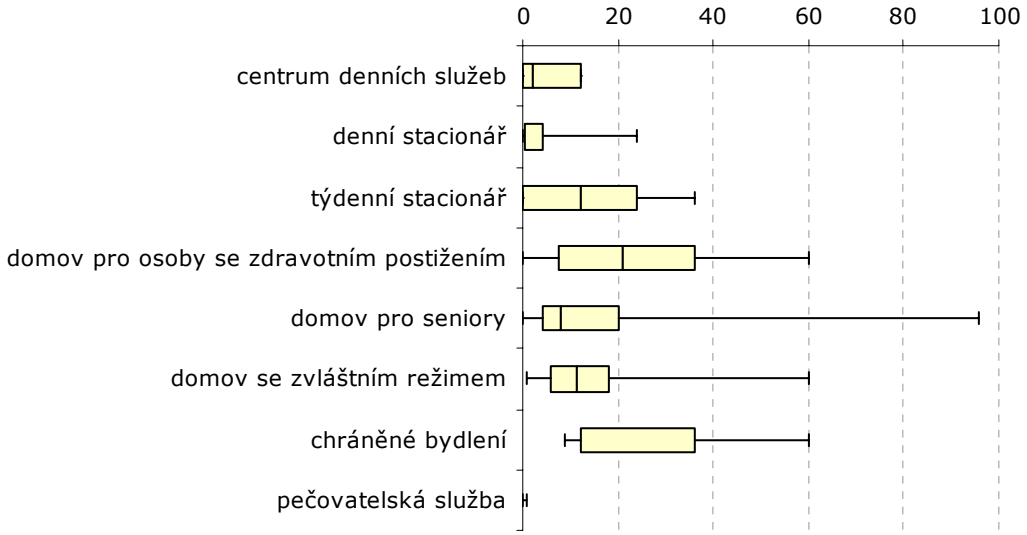
Tabulka č. 42 **Průměrná čekací doba měřená mediánovou hodnotou**

typ sociální služby	**medián**
domov pro osoby se zdravotním postižením	21,0
chráněné bydlení	12,0
týdenní stacionář	12,0
domov se zvláštním režimem	11,5
domov pro seniory	8,0
centrum denních služeb	2,0
denní stacionář	0,0
pečovatelská služba	0,0

Pramen: Výzkumné šetření mezi poskytovateli sociálních služeb, VÚPSV, v.v.i. 2009

Délka čekací doby se nejvíce lišila u domovů pro seniory (od 0 do 96 měsíců), domovů pro osoby se zdravotním postižením (0; 60), domovů se zvláštním režimem (1; 60) a chráněného bydlení (9; 60). Nejmenší rozptyl průměrné čekací doby byl zaznamenán u center denních služeb (0; 12) a denních stacionářů (0; 24). Polovina poskytovatelů denních stacionářů uváděla délku čekací doby do čtyř měsíců.

Graf č. 19 **Rozložení základních statistických údajů čekací době***



Pramen: Výzkumné šetření mezi poskytovateli sociálních služeb, VÚPSV, v.v.i. 2009

* Rozložení hodnot charakterizuje pět základních statistických veličin: nejnižší uvedená hodnota (zarážka ukončující čáru nalevo od sloupce), první kvartil (mezi ním a minimem se nachází čtvrtina nejnižších hodnot; v grafu jej indikuje počátek sloupce, tj. jeho levý okraj), mediánová hodnota (dělící linie rozdělující sloupec na dvě části), třetí kvartil (mezi ním a maximem se nachází čtvrtina nejvyšších hodnot; v grafu jej indikuje konec sloupce, tj. jeho pravý okraj) a nejvyšší uvedená hodnota (zarážka ukončující čáru zprava).

První a třetí kvartil ohraničují oblast centrálních hodnot. Čím je tato oblast "užší", tím více se tyto hodnoty blíží mediánu. Vzdálenosti mezi minimem a 1. kvartilem, respektive mezi 3. kvartilem a maximem vyjadřují šířku škály čtvrtiny nejnižších, respektive čtvrtiny nejvyšších hodnot. Čím jsou "kratší", tím je škála těchto hodnot užší a minimální, respektive maximální hodnoty jsou vzhledem k mediánu méně extrémní (ani v případě většího výskytu extrémních hodnot však není hodnota mediánu těmito extrémy ovlivňována, jako je tomu u průměru).

Informovanost klientů v momentě, kdy se na organizaci poprvé obracejí, byla nejpříznivěji hodnocena u chráněného bydlení a center denních služeb. Nejméně příznivě byla hodnocena u osobní asistence (nicméně v tomto případě byl průměr vypočten pouze ze dvou hodnot), pečovatelské služby a domovů se zvláštním režimem.

Tabulka č. 43 **Hodnocení informovanosti zájemců o poskytnutí služby v momentě, kdy se na organizaci poprvé obracejí**

typ sociální služby	**průměrné hodnocení ***
chráněné bydlení	2,13
centrum denních služeb	2,50
týdenní stacionář	2,55
domov pro seniory	2,56
denní stacionář	2,62
jiné typy sociálních služeb	2,63
domov pro osoby se zdravotním postižením	2,63
domov se zvláštním režimem	2,77
pečovatelská služba	2,90
osobní asistence	3,00
poskytovatelé celkem	2,60

Pramen: Výzkumné šetření mezi poskytovateli sociálních služeb, VÚPSV, v.v.i. 2009

* Hodnocení na stupnici od 1 do 5, kde 1 znamenalo nejpříznivější hodnocení a 5 nejméně příznivé.

Ze tří vybraných okolností (nedostatečná kapacita služeb, klienti nevědí o službě, finanční nedostupnost služeb) představovala pro klienty nejvýraznější překážku v přístupu ke službám nedostatečná kapacita služeb (průměrné hodnocení 3,95 na stupnici od jedné do pěti, kde 1 znamenalo „nepodstatná okolnost" a 5 „zásadní překážka"). Nejnižší překážkou ze sledovaných okolností byla finanční nedostupnost služeb (průměrné hodnocení 1,98). Jako zásadní překážka byla nedostatečná kapacita hodnocena oběma poskytovateli, kteří zajišťovali osobní asistenci. Jako významnou překážku hodnotili nedostatečnou kapacitu služeb také poskytovatelé všech dalších sledovaných typů sociálních služeb s výjimkou pečovatelské služby. Skutečnost, že klienti nevědí o službě, představovala významnou překážkou podle poskytovatelů zajišťujících centra denních služeb a osobní asistenci. Finanční nedostupnost byla oproti jiným typům služeb větší překážkou u denních stacionářů a chráněného bydlení. Naopak, nejmenší význam této okolnosti byl zjištěn u domovů se zvláštním režimem a domovů pro seniory

Tabulka č. 44 **Vliv vybraných okolností na přístup zájemců k sociálním službám**

typ sociální služby	**nedostatečná kapacita služeb***	**klienti nevědí o službě***	**finanční nedostupnost služeb***
osobní asistence	5,00	3,50	2,00
domov se zvláštním režimem	4,19	2,27	1,76
domov pro seniory	4,16	2,37	1,82
domov pro osoby se zdravotním postižením	4,04	2,44	2,10
centrum denních služeb	4,00	3,60	2,00
chráněné bydlení	3,93	2,64	2,38
jiné typy sociálních služeb	3,89	2,44	2,29
týdenní stacionář	3,80	2,17	2,29
denní stacionář	3,57	2,19	2,38
pečovatelská služba	2,40	2,80	2,50
poskytovatelé celkem	3,95	2,40	1,98

Pramen: Výzkumné šetření mezi poskytovateli sociálních služeb, VÚPSV, v.v.i. 2009

* Hodnocení na stupnici od jedné do pěti, kde 1 znamenalo "nepodstatná okolnost" a 5 "zásadní překážka".

Jiné než nabízené okolnosti, které by mohly zájemcům ztížit jejich přístup ke službám zařízení, uvedlo celkem 19 respondentů, z nich někteří uvedli více skutečností. Přehled uvedených důvodů shrnuje tabulka č. 45.

Tabulka č. 45 **Další překážky bránící v přístupu klientů ke službám zařízení**

přehled dalších důvodů	**celkem uvedeno**	**průměrné hodnocení**
překážky související s podobou a fungováním systému sociálních služeb		
nedostatek pobytových zařízení pro seniory obecně	1	-
uměle udržovaná obložnost lůžek následné péče	1	5,00
na oddělení následné péče není dostatečná informovanost klientů o možnosti pobývat v domově pro seniory	1	5,00
sledování osobních cílů (tvrzení není blíže specifikováno, není jasné, zda se týká zaměstnanců zařízení, jeho managementu nebo jiných subjektů ovlivňujících fungování systému)	1	3,00
překážky odrážející situaci nebo možnosti zařízení		
nedostatečné prostory k poskytování služby, nutnost přístavby nebo jiného objektu pro poskytování služby, zajištění minimálních standardů prostorových a hygienických	1	-
podle zřizovatele není nedostatečný příjem žadatele důvodem pro neposkytnutí služby	1	-
dlouhá čekací doba cca 6 let	1	5,00
vícelůžkové pokoje, nedostatek jednolůžkových pokojů	3	3,00
překážky související s definicí cílové skupiny, zaměřením zařízení		
zdravotní důvody zájemců o službu, situace, kdy zájemce o službu neodpovídá cílové skupině, na níž se zařízení zaměřuje	4	4,50
neodpovídající spektrum služeb, klienti mají zájem o celoroční pobyt	1	5,00
překážky související se situací klienta nebo jeho rodiny		
rodina klienta brání klientovi ve využívání služby, přestože potencionální klient by rád docházel	1	-
opatrovníci (zákonní zástupci) chápou příspěvek na péči jako součást rozpočtu rodiny ne jako prostředek pro nákup služby.	1	5,00
žadatelé o službu nebo jejich opatrovníci se špatně orientují v terminologii, což působí velké potíže při vyjednávání	1	3,00
klient bydlí mimo dosah městské hromadné dopravy	1	5,00
klienti chtějí zůstat doma, ale rodina se o ně nemůže postarat (děti ještě pracují, partner je také nemocný apod.)	1	-
klient není plně rozhodnut, zda chce službu využívat, váhá mezi svojí zdravotní situací a tím, že nechce opustit domov	1	5,00

Pramen: Výzkumné šetření mezi poskytovateli sociálních služeb, VÚPSV, v.v.i. 2009

* Hodnocení na stupnici od jedné do pěti, kde 1 znamenalo "nepodstatná okolnost" a 5 "zásadní překážka".

Otázka, zdali jsou sociální služby přístupné klientům ve čtyřech vybraných typizovaných situacích, byla zodpovězena poskytovatelem za všechna jím provozovaná zařízení sociálních služeb společně. Z tohoto důvodu mohli respondenti uvést až čtyři možnosti současně. U poskytovatelů zajišťujících více typů sociálních služeb nicméně nebylo na základě těchto společných, mnohdy vícečetných odpovědí možno určit, kterých zařízení sociálních služeb se týkají jednotlivé uvedené možnosti. Údaje tak byly sledovány pouze za poskytovatele a nebyly zjišťovány rozdíly podle jednotlivých zařízení.

Pouze po formálním přijetí do péče byly klientům přístupné některé z poskytovatelem zajišťovaných služeb u necelých dvou pětin poskytovatelů. Až po vzájemné dohodě uživatele a poskytovatele byly některé služby klientům přístupné ve dvou třetinách zařízení. V necelých patnácti procentech případů byla některá z poskytovatelem zajišťovaných služeb přístupná na doporučení třetí strany. O něco vyšší počet respondentů uvedl, že alespoň některé z jimi poskytovaných typů sociálních služeb jsou dostupné volně (služba je koncipována jako nízkoprahová v tom smyslu, že není třeba doporučení nebo předchozí dohody).

Tabulka č. 46 **Podmínky přístupu klientů k sociálním službám**

podmínky přístupu k sociálním službám	**četnost (v %)**
přístupné pouze po formálním přijetí do péče	37
přístupné na doporučení třetí strany	13
zařízení přístupné po vzájemné dohodě uživatele a poskytovatele služeb	65
volně přístupné (nízkoprahové zařízení; bez doporučení a předběžné dohody)	16

Pramen: Výzkumné šetření mezi poskytovateli sociálních služeb, VÚPSV, v.v.i. 2009

Možnost volného přístupu klientů ke službám organizace byla nejčastěji uvedena samostatně (11 respondentů), v kombinaci s možnostmi „po dohodě uživatele a poskytovatele" a „na doporučení třetí strany" (7 dotázaných) a v kombinaci s možností „po dohodě uživatele a poskytovatele" (5 možností).

Tabulka č. 47 **Přístup klientů ke službám v zařízeních poskytovatelů, kteří uvedli možnost volného přístupu k některým jejich službám**

kombinace odpovědí	**abs. četnost**
možnost uvedena samostatně	11
v kombinaci s možností "po dohodě uživatele a poskytovatele" a "na doporučení třetí strany"	7
v kombinaci s možností „po dohodě uživatele a poskytovatele"	5
v kombinaci s možností "po formálním přijetí do péče"	1
všechny kombinace	1

Pramen: Výzkumné šetření mezi poskytovateli sociálních služeb, VÚPSV, v.v.i. 2009

Možnost přístupu klientů ke službám organizace po vzájemné dohodě mezi uživatelem a poskytovatelem byla nejčastěji uvedena samostatně (63 respondentů). Více respondenty byla uvedena také v kombinaci s možností "po formálním přijetí do péče" (14 respondentů) a v kombinaci s možností "na doporučení třetí strany" (9).

Tabulka č. 48 **Přístup klientů ke službám v zařízeních poskytovatelů, jejichž některé služby byly přístupné po vzájemné dohodě uživatele a poskytovatele služeb**

kombinace odpovědí	**abs. četnost**
možnost uvedena samostatně	63
v kombinaci s možností "po formálním přijetí do péče"	14
v kombinaci s možností "na doporučení třetí strany"	9
v kombinaci s možnostmi "volně přístupné " a "na doporučení třetí strany"	7
v kombinaci s možností "volně přístupné"	5
v kombinaci s možnostmi "na doporučení třetí strany" a "po formálním přijetí do péče"	2
všechny kombinace	1

Pramen: Výzkumné šetření mezi poskytovateli sociálních služeb, VÚPSV, v.v.i. 2009

Možnost přístupu klientů ke službám na doporučení třetí strany byla nejčastěji uváděna v kombinaci s možností "po dohodě uživatele a poskytovatele" (9 respondentů) a v kombinaci s možnostmi "po dohodě uživatele a poskytovatele" a "po formálním přijetí do péče" (7 respondentů).

Tabulka č. 49 **Přístup klientů ke službám v zařízeních poskytovatelů, jejichž některé služby byly přístupné na doporučení třetí strany**

kombinace odpovědí	abs. četnost
v kombinaci s možností "po dohodě uživatele a poskytovatele"	9
v kombinaci s možnostmi "volně přístupné" a "po dohodě uživatele a poskytovatele"	7
v kombinaci s možnostmi "po dohodě uživatele a poskytovatele" a "po formálním přijetí do péče"	2
možnost uvedena samostatně	1
v kombinaci s možností "po formálním přijetí do péče"	1
všechny kombinace	1

Pramen: Výzkumné šetření mezi poskytovateli sociálních služeb, VÚPSV, v.v.i. 2009

V případě, že klienti měli přístup ke službám až po formálním přijetí do péče, platila tato skutečnost u většiny poskytovatelů pro všechny typy poskytovatelem zajišťovaných sociálních služeb (tuto možnost samostatně uvedlo 39 respondentů). Několik dalších respondentů uvedlo tuto možnost v kombinaci s možností přístupu klienta ke službám po dohodě mezi uživatelem a poskytovatelem.

Tabulka č. 50 **Přístup klientů ke službám v zařízeních poskytovatelů, jejichž některé služby byly přístupné pouze po formálním přijetí do péče**

kombinace odpovědí	abs. četnost
možnost uvedena samostatně	39
v kombinaci s možností "po dohodě uživatele a poskytovatele"	14
v kombinaci s možnostmi "po dohodě uživatele a poskytovatele" a "na doporučení třetí strany"	2
v kombinaci s možností "volně přístupné"	1
v kombinaci s možností "na doporučení třetí strany"	1
všechny kombinace	1

Pramen: Výzkumné šetření mezi poskytovateli sociálních služeb, VÚPSV, v.v.i. 2009

Prostory samotného zařízení byly bezbariérové v téměř čtyřech pětinách případů, bezbariérové okolí měly tři čtvrtiny respondentů. Rozdíl mezi těmito dvěma parametry tak byl celkově za poskytovatele sociálních služeb pouze minimální. Nicméně u poskytovatelů některých typů sociálních služeb byl mezi podílem poskytovatelů s bezbariérovými prostorami zařízení a podílem poskytovatelů s bezbariérovým okolím zaznamenán poměrně zřetelný rozdíl (např. chráněné bydlení, domov se zvláštním režimem nebo centra denních služeb; v případě osobní asistence jsou údaje vypočteny pouze z údajů za dva poskytovatele této sociální služby a rozdílu mezi těmito parametry u poskytovatelů této služby proto nelze přikládat větší význam).

U poskytovatelů většiny typů sociálních služeb byl podíl poskytovatelů s bezbariérovými prostorami zařízení vyšší nežli podíl poskytovatelů s bezbariérovým okolím,

opačná situace byla zjištěna u center denních služeb, pečovatelské služby, domovů pro osoby se zdravotním postižením a osobní asistence (u níž však byla otázka zodpovězena pouze dvěma respondenty a zjištěné podíly jsou uvedeny spíše pro úplnost).

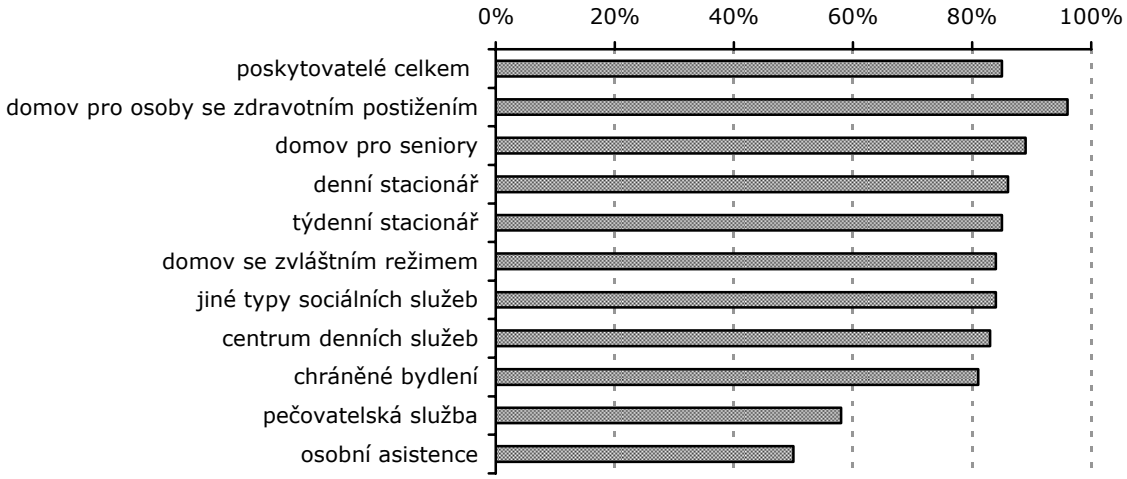
Tabulka č. 51 **Bezbariérové řešení prostor zařízení a jeho okolí podle typu sociální služby** (v %)

typ sociální služby	**organizace s bezbariérovými prostorami zařízení v %**	**organizace s bezbariérovým okolím v %**
domov pro seniory	86	82
chráněné bydlení	81	60
domov se zvláštním režimem	80	66
jiné typy sociálních služeb	79	78
domov pro osoby se zdravotním postižením	77	82
pečovatelská služba	70	80
denní stacionář	68	59
centrum denních služeb	67	80
týdenní stacionář	65	61
osobní asistence	50	100
poskytovatelé celkem	79	76

Pramen: Výzkumné šetření mezi poskytovateli sociálních služeb, VÚPSV, v.v.i. 2009

Podíl organizací, které byly nuceny odmítnout žadatele o jimi poskytované služby přesahoval čtyři pětiny dotázaných. Tento poměr byl nejvyšší u poskytovatelů provozujících domovy pro osoby se zdravotním postižením a domovy pro seniory. Nejnižší byl naopak u poskytovatelů provozujících pečovatelskou službu. Údaj za poskytovatele osobní asistence je uveden pouze pro úplnost, neboť šetření se zúčastnili pouze dva poskytovatelé zajišťující tento typ sociální služby.

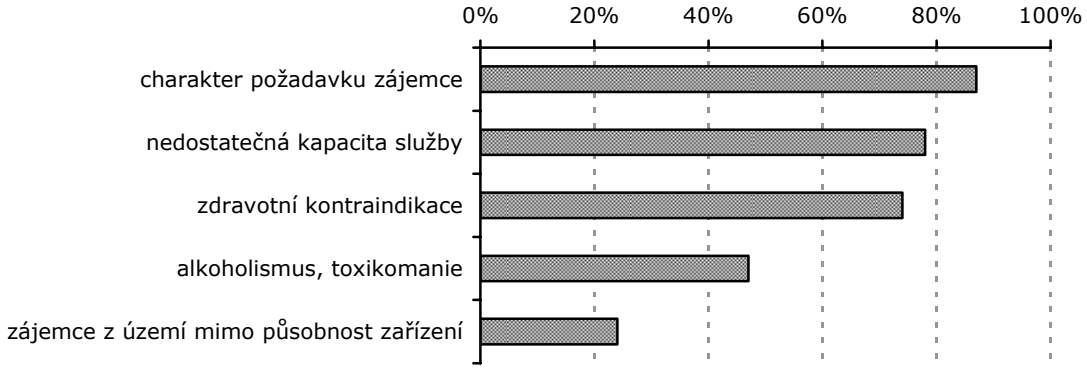
Graf č. 20 **Podíl organizací, které byly nuceny odmítnout žadatele o jimi zajišťované služby podle typu sociální služby**



Pramen: Výzkumné šetření mezi poskytovateli sociálních služeb, VÚPSV, v.v.i. 2009

Mezi poskytovateli. kteří byli nuceni odmítnout žadatele o jimi zajišťované služby, byly dále sledovány důvody, které k odmítnutí poskytovatele zájemce o službu vedly. Sledována přitom byla nejprve relativní četnost poskytovatelů uvádějících příslušný důvod a následně počty klientů, kteří byly na základě příslušného důvodu odmítnuti. Z pěti v dotazníku sledovaných důvodů byl nejčastěji uváděn "charakter požadavku zájemce (zařízení neposkytuje poptávanou sociální službu, odlišné zaměření služby)", velmi často byla také uváděna "nedostatečná kapacita služby" a "zdravotní kontraindikace klienta".

Graf č. 21 **Podíl organizací, které byly nuceny odmítnout žadatele o jimi zajišťované služby podle důvodu vedoucího k odmítnutí žadatele** (možnost více odpovědí)



Pramen: Výzkumné šetření mezi poskytovateli sociálních služeb, VÚPSV, v.v.i. 2009

Nejvyšší počet zájemců o službu byl odmítnut z důvodu nedostatečné kapacity služby (mediánová hodnota počtu odmítnutých klientů byla 15,0). Počty zájemců odmítnutých z dalších sledovaných důvodů byly srovnatelné, výraznější rozdíly byly zaznamenány pouze u čtvrtiny nejvyšších uváděných hodnot, kdy maximální uváděné hodnoty byly nejvyšší u zájemců o službu, kteří byli odmítnuti z důvodu pobytu na území mimo působnost zařízení a z důvodu charakteru požadavku zájemce, který neodpovídal charakteru poskytované služby.

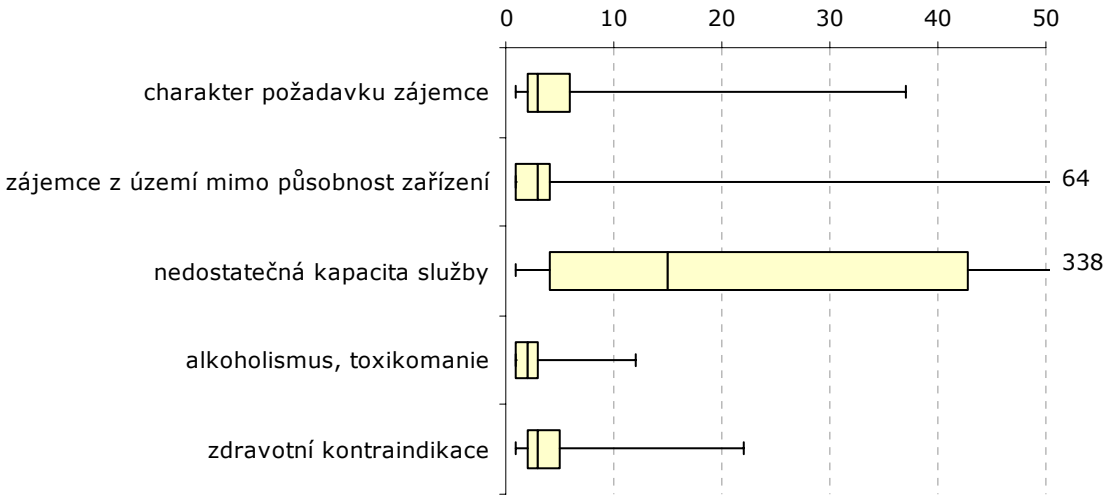
Tabulka č. 52 **Počty odmítnutých zájemců o službu podle mediánové hodnoty**

důvod odmítnutí žadatele	**medián ***
nedostatečná kapacita služby	15,0
charakter požadavku zájemce	3,0
zdravotní kontraindikace	3,0
zájemce z území mimo působnost poskytovatele	3,0
alkoholismus, toxikomanie	2,0

Pramen: Výzkumné šetření mezi poskytovateli sociálních služeb, VÚPSV, v.v.i. 2009

* Polovina uvedených údajů je nižší než tato hodnota, polovina naopak vyšší. Údaj nevypovídá o průměrné hodnotě na zařízení, ale o střední uváděné hodnotě. Oproti průměru však nemůže být výrazněji vychýlen pouze několika vysokými hodnotami.

Graf č. 21 **Rozložení základních statistických údajů o počtech odmítnutých zájemců o službu podle důvodu odmítnutí ***



Pramen: Výzkumné šetření mezi poskytovateli sociálních služeb, VÚPSV, v.v.i. 2009

* Rozložení hodnot charakterizuje pět základních statistických veličin: nejnižší uvedená hodnota (zarážka ukončující čáru nalevo od sloupce), první kvartil (mezi ním a minimem se nachází čtvrtina nejnižších hodnot; v grafu jej indikuje počátek sloupce, tj. jeho levý okraj), mediánová hodnota (dělící linie rozdělující sloupec na dvě části), třetí kvartil (mezi ním a maximem se nachází čtvrtina nejvyšších hodnot; v grafu jej indikuje konec sloupce, tj. jeho pravý okraj) a nejvyšší uvedená hodnota (zarážka ukončující čáru zprava).

První a třetí kvartil ohraničují oblast centrálních hodnot. Čím je tato oblast „užší", tím se více tyto hodnoty blíží mediánu. Vzdálenosti mezi minimem a 1. kvartilem, respektive mezi 3. kvartilem a maximem vyjadřují šířku škály čtvrtiny nejnižších, respektive čtvrtiny nejvyšších hodnot. Čím jsou „kratší", tím je škála těchto hodnot užší a minimální, respektive maximální hodnoty jsou vzhledem k mediánu méně extrémní (ani v případě většího výskytu extrémních hodnot však není hodnota mediánu těmito extrémy ovlivňována, jako je tomu u průměru).

Jiné než uvedené důvody odmítnutí zájemců o službu uvedlo 16 respondentů, někteří z nich přitom uvedli více možností. Uváděné důvody, počet jejich uvedení i počet klientů odmítnutých z příslušného důvodu shrnuje tabulka č. 53.

Tabulka č. 53 **Další důvody odmítnutí žadatelů**

přehled dalších důvodů	**počet uvedení**	**celkem odmítnutých klientů**
nespadá do cílové skupiny zařízení	4	10
nižší věk než jaký je stanoven pro cílovou skupinu	2	10
zrušení žádosti ze strany uživatele	2	3
žádost byla podepsána jinou osobou	2	2
mentální postižení	1	80
žadatel nebyl z důvodu omezené kapacity odmítnut, ale zařazen do pořadníku čekatelů	1	22
žadatelé nevyhledali zařízení kvůli zajištění sociální služby, ale levnému ubytování hotelového typu, přestěhování se z míst, kde žadatel nemá dobré sousedy	1	6
žadatel byl přijat v jiném zařízení	1	3
nedoložení požadovaných dokladů,	1	2
žadatel odmítl nastoupit	1	1
zdravotní důvody, převážně žadatelé s Alzheimerovou chorobou	1	-

Pramen: Výzkumné šetření mezi poskytovateli sociálních služeb, VÚPSV, v.v.i. 2009

4.1.5 Návaznost služeb a spolupráce mezi zařízeními, včetně otázky výskytu a řešení požadavků klientů na sociální služby, jejichž uspokojení organizace nezajišťuje

Otázku, na jaké poskytovatele sociálních služeb dotazovaný poskytovatel navazuje, zodpovědělo 113 dotázaných (72 %). Z nich 44 (39 %) uvedlo, že na služby jiných poskytovatelů nenavazují. Zbylí respondenti často uváděli více subjektů. Z celkového počtu 105 uvedených subjektů, na něž poskytovatel navazoval při zajištění služeb, bylo uvedeno 78 konkrétních sociálních služeb (74 %) a osm poskytovatelů sociálních služeb bez bližší specifikace (8 %). V osmi případech poskytovatel při poskytování sociálních služeb navazoval na služby zdravotní péče, v šesti případech na služby dalších subjektů a pět poskytovatelů zajišťovalo široký komplex služeb a návaznost služeb bylo možné řešit v rámci organizace.

Tabulka č. 54 **Přehled subjektů, na něž poskytovatel navazuje při zajištění služeb**

typy navazujících služeb	četnost
registrované sociální služby	**78**
centrum denních služeb	4
denní a týdenní stacionář	6
domov pro osoby se zdravotním postižením	2
domov pro seniory	6
domov s pečovatelskou službou	5
domovy se zvláštním režimem	2
chráněná dílna, podporované zaměstnání, terapeutické dílny	8
chráněné bydlení, podpora samostatného bydlení	14
odlehčovací služba	2
osobní asistence	5
pečovatelská služba	18
raná péče	1
sociální poradenství	1
sociální rehabilitace	3
sociální služby poskytované ve zdravotnických zařízeních ústavní péče	1
poskytovatelé sociálních služeb bez bližší specifikace	**8**
spolupráce s řadou poskytovatelů, ale ne přímá návaznost	2
typ zařízení nespecifikován nebo uveden všeobecný popis (podobné služby, terénní sociální služby apod.)	6
služby zdravotní péče	**8**
domácí péče	3
hospic	1
zdravotnická zařízení (psychiatrická léčebna, léčebna dlouhodobě nemocných, oddělení následné péče lékařského zařízení)	4
jiné typy služeb a spolupracujících subjektů	**6**
doplňkové služby (dovoz obědů, pedikúra, kadeřnice, nákup a servis, kompenzační pomůcky, doprava uživatele)	5
svaz invalidů	1
organizace zajišťuje celý komplex sociálních služeb, návaznost služeb lze řešit v rámci organizace, spolupráce v rámci organizace	**5**

Pramen: Výzkumné šetření mezi poskytovateli sociálních služeb, VÚPSV, v.v.i. 2009

Forma spolupráce se subjekty, na něž poskytovatel při zajištění služby navazuje, byla zjišťována již jen u sociálních služeb. Specifikovalo ji 31 z nich, u některých byla specifikována zvlášť pro různé typy spolupracujících subjektů. Nejčastější formou spolupráce bylo zprostředkování kontaktu na jiné zařízení v případě, že poskytovatel samotný nemůže klienta přijmout (např. na organizaci zajišťující pečovatelskou službu) nebo klient zařízení opouští s tím, že bude využívat jiných návazných služeb (chráněné bydlení, jiný domov pro seniory, hospic). Tuto možnost uvedlo 11 poskytovatelů. Sedm poskytovatelů spolupracovalo v případech, kdy naopak klient přicházel do zařízení provozovaného dotazovaným poskytovatelem z jiného typu sociálních služeb (terénní sociální služby, chráněné bydlení) nebo z jiného zařízení sociálních či zdravotních služeb (denní stacionáře, centra denních služeb, léčebna dlouhodobě nemocných, odlehčovací služby, sociální služby poskytované ve zdravotnických zařízeních ústavní péče). Více respondentů uvedlo také možnost klientů rozvíjet jejich kontakty s dalšími osobami (včetně kontaktu s klienty jiných zařízení), zajištění doprovodu pro klienty,

případně spolupráci mezi zařízeními při zájmové a kulturní činnosti nebo aktivizačních programech.

Tabulka č. 55 **Přehled subjektů, na něž poskytovatel navazuje při zajištění služeb**

forma spolupráce	**četnost**
zprostředkování kontaktu na jiné zařízení; spolupráce zařízení při přechodu klienta mezi zařízeními	11
část klientů zařízení přechází z jiného; spolupráce zařízení při přechodu klienta mezi zařízeními	7
doprovody klientů, klient má možnost kontaktu s přáteli, případně s partnerem žijícími v jiném pobytovém zařízení, organizování zájmové a kulturní činnosti, spolupráce při aktivizačních programech	6
klienti zařízení mohou využít služeb jiného zařízení (volnočasové aktivity, nácvik na zaměstnávání a bydlení, chráněné bydlení, hospitalizace klientů)	3
zařízení poskytuje služby klientům jiného zařízení (klienti domova s pečovatelskou službou využívají služeb tohoto zařízení, např. aktivizačních programů), zařazení poskytuje odlehčovací služby osobám, které nemohou nastoupit do domova pro seniory z kapacitních důvodů, do doby než se místo uvolní	3
spolupráce s dobrovolníky, získání odborníků	2
zařízení udržuje partnerské vztahy s jinými zařízeními	1

Pramen: Výzkumné šetření mezi poskytovateli sociálních služeb, VÚPSV, v.v.i. 2009

Spolupráce s dalšími organizacemi poskytujícími sociální služby při uspokojování potřeb klientů byla hodnocena převážně příznivě. Hodnocení spolupráce s organizacemi poskytujícími sociální služby pro seniory a s organizacemi poskytujícími sociální služby osobám se zdravotním postižením přitom bylo srovnatelné. Při hodnocení spolupráce s organizacemi poskytujícími sociální služby seniorům byly nicméně zaznamenány výraznější rozdíly mezi poskytovateli provozujícími různé typy sociálních služeb. Nejpříznivěji byla spolupráce s oběma typy organizací hodnocena v případě poskytovatelů provozujících denní stacionáře a pečovatelskou službu. Při hodnocení spolupráce s organizacemi poskytujícími služby osobám se zdravotním postižením byla v případě osobní asistence odpověď získána pouze od jediného respondenta, který ji hodnotil vysoce příznivě. Spokojenost se spoluprací s organizacemi poskytujícími sociální služby seniorům byla nejnižší u jiných typů sociálních služeb a center denních služeb.

Tabulka č. 56 **Spolupráce s dalšími organizacemi poskytujícími sociální služby**

typ sociální služby	průměrné hodnocení*	
	organizace poskytující sociální služby seniorům	organizace poskytující sociální služby osobám se zdravot. postižením
týdenní stacionář	1,50	1,88
pečovatelská služba	1,75	1,60
domov pro osoby se zdravotním postižením	1,91	2,04
domov se zvláštním režimem	1,96	1,92
denní stacionář	2,00	2,00
chráněné bydlení	2,00	2,00
domov pro seniory	2,13	2,04
centrum denních služeb	2,50	1,80
jiné typy sociálních služeb	2,71	1,91
osobní asistence	-	1,00
poskytovatelé celkem	2,05	2,04

Pramen: Výzkumné šetření mezi poskytovateli sociálních služeb, VÚPSV, v.v.i. 2009

* Hodnocení na stupnici od 1 do 5, kde 1 znamenalo nejpříznivější hodnocení a 5 nejméně příznivé.

Spolupráce s dalšími organizacemi poskytujícími zdravotní služby při uspokojování potřeb klientů byla hodnocena spíše příznivě. Hodnocení spolupráce s organizacemi poskytujícími zdravotní služby pro seniory a s organizacemi poskytujícími zdravotní služby osobám se zdravotním postižením přitom bylo srovnatelné.

Ze srovnání údajů podle poskytovatelů jednotlivých typů sociálních služeb nicméně vyplývalo, že při hodnocení spolupráce s organizacemi poskytujícími sociální služby seniorům se u některých služeb objevilo výrazněji příznivé hodnocení oproti průměru a naopak služby, které byly hodnoceny méně příznivě, se od situace za poskytovatele celkem výrazněji nelišily. Tato skutečnost byla důsledkem toho, že poskytovatelé zajišťující v šetření nejméně početně zastoupené sociální služby hodnotili situaci výrazně příznivěji. Naproti tomu při hodnocení spolupráce s organizacemi poskytujícími zdravotní služby nebyl průměr za všechny poskytovatele takto zřetelně vychýlen, neboť průměrné hodnoty u podreprezentovaných skupin respondentů se již více blížily průměrným hodnotám za poskytovatele celkem.

Spolupráce s organizacemi poskytujícími zdravotní služby seniorům byla nejpříznivěji hodnocena v případě osobní asistence a center denních služeb, u nichž však odpověď uvedly pouze jeden, respektive dva dotázaní. Nejméně příznivě naopak byla spolupráce hodnocena poskytovateli domovů pro osoby se zdravotním postižením, denních stacionářů a domovů pro seniory. S ohledem na to, že tyto sociální služby poskytoval nejvyšší počet dotázaných, se výsledek zjištěný od těchto respondentů nijak výrazně neodchyloval od průměrných hodnot za všechny dotázané.

Spolupráce s organizacemi poskytujícími zdravotní služby byla nejpříznivěji hodnocena poskytovateli provozujícími domovy se zvláštním režimem, chráněné bydlení a jiné typy sociálních služeb. Při hodnocení spolupráce s organizacemi poskytujícími služby osobám se zdravotním postižením byla v případě osobní asistence odpověď získána pouze od jediného respondenta, který ji hodnotil vysoce příznivě. Spokojenost se spoluprací s organizacemi poskytujícími sociální služby seniorům byla nejnižší u jiných typů sociálních služeb a center denních služeb.

Tabulka č. 57 **Spolupráce s dalšími organizacemi poskytujícími zdravotní služby**

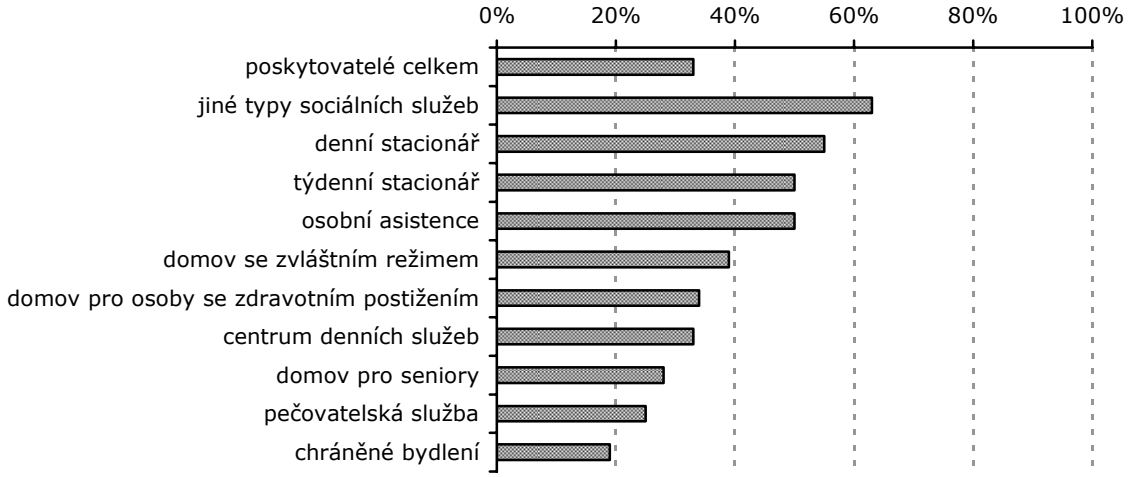
typ sociální služby	průměrné hodnocení*	
	organizace poskytující zdravotní služby seniorům	organizace poskytující zdravotní služby osobám se zdravot. postižením
osobní asistence	1,00	3,00
centrum denních služeb	1,50	3,20
týdenní stacionář	2,20	2,89
jiné typy sociálních služeb	2,25	2,64
domov se zvláštním režimem	2,52	2,50
chráněné bydlení	2,60	2,64
pečovatelská služba	2,67	2,83
domov pro seniory	2,73	2,79
denní stacionář	2,75	3,00
domov pro osoby se zdravotním postižením	2,75	2,73
poskytovatelé celkem	2,68	2,72

Pramen: Výzkumné šetření mezi poskytovateli sociálních služeb, VÚPSV, v.v.i. 2009

* Hodnocení na stupnici od 1 do 5, kde 1 znamenalo nejpříznivější hodnocení a 5 nejméně příznivé.

Třetina dotázaných konstatovala, že jejich klienti předkládají požadavky na sociální služby, které není zařízení schopno v rámci jím poskytovaných sociálních služeb uspokojit. Poměr organizací, jejichž klienti vznášeli takovéto požadavky, byl nejvyšší u jiných typů sociálních služeb (63 %) a denních stacionářů (55 %). Nejnižší byl u chráněného bydlení (19 %) a pečovatelské služby (25 %)

Graf č. 22 **Podíl poskytovatelů, jejichž klienti předkládali požadavky na sociální služby, které není zařízení schopno v rámci jím poskytovaných sociálních služeb uspokojit**



Pramen: Výzkumné šetření mezi poskytovateli sociálních služeb, VÚPSV, v.v.i. 2009

Z 52 poskytovatelů, jejichž klienti předkládali požadavky na sociální služby, jež zařízení nemůže uspokojit, jich okruh takovýchto požadavků specifikovalo 45 (87 %), někteří z nich přitom uvedli více různých typů požadavků. Značná část z nich přitom zahrnovala širší okruh požadavků klientů, včetně požadavků mimo oblast sociálních služeb.

Požadavky na sociální služby uvedlo 15 dotázaných. Nejčastěji byly uváděny požadavky klientů týkající se pobytového standardu v zařízení (18 respondentů).[73] Požadavky na sociální služby uvedlo 15 dotázaných. Devět respondentů zmiňovalo požadavky klientů na různé doplňkové či fakultativní služby.[74] Opakovaně byly zmíněny dále například podmínky poskytování sociální služby nebo pobytový režim (pět dotázaných),[75] požadavky vztahující se k základním charakteristikám zařízení a zaměření poskytované služby (čtyři dotázaní)[76] či potřeby cílových skupin obecněji (4 dotázaní).[77]

Tabulka č. 58 **Všeobecné požadavky klientů, které nemůže zařízení uspokojit**

všechny typy odpovědí	**četnost**
pobytový standard	18
sociální služby	15
doplňkové služby	9
podmínky poskytování sociální služby, pobytový režim	5
kontakt s okolním prostředím	5
obecně potřeby cílových skupin	4
základní charakteristiky zařízení a zaměření poskytované služby	4
zdravotní služby (rehabilitace, individuální fyzioterapie - bez ordinace lékaře)	4

Pramen: Výzkumné šetření mezi poskytovateli sociálních služeb, VÚPSV, v.v.i. 2009

Z 15 zařízení, jejichž klienti vznášeli požadavky na sociální služby přesahující působnost zařízení, někteří uvedli více takovýchto požadavků. Celkem tak bylo uvedeno 23 požadavků týkajících se sociálních služeb. Ve více než jednom zařízení byly klienty požadovány tyto typy sociálních služeb: osobní asistence (6 zařízení), odlehčovací služby (3), podpora samostatného bydlení (3), chráněné bydlení (3) a domovy pro osoby se zdravotním postižením (2).

[73] Požadavky na nižší počet lůžek na pokoji, jedno- nebo dvoulůžkové pokoje, sociální zařízení na pokoji, zlepšení kvality oken, vybavení pokojů vlastním nábytkem, kvalitní TV signál, internet, vyšší poptávka po pokojích s balkonem apod.

[74] Dovoz a odvoz klientů ze zařízení - k lékaři v případě zajištění sanity, dovoz k příbuzným, fakultativní služby v rámci úhrad za pobyt - masáže, pedikúra, kadeřnictví, zájem o služby půjčovny kompenzačních pomůcek převyšující nabídku, větší výběr jídel, možnost stravování formou švédských stolů, popřípadě restauračním způsobem apod.

[75] Celoroční poskytování služeb, zajištění pobytu v době nemoci - není k dispozici izolační pokoj, v době nemoci si příbuzní klienta musejí odvézt domů, požadavek klientů platit nižší poplatky za služby - často jen za ubytování a vynětí jakýchkoli služeb z ceny, pobyt s domácím zvířetem, požadavek neorientovaných osob na neomezený pohyb - nelze v tomto případě akceptovat, ostatní mají pohyb bez omezení.

[76] Kapacita zařízení, dlouhé čekací lhůty, praktická nemožnost okamžitého přijetí, nedostatek personálu, definice cílové skupiny - zájem příbuzných klientů ubytovat v zařízení osobu s pokročilou demencí, závislou na alkoholu apod., přičemž v zařízení nejsou podmínky pro poskytování sociálních služeb osobám z těchto cílových skupin a nejsou pro ně registrovány apod.

[77] Partnerský vztah mezi klienty a podmínky pro soužití partnerů a manželů - dvoulůžkový pokoj, soužití rodičů seniorů s jejich dětmi se zdravotním postižením.

Tabulka č. 59 **Požadavky klientů na sociální služby, které nemůže zařízení uspokojit**

požadavky klientů na sociální služby	**četnost**
osobní asistence	6
odlehčovací služby	3
podpora samostatného bydlení	3
chráněné bydlení	3
domov pro osoby se zdravotním postižením	2
denní stacionář	1
centrum denních služeb	1
chráněná, příp. socioterapeutická dílna	1
přechod do zařízení jiného typu, kde klient není cílovou skupinou služby	1
umístění do celoročního zařízení pro klienty s agresivními projevy chování (z odpovědi nebylo zřejmé, zda se jedná o požadavek příbuzných či jiné osoby, přímo o požadavek klienta patrně nejde)	1
služby pro specifické skupiny osob (osoby s autismem, osoby s Huntingtonovou nemocí, někteří zájemci o sociální službu s alzheimerovou chorobou).	1

Pramen: Výzkumné šetření mezi poskytovateli sociálních služeb, VÚPSV, v.v.i. 2009

Požadavky klientů na sociální služby, jež nebylo možné uspokojit v rámci zařízení, byly nejčastěji řešeny spoluprací s dobrovolníky, zprostředkováním kontaktů na poskytovatele, kteří mohou potřeby klientů uspokojit, a spoluprací s jinými poskytovateli.

Tabulka č. 60 **Způsob uspokojení požadavků, jež se týkaly sociálních služeb**

způsob uspokojení požadavků	**typy sociálních služeb, jichž se tvrzení týká**	**četnost**
spolupráce s dobrovolníky	osobní asistence	4
zprostředkováním kontaktů na poskytovatele, kteří mohou potřeby klientů uspokojit	odlehčovací služby osobní asistence podporované bydlení centrum denních služeb chráněné bydlení agentury domácí péče	3
spolupráce s jinými poskytovateli	nespecifikováno domov pro osoby se zdravotním postižením odlehčovací služby	3
spolupráce s jinými institucemi (obvolávání ubytoven a dalších institucí, případné umístění klientů do psychiatrické léčebny, subjekty věnující se fyzioterapii apod.)	chráněné bydlení	2
chybí těsnější spolupráce s poskytovatelem sociálních služeb, které by uspokojily potřeby klientů	odlehčovací služby	1
průběžná příprava vybraných klientů (schopnosti, dovednosti) na budoucí přechod do podobného typu služby	podpora samostatného bydlení chráněné bydlení	1
zařazení klientů do pořadníku čekatelů v místě poskytování sociálních služeb	chráněné bydlení	1
žádost zařízení směrem ke zřizovateli o přesuny v kapacitě mezi službami (nicméně ty nebyly zřizovatelem povoleny	domov pro seniory	1
základní sociální poradenství	denní stacionář	1
individuální plánování cíle služby uživatele	nespecifikováno	1
spolupráce s rodinou	osobní asistence	1
zařízení nemůže požadovanou sociální službu zajistit ani nahradit, ale věnuje se ergoterapii, sebeobslužným prvkům, nácviku samostatnosti, případně jsou sepsány dohody o pracovní činnosti na pomocné práce	podporované bydlení chráněné bydlení chráněná nebo socioterapeutická dílna	1

Pramen: Výzkumné šetření mezi poskytovateli sociálních služeb, VÚPSV, v.v.i. 2009

4.1.6 Nejčastější potíže dotázaných poskytovatelů sociálních služeb

Nejčastější potíže zařízení specifikovalo 124 respondentů (79 % z celkového počtu). Při vyhodnocování otázky bylo rozlišeno 8 problémových okruhů, které pokrývaly veškeré typy respondenty uváděných tvrzení (viz dále). Respondenti zpravidla uváděli více různých potíží. Různé odpovědi určitého respondenta přitom mohly spadat do jednoho, ale i do různých problémových okruhů.

Tuto skutečnost bylo potřebné odlišným způsobem reflektovat při vyhodnocování úhrnných dat za jednotlivé problémové okruhy a při mapování konkrétních potíží: zatímco v prvním případě bylo prioritou zachytit počet respondentů, pro něž je příslušný problémový okruh významný (ať už jedním či více problémy), a srovnat okruhy mezi sebou, ve druhém bylo prioritou přesněji zmapovat okruh respondenty uváděných potíží, které bylo možné přiřadit k příslušnému problémovému okruhu.

V první dále uvedené tabulce (souhrnné) jsou proto uvedeny počty respondentů, ať už uvedli jeden nebo více problémů náležejících do příslušného problémového

okruhu (jeden respondent = jeden četnostní záznam). Tabulka tak nezachycuje četnost potíží uváděných v rámci příslušného problémového okruhu, ale počty respondentů uvádějících potíže do něho spadající.

Naproti tomu v dále následujících tabulkách (věnujících se jednotlivým problémovým okruhům) jsou již zařazeny veškeré respondenty uvedené potíže (jeden respondentem uvedený problém = jeden četnostní záznam). Účelem tabulek charakterizujících jednotlivé problémové okruhy již nebylo zachytit počty respondentů věnujících se jednotlivým problémovým okruhům, ale nastínit okruh potíží, které příslušný problémový okruh charakterizují.

S ohledem na odlišný způsob sumarizace údajů v souhrnné a v tematických tabulkách tak součet počtu odpovědí uvedených v rámci jednoho problémového okruhu převyšuje údaj o počtu respondentů, kteří uváděli potíže přiřazené do příslušného problémového okruhu, v souhrnné tabulce. Údaje ze souhrnné a z dílčích tabulek tedy nejsou vzájemně kompatibilní (jakkoli jsou rozdíly mezi nimi v podstatě zanedbatelné), nicméně pohled na odpovědi z obou jmenovaných perspektiv je bezpochyby užitečnější než omezení se buďto na zachycení pouze četností výskytů problémů podle respondentů nebo pouze na zachycení struktury uváděných potíží.

Dvě pětiny ze všech dotázaných poukázaly na problémy týkající se dostatku finančních prostředků. Čtvrtina dotázaných se věnovala problémům při personálním zajištění služby a další otázky týkající se provozu zařízení a poskytování služeb uvedla šestina dotázaných. Šestinou respondentů byly uvedeny problémy týkající se různých nefinančních aspektů fungování systému sociálních služeb.

Tabulka č. 61 **Souhrnné srovnání četností jednotlivých problémových okruhů**

označení problémového okruhu	**četnost**		
	abs.	**v % respondentů, kteří specifikovali nějakou problémovou oblast**	**v % všech respondentů**
"nedostatek financí"	64	52	41
"personální zajištění služby"	39	31	25
"problémy s kapacitou, při poskytování služeb, nedostatečné materiální a technické vybavení"	26	21	17
"nefinanční aspekty fungování systému, koncepční otázky"	26	21	17
"situace týkající se klientů a cílových skupin"	23	19	15
"systém financování"	21	17	13
"síť služeb a jejich návaznost"	18	15	12
"širší společenské souvislosti"	8	6	5

Pramen: Výzkumné šetření mezi poskytovateli sociálních služeb, VÚPSV, v.v.i. 2009

Převážná část respondentů, kteří mezi potížemi zařízení uvedli nedostatek financí, již bližší okolnosti tohoto problému nespecifikovala (46 respondentů). Velice častá ovšem byla také finanční nejistota a problémy se zajištěním provozu organizace (13 respondentů). Opakovaně byl zmíněn nedostatek finančních prostředků na investice a mzdových prostředků na přijetí zaměstnanců.

Tabulka č. 62 **Přehled respondenty uváděných potíží spadajících do problémového okruhu "nedostatek financí"**

uváděné potíže	četnost
nedostatek finančních prostředků (bez další specifikace)	46
finanční nejistota a finanční problémy se zajištěním provozu organizace (opakovaně byla zdůrazněna obtížná situace zvláště v roce 2009)	13
nedostatek finančních prostředků na investice	5
nedostatek mzdových prostředků na přijetí dalšího personálu	4
nedostatek financí na podporu dalšího vzdělávání personálu	1
vysoké provozní náklady	1
získávání finančních prostředků	1

Pramen: Výzkumné šetření mezi poskytovateli sociálních služeb, VÚPSV, v.v.i. 2009

Nejčastějším problémem zařazeným do okruhu „personální zajištění služby" byl nedostatek pracovníků přímé péče (11 respondentů). Následoval blíže nespecifikovaný nedostatek personálu (10 respondentů), nedostatečné finanční ohodnocení zaměstnanců (7) a nedostatek kvalifikovaného personálu (6). Za pozornost nicméně stojí i některé specifické a méně často zmiňované potíže (např. fluktuace personálu, zastoupení pracovníků na dovolených a při zajištění doprovodu pro klienty apod.)

Tabulka č. 63 **Přehled respondenty uváděných potíží spadajících do problémového okruhu "personální zajištění služby"**

uváděné potíže	četnost
nedostatek pracovníků přímé péče	11
nedostatek personálu (bez specifikace jejich pozice)	10
nedostatečné finanční ohodnocení zaměstnanců v sociálních službách (nedostatek mzdových prostředků, nízké ohodnocení, nízká motivační složka platu)	7
nedostatek kvalifikovaného personálu (popř. dobrovolníků)	6
rekrutace nových pracovníků s odpovídající kvalifikací, nedostatečná připravenost pracovníků z rekvalifikačních kurzů pořádaných úřady práce, náročnost povolání	4
nedostatek odborného personálu, specialistů	3
velká fluktuace pracovníků	3
potíže se zastoupením pracovníků při dovolených, při zajištění doprovodu klientů do jiných zařízení apod.	2
vzdělávání a odbornost zaměstnanců, chybějící kontinuální vzdělávání v odborných kurzech, nutnost zaškolovat zaměstnance, kteří nejsou dostatečně odborně vybaveni	2

Pramen: Výzkumné šetření mezi poskytovateli sociálních služeb, VÚPSV, v.v.i. 2009

V souvislosti s provozem zařízení a podmínkami poskytování sociální služby v zařízení byly zmiňovány především nevyhovující prostory (14 respondentů). Uvedeno přitom bylo široké spektrum příčin tohoto stavu:

- bariéry, absence výtahu, točité schodiště, různé úrovně podlah ve spojených budovách,
- nevyhovující bydlení, vícelůžkové pokoje, obtížné zajištění soukromí,
- sociální zařízení bez madel,
- absence venkovních prostor, prostor pro relaxaci či společenské místnosti či

- absence prostoru pro personál, úložných prostor pro pomůcky a technické vybavení.

Sedm respondentů poukázalo na nedostatečnou kapacitu poskytované služby.

Tabulka č. 64 **Přehled respondenty uváděných potíží spadajících do problémového okruhu "problémy s kapacitou, při poskytování služeb, nedostatečné materiální a technické vybavení"**

uváděné potíže	**četnost**
nevyhovující prostory	14
nedostatečná kapacita poskytované služby	7
doprava klientů (např. dopravní služba do a ze zdrav. zařízení, autobusy MHD bez plošiny)	3
čekací doba (na přijetí, na vyšetření apod.)	2
nedostatečné vybavení (nedostatečné vybavení pro pracovní terapii, pro hygienu - vany, odpovídající vybavení PC programy)	2
přeplněnost zařízení, vysoké počty klientů vzhledem k personálnímu zajištění služby, nedostatek pracovníků na individuální přístup a podporu uživatelů	2
špatný technický stav budovy, případně havarijní stav některých jejích částí komplikuje péči o klienty	2
udržování budov a prostor zařízení	1

Pramen: Výzkumné šetření mezi poskytovateli sociálních služeb, VÚPSV, v.v.i. 2009

Mezi nefinančními aspekty, které byly hodnoceny jako problematické, byla uvedena především značná administrativní zátěž (12 respondentů). V jednom případě bylo poukázáno na skutečnost, že vysoká administrativní zátěž se dotýká pracovníků přímo pečujících o klienty a značně komplikuje hlavní smysl jejich pracovní činnosti. Šest respondentů zmiňovalo problémy vyplývající ze současné legislativy. Vedle kritických připomínek vůči koncepční neukotvenosti, problémů týkajících se metodických návštěv a inspekcí a naplňování standardů kvality sociálních služeb (vše 3 respondenti) bylo poukázáno také na překážky bránící optimalizaci personálního stavu zařízení (stanovený limit personálního zajištění, vysoké nároky na kvalitu služby s tlakem na nízkou profesní úroveň zaměstnanců - výměny zdravotnického a pedagogického personálu za rekvalifikované pracovníky v sociálních službách).

Tabulka č. 65 **Přehled respondenty uváděných potíží spadajících do problémového okruhu "nefinanční aspekty fungování systému, koncepční otázky"**

uváděné potíže	četnost
vysoká administrativní zátěž	12
nejasná legislativa, legislativa není dostatečně propracovaná, nesoulad některých norem (např. hygienické předpisy nejsou v souladu s trendy v sociálních službách), neprovázanost legislativy z různých oblastí (MPSV, MŠMT, MZ)	6
neexistence dlouhodobé koncepce financování sociálních služeb, politická nejistota a nestabilita, časté legislativní změny	3
neodborná doporučení, přemíra a zmatek v požadavcích kladených na organizaci, neznalost problematiky při provádění metodických návštěv a inspekcí, vysoké nároky na kvalitu služeb s nízkým pokrytím investic ze strany nadřízených orgánů	3
tvorba a aplikace standardů kvality (aktuální potíže s jejich tvorbou, s uplatněním některých požadavků u specifických skupin klientů, neochota k jejich aplikaci do každodenní praxe vzhledem k zaběhlé praxi, zejména u starších a "zkušenějších" zaměstnanců apod.)	3
překážky bránící optimalizaci personálního stavu zařízení	2

Pramen: Výzkumné šetření mezi poskytovateli sociálních služeb, VÚPSV, v.v.i. 2009

V rámci problémového okruhu zaměřeného na situaci klientů a cílových skupin byl jako problematický nejčastěji chápán kontakt a spolupráce s příbuznými (11 respondentů). Opakovaně byly zmíněny také problémy při zajištění soukromí klientů (4), konfliktní a problémové situace s klienty (3), zdravotní stav přijímaných klientů (3) či nedostačující informace o sociálním či zdravotním stavu žadatelů (od opatrovníka, respektive zdravotnického zařízení).

Tabulka č. 66 **Přehled respondenty uváděných potíží spadajících do problémového okruhu "situace týkající se klientů a cílových skupin"**

uváděné potíže	četnost
kontakt a spolupráce s příbuznými, nezájem a nespolupráce rodiny nebo zákonného zástupce, neochota rodiny přispívat na pobyt klienta s nízkým příjmem	11
problémy při zajištění soukromí klientů (výrazně zvyšuje nároky na personál), problémy při soužití klientů v důsledku nemožnosti zajistit soukromí (nevyhovující stavební řešení, vícelůžkové pokoje)	4
konfliktní a problémové situace s klienty (např. klient nesdělí výši příspěvku a využívají jej hlavně jeho rodinní příslušníci, nezájem klientů o aktivity, ponižování zaměstnanců klienty)	3
zdravotní stav přijímaných klientů	3
nedostačující informace o sociálním či zdravotním stavu žadatelů (od opatrovníka, respektive zdravotnického zařízení)	2
chybějící služby pro specifické cílové skupiny (psychotici, alkoholici, mentálně handicapované osoby s problémovým chováním)	1
nezpůsobilost zájemců o službu k právním úkonům	1
klienti mimo cílovou skupinu všeobecně	1
nízké příjmy klientů a s tím související nízké zůstatky klientů	1

Pramen: Výzkumné šetření mezi poskytovateli sociálních služeb, VÚPSV, v.v.i. 2009

V souvislosti se systémem financí byla nejčastěji mezi problémy uvedena dotační politika (7 respondentů), nízká spoluúčast klientů (6), úhrady zdravotních pojišťoven (6) či vztah zřizovatele k zařízení (4). Poukázáno bylo také na kritické hodnocení role MPSV a možností vícezdrojového financování.

Tabulka č. 67 **Přehled respondenty uváděných potíží spadajících do problémového okruhu "systém financování"**

uváděné potíže	četnost
nízké dotace, nedostatečná dotační politika, nesystémovost dotací, systém přerozdělování, který nevychází z individuálních potřeb organizace, složitost vyřizování žádosti o dotaci	7
nízká spoluúčast klientů, nevyužívání příspěvku na péči na hrazení služby, nedostatečná legislativa pro možnosti úhrad klientů a jejich příbuzných za nedoplatky za služby	6
přístup zdravotních pojišťoven, nízké dotace a snižování úhrad od zdravotních pojišťoven, nevyřešený postup proplácení odbornosti 913 zdravotními pojišťovnami	6
nedostatečná podpora zařízení ze strany jeho zřizovatele	4
nedostatek prostředků od MPSV, neodůvodněné snížení dotace MPSV	2
vícezdrojové financování (obce, jejichž občané využívají služby, zařízení nepodporují, financování v ročním horizontu)	2

Pramen: Výzkumné šetření mezi poskytovateli sociálních služeb, VÚPSV, v.v.i. 2009

Z hlediska fungování sítě služeb a jejich návaznosti byla stěžejním problémem nedostačující spolupráce se zdravotnickými zařízeními (11 respondentů). Opakovaně byla kritizována také špatná návaznost různých typů služeb (4) a nedostatek praktických lékařů nebo jiných specialistů (2).

Tabulka č. 68 **Přehled respondenty uváděných potíží spadajících do problémového okruhu "síť služeb a jejich návaznost"**

uváděné potíže	četnost
nedostatečná spolupráce se zdravotnickými zařízeními, s lékaři, neochota odborných lékařů docházet do domova	11
špatná návaznost (všeobecně, služeb zdravotnické péče, sociálních služeb pro osoby mimo cílovou skupinu)	4
nedostatek praktických lékařů a dalších specialistů ve spádové oblasti zařízení (např. stomatolog)	2
bezbariérové vstupy do zdravotnických zařízení	1
nedostatečná síť poskytovatelů sociálních služeb (všech uvedených v zákoně) v regionu	1
nejasnosti v oblasti sociálně zdravotní péče (zajištění přechodu klienta mezi zařízeními apod., ne po finanční stránce - viz příslušná dimenze)	1

Pramen: Výzkumné šetření mezi poskytovateli sociálních služeb, VÚPSV, v.v.i. 2009

Širším společenským souvislostem se věnovalo nejméně dotázaných, nicméně ve všech případech bylo poukázáno na velmi významné obecnější společenské faktory, které mohou negativně ovlivňovat fungování organizací poskytujících sociální služby, bránit jejich rozvoji nebo se promítat do situace jejich klientů. Nízké hodnocení profese osob pracujících v těchto zařízeních, postoje bezprostředního okolí ke klientům zařízení nebo vzájemné vztahy mezi klienty ze své podstaty přesahují možnosti jednotlivých zařízení či jejich zřizovatelů. To však význam těchto faktorů nijak nesnižuje, spíše to naznačuje potřebnost zapojení aktérů, kteří se na tyto oblasti zaměřují (ať už působí přímo v rámci oblasti sociálních služeb nebo v některé jiné sféře - např. ve školství apod.).

Tabulka č. 69 **Přehled respondenty uváděných potíží spadajících do problémového okruhu "širší společenské souvislosti"**

uváděné potíže	četnost
vnímání profese	2
vztah okolní komunity ke klientům zařízení, předsudky	2
nedůstojný a anonymní přístup ke klientům domova v nemocnici	1
neinformovanost o problematice osob se zdravotním postižením, zkreslené představy	1
nezájem veřejnosti podpořit cílovou skupinu sponzorskými dary	1
vzájemné vztahy mezi klienty	1

Pramen: Výzkumné šetření mezi poskytovateli sociálních služeb, VÚPSV, v.v.i. 2009

4.2 Terénní šetření mezi zřizovateli sociálních služeb

4.2.1 Šetření mezi pracovníky krajských úřadů

Při mapování vybavenosti sociálními službami pro seniory a osoby se zdravotním postižením byli dále prostřednictvím dotazníkového šetření osloveni vedoucí odborů sociálních věcí (odborů sociálních věcí a zdravotnictví) krajských úřadů. Cílem tohoto šetření bylo doplnit výše uvedené informace od poskytovatelů sociálních služeb o perspektivu zřizovatele, tj. v případě tohoto šetření perspektivu kraje. V tomto šetření bylo, vzhledem k většímu počtu poskytovatelů sociálních služeb na území kraje, nutné soustředit se na zachycení obecnějších charakteristik a nebylo možné jednotlivé tematické oblasti analyzovat důkladněji.

S ohledem na nízký počet dotazovaných je dále prezentované údaje potřebné chápat jako doplňující informaci k informacím získaným od poskytovatelů sociálních služeb, jejímž účelem je především doplnit perspektivu diskutovanou v předchozí kapitole o pohled pracovníků kraje. Vzhledem k malému počtu dotázaných osob (respektive získaných odpovědí - získáno bylo devět vyplněných dotazníků) nebylo u zjištěných dat vhodné pracovat s relativními četnostmi (procenty). Ze stejného důvodu také nebyla většina sledovaných parametrů srovnávána pomocí statistických veličin charakterizujících u získaných odpovědí centrální tendenci (průměr, medián), případně rozptyl hodnot (interkvartilové vzdálenosti), ale pozornost byla věnována pouze krajním hodnotám (minimum, maximum) a u vybraných parametrů srovnání konkrétních uváděných hodnot. Sledovány tak byly spíše jednotlivé parametry nebo dokonce jednotlivé anonymizované odpovědi. Nelze tak sice porovnat centrální hodnoty mezi více sledovanými údaji (s ohledem na minimální počet hodnot by nemuselo být vypovídající), nicméně tento postup je postačující pro zachycení konkrétních uváděných hodnot nebo intervalu uváděných hodnot u příslušného sledovaného údaje (oproti předchozí kapitole proto v tomto případě postačuje charakteristika dat v jedné tabulce).

Z vybraných 10 typů sociálních služeb a jedné služby zdravotní pro seniory a osoby se zdravotním postižením byl kraj nejčastěji zřizovatelem domovů pro osoby se zdravotním postižením (všichni dotázaní), domovů pro seniory (8 dotázaných) a domovů se zvláštním režimem (7 respondentů).

Tabulka č. 70 **Služby pro seniory a osoby se zdravotním postižením zřizované krajem**

typ zařízení poskytující sociální nebo (*) zdravotní služby	četnost
domov pro osoby se zdravotním postižením	9
domov pro seniory	8
domov se zvláštním režimem	7
denní stacionář	6
chráněné bydlení	6
týdenní stacionář	5
centrum denních služeb	3
*zdravotnická lůžková zařízení poskytující sociální péči (sociální služby poskytované ve zdravotnických zařízeních ústavní péče)	3
osobní asistence	2
pečovatelská služba	1
*domácí ošetřovatelská péče (home care)	1

Pramen: Výzkumné šetření mezi pracovníky krajských úřadů, VÚPSV, v.v.i. 2009

Při hodnocení průměrné čekací doby (v měsících) na přijetí do pobytového zařízení byly sledovány odděleně informace za všechna zařízení, za zařízení zřizovaná krajem a zařízení s jiným zřizovatelem. Respondenti přitom vyplňovali pouze údaje, za skupinu zařízení, u níž měli relevantní údaje. Tento přístup byl zvolen s ohledem na snahu získat relevantní údaje od dotazovaných disponujících pouze určitým okruhem statistických informací, stejně jako shromáždit úplnější data v případech, kdy jsou k dispozici.

Jeden respondent konstatoval, že čekací dobu na přijetí do pobytového zařízení zřizovatel od nabytí účinnosti zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách nesleduje. Další respondent údaje neuvedl proto, že "v pořadnících na jednotlivé služby je běžné, že je jedna osoba zapsána jako žadatel v několika zařízeních, tedy tento údaj nemá vypovídací hodnotu".

Ze čtyř vybraných typů pobytových zařízení sociálních služeb byla nejdelší průměrná čekací doba zaznamenána v krajem zřizovaných domovech pro seniory (64 měsíců) a v krajem zřizovaných domovech pro osoby se zdravotním postižením (60 měsíců). Ze zařízení s jiným zřizovatelem byla nejdelší čekací doba zaznamenána u domovů se zvláštním režimem. S výjimkou právě tohoto typu zařízení byla čekací doba v zařízeních zřizovaných krajem delší než v zařízeních s jiným zřizovatelem.

Tabulka č. 71 **Minimální a maximální zjištěná průměrná čekací doba (v měs.) v pobytových zařízení podle zřizovatele**

typ sociální služby	zařízení podle typu *								
	všechna			zřizovaná krajem			s jiným zřizovatelem		
	celkem odpovědí	minimum	maximum	celkem odpovědí	minimum	maximum	celkem odpovědí	minimum	maximum
týdenní stacionář	1	28	28	3	6	48	2	7	12
domov pro osoby se zdravotním postižením	3	2	16	5	6	60	3	0	36
domov pro seniory	2	9	21	6	11	64	3	13	27
domov se zvláštním režimem	2	20	20	5	3	28	3	13	48

Pramen: Výzkumné šetření mezi pracovníky krajských úřadů, VÚPSV, v.v.i. 2009

* Hodnoty uváděné za všechna zařízení nemusejí odpovídat maximálním a minimálním hodnotám uváděným u zařízení zřizovaných krajem ani u zařízení s jiným zřizovatelem. Důvodem je skutečnost, že respondenti vyplňovali pouze údaje za skupinu zařízení, u níž měli relevantní údaje, a údaj za všechna zařízení mohl být, stejně jako ostatní dva údaje, vyplněn separátně. Jednotlivé údaje je proto nezbytné vyhodnocovat odděleně.

Možnost "jiné" uvedli tři dotázaní, přičemž jedním respondentem byly uvedeny až tři různé typy sociálních služeb. Uvedeny byly azylové domy, chráněné bydlení a odlehčovací služby. Otázka nebyla plně uzpůsobena možnosti uvést více odpovědí a u získaných údajů tak nebyl rozlišen zřizovatel. Vzhledem k tomu nejsou následující zjištění tříděna podle zřizovatele zařízení.

Tabulka č. 72 **Minimální a maximální zjištěná průměrná čekací doba (v měs.) v jiných než v dotazníku sledovaných pobytových zařízení**

typ sociální služby	celkem odpovědí	minimum	maximum
azylové domy	1	1	1
chráněné bydlení	3	3	12
odlehčovací služby	1	2	2

Pramen: Výzkumné šetření mezi pracovníky krajských úřadů, VÚPSV, v.v.i. 2009

Při hodnocení průměrné čekací doby (v měsících) na přijetí do nepobytového zařízení byly taktéž sledovány odděleně informace za všechna zařízení, za zařízení zřizovaná krajem a zařízení s jiným zřizovatelem. Jeden respondent konstatoval, že čekací dobu na přijetí do pobytového zařízení zřizovatel od nabytí účinnosti zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, nesleduje. Z pěti vybraných typů nepobytových zařízení sociálních služeb byla nejdelší průměrná čekací doba zaznamenána v krajem zřizovaných denních stacionářích (8 měsíců) a u osobní asistence s jiným zřizovatelem (7 měsíců).

Tabulka č. 73 **Minimální a maximální zjištěná průměrná čekací doba (v měs.) v nepobytových zařízení podle zřizovatele**

typ sociální služby	zařízení podle typu*								
	všechna			zřizovaná krajem			s jiným zřizovatelem		
	celkem odpovědí	minimum	maximum	celkem odpovědí	minimum	maximum	celkem odpovědí	minimum	maximum
centrum denních služeb	1	1	1	1	0	0	1	2	2
denní stacionář	2	0	2	2	0	8	3	0	6
pečovatelská služba	2	0	4	1	0	0	3	1	4
domácí ošetřovatelská péče (home care)	1	0	0	1	0	0	1	0	0
osobní asistence	2	0	7	1	0	0	3	0	7

Pramen: Výzkumné šetření mezi pracovníky krajských úřadů, VÚPSV, v.v.i. 2009

* Hodnoty uváděné za všechna zařízení nemusejí odpovídat maximálním a minimálním hodnotám uváděným u zařízení zřizovaných krajem ani u zařízení s jiným zřizovatelem. Důvodem je skutečnost, že respondenti vyplňovali pouze údaje za skupinu zařízení, u níž měli relevantní údaje, a údaj za všechna zařízení mohl být, stejně jako ostatní dva typy údajů, vyplněn separátně. Jednotlivé údaje je proto nezbytné vyhodnocovat odděleně.

Možnost "jiné" uvedli tři dotázaní, přičemž jedním respondentem byly uvedeny až tři různé typy sociálních služeb. Uvedeno bylo celkem 6 různých typů sociálních služeb, nejdelší čekací doba byla zaznamenána u sociální rehabilitace (6 měsíců). Otázka nebyla plně uzpůsobena možnosti uvést více typů služeb a u získaných údajů tak nebyl rozlišen zřizovatel. Vzhledem k tomu nejsou následující zjištění tříděna podle zřizovatele zařízení.

Tabulka č. 74 **Minimální a maximální zjištěná průměrná čekací doba (v měs.) v jiných než v dotazníku sledovaných nepobytových zařízení**

typ sociální služby	celkem odpovědí	minimum	maximum
odborné sociální poradenství	1	0	0
odlehčovací služby	1	-	-
podpora samostatného bydlení	1	0	0
sociálně aktivizační služby pro seniory a osoby se zdravotním postižením	1	-	-
sociální rehabilitace	1	6	6
sociálně terapeutické dílny	1	2	2

Pramen: Výzkumné šetření mezi pracovníky krajských úřadů, VÚPSV, v.v.i. 2009

Počet seniorů využívajících sociální služby v pobytových zařízeních zřizovaných krajem uvedli čtyři dotázaní. Maximální uvedený počet uživatelů z této cílové skupiny využívajících sociální služby krajských zařízení činil 3 077 osob. Údaj za všechna zařízení uvedli již pouze dva dotázaní. Údaj za všechna zařízení přitom již neuvedli respondenti, kteří v předchozím případě uváděli nejvyšší hodnoty. V případě celkového počtu uživatelů z této cílové skupiny tak byla zaznamenána nižší maximální hodnota (2 786 uživatelů) než v případě počtu za krajská zařízení.

V obou případech, v nichž byl uveden údaj za všechna zařízení na území kraje i údaj za krajem zřizovaná zařízení, tvořil počet klientů využívajících služby krajských zařízení významnou část z celkového počtu uživatelů reprezentujících tuto skupinu (796 z 978, respektive 1 720 z 2 786).

V případě cílové skupiny osob se zdravotním postižením uvedli počet uživatelů služeb krajských zařízení čtyři dotázaní (nejvyšší uvedený počet 1 509) a celkový počet uživatelů služeb tři dotázaní. Ani v případě osob se zdravotním postižením neuvedl údaj za všechna zařízení respondent uvádějící nejvyšší počty uživatelů v krajských zařízeních. I v tomto případě tak byla u všech zařízení zaznamenána nižší maximální hodnota (1 348) než v případě údajů za krajem zřizovaná zařízení.

Mezi oběma kraji, v nichž respondenti uvedli oba sledované údaje, byl zaznamenán velmi rozdílný podíl uživatelů krajských zařízení na celkovém počtu uživatelů (186 z 512, respektive 1 030 ze 1 348).

Tabulka č. 75 **Minimální a maximální zjištěné počty uživatelů pobytových sociálních služeb**

cílová skupina / skupina zařízení podle zřizovatele	**všechny odpovědi ***			**pouze respondenti uvádějící údaj za všechna zařízení i za zařízení zřizovaná krajem**		
	celkem odpovědí	**minimum**	**maximum**	**celkem odpovědí**	**minimum**	**maximum**
senioři ve věku 65 a více let						
všechna zařízení zřizovaná krajem	4	796	3 077	2	796	1 720
všechna zařízení na území kraje	2	978	2 786	2	978	2 786
osoby se zdravotním postižením						
všechna zařízení zřizovaná krajem	4	186	1 509	2	186	1 030
všechna zařízení na území kraje	3	72	1 348	2	512	1 348

Pramen: Výzkumné šetření mezi pracovníky krajských úřadů, VÚPSV, v.v.i. 2009

* Hodnoty uváděné za všechna zařízení nemusejí odpovídat, respektive převyšovat maximální a minimální hodnoty uváděné u zařízení zřizovaných krajem. Důvodem je skutečnost, že respondenti vyplňovali pouze údaje za skupinu zařízení, u níž měli relevantní údaje, a údaj za všechna zařízení mohl být, stejně jako údaj za kraje, vyplněn separátně. Jednotlivé údaje je proto nezbytné vyhodnocovat odděleně.

Maximální zjištěný počet uživatelů nepobytových sociálních služeb činil v případě cílové skupiny seniorů 5 466 a v případě cílové skupiny osob se zdravotním postižením 5 891.

Počet uživatelů nepobytových sociálních služeb zajišťovaných krajskými zařízeními byl výrazně nižší oproti celkovému počtu uživatelů nepobytových sociálních služeb. V případě cílové skupiny seniorů se jednalo o 13 ze 1 717, respektive o 120 z 5 466 uživatelů, v případě cílové skupiny osob se zdravotním postižením využívalo nepobytové sociální služby v zařízeních zřizovaných krajem 26 ze 3 288, respektive 146 z 5 891 uživatelů nepobytových sociálních služeb.

Tabulka č. 76 **Minimální a maximální zjištěné počty uživatelů nepobytových sociálních služeb**

cílová skupina / skupina zařízení podle zřizovatele	všechny odpovědi*			pouze respondenti uvádějící údaj za všechna zařízení i za zařízení zřizovaná krajem		
	celkem odpovědí	minimum	maximum	celkem odpovědí	minimum	maximum
senioři ve věku 65 a více let						
všechna zařízení zřizovaná krajem	4	0	120	2	13	120
všechna zařízení na území kraje	2	1 717	5 466	2	1 717	5 466
osoby se zdravotním postižením						
všechna zařízení zřizovaná krajem	4	0	161	2	26	146
všechna zařízení na území kraje	3	0	5 891	2	3 288	5 891

Pramen: Výzkumné šetření mezi pracovníky krajských úřadů, VÚPSV, v.v.i. 2009

* Hodnoty uváděné za všechna zařízení nemusejí odpovídat, respektive převyšovat maximální a minimální hodnoty uváděné u zařízení zřizovaných krajem. Důvodem je skutečnost, že respondenti vyplňovali pouze údaje za skupinu zařízení, u níž měli relevantní údaje, a údaj za všechna zařízení mohl být, stejně jako údaj za kraje, vyplněn separátně. Jednotlivé údaje je proto nezbytné vyhodnocovat odděleně.

Údaje o počtu uživatelů využívajících sociální služby v pobytových a v nepobytových zařízeních sociálních služeb ve všech zařízeních kraje i v krajem zřizovaných zařízeních se podařilo získat pouze od dvou respondentů. Odpovědi obou těchto dotázaných naznačovaly, že převážná většina uživatelů nepobytových sociálních služeb (u cílové skupiny seniorů i cílové skupiny osob se zdravotním postižením) využívá sociálních služeb v zařízeních s jiným zřizovatelem. Naopak, v případě pobytových sociálních služeb byl zaznamenán vyšší podíl uživatelů využívajících sociálních služeb v zařízeních zřizovaných krajem (byť v případě cílové skupiny osob se zdravotním postižením se podíl uváděný dotázanými respondenty značně lišil).

Počet žadatelů o sociální služby z cílové skupiny seniorů, jež evidovala pobytová zařízení zřizovaná krajem, uvedli čtyři dotázaní. Maximální uvedený počet žadatelů z této cílové skupiny v evidenci krajských pobytových zařízení činil 9 576 osob. Údaj za všechna zařízení uvedli již pouze tři dotázaní. Údaj za všechna zařízení přitom neuvedl respondent, který v předchozím případě uváděl nejvyšší hodnoty. V případě celkového počtu žadatelů z této cílové skupiny tak byla zaznamenána nižší maximální hodnota (8 013 žadatelů) než v případě počtu za krajská zařízení.

Podíl žadatelů z cílové skupiny seniorů evidovaných u krajských zařízení vzhledem k jejich celkovým evidencím se u tří respondentů, kteří uvedli údaj za všechna zařízení na území kraje i údaj za krajem zřizovaná zařízení, značně lišil (1 250 ze 4 573, 1 621 ze 1 700 a 5 146 z 8 013).

V případě cílové skupiny osob se zdravotním postižením uvedli počet žadatelů o sociální služby evidovaný krajskými zařízeními čtyři dotázaní (nejvyšší uvedený počet 2 366) a celkový počet uživatelů služeb tři dotázaní. Ani v případě osob se zdravotním postižením neuvedl údaj za všechna zařízení respondent uvádějící nejvyšší počty žadatelů evidovaných u krajských zařízení. I v tomto případě tak byla u všech zařízení zaznamenána nižší maximální hodnota (153) než v případě údajů za krajem zřizovaná zařízení.

V obou krajích, v nichž respondenti uvedli oba sledované údaje, byl zaznamenán rozdílný podíl uživatelů krajských zařízení na celkovém počtu uživatelů (59 ze 75, respektive 78 ze 153).

Tabulka č. 77 **Minimální a maximální zjištěné počty žadatelů o pobytové sociální služby**

cílová skupina / skupina zařízení podle zřizovatele	všechny odpovědi*			pouze respondenti uvádějící údaj za všechna zařízení i za zařízení zřizovaná krajem		
	celkem odpovědí	minimum	maximum	celkem odpovědí	minimum	maximum
senioři ve věku 65 a více let						
všechna zařízení zřizovaná krajem	4	1 250	9 576	3	1 250	5 146
všechna zařízení na území kraje	3	1 700	8 013	3	1 700	8 013
osoby se zdravotním postižením						
všechna zařízení zřizovaná krajem	4	59	2 366	2	59	78
všechna zařízení na území kraje	3	4	153	2	75	153

Pramen: Výzkumné šetření mezi pracovníky krajských úřadů, VÚPSV, v.v.i. 2009

* Hodnoty uváděné za všechna zařízení nemusejí odpovídat, respektive převyšovat maximální a minimální hodnoty uváděné u zařízení zřizovaných krajem. Důvodem je skutečnost, že respondenti vyplňovali pouze údaje za skupinu zařízení, u níž měli relevantní údaje, a údaj za všechna zařízení mohl být, stejně jako údaj za kraje, vyplněn separátně. Jednotlivé údaje je proto nezbytné vyhodnocovat odděleně.

Maximální zjištěný počet žadatelů o nepobytové sociální služby činil v případě cílové skupiny seniorů 2 592 a v případě cílové skupiny osob se zdravotním postižením 38.

Žádný respondent neuvedl zároveň celkový údaj o počtu žadatelů z řad cílové skupiny osob se zdravotním postižením s údajem o počtu žadatelů z této cílové skupiny evidovaným u krajských zařízení. U cílové skupiny byly oba údaje zároveň uvedeny pouze jediným respondentem. Ten uvedl, že celkový počet evidovaných zájemců o službu činil 2 592 a u zařízení zřizovaných krajem nebyl evidován žádný zájemce o nepobytové sociální služby.

Tabulka č. 78 **Minimální a maximální zjištěné počty žadatelů o nepobytové sociální služby**

cílová skupina / skupina zařízení podle zřizovatele	všechny odpovědi*			pouze respondenti uvádějící údaj za všechna zařízení i za zařízení zřizovaná krajem		
	celkem odpovědí	minimum	maximum	celkem odpovědí	minimum	maximum
senioři ve věku 65 a více let						
všechna zařízení zřizovaná krajem	2	0	21	1	0	0
všechna zařízení na území kraje	3	333	2 592	1	2 592	2 592
osoby se zdravotním postižením						
všechna zařízení zřizovaná krajem	2	13	125	0	-	-
všechna zařízení na území kraje	2	38	47	0	-	-

Pramen: Výzkumné šetření mezi pracovníky krajských úřadů, VÚPSV, v.v.i. 2009

* Hodnoty uváděné za všechna zařízení nemusejí odpovídat, respektive převyšovat maximální a minimální hodnoty uváděné u zařízení zřizovaných krajem. Důvodem je skutečnost, že respondenti vyplňovali pouze údaje za skupinu zařízení, u níž měli relevantní údaje, a údaj za všechna zařízení mohl být, stejně jako údaj za kraje, vyplněn separátně. Jednotlivé údaje je proto nezbytné vyhodnocovat odděleně.

Respondenti dále ve svých odpovědích hodnotili tři vybrané parametry - kapacitu,[78] materiální vybavenost a územní dostupnost sociálních služeb. Údaj byl sledován zvlášť pro pobytové a nepobytové sociální služby. U všech tří parametrů bylo použito shodné hodnocení, kdy hodnota jedna znamenala nejpříznivější hodnocení a hodnota pět nejméně příznivé. Otázky tak nebyly navrženy s cílem posoudit, je-li hodnota uvedená u určitého parametru nízká či vysoká (to zvolená, pro všechny parametry totožná, stupnice neumožňovala[79]). Důvodem tohoto přístupu bylo, že odpovědi za skupinu pobytových, respektive nepobytových sociálních služeb se týkaly více různých typů sociálních služeb a i v rámci téhož typu sociálních služeb mohly existovat značné rozdíly. Cílem těchto otázek tak bylo spíše umožnit alespoň rámcové vzájemné porovnání tří sledovaných aspektů u obou základních skupin sociálních služeb a právě z tohoto důvodu byla u všech tří sledovaných parametrů zvolena "univerzální", avšak velmi obecná a pro bližší posuzování uváděných hodnot nevyhovující, stupnice.

[78] Jako "kapacita" byla chápána schopnost sociálních služeb uspokojit poptávku po službě z řad oprávněných zájemců o ni. S určitým zjednodušením lze jako dostačující kapacitu chápat situaci, kdy může být služba poskytována jak jejím uživatelům, tak může být nabídnuta také žadatelům o ni. Toto vymezení je nicméně zjednodušující a spíše než o žadatelích se proto jeví jako vhodnější hovořit o oprávněných zájemcích o službu, jejichž počet však není možné nijak přesněji sledovat. Pojem "žadatel o sociální službu" se naopak ve statistických evidencích objevuje, nicméně s pojmem oprávněný zájemce o službu se zcela nepřekrývá: na straně jedné mohou být evidovaní žadatelé přihlášeni u více poskytovatelů sociálních služeb nebo jejich žádost nemusí odrážet aktuální zájem o využívání sociální služby, ale spíše zájem o její využívání v budoucnu. Na straně druhé údaj o počtu žadatelů nezahrnuje osoby, které aktuálně o sociální službu nežádají (např. z důvodu chybějících informací o službě apod.), ale mají na její využívání nárok.

[79] Z téhož důvodu nebylo ani provedeno porovnání krajů na základě těchto parametrů a sledován rozptyl uváděných odpovědí. Otázky v dotazníku byly příliš všeobecné a příliš výrazně se odvíjely od informovanosti a subjektivního stanoviska konkrétního dotazovaného, než aby bylo srovnání odpovědí mezi různými kraji relevantní. Sledován tak byl pouze celkový průměrný údaj za osm, respektive devět respondentů, kteří tyto údaje uvedli.

Odpovědi respondentů u všech tří sledovaných parametrů vyžadovaly značné zobecnění celé situace, nejen za příslušnou skupinu sociálních služeb (respektive za jednotlivé typy sociálních služeb, které ji reprezentovaly), ale také za celý region (situace se mohla v různých oblastech kraje lišit[80]). Právě z těchto důvodů je třeba získané odpovědi chápat pouze jako obecnější rámcovou informaci o jednotlivých sledovaných aspektech (odrážející navíc informovanost a subjektivní stanoviska konkrétních dotázaných k příslušnému aspektu), ne jako ukazatel, jehož samotnou hodnotu lze nějakým způsobem vyhodnotit jako nízkou nebo naopak vysokou.

Všechny tři sledované parametry hodnotilo v případě pobytových sociálních služeb všech devět respondentů, sledované parametry u nepobytových sociálních služeb hodnotilo osm dotázaných. U pobytových sociálních služeb byla průměrná zjištěná hodnota u všech tří parametrů srovnatelná. U nepobytových sociálních služeb byla nejpříznivěji hodnoceným parametrem kapacita. Tento parametr tak byl u nepobytových sociálních služeb hodnocen příznivěji než u služeb pobytových, hodnocení obou dalších parametrů bylo u pobytových i nepobytových sociálních služeb srovnatelné.

Tabulka č. 79 **Hodnocení vybraných aspektů vybavenosti sociálními službami na území kraje**

hodnocený aspekt	**průměrné hodnocení ***	
	pobytové služby	**nepobytové služby**
územní dostupnost	2,89	2,75
kapacita	3,00	2,38
materiální vybavenost	2,78	3,00

Pramen: Výzkumné šetření mezi pracovníky krajských úřadů, VÚPSV, v.v.i. 2009

* Hodnocení na stupnici od 1 do 5, kde 1 znamenalo nejpříznivější hodnocení a 5 nejméně příznivé.

Poptávka po zřizování speciálních pobytových zařízení nebo jejich oddělení určených klientům v seniorském věku závislým na alkoholu, návykových látkách, bez přístřeší apod. byla zaznamenána u osmi z devíti respondentů (odpověď uvedli všichni dotázaní).

Všech osm respondentů, jichž se otázka týkala, specifikovalo potřebné typy speciálních pobytových zařízení nebo jejich oddělení určených těmto specifickým skupinám klientů. Uvedeny byly tyto typy zařízení:

- domovy se zvláštním režimem (3x), jež měly být určeny zejména osobám závislým na alkoholu (2x) a návykových látkách (1x) a osobám s psychickou poruchou (1x),
- terapeutické komunity (1x),
- azylová centra (1x) a
- včasná intervence u prepsychiatrických diagnóz (1x).

[80] To se týkalo především hodnocení dostupnosti sociálních služeb, u níž lze kromě uvedených problémů předpokládat také značné rozdíly např. mezi dostupností sociálních služeb v regionálním centru a z pohledu osob žijících mimo toto centrum. Respondenti ve svých odpovědích nicméně hodnotili dostupnost všeobecně, tj. posuzovali ji za kraj jako územní celek a případné rozdíly v rámci kraje neměli možnost ve svém hodnocení reflektovat. Odpovědi respondentů tak představovaly značné zobecnění sledovaného aspektu. Nicméně detailnější vyhodnocení územní dostupnosti nebylo předmětem zjišťování (k tomu více viz např. Bareš 2009) a obecnější údaj byl pro potřeby srovnání s dalšími, taktéž širšími parametry vhodnější.

Tři respondenti nespecifikovali přesně typ sociálních služeb, ale charakteristiky cílových skupin, jimž by měly být sociální služby určeny. Uvedeny byly tyto charakteristiky cílových skupin:

- osoby s problémy s alkoholem, demence a různé choroby (např. Alzheimerova choroba), psychosociální diagnostika, poruchy chování, bezdomovectví,
- senioři závislí na alkoholu, nepřizpůsobiví, agresivní; dále osoby, které ještě nedosahují seniorského věku (oficiálně) a nemají možnost využít existujících sociálních služeb, a
- osoby s chronickým duševním onemocněním a osoby se závislostí na alkoholu.

Priority, případně cíle kraje týkající se poskytování sociálních služeb pro seniory a osoby se zdravotním postižením obsažené v krajských střednědobých plánech rozvoje sociálních služeb specifikovali všichni dotázaní. V jednom případě nebyl uveden výčet konkrétních priorit nebo cílů, ale pouze odkaz na krajský střednědobý plán rozvoje sociálních služeb a cíle v něm obsažené. Při zpracování tak bylo v osmi případech využito odpovědí z dotazníku a v jednom případě byly shrnuty cíle na základě příslušného dokumentu řešitelem.

Ve čtyřech krajích byly uvedeny priority či cíle týkající se celé oblasti sociálních služeb (3 respondenti) nebo procesů spojených s plánováním rozvoje sociálních služeb (1 dotázaný). V dalších čtyřech byly uvedeny priority či cíle zvlášť pro skupinu seniorů a osob se zdravotním postižením a jeden dotázaný specifikoval pouze priority týkající se osob se zdravotním postižením.

V případě priorit a cílů týkajících se celé oblasti sociálních služeb byl v jednom případě vyjádřen obecný cíl zajistit poskytování sociálních služeb, v dalším byla uvedena konkrétní prioritní sociální služba (týdenní stacionáře) a v dalším bylo uvedeno více priorit zahrnujících např. upřednostnění terénních služeb před službami rezidenčními, podporu plánování rozvoje sociálních služeb v obcích či podporu vzniku chybějících sociálních služeb.

Tabulka č. 80 **Priority a cíle v krajských střednědobých plánech rozvoje sociálních služeb týkající se celé oblasti sociálních služeb nebo procesů spojených s plánováním rozvoje sociálních služeb**

respondent	priority a cíle
1	zajistit poskytování sociálních služeb
2	podpora plánování sociálních služeb v obcích
	upřednostnění terénních služeb před typem služeb rezidenčních
	podpora celoživotního vzdělávání pracovníků
	podpora poskytování sociálních služeb odpovídajících standardům kvality sociálních služeb
	podpora vzniku chybějících zařízení pro klienty se specifickými potřebami
3	týdenní stacionáře
4	priority pro jednotlivé cílové skupiny bude řešit aktualizovaný střednědobý plán na rok 2010

Pramen: Výzkumné šetření mezi pracovníky krajských úřadů, VÚPSV, v.v.i. 2009

Mezi prioritami a cíli v oblasti sociálních služeb pro cílovou skupinu seniorů byly uváděny stabilizace, případně rozšíření či zkvalitnění stávajících služeb (např. v oblasti nabídky kulturních, zábavních či vzdělávacích aktivit), snaha o zajištění návaznosti mezi jednotlivými typy sociálních služeb, důraz na terénní nebo ambulantní služby či

podpora obcí a poskytovatelů. Mezi konkrétními prioritními typy sociálních a zdravotních služeb byly uvedeny např. pečovatelská služba, osobní asistence, domácí hospicová péče, odlehčovací služby, denní stacionáře a v některých případech také pobytové sociální služby.

Tabulka č. 81 **Priority a cíle v krajských střednědobých plánech rozvoje sociálních služeb týkající se cílové skupiny seniorů**

respondent	priority a cíle
5 *	rozšířit a zkvalitnit sociální služby pro seniory
	zajistit informovanost o sociálních službách
	podpora obcí a poskytovatelů sociálních služeb pro vytváření sociálních služeb na místní úrovni
6	stabilizace stávajících kvalitních a potřebných služeb
	zajištění pečovatelské služby, osobní asistence, domácí hospicové péče a dalších terénních služeb pro seniory v odpovídajícím rozsahu a kvalitě i v menších obcích kraje
	zajištění odborného poradenství a půjčování kompenzačních pomůcek
	vytvoření možností pro setkávání seniorů s jejich vrstevníky v prostorách přizpůsobených tomuto účelu
	zajištění odpovídající nabídky kulturních, zábavních, vzdělávacích a podobných aktivit
7	podpora terénních a ambulantních služeb jako alternativy k pobytovým službám (s cílem umožnit uživatelům služeb žít v přirozeném prostředí)
	rozvoj hospicové péče
	rozšíření odlehčovacích služeb pro seniory
	optimalizace počtu domovů pro seniory
8	podpora rozvoje sociálních služeb pro seniory s důrazem na vytvoření systému vzájemně na sebe navazujících sociálních služeb; zaměření pozornosti především na sociální služby: denní stacionáře, pečovatelská služba, osobní asistence, pobytové služby

Pramen: Výzkumné šetření mezi pracovníky krajských úřadů, VÚPSV, v.v.i. 2009

* Střednědobý plán rozvoje sociálních služeb ve Středočeském kraji 2008-2009

Také v oblasti sociálních služeb pro cílovou skupinu osob se zdravotním postižením byly mezi prioritami uváděny stabilizace, případně rozšíření či zkvalitnění stávajících služeb, snaha o zajištění návaznosti mezi jednotlivými typy sociálních služeb či důraz na terénní nebo ambulantní služby. Mezi konkrétními prioritními typy sociálních či jiných služeb byly uvedeny např. chráněné bydlení, podpora samostatného bydlení, sociálně terapeutické dílny, pečovatelská služba, osobní asistence, odborné sociální poradenství, odlehčovací služby, půjčování kompenzačních pomůcek či vzdělávání osob se zdravotním postižením.

Tabulka č. 82 **Priority a cíle v krajských střednědobých plánech rozvoje sociálních služeb týkající se cílové skupiny osob se zdravotním postižením**

respondent	priority a cíle
5 *	cíle týkající se osob s duševním postižením: • podpora vzniku chráněných pracovišť a vznik nových pracovních míst pro občany s duševním onemocněním • rozvoj nezávislého bydlení • podpora vzniku a rozvoj zařízení sociálních služeb pro občany s duševním onemocněním
	cíle týkající se osob s mentálním postižením: • podpora rozvoje a zkvalitnění péče o osoby s mentálním postižením • podpora rozvoje bydlení • podpora programů zaměřených na pracovní uplatnění občanů s mentálním postižením • podpora rozvoje služeb pro osoby s mentálním postižením starších věkových kategorií
	cíle týkající se osob se zrakovým postižením: • podpora a rozvoj kvality stávajících služeb
	cíle týkající se osob se sluchovým postižením: • rozvoj stávajících aktivit pro sluchově postižené osoby včetně svépomocných aktivit a programů
	cíle týkající se osob s kombinovaným postižením: • podpora rozvoje a zkvalitnění péče o osoby s kombinovaným postižením
	cíle týkající se osob s civilizačním postižením: • podpora stávajících aktivit pro osoby se zdravotním postižením a zlepšení jejich kvality
	cíle týkající se osob s poruchou autistického spektra: • podpora rozvoje a zkvalitnění péče o osoby s artismem
	cíle týkající se všech skupin osob se zdravotním postižením: • podpora služeb umožňujících uživateli zůstat v domácím prostředí • podpora a rozvoj odlehčovacích služeb • podpora programů pro pečující osoby • podpora služeb pro osoby se specifickými potřebami • podpora procesu transformace
6	stabilizace stávajících kvalitních a potřebných služeb zajištění pečovatelské služby, osobní asistence, hospicové domácí péče a dalších terénních služeb pro cílovou skupinu v odpovídajícím rozsahu a kvalitě v menších obcích kraje zajištění odborného poradenství a půjčování kompenzačních pomůcek v případě ambulantních služeb zajištění odpovídajícího způsobu dopravy klientů zajištění sociálních služeb poskytovaných ve zdravotnických zařízeních ústavní péče (podle § 52 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách) zajištění sociálních služeb v zařízeních poskytujících pobytovou hospicovou péči
7	udržení a rozvoj terénních a ambulantních služeb podpora chráněného bydlení podpora vzdělávání a zaměstnávání osob se zdravotním postižením
8	podpora rozvoje sociálních služeb pro osoby se zdravotním postižením; zaměření pozornosti především na sociální služby: chráněné bydlení, podpora samostatného bydlení, osobní asistence, pečovatelská služba, sociálně terapeutické dílny
9	podpora vzniku a rozvoje sociálních služeb pro osoby s poruchami autistického spektra, duševními onemocněními, hluchoslepotou, jiným vícenásobným kombinovaným postižením

Pramen: Výzkumné šetření mezi pracovníky krajských úřadů, VÚPSV, v.v.i. 2009

* Střednědobý plán rozvoje sociálních služeb ve Středočeském kraji 2008-2009

Zjištěný široký okruh priorit a cílů v obou sledovaných oblastech implikoval také velmi široké spektrum návrhů a opatření, které jednotlivé kraje uváděly. Jedním respondentem byl uveden odkaz na krajský plán rozvoje sociálních služeb, další respondent v této otázce odkazoval na odpověď na předchozí otázku. Ostatní respondenti již navrhovaná opatření specifikovali v návaznosti na předchozí otázku nebo samostatně.

Klíčovými uvedenými oblastmi byly otázka transformace pobytových sociálních služeb (jako její součást byla chápána i snaha o zajištění individualizace a většího soukromí v těchto zařízeních) a přístupy k financování sociálních služeb. Uváděna byla také opatření týkající se rozvoje jednotlivých typů sociálních služeb nebo činnost pracovních skupin pro oblast sociálních služeb pro seniory, respektive osoby se zdravotním postižením.

Tabulka č. 83 **Přehled stěžejních návrhů a opatření v oblasti poskytování sociálních služeb pro seniory a osoby se zdravotním postižením**

respondent	stěžejní návrhy a opatření
1	dotace ze státního rozpočtu, financování z ESF
2	dotace z rozpočtu kraje zohledňující: a) potřebnost služby v regionu b) celkovou úroveň služby c) potřebu rozvoje nové služby, která je v regionu nedostatečně zajištěná
3	zmenšování kapacit, individualizace
4	transformace pobytových služeb
5 *	uveden odkaz na krajský plán; konkrétní opatření tak dále rozvíjela jednotlivé cíle krajského střednědobého plánu rozvoje sociálních služeb uvedená v tabulkách 81 a 82 u respondenta č. 5; s ohledem na jejich vysoký počet (vzhledem k vysokému počtu cílů a uvádění zpravidla více opatření pro každý jednotlivý cíl) zde není prostor pro ucelený výčet opatření pro obě sledované cílové skupiny (zvláště se to týká cílové skupiny osob se zdravotním postižením, jež byla dále rozčleněna); z tohoto důvodu jsou zde uvedena pouze vybraná opatření (výběr má ilustrovat okruh řešených priorit, priority nebyly vybírány s ohledem na frekvenci výskytu, ale pro zachycení šíře spektra stanovených priorit), úplný výčet priorit je možné nalézt ve Střednědobém plánu rozvoje sociálních služeb ve Středočeském kraji 2008-2009; Vybrané priority týkající sociálních služeb pro seniory: • rozvoj a podpora terénních sociálních služeb, • zřízení odlehčovacích služeb, • zlepšení dostupnosti sociálních služeb pro osoby se specifickými potřebami, • zajištění soustavného informování široké veřejnosti o sociálních službách, • zajištění náležité podpory kraje pro obce dle potřeb uživatelů sociálních služeb; Vybrané priority týkající sociálních služeb pro osoby se zdravotním postižením: • podpora spektra sociální rehabilitace, • podpora rozvoje chráněného zaměstnávání, • podpora svépomocných aktivit, • podpora poradenských služeb, • podpora krizových center, • podpora vzniku pobytových zařízení poskytujících služby osobám se zvlášť těžkým postižením • podpora procesu transformace ústavních sociálních služeb, • podpora programů přípravy pro samostatný život s podporou u osob s mentálním postižením, • podpora programů zaměřených na profesní orientaci, předprofesní přípravu a pracovní uplatnění osob s mentálním postižením, • podpora rozvoje odlehčovacích služeb pro občany s mentálním postižením a jejich rodiny, • podpora domovů pro zdravotně postižené, • podpora rozvoje komplexní péče o osoby s těžkým zrakovým postižením, • podpora programů zaměřených na integraci sluchově postižených osob do společnosti, zajištění vzájemné informovanosti a provázanosti organizací, které poskytují sociální služby, zlepšení informovanosti na kontaktních místech, podpora při zavádění nových sociálních služeb
6	uveden odkaz na předchozí otázku, okruh stěžejních návrhů tak není blíže specifikován, nicméně lze jej odhadovat na základě odpovědi týkající se priorit a cílů ta je uvedena v tabulkách 81 a 82 u respondenta č. 6

pokračování

respondent	stěžejní návrhy a opatření
7	finanční podpora pečovatelských služeb i v malých obcích
	zajištění ošetřovatelské péče pro seniory terénní formou
	transformace dvou domovů pro seniory (na cílovou skupinu psychotici, osoby se stařeckou demencí)
	finanční podpora terénních a ambulantních služeb obecně
	podpora zaměstnávání a vzdělávání
8	sestavení pracovní skupiny pro oblast sociálních služeb pro seniory, analytická a koncepční činnost této pracovní skupiny a návrh postupu pro zajištění rozvoje sociálních služeb pro seniory na základě jejích výstupů
	sestavení pracovní skupiny pro oblast sociálních služeb pro osoby se zdravotním postižením. analytická a koncepční činnost této pracovní skupiny a návrh postupu pro zajištění rozvoje sociálních služeb pro seniory na základě jejích výstupů
9	ve vztahu k sociálním službám pro seniory: • analýza současného stavu sociálních služeb pro tuto cílovou skupinu a prognóza vývoje • podpora a rozvoj terénních a ambulantních sociálních služeb pro tuto cílovou skupinu • podpora procesu transformace pobytových sociálních služeb
	ve vztahu k sociálním službám pro osoby se zdravotním postižením: • podpora procesu transformace pobytových sociálních služeb • analýza současného stavu sociálních služeb pro tuto cílovou skupinu a prognóza vývoje • podpora a rozvoj terénních a ambulantních sociálních služeb pro tuto cílovou skupinu

Pramen: Výzkumné šetření mezi pracovníky krajských úřadů, VÚPSV, v.v.i. 2009

* Střednědobý plán rozvoje sociálních služeb ve Středočeském kraji 2008-2009

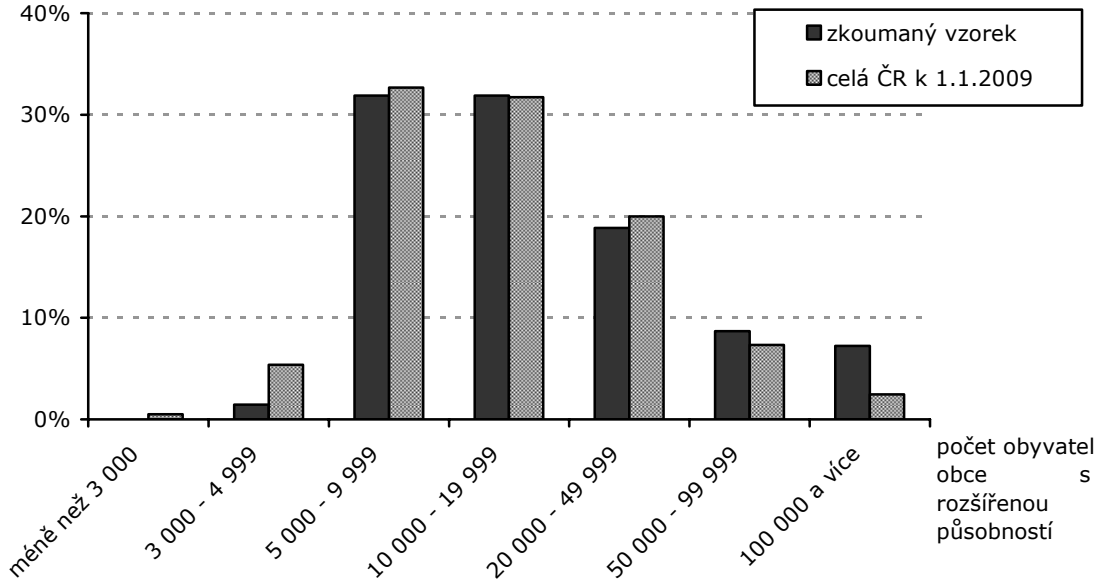
Podle jednoho respondenta nebylo možné výši nezbytných investičních prostředků do pobytových sociálních služeb v časovém horizontu do roku 2015 odhadnout. Další respondent uvedl celkový odhad (90 milionů Kč). Výši odhadu prostředků podle jednotlivých v dotazníku stanovených kategorií uvedli čtyři dotázaní. Výši odhadovaných investičních prostředků respondenti odhadli na 10, 45,5, 553 a 600 milionů Kč. Odhad výše prostředků za účelem větší individualizace činil 2 miliony Kč, 34, 200 a 261 milionů Kč. Do zajištění bezbariérovosti nebylo podle jednoho dotázaného potřebné investovat žádné prostředky, odhady dalších respondentů činily 2, 100 a 351 milionů Kč. Podle jednoho dotázaného by nezbytné investice měly směřovat také do výstavby nových zařízení, opravy a regenerace prostředí. Respondentem odhadovaná výše nezbytných investičních prostředků činila 514 milionů Kč.

4.2.2 Šetření mezi pracovníky obecních úřadů obcí s rozšířenou působností

Při mapování vybavenosti sociálními službami pro seniory a osoby se zdravotním postižením byli dále prostřednictvím dotazníkového šetření osloveni pracovníci odborů sociálních věcí (odborů sociálních věcí a zdravotnictví) úřadů obcí s rozšířenou působností (dále jen "pracovníci obecních úřadů", respektive "obce"). Podobně jako v případě šetření mezi pracovníky krajských úřadů bylo cílem tohoto šetření doplnit výše uvedené informace od poskytovatelů sociálních služeb o perspektivu zřizovatele, tj. v případě tohoto šetření perspektivu pracovníků úřadu obce s rozšířenou působností. V tomto šetření byla podobně jako v případě předchozího šetření pozornost zaměřena na zachycení obecnějších charakteristik a jednotlivé tematické oblasti nebylo možné analyzovat důkladněji.

Z 205 obeslaných obcí s rozšířenou působností se podařilo vyplněný dotazník získat od 75 (37 %). Velikostní struktura zkoumaného vzorku (vyhodnocená na základě údajů od 69 respondentů, kteří údaj uvedli) odpovídala velmi přesně celkové velikostní struktuře obcí s rozšířenou působností, poněkud častěji byly ve vzorku zastoupeny pouze obce nad 100 000 obyvatel a nižší byl ve vzorku naopak podíl obcí s rozšířenou působností s počtem obyvatel mezi třemi a pěti tisíci. U ostatních velikostních kategorií bylo nicméně zastoupení ve vzorku a v celé ČR prakticky shodné.

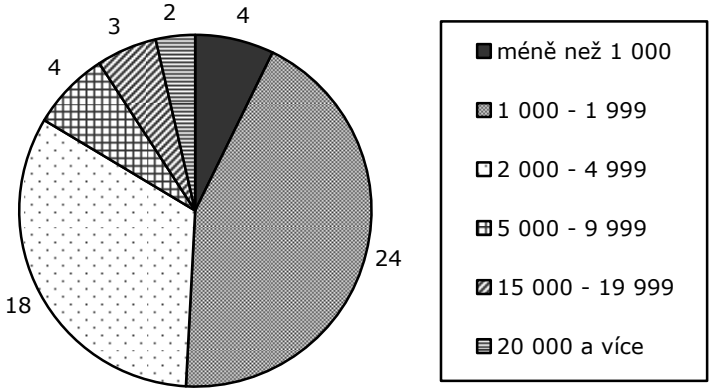
Graf č. 23 **Srovnání zastoupení velikostních kategorií obcí s rozšířenou působností ve zkoumaném vzorku a v ČR** (počet obyvatel k 1.1.2009)



Pramen: Výzkumné šetření mezi pracovníky obecních úřadů, VÚPSV, , v.v.i. 2009
Český statistický úřad, www.czso.cz

Údaj o počtu obyvatel ve věku 65 let a starších uvedlo 55 dotázaných (16 respondentů údaj neuvedlo, podle 4 dotázaných se údaj nesleduje). V polovině dotázaných obcí bylo osob ve věku 65 let a starších méně než dva tisíce. V další třetině obcí se počet osob v této věkové skupině pohyboval mezi dvěma až pěti tisíci.

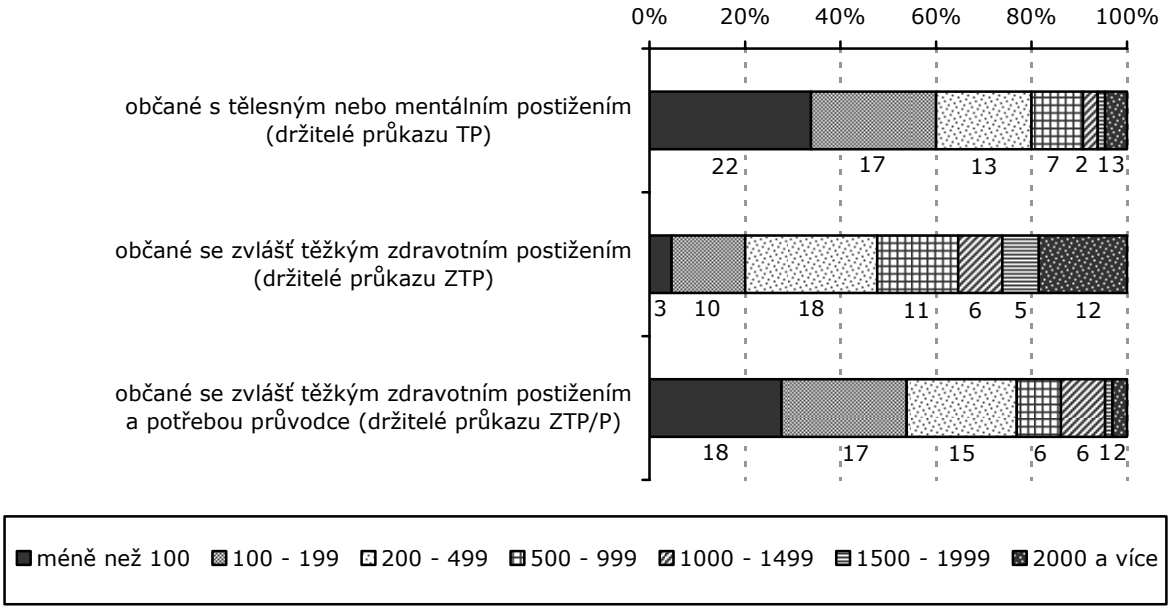
Graf č. 24 **Struktura dotázaných obcí podle počtu obyvatel obce věku 65 let a starších**



Pramen: Výzkumné šetření mezi pracovníky obecních úřadů, VÚPSV, v.v.i. 2009

U více než poloviny dotázaných obcí (z celkem 65 obcí, od nichž byly odpovědi získány) byl počet držitelů průkazu TP a ZTP/P nižší než 200 a v necelé polovině případů (z celkem 65) byl počet držitelů průkazů ZTP nižší než 500.

Graf č. 25 **Struktura dotázaných obcí podle počtu obyvatel obce, kteří jsou držiteli průkazu mimořádných výhod**



Pramen: Výzkumné šetření mezi pracovníky obecních úřadů, VÚPSV, v.v.i. 2009

Pětina dotázaných obcí s rozšířenou působností nebyla zřizovatelem žádné služby, více než polovina dotazovaných obcí byla zřizovatelem jedné nebo dvou sociálních nebo zdravotních služeb pro cílové skupiny seniorů a osob se zdravotním postižením. Všech 75 dotázaných obcí tak zřizovalo úhrnem 149 sociálních nebo zdravotních služeb. Průměrně tak na jednoho poskytovatele sociálních služeb připadalo 1,99 registrovaných sociálních služeb.

Tabulka č. 84 **Počet sociálních a zdravotních služeb pro osoby se zdravotním postižením zřizovaných v obci s rozšířenou působností**

počet všech zřizovaných typů sociálních a zdravotních služeb	**počet obcí**		**celkový počet služeb**
	abs. četnost	**v %**	
0	16	21	0
1	26	35	26
2	12	16	24
3	7	9	21
4 - 5	10	13	45
6 - 10	4	5	33
celkem	75	100 *	149

Pramen: Výzkumné šetření mezi pracovníky obecních úřadů, VÚPSV, v.v.i. 2009

* Součet hodnot se od hodnoty 100 mírně odchyluje v důsledku zaokrouhlení hodnot.

Ze 75 dotázaných obcí s rozšířenou působností jich 52 (69 % dotázaných) bylo zřizovatelem zařízení poskytujících pečovatelskou službu. K dalším typům zařízení, jež byla obcemi zřizována častěji, patřily domovy pro seniory (22 respondentů - 31 %) a denní stacionáře (16 respondentů - 21 %).

V rámci možnosti "jiné":

- osm respondentů uvedlo typy sociálních služeb určené cílovým skupinám seniorů a osob se zdravotním postižením (6x uvedeny odlehčovací služby, 1x telefonická krizová pomoc, jejíž služby mohou využít i osoby se zdravotním postižením a senioři, 1x sociální poradenství, 1x sociálně aktivizační služby pro seniory a osoby se zdravotním postižením a 1x tísňová péče),
- tři respondenti uvedli jiné typy sociálních služeb určené jiným cílovým skupinám (azylové domy, nízkoprahová zařízení pro děti a mládež),
- čtyři respondenti uvedli jiné služby pro sledované cílové skupiny než sociální služby podle zákona o sociálních službách (nemocnice, ošetřovatelské oddělení při nemocnici, gerontologické centrum, dětský denní rehabilitační stacionář) a
- čtyři respondenti blíže specifikovali, v jakém jsou vztahu k jimi uvedenému zařízení sociálních nebo zdravotních služeb - jednalo se o jiný vztah než funkci zřizovatele (zařízení ve vlastnictví obce, podpora zařízení).

Tabulka č. 85 **Typy sociálních a zdravotních služeb pro seniory a osoby se zdravot. postižením zřizované dotázanými obcemi s rozšířenou působností**[81]

typ zařízení poskytující sociální nebo (*) zdravotní služby	počet zřizovatelů služby		počet zřizovaných služeb	
	abs. četnost	v %	abs. četnost	v %
pečovatelská služba	52	69	52	34
domov pro seniory	23	31	23	15
denní stacionář	16	21	16	10
*domácí ošetřovatelská péče (home care)	11	15	11	7
centrum denních služeb	11	15	11	7
domov se zvláštním režimem	7	9	7	5
chráněné bydlení	7	9	7	5
domov pro osoby se zdravotním postižením	4	5	4	3
osobní asistence	3	4	3	2
*zdravotnická lůžková zařízení poskytující sociální péči (sociální služby poskytované ve zdravotnických zařízeních ústavní péče)	3	4	3	2
týdenní stacionář	2	3	2	1
jiné typy sociálních služeb pro seniory nebo osoby se zdravotním postižením	8	11	10	7
*jiné typy služeb pro seniory nebo osoby se zdravotním postižením mimo rámec zákona o sociálních službách	4	5	4	3
poskytovatelé celkem	75	-	153	100

Pramen: Výzkumné šetření mezi pracovníky obecních úřadů, VÚPSV, v.v.i. 2009

Při hodnocení průměrné čekací doby (v měsících) na přijetí do pobytového zařízení byly sledovány odděleně informace za všechna zařízení, za zařízení zřizovaná obcí a zařízení s jiným zřizovatelem. Respondenti přitom vyplňovali pouze údaje za skupinu zařízení, u níž měli relevantní údaje. Tento přístup byl zvolen s ohledem na snahu získat relevantní údaje od dotazovaných disponujících pouze určitým okruhem statistických informací, stejně jako shromáždit úplnější data v případech, kdy jsou k dispozici.

Tři respondenti uvedli, že nemají relevantní informace, respektive, že evidenci mají jednotlivá zařízení. V jednom případě respondent poukázal na nízkou relevanci dostupných dat: "Nelze uvést relevantní údaje - žádosti o umístění jsou duplicitní/ triplicitní, posuzovány jsou "ad hoc" speciální komisí, která zohledňuje zásadní faktory rozhodné pro přijetí žadatele: věk, aktuální zdravotní stav, sociální situaci, rodinné poměry. Organizace, které nezřizuje obec, navíc nejsou povinny předkládat jakékoliv údaje tohoto druhu, pokud tak na výzvu učiní, jejich validita je beztak sporná." Podle dalšího respondenta se čekací doba velmi lišila (někdy do měsíce, někdy až tři roky), další respondent konstatoval, že záleží na naléhavosti a sociálním šetření u uživatele. V jednom případě bylo uvedeno, že čekací doba na umístění do jakéhokoliv pobytového

[81] V tabulce jsou uvedeny procentuální podíly jednotlivých typů zřizovaných služeb vzhledem k celkovému počtu dotázaných obcí i vzhledem k celkovému počtu jimi zřizovaných sociálních a zdravotních služeb. První údaj (kolik z dotázaných obcí je zřizovatelem příslušného zařízení poskytujícího právě příslušnou sociální nebo zdravotní službu) tak charakterizuje vzorek dotázaných obcí, druhý údaj (poměrné zastoupení zřizovaných služeb na jejich celkovém počtu) zachycuje strukturu obcemi zřizovaných služeb. Každý z těchto údajů tak vypovídá o odlišném aspektu, nicméně s výjimkou možnosti „jiné" a celkového součtu vycházejí z totožných hodnot a rozdíly v rozložení údajů napříč jednotlivými typy sociálních služeb jsou proto naprosto zanedbatelné. Rozdíl u možnosti „jiné typy sociálních služeb" souvisel s možností uvést více typů služeb.

zařízení nepřesahuje přibližně týden. Někteří respondenti uvedli interval. Do vyhodnocení byly zahrnuty údaje pouze od respondentů, kteří uvedli průměrnou dobu.

Vzhledem k malému počtu odpovědí nebyly získané údaje srovnávány pomocí statistických veličin charakterizujících centrální tendenci (průměr, medián), případně rozptyl hodnot (interkvartilové vzdálenosti), ale pozornost byla věnována pouze krajním hodnotám (minimum, maximum).

Ze čtyř vybraných typů pobytových zařízení sociálních služeb byla nejdelší průměrná čekací doba zaznamenána v obcích zřizovaných domovech se zvláštním režimem (72 měsíců) a v domovech pro seniory s jiným zřizovatelem (72 měsíců). Bez ohledu na zřizovatele zařízení byly vysoké maximální hodnoty zaznamenány u domovů pro seniory.

Tabulka č. 86 **Minimální a maximální zjištěná průměrná čekací doba (v měs.) v pobytových zařízeních podle zřizovatele**

typ sociální služby	zařízení podle typu *								
	všechna			zřizovaná obcí			s jiným zřizovatelem		
	celkem odpovědí	minimum	maximum	celkem odpovědí	minimum	maximum	celkem odpovědí	minimum	maximum
týdenní stacionář	3	0	1	2	0	12	3	0	1
domov pro osoby se zdravot. postižením	3	0	12	2	0	18	5	3	23
domov pro seniory	12	1	36	15	1	48	12	3	72
domov se zvláštním režimem	4	0	8	6	3	72	3	4	12

Pramen: Výzkumné šetření mezi pracovníky obecních úřadů, VÚPSV, v.v.i. 2009

* Hodnoty uváděné za všechna zařízení nemusejí odpovídat maximálním a minimálním hodnotám uváděným u zařízení zřizovaných krajem ani u zařízení s jiným zřizovatelem. Důvodem je skutečnost, že respondenti vyplňovali pouze údaje za skupinu zařízení, u níž měli relevantní údaje, a údaj za všechna zařízení mohl být, stejně jako ostatní dva údaje, vyplněn separátně. Jednotlivé údaje je proto nezbytné vyhodnocovat odděleně.

Možnost "jiné" uvedlo 8 respondentů. Jeden z respondentů uvedl dvě možnosti, nicméně pouze jedna z uvedených sociálních služeb byla určena cílovým skupinám seniorů nebo osob se zdravotním postižením. Třemi respondenty byly uvedeny odlehčovací služby (nejdelší uvedená průměrná čekací doba tři měsíce), jedním respondentem dům s pečovatelskou službou (průměrná čekací doba 12 měsíců) a chráněné bydlení (6 měsíců). Tři respondenti uvedli zdravotnická zařízení. Sociální lůžka v lékařském rehabilitačním zařízení byla dostupná bez čekací doby, čekací doba v ošetřovatelských odděleních nemocnice činila tři měsíce.

Tabulka č. 87 **Minimální a maximální zjištěná průměrná čekací doba (v měs.) v jiných než v dotazníku sledovaných pobytových zařízeních**

typ sociální služby	zařízení zřizovaná obcí			zařízení s jiným zřizovatelem		
	celkem odpovědí	minimum	maximum	celkem odpovědí	minimum	maximum
odlehčovací služby	3	0	3	2	3	3
dům s pečovatelskou službou	1	12	12	0	-	-
chráněné bydlení	1	6	6	0	-	-
ošetřovatelské oddělení nemocnice	1	3	3	0	-	-
sanatorium	0	-	-	1	2	2
sociální lůžka v lékařském rehabilitačním zařízení	0	-	-	1	0	0

Pramen: Výzkumné šetření mezi pracovníky obecních úřadů, VÚPSV, v.v.i. 2009

Při hodnocení průměrné čekací doby (v měsících) na přijetí do nepobytového zařízení byly taktéž sledovány odděleně informace za všechna zařízení, za zařízení zřizovaná obcí a zařízení s jiným zřizovatelem. Nejdelší maximální zjištěná hodnota průměrné čekací doby byla zaznamenána u pečovatelské služby, jež byla zajišťována zařízením zřizovaným obcí (24 měsíců). U center denních služeb (údaj za všechna zařízení tohoto typu) činila maximální zjištěná délka průměrné čekací doby 10 měsíců.

Tabulka č. 88 **Minimální a maximální zjištěná průměrná čekací doba (v měs.) v nepobytových zařízeních podle zřizovatele**

typ sociální služby	zařízení podle typu *								
	všechna			zřizovaná obcí			s jiným zřizovatelem		
	celkem odpovědí	minimum	maximum	celkem odpovědí	minimum	maximum	celkem odpovědí	minimum	maximum
centrum denních služeb	3	0	10	5	0	1	1	0	0
denní stacionář	8	0	5	11	0	6	5	0	1
pečovatelská služba	20	0	3	35	0	24	15	0	2
domácí ošetřovatelská péče (home care)	13	0	1	7	0	0	16	0	1
osobní asistence	8	0	2	4	0	0	11	0	3

Pramen: Výzkumné šetření mezi pracovníky obecních úřadů, VÚPSV, v.v.i. 2009

* Hodnoty uváděné za všechna zařízení nemusejí odpovídat maximálním a minimálním hodnotám uváděným u zařízení zřizovaných krajem ani u zařízení s jiným zřizovatelem. Důvodem je skutečnost, že respondenti vyplňovali pouze údaje za skupinu zařízení, u níž měli relevantní údaje, a údaj za všechna zařízení mohl být, stejně jako ostatní dva typy údajů, vyplněn separátně. Jednotlivé údaje je proto nezbytné vyhodnocovat odděleně.

Jiné typy nepobytových sociálních služeb uvedlo 6 respondentů, dva dotázaní nicméně uváděli sociální služby pro jiné cílové skupiny (raná péče, denní centrum pro děti a mládež). Jeden dotázaný uvedl tři typy nepobytových sociálních služeb pro

cílové skupiny. Vzhledem k tomu, že otázka nebyla uzpůsobena možnosti uvedení více odpovědí, nebyly při jejím vyhodnocování již sledovány rozdíly podle zřizovatele.

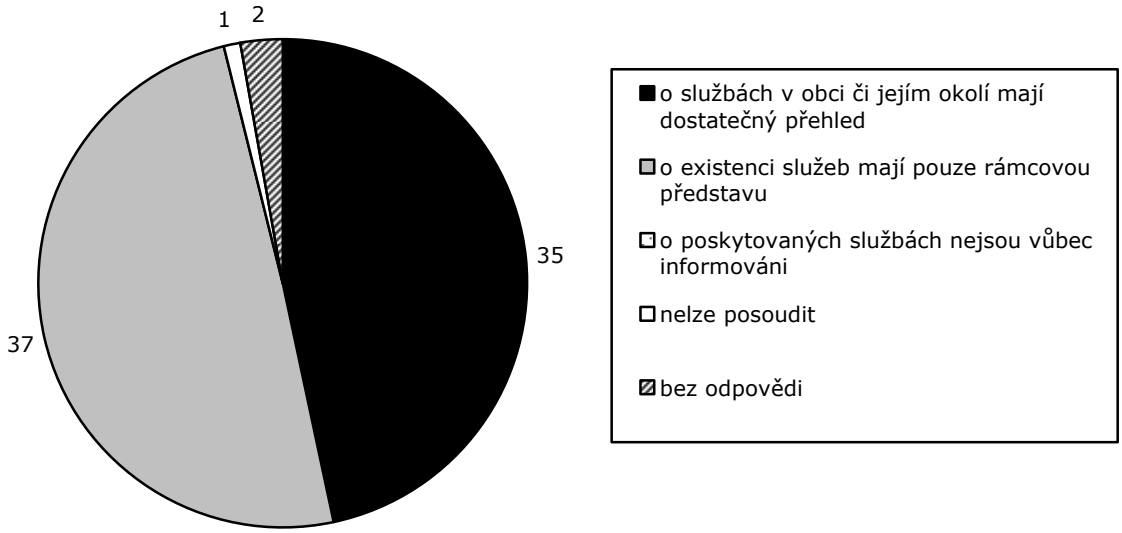
Tabulka č. 89 **Minimální a maximální zjištěná průměrná čekací doba (v měs.) v jiných než v dotazníku sledovaných nepobytových zařízeních**

typ sociální služby	celkem odpovědí	minimum	maximum
tísňová péče	2	0	1
gerontologické centrum	1	0	0
služby sociální rehabilitace	1	1	1
telefonická krizová pomoc	1	1	1
sociálně-terapeutická dílna	1	6	6

Pramen: Výzkumné šetření mezi pracovníky obecních úřadů, VÚPSV, v.v.i. 2009

Hodnocení informovanosti většiny občanů obracejících se na obecní úřad s žádostí o zprostředkování kontaktů na poskytovatele sociálních služeb uvedlo 72 dotázaných. Mezi validními odpověďmi mírně převažoval názor, že většina žadatelů o zprostředkování kontaktu má o existujících službách pouze rámcovou představu (37 dotázaných, 51 %), nad hodnocením jejich přehledu jako dostatečného (35 dotázaných, 49 %). Žádný z dotázaných neuvedl, že by většina žadatelů o zprostředkování kontaktu na poskytovatele sociálních služeb nebyla o poskytovaných sociálních službách informována vůbec.

Graf č. 26 **Hodnocení informovanosti většiny občanů obracejících se na obecní úřad s žádostí o zprostředkování kontaktů na poskytovatele sociálních služeb**



Pramen: Výzkumné šetření mezi pracovníky obecních úřadů, VÚPSV, v.v.i. 2009

Podobně jako v případě krajského šetření byly mezi pracovníky obcí zjišťovány počty uživatelů sociálních služeb všech zařízení na území obce i počty uživatelů sociálních služeb poskytovaných zařízeními zřizovanými obcí. Respondenti mohli vyplnit kterýkoli z obou údajů separátně a údaje tak nemusejí nutně korespondovat (tzn.

počet uživatelů sociálních služeb poskytovaných zařízeními zřizovanými obcí může být vyšší než údaj za všechny sociální služby na území obce). Z tohoto důvodu jsou dále sledovány mediánové a maximální hodnoty jak za všechny respondenty, kteří vyplnili pouze některou z těchto hodnot, tak pouze za ty respondenty, kteří uvedli obě hodnoty současně. První z těchto přístupů umožňuje zahrnout veškeré uváděné hodnoty u příslušné charakteristiky, druhý umožňuje na omezenějším vzorku vzájemné porovnání obou charakteristik.

Nejvyšší zaznamenaný počet seniorů využívajících pobytové sociální služby činil 1 754 za zařízení zřizovaná obcí a 1 091 za všechna zařízení na území obce. Mediánové hodnoty nicméně byly výrazně nižší, v prvním případě 77,0 a ve druhém případě 64,0. Při zahrnutí pouze případů, kdy byly uvedeny obě hodnoty, byl maximální údaj za všechna zařízení jen mírně vyšší než maximální údaj uvedený za obecní zařízení.

Nejvyšší zjištěný počet osob se zdravotním postižením činil 281 v případě zařízení zřizovaných obcí a 209 v případě všech zařízení na území obce. I v tomto případě byla zjištěna výrazně nižší mediánová hodnota (10,0, respektive 31,0). Podobně jako v předchozím případě, byl při zahrnutí pouze případů, kdy byly uvedeny obě hodnoty, maximální údaj za všechna zařízení jen mírně vyšší než maximální údaj uvedený za obecní zařízení.

Tabulka č. 90 **Počty uživatelů pobytových sociálních služeb - srovnání mediánové a maximální hodnoty**

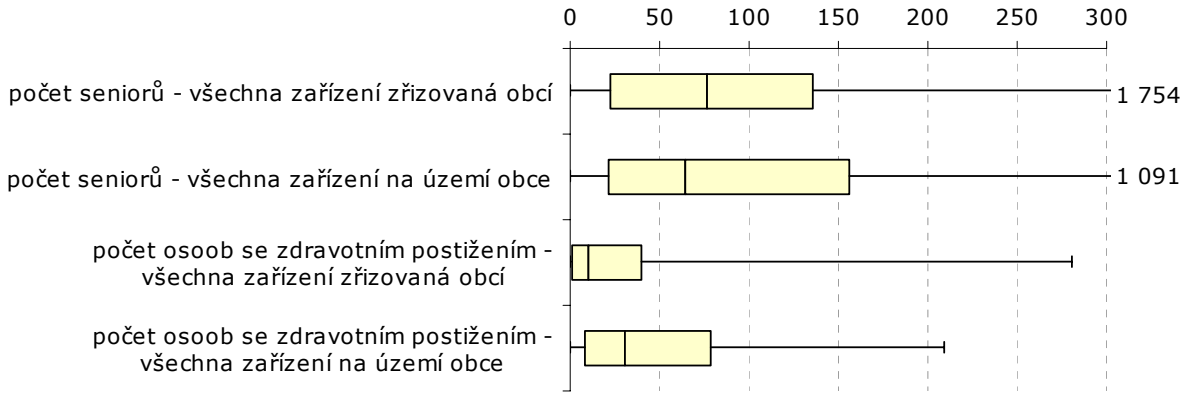
cílová skupina / typ zařízení podle zřizovatele	**všechny odpovědi ***		**pouze respondenti uvádějící údaj za všechna zařízení i za zařízení zřizovaná obcí**	
	medián	**maximum**	**medián**	**maximum**
senioři 65 a více let				
všechna zařízení zřizovaná obcí	77,0	1 754	48,5	416
všechna zařízení na území obce	64,0	1 091	50,5	493
osoby se zdravotním postižením				
všechna zařízení zřizovaná obcí	10,0	281	1,5	167
všechna zařízení na území obce	31,0	209	40,0	179

Pramen: Výzkumné šetření mezi pracovníky obecních úřadů, VÚPSV, v.v.i. 2009

* Hodnoty uváděné za všechna zařízení nemusejí odpovídat, respektive převyšovat maximální a minimální hodnoty uváděné u zařízení zřizovaných obcí. Důvodem je skutečnost, že respondenti vyplňovali pouze údaje za skupinu zařízení, u níž měli relevantní údaje, a údaj za všechna zařízení mohl být, stejně jako údaj za obce, vyplněn separátně. Jednotlivé údaje je proto nezbytné vyhodnocovat odděleně.

Grafy zachycující podrobněji statistické rozložení hodnot byly vytvořeny již pouze pro údaje od všech respondentů. Pro podrobnější vyhodnocení jednotlivých charakteristik byla tato hodnota relevantnější, neboť zahrnovala všechny uváděné údaje a cílem grafů bylo zachytit rozložení hodnot v rámci každého sledovaného parametru, ne vzájemné srovnání mezi hodnotami.

Graf č. 27 **Rozložení základních statistických údajů o počtech uživatelů pobytových sociálních služeb** (do srovnání jsou zahrnuty všechny uvedené hodnoty) *



Pramen: Výzkumné šetření mezi pracovníky obecních úřadů, VÚPSV, v.v.i. 2009

* Rozložení hodnot charakterizuje pět základních statistických veličin: nejnižší uvedená hodnota (zarážka ukončující čáru nalevo od sloupce), první kvartil (mezi ním a minimem se nachází čtvrtina nejnižších hodnot; v grafu jej indikuje počátek sloupce, tj. jeho levý okraj), mediánová hodnota (dělící linie rozdělující sloupec na dvě části), třetí kvartil (mezi ním a maximem se nachází čtvrtina nejvyšších hodnot; v grafu jej indikuje konec sloupce, tj. jeho pravý okraj) a nejvyšší uvedená hodnota (zarážka ukončující čáru zprava).

První a třetí kvartil ohraničují oblast centrálních hodnot. Čím je tato oblast "užší", tím se více tyto hodnoty blíží mediánu. Vzdálenosti mezi minimem a 1. kvartilem, respektive mezi 3. kvartilem a maximem vyjadřují šířku škály čtvrtiny nejnižších, respektive čtvrtiny nejvyšších hodnot. Čím jsou "kratší", tím je škála těchto hodnot užší a minimální, respektive maximální hodnoty jsou vzhledem k mediánu méně extrémní (ani v případě většího výskytu extrémních hodnot však není hodnota mediánu těmito extrémy ovlivňována, jako je tomu u průměru).

Nejvyšší zaznamenaný počet seniorů využívajících nepobytové sociální služby činil 1 279 za zařízení zřizovaná obcí a 8 000 za všechna zařízení na území obce. Mediánové hodnoty nicméně byly výrazně nižší, v prvním případě 146,0 a ve druhém případě 174,5. Při zahrnutí pouze případů, kdy byly uvedeny obě hodnoty, byl maximální údaj za všechna zařízení téměř trojnásobně vyšší než maximální údaj uvedený za obecní zařízení. Mediánová hodnota za všechna zařízení byla o čtvrtinu vyšší než mediánová hodnota u uživatelů sociálních služeb poskytovaných zařízeními zřizovanými obcí.

Nejvyšší zjištěný počet osob se zdravotním postižením činil 358 v případě zařízení zřizovaných obcí a 3 153 v případě všech zařízení na území obce. I v tomto případě byla zjištěna výrazně nižší mediánová hodnota (16,5, respektive 55,0). Při zahrnutí pouze případů, kdy byly uvedeny obě hodnoty, byl maximální údaj za všechna zařízení přibližně desetinásobný ve srovnání s maximálním údajem za obecní zařízení. Mediánová hodnota za všechna zařízení byla oproti mediánové hodnotě u uživatelů sociálních služeb poskytovaných zařízeními zřizovanými obcí trojnásobná.

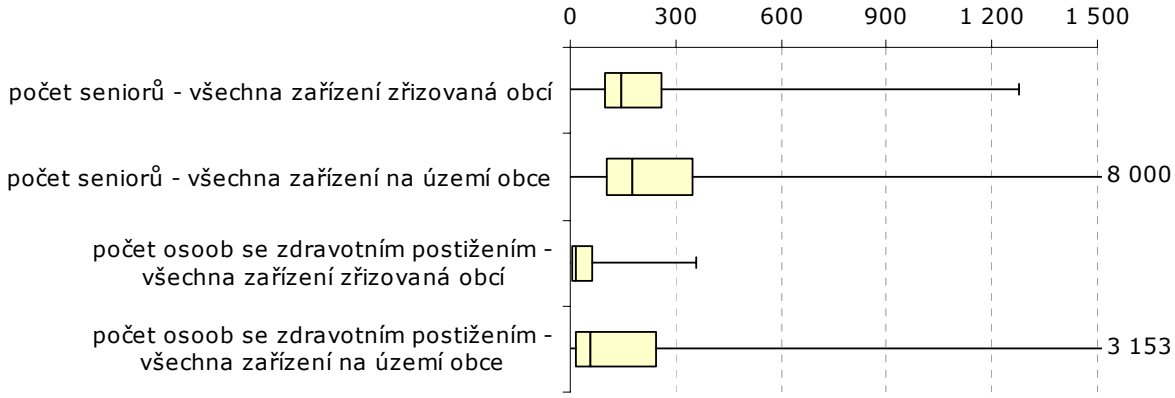
Tabulka č. 91 **Počty uživatelů nepobytových sociálních služeb - srovnání mediánové a maximální hodnoty**

cílová skupina / typ zařízení podle zřizovatele	všechny odpovědi *		pouze respondenti uvádějící údaj za všechna zařízení i za zařízení zřizovaná obcí	
	medián	maximum	medián	maximum
senioři 65 a více let				
všechna zařízení zřizovaná obcí	146,0	1 279	120,0	609
všechna zařízení na území obce	174,5	8 000	150,0	1 708
osoby se zdravotním postižením				
všechna zařízení zřizovaná obcí	16,5	358	18,0	358
všechna zařízení na území obce	55,0	3 153	55,0	3 153

Pramen: Výzkumné šetření mezi pracovníky obecních úřadů, VÚPSV, v.v.i. 2009

* Hodnoty uváděné za všechna zařízení nemusejí odpovídat, respektive převyšovat maximální a minimální hodnoty uváděné u zařízení zřizovaných obcí. Důvodem je skutečnost, že respondenti vyplňovali pouze údaje za skupinu zařízení, u níž měli relevantní údaje, a údaj za všechna zařízení mohl být, stejně jako údaj za obce, vyplněn separátně. Jednotlivé údaje je proto nezbytné vyhodnocovat odděleně.

Graf č. 28 **Rozložení základních statistických údajů o počtech uživatelů nepobytových sociálních služeb** (do srovnání jsou zahrnuty všechny uvedené hodnoty) *



Pramen: Výzkumné šetření mezi pracovníky obecních úřadů, VÚPSV, v.v.i. 2009

* Rozložení hodnot charakterizuje pět základních statistických veličin: nejnižší uvedená hodnota (zarážka ukončující čáru nalevo od sloupce), první kvartil (mezi ním a minimem se nachází čtvrtina nejnižších hodnot; v grafu jej indikuje počátek sloupce, tj. jeho levý okraj), mediánová hodnota (dělící linie rozdělující sloupec na dvě části), třetí kvartil (mezi ním a maximem se nachází čtvrtina nejvyšších hodnot; v grafu jej indikuje konec sloupce, tj. jeho pravý okraj) a nejvyšší uvedená hodnota (zarážka ukončující čáru zprava).

První a třetí kvartil ohraničují oblast centrálních hodnot. Čím je tato oblast "užší", tím se více tyto hodnoty blíží mediánu. Vzdálenosti mezi minimem a 1. kvartilem, respektive mezi 3. kvartilem a maximem vyjadřují šířku škály čtvrtiny nejnižších, respektive čtvrtiny nejvyšších hodnot. Čím jsou "kratší", tím je škála těchto hodnot užší a minimální, respektive maximální hodnoty jsou vzhledem k mediánu méně extrémní (ani v případě většího výskytu extrémních hodnot však není hodnota mediánu těmito extrémy ovlivňována, jako je tomu u průměru).

Nejvyšší zaznamenaný počet žadatelů o pobytové sociální služby z cílové skupiny seniorů činil 9 282 u zařízení zřizovaných obcí a 2 174 u všech zařízení na území obce. Mediánové hodnoty nicméně byly výrazně nižší, v prvním případě 89,5 a

ve druhém případě 139,5. Při zahrnutí pouze případů, kdy byly uvedeny obě hodnoty, byl maximální údaj za všechna zařízení přibližně o třetinu nižší než maximum zjištěné u obecních zařízení. Naopak, mediánová hodnota byla u všech zařízení oproti mediánové hodnotě za obecní zařízení více než dvojnásobná.

Nejvyšší zjištěný počet žadatelů o pobytové sociální služby z cílové skupiny osob se zdravotním postižením činil 156 v případě zařízení zřizovaných obcí a 162 v případě všech zařízení na území obce. I v tomto případě byla zjištěna výrazně nižší mediánová hodnota (5,0, respektive 4,0). Při zahrnutí pouze případů, kdy byly uvedeny obě hodnoty, byl údaj za všechna zařízení přibližně o třetinu vyšší než údaj uvedený za obecní zařízení.

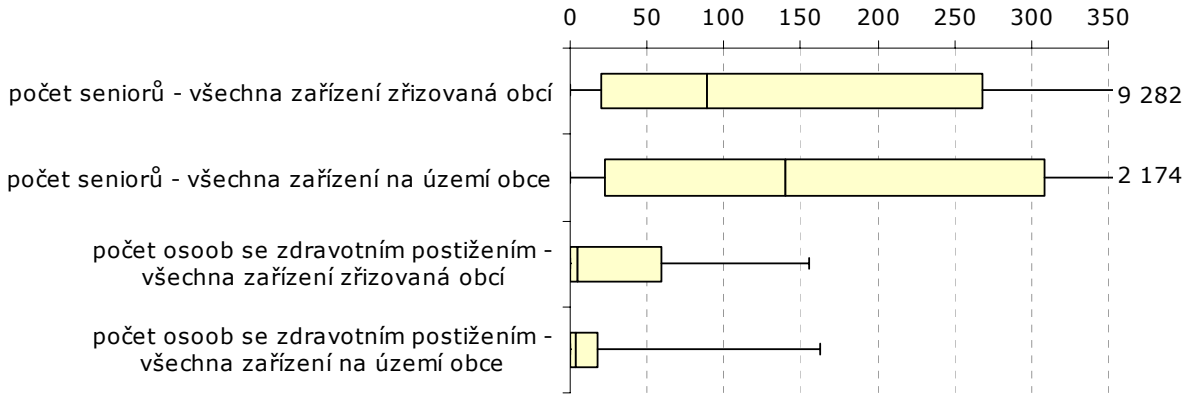
Tabulka č. 92 **Počty žadatelů o pobytové sociální služby - srovnání mediánové a maximální hodnoty**

cílová skupina / typ zařízení podle zřizovatele	**všechny odpovědi ***		**pouze respondenti uvádějící údaj za všechna zařízení i za zařízení zřizovaná obcí**	
	medián	**maximum**	**medián**	**maximum**
senioři 65 a více let				
všechna zařízení zřizovaná obcí	89,5	9 282	81,5	802
všechna zařízení na území obce	139,5	2 174	180,0	569
osoby se zdravotním postižením				
všechna zařízení zřizovaná obcí	5,0	156	0,0	123
všechna zařízení na území obce	4,0	162	3,0	162

Pramen: Výzkumné šetření mezi pracovníky obecních úřadů, VÚPSV,v.v.i. 2009

* Hodnoty uváděné za všechna zařízení nemusejí odpovídat, respektive převyšovat maximální a minimální hodnoty uváděné u zařízení zřizovaných obcí. Důvodem je skutečnost, že respondenti vyplňovali pouze údaje za skupinu zařízení, u níž měli relevantní údaje, a údaj za všechna zařízení mohl být, stejně jako údaj za obce, vyplněn separátně. Jednotlivé údaje je proto nezbytné vyhodnocovat odděleně.

Graf č. 29 **Rozložení základních statistických údajů o počtech žadatelů o pobytové sociální služby** (do srovnání jsou zahrnuty všechny uvedené hodnoty) *



Pramen: Výzkumné šetření mezi pracovníky obecních úřadů, VÚPSV, v.v.i. 2009

* Rozložení hodnot charakterizuje pět základních statistických veličin: nejnižší uvedená hodnota (zarážka ukončující čáru nalevo od sloupce), první kvartil (mezi ním a minimem se nachází čtvrtina nejnižších hodnot;

v grafu jej indikuje počátek sloupce, tj. jeho levý okraj), mediánová hodnota (dělící linie rozdělující sloupec na dvě části), třetí kvartil (mezi ním a maximem se nachází čtvrtina nejvyšších hodnot; v grafu jej indikuje konec sloupce, tj. jeho pravý okraj) a nejvyšší uvedená hodnota (zarážka ukončující čáru zprava).

První a třetí kvartil ohraničují oblast centrálních hodnot. Čím je tato oblast "užší", tím se více tyto hodnoty blíží mediánu. Vzdálenosti mezi minimem a 1. kvartilem, respektive mezi 3. kvartilem a maximem vyjadřují šířku škály čtvrtiny nejnižších, respektive čtvrtiny nejvyšších hodnot. Čím jsou "kratší", tím je škála těchto hodnot užší a minimální, respektive maximální hodnoty jsou vzhledem k mediánu méně extrémní (ani v případě většího výskytu extrémních hodnot však není hodnota mediánu těmito extrémy ovlivňována, jako je tomu u průměru).

Nejvyšší zaznamenaný počet žadatelů o pobytové sociální služby z cílové skupiny seniorů činil 136 za zařízení zřizovaná obcí a 2 971 za všechna zařízení na území obce. Mediánové hodnoty nicméně byly řádově nižší, v prvním případě 1,0 a ve druhém případě 0,0. Při zahrnutí pouze případů, kdy byly uvedeny obě hodnoty, byly oba maximální údaje srovnatelné.

Nejvyšší zjištěný počet žadatelů z cílové skupiny osob se zdravotním postižením činil 51 v případě zařízení zřizovaných obcí a 2 113 v případě všech zařízení na území obce. I v tomto případě byla zjištěna řádově nižší mediánová hodnota (0,0, respektive 2,0). Při zahrnutí pouze případů, kdy byly uvedeny obě hodnoty, byly oba maximální údaje srovnatelné.

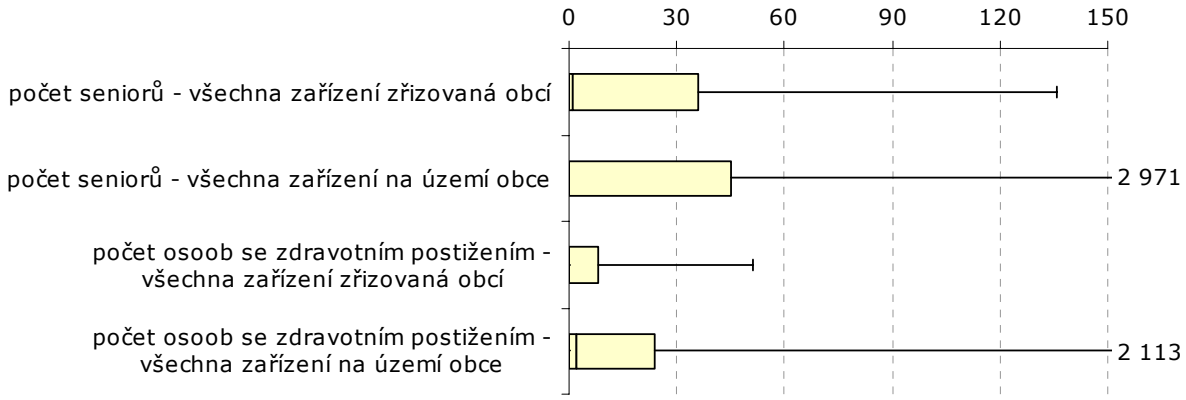
Tabulka č. 93 **Počty žadatelů o nepobytové sociální služby - srovnání mediánové a maximální hodnoty**

cílová skupina / typ zařízení podle zřizovatele	**všechny odpovědi***		**pouze respondenti uvádějící údaj za všechna zařízení i za zařízení zřizovaná obcí**	
	medián	**maximum**	**medián**	**maximum**
senioři 65 a více let				
všechna zařízení zřizovaná obcí	1,0	136	6,0	60
všechna zařízení na území obce	0,0	2 971	6,0	57
osoby se zdravotním postižením				
všechna zařízení zřizovaná obcí	0,0	51	0,0	24
všechna zařízení na území obce	2,0	2 113	4,0	35

Pramen: Výzkumné šetření mezi pracovníky obecních úřadů, VÚPSV,v.v.i. 2009

* Hodnoty uváděné za všechna zařízení nemusejí odpovídat, respektive převyšovat maximální a minimální hodnoty uváděné u zařízení zřizovaných obcí. Důvodem je skutečnost, že respondenti vyplňovali pouze údaje za skupinu zařízení, u níž měli relevantní údaje, a údaj za všechna zařízení mohl být, stejně jako údaj za obce, vyplněn separátně. Jednotlivé údaje je proto nezbytné vyhodnocovat odděleně.

Graf č. 30 **Rozložení základních statistických údajů o počtech žadatelů o nepobytové sociální služby** (do srovnání jsou zahrnuty všechny uvedené hodnoty) *



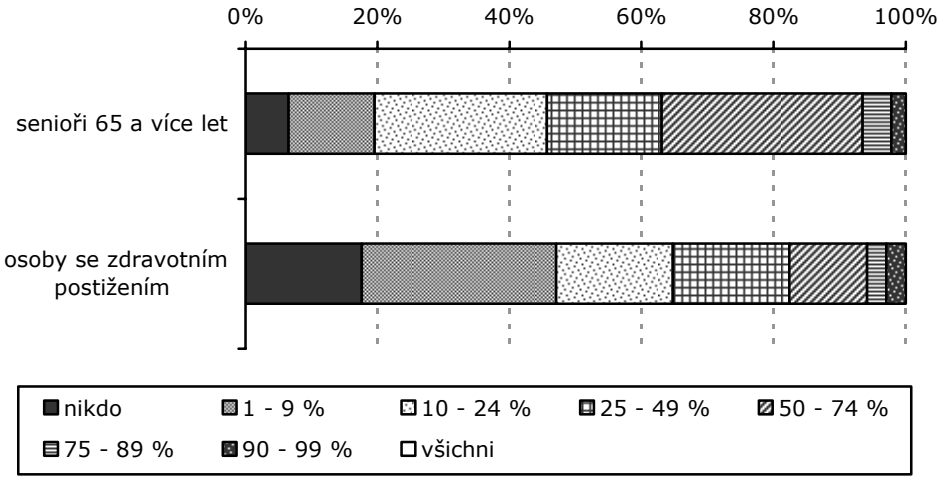
Pramen: Výzkumné šetření mezi pracovníky obecních úřadů, VÚPSV, v.v.i. 2009

* Rozložení hodnot charakterizuje pět základních statistických veličin: nejnižší uvedená hodnota (zarážka ukončující čáru nalevo od sloupce), první kvartil (mezi ním a minimem se nachází čtvrtina nejnižších hodnot; v grafu jej indikuje počátek sloupce, tj. jeho levý okraj), mediánová hodnota (dělící linie rozdělující sloupec na dvě části), třetí kvartil (mezi ním a maximem se nachází čtvrtina nejvyšších hodnot; v grafu jej indikuje konec sloupce, tj. jeho pravý okraj) a nejvyšší uvedená hodnota (zarážka ukončující čáru zprava).

První a třetí kvartil ohraničují oblast centrálních hodnot. Čím je tato oblast "užší", tím se více tyto hodnoty blíží mediánu. Vzdálenosti mezi minimem a 1. kvartilem, respektive mezi 3. kvartilem a maximem vyjadřují šířku škály čtvrtiny nejnižších, respektive čtvrtiny nejvyšších hodnot. Čím jsou "kratší", tím je škála těchto hodnot užší a minimální, respektive maximální hodnoty jsou vzhledem k mediánu méně extrémní (ani v případě většího výskytu extrémních hodnot však není hodnota mediánu těmito extrémy ovlivňována, jako je tomu u průměru).

Podle pětiny dotázaných by při možnosti využití terénních sociálních služeb byla schopna života v domácím prostředí nejvýše jedna desetina žadatelů o pobytové sociální služby z cílové skupiny seniorů. Nejvýše desetina osob se zdravotním postižením by za těchto podmínek byla schopna života v domácím prostředí podle více než dvou pětin dotázaných. Nejvýše čtvrtina žadatelů z cílové skupiny seniorů, respektive osob se zdravotním postižením by byla schopna života v domácím prostředí podle dvou pětin, respektive podle tří pětin dotázaných.

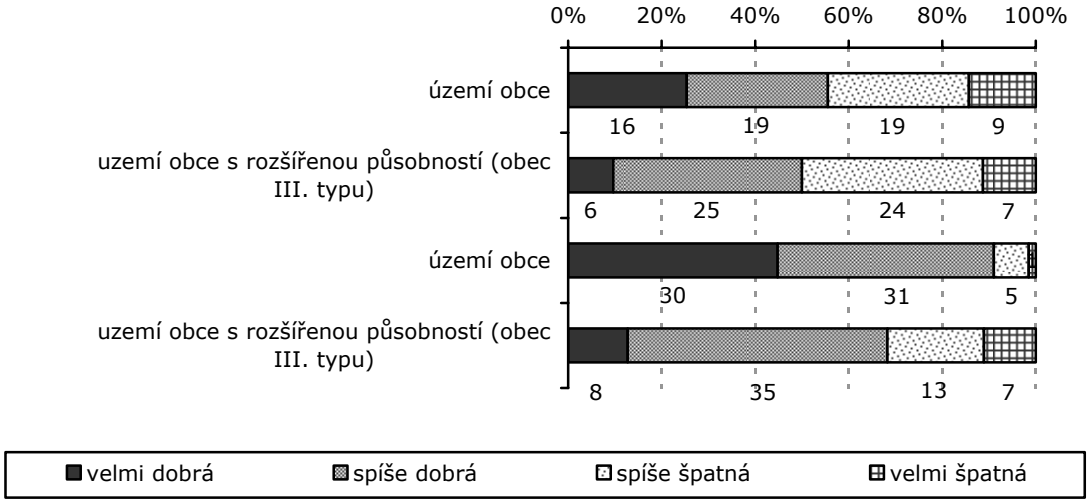
Graf č. 31 **Odhadovaný podíl žadatelů o pobytové sociální služby, kteří by při možnosti využití terénních sociálních služeb byli schopni života v domácím prostředí**



Pramen: Výzkumné šetření mezi pracovníky obecních úřadů, VÚPSV, v.v.i. 2009

Dostupnost pobytových sociálních služeb byla hodnocena příznivě přibližně polovinou dotázaných. Mírně příznivěji byla hodnocena dostupnost na samotném území obce než na území obce s rozšířenou působností. Dostupnost nepobytových sociálních služeb na území obce byla příznivě hodnocena převážnou většinou dotázaných, dostupnost na území obce s rozšířenou působností hodnotily příznivě dvě třetiny dotázaných.

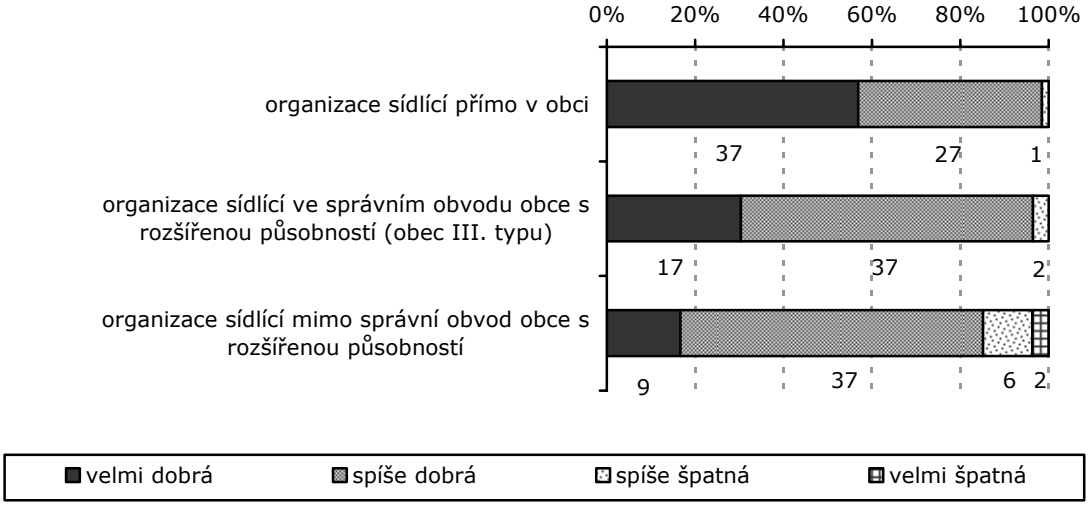
Graf č. 32 **Hodnocení dostupnosti pobytových a nepobytových sociálních služeb**



Pramen: Výzkumné šetření mezi pracovníky obecních úřadů, VÚPSV, v.v.i. 2009

Spolupráce mezi poskytovateli sociálních služeb byla výraznou většinou respondentů hodnocena příznivě, nejlépe byla hodnocena spolupráce mezi organizacemi přímo sídlícími v obci.

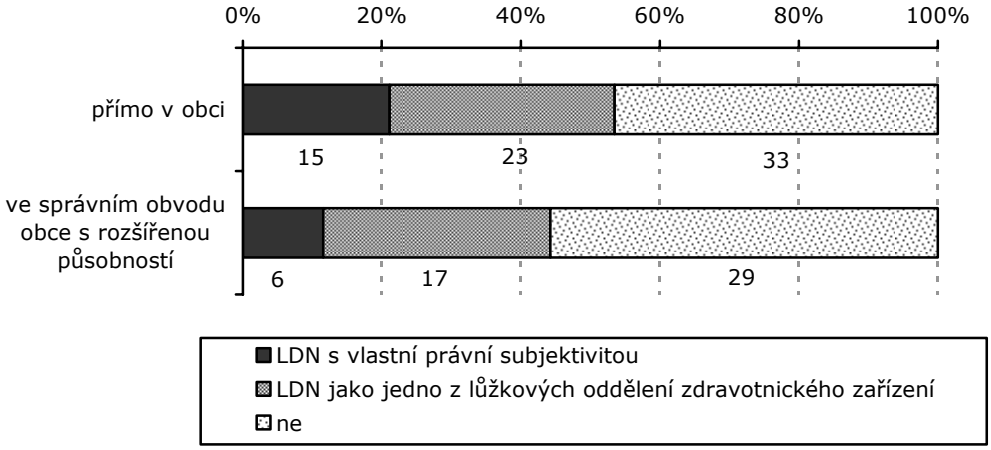
Graf č. 33 **Hodnocení spolupráce mezi poskytovateli sociálních služeb působícími v obci a v jejím okolí**



Pramen: Výzkumné šetření mezi pracovníky obecních úřadů, VÚPSV, v.v.i. 2009

Léčebna dlouhodobě nemocných se nacházela na území poloviny obcí a přibližně ve dvou pětinách jejich správních obvodů. Léčebna dlouhodobě nemocných byla častěji provozována jako jedno z lůžkových oddělení zdravotnického zařízení nežli jako zařízení s vlastní právní subjektivitou.

Graf č. 34 **Existence léčebny dlouhodobě nemocných (LDN) na území obce nebo v jejím správním obvodu**



Pramen: Výzkumné šetření mezi pracovníky obecních úřadů, VÚPSV, v.v.i. 2009

Poptávka po zřizování speciálních pobytových zařízení nebo jejich oddělení určených klientům v seniorském věku závislým na alkoholu, návykových látkách, bez přístřeší apod. byla zaznamenána ve 47 obcích (62 %). Typ zařízení nebo oddělení specifikovalo 44 respondentů. Nejčastěji uváděnými typy zařízení byly domov se zvláštním režimem (31 případů), azylové bydlení, možnost přenocování či levného ubytování (7 dotázaných) a zařízení pro osoby bez přístřeší (jde o kategorii, která odpovídá kategorii předchozí, nicméně je pojata v obecnější rovině; 6 respondentů).

Tabulka č. 94 **Typy speciálních pobytových zařízení nebo oddělení pro specifické skupiny klientů v seniorském věku**

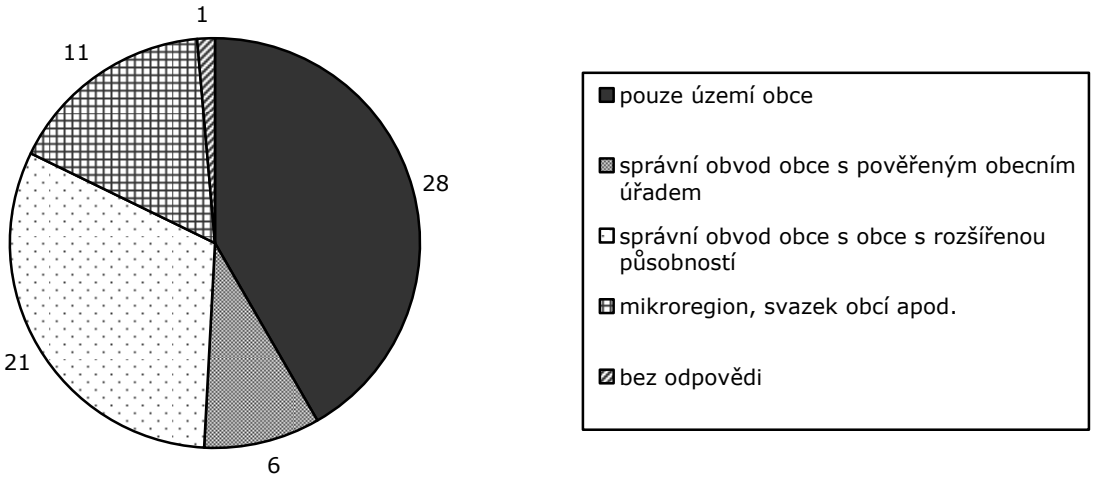
typ zařízení	četnost
domov se zvláštním režimem	31
azylový dům, noclehárna, případně levná ubytovna	7
zařízení pro seniory bez přístřeší	6
krizový pobyt, krizové bydlení (bez přístřeší, domácí násilí apod.)	2
pobytová služba pro osoby s nízkým příjmem či zcela bez příjmu (bez nároku na starobní důchod)	2
zařízení pro osoby závislé na návykových látkách a alkoholu	2
chráněné bydlení	2
odlehčovací služby	2
prevence alkoholismu, násilí na seniorech	1
zařízení určené pro klienty se zvláštními potřebami (bez bližší specifikace)	1
zvýšení kapacity existujícího domovu se zvláštním režimem	1
centrum pro občany s roztroušenou sklerózou	1
denní centrum	1
dlouhodobé chráněné bydlení pro osoby se zdravotním postižením, které nemají základní sociální návyky	1
domov pro seniory či domov pro osoby se zdravotním postižením	1
léčebna dlouhodobě nemocných	1
zařízení pro osoby mimo cílové skupiny	2

Pramen: Výzkumné šetření mezi pracovníky obecních úřadů, VÚPSV, v.v.i. 2009

Ze 75 dotázaných obcí s rozšířenou působností jich mělo zpracovaný, nebo v současnosti zpracovávalo střednědobý plán rozvoje sociálních služeb (případně komunitní plán sociálních služeb před nabytím účinnosti zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách) 67, tj. 89 %.

Území, pro něž byl plán zpracován nebo je zpracováván, nespecifikoval jeden respondent. V přibližně dvou pětinách obcí byl střednědobý plán rozvoje sociálních služeb zpracován nebo byl zpracováván pouze pro území obce. V dalších také přibližně dvou pětinách obcí plán zahrnoval území obce s pověřeným obecním úřadem nebo území obce s rozšířenou působností. Jedna šestina obcí měla plán zpracovaný nebo jej zpracovávala pro území mikroregionu či pro území obcí sdružených v rámci svazku obcí.

Graf č. 32 **Území, pro něž je zpracován nebo byl zpracováván střednědobý plán rozvoje sociálních služeb**



Pramen: Výzkumné šetření mezi pracovníky obecních úřadů, VÚPSV, v.v.i. 2009

Priority či cíle krajského střednědobého plánu rozvoje sociálních služeb neuvedlo 10 respondentů (15 %), další dva respondenti uvedli, že priority nebyly stanoveny, vzhledem k tomu, že plánování doposud probíhá. Celkově tak priority a cíle uvedlo 55 dotázaných, tj. 82 % z těch, jichž se otázka týkala. Priority byly sledovány zvlášť pro oblast sociálních služeb pro seniory, sociálních služeb pro osoby se zdravotním postižením, jiné typy sociálních služeb a priority mimo oblast sociálních služeb.

Priority týkající se sociálních služeb pro seniory uvedlo 40 dotázaných (60 %). Mezi prioritními službami pro cílovou skupinu seniorů byly nejčastěji uvedeny pečovatelská služba, domov pro seniory, osobní asistence a centra denních služeb.

Tabulka č. 95 **Přehled priorit týkajících se sociálních služeb pro seniory**

priorita	**četnost**
sociální služby podle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách	
pečovatelská služba	18
domov pro seniory	17
osobní asistence	10
centrum denních služeb	10
odlehčovací služby	8
denní stacionář	7
domov se zvláštním režimem	6
sociálně aktivizační služby pro seniory a osoby se zdravotním postižením	4
dům s pečovatelskou službou	3
jinak specifikované sociální služby (obecnější či naopak konkrétní specifikace)	
pobytové sociální služby	8
terénní služby všeobecně	7
sociální služby zaměřující se na seniory a osoby se zdravotním postižením všeobecně	4
zařízení pro osoby s Alzheimerovou chorobou, oddělení pro osoby s Alzheimerovou chorobou v domově pro seniory	2
ambulantní služby všeobecně	2
stacionář	1

Pramen: Výzkumné šetření mezi pracovníky obecních úřadů, VÚPSV, v.v.i. 2009

Priority týkající se sociálních služeb pro osoby se zdravotním postižením uvedlo 26 dotázaných (39 %). Nejčastěji uváděnými typy sociálních služeb byly chráněné bydlení a osobní asistence.

Tabulka č. 96 **Přehled priorit týkajících se sociálních služeb pro osoby se zdravotním postižením**

priorita	**četnost**
sociální služby podle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách	
chráněné bydlení	10
osobní asistence	9
odlehčovací služby	6
služby sociální rehabilitace	5
sociálně aktivizační služby pro seniory a osoby se zdravotním postižením	5
denní stacionář	4
podpora samostatného bydlení	4
raná péče	4
centrum denních služeb	2
průvodcovské a tlumočnické služby	2
tísňová péče	1
pečovatelská služba	1
jinak specifikované sociální služby či obecnější cíle	
integrace osob se zdravotním postižením všeobecně	3
podpora svépomocných skupin	3
sociální služby zaměřující se na seniory a osoby se zdravotním postižením všeobecně	2
stacionář	2
terénní služby všeobecně	2
ambulantní služby všeobecně	2
pobytové sociální služby	1

Pramen: Výzkumné šetření mezi pracovníky obecních úřadů, VÚPSV, v.v.i. 2009

Tři dotázaní uvedli priority týkající se sociálních služeb pro jiné cílové skupiny (nízkoprahové zařízení pro děti a mládež - 3x; rodinné centrum - 1x) a devět respondentů priority týkající sociálních služeb podle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, jež nemají jednoznačnou vazbu k žádné konkrétní cílové skupině (obecně ambulantní, terénní a pobytové sociální služby bez specifikace cílové skupiny - 3x; odborné sociální poradenství - 4x; telefonická krizová pomoc - 1x; informační centrum - 1x).

Mezi prioritami, které se netýkaly konkrétních sociálních služeb či s nimi těsně souvisejících oblastí, byly nejčastěji uváděny priority týkající se procesů plánování rozvoje sociálních služeb (20 dotázaných), podpory bezbariérovosti na území obce (14 dotázaných) a zvyšování informovanosti občanů o sociálních službách (12).

Tabulka č. 97 **Přehled priorit, které se netýkaly konkrétních sociálních služeb**

priorita	**četnost**
pokračování plánování rozvoje sociálních služeb, obecně udržení, rozvoj či optimalizace sítě sociálních služeb, zajištění dostupnosti apod.	20
podpora bezbariérovosti na území obce	14
informovanost občanů o sociálních službách	12
bydlení pro seniory, sociální bydlení pro seniory, bytová problematika	6
dietní stravování pro seniory a osoby se zdravotním postižením	2
podpora zaměstnávání znevýhodněných osob, pracovní rehabilitace	4
domácí ošetřovatelská péče	4
doprava pro zdravotně postižené	3
hospicové služby (včetně domácí hospicové péče)	3
komplexní systém sociální pomoci (priority týkající se integrace potřebných osob zahrnující jejich aktivizaci, dostupnost sociálních a zdravotních služeb, dostupnost informací, bezpečnost apod.)	1
podpora rodinné politiky (hlídání dětí)	1
bezpečnost	1
azylové ubytování a následné služby pro seniory	1
vzdělávací programy pro zdravotně postižené	1

Pramen: Výzkumné šetření mezi pracovníky obecních úřadů, VÚPSV, v.v.i. 2009

Stěžejní návrhy či opatření pro oblast sociálních služeb pro seniory a osoby se zdravotním postižením většinou odrážely snahu podpořit rozvoj prioritních sociálních služeb či oblastí. Návrhy tak převážně kopírovaly předchozí odpověď nebo jí v některých ohledech dále konkretizovaly a doplňovaly. Pozornost byla také věnována více dopadům chystaných opatření na síť sociálních služeb. Při vyhodnocení odpovědí respondentů proto také nebyla pozornost věnována již konkrétní oblasti, jíž se týkaly (k tomu viz výše), ale jejich obecnější povaze, předpokládaným dopadům na síť sociálních služeb či realizační formě.

Odpověď na otázku neuvedlo 19 dotázaných (28 % respondentů, jichž se odpověď týkala). V dalších čtyřech případech nebyly návrhy či opatření doposud stanoveny, vzhledem k tomu, že plánování stále probíhalo. Celkově tak odpověď uvedlo 44 dotázaných (66 %)

Nejčastějším předpokládaným dopadem měl být rozvoj stávajících sociálních služeb (21 respondentů). Velmi často byla specifikována finanční opatření, okruh prostředků pro financování potřebných opatření či mechanismy a cíle finanční povahy. V řadě případů (17 dotázaných) byly opětovně uvedeny priority zmíněné již v předchozí otázce bez toho, aby bylo specifikováno zaměření předpokládaných opatření. Šestnáct respondentů uvedlo mezi prioritami vznik nových sociálních služeb a čtrnáct zajištění udržitelnosti existujících služeb. Opakovaně byla uvedena také opatření, která by měla přispět k dosažení bezbariérového prostředí v obci (12) či lepší informovanosti občanů (9).

Tabulka č. 98 **Stěžejní opatření střednědobého plánu rozvoje sociálních služeb podle jejich předpokládaných dopadů a realizační formy**

dopady opatření, realizační forma nástroje (kategorie zahrnují všeobecná opatření v oblasti sociálních služeb i opatření vztahující se k prioritním službám)	**četnost**
rozvoj stávajících služeb (zvýšení kapacity, rozšíření služby, prodloužení doby poskytování, zkvalitnění poskytované služby), rozvoj sítě sociálních služeb a jejich provázanosti včetně transformace pobytových sociálních služeb (integrace, humanizace, individualizace)	21
specifikace finančního rámce opatření (podporované oblasti, zdroje prostředků a jejich využívání, stanovený finanční rámec, mechanismy podpory, víceleté financování, nákladnost stávajících pobytových služeb, problematika kvalitního fundraisingu, finanční schémata kraje podporující podle názoru respondenta prioritně krajská zařízení či požadavek spoluúčasti obcí, pro jejichž obyvatele jsou služby poskytovány apod.)	19
obecná formulace priority bez uvedení opatření (důstojné bydlení, podpora života v domácím prostředí, bydlení a zaměstnávání osob zdravotně postižených apod.) nebo uvedení podporovaných služeb bez specifikace účelu jejich podpory (udržení či rozvoj existujících nebo vznik nových služeb)	17
vznik nových služeb	16
zajištění udržitelnosti existujících služeb, zajištění fungující sítě sociálních služeb	14
dosažení bezbariérovosti, usnadnění pohybu v obci (včetně slev v městské hromadné dopravě a parkování zdarma pro osoby se zdravotním postižením)	12
informování občanů, zvýšení informovanosti o sociálních službách (tisk, katalog poskytovatelů, preventivní přednášky Městské policie ke zvýšení bezpečnosti seniorů a osob se zdravotním postižením apod.)	9
rekonstrukce, stavební úpravy	5
zajištění procesů plánování rozvoje sociálních služeb (koordinace aktivit, analýzy, spolupráce s poskytovateli, informování veřejnosti apod.)	5
optimalizace stávajícího uspořádání sociálních služeb (spojení dvou domovů s pečovatelskou službou, efektivní poskytování sociálních služeb)	2

Pramen: Výzkumné šetření mezi pracovníky obecních úřadů, VÚPSV, v.v.i. 2009

Nejvyšší objem nezbytných investičních prostředků do pobytových služeb v horizontu do roku 2015 vyžadovaly jiné než v dotazníku sledované typy investic (medián 80,0 milionů Kč). Následovaly investice do modernizace zařízení (20 milionů Kč).

Tabulka č. 99 **Odhadovaná výše nezbytných investičních prostředků do pobytových sociálních služeb organizace v časovém horizontu do roku 2015 měřená mediánovou hodnotou**

způsob využití investičních prostředků	**medián ***
za účelem modernizace zařízení	20 000 000 Kč
individualizace (např. větší soukromí klientů)	10 000 000 Kč
zajištění bezbariérovosti vlastních prostor zařízení a okolí	10 000 000 Kč
jiné	80 000 000 Kč

Pramen: Výzkumné šetření mezi pracovníky obecních úřadů, VÚPSV,v.v.i. 2009

* Polovina uvedených údajů je nižší než tato hodnota, polovina naopak vyšší. Údaj nevypovídá o průměrné hodnotě na zařízení, ale o střední uváděné hodnotě. Oproti průměru však nemůže být výrazněji vychýlen pouze několika vysokými hodnotami.

Jako nejčastější jiný než v dotazníku uvedený účel investice byly uváděny výstavba nových zařízení (13 dotázaných) a rozšíření stávajících zařízení za účelem navýšení kapacity (4).

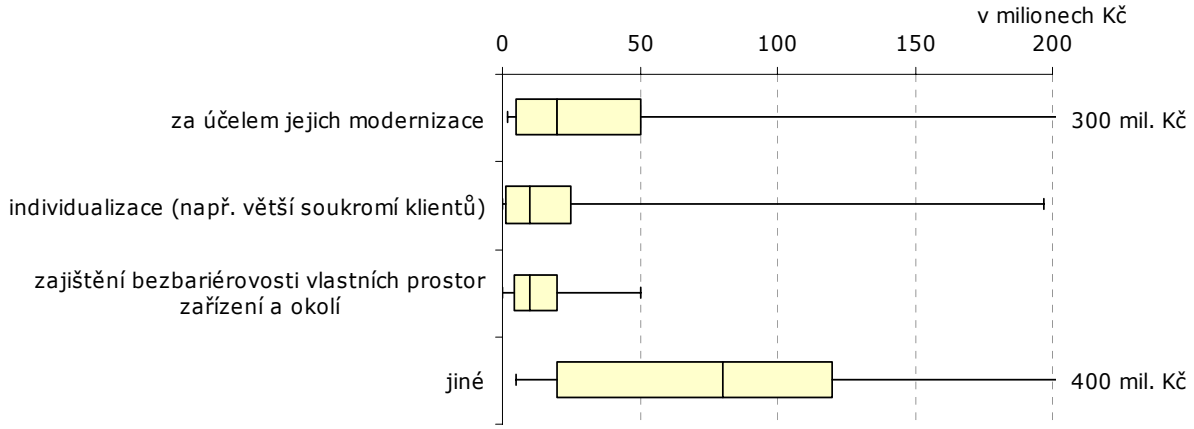
Tabulka č. 100 **Jiný než v dotazníku uvedený účel předpokládaných nezbytných investic**

účel investice	četnost
výstavba nového zařízení / nových zařízení	13
rozšíření stávajících zařízení za účelem navýšení kapacity	4
celková rekonstrukce zajišťující bezbariérovost (nejen bezbariérové přístupy, ale i chodníky, výtahy apod.)	1
investice potřebné pro transformaci pobytových sociálních služeb (rekonstrukce, stavba domů, koupě bytů apod.)	1
přístrojová vybavenost zařízení	1
rekonstrukce	1
rekonstrukce technického zázemí, vhodnějšího architektonické řešení budov	1

Pramen: Výzkumné šetření mezi pracovníky obecních úřadů, VÚPSV, v.v.i. 2009

U všech sledovaných položek byl nicméně zaznamenán značný rozptyl uváděných hodnot a odhady, které se od mediánové hodnoty lišily výrazně. Maximální odhadovaná výše nezbytných investic za jiným účelem činila 400 milionů Kč, maximální odhadovaná výše nezbytných investic za účelem modernizace 300 milionů Kč a maximální odhadovaná výše nezbytných investic za účelem individualizace služeb 197 milionů Kč. Ve všech těchto případech tři čtvrtiny respondentů odhadovaly nezbytné investice nižší než 10-15 milionů Kč. V případě nezbytných investic do zajištění bezbariérovosti činil maximální odhad 40 milionů korun a u tří čtvrtin respondentů se výše nezbytných investic za tímto účelem pohybovala do 3 milionů Kč.

Graf č. 33 **Rozložení základních statistických údajů o odhadované výši nezbytných investičních prostředků do pobytových sociálních služeb organizace v časovém horizontu do roku 2015 (v milionech Kč) podle účelu, na nějž by měly být vynaloženy***



Pramen: Výzkumné šetření mezi pracovníky obecních úřadů, VÚPSV, v.v.i. 2009

* Rozložení hodnot charakterizuje pět základních statistických veličin: nejnižší uvedená hodnota (zarážka ukončující čáru nalevo od sloupce), první kvartil (mezi ním a minimem se nachází čtvrtina nejnižších hodnot; v grafu jej indikuje počátek sloupce, tj. jeho levý okraj), mediánová hodnota (dělící linie rozdělující sloupec na dvě části), třetí kvartil (mezi ním a maximem se nachází čtvrtina nejvyšších hodnot; v grafu jej indikuje konec sloupce, tj. jeho pravý okraj) a nejvyšší uvedená hodnota (zarážka ukončující čáru zprava).

První a třetí kvartil ohraničují oblast centrálních hodnot. Čím je tato oblast "užší", tím se více tyto hodnoty blíží mediánu. Vzdálenosti mezi minimem a 1. kvartilem, respektive mezi 3. kvartilem a maximem vyjadřují šířku škály čtvrtiny nejnižších, respektive čtvrtiny nejvyšších hodnot. Čím jsou "kratší", tím je škála těchto hodnot užší a minimální, respektive maximální hodnoty jsou vzhledem k mediánu méně extrémní (ani v případě většího výskytu extrémních hodnot však není hodnota mediánu těmito extrémy ovlivňována, jako je tomu u průměru).

4.3 Shrnutí výsledků terénních šetření

V rámci **výzkumného šetření mezi poskytovateli sociálních služeb** bylo dotázáno 156 poskytovatelů sociálních služeb. Nejčastěji poskytovanými typy sociálních služeb v dotázaném vzorku byly domovy pro seniory (85) a domovy pro osoby se zdravotním postižením (53). I přes nejvyšší počty pracovníků hodnotili počet pracovníků nejkritičtěji poskytovatelé domovů pro seniory, domovů se zvláštním režimem a domovů pro osoby se zdravotním postižením (spokojenost s počtem pracovníků vyjádřila pouze třetina poskytovatelů těchto sociálních služeb).

Čtyři pětiny pracovníků dotázaných zařízení sociálních služeb tvořili zaměstnanci se středním odborným vzděláním (ve srovnatelné míře se jednalo o střední odborné vzdělání ukončené maturitou a obory bez maturity). Osoby s vysokoškolským nebo vyšším odborným vzděláním tvořily přibližně desetinu zaměstnanců. Podíl pracovníků s rekvalifikací byl nejvyšší u osob se základním vzděláním a se středním odborným vzděláním bez maturity (v obou případech 84 %).

Přibližně třetinu finančních prostředků získali dotázaní poskytovatelé sociálních služeb v roce 2008 z dotací od ministerstev. Čtvrtina prostředků byla získána formou úhrad od klienta za pobyt a další pětina z příspěvků na péči klientů zařízení.

Nejvyšší počet klientů bez přiznaného příspěvku na péči byl zaznamenán u pečovatelské služby (64 %) a chráněného bydlení (50 %). V domovech pro seniory nepobírala příspěvek na péči přibližně pětina klientů (17 %), u ostatních sledovaných typů sociálních služeb se počet klientů bez příspěvku na péči pohyboval kolem pěti procent. Klienti s prvním, druhým, třetím a čtvrtým stupněm příspěvku na péči byli u všech sledovaných typů sociálních služeb zastoupeni přibližně rovnoměrně. Klienti ze vzdálenějších obcí většinou nepředstavovali významnější část klientely zařízení.

Podle odhadu téměř poloviny respondentů by v domácím prostředí při možnosti využití pečovatelské služby byla schopná žít méně než desetina jejich klientů. Podle čtyř pětin respondentů by života v domácím prostředí při možnosti využití pečovatelské služby byla schopna nejvýše čtvrtina jejich klientů.

Nejširší, celorepublikovou působnost měla třetina dotázaných poskytovatelů, působení poloviny poskytovatelů pokrývalo území kraje. Průměrná čekací doba měřená mediánovou hodnotou byla nejdelší u domovů pro soby se zdravotním postižením (21 měsíců). Délka čekací doby se nejvíce lišila u domovů pro seniory (od 0 do 96 měsíců), domovů pro osoby se zdravotním postižením (0; 60), domovů se zvláštním režimem (1; 60) a chráněného bydlení (9; 60).

Ze tří vybraných okolností (nedostatečná kapacita služeb, klienti nevědí o službě, finanční nedostupnost služeb) představovala pro klienty nejvýraznější překážku v přístupu ke službám nedostatečná kapacita služeb. Nejmenší překážkou ze sledovaných okolností byla finanční nedostupnost služeb.

Podíl organizací, které byly nuceny odmítnout žadatele o jimi poskytované služby, přesahoval čtyři pětiny dotázaných. Tento poměr byl nejvyšší u poskytovatelů provozujících domovy pro osoby se zdravotním postižením a domovy pro seniory.

Nejnižší byl naopak u poskytovatelů provozujících pečovatelskou službu. Z pěti v dotazníku sledovaných důvodů odmítnutí žadatele byl nejčastěji uváděn "charakter požadavku zájemce (zařízení neposkytuje poptávanou sociální službu, odlišné zaměření služby)", velmi často uváděna byla také "nedostatečná kapacita služby" a "zdravotní kontraindikace klienta". Nejvyšší počet zájemců o službu byl odmítnut z důvodu nedostatečné kapacity služby.

Dvě pětiny ze všech dotázaných poukázaly na problémy týkající se zajištění dostatku finančních prostředků. Čtvrtina dotázaných se věnovala problémům při personálním zajištění služby a další otázky týkající se provozu zařízení a poskytování služeb uvedla šestina dotázaných. Šestinou respondentů byly uvedeny problémy týkající se různých nefinančních aspektů fungování systému sociálních služeb.

Převážná část respondentů, kteří mezi potížemi zařízení uvedli nedostatek financí, již bližší okolnosti tohoto problému nespecifikovala. Velice častá ovšem byla také finanční nejistota a problémy se zajištěním provozu organizace. Opakovaně byl zmíněn nedostatek finančních prostředků na investice a mzdových prostředků na přijetí zaměstnanců. V souvislosti se systémem financování byla nejčastěji mezi problémy uvedena dotační politika, nízká spoluúčast klientů, úhrady zdravotních pojišťoven či vztah zřizovatele k zařízení.

Mezi nefinančními aspekty, které byly hodnoceny jako problematické, byla uvedena především značná administrativní zátěž. V jednom případě bylo poukázáno na skutečnost, že vysoká administrativní zátěž se dotýká pracovníků přímo pečujících o klienty a značně komplikuje hlavní smysl jejich pracovní činnosti. Opakovaně byly zmíněny problémy vyplývající ze současné legislativy. V souvislosti s provozem zařízení a podmínkami poskytování sociální služby v zařízení byly zmiňovány především nevyhovující prostory.

Z hlediska fungování sítě služeb a jejich návaznosti byla stěžejním problémem nedostačující spolupráce se zdravotnickými zařízeními. Opakovaně byla kritizována také špatná návaznost různých typů služeb a nedostatek praktických lékařů nebo jiných specialistů.

V rámci **výzkumného šetření mezi vedoucími pracovníky krajských úřadů** bylo získáno 9 vyplněných dotazníků. Z vybraných 10 typů sociálních služeb a jedné služby zdravotní pro seniory a osoby se zdravotním postižením byl kraj nejčastěji zřizovatelem domovů pro osoby se zdravotním postižením, domovů pro seniory a domovů se zvláštním režimem.

Nízký počet získaných odpovědí značně komplikoval možnosti vyhodnocení některých údajů (čekací doba na přijetí do zařízení, počty uživatelů sociálních služeb a počty žadatelů o sociální služby). Důvodem v tomto případě nebyl pouze nízký počet oslovených a nízký počet respondentů, ale také skutečnost, že existující statistické evidence kraje často nezahrnovaly údaje zjišťované v rámci šetření. Odpovědi tak byly často získány jen od několika málo respondentů, což prakticky znemožňovalo snahu o jejich zhodnocení. Příslušné pasáže proto sledovaly spíše cíl ilustrovat okruh uváděných údajů. Vodítkem pro tuto rámcovou ilustraci uváděných hodnot byl interval vymezený minimální a maximální uvedenou hodnotou, popřípadě konkrétní uváděné hodnoty.

Ze čtyř vybraných typů pobytových zařízení sociálních služeb byla nejdelší průměrná čekací doba zaznamenána v krajem zřizovaných domovech pro seniory (64 měsíců) a v krajem zřizovaných domovech pro osoby se zdravotním postižením (60

měsíců). Ve vybraných nepobytových zařízeních sociálních služeb zpravidla čekací doba nebyla žádná nebo byla uvedena maximální čekací doba mezi jedním až třemi měsíci.

Údaje o počtu uživatelů využívajících sociální služby v pobytových a v nepobytových zařízeních sociálních služeb ve všech zařízeních kraje i v krajem zřizovaných zařízeních se podařilo získat pouze od dvou respondentů. Odpovědi obou těchto dotázaných naznačovaly, že převážná většina uživatelů nepobytových sociálních služeb (u cílové skupiny seniorů i cílové skupiny osob se zdravotním postižením) využívá sociálních služeb v zařízeních s jiným zřizovatelem. Naopak, v případě pobytových sociálních služeb byl zaznamenán vyšší podíl uživatelů využívajících sociálních služeb v zařízeních zřizovaných krajem (byť v případě cílové skupiny osob se zdravotním postižením se podíl uváděný dotázanými respondenty značně lišil).

Hodnocení tří vybraných charakteristik sítě sociálních služeb (územní dostupnost sociálních služeb, jejich materiální vybavenost a kapacita) bylo v případě pobytových sociálních služeb srovnatelné. U nepobytových sociálních služeb byla nejpříznivěji hodnoceným parametrem kapacita. Tento parametr tak byl u nepobytových sociálních služeb hodnocen příznivěji než u služeb pobytových, hodnocení obou dalších parametrů bylo u pobytových i nepobytových sociálních služeb srovnatelné.

Poptávka po zřizování speciálních pobytových zařízení nebo jejich oddělení určených klientům v seniorském věku závislým na alkoholu, návykových látkách, bez přístřeší apod. byla zaznamenána v osmi z devíti dotazovaných krajích.

Krajské střednědobé plány rozvoje sociálních služeb obsahovaly ve čtyřech krajích priority či cíle týkající se celé oblasti sociálních služeb nebo procesů spojených s plánováním rozvoje sociálních služeb. V dalších čtyřech byly uvedeny priority či cíle zvlášť pro skupinu seniorů a osob se zdravotním postižením a jeden dotázaný specifikoval pouze priority týkající se osob se zdravotním postižením.

V případě priorit a cílů týkajících se celé oblasti sociálních služeb byl v jednom případě vyjádřen obecný cíl zajistit poskytování sociálních služeb, v dalším byla uvedena konkrétní prioritní sociální služba (týdenní stacionáře) a v dalším bylo uvedeno více priorit zahrnujících např. upřednostnění terénních služeb před službami rezidenčními, podporu plánování rozvoje sociálních služeb v obcích či podporu vzniku chybějících sociálních služeb.

Mezi prioritami a cíli v oblasti sociálních služeb pro cílovou skupinu seniorů byly uváděny stabilizace, případně rozšíření či zkvalitnění stávajících služeb (např. v oblasti nabídky kulturních, zábavních či vzdělávacích aktivit), snaha o zajištění návaznosti mezi jednotlivými typy sociálních služeb, důraz na terénní nebo ambulantní služby či podpora obcí a poskytovatelů. Mezi konkrétními prioritními typy sociálních a zdravotních služeb byly uvedeny např. pečovatelská služba, osobní asistence, domácí hospicová péče, odlehčovací služby, denní stacionáře a v některých případech také pobytové sociální služby.

Také v oblasti sociálních služeb pro cílovou skupinu osob se zdravotním postižením byly mezi prioritami uváděny stabilizace, případně rozšíření či zkvalitnění stávajících služeb, snaha o zajištění návaznosti mezi jednotlivými typy sociálních služeb či důraz na terénní nebo ambulantní služby. Mezi konkrétními prioritními typy sociálních či jiných služeb byly uvedeny např. chráněné bydlení, podpora samostatného bydlení, sociálně terapeutické dílny, pečovatelská služba, osobní asistence, odborné sociální poradenství, odlehčovací služby, půjčování kompenzačních pomůcek či vzdělávání osob se zdravotním postižením.

V rámci **výzkumného šetření mezi pracovníky obcí s rozšířenou působností** bylo získáno 75 dotazníků z 205 obeslaných obecních úřadů. Velikostní struktura zkoumaného vzorku odpovídala velmi přesně celkové velikostní struktuře obcí s rozšířenou působností.

V polovině dotázaných obcí bylo osob ve věku 65 let a starších méně než dva tisíce. V další třetině obcí se počet osob v této věkové skupině pohyboval mezi dvěma až pěti tisíci.

U více než poloviny dotázaných obcí byl počet držitelů průkazu TP a ZTP/P nižší než 200 a v necelé polovině případů byl počet držitelů průkazů ZTP nižší než 500.

Pětina dotázaných obcí s rozšířenou působností nebyla zřizovatelem žádné služby, více než polovina dotazovaných obcí byla zřizovatelem jedné nebo dvou sociálních nebo zdravotních služeb pro cílové skupiny seniorů a osob se zdravotním postižením. Více než dvě třetiny dotázaných obcí byly zřizovatelem zařízení poskytujících pečovatelskou službu. Třetina obcí byla zřizovatelem domovů pro seniory a pětina obcí zřizovatelem denních stacionářů.

Ze čtyř vybraných typů pobytových zařízení sociálních služeb byla nejdelší průměrná čekací doba zaznamenána v obcemi zřizovaných domovech se zvláštním režimem (72 měsíců) a v domovech pro seniory s jiným zřizovatelem (72 měsíců).

Nejdelší maximální zjištěná hodnota průměrné čekací doby u nepobytových zařízení sociálních služeb byla zaznamenána u pečovatelské služby, jež byla zajišťována zařízením zřizovaným obcí (24 měsíců). U center denních služeb (údaj za všechna zařízení tohoto typu) činila maximální zjištěná délka průměrné čekací doby 10 měsíců.

Podle pětiny dotázaných by při možnosti využití terénních sociálních služeb byla schopna života v domácím prostředí nejvýše jedna desetina žadatelů o pobytové sociální služby z cílové skupiny seniorů. Nejvýše desetina osob se zdravotním postižením by za těchto podmínek byla schopna života v domácím prostředí podle více než dvou pětin dotázaných. Nejvýše čtvrtina žadatelů z cílové skupiny seniorů, respektive osob se zdravotním postižením by byla schopna života v domácím prostředí podle dvou pětin, respektive podle tří pětin dotázaných.

Dostupnost pobytových sociálních služeb byla hodnocena příznivě přibližně polovinou dotázaných. Mírně příznivěji byla hodnocena dostupnost na samotném území obce než na území obce s rozšířenou působností. Dostupnost nepobytových sociálních služeb na území obce byla příznivě hodnocena převážnou většinou dotázaných, dostupnost na území obce s rozšířenou působností hodnotily příznivě dvě třetiny dotázaných.

Spolupráce mezi poskytovateli sociálních služeb byla výraznou většinou respondentů hodnocena příznivě, nejlépe byla hodnocena spolupráce mezi organizacemi přímo sídlícími v obci.

Léčebna dlouhodobě nemocných se nacházela na území poloviny obcí a přibližně ve dvou pětinách jejich správních obvodů. Léčebna dlouhodobě nemocných byla častěji provozována jako jedno z lůžkových oddělení zdravotnického zařízení nežli jako zařízení s vlastní právní subjektivitou.

Poptávka po zřizování speciálních pobytových zařízení nebo jejich oddělení určených klientům v seniorském věku závislým na alkoholu, návykových látkách, bez přístřeší apod. byla zaznamenána ve třech pětinách obcí. Nejčastěji uváděnými typy zařízení byly domov se zvláštním režimem, azylové bydlení, možnost přenocování či levného ubytování a zařízení pro osoby bez přístřeší (jde o kategorii, která odpovídá kategorii předchozí, nicméně je pojata v obecnější rovině).

Ze 75 dotázaných obcí s rozšířenou působností jich mělo zpracovaný nebo v současnosti zpracovávalo střednědobý plán rozvoje sociálních služeb (případně komunitní plán sociálních služeb před nabytím účinnosti zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách) 67, tj. 89 %

Území, pro něž byl plán zpracován nebo je zpracováván, nespecifikoval jeden respondent. V přibližně dvou pětinách obcí byl střednědobý plán rozvoje sociálních služeb zpracován nebo byl zpracováván pouze pro území obce. V dalších také přibližně dvou pětinách obcí plán zahrnoval území obce s pověřeným obecním úřadem nebo území obce s rozšířenou působností. Jedna šestina obcí měla plán zpracovaný nebo jej zpracovávala pro území mikroregionu či pro území obcí sdružených v rámci svazku obcí.

Mezi prioritními službami pro cílovou skupinu seniorů byly nejčastěji uvedeny pečovatelská služba, domov pro seniory, osobní asistence a centra denních služeb.

Nejčastěji uváděnými typy sociálních služeb pro cílovou skupinu osob se zdravotním postižením byly chráněné bydlení a osobní asistence.

Mezi prioritami, které se netýkaly konkrétních sociálních služeb či s nimi těsně souvisejících oblastí, byly nejčastěji uváděny priority týkající se procesů plánování rozvoje sociálních služeb, podpory bezbariérovosti na území obce a zvyšování informovanosti občanů o sociálních službách.

5. Návrhy opatření

Při koncipování návrhu opatření vedoucích ke stimulaci a rozvoji terénních a ambulantních sociálních služeb, k zajištění dostupnosti a návaznosti zdravotních a sociálních služeb a k posílení odpovědnosti obcí za jejich poskytování je nutno vycházet z toho, že sociální služby je nutno chápat především jako ekonomickou kategorii, a proto je třeba nastavit takový systém jejich financování, který by vytvořil základní předpoklady pro jejich efektivní poskytování.

Je zřejmé, že při hodnocení efektivnosti systému financování a poskytování sociálních služeb je nutno uplatnit jiné pohledy na hodnocení efektivnosti služeb sociální péče, jiné pohledy na služby sociální prevence i na poradenské služby. Současně je třeba mít na zřeteli, že jiná hlediska se musí uplatňovat při hodnocení efektivnosti systému financování a poskytování sociálních služeb z pohledu státu, jiná z pohledu krajů, měst a obcí jako zřizovatelů převážné většiny jednotlivých zařízení, jiná z pohledu nestátních neziskových organizací, jiná hlediska při hodnocení efektivnosti uplatňují i klienti jako uživatelé jednotlivých sociálních služeb.[82]

Na charakteristiku stávajícího systému financování a poskytování sociálních služeb má z pohledu státu i z pohledu ostatních subjektů vliv celá řada kritérií a faktorů, z nichž k nejvýznamnějším patří:

- kritéria pro stanovení míry závislosti,
- struktura uživatelů jednotlivých typů sociálních služeb z hlediska míry jejich závislosti,
- kritéria pro přiznávání dotací ze strany státu (MPSV) a zřizovatele,
- přístup zdravotních pojišťoven k financování poskytované ošetřovatelské a rehabilitační zdravotní péče v pobytových zařízeních,
- kritéria pro stanovení výše úhrad uživatele služby za pobyt a stravu v pobytových zařízeních sociálních služeb a za jednotlivé úkony ambulantních a terénních služeb.

Při hodnocení efektivnosti nelze opomenout ani vliv rozdílné úrovně vybavenosti jednotlivých regionů sociálními službami, který významným způsobem determinuje možnosti optimálního uspokojení potřeb klienta v závislosti na jeho celkové sociální situaci,[83] opomenout nelze ani skutečnost, že významným způsobem je výše provozních nákladů jednotlivých zařízení determinována stářím jednotlivých budov[84] a personálním vybavením jednotlivých zařízení,[85] pozornost je nutno věnovat i velikosti jednotlivých sídel[86] a hlavním vývojovým trendům, které jsou uplatňovány při jejich rozvoji v evropských zemích.

---

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

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

[84] viz Průša, L. *Efektivnost financování sociálních služeb v domovech pro seniory*. Praha: VÚPSV, v.v.i. 2008. ISBN 978-80-7416-018-9

[85] např. podle *Studie mapující vývoj investic v oblasti zabezpečení kapacit domovů pro seniory do roku 2015 v Jihočeském kraji.* České Budějovice: KP projekt, 2008 připadá v Jihočeském kraji na jednoho pracovníka v přímé péči od 10,2 lůžek (domov pro seniory Chvalkov) do 1,77 lůžek (Prácheňské sanatorium, o.p.s.)

[86] viz *Velikostní struktura obcí v České republice podle výsledků Sčítání lidu 2001*. Demografie č. 4/2004. ISSN 0011-8265

V tomto smyslu je proto třeba mít mj. na zřeteli pojetí efektivnosti v ekonomické teorii. Je potřeba se uvědomit, že "efektivnost znamená absenci plýtvání neboli co nejefektivnější užívání zdrojů ekonomiky k uspokojování potřeb a přání lidí",[87] že je to "takové použití ekonomických zdrojů, které přináší maximální úroveň uspokojení dosažitelnou při daných vstupech a technologiích".[88] V tomto smyslu nelze ani opomenout, že "efektivní trh je takový trh, na kterém jeho účastníci rychle vstřebávají všechny nové informace a ihned je bezprostředně zahrnují do tržních cen".[89]

Z pohledu kraje je významným aspektem, který limituje jeho možnosti ovlivnit efektivnost systému financování a poskytování sociálních služeb skutečnost, že stát (ministerstvo) svým právním předpisem (v tomto případě vyhláškou) stanoví maximální výši úhrady za pobyt a stravování v pobytových a ambulantních zařízeních a výši úhrad za jednotlivé úkony terénních a ambulantních služeb. Tato skutečnost je v situaci, kdy:

- sociální služby poskytují organizace zřízené především samosprávnými orgány krajů, měst a obcí a nestátními neziskovými organizacemi,
- sociální služby jsou poskytovány na základě smlouvy mezi poskytovateli a uživateli,
- výše úhrad klienta za některé úkony zejména v oblasti terénních a ambulantních služeb stanovena na úrovni, která neodpovídá výši vynaložených nákladů,

v podstatě dalším nástrojem ochrany klienta ze strany státu, přičemž je třeba si uvědomit, že k tomuto účelu má stát v zákoně definovány jiné nástroje (registrace poskytovatelů sociálních služeb, standardy kvality sociálních služeb, inspekce sociálních služeb, povinnost celoživotního vzdělávání sociálních pracovníků). Výše těchto úhrad je přitom stanovena na takové úrovni, že ex ante předpokládá participaci dalších subjektů na financování sociálních služeb formou dotací. Na dotaci podle rozpočtových pravidel však neexistuje právní nárok, což zpětně limituje rozvojové programy jednotlivých poskytovatelů sociálních služeb a ve svém důsledku vede ke stagnaci celého systému. Přitom si je potřeba uvědomit, že v rámci registrace musí každý poskytovatel předložit "finanční rozvahu k zajištění provozu",[90] což ve svém důsledku znamená, že stát i tak má dohled nad výší úhrad uživatelů za poskytované služby. Z tohoto pohledu lze proto stanovit tezi, že efektivní je jak z pohledu státu, tak i z pohledu zřizovatele taková služba sociální péče, kdy výše úhrady klienta za poskytovaný typ služby spolu s výší příspěvku na péči a úhradou zdravotní péče od zdravotní pojišťovny uhradí průměrné celostátní náklady daného typu služby s tím, že v případě odůvodněně vyšších nákladů v konkrétním zařízení by tento rozdíl mohl být uhrazen zřizovatelem služby.[91]

Dříve provedené analýzy efektivnosti jednotlivých prvků systému financování a poskytování sociálních služeb doporučily v tomto smyslu realizovat tato opatření:[92]

- změnit systém výplaty příspěvku na péči tak, aby byl příjemcům v I. a II. stupni závislosti poskytován (tedy především u terénních a stacionárních zařízení) ve formě poukázek (občanovi by byl přiznán příspěvek na péči ve formě věcné dávky

[87] viz Samuelson, P.A. - Nordhaus, W. D. *Ekonomie.* Praha: Svoboda, 1991. ISBN 80-205-0192-4. str. 27

[88] tamtéž str. 968

[89] tamtéž str. 252

[90] viz § 79, odst. 5, písm. d) bod 8 zákona č. 118/2006 Sb., o sociálních službách, v platném znění

[91] podrobněji viz Průša, L. *Je nový systém financování sociálních služeb pro staré občany efektivní?* Národohospodářský prostor č. 3/2009. ISSN 1213-2446

[92] viz Průša, L. *Efektivnost financování sociálních služeb v domovech pro seniory.* Praha: VÚPSV, v.v.i. 2008

- poukázky na službu a registrovanému poskytovateli, u něhož si občan službu vybral, by byla proplacena obcí s rozšířenou působností), popř. zavést kombinovaný způsob výplaty příspěvku, kdy jeho větší část (cca 2/3-3/4) by byla vyplácena ve formě poukázek a pouze zbytek ve finanční hotovosti,
- změnit systém výplaty příspěvku na péči v pobytových zařízeních tak, aby poskytovatel služby byl ze zákona příjemcem příspěvku na péči,
- zjednodušit správní řád (resp. zvolit speciální úpravu jeho některých ustanovení) tak, aby se v zájmu zvýšení efektivnosti poskytnuté péče zkrátila doba od podání žádosti o příspěvek na péči do jeho výplaty,
- zavést evidenci osob - rodinných příslušníků, kteří zabezpečují péči o své blízké ve vlastní domácnosti (mj. i proto, že doba této péče je náhradní dobou pro účely důchodového pojištění) a zvýšit kontrolu takto poskytované péče,
- přehodnotit míru závislosti osob, které na příspěvek na péči získali nárok překlopením ze zvýšení důchodu pro bezmocnost a příspěvku při péči o blízkou osobu.

Současně bylo konstatováno, že k efektivnosti systému rovněž nepřispívá skutečnost, že:

- příslušníci odboje, kterým jsou podle příslušných zákonů poskytovány sociální služby zdarma, mohou být příjemci příspěvku na péči, čímž dochází v zásadě ke dvojímu plnění jejich nároků, resp. ke zneužívání příspěvku,
- stávající dikce zákona umožňuje, aby byly uživatelům jednotlivých typů služeb ex offo poskytovány i ty služby, které nevyžadují.

Efektivnost sociálních služeb výrazným způsobem ovlivňuje i skutečnost, že dlouhodobě - již od zavedení systému veřejného zdravotního pojištění - zdravotní pojišťovny, především Všeobecná zdravotní pojišťovna, odmítají hradit náklady skutečně poskytované ošetřovatelské a rehabilitační péče a tímto způsobem tak ve své podstatě tunelují systém sociálních služeb.[93] Z Výroční zprávy Všeobecné zdravotní pojišťovny za r. 2008[94] vyplývá, že v r. 2008 zaplatila VZP za tuto péči pouze 620 mil. Kč, přičemž podle provedeného výzkumu lze náklady této péče kvantifikovat na cca 5,2 mld. Kč, přičemž jejich výše je výrazně diferencována na typu zařízení:

- v domovech pro seniory činí 5 086 - 5 719 Kč na 1 klienta měsíčně (tj. cca 28,5 % z celkových průměrných nákladů),
- v domovech pro osoby se zdravotním postižením činí 11 170 - 12 028 Kč na 1 klienta měsíčně (tj. cca 45,1 % z celkových průměrných nákladů),
- v domovech se zvláštním režimem 8 672 - 9 417 Kč na 1 klienta měsíčně (tj. cca 42,1 % z celkových průměrných nákladů).

Připočteme-li k tomu, že výše úhrad za pobyt a stravu v pobytových a ambulantních zařízeních a za jednotlivé úkony poskytované v rámci terénních a ambulantních sociálních služeb je regulována ze strany státu maximální výší úhrady, je zřejmé, že poskytování sociálních služeb pro staré a zdravotně postižené občany je závislé na poskytování státních dotací. Z dříve realizovaných analýz výsledků dotačního

[93] viz Průša, L. *Zdravotní péče v pobytových zařízeních služeb sociální péče a její financování*. Sociální služby č. 5/2009. ISSN 1803-7348

[94] viz Průša, L. a kol. *Poskytování ošetřovatelské a rehabilitační zdravotní péče uživatelům pobytových sociálních služeb v pobytových zařízeních sociálních služeb a v lůžkových zdravotnických zařízeních.* Praha: VÚPSV, v.v.i. 2009

řízení mj. vyplynulo,[95] že míra přiznané podpory je výrazně diferencována podle typu organizace a jejího zřizovatele a že je i výrazně regionálně diferencována. Grafické znázornění výše poskytnutých dotací v jednotlivých krajích na jedno místo v domovech pro seniory v letech 2007-2009 je uvedeno v příloze č. 50.

Tyto údaje svědčí o tom, že v rámci dotačního řízení došlo v uplynulých letech k porušení základních principů dotačního řízení.[96] Existující rozdíly ve výši poskytnuté dotace mezi jednotlivými kraji se zcela jistě projevují - i díky poskytování sociálních služeb na smluvním principu - v rozdílné výši úhrady uživatele služby při čerpání srovnatelného typu služby v jednotlivých krajích.

Lze se rovněž domnívat, že finanční prostředky v rámci dotačního řízení byly doposud orientovány na krytí důsledků nepříliš šťastně stanovených přechodných ustanovení zákona a nikoli na potřebnou transformaci celého systému sociálních služeb, zejména na podporu rozvoje terénních sociálních služeb. V tomto kontextu je zřejmé, že řešení, které bylo zvoleno v rámci přípravy věcného záměru zákona o sociální pomoci na přelomu let 1997 a 1998, kdy se předpokládalo, že všichni obyvatelé pobytových zařízení dostanou v okamžiku nastartování nového systému financování sociálních služeb ze zákona přiznán příspěvek na péči v nejvyšší výměře, bylo podstatně efektivnější. Ačkoli na jedné straně by bylo na příspěvku na péči vynaloženo více finančních prostředků, finanční prostředky v rámci dotačního řízení by bylo možno použít k rozvoji chybějících terénních sociálních služeb a tak nastartovat transformaci celého tohoto systému.[97]

Závislost na poskytnutí dotace však brání samotnému rozvoji sociálních služeb. Všechna navrhovaná opatření je proto nutno spatřovat v odstranění závislosti poskytovatelů sociálních služeb (především služeb sociální péče pro seniory a zdravotně postižené občany) na přiznání dotace ze státního rozpočtu nebo z rozpočtu zřizovatele. Vedle výše uvedených návrhů týkajících se úprav v oblasti příspěvku na péči proto v úvahu připadají především tato řešení:

- zrušení maximální výše úhrad za pobyt a stravu v pobytových a ambulantních zařízeních a za jednotlivé úkony v oblasti terénních sociálních služeb,
- důsledné uplatňování vyživovacích povinností dětí ke svým rodičům tak, aby uživatelé služeb - především v domovech pro seniory - platili za poskytované služby spolu s přiznaným příspěvkem na péči a úhradou ošetřovatelské a rehabilitační péče ze zdrojů zdravotních pojišťoven skutečnou výši provozních nákladů daného zařízení (vč. přiměřeného zisku),
- poskytování věcné pomoci ve formě půjčky v rámci systému pomoci v hmotné nouzi těm uživatelům sociálních služeb, kteří jsou osamělí a jejichž děti nemají dostatek finančních prostředků na úhradu nákladů potřebných sociálních služeb (po úmrtí uživatele služby by se pověřený obecní úřad ve své přenesené působnosti stal účastníkem dědického řízení a pokud by se výše uvedené skutečnosti v jeho rámci potvrdily, půjčka by se účetně "převedla na dávku", v opačném případě by poskytnutou půjčku museli do výše disponibilních zdrojů uhradit dědicové),
- důsledné vytvoření "zrcadla" v pravidlech pro poskytování sociálních služeb ve zdravotnických zařízeních a ošetřovatelské a rehabilitační péče v pobytových

[95] viz Průša, L. *Efektivnost sociálních služeb: vybrané prvky a aspekty*. Praha: VÚPSV, 2007. ISBN 978-80-87007-73-0

[96] viz Průša, L. - Mátl, O. *Nad pojetím dotační politiky MPSV*. Sociální politika č. 9/1999, ISSN 0049-0962

[97] viz Průša, L. *Efektivnost financování sociálních služeb v domovech pro seniory.* Praha: VÚPSV, v.v.i. 2008. ISBN 978-80-7416-018-9

zařízeních sociálních služeb (povinná registrace zdravotnických zařízení pro poskytování sociálních služeb a definování standardů kvality jejich poskytování, výplata příspěvku na péči klientům i při jejich dlouhodobém pobytu v registrovaném zdravotnickém zařízení),

- výplata příspěvku na péči v peněžním vyjádření pouze těm příjemcům, jímž byl přiznán příspěvek ve III. nebo IV. stupni závislosti a péči jim poskytuje rodinný příslušník nebo blízká osoba, která v důsledku takto poskytované péče je evidována buď jako nezaměstnaná osoba na úřadě práce nebo jako osoba poskytující péči - viz výše.

Přijetí všech výše uvedených opatření by zcela jednoznačně vytvořilo motivační prostředí pro rozvoj všech typů služeb sociální péče a pro širší zapojení nových subjektů (vč. zahraničních) do systému poskytování těchto sociálních služeb. Došlo by k liberalizaci celého systému služeb sociální péče, přiznáním příspěvku na péči a podmínění jeho výplaty poskytnutím sociální služby (alespoň ve větší části) od registrovaného poskytovatele by byla vytvořena poptávka po službách, která by podle tržních principů vytvořila nabídku nových sociálních služeb, došlo by k jejich diferenciaci (např. v oblasti pobytových služeb od chudobinců po moderní jednolůžkové "hotely" s kompletními službami při samozřejmém dodržování zákonem nově definovaných minimálních standardů).

Tato diferenciace si bude vyžadovat poskytování většího spektra informací uživatelům o službách poskytovaných na území jednotlivých regionů, v souladu s moderními evropskými trendy by proto na referátech sociálních věcí pověřených obecních úřadů, popř. obcí s rozšířenou působností měla vzniknout nová pracovní funkce - care manager - která by příjemcům příspěvku na péči poskytovala komplexní informace o nabídce sociálních služeb na daném regionu s přihlédnutím k sociálním důsledkům vyplývajícím z nepříznivého zdravotního stavu nebo stáří uživatelů a k jejich finančním možnostem.

Z hlediska efektivnosti financování sociálních služeb je rovněž nutno výrazně změnit celý systém hodnocení míry závislosti. Stávající kritéria umožňují objektivně hodnotit situaci tělesně postižených osob a seniorů, naproti tomu neumožňují objektivně zhodnotit potřeby mentálně a psychicky postižených a nevidomých. V tomto smyslu přichází do úvahy např. přechod hodnocení míry závislosti podle tzv. Katzova indexu aktivit každodenního života,[98] který hodnotí celkem 10 aktivit ve třech úrovních - nezávislosti při aktivitách denního života, částečná závislost a závislosti při aktivitách denního života. Bližší charakteristika hodnotících kritérií je v příloze č. 51.

Se systémem hodnocení míry závislosti velmi úzce souvisí forma spolupráce sociálních pracovníků s lékaři lékařské posudkové služby. Stávající dikce ustanovení § 25 odst. 4 způsobuje, že jedním ze stanovisek pro přiznání příspěvku na péči v příslušném stupni je stanovisko lékaře lékařské posudkové služby, a to přesto, že toto jeho stanovisko vychází pouze z písemného vyjádření ošetřujícího lékaře žadatele o příspěvek, zatímco sociální pracovník svůj návrh opírá o konkrétní posouzení sociální situace žadatele získané v rámci provedeného sociálního šetření. V důsledku toho existují dodnes značné rozpory při hodnocení situace konkrétního žadatele, sociální pracovníci cítí ze strany lékařské posudkové služby pohrdání svojí kvalifikací, dochází k medicinalizaci sociálních služeb. V tomto smyslu by proto bylo vhodné změnit tuto dikci tak, aby bylo jednoznačně zřejmé, že rozhodujícím stanoviskem pro přiznání příspěvku na péči v konkrétním stupni je stanovisko sociálního pracovníka, popř.

[98] viz Bednárik, R. - Bodnárová, B. *Starnutie populácie - výzva na zmeny v službách pre starších ľudí.* Rodina a práca č. 4/2005

stanovit pravidlo, že sociální šetření provedou sociální pracovník spolu s ošetřujícím lékařem žadatele.

K rozvoji sociálních služeb i k posílení role obcí při jejich poskytování by rovněž přispělo systémové propojení oblastí plánování, registrace a financování sociálních služeb (a to nejen v oblasti služeb sociální péče pro seniory a zdravotně postižené osoby, ale především v oblasti poskytování a financování služeb sociální prevence a poradenství). Východisko je nutno spatřovat v systému plánování sociálních služeb, do něhož by ze zákona povinně měly být zařazeny i obce s pověřenou působností. V rámci provedení sociálně demografické analýzy daného územního celku by mělo dojít k podrobnému zmapování potřeby poskytování jednotlivých sociálních služeb včetně provedení podrobného rozboru očekávaného vývoje demografické struktury těch věkových skupin obyvatelstva, kterých se jednotlivé sociální služby nejvíce týkají. Tyto potřeby by v rámci přípravy střednědobého plánu rozvoje sociálních služeb měly být konfrontovány s názory poskytovatelů a uživatelů (event. i potencionálních uživatelů) jednotlivých sociálních služeb, následně by měly být stanoveny priority rozvoje sociálních služeb nejen ve střednědobém, ale i v dlouhodobém horizontu (tj. na cca 15 let), které by měly být dále rozpracovány do jednotlivých realizačních kroků a dílčích etap.

Na tyto kroky a etapy by následně mělo navazovat posílení jistoty poskytovatelů (i potencionálních poskytovatelů) v rámci procesu jejich registrace. Jestliže je součástí tohoto procesu mj. předložení finanční rozvahy zabezpečovaných služeb, ze které by měla být zřejmá přesná struktura jejich financování (tedy i kolik finančních prostředků poskytovatel služby předpokládá získat v následujícím období od měst či krajů, ale i od MPSV v rámci dotačního řízení), mělo by ukončení registračního procesu mj. znamenat, že takto vyčíslená finanční rozvaha je závazná a finanční prostředky, které poskytovatel sociální služby nárokuje od zřizovatele nebo od státu, registrující subjekt poskytovateli služeb garantuje. Pokud:

- dotace na sociální služby mají od r. 2012 rozdělovat kraje,
- registraci organizací zřízených obcemi a nestátními neziskovými organizacemi provádějí kraje a
- registraci organizací zřízených kraji provádí MPSV,

dojde k propojení systému plánování i financování sociálních služeb, které mj. přispěje k výraznému posílení transparentnosti dotačního procesu, k posílení jistoty poskytovatelů sociálních služeb (z hlediska dlouhodobější perspektivy finančního zajištění poskytovaných sociálních služeb) a ke zvýšení efektivnosti vynaložených finančních prostředků.

Vedle všech výše uvedených opatření, která se dotýkají přímo oblasti sociálních služeb, je nutno mít na zřeteli i řadu dalších kroků, které by bylo nezbytné realizovat v souvisejících nebo podmiňujících oblastech. V tomto smyslu jde především o to, aby:

- jednotlivé obce a města věnovaly v rámci své koncepce bytové politiky pozornost výstavbě malometrážních a bezbariérových bytů, v nichž by seniorům a zdravotně postiženým občanům mohly být efektivně poskytovány terénní sociální služby tak, aby došlo k oddálení potřeby poskytování péče v pobytovém zařízení,
- při stanovení výše nájmu v obecních bytech jednotlivé obce a města individuálně podle celkových příjmových i majetkových možností zejména seniorů a osob se zdravotním postižením přistupovaly k jeho stanovení tak, aby byly vytvořeny podmínky k tomu, aby těmto skupinám osob mohly být vytvořeny základní předpoklady pro poskytování potřebných terénních služeb v jejich přirozeném domácím

prostředí a nebyl vyvoláván předčasný tlak na poskytování služeb v pobytových zařízeních sociálních služeb,

- stavební úřady v rámci kolaudačního řízení důsledně dbaly na dodržování bezbariérových přístupů do všech obchodů, kulturních zařízení a dalších objektů poskytujících veřejné služby,
- jednotlivé kraje a pověřené obecní úřady soustavně mapovaly dopravní obslužnost ve svých spádových územích tak, aby senioři a osoby se zdravotním postižením, kteří jsou převážně odkázáni na dopravu veřejnými dopravními prostředky, nebyli ohrožení sociálním vyloučením (v nejširším smyslu slova) v důsledku její nedostatečné úrovně.

Realizace všech výše uvedených opatření ve svém komplexu přispěje k potřebnému rozvoji sociálních služeb pro seniory a osoby se zdravotním postižením. Lze předpokládat, že při jejich promítnutí do praxe dojde v prognózovaném období do r. 2025 k výraznému rozvoji terénních a ambulantních sociálních služeb, nicméně v žádném případě nelze očekávat, že by stávající kapacity pobytových zařízení umožnily uspokojit všechny oprávněné požadavky na umístění od těch seniorů a osob se zdravotním postižením, kteří budou vyžadovat vzhledem ke svému věku nebo nepříznivému zdravotnímu stavu celodenní komplexní péči. Přestože lze očekávat, že stávající struktura uživatelů pobytových zařízení se během následujících cca 7-10 let výrazně změní (nelze předpokládat, že by v pobytových zařízeních byly osoby bez přiznaného příspěvku na péči, popř. s příspěvkem přiznaným v I. stupni závislosti, přičemž podíl osob s příspěvkem na péči ve II. stupni závislosti nebude přesahovat max. 5 %), je nutno počítat s tím, že do r. 2025 bude nutno - za předpokladu zachování podílu osob pobírajících příspěvek na péči ve III. a IV. stupni závislosti na celkovém počtu osob v příslušné věkové kategorii - stávající kapacitu těchto zařízení cca zdvojnásobit (z 60 242 míst v domovech pro seniory, v domovech pro osoby se zdravotním postižením a v domovech se zvláštním režimem v r. 2008 na cca 130 tis. míst v r. 2025, a to i za předpokladu mohutného rozvoje terénních a ambulantních sociálních služeb.

Při stanovení odhadu potřebných investic do pobytových zařízení je možno vycházet ze stávající finanční náročnosti na vybudování jednoho místa. Vyjdeme-li z předpokladu, že:

- investiční náklady na výstavbu jednoho místa v jednom z posledních domovů pro seniory, který byl otevřen ve 2. polovině t.r. v Litoměřicích, činily cca 1,7 mil. Kč,
- vývoj indexu cen stavebních prací bude ročně růst pravidelně o cca 3,5 % tak, jak se vyvíjel od r. 2005,
- pro naplnění očekávaného nárůstu kapacity by bylo nutno pravidelně ročně zvyšovat kapacitu pobytových zařízení pro seniory a zdravotně postižené občany o cca 4 tis. míst,

lze celkovou potřebu investičních prostředků nezbytných pro naplnění výše uvedených prognóz kvantifikovat na úrovni cca 145 mld. Kč v letech 2011-2025. Rámcová kvantifikace nákladů na výstavbu nových míst v pobytových zařízeních služeb sociální péče pro seniory a občany se zdravotním postižením, která vychází z výše uvedených předpokladů, je uvedena v následující tabulce.

Tabulka č. 101 **Odhad potřeby investičních prostředků nezbytných na výstavbu nových míst v pobytových zařízeních služeb sociální péče pro seniory a osoby se zdravotním postižením**

rok	odhadové náklady (mld. Kč)
2011	7,54
2012	7,80
2013	8,08
2014	8,36
2015	8,65
2016	8,95
2017	9,27
2018	9,59
2019	9,93
2020	10,27
2021	10,63
2022	11,01
2023	11,39
2024	11,79
2025	12,20
celkem	145,46

Pramen: vlastní propočty

Je zřejmé, že možnosti státního rozpočtu jsou, a pravděpodobně i nadále budou, velmi omezené. Nelze očekávat, že bez zapojení dalších finančních prostředků, např. formou PPP projektů, ze strukturálních fondů, popř. ze soukromých zdrojů (vč. zahraničních) bude možné očekávané potřeby příjemců příspěvku na péči naplnit. K tomu, aby se ale očekávané projekce naplnily, je však nezbytné realizovat celý soubor výše navržených opatření.

Závěr

České populace stárne. Podle aktuální prognózy vývoje obyvatelstva do r. 2065 vzroste do r. 2065 počet osob starších 65 let v porovnání s r. 2010 více než 2,1x, počet osob starších 80 let vzroste ve stejném období více než 4,3x. Na řešení důsledků stárnutí populace však není v současné době naše společnost připravena.

Provedená analýza vybavenosti jednotlivých krajů a okresů službami sociální péče pro seniory a osoby se zdravotním postižením ukázala, že mezi jednotlivými regiony existují značné rozdíly ve vybavenosti jednotlivými typy služeb pro seniory a osoby se zdravotním postižením a jejich dostupností, chybějící kapacity v pobytových zařízeních pro tyto skupiny osob nejsou saturovány péčí poskytovanou v terénních ani ambulantních zařízeních, na regionální úrovni dochází pouze v ojedinělých případech k propojování sociálních a zdravotních služeb. Regionální dostupnost jednotlivých služeb je výrazně determinována strukturou osídlení, velikostí jednotlivých sídel a jejich vzdáleností od centra a větších měst jednotlivých regionů.

Přestože v r. 2006 byl přijat dlouho očekávaný nový zákon o sociálních službách, jehož celková konstrukce a pojetí je v souladu s řadou soudobých evropských principů a řešení, k odstranění dřívějších problémů doposud nedošlo, naopak, řada problémů se paradoxně prohloubila. Celkový objem finančních prostředků vynaložených na sociální služby v r. 2008 sice v porovnání s r. 2005 vzrostl cca 2x, řada finančních prostředků se však nevrací zpět do systému, poskytovatelé sociálních služeb jsou stále závislí na poskytování dotací ze státního rozpočtu, zdravotní pojišťovny naprosto nedostatečně financují náklady poskytované ošetřovatelské a rehabilitační péče.

Na základě vyhodnocení faktorů ovlivňujících efektivnost financování sociálních služeb byla s přihlédnutím k Samuelsonovu pojetí efektivnosti v ekonomii vyslovena teze, že efektivní je jak z pohledu státu, tak i z pohledu zřizovatele taková služba sociální péče, kdy výše úhrady klienta za poskytovaný typ služby spolu s výší příspěvku na péči a úhradou zdravotní péče od zdravotní pojišťovny uhradí průměrné celostátní náklady daného typu služby sociální péče. Respektování této teze ukazuje, že celý systém financování sociálních služeb je tak v současné době neefektivní a nevytváří potřebné motivační a stimulační prostředí k potřebnému rozvoji všech forem a typů péče nejenom v oblasti služeb sociální péče pro seniory a osoby se zdravotním postižením. Je zřejmé, že pokud bude rozvoj sociálních služeb zejména pro seniory a osoby se zdravotním postižením závislý na poskytování dotací ze státního rozpočtu a od jednotlivých poskytovatelů, nelze očekávat, že by docházelo k rozvoji služeb pro tyto skupiny uživatelů služeb.

Ze šetření mezi poskytovateli sociálních služeb byly patrné značné rozdíly u celé řady sledovaných parametrů jak mezi různými typy zařízení sociálních služeb, tak v rámci téže skupiny sociálních služeb. U většiny z těchto údajů však nebylo takové zjištění překvapivé a souviselo s odlišným zaměřením a charakteristikami příslušného typu sociální služby (počty pracovníků, počty pracovníků v přímé péči, údaje o kapacitě, průměrném počtu klientů, čekací době apod.).

Zřetelné rozdíly mezi různými typy sociálních služeb byly nicméně zaznamenány také u dvou parametrů, u nichž byla "měřítka" stanovena relativně a byla tak rovnocenná pro různé typy sociálních služeb. Výrazné rozdíly, jež nelze spojovat s typem sociální služby, byly zjištěny v počtech respondentů, kteří hodnotili počet pracovníků zařízení jako dostatečný (nejvyšší spokojenost u center denních služeb,

nejnižší u domovů pro seniory se zvláštním režimem a domovů pro osoby se zdravotním postižením), a u podílu poskytovatelů, jejichž klienti předkládali požadavky na sociální služby, které není zařízení schopno v rámci jím poskytovaných sociálních služeb uspokojit (nejvyšší podíl u jiných než vybraných typů sociálních služeb, týdenních a denních stacionářů, nejnižší podíl u chráněného bydlení a pečovatelské služby).

Za pozornost stojí nicméně také některé ukazatele, u nichž mezi sledovanými typy sociálních služeb nebo většinou z nich výraznější rozdíly zjištěny nebyly, i když by se daly s ohledem na rozdílnost typů sociálních služeb očekávat. Jednalo se především o kvalifikační strukturu personálu z hlediska stupně dokončeného vzdělání a typu vzdělání, podíly klientů ze vzdálenějších obcí a zastoupení klientů s příspěvkem na péči (celkově i podle jednotlivých stupňů příspěvku na péči). Minimální rozdíly mezi většinou sledovaných typů sociálních služeb byly zaznamenány také v případě jejich územní působnosti nebo podílu organizací, které byly nuceny odmítnout žadatele o jimi poskytované sociální služby. Rozdíly mezi různými typy sociálních služeb se přirozeně snižují u dat, která byla sledována za všechny typy poskytovaných sociálních služeb, a to v případech, kdy poskytovatel zajišťoval více typů sociálních služeb. Nicméně vliv tohoto faktoru rozhodně není určující, neboť polovina dotázaných poskytovatelů provozovala jeden a další třetina dotázaných dva ze sledovaných typů sociálních služeb.

Dvě pětiny ze všech dotázaných poukázaly na problémy týkající se finančních prostředků. Čtvrtina dotázaných se věnovala problémům při personálním zajištění služby a další otázky týkající se provozu zařízení a poskytování služeb uvedla šestina dotázaných. Šestinou respondentů byly uvedeny problémy týkající se různých nefinančních aspektů fungování systému sociálních služeb.

Mezi nefinančními aspekty, které byly hodnoceny jako problematické, byla uvedena především značná administrativní zátěž. Z hlediska fungování sítě služeb a jejich návaznosti byla stěžejním problémem nedostačující spolupráce se zdravotnickými zařízeními.

Poptávka po zřizování speciálních pobytových zařízení nebo jejich oddělení určených klientům v seniorském věku závislým na alkoholu, návykových látkách, bez přístřeší apod. byla zaznamenána v osmi z devíti dotazovaných krajích a ve třech pětinách obcí.

Dotazování mezi kraji i obcemi poukazovala na to, že většina obcí a krajů ucelenými statistickými údaji o uživatelích sociálních služeb, žadatelích o sociální služby a čekací době na přijetí do zařízení buďto nedisponuje, nebo jsou tyto údaje spojeny s natolik významnými omezeními, že je nebylo možné využít vůbec nebo ve struktuře požadované v dotazníkovém formuláři.

Z vyhodnocení priorit krajských i obecních střednědobých plánů rozvoje sociálních služeb vyplývalo určité napětí mezi dvěma odlišnými přístupy. Na straně jedné prioritou některých obcí a krajů bylo rozšiřovat kapacity pobytových sociálních služeb (ty patrně byly hodnoceny orgány kraje či obce, pracovními skupinami či zpracovateli plánu jako nedostatečné, i přesto, že údaji o žadatelích o službu a čekací době na přijetí do zařízení disponuje pouze část obcí, respektive krajů). Naopak, u dalších obcí byly hlavní prioritou transformace pobytových sociálních služeb a větší podpora ambulantních a terénních sociálních služeb.

Jako pozitivní lze rozhodně vnímat skutečnost, že převážná většina dotázaných obcí s rozšířenou působností má zpracovaný nebo zpracovává obecní střednědobý plán rozvoje sociálních služeb, ačkoli jim to stávající legislativa neklade za povinnost. Jistým

omezením v tomto druhém případě může být to, že dvě pětiny dotázaných obcí střednědobý plán rozvoje sociálních služeb zpracovalo nebo zpracovává pouze pro území obce.

Pozitivní je také zjištění, že priority krajů i obcí jsou poměrně důkladně rozpracovány, přičemž v plánech rozvoje sociálních služeb je velice často věnována pozornost nejen samotným prioritám, ale i finančnímu rámci pro jejich uskutečňování.

Na tomto základě byl následně navržen celý soubor opatření nejenom v oblasti financování sociálních služeb, ale i v oblasti jejich plánování, organizace a řízení, která by měla především odstranit závislost poskytovatelů služeb sociální péče na přiznání dotací ze státního rozpočtu. Tato vazba je totiž hlavním důvodem stagnace celého systému poskytování sociálních služeb a ve svém důsledku tak i přispívá k neefektivnosti celého systému jejich financování. Má-li se zvýšit efektivita vynakládaných finančních prostředků a pokud má docházet v následujících letech k žádoucímu rozvoji všech forem péče o seniory a osoby se zdravotním postižením, je zcela nezbytné realizovat především tato opatření:

- změnit systém výplaty příspěvku na péči tak, aby byl příjemcům v I. a II. stupni závislosti poskytován ve formě poukázek, popř. zavést kombinovaný způsob výplaty příspěvku,
- přehodnotit míru závislosti osob, které na příspěvek na péči získaly nárok překlopením ze zvýšení důchodu pro bezmocnost a příspěvku při péči o blízkou osobu,
- zajistit, aby zdravotní pojišťovny v souladu se současným platným právním stavem financovaly poskytovanou ošetřovatelskou a rehabilitační péči v pobytových zařízeních sociálních služeb v rozsahu, který byl ošetřujícím lékařem indikován a zdravotnickými pracovníky uživatelů sociálních služeb skutečně poskytnut,
- zrušení maximální výše úhrad za pobyt a stravu v pobytových a ambulantních zařízeních a za jednotlivé úkony v oblasti terénních sociálních služeb,
- důsledné uplatňování vyživovacích povinností dětí ke svým rodičům,
- poskytování věcné pomoci ve formě půjčky v rámci systému pomoci v hmotné nouzi těm uživatelům sociálních služeb, kteří jsou osamělí a jejichž děti nemají dostatek finančních prostředků na úhradu nákladů potřebných sociálních služeb,
- důsledné vytvoření "zrcadla" v pravidlech pro poskytování sociálních služeb ve zdravotnických zařízeních a ošetřovatelské a rehabilitační péče v pobytových zařízeních sociálních služeb,
- příspěvek na péči v peněžním vyjádření vyplácet pouze těm příjemcům, jímž byl přiznán příspěvek ve III. nebo IV. stupni závislosti a péči jim poskytuje rodinný příslušník nebo blízká osoba, která v důsledku takto poskytované péče je evidována buď jako nezaměstnaná osoba na úřadě práce nebo jako osoba poskytující péči,
- na referátech sociálních věcí pověřených obecních úřadů, popř. obcí s rozšířenou působností zřídit novou pracovní funkci - care manager - tak, aby příjemcům příspěvku na péči byly poskytovány komplexní informace o nabídce sociálních služeb na daném regionu s přihlédnutím k sociálním důsledkům vyplývajícím z nepříznivého zdravotního stavu nebo stáří uživatelů a k jejich finančním možnostem,
- přehodnotit systém hodnocení míry závislosti, v tomto smyslu zvážit hodnocení podle tzv. Katzova indexu aktivit každodenního života a jednoznačně stanovit, že rozhodujícím stanoviskem pro přiznání příspěvku na péči je stanovisko sociálního pracovníka, popř. stanovit pravidlo, že sociální šetření provedou sociální pracovník společně přímo s ošetřujícím lékařem žadatele,

- systémově propojit oblast plánování, registrace a financování sociálních služeb,
- obcím s pověřenou působností uložit povinnost zpracovávat střednědobé plány rozvoje sociálních služeb.

Vedle těchto opatření, která se bezprostředně dotýkají oblasti sociálních služeb, je nutno realizovat řadu dalších opatření v oblastech, které se této oblasti bezprostředně dotýkají (výstavba malometrážních a bezbariérových bytů, citlivé stanovování výše nájmu v obecních bytech, důsledné dodržování bezbariérových přístupů do objektů poskytujících veřejné služby, zajišťování dopravní obslužnosti).

Realizace těchto opatření by měla přispět k potřebnému rozvoji služeb sociální péče pro seniory a osoby se zdravotním postižením. Přestože těžiště rozvoje těchto služeb je nutno spatřovat v rozvoji terénních a ambulantních forem, trendy ve vývoji nejstarších věkových skupin naší populace budou vyžadovat stávající kapacitu pobytových zařízení v průběhu příštích 15 letech cca zdvojnásobit, což bude vyžadovat investice v rozsahu cca 145 mld. Kč. Je zřejmé, že bez zapojení finančních prostředků z evropských fondů a ze soukromých zdrojů např. v rámci PPP projektů by došlo k výraznému snížení dostupnosti pobytových sociálních služeb pro seniory a osoby se zdravotním postižením. Doporučuje se proto v rámci jednotlivých programů financovaných ze strukturálních fondů koncipovat vhodné dotační tituly tak, aby očekávané potřeby těchto skupin obyvatelstva mohly být uspokojeny. Přitom je třeba mít na zřeteli, že i po r. 2025 bude docházet k růstu počtu obyvatelstva v nejstarších věkových skupinách. Doporučuje se proto věnovat této problematice soustavnou pozornost, a to nejen na regionální, ale i na celostátní úrovni tak, aby s předstihem mohla být koncipována opatření, která by umožnila s předstihem reagovat na změněné společensko-politické i sociálně-ekonomické souvislosti ovlivňující potřeby seniorů a osob se zdravotním postižením v této oblasti.

Literatura

Alan, J. *Etapy života očima sociologie.* Praha: Panorama, 1989.

Baker, M. *Families in Canadian Society. An Introduction.* Toronto: McGraw-Hill Ryerson Ltd., 1993.

Bareš, P. *Regionální dostupnost sociálních služeb.* Praha: VÚPSV, v.v.i. 2009. ISBN 978-80-7416-047-9

Bednárik, R. - Bodnárová, B. *Starnutie populácie - výzva na zmeny v službách pre starších ľudí.* Rodina a práca č. 4/2005

Berger, P. L. - Luckmann, T. *Sociální konstrukce reality. Pojednání o sociologii vědění.* Brno: Centrum pro studium demokracie a kultury, 1999.

Bohatá, I. *Analýza a prognóza potřeb poskytování sociálních služeb pro seniory a osoby se zdravotním postižením - limity a bariéry.* Chrudim: Centrum sociálních služeb a pomoci, 2009

Comas-Herrera, A. - Wittenberg, R. - Pickard, L. and European long-term care finance study team: European Study of Long-Term Care Expenditure. In The Personal Social Services Research Unit Bulletin No. 14 June 2003 s. 28-29 © PSSRU 2000 ISSN 1350-4703

Čáslava, P. *Evropské proměny sociálních služeb.* Sociální služby č. 4/2009. ISSN 1803-7348

Čáslava, P. *Modernizace a hledání dobrého řízení.* Sociální služby č. 5/2009. ISSN 1803-7348

Čáslava, P. *Reformy na národních úrovních.* Sociální služby č. 6/2009. ISSN 1803-7348

Červenková, A. - Bruthansová, D. *Náklady na ústavní sociální péči a služby podporovaného a chráněného bydlení.* Praha: VÚPSV, 2004.

Francová, H. - Novotný, A. - Kozlová, L. *Vybrané poznámky k realizaci sociálních služeb v současných legislativních podmínkách ČR.* České Budějovice: Zdravotně sociální fakulta Jihočeské univerzity, 2009

Haškovcová, H. *Fenomén stáří.* Praha: Panorama, 1990.

Horecký, J. *Scénáře vývoje sociálních služeb v ČR z pohledu jejich financování.* FÓRUM sociální politiky č. 5/2009. ISSN 1802-5854

Horecký, J. *Analýza a prognóza potřeb poskytování sociálních služeb pro seniory a osoby se zdravotním postižením s výhledem do r. 2025.* Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR, 2009

Jarošová, D. *Senioři v domácí péči - zdravotní a sociální charakteristiky*. In: Sýkorová, D. - Chytil, O. (Eds.) *Autonomie ve stáří. Strategie jejího zachování.* Ostrava: Zdravotně sociální fakulta OU, 2004.

Koldinská, K. *Právní úprava sociálních služeb v evropských zemích*. In Matoušek, O. et al: *Sociální služby*. Praha: Portál 2007 ISBN 978-80-7367-310-9.

kolektiv. *Obce, města, regiony a sociální služby*. Praha: SOCIOKLUB, 1997. ISBN 80-902260-1-9

Kotíková, J. - Průša, L. - Vlach, J. *Regionální analýza zaměstnanosti, trhu práce a sociální péče*. Praha: VÚPSV, 2001

Kozlová, L. - Francová, H. - Novotný A. *Vybrané poznámky k realizaci sociálních služeb v současných legislativních podmínkách ČR.* České Budějovice: Zdravotně sociální fakulta Jihočeské univerzity, 2009

Kubalčíková, K. Přirozené prostředí jako významný aspekt poskytování sociálních služeb seniorům. In: Glosová, D. a kol. *Bydlení pro seniory.* Brno: ERA, 2006.

Kuchařová, V. *Život ve stáří. Zpráva o výsledcích empirického šetření.* Praha: VÚPSV, 2002.

Levická, J. - Tomašovičová, A. Možnosti zachovania autonómie jedinca v domove dôchodcov. In: Sýkorová, D. - Chytil, O. (Eds.) *Autonomie ve stáří. Strategie jejího zachování.* Ostrava: Zdravotně sociální fakulta OU, 2004.

Lipner, M. Základní principy bydlení seniorů z hlediska sociálního a sociálně-zdravotního. In: Glosová, D. a kol. *Bydlení pro seniory.* Brno: ERA, 2006.

Lux, M. *Spokojenost českých občanů s bydlením.* Praha: Sociologický ústav AV ČR, 2002.

Lux, M. - Sunega, P. Vývoj finanční dostupnosti nájemního a vlastnického bydlení v průběhu hospodářské transformace v České republice (1991–2003). *Sociologický časopis-Czech Sociological Review,* 2006, roč. 42, č. 5, s. 851-881.

Lux, M. et al. *Standardy bydlení 2003/2004. Bytová politika v ČR; efektivněji a cíleněji.* Praha: Sociologický ústav AV ČR, 2004.

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

Molek, J. *Marketing sociálních služeb*, Praha: VÚPSV, v.v.i. 2008. ISBN 978-80-7416-026-4

Musil, J. *Regionální a místní formy sociálního vyloučení a jak jim čelit - problém vnitřních periférií v České republice.* in Sirovátka, T. *Sociální vyloučení a sociální politika.* Brno: Masarykova univerzita / Výzkumný ústav práce a sociálních věcí, 2006. ISBN 80-210-4225-7

Musil, J. *Sociologie bydlení.* Praha: Nakladatelství Svoboda, 1971.

Österle, A. - Meichenitsch K. *Pflegesicherungssysteme in Europa.* Soziale Sicherheit č. 11/2007. ISSN 0080-1841

Průša, L. *Optimalizace struktury forem sociální péče s přihlédnutím ke specifikům jednotlivých oblastí*, in Metody regionální demoekonomické analýzy a prognózy. České Budějovice: Dům techniky ČSVTS, 1987

Průša, L. *Sociální politika a determinanty jejího vývoje*. Sociální politika č. 1/1996. ISSN 0049-0962

Průša, L. - Mátl, O. *Nad pojetím dotační politiky MPSV*. Sociální politika č. 9/1999, ISSN 0049-0962

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

Průša, L. *Ekonomie sociálních služeb.* Praha: ASPI Publishing 2007. ISBN 978-80-7357-255-6

Průša, L. *Efektivnost sociálních služeb: vybrané prvky a aspekty*. Praha: VÚPSV, v.v.i. 2007. ISBN 978-80-87007-73-0

Průša, L. *Sociální služby - srovnání ČR a EU.* Praha: Centrum sociálních služeb, 2008

Průša, L. *Efektivnost financování sociálních služeb v domovech pro seniory.* Praha: VÚPSV, v.v.i. 2008. ISBN 978-80-7416-018-9

Průša, Ladislav. *Černá díra reformy sociálního systému.* FÓRUM sociální politiky č. 3/2009. ISSN 1802-5854

Průša, Ladislav. *Projekce potřeby služeb sociální péče do r. 2025*. *FÓRUM sociální politiky č. 5/200.* ISSN 1802-5854

Průša, L. a kol. *Poskytování ošetřovatelské a rehabilitační zdravotní péče uživatelům pobytových sociálních služeb v pobytových zařízeních sociálních služeb a v lůžkových zdravotnických zařízeních.* Praha: VÚPSV, v.v.i. 2009. ISBN 978-80-7416-030-1

Průša, L. *Zdravotní péče v pobytových zařízeních služeb sociální péče a její financování*. Sociální služby č. 5,6/2009. ISSN 1803-7348

Průša, L. *Je nový systém financování sociálních služeb pro staré občany efektivní?* Národohospodářský obzor č. 3/2009. ISSN 1213-2446

Řeháková, B. Vzorce přátelství v české společnosti. *Sociologický časopis-Czech Sociological Review,* 2003, roč. 39, č. 4, s. 509-528.

Samuelson, P.A. - Nordhaus, W. D. *Ekonomie.* Praha: Svoboda, 1991. ISBN 80-205-0192-4

Svobodová, K. *Stárnutí obyvatelstva České republiky podle pohlaví a genderu.* Demografie č. 2/2006, roč. 48. ISSN 0011-8265

Svobodová, Kamila. *Bydlení seniorů v České republice.* FÓRUM sociální politiky č. 5/2009. ISSN 1802-5854

Sýkorová, D. Prostor a věci v kontextu stáří. *Sociologický časopis-Czech Sociological Review,* 2008, roč. 44, č. 2, s. 401-421.

Víšek, P. *Úvaha o vývoji potřeb seniorů a osob se zdravotním postižením.* Praha: SOCIOKLUB, 2009

Vohralíková, L. - Rabušic, L. *Čeští senioři včera, dnes a zítra.* Brno: VÚPSV, 2004.

Aktuální informace 12/2009 Střední délka života prožitá ve zdraví v České republice v roce 2006. ÚZIS ČR, Praha, 2009

Analýza inspekcí poskytování sociálních služeb. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR, 2009

Biennial Report on social services of general interest, Commission of the European Communities, Brussels 2008

Bydlení seniorů. *Veřejná správa*, 1999, roč. 10, č. 41, s. 22-23.

Denmark National Report on Strategies for Social Protection and Social Inclusion 2008 - 2010. [online] [cit. 2009-07-02] Dostupné z WWW: <http://ec.europa.eu/employment_social/spsi/docs/social_inclusion/2008/nap/denmark_en.pdf>.

Joint Report on Social Protection and Social Inclusion - Společná zpráva o sociální ochraně a sociálním začlenění v roce 2008 (příloha CS) přijaté Evropskou radou Brusel 4. března 2008 [online] [cit. 2009-02-20] Dostupné z WWW: <http://register. consilium.europa.eu/pdf/cs/08/st07/st07274.cs08.pdf>.

Joint Report on Social Protection and Social Inclusion - Společná zpráva o sociální ochraně a sociálním začlenění v roce 2009 (příloha CS) přijaté Evropskou radou Brusel 13. března 2009, [online] [cit. 2009-02-20] Dostupné z WWW: <http://ec.europa.eu/ employment_social/spsi/docs/social_inclusion/2009/cons_pdf_cs_2009_07503_1_cs.pdf>

Joint Report on Social Protection and Social Inclusion 2009. Czech Republic [online] [cit. 2009-06-19] Dostupné z WWW: <http://ec.europa.eu/employment_social/spsi/ docs/social_inclusion/2009/cf_czech_rep_final_cz.pdf>.

Joint Report on Social Protection and Social Inclusion 2009. Slovakia [online] [cit. 2009-06-23] Dostupné z WWW: <http://ec.europa.eu/employment_social/spsi/docs/ social_inclusion/2009/cf_slovakia_final_sk.pdf>.

Joint Report on Social Protection and Social Inclusion 2009. Germany [online] [cit. 2009-06-23] Dostupné z WWW: <http://ec.europa.eu/employment_social/spsi/docs/ social_inclusion/2009/cf_germany_final_de.pdf>.

Joint Report on Social Protection and Social Inclusion 2009. Denmark [online] [cit. 2009-06-29] Dostupné z WWW: <http://ec.europa.eu/employment_social/spsi/docs/ social_inclusion/2009/cf_denmark_final_dk.pdf>.

Joint Report on Social Protection and Social Inclusion 2009. United Kingdom [online] [cit. 2009-07-02] Dostupné z WWW: http://ec.europa.eu/employment_social/spsi/ docs/social_inclusion/2009/cf_united_kingdom_final_uk.pdf >.

Koncepce podpory transformace pobytových sociálních služeb v jiné typy sociálních služeb, poskytovaných v přirozené komunitě uživatele a podporujících sociální začlenění uživatele do společnosti. Praha: MPSV, 2006.

Krajský úřad Středočeského kraje. *Střednědobý plán rozvoje sociálních služeb 2008 - 2009* [online] poslední revize 13.10.2009 [cit. 2007-9-24] http://www.kr-stredocesky.cz/portal/odbory/socialni-oblast/

Long-term Care in the European Union. European Commission – Brussel [online] [cit. 2009-07-14] Dostupné z WWW: <http://ec.europa.eu/employment_social/news/2008 /apr/long_term_care_en.pdf>.

Long-term Care in the European Union. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities, 2008. 16 s. ISBN 978-9279-09572-6

Lůžková péče 2008 [online] [cit. 2009- 09-15] Dostupné z www: http://www.uzis.cz/ download.php?ctg=10&search_name=Lůžková%20péče&region=100&kind=1&mnu_id =5300

Madridský mezinárodní akční plán pro problematiku stárnutí 2002. (2002) OSN [on-line] Poslední revize 1.8.2008 [cit. 2008-12-16]
Dostupné z: http://www.mpsv.cz/files/clanky/1205/madrid.pdf

Metodické opatření MZ 31829/2004/OZP, MZ, Praha, 2004

Národná správa o stratégiách sociálnej ochrany a sociálnej inklúzie 2008-2010, Slovenská republika 2008 [online] [cit. 2009-06-23] Dostupné z WWW: <http://ec.europa.eu/employment_social/spsi/docs/social_inclusion/2008/nap/slovakia_sk.pdf>.

Národní zpráva o strategiích sociální ochrany a sociálního začleňování na léta 2008 - 2010, Česká republika. 2009 Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR, Praha, 1. vyd. ISBN 978-80-86878-93-5 také [online] [cit. 2009-06-18] Dostupné z www: <http://ec.europa.eu/employment_social/spsi/docs/social_inclusion/2008/nap/czech_cz.pdf.>.

National Strategy Report Social Protection and Social Inclusion 2008-2010. Germany [online] [cit. 2009-07-02] Dostupné z WWW: <http://ec.europa.eu/employment_social/spsi/docs/social_inclusion/2008/nap/germany_en.pdf>.

Národní plán rozvoje sociálních služeb 2009-2012, www.mpsv.cz

Národní program přípravy na stárnutí na období let 2008-2012. (2008) Praha: MPSV. [on-line] Poslední revize 1.8.2008 [cit. 2008-12-16]
Dostupné z: http://www.mpsv.cz/cs/5045

Návrh normativů vybavenosti územích celků službami sociální péče, FMPSV, Praha 1987

OECD Health Data 2009 - June 09 - *[online], cit.[2009-11-04], dostupné z: h*ttp://www.ecosante.org/index2.php?base=OCDE&langs=ENG&langh=ENG

Projekce obyvatelstva České republiky do r. 2065. [online] [cit. 2009-06-18] Dostupné z www: http://www.czso.cz/csu/2009edicniplan.nsf/p/4020-09

Předpokládaný vliv změny způsobu financování sociálních služeb na úroveň nezaměstnanosti. SOCIOKLUB, Zdravotně sociální fakulta Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích, Profesní komora sociálních pracovníků, Praha 2000

Služby obecného zájmu, včetně sociálních služeb obecného zájmu: nový evropský závazek. Sdělení Komise Evropskému parlamentu, Radě, Evropskému hospodářskému a sociálnímu výboru a Výboru regionů doprovázející sdělení "Jednotný trh pro Evropu ve 21. století" *[online], cit. [2009-11-18], dostupné z:* http://www.mpsv.cz/files/clanky/7020/Communication_on_SGI.pdf

Social protection and social inclusion 2008: EU indicators. Commission Staff Working Document. European Commission, 2009. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities. ISBN 978-92-79-10155-7 také [online] [cit. 2009- 06-18] Dostupné z WWW: <http://ec.europa.eu/employment_social/spsi/docs/social_inclusion/2008/omc_monitoring_en.pdf>.

Statistická ročenka z oblasti práce a sociálních věcí 2007. Praha: MPSV, 2008.

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

The role of local and regional autorities in the povision of local social services. Strasbourg: Council of Europe, 1999

United Kingdom National Report on Strategie for Social Protection and Social Inclusion. 2008-2010. [online] [cit. 2009-07-02] Dostupné z WWW: <http://ec.europa.eu/employment_social/spsi/docs/social_inclusion/2008/nap/uk_en.pdf>.

Velikostní struktura obcí v České republice podle výsledků Sčítání lidu 2001. Demografie č. 4/2004. ISSN 0011-8265

Zdravotnická ročenka České republiky, ÚZIS ČR, Praha, 2007

Zdravotnická statistika Hospitalizovaní v nemocnicích ČR 2008, ÚZIS ČR, Praha, 2008

Zdravotnická statistika Psychiatrická péče ČR 2007, ÚZIS ČR, Praha, 2008

Zdravotní stav obyvatelstva - Zhodnocení stavu a vývoje zdravotní situace v ČR, ÚZIS ČR, Praha, 1999

Zpráva o stavu, vývoji a výhledu zdravotnictví v ČR. Kulatý stůl. Praha, květen 2008

Datový soubor *Muži a ženy v ČR: životní dráhy a mezigenerační vztahy* (GGS: Generations and Gender Survey), 2005.

Datový soubor *Střední generace.* Praha: VÚPSV, 2004.

Datový soubor *Život ve stáří.* Praha: VÚPSV, 2002.

www.czso.cz

www.mpsv.cz

www.vupsv.cz

Přílohy

Příloha č. 1

Stěžejní závěry k problematice vybavenosti regionů sociálními službami v r. 2005

1. Vyšších hodnot vybavenosti místy v domovech důchodců dosahují zpravidla okresy, kde je „narušena" původní struktura osídlení a v důsledku toho zde neexistují úzké rodinné a příbuzenské svazky (viz např. okresy Příbram nebo Chomutov), a horské, popř. podhorské regiony (viz např. okresy Jeseník, Prachatice, Bruntál), zatímco nižší hodnoty vybavenosti jsou dosahovány zpravidla v okresech s vysokou mírou vzájemné rodinné solidarity a sounáležitosti (např. Břeclav, Hodonín, Jihlava) nebo v magistrátních městech (zejména hl. m. Praha a Brno); v těchto městech, stejně jako v některých dalších okresech (např. Plzeň-sever a Rokycany) je nízká úroveň ukazatelů vybavenosti, popř. absence těchto zařízení způsobena zřejmě především nízkým zájmem potencionálních zřizovatelů o tyto formy péče o staré občany, vyloučit však nelze ani skutečnost, že toto tvrzení by bylo možno korigovat, pokud by statistické podklady byly úplné a věrohodné.
2. Chybějící kapacity v domovech důchodců nejsou saturovány ani péčí poskytovanou v léčebnách pro dlouhodobě nemocné ani v jiných formách pobytových zařízení pro staré občany (domovy-penziony pro důchodce, domy s pečovatelskou službou), ale ani v domácnostech jednotlivých občanů - hodnoty Pearsonova korelačního koeficientu, který charakterizuje míru závislosti mezi hodnocenými veličinami, ukazují, že:
   - mezi vybaveností jednotlivých okresů místy v domovech důchodců a v léčebnách pro dlouhodobě nemocné v relaci na 1 000 osob starších 65 let existuje přímá úměra, hodnota Pearsonova korelačního koeficientu r = 0,1054 však ukazuje, že tato vazba je velmi slabá,
   - mezi vybaveností jednotlivých okresů místy v domovech důchodců a v domovech-penzionech pro důchodce a domech s pečovatelskou službou v relaci na 1 000 osob starších 65 let existuje nepřímá úměra, hodnota Pearsonova korelačního koeficientu r = - 0,2113 však ukazuje, že i tato vazba je velmi slabá,
   - mezi vybaveností jednotlivých okresů místy v domovech důchodců a počtem osob, jimž je poskytována pečovatelská služba v jejich domácnostech, v relaci na 1 000 osob starších 65 let existuje nepřímá úměra, hodnota Pearsonova korelačního koeficientu r = - 0,1835 však ukazuje, že rovněž tato vazba je velmi slabá (toto tvrzení podporuje rovněž klesající objem výdajů na pečovatelskou službu).
3. Počet neuspokojených žadatelů o umístění do domovů důchodců není pomocným kritériem pro určení skutečné potřeby kapacit v těchto zařízeních - hodnota Pearsonova korelačního koeficientu r = - 0,0274 ukazuje, že mezi těmito údaji neexistuje prakticky žádná vazba.
4. Rozsah pečovatelské služby poskytované v domácnostech jednotlivých klientů je významným způsobem závislý na regionálním profilu - zatímco nejvyšších hodnot dosahují zpravidla regiony s převažujícím rovinatým profilem (Středočeský a Jihomoravský kraj, okresy Kutná Hora, Nymburk, Chrudim, Brno-město[99]), nejnižší

[99] Nejvyšších hodnot vybavenosti dosahuje okres Praha-východ, vzhledem k tomu, že vykázaná hodnota více než 2 x převyšuje další okresy, lze předpokládat, že hodnota tohoto ukazatele není vypovídající, a proto tento okres není explicitně zmiňován ve výčtu, otázkou zůstává, do jaké míry tento ukazatel ovlivnil úroveň ukazatele za celý Středočeský kraj.

hodnoty dosahují zpravidla regiony s převažujícím hornatým povrchem (kraje Liberecký, Ústecký a Královéhradecký, okres Jeseník), popř. okresy s relativně vyšší úrovní infrastruktury (okresy Kladno, Mladá Boleslav, Hradec Králové).

5. Ve vybavenosti jednotlivých krajů místy v léčebnách pro dlouhodobě nemocné existují značné rozdíly, mezi krajem s nejvyšší (kraj Karlovarský) a nejnižší vybaveností (kraj Liberecký) jsou cca desetinásobné (v relaci na 1 000 osob starších 65 let). Tyto rozdíly jsou způsobeny mj. i tím, že - na rozdíl od domovů důchodců - se léčebny pro dlouhodobě nemocné nenacházejí ve 30 okresech republiky.
6. Chybějící kapacity v léčebnách pro dlouhodobě nemocné v jednotlivých regionech nejsou saturovány četnějším rozsahem poskytované domácí zdravotní péče, mezi hodnotami obou ukazatelů existuje přímá úroveň, z hlediska těsnosti závislosti podle Pearsonova korelačního koeficientu (r = 0,4254) se jedná o mírně podprůměrnou úroveň. Tato skutečnost svědčí o tom, že dostupnost některých segmentů zdravotní péče není stejnoměrná na celém území republiky, což je velmi závažný poznatek především z hlediska prevence sociálního vyloučení.
7. Na regionální úrovni nedochází k propojování sociální a zdravotní péče. Mezi vybaveností jednotlivých krajů domácí zdravotní péčí a pečovatelskou službou poskytovanou v domácnostech jednotlivých klientů je nepřímá úměrnost, z hlediska míry závislosti podle Pearsonova korelačního koeficientu (r = - 0,4677) lze hovořit její průměrné úrovni.
8. Ve vybavenosti jednotlivých krajů jsou místy v ústavech sociální péče pro dospělé občany i mládež značné rozdíly, které jsou pravděpodobně důsledkem živelného vývoje sociálních služeb v minulosti. Nejnižších hodnot dosahují ukazatele vybavenosti v obou případech v Hlavním městě Praze, nejvyšších hodnot v Plzeňském kraji. Při hodnocení vybavenosti jednotlivých okresů těmito místy je velmi zajímavou skutečností jednoznačně nejvyšší vybavenost okresu Rokycany místy v ústavech sociální péče pro dospělé občany v relaci na 1 000 osob celkem (je více než 3x vyšší než vybavenost na okrese Litoměřice, který je v tomto porovnání druhý v pořadí), a to zejména z toho pohledu, že se v tomto okrese nenachází žádné lůžko v domově důchodců. Vzhledem k dlouhodobě vyšší úrovni státní dotace na lůžko v ústavech sociální péče v porovnání s domovy důchodců nelze vyloučit skutečnost, že péče o staré občany byla na tomto okrese zabezpečována v ústavech sociální péče.
9. Ve vybavenosti jednotlivých krajů sociálními službami pro staré občany nedošlo v posledních 5 letech k výrazným změnám z hlediska rozsahu péče v rezidenčních zařízeních, negativně je však nutno ohodnotit snižující se rozsah pečovatelské služby poskytované v domácnostech jednotlivých občanů ve většině krajů.
10. Změny, k nimž došlo ve vybavenosti jednotlivých okresů v letech 1995-2005 jsou objektivně vyšší, neboť zprůměrňování hodnot na úrovni krajů neumožňuje podchytit konkrétní změny v nižších regionálních celcích, a to jak z hlediska demografického, tak i z hlediska investičního. Z tohoto porovnání je rovněž patrno, v kterých oblastech je možno vyslovit pochybnost nad věrohodností statistických ukazatelů.

Pramen: Průša, Ladislav. *Ekonomie sociálních služeb*. Praha: ASPI Publishing, 2003. ISBN 80-86395-69-3

Příloha č. 2

Kapacita služeb sociální péče a souvisejících zdravotnických služeb pro seniory a osoby se zdravotním postižením v r. 2008

	počet míst (klientů)									
	centra denních služeb	denní stacionáře	týdenní stacionáře	domovy pro osoby se zdravotním postižením	domovy pro seniory	domovy se zvláštním režimem	chráněné bydlení	pečovatelská služba	osobní asistence	LDN
ČR	7 540	2 989	1 009	15 113	37 733	7 396	2 503	128 250	2 608	7 194
Praha	16	52	82	525	2 241	197	242	25 835	71	1 009
Benešov	0	0	2	343	437	70	42	1 233	27	0
Beroun	12	36	24	84	206	0	6	1 063	46	*74*
Kladno	1 150	115	24	276	749	48	79	1 352	11	140
Kolín	0	4	8	152	297	183	76	833	0	120
Kutná Hora	20	34	42	134	288	172	0	1 466	109	0
Mělník	0	32	25	30	475	147	12	1 014	13	0
Mladá Boleslav	104	109	45	132	410	12	102	922	88	128
Nymburk	0	78	39	65	389	29	0	1 381	20	0
Praha-východ	0	15	0	81	442	19	14	760	10	*148*
Praha-západ	0	0	5	94	371	0	19	747	0	0
Příbram	0	16	17	113	644	39	0	2 099	143	*222*
Rakovník	20	23	10	162	208	0	3	617	0	52
České Budějovice	45	0	24	110	818	234	25	1 770	26	*235*
Český Krumlov	0	0	0	0	164	0	0	242	0	0
Jindřichův Hradec	0	0	35	204	449	20	16	720	0	0
Písek	0	0	29	143	214	46	0	3 856	0	*75*
Prachatice	0	0	0	81	350	0	0	737	0	*30*
Strakonice	0	0	3	227	377	59	51	522	0	75
Tábor	0	38	27	0	505	36	39	714	0	0
Domažlice	0	2	0	0	381	0	0	783	0	0
Klatovy	6	24	0	207	364	0	0	2 085	11	140
Plzeň-město	0	82	17	44	314	196	17	2 100	41	240
Plzeň-jih	25	13	0	213	162	0	5	744	0	0

pokračování str. 2

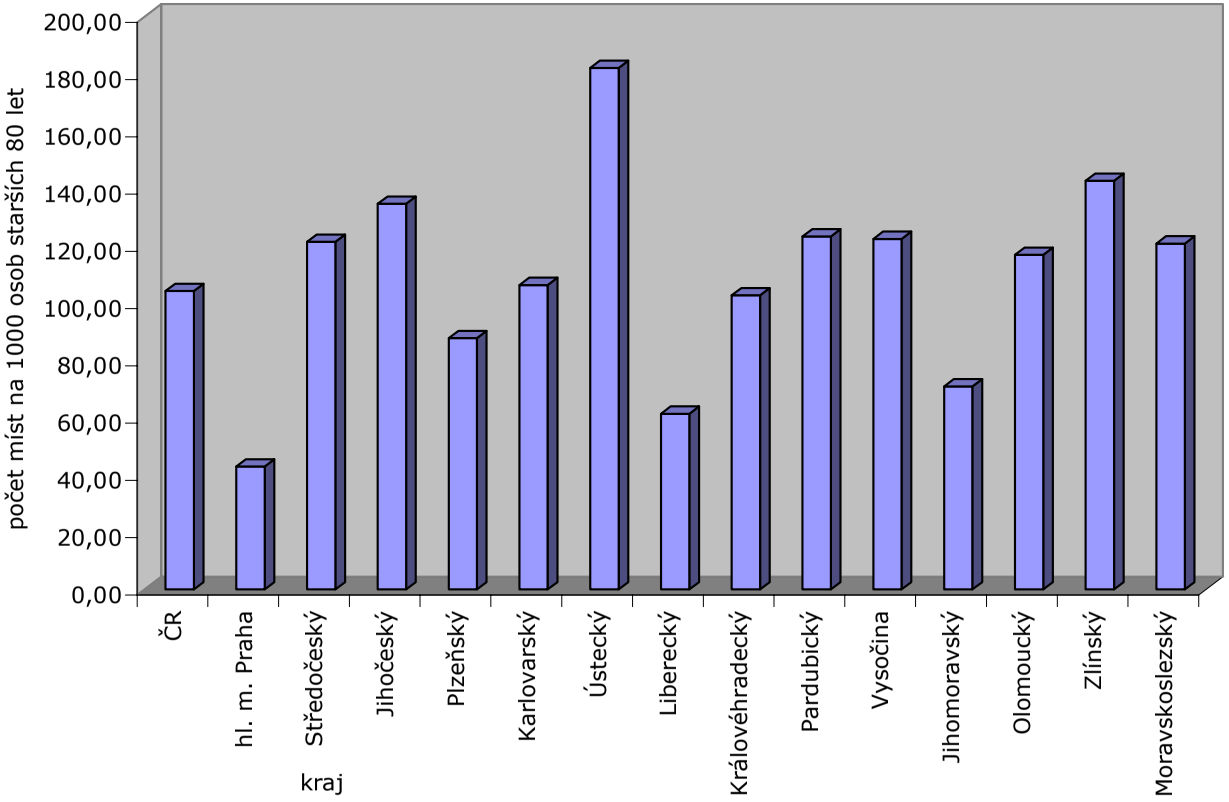
	počet míst (klientů)									
	centra denních služeb	denní stacionáře	týdenní stacionáře	domovy pro osoby se zdravotním postižením	domovy pro seniory	domovy se zvláštním režimem	chráněné bydlení	pečovatelská služba	osobní asistence	LDN
Plzeň-sever	0	16	33	415	0	0	32	839	0	0
Rokycany	0	0	0	216	172	130	0	290	39	0
Tachov	0	9	14	65	281	0	0	2 089	1	0
Cheb	30	45	10	242	574	0	0	1 147	39	*250*
Karlovy Vary	0	53	7	332	94	114	0	2 347	66	90
Sokolov	0	45	5	57	237	70	21	1 000	51	*113*
Děčín	0	0	6	537	468	225	20	746	0	*127*
Chomutov	0	125	0	501	594	150	0	1 163	21	*105*
Litoměřice	0	11	2	501	510	334	120	721	0	*170*
Louny	0	0	12	80	422	0	0	668	0	0
Most	0	0	13	211	912	48	0	445	0	0
Teplice	0	0	32	73	542	59	0	253	0	*75*
Ústí nad Labem	0	0	12	140	863	0	16	796	0	0
Česká Lípa	0	32	0	117	206	28	16	1 481	90	0
Jablonec nad Nisou	51	0	0	90	100	74	8	844	24	0
Liberec	161	23	45	140	371	149	63	1 722	219	0
Semily	39	51	39	0	211	104	0	1 016	52	59
Hradec Králové	40	0	0	171	538	120	24	151	0	245
Jičín	0	22	0	81	463	0	0	661	64	120
Náchod	22	34	0	77	479	60	0	730	0	0
Rychnov nad Kněžnou	0	22	13	346	227	57	21	792	0	53
Trutnov	21	88	24	95	436	10	18	1 823	54	40
Chrudim	0	46	0	340	486	94	18	1 296	0	0
Pardubice	0	20	0	92	585	106	0	1 170	82	105
Svitavy	0	14	0	230	357	9	19	1 161	0	0
Ústí nad Orlicí	0	17	18	207	764	0	124	1 703	0	81
Jihlava	0	23	28	0	298	21	3	1 644	0	0
Pelhřimov	46	0	16	311	467	43	5	789	16	246

pokračování str. 3

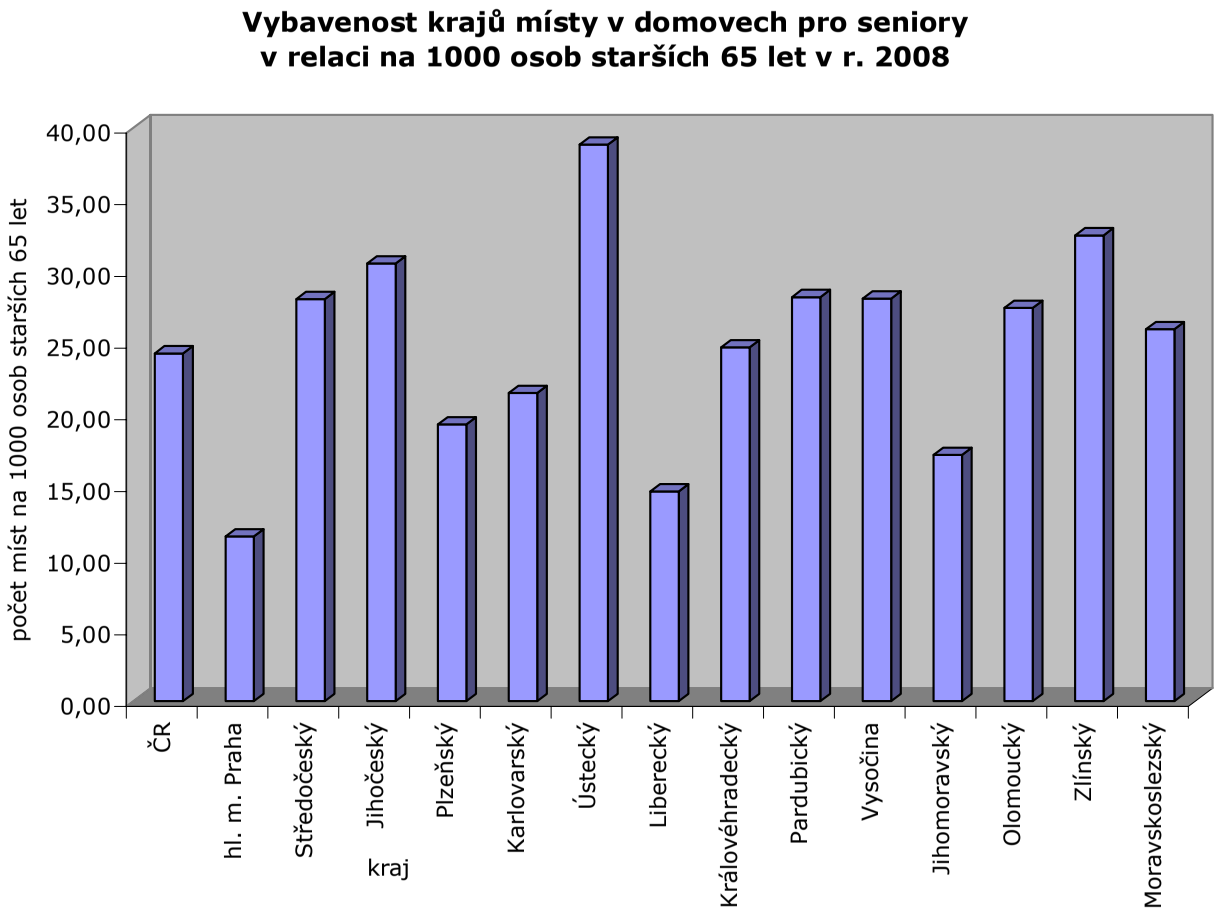
	počet míst (klientů)									
	centra denních služeb	denní stacionáře	týdenní stacionáře	domovy pro osoby se zdravotním postižením	domovy pro seniory	domovy se zvláštním režimem	chráněné bydlení	pečovatelská služba	osobní asistence	LDN
Třebíč	0	144	0	79	778	104	0	1 262	47	135
Žďár nad Sázavou	25	18	0	152	398	87	0	1 032	0	50
Blansko	0	0	0	255	402	165	8	1 155	0	*150*
Brno-město	4 080	10	13	419	1 430	611	41	8 167	26	*213*
Brno-venkov	75	0	8	104	255	186	0	1 510	0	0
Břeclav	0	39	10	128	219	122	0	1 901	24	0
Hodonín	0	45	19	262	293	233	10	3 476	59	0
Vyškov	16	16	0	70	197	141	0	903	0	0
Znojmo	29	22	0	257	263	316	8	1 615	36	0
Jeseník	24	15	4	73	296	18	72	420	2	30
Olomouc	318	160	7	420	576	0	303	2 550	120	*265*
Prostějov	84	51	0	321	651	68	0	362	32	72
Přerov	9	46	0	416	669	89	0	1 656	102	*175*
Šumperk	16	75	15	65	472	175	147	1 593	46	0
Kroměříž	0	21	9	402	662	69	0	1 163	10	*135*
Uherské Hradiště	0	37	25	562	692	0	0	1 459	25	0
Vsetín	0	144	11	120	665	89	141	1 164	80	*149*
Zlín	165	139	28	123	953	169	345	1 890	35	*135*
Bruntál	0	30	17	259	446	82	44	864	0	230
Frýdek - Místek	50	97	0	242	830	121	3	2 095	257	131
Karviná	0	279	11	98	1 065	196	20	2 907	64	205
Nový Jičín	701	55	10	117	485	11	0	1 172	0	*105*
Opava	0	61	0	724	696	113	83	1 197	78	*218*
Ostrava	103	51	35	258	1 172	575	0	2 374	86	*155*

Příloha č. 3

Vybavenost krajů místy v domovech pro seniory v relaci na 1000 osob starších 80 let v r. 2008

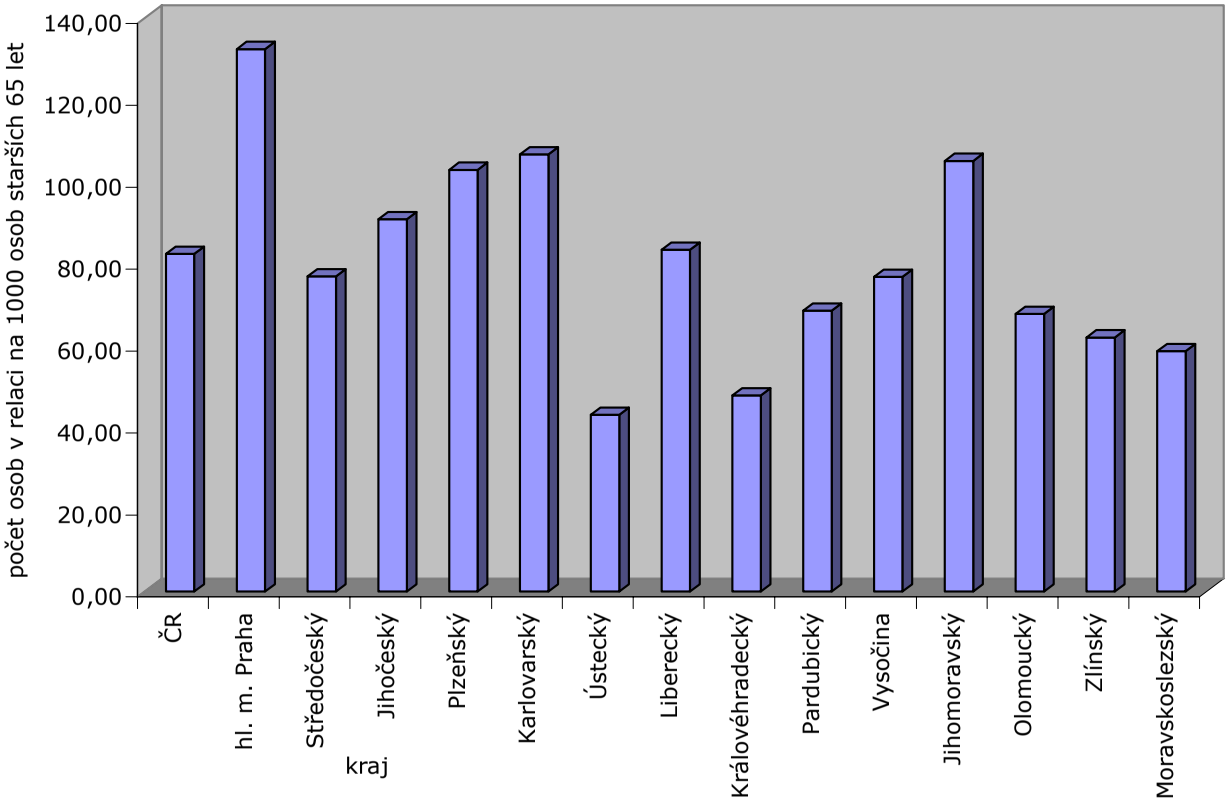


Příloha č. 4

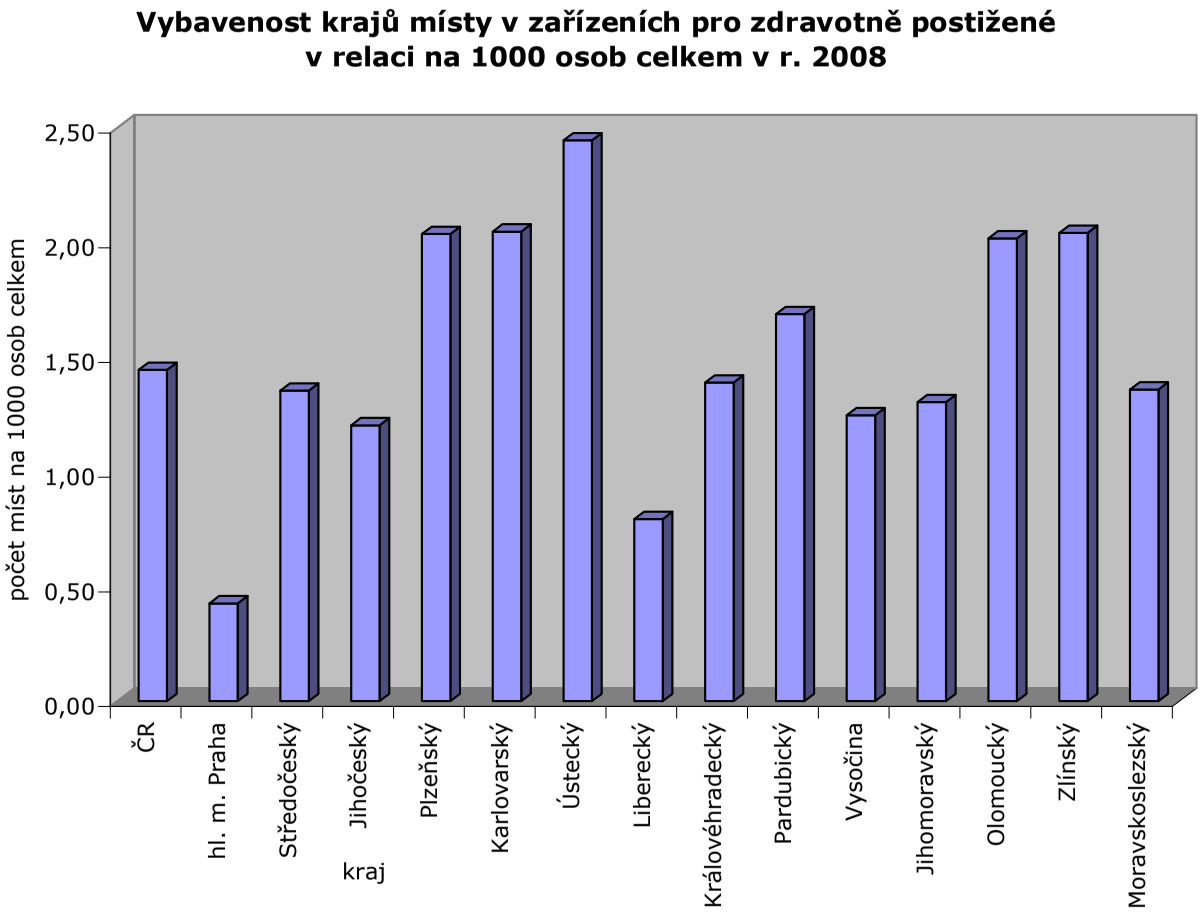

Vybavenost krajů místy v domovech pro seniory
v relaci na 1000 osob starších 65 let v r. 2008
počet míst na 1000 osob starších 65 let
40,00
35,00
30,00
25,00
20,00
15,00
10,00
5,00
0,00
ČR
hl. m. Praha
Středočeský
Jihočeský
Plzeňský
Karlovarský
Ústecký
Liberecký
Královéhradecký
Pardubický
Vysočina
Jihomoravský
Olomoucký
Zlínský
Moravskoslezský
kraj

Příloha č. 5

Počet osob, kterým je poskytována pečovatelská služba v jednotlivých krajích v relaci na 1000 osob starších 65 let v r. 2008

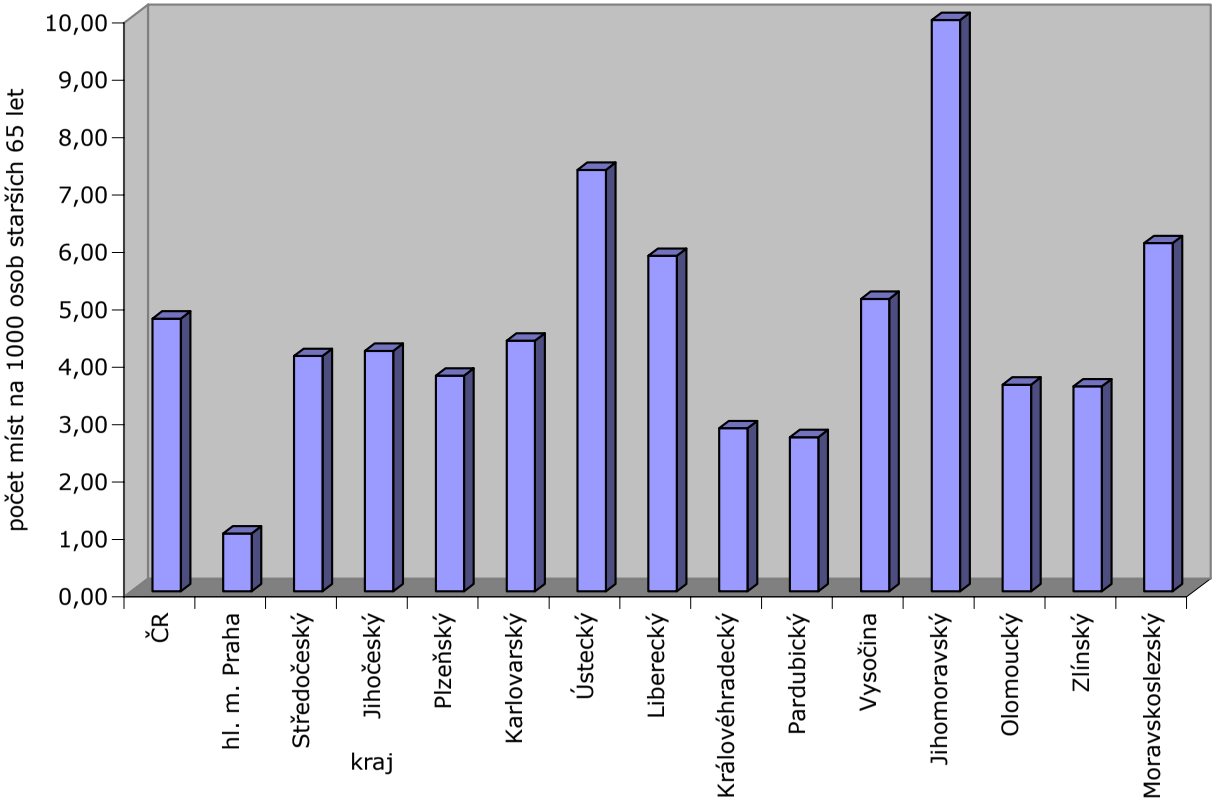


Příloha č. 6


Vybavenost krajů místy v zařízeních pro zdravotně postižené
v relaci na 1000 osob celkem v r. 2008
počet míst na 1000 osob celkem
2,50
2,00
1,50
1,00
0,50
0,00
ČR
hl. m. Praha
Středočeský
Jihočeský
Plzeňský
Karlovarský
Ústecký
Liberecký
Královéhradecký
Pardubický
Vysočina
Jihomoravský
Olomoucký
Zlínský
Moravskoslezský
kraj

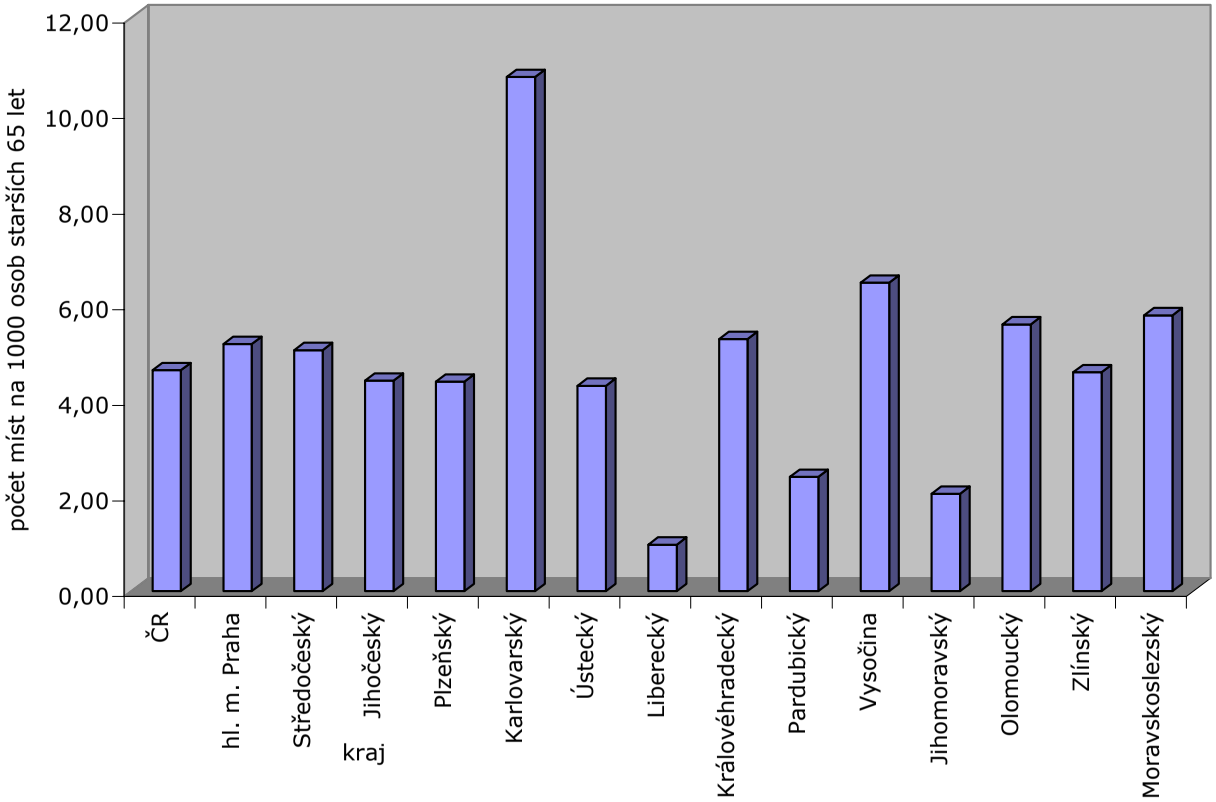
Příloha č. 7

Vybavenost krajů místy v domovech se zvláštním režimem v relaci na 1000 osob starších 65 let v r. 2008

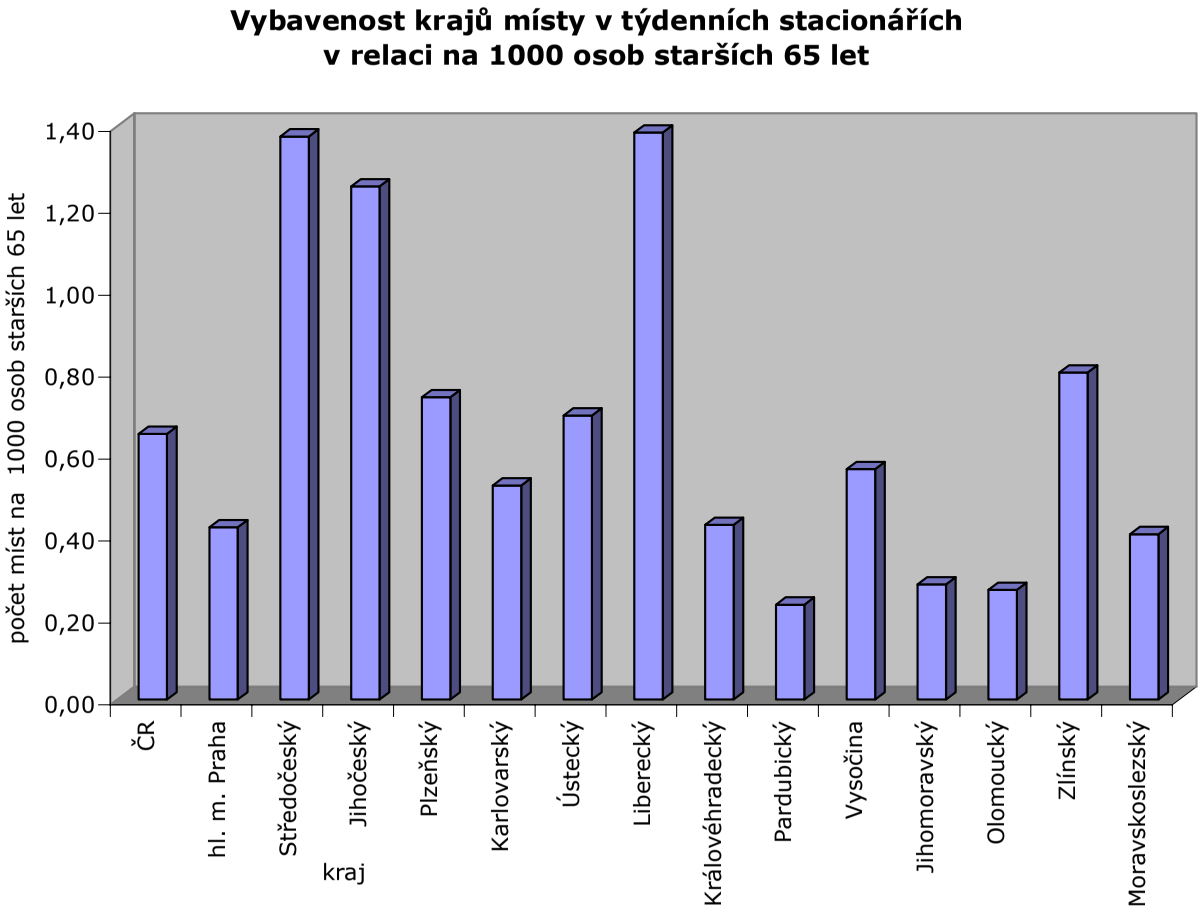


Příloha č. 8

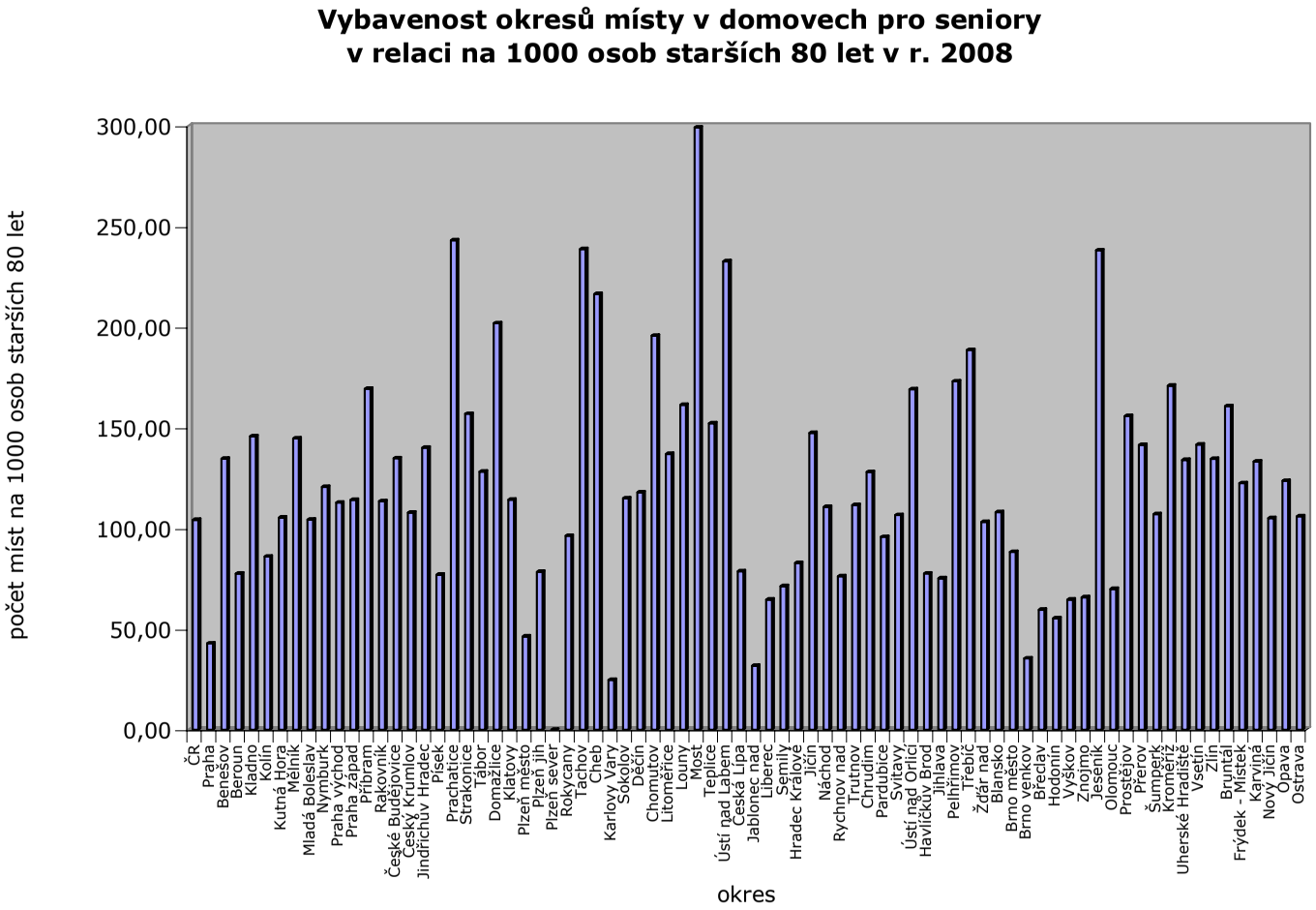
Vybavenost krajů místy v léčebnách pro dlouhodobě nemocné v relaci na 1000 osob starších 65 let v r. 2008



Příloha č. 9

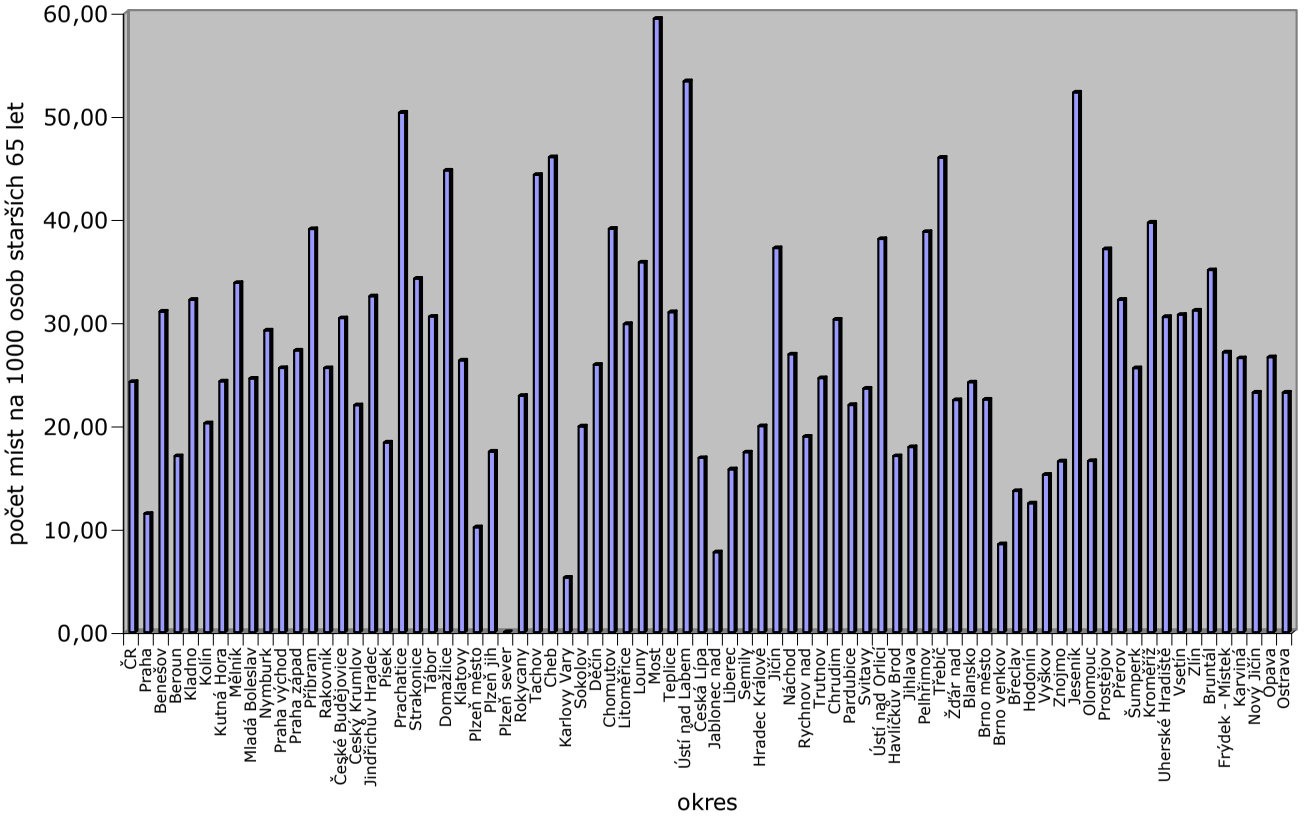

Vybavenost krajů místy v týdenních stacionářích
v relaci na 1000 osob starších 65 let
počet míst na 1000 osob starších 65 let
1,40
1,20
1,00
0,80
0,60
0,40
0,20
0,00
ČR
hl. m. Praha
Středočeský
Jihočeský
Plzeňský
Karlovarský
Ústecký
Liberecký
Královéhradecký
Pardubický
Vysočina
Jihomoravský
Olomoucký
Zlínský
Moravskoslezský
kraj

Příloha č. 10


Vybavenost okresů místy v domovech pro seniory
v relaci na 1000 osob starších 80 let v r. 2008
počet míst na 1000 osob starších 80 let
300,00
250,00
200,00
150,00
100,00
50,00
0,00
ČR
Praha
Benešov
Beroun
Kladno
Kolín
Kutná Hora
Mělník
Mladá Boleslav
Nymburk
Praha východ
Praha západ
Příbram
Rakovník
České Budějovice
Český Krumlov
Jindřichův Hradec
Písek
Prachatice
Strakonice
Tábor
Domažlice
Klatovy
Plzeň město
Plzeň jih
Plzeň sever
Rokycany
Tachov
Cheb
Karlovy Vary
Sokolov
Děčín
Chomutov
Litoměřice
Louny
Most
Teplice
Ústí nad Labem
Česká Lípa
Jablonec nad
Liberec
Semily
Hradec Králové
Jičín
Náchod
Rychnov nad
Trutnov
Chrudim
Pardubice
Svitavy
Ústí nad Orlicí
Havlíčkův Brod
Jihlava
Pelhřimov
Třebíč
Žďár nad
Blansko
Brno město
Brno venkov
Břeclav
Hodonín
Vyškov
Znojmo
Jeseník
Olomouc
Prostějov
Přerov
Šumperk
Kroměříž
Uherské Hradiště
Vsetín
Zlín
Bruntál
Frýdek - Místek
Karviná
Nový Jičín
Opava
Ostrava
okres

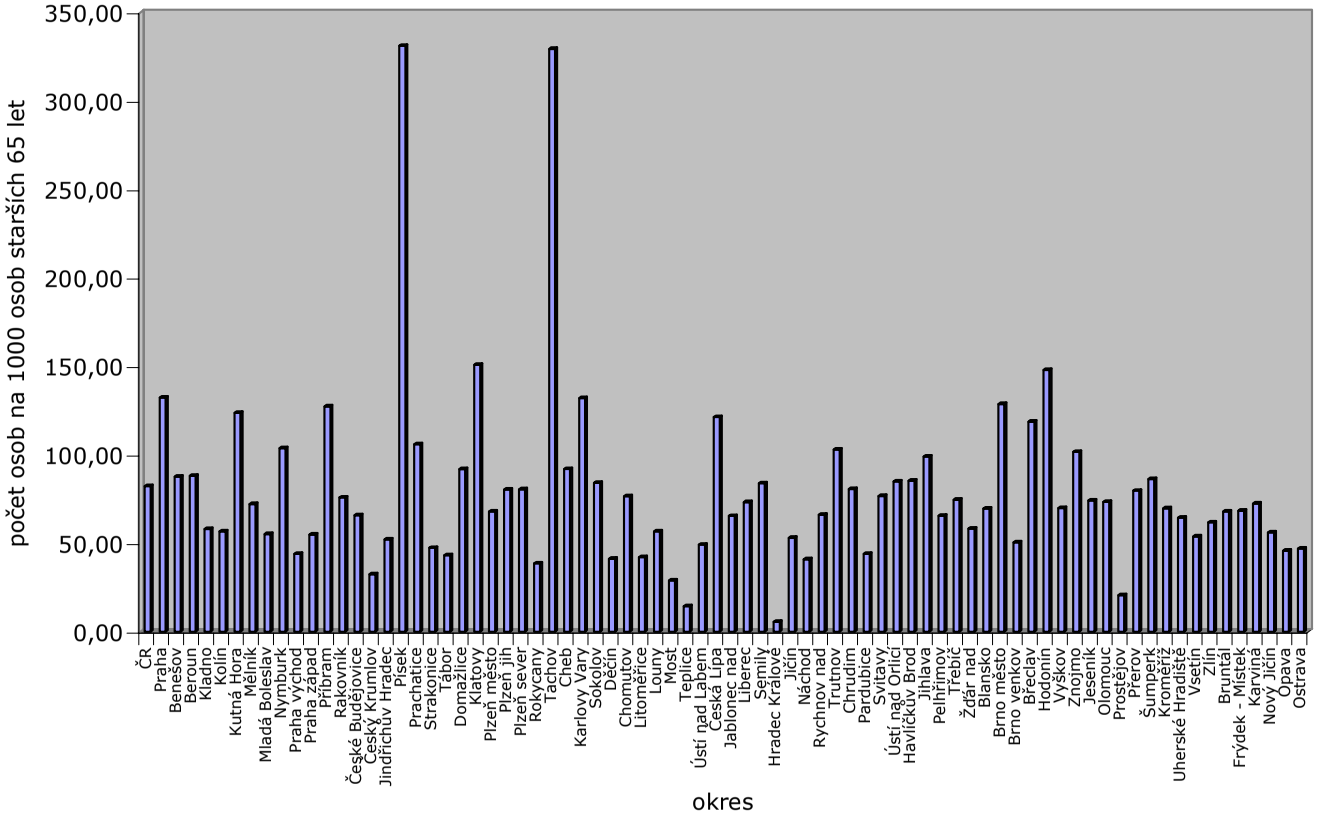
Příloha č. 11

Vybavenost okresů místy v domovech pro seniory v relaci na 1000 osob starších 65 let v r. 2008



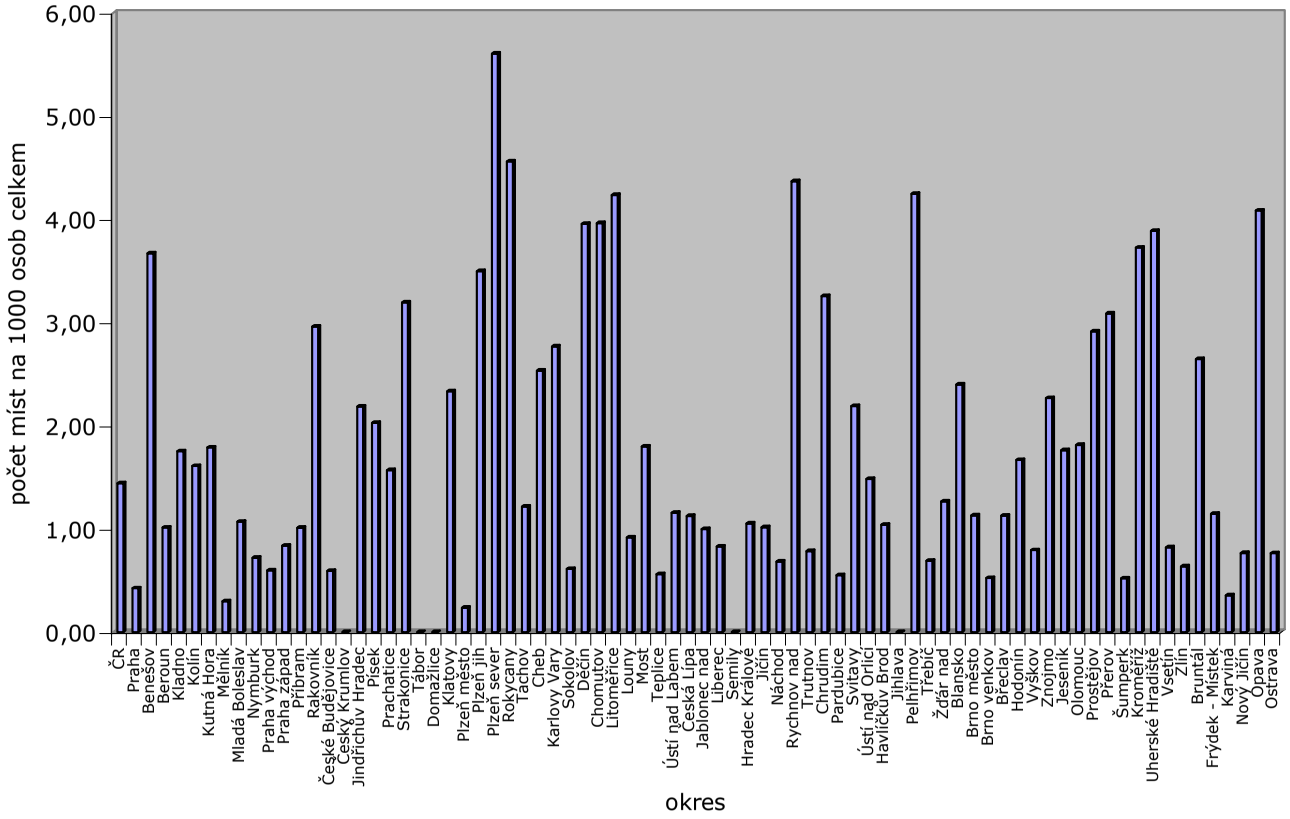
Příloha č. 12

Počet osob, kterým je poskytována pečovatelská služba v jednotlivých okresech v relaci na 1000 osob starších 65 let v r. 2008



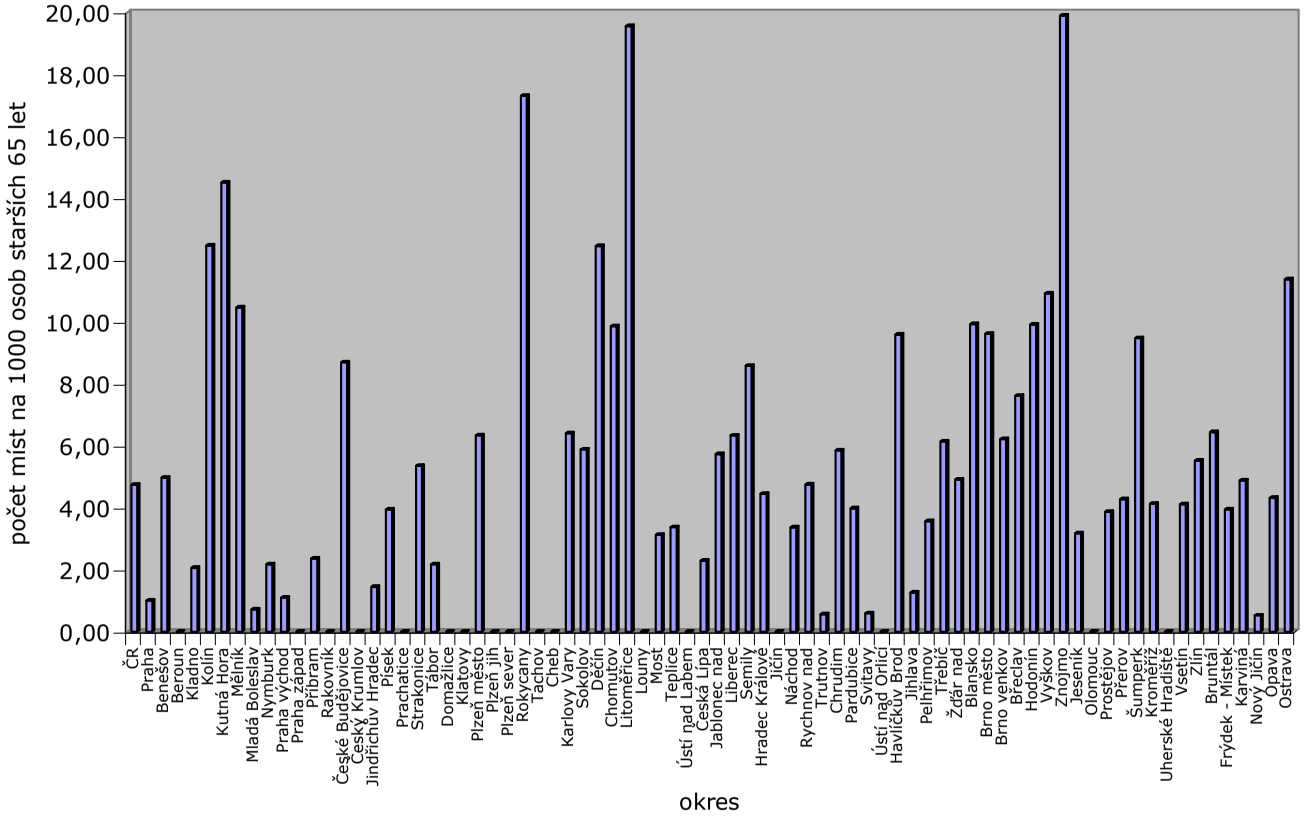
Příloha č. 13

Vybavenost okresů místy v domovech pro zdravotně postižené v relaci na 1000 osob celkem v r. 2008



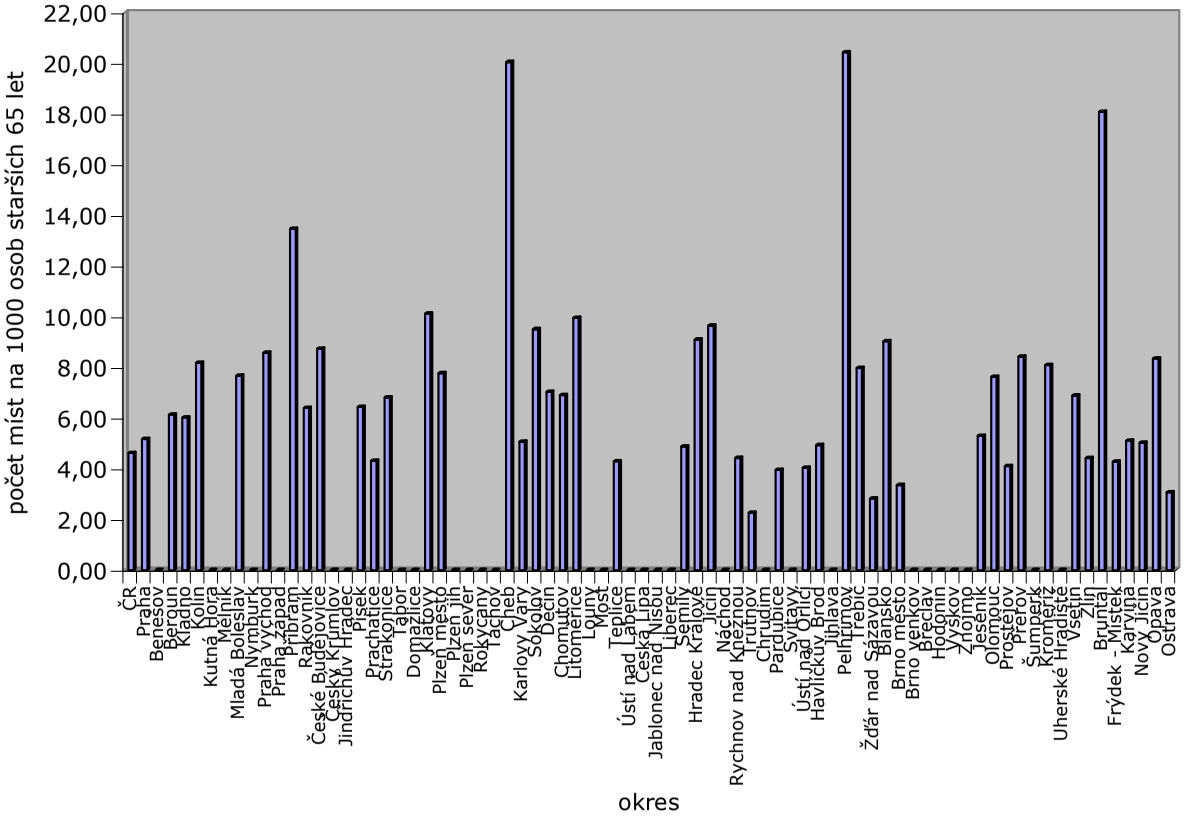
Příloha č. 14

Vybavenost okresů místy v domovech se zvláštním režimem v relaci na 1000 osob starších 65 let v r. 2008



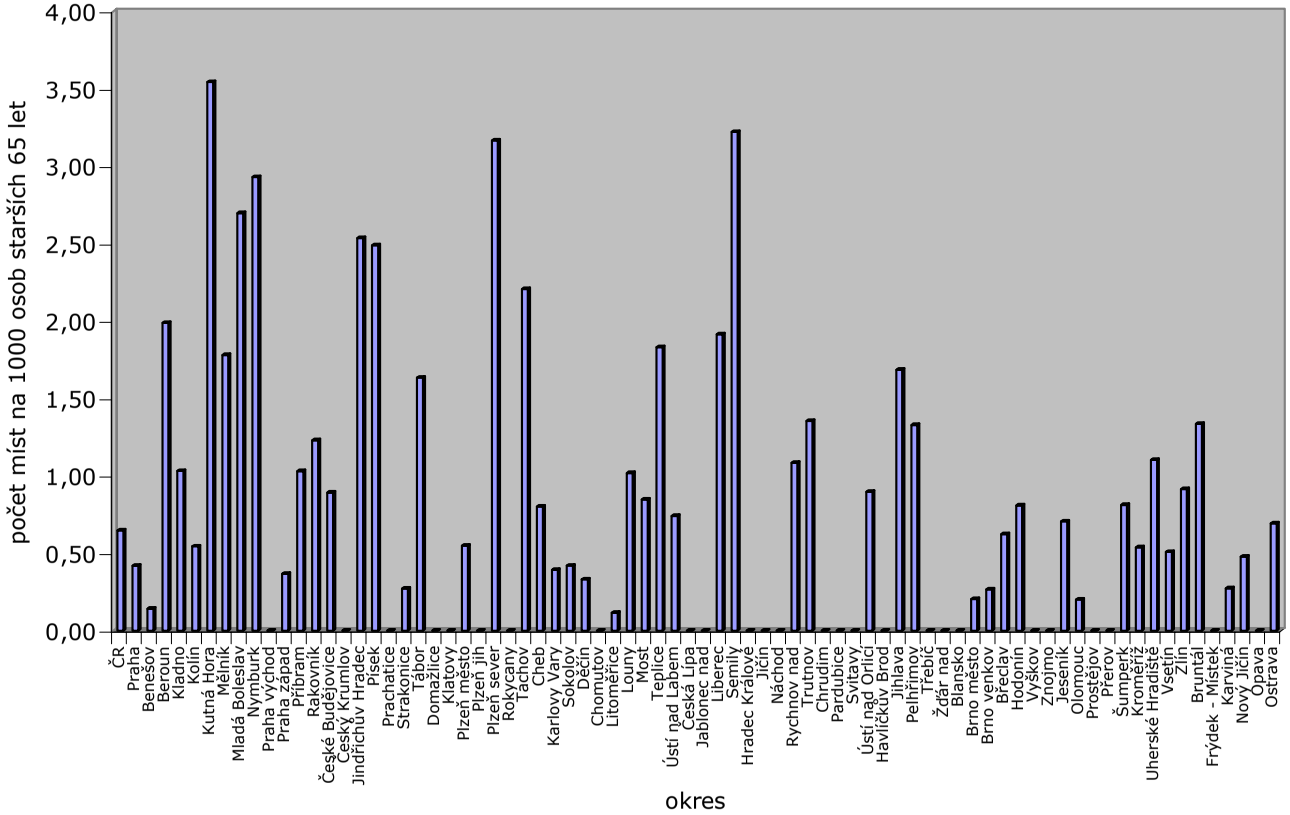
Příloha č. 15

Vybavenost okresů místy v léčebnách pro dlouhodobě nemocné v relaci na 1000 osob starších 65 let v r. 2008



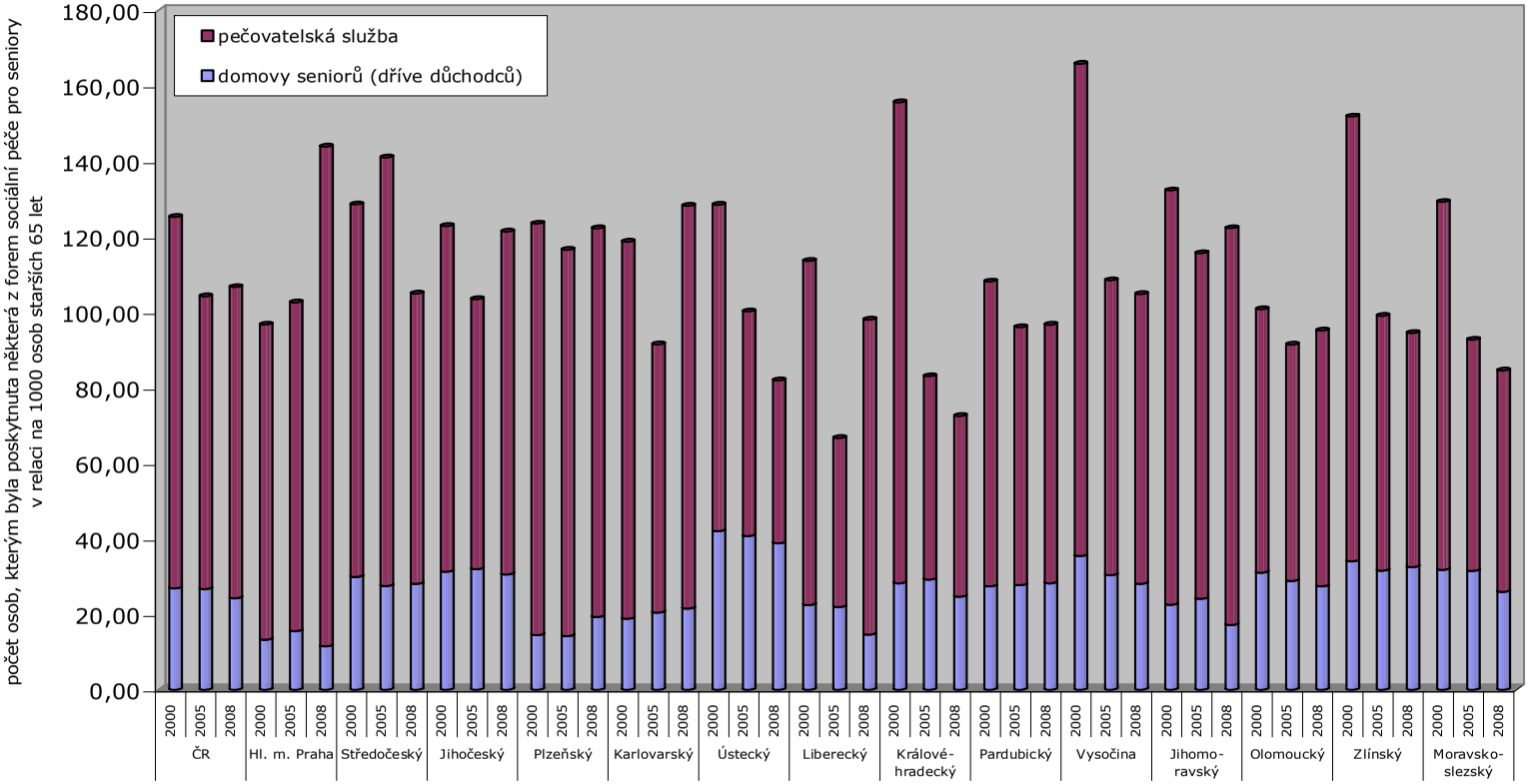
Příloha č. 16

Vybavenost okresů místy v týdenních stacionářích v relaci na 1000 osob starších 65 let v r. 2008



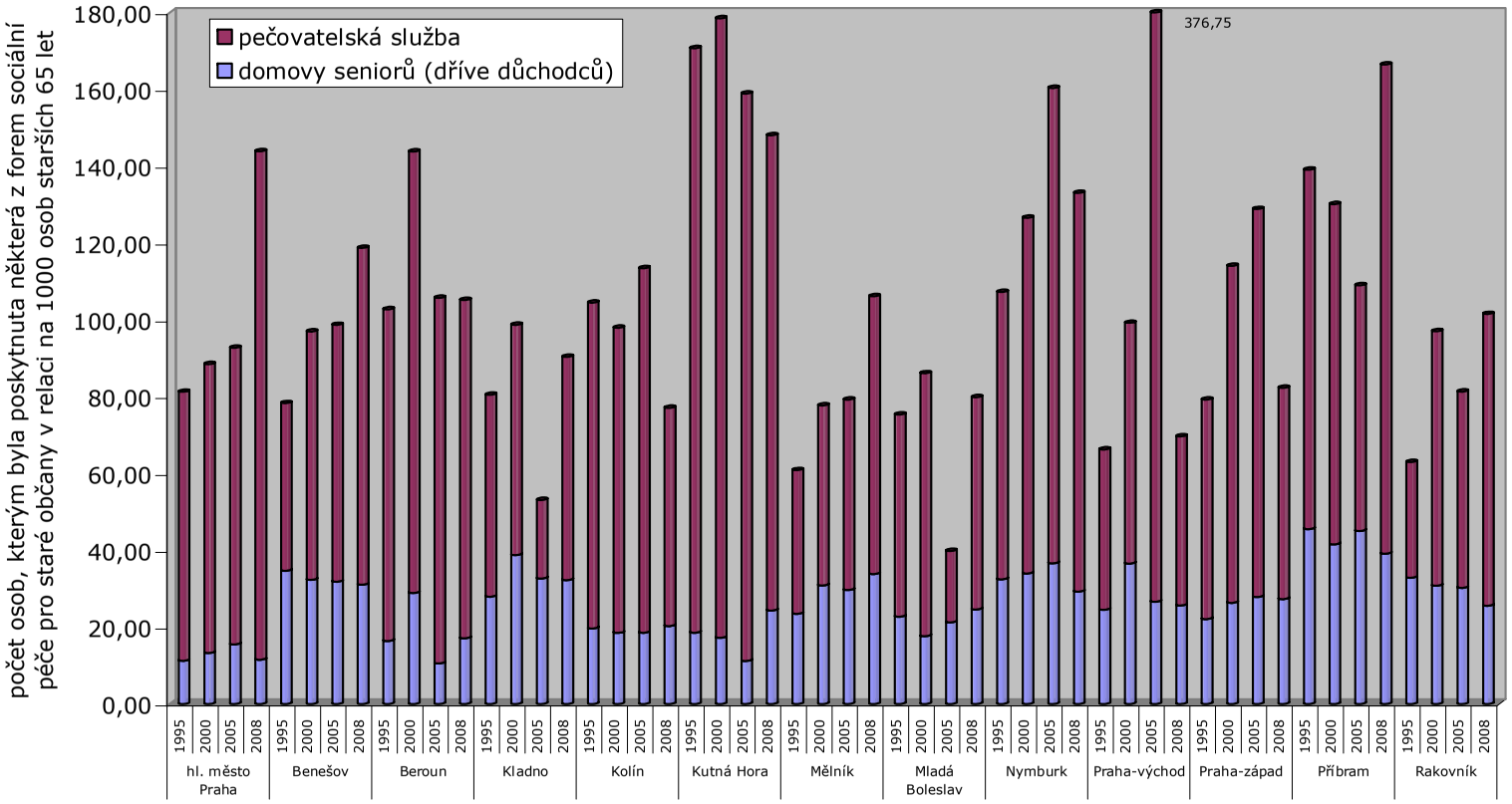
Příloha č. 17

Vývoj vybavenosti krajů službami sociální péče pro seniory v letech 2000 - 2008 v relaci na 1000 osob starších 65 let



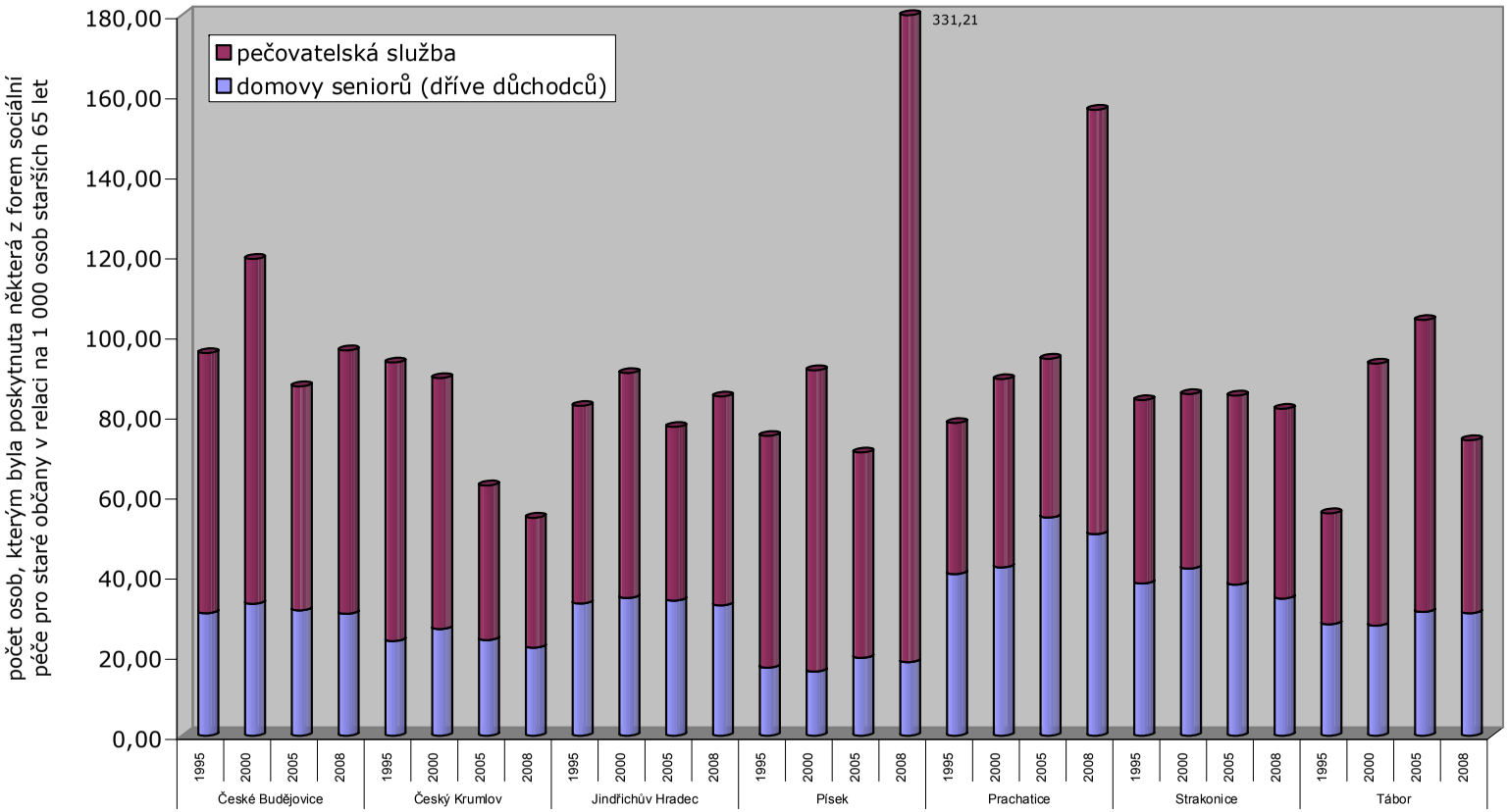
Příloha č. 18

Vývoj vybavenosti hl. m. Prahy a jednotlivých okresů Středočeského kraje službami sociální péče pro seniory v letech 1995 - 2008 v relaci na 1000 osob starších 65 let



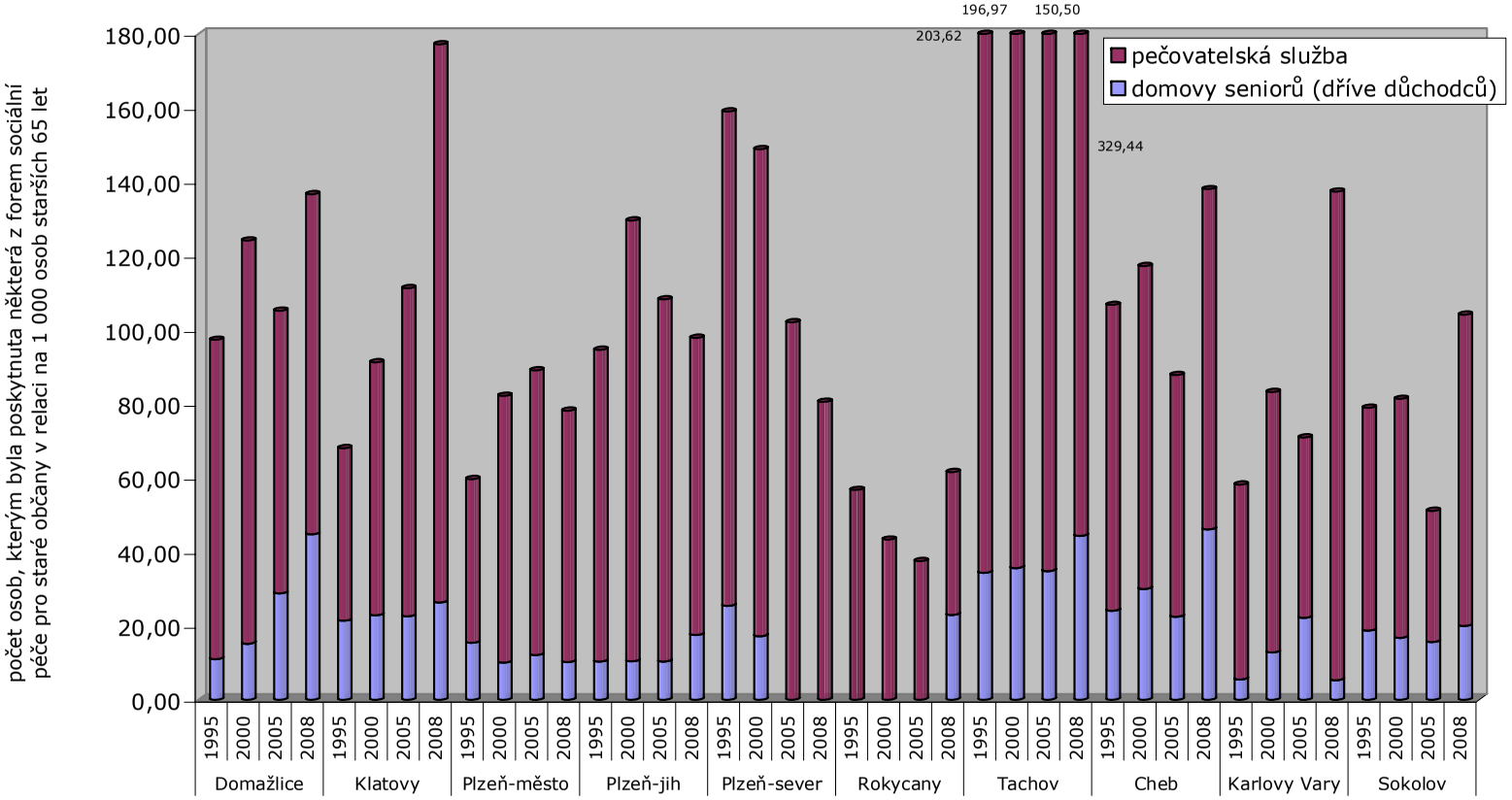
Příloha č. 19

Vývoj vybavenosti jednotlivých okresů Jihočeského kraje službami sociální péče pro seniory v letech 1995 - 2008 v relaci na 1000 osob starších 65 let



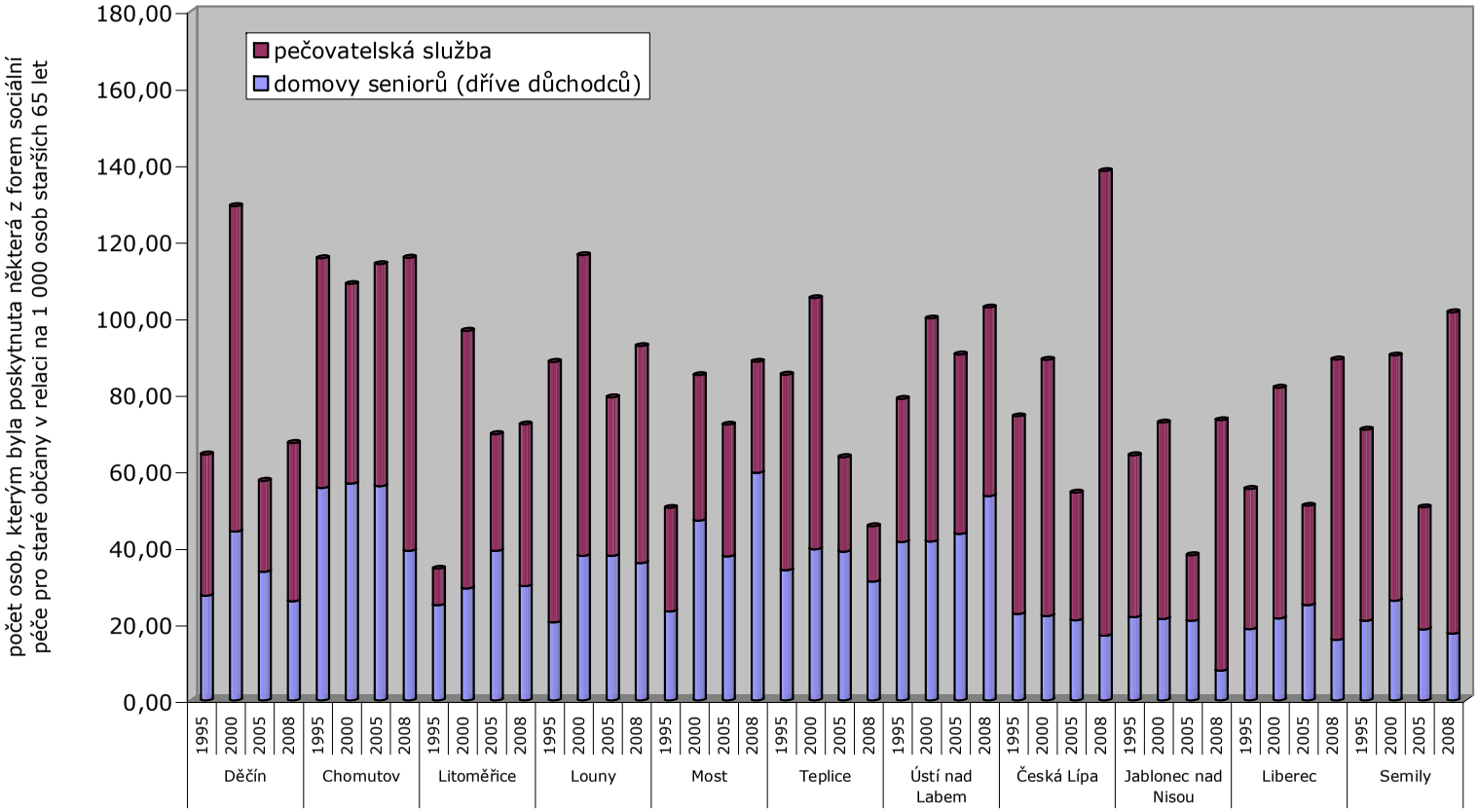
Příloha č. 20

Vývoj vybavenosti jednotlivých okresů Plzeňského a Karlovarského kraje službami sociální péče pro seniory v letech 1995 - 2008 v relaci na 1000 osob starších 65 let



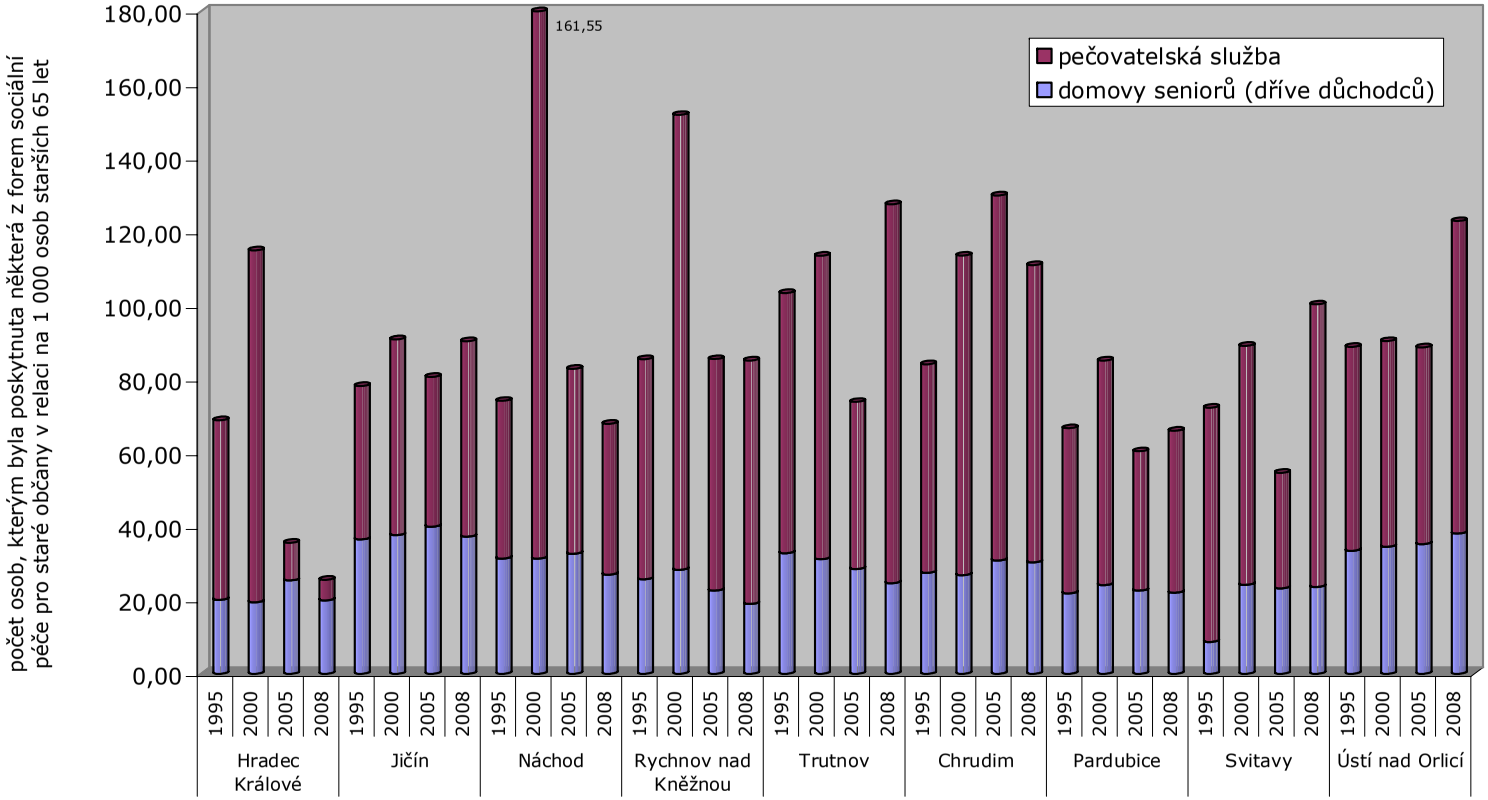
Příloha č. 21

Vývoj vybavenosti jednotlivých okresů Ústeckého a Libereckého kraje službami sociální péče pro seniory v letech 1995 - 2008 v relaci na 1000 osob starších 65 let



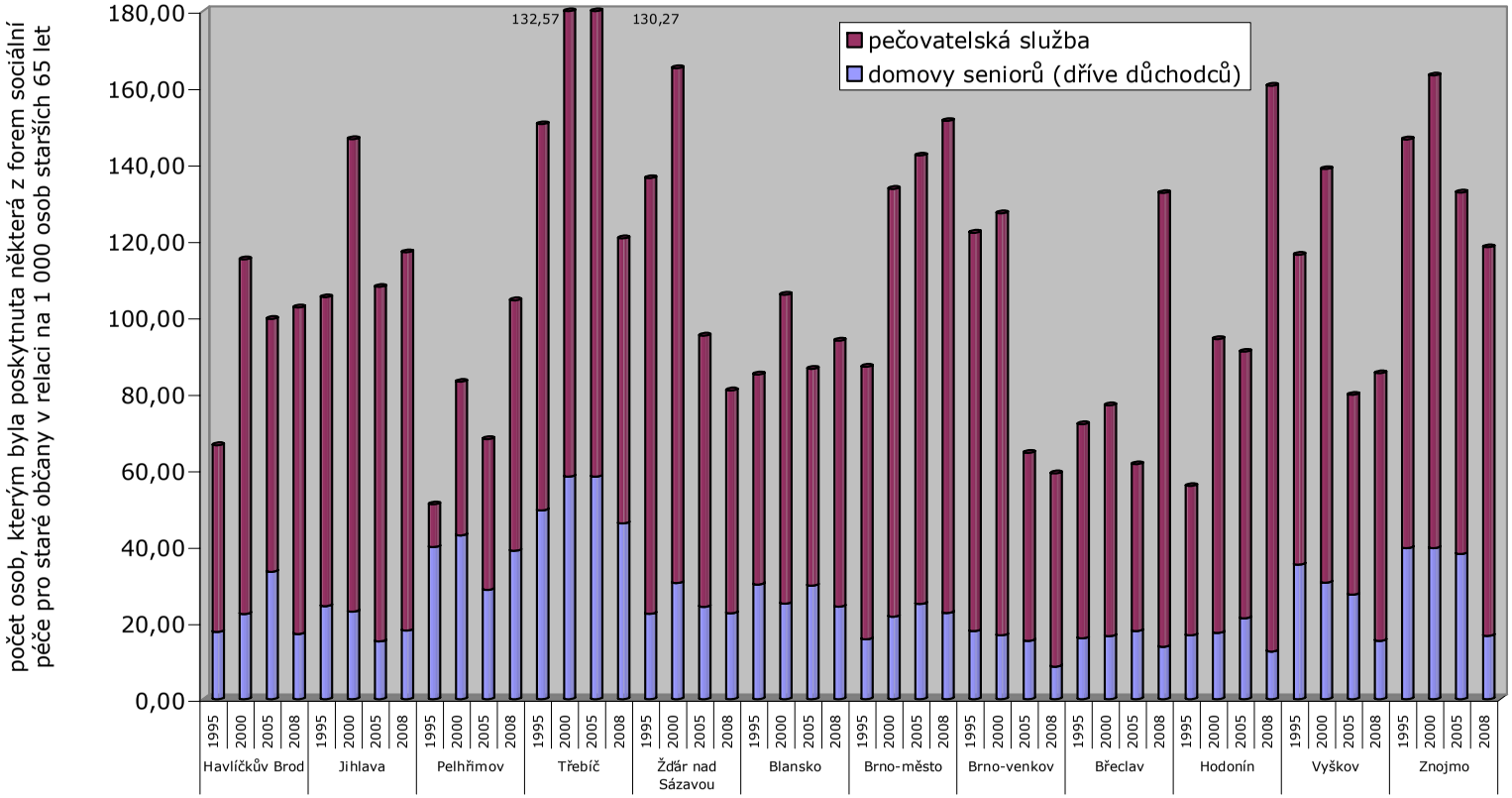
Příloha č. 22

Vývoj vybavenosti jednotlivých okresů Královéhradeckého a Pardubického kraje službami sociální péče pro seniory v letech 1995 - 2008 v relaci na 1000 osob starších 65 let

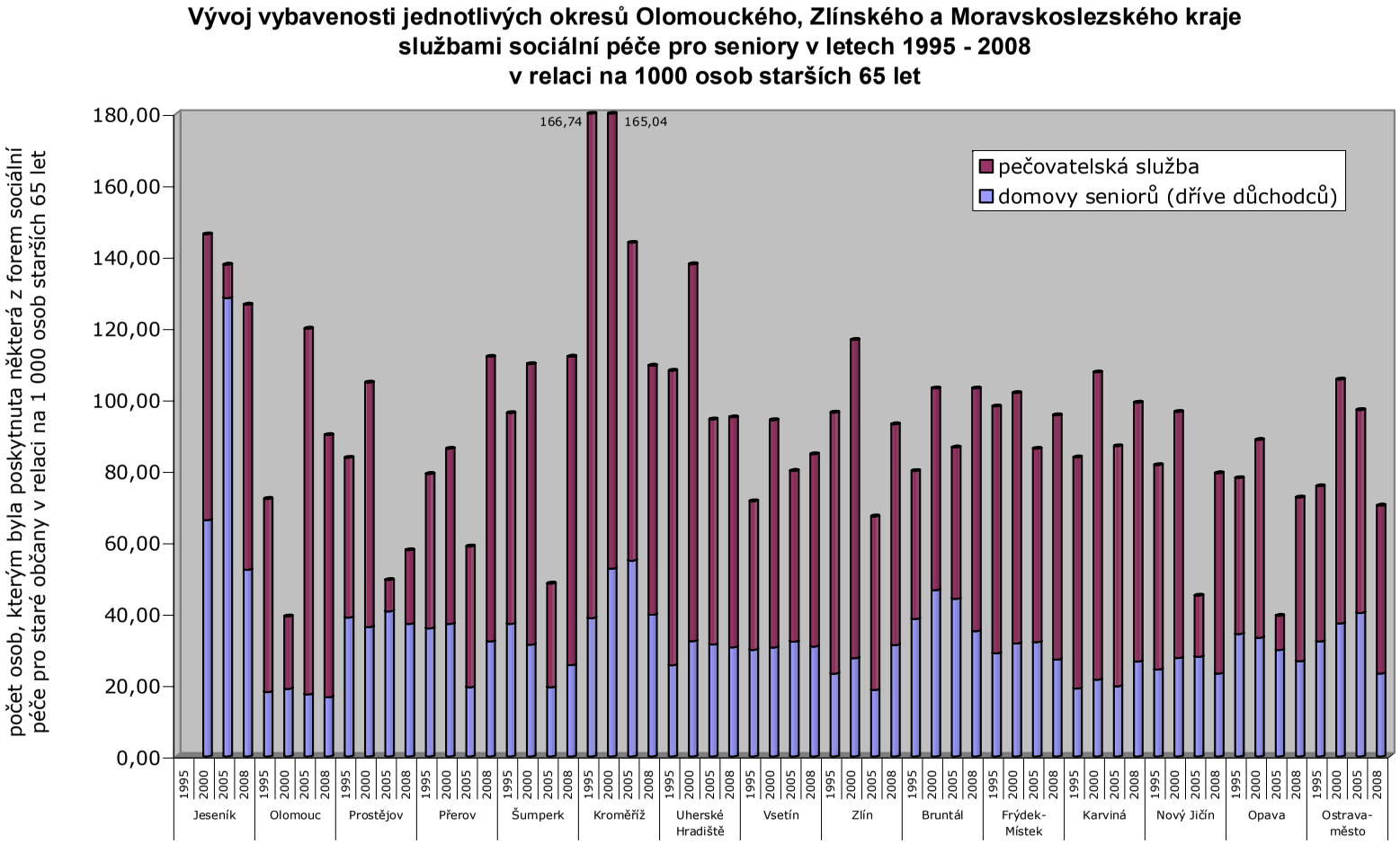


Příloha č. 23

Vývoj vybavenosti jednotlivých okresů kraje Vysočina a Jihomoravského kraje službami sociální péče pro seniory v letech 1995 - 2008 v relaci na 1000 osob starších 65 let



Příloha č. 24


Vývoj vybavenosti jednotlivých okresů Olomouckého, Zlínského a Moravskoslezského kraje
službami sociální péče pro seniory v letech 1995 - 2008
v relaci na 1000 osob starších 65 let
počet osob, kterým byla poskytnuta některá z forem sociální péče pro staré občany v relaci na 1 000 osob starších 65 let
180,00
160,00
140,00
120,00
100,00
80,00
60,00
40,00
20,00
0,00
166,74
165,04
pečovatelská služba
domovy seniorů (dříve důchodců)
1995
2000
2005
2008
Jeseník
Olomouc
Prostějov
Přerov
Šumperk
Kroměříž
Uherské Hradiště
Vsetín
Zlín
Bruntál
Frýdek-Místek
Karviná
Nový Jičín
Opava
Ostrava-město

Příloha č. 25

Stručná charakteristika systémů zdravotní a dlouhodobé péče ve vybraných státech EU

Právní úprava systému sociálních služeb vychází z teorie, kterou popsal G. Esping-Andersen, když definoval tzv. základní modely sociálního státu. V současné době lze rozlišit následující modely sociálního státu:[100]

- anglosaský model - stát přebírá odpovědnost za organizaci sociálního zabezpečení v minimální míře, ostatní je ponecháno v rukou místních orgánů a nestátních organizací (například Velká Británie),
- skandinávský model - štědrý, i když nákladný sociální stát, rozvíjí široké škály sociálních služeb poskytované veřejným sektorem a všestrannou podporu rodiny,
- korporativní model - znárodnění bratrských pokladen a vytvoření státního sociálního pojištění způsobilo, že poskytování sociálních služeb je v těchto zemích zcela ponecháno na nestátním sektoru, který je značně rozvinutý. Představiteli jsou především Německo a Rakousko.
- vzájemnostní model - znám především z Francie, kde je kladen důraz na rodinu a na její podporu - velmi se podobá modelu korporativnímu.

1. Česká republika

Na téměř všechny obyvatele se vztahuje povinné všeobecné zdravotní pojištění financované prostřednictvím odvodů ze mzdy zaměstnanců, zaměstnavatelů a osob samostatně výdělečně činných a prostřednictvím příspěvků ze státního rozpočtu. Soukromé zdravotní pojištění je v České republice zanedbatelné. Hlavní cíle vychází ze zprávy z období 2006-2008, v současné zprávě je věnována větší pozornost především tématům jako nerovnost v přístupu k péči, dostupnost a finanční udržitelnost systému.

V příštím období je rovněž nutné navrhnout více opatření k řešení stárnutí obyvatelstva a k propojení zdravotní a dlouhodobé péče. Vláda oznámila reformu zdravotnictví, aniž by však byla zajištěna ucelenost strategie, např. v případě privatizace fakultních nemocnic a přeměny veřejných fondů zdravotního pojištění na akciové společnosti, není zaručeno, zda bude zajištěna dostatečná přístupnost, kvalita a udržitelnost zdravotní péče.[101]

Služby zdravotní péče jsou široké a volně přístupné všem obyvatelům s výjimkou určitých skupin státních příslušníků třetích zemí. Přístup k péči je v ČR zajištěn bez regionálních nerovností a pořadníků. V posledních letech došlo k redukci akutních lůžek především z důvodu nepřiměřeného personálního zajištění a nízké úrovně péče. Od roku 2008 jsou zavedeny regulační poplatky za návštěvu praktického lékaře, pohotovosti, pobytu v nemocnici a lékařský předpis, které vedly k nižšímu využívání zdravotní péče. V úhradě poplatků jsou stanoveny výjimky, které jsou od této povinnosti osvobozeny jako např. novorozenci či příjemci sociálních dávek pomoci v hmotné nouzi.

---

[100] viz Koldinská, Kristina. *Právní úprava sociálních služeb v evropských zemích*. In Matoušek, Oldřich a kol. *Sociální služby*. Praha: Portál 2007. ISBN 978-80-7367-310-9

[101] viz Joint Report on Social Protection and Social Inclusion 2009. Czech Republic [online] [cit. 2009-06-19] Dostupné z www: <http://ec.europa.eu/employment_social/spsi/docs/social_inclusion/2009/cf_czech_rep_final_cz.pdf>.

Externí hodnocení kvality zdravotní péče v nemocnicích provádí od roku 1998 nezávislá akreditační agentura, tzv. spojená akreditační komise. Bohužel, v ČR dosud neexistuje žádný vnitrostátní systém kontroly kvality zdravotní péče v nemocnicích. Navrhovaný zákon o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování usiluje o vytvoření systému hodnocení kvality a bezpečnosti jako dobrovolného procesu. V červnu 2008 byl spuštěn informační portál o bezpečnosti a kvalitě zdravotní péče, který má za cíl zlepšit informovanost pacientů o jejich právech a možnostech řešení stížností na péči. Ke zvýšení bezpečnosti pacientů by měly být dle Národního programu kvality zdravotní péče poskytovateli vypracovány vnitřní předpisy týkající se nakládání s léky a zdravotní dokumentací. Pro normy léčebných postupů bylo zřízeno odborné fórum pro vypracování norem zdravotní péče, ale bohužel není dostatečně zřejmé, zda se v ČR účinně využívá posuzování zdravotnických technologií.

Podíl celkových výdajů na zdravotní péči na HDP (6,8 % HDP a 1 490 Kč na obyvatele v roce 2006) je pod průměrem EU, od r. 2005 se v poměru k HDP mírně snižuje, avšak roste v absolutním vyjádření na obyvatele. V ČR byl podíl veřejných výdajů na zdravotnictví v r. 2006 88 %, což je jedna z nejvyšších hodnot v EU. Kvůli stárnutí obyvatelstva se předpokládá, že se veřejné výdaje do roku 2050 zvýší o cca 2 % HDP. Nadměrné využívání péče pomohly snížit regulační poplatky, které pomohly zredukovat počet návštěv specialistů, snížit počet receptů, výdajů za léky, omezení pobytů v nemocnici a zkrácení jejich délky. Ministerstvo zdravotnictví schválilo poskytnutí dotací na zdravotnické vzdělávací projekty pro rok 2008, které umožní 150 lékařům nastoupit rychle do praxe a zaplnit tak nedostatek zejména praktických lékařů. Bohužel dosud nebyla předložena žádná opatření s cílem přilákat a udržet i jiné zaměstnance ve zdravotnictví. Zvláštní právní předpisy pro další vzdělávání zdravotnických pracovníků podporují celoživotní vzdělávání a upravují specializovanou odbornou přípravu. Stále aktuálními tématy jsou především prevence nemocí, podpora zdravého životního stylu s nutností omezit rizikové faktory, jako jsou kouření, nevhodné stravovací návyky, obezita a nízká fyzická zdatnost. Pozitivním aspektem jsou prováděné preventivní programy a screening vybraných maligních onemocnění hrazený z veřejného zdravotního pojištění.

Dlouhodobá péče je definovaná jako odborná zdravotní ošetřovatelská péče poskytovaná kvalifikovaným zdravotnickým personálem a pečovatelská péče zajištěná pomocnými zdravotnickými pracovníky (zejména ve zdravotnických zařízeních), pečovateli (zejména v sociálních službách) nebo i poučenými laiky (osobou z rodiny, dobrovolníkem apod.). Podle předpokladů výdaje za dlouhodobou péči v relaci k HDP do roku 2050 vzrostou o 0,4 % více, než tomu bylo např. v r. 2005. Velmi důležitou roli v poskytování sociálních služeb mají kromě krajů a měst také nevládní organizace, především v ambulantní péči. Zákon o sociálních službách zavedl nový koncept sociálně-zdravotního lůžka, který částečně zlepšuje koordinaci mezi zdravotní a sociální péčí.

V ČR je dostatečný počet lůžek zdravotní péče, ale stále existuje nedostatek lůžek sociální péče. V důsledku stárnutí obyvatelstva bude nutné zabývat se stále větší poptávkou po geriatrických službách a hospicích. V posledních letech se značně rozvinula domácí péče, kterou poskytují veřejné agentury, zdravotnická zařízení, soukromí lékaři a nevládní organizace téměř na celém území ČR.

Kvalitu dlouhodobé péče pomáhá zajišťovat zákon o sociálních službách, dle kterého poskytovatelé musí splňovat zvláštní podmínky registrace, včetně prokázání norem kvality a patřičného vzdělání sociálních pracovníků. Prioritou vlády je rozvoj mimoústavní péče, systém plánování sociálních služeb podporující domácí a komunitní péči. Dosud je tento systém málo využíván i přes zavedení příspěvku na péči, který umožňuje občanům svobodnou volbu služby podle svých potřeb, a tak přispět k rozvoji kvalitnějších služeb.

Financování sociálních služeb je možné z různých zdrojů, jako např. státní rozpočet, rozpočty zřizovatelů, platby klientů, příjmy a dary. Evropské sociální fondy se podílejí na strategickém plánování, vzdělávání a některých službách. Příspěvek na péči se stal důležitým finančním nástrojem, a to jak pro profesionální služby, tak i pro rodinné příslušníky pečující o své blízké. Tento příspěvek však vyžaduje více finančních prostředků než se předpokládalo a lze jej snadno použít mimo systém sociálních služeb, takže poskytovatelům je vypláceno méně peněžních prostředků. V horší finanční situaci se nachází především ambulantní služby, nedošlo k odpovídajícímu snížení ústavní péče a zvýšení rodinné péče. Nově přijatá změna má omezit příspěvek pouze na skutečné pořízení sociální služby, stále je potřeba zvýšit podporu neformálních pečovatelů a programů aktivního stárnutí a dále prohlubovat koordinaci zdravotní a sociální péče.

K hlavním příkladům dobré praxe patří[102]:

- Příklad 1: Kulatý stůl pro zdravotnictví

  Projekt Kulatého stolu k budoucnosti financování českého zdravotnictví reagoval na společenské a medicínské změny v posledních letech. Změny jako stárnutí populace a technologický rozvoj bezprostředně ovlivňují financování zdravotnického systému a mohou způsobit, že celý systém bude v rámci několika let finančně neudržitelný. Projekt Kulatého stolu k budoucnosti financování zdravotnictví pomohl vzniku kultivované, věcné a pro občany srozumitelné diskuse zaměřené na vymezení dlouhodobých problémů zveřejněním návrhů reformních variant zainteresovaných partnerů a politických stran. Předložené nezaujaté relevantní srovnávací podklady přispěly k hledání konsenzu mezi politickými stranami a zainteresovanými partnery na možných změnách zdravotnického systému v ČR v dlouhodobém horizontu. Tento projekt byl zaměřen na zlepšení koordinace zdravotních a sociálních služeb na centrální úrovni, jehož cílem bylo vytvoření projekčního modelu budoucích příjmů a výdajů systému veřejného zdravotního pojištění včetně možných scénářů vývoje.

- Příklad 2: Domácí hospicová péče

  Cílem tohoto projektu bylo zřídit mobilní hospic - mobilní hospicovou jednotku, která by svým personálem a technickým vybavením umožnila zkvalitnit sociální a zdravotní služby v ostravském regionu a v příměstských oblastech formou domácí hospicové péče. Tato služba se zaměřila především na seniory v terminálních stadiích života s potřebou paliativní péče. Cílem bylo vytvoření odborného pracovního týmu (zdravotní sestry, lékař, psycholog, fyzioterapeut, sociální pracovník a kněz), zakoupení potřebného odborného vybavení k zapůjčování do domácnosti uživatelů, prohloubení spolupráce s dalšími poskytovateli sociálních a zdravotních služeb, např. Hospice sv. Lukáše jako rezidenčního zdravotnického zařízení. Počáteční obtíže v komunikaci s praktickými lékaři se po určité době upravily a lékaři domácí hospic respektují jako tým, který svou práci dělá profesionálně a dobře. Velmi problematická je nedostatečná legislativa v ČR, která pojem mobilní hospicová jednotka, popř. domácí hospic nezná a zdravotní pojišťovny tuto péči nechtějí proplácet.

[102] Národní zpráva o strategiích sociální ochrany a sociálního začleňování na léta 2008-2010, Česká republika. 2009 Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR, Praha, 1. vyd. ISBN 978-80-86878-93-5 také [online] [cit. 2009-06-18] Dostupné z www:<http://ec.europa.eu/employment_social/spsi/docs/social_inclusion/2008/nap/czech_cz.pdf>.

2. Slovensko

Zdravotní péče je poskytována všem obyvatelům a je hrazená prostřednictvím zdravotních pojišťoven z povinného zdravotního pojištění. Poskytování zdravotní péče je v SR decentralizované, založené na veřejných a soukromých principech. Většina nemocnic a poliklinik je decentralizovaná a přešla pod samostatné vedení. Dobrovolné zdravotní pojištění hraje omezenou, ale rostoucí úlohu a běžné jsou úplatky za zdravotní péči.

Převážná část obyvatelstva je krytá zdravotním pojištěním a zdravotní služby jsou běžné a bezplatné. Symbolické poplatky "z vlastní kapsy" byly zrušené v r. 2006, zůstaly pouze dodatečné platby za léky a zubní ošetření nebo protézy. Přetrvávají regionální nerovnosti a rozdíly v přístupu ke zdravotní péči u určitých zranitelných skupin. Ministerstvo zdravotnictví zavedlo Program podpory zdraví znevýhodněných komunit na Slovensku, který se dosud zavedl pouze na některých marginalizovaných rómských komunitách. V budoucnu se tento program má rozšířit i na utečence a bezdomovce. Na Slovensku existuje minimální všeobecná veřejná síť zařízení zdravotní i pohotovostní péče a také povinnost poskytnout zdravotní péči osobám s trvalým pobytem v jejich spádové oblasti. Týká se to především praktických lékařů pro dospělé a děti, gynekologů a stomatologů.

Informovanost pacientů a zdravotnického personálu o právech pacientů a využívání informačních technologií je poměrně nízká. Ministerstvo zdravotnictví vydává metodiku pro odborníky s cílem zavést nové, účinné a jednotné diagnostické a lékařské postupy při léčení vybraných vážných onemocnění ohrožujících celou společnost. Bohužel, dosud neexistuje žádný důkaz, že tento systém funguje. Ministerstvo zdravotnictví dále stanovilo minimální požadavky na pracovníky a vybavení pro jednotlivé typy zařízení zdravotní péče s cílem zlepšit kvalitu poskytovaných služeb a zajistit bezpečnost pacientů.

Podíl veřejných výdajů na zdravotnictví představoval v r. 2006 68,3 %, byl tedy nižší než v r. 1997, kdy představoval 91,7 %. V následujících letech se očekává jeden z nejvyšších nárůstů v EU (EU-25: 1,6 procentního bodu), z 4,4 % v r. 2004 na 6,3 % HDP v r. 2050. Bohužel, jednou z klíčových charakteristik současného systému je velmi slabé propojení mezi příspěvky a dávkami, což může vést k demotivaci platit příspěvky na zdravotní pojištění, k oslabení zodpovědnosti za vlastní zdraví, k nedostatečné motivaci požadovat kvalitní služby a k nadměrným požadavkům na "bezplatnou" péči. V současné době se dluh ve zdravotnických zařízeních zvýšil ze 186 mil. euro v r. 2006 na 270 mil. euro v r. 2007, především z důvodu silného hospodářského rozvoje a s tím souvisejícího růstu mezd a zvýšení plateb státu za hospodářsky nečinné pojištěnce.

Systém sociálního pojištění se financuje z veřejných (státní rozpočet, fondy zákonného zdravotního pojištění) a soukromých zdrojů (příplatky na základě příjmu). Nový zákon o sociálních službách, který je účinný od 1. ledna 2009 je kritizován, z důvodu omezení týkající se svobodného výběru poskytovatele služby. Přínosem tohoto zákona je udělování registrace poskytovatelům služeb, podpora rozvoje komunit, propojení a koordinace zdravotních a sociálních služeb, ochrana příjmů a principů financování, stanovení požadavků na kvalifikaci a monitorování a dohled nad poskytovanými službami.

Dostupnost sociálních služeb je značně ovlivněná regionálními politikami, přičemž některé jsou nedostatečně vybavené z hlediska personálu či technického vybavení. Nový zákon by měl do dvou let odstranit čekací seznamy a měl by snížit nerovnosti v poskytování služeb.

Současná legislativa v oblasti sociálních služeb je na dostatečné úrovni, ale je potřeba vyvinout účinnější výkonné a především kontrolní mechanizmy. Národní strategická zpráva upozorňuje na neexistenci norem kvality a dohledu, i nedostatečný rozvoj

v oblasti vzdělávání lidských zdrojů. Z dostupných informací vyplývá, že služby vyšší kvality poskytují soukromí poskytovatelé. V zákoně o sociálních službách je uvedeno právo příjemce zvolit si druh a formu služby, čím se mu umožňuje zůstat v domácím prostředí a stejně tak má příjemce zaručený určitý minimální příjem po uhrazení sociální služby.

Hlavním problémem aktuální právní situace jsou nadále nedostatečné finance na pokrytí potřeb závislých osob, nerovné postavení veřejných a neveřejných poskytovatelů sociálních služeb a nedostatečná podpora pro rodiny pečující o příbuzného. Určitá podpora pro neformální pečovatele již existuje, např. finanční příspěvek na péči, prémie v důchodovém pojištění, které platí stát neformálním pečovatelům a nové opatření - respitní péče.[103]

Z příkladů dobré praxe lze uvést projekt "Zlepšování a rozšiřování resocializační a rehabilitační péče o osoby závislé na psychoaktivních látkách", který byl realizován ve spolupráci s experty z Francie, Finska a Polska. Cílem tohoto projektu bylo dosáhnout srovnatelné úrovně s dalšími zeměmi EU, především v kvalitě procesu resocializační a rehabilitační péče o osoby závislé na psychoaktivních látkách. Dalším cílem tohoto projektu bylo vytvořit standardy kvality péče v resocializačních zařízeních v SR a zkvalitnit personál v oblasti přípravy a schopnosti práce s osobami závislými na psychoaktivních látkách. Mezi výstupy tohoto projektu patří zprávy popisující současný stav i obsahové a profesní zabezpečení, dále manuál personálních a profesních standardů jako např. "Kvalita resocializačního střediska pro drogové a jiné závislosti – standardy a dobré zkušenosti" a manuál zaměření na vzdělávací potřeby zaměstnanců a na vypracování vzdělávacího modulu pro odborné zaměstnance, zainteresované instituce a experty.[104]

3. Německo

Systém zdravotní péče se skládá na jedné straně ze zdravotních pojišťoven a jejich sdružení a ze svazů lékařů a stomatologů na straně druhé. Ministerstvo zdravotnictví připravilo právní předpisy, které dohlíží a kontrolují fungování nestátních subjektů poskytujících zdravotní péči. V roce 2004 a 2007 byla uskutečněna reforma zdravotního systému, která obsahuje:

- zvýšení konkurence v mezích zákona mezi zdravotními pojišťovnami a poskytovateli zdravotní péče především při uzavírání smluv s možností zvolit různé tarify,
- zavedení jednotné výše příspěvku a zřízení fondu pro zdraví s ročním nárůstem dotace ze státního rozpočtu do roku 2016,
- reforma odměn pro lékaře,
- strukturální změny v systému zdravotních pojišťoven,
- povinné soukromé zdravotní pojištění od roku 2009 v základní sazbě.

Německý zdravotní systém je široce dostupný a kvalitní, ale také velmi nákladný. Nová reforma má za cíl zefektivnit systém, snížit náklady a snížit riziko selekce. Celkem 89 % populace patří do zákonného zdravotního pojištění, 10,2 % má soukromé pojištění. V r. 2007 bylo 0,3 % osob bydlících v Německu nepojištěno. Reforma provedená v r. 2007 a 2009 zavedla povinné zdravotní pojištění u jakékoliv

[103] Joint Report on Social Protection and Social Inclusion 2009. Slovakia [online] [cit. 2009-06-23] Dostupné z www: <http://ec.europa.eu/employment_social/spsi/docs/social_inclusion/2009/cf_slovakia_final_sk.pdf>.

[104] Národná správa o stratégiách sociálnej ochrany a sociálnej inkluzie 2008-2010. Slovenská republika 2008 [online] [cit. 2009-06-23] Dostupné z www: <http://ec.europa.eu/employment_social/spsi/docs/social_inclusion/2008/nap/slovakia_sk.pdf>.

zdravotní pojišťovny. Dostupnost praktických lékařů na 1 000 obyvatel je relativně vysoká (3,5 v porovnání s OECD průměr 3,1).

Kvalitní zdravotní péče je v Německu prioritou a poskytovatelé mají zákonnou povinnost poskytovat kvalitní služby. Lékaři mají povinnost se dlouhodobě vzdělávat. Mnoho zdravotnických zařízení dobrovolně usiluje o získání certifikátu kvality, který dokazuje dodržování norem. Elektronická karta pojištěnců, jako další nástroj pro zjištění kvality je v současné době testována v sedmi spolkových zemích.

Výdaje na zdravotnictví v Německu jsou velmi vysoké, dle OECD byl podíl výdajů na zdravotnictví na HDP v r. 2006 10,6 %, zatímco v r. 1990 činil 8,3 % HDP. Převážná část výdajů na zdravotnictví pochází z veřejného sektoru (téměř 76,9 % v r. 2006), ale tento trend klesá, v r. 1992 to bylo 81,5 %. Od roku 2009 je jednotná sazba zdravotního pojištění a tyto příspěvky jsou zdravotními fondy centrálně řízené a peníze přerozdělené zdravotním pojišťovnám na riziko a pojištěnce. Toto nové přerozdělení bere v úvahu pohlaví, věk, nemocnost či chronické onemocnění. Stejně jako v jiných zemích, i v Německu je dlouhodobý nedostatek pracovníků ve zdravotnictví.

"Pflegeversicherung", tedy pojištění na péči existuje od r. 1995. Toto pojištění zastřešuje riziko stálé pomoci, péče a podporu v nouzi. Výše dávky závisí na stupni péče, kterou posoudí příslušná zdravotní pojišťovna, bez ohledu na věk, příjem a majetek. Pojištění bylo navrženo tak, že náklady z větší části, avšak nikoliv zcela, pokrývají potřebnou péči. Od července 2008 došlo k navýšení příspěvku za jeden „ošetřovatelský bod" o 0,25 procentního bodu, na 1,95 %.

Celá populace Německa je buď ze zákona nebo soukromně pojištěna. Každá spolková země se může rozhodnout o zavedení ošetřovatelských center. Centra musí usilovat o propojení a interakci mezi místními službami, poskytují zde komplexní poradenství, např. v oblasti zdraví a ošetřovatelství. Výhodou těchto center je, že jsou na místní úrovni a jsou snadno přístupná.

Ke zlepšení kvality pomáhají inovace v rámci vývoje ošetřovatelských předpisů, které se zaměřují na bezpečnost a kvalitu služeb. Schválená ošetřovatelská zařízení jsou povinna ze zákona přijmout národní standardy zajišťující poskytování bezpečné a kvalitní péče. Stacionáře a ambulantní zařízení jsou ročně bez předchozího upozornění kontrolovány. Údaje o kvalitě ošetřovatelských zařízení a výsledcích externí kontroly jsou od r. 2009 veřejně dostupné. Profesionální kodexy pracovníků poskytujících péči byly doplněny také o zlepšení odborného vzdělání.

Financování dlouhodobé péče se uskutečňuje prostřednictvím příspěvků na sociální zabezpečení. V r. 2008 došlo k navýšení příspěvku z 1,7 % na 1,95 %. Přesto se dle vývoje populace odhaduje, že výdaje na sociální péči do r. 2050 dosáhnou růstu na 2,5 % HDP. Bohužel, ani nedávná reforma nevyřešila dostatečně finanční udržitelnost systému.[105]

K hlavním příkladům dobré praxe patří[106]:

- Příklad 1: Iniciativa spolkové vlády - Mamografie screening program.

  Tento program je zaměřený především na ženy ve věku 50-69 let. Cílem je snížit úmrtnost na rakovinu prsu pomocí mamografického screeningu a vytvoření metody, kterou se zajistí standardní a kvalitní mamografické vyšetření celé populace dle

[105] Joint Report on Social Protection and Social Inclusion 2009. Germany [online] [cit. 2009-06-23] Dostupné z www: <http://ec.europa.eu/employment_social/spsi/docs/social_inclusion/2009/cf_germany_final_de.pdf>.

[106] National Strategy Report Social Protection and Social Inclusion 2008-2010. Germany [online] [cit. 2009-07-02] Dostupné z www: <http://ec.europa.eu/employment_social/spsi/docs/social_inclusion/2008/nap/germany_en.pdf>.

evropských směrnic. Tento program začal po provedených pilotních šetřeních již v r. 2004, kdy bylo pravidelné screeningové mamografické vyšetření zahrnuto do standardní zdravotní péče žen ve věku do 69 let, které jsou vyzvány pozvánkou k tomuto vyšetření. V současné době má Německo největší a nejlépe technicky vybavený mamografický screeningomý program v EU odpovídající přísným evropským standardům.

- Příklad 2: Iniciativa "mammaNetz" - Case management in cross-sectoral pro ženy s rakovou prsu.

  Tento program je zaměřen na péči o ženy s rakovinou prsu, především na zajištění komplexní, na pacienty orientované a koordinované postupy léčby a péče s využitím "case manager". MammaNetz je prakticky testovaný a vědecky ověřovaný model, který provádí a pomáhá zorientovat se, dále propojuje instituce a aktéry v oblasti zdravovědy. Tento obecně platný Case-Management-Model lze uplatnit také v jiných zařízeních a u jiných skupin pacientů (např. u pacientů po cévní mozkové příhodě). Hlavní cíle tohoto modelu jsou kontinuální multidisciplinární péče zaměřená na pacienty, kterým dodává podporu a pomáhá se orientovat v systému, vytvoření multiprofesionálních pracovních týmů (psycholog, gynekolog, zdravotní sestry, atd.) mezi ambulantní, nemocniční, rehabilitační a komunitní péčí. Z výsledků je zřejmé, že tento model má pozitivní vliv jak na zařízení poskytující péči, tak i na klienty.

- Příklad 3: Národní akční plán prevence podvýživy, nedostatku pohybu, obezity a souvisejících onemocnění.

  Národní akční plán má za cíl prostřednictvím motivačních a informačních kampaní změnit chování populace směrem k zdravému životnímu stylu, tedy vyvážené stravě a podpoře aktivního pohybu. V národní kampani se plánuje sjednocení různých opatření a všech zúčastněných stran - vládní i občanské. Tento program byl zaštítěn Ministerstvy zdravotnictví i zemědělství a také různými odbory, místními úřady a občanskou společnostní. Tento projekt začal v r. 2007 a stále probíhá a výsledky dosud nejsou k dispozici.

- Příklad 4: Iniciativa „Život má váhu"

  Tato iniciativa je zaměřena na prevenci poruch příjmů potravy a narušených stravovacích návyků. Tento projekt se v r. 2008 stal součástí Národního akčního plánu zaměřeného na prevenci podvýživy, nedostatku pohybu, obezity a souvisejících onemocnění. Mezi hlavní cíle patří působení na reklamní a módní průmysl, aby nepodporoval příliš štíhlé modelky, zaměření se na výchovu a prevenci u mladých dívek na akcích pro mládež pomocí informačních materiálů, propagace poradenských institucí a podpora spolupráce zúčastněných stran. Výsledky této iniciativy ještě nejsou k dispozici.

4. Dánsko

Zdravotní péče v Dánsku je decentralizovaná a financovaná z daní, což umožňuje univerzální krytí všech občanů. Lékařská a nemocniční akutní péče je pacientům poskytována zdarma a speciální péče (zubní, psychologická, chirurgická a rehabilitační) je hrazena ve výši 25 až 60 % výdajů. Magistráty a obce jsou zodpovědné za prevenci a podporu zdraví. Sekundární nemocniční péče včetně péče o duševní zdraví je nově zřízena v pěti regionech.

Zdravotní péče je přístupná všem občanům. V posledních letech se snaží zredukovat čekací doby, které byly způsobeny stávkami zdravotnického personálu v nemocnicích. Dánsko se zavázalo, že se bude snažit zachovat současnou vysokou úroveň sociální ochrany a uspokojit vzrůstající požadavky (potřeby) stárnoucí populace

v oblasti zdraví a životních podmínek. Pacienti mají právo, pokud čekají minimálně jeden měsíc na léčbu ve veřejném nemocničním zařízení, zvolit si místo toho léčbu v soukromé nemocnici. Od r. 2009 si pacienti mohou svobodně zvolit svého lékaře. Dánsko se zaměřilo na znevýhodněné skupiny obyvatel, které mají obecně horší zdraví a životní styl. Byla zřízena speciální komise, která se snaží na malých skupinkách efektivně řešit životní styl, nemoci a zlepšení zdraví. Od r. 2007 je zakázáno kouřit na pracovištích, na uzavřených veřejných místech, institucích, taxi, restauracích a kavárnách.

Dánsko se zaměřilo na zlepšení kvality a účinnosti zdravotní péče, včetně zlepšení plánů a realizace léčby rakoviny. V r. 2008 byla schválena první verze Dánského modelu pro zkvalitnění nemocnic, který se skládá se 104 akreditovaných standardů. V Dánsku je konstantní důraz kladen na včasnou diagnostiku a přístup ke kvalitní péči především u rakoviny. Na internetu budou umístěny informace o kvalitě léčby a čekacích dobách v různých nemocnicích.

Veřejné výdaje na zdravotní péči v Dánsku patří mezi nejvyšší v EU (v r. 2005 9,4 % HDP). Nárůst veřejných výdajů do r. 2050 se očekává kolem 1 % HDP. Dánská vláda se zaměřuje na aktivity vedoucí k náboru lidí do zdravotnictví a zlepšení jejich pracovních podmínek. Podle odhadů bude v roce 2020 chybět až 20 % pracovníků ve zdravotnictví a dlouhodobé péči. Do r. 2010 bude provedena analýza, která se zaměří na rozdíly ve mzdách, pracovních podmínkách a nalezne odpovědi na problémy s náborem pracovníků. Dánsko se zaměřilo na snížení administrativy pro přední zaměstnance, kteří tímto budou mít více času na péči o klienty. Dánská vláda má v plánu provádět každých pět let podrobné srovnání podmínek v nemocnicích se sousedními státy, za účelem poskytovat péči na mezinárodní úrovni.

V dlouhodobé péči jsou nastaveny stejné principy jako ve zdravotnictví, tedy rovný přístup a dostupnost pro všechny občany. Poskytování služeb dlouhodobé péče spadá do kompetencí obcí. Obce poskytují podporu ve formě domácí pomoci či finančního příspěvku na základě individuálního posouzení postižení a potřeb jedince.

Dlouhodobá péče v Dánsku je navržena tak, aby došlo ke zlepšení kvality jedincova každodenního života a zvýšila se jeho schopnost sebeobsluhy. Tato péče je zaměřena především na závislé starší osoby a osoby s fyzickým nebo mentálním postižením. Klíčovým principem těchto služeb je zapojení uživatelů do plánování. Stálá osobní péče a praktická podpora je poskytována bezplatně. Za jiné služby jako např. rezidenční bydlení nebo bydlení v domě s pečovatelskou službou uživatelé platí měsíční nájemné, které je přiměřené jejich příjmům. Bohužel, na tyto služby existují čekací listiny. Od r. 2009 musí být osobám, které déle než 2 měsíce potřebují pomoc při každodenních aktivitách nebo potřebují umístit v domě s pečovatelskou službou, nabídnuto zařazení na čekací listinu.

Probíhající reforma ve veřejném sektoru by měla přispět ke zlepšení podmínek pro osoby vyžadující péči, ale také pro jejich pečovatele. Cílem této reformy je zlepšit pracovní podmínky a udržet osoby pracující ve zdravotnictví a v dlouhodobé péči, snížit počet pracovníků, kteří musí individuálně přicházet k uživateli a raději zajistit jednu osobu, která je v neustálém kontaktu s uživatelem v jeho přirozeném prostředí. Zvedení modelu akreditace i pro domácí péči povede k rozvoji kvalitních a moderních služeb.

Dlouhodobým úkolem je zajistit finanční udržitelnost dlouhodobé péče bez vlivu na kvalitu poskytované péče potřebným osobám. Je nutné zajistit dostatek pracovních sil pro zajištění životní pohody uživatelů. Dále je nutné rozvíjet a podporovat získávání nových vědomostí o nejúčinnějších metodách jak péče, tak organizace práce, především snížení administrativních nákladů, snížení nemocenské a použití nových

metod a technologií. V r. 2050 dojde k navýšení veřejných výdajů na dlouhodobou péči na 2,2 % HDP z 1,1 % HDP v r. 2004.[107]

K hlavním příkladům dobré praxe patří:

- Příklad 1: SPIDO (Socio-pedagogic Practice in Dementia Care)

  Projekt sociálně pedagogické praxe v péči o dementní osoby byl vybrán, protože je založen na nové značce a pozitivních výsledcích v podmínkách metod pro zacházení s občany trpícími demencí, což je jedna z nejslabších skupin mezi staršími lidmi. Program SPIDO je rozvoj vzdělávání a odborné přípravy zaměřené na zvýšení schopností zaměstnanců poskytujících péči o osoby s demencí. Vzdělávání a odborná příprava přikládají význam na sociálně pedagogický přístup, který pomáhá vyhnout se užití síly (fyzických omezovacích prostředků) na osoby trpící demencí. Zkušenosti získané ze sociálně-pedagogických metod ukazují, že významně méně omezovacích prostředků může být použito proti lidem trpícím demencí. Dle těchto pozitivních výsledků ministerstvo sociálních věcí postupně rozvrhlo zdroje na doplňkové praktické cviky pro zaměstnance pečující o starší osoby. Projekt probíhá od r. 2007 a končí v r. 2009. Je zaměřen na profesní rozvoj a rozvoj profesionálních schopností zaměstnanců pečujících o starší osoby v cestě integrace sociálně pedagogického přístupu v praktické péči a takto pomoci zabránit užití síly proti lidem trpícím demencí. Prostřednictvím získaných znalostí SPIDO pomáhá rozvinout přesnější pochopení a intervence v dané oblasti. První zhodnocení ukázalo, že kurzy sociálně pedagogického přístupu zvyšují zaměstnancům povědomí o pracovním procesu a zaměstnanci navíc získali větší povědomí, jak zvládat konflikty, a silnější vůli a odhodlání uplatňovat to, co se naučili.

- Příklad 2: Implementace směrnic rady postižených

  Cílem této iniciativy je vytvořit dialog mezi zástupci místních úřadů a radou zdravotně postižených na lokální úrovni. Byl vytvořen pracovní dialog s interdisciplinárním cílem zajistit, aby se postižení lidé také zapojili do rozhodování na místní úrovni o významných věcech týkajících se problematiky zdravotního postižení. Od r. 2006 musí místní úřady povinně zavést radu postižených. Rada postižených je složena s rovného počtu místních zástupců a zástupců z organizací zastupujících postižené osoby. Tato rada se vyjadřuje ke všem iniciativám, které souvisí s problematikou zdravotně postižených, pomáhá organizacím sdružujícím osoby s různým zdravotním postižením překonávat administrativní a politické bariéry. Závěrečná data nejsou dostupná.

- Příklad 3: The National Indicator Project (NIP)

  Tento projekt je jedním z příkladů, jak nemocnice, kliniky a zdravotnické úřady začaly spolupracovat s cílem udržet a rozvíjet kvalitu léčby v dánském nemocničním sektoru. Tento projekt je uznáván v odborných kruzích a široce užíván jako testování kvality. Informace o kvalitě musí být sděleny také občanům a pacientům. Kromě toho se NIP zaměřuje na podporu racionálního dialogu na profesionální a manažerské úrovni. NIP vyvinul kvalitní indikátory osmi druhů onemocnění. Regiony jsou hodnoceny na základě počtu kurzů v regionálních nemocnicích, které mohou být považovány za vhodné. V tomto směru existují dvě formy testování - zaprvé, region je hodnocen na základě standardů stanovených NIP, za druhé, regiony jsou srovnány s ostatními v dodržování jednotlivých standardů během individuálního kurzu. Projekt poskytuje zpětnou vazbu o plnění cílů v podobě

[107] viz Joint Report on Social Protection and Social Inclusion 2009. Denmark [online] [cit. 2009-06-29] Dostupné z www: <http://ec.europa.eu/employment_social/spsi/docs/social_inclusion/2009/cf_denmark_final_dk.pdf>.

dosažených indikátorů. Data jsou analyzována a upravována např. dle rozdílů ve složení pacientů, oddělení, nemocnic a regionů a pak jsou srovnána. Data jsou podrobena ročnímu hodnocení (tzv. klinický audit), který poukáže na indikátory, které interpretují reálný obraz klinické kvality.[108]

5. Anglie

Zdravotní péče je poskytována přes veřejně financovanou instituci National Health Service (NHS), která poskytuje komplexní a univerzální pokrytí. Primární a sekundární péče je poskytovaná zaměstnanci NHS nebo smluvními poskytovateli. Odpovědnost za zdraví je přenesena na čtyři země, tedy Anglie, Skotsko, Wales a Severní Irsko. Tyto země si samostatně určují priority ve financování zdravotní a sociální péče.

Ve Velké Británii existuje pro občany univerzální přístup ke zdravotní péči. Přibližně 11 % obyvatel Velké Británie je pokryto soukromým pojištěním. V důsledku decentralizace existují rozdíly v přístupu ke zdravotní péči mezi čtyřmi zeměmi, protože jsou různé regionální priority týkající se přidělování zdrojů na rozvoj služeb. V Anglii se hradí poplatky za předepsané léky, ve Skotsku a Walesu jsou léky bez poplatků. Ve Velké Británii došlo k významnému zlepšení zdraví lidí v znevýhodněných skupinách a oblastech. Přesto v Anglii přetrvávají nerovnosti v přístupu ke zdravotní péči. Všichni obyvatelé by měli mít přístup k ošetření do jedné hodiny v naléhavém případě.

Kvalita zdravotní péče je prioritou pro všechny země Spojeného království, kde se nacházejí zdravotní standardy dohromady s mechanismy monitorujícími kvalitu. Zdravotní hodnotící programy byly vyvinuty s cílem vyhodnotit efektivitu a širší dopad na zdravotní ošetření. Kvalita je sledována také pomocí průzkumů mezi pacienty. Další návrhy na zlepšení kvality zahrnují rozvoj srovnatelných indikátorů kvality a představují zákonnou povinnost pro poskytovatele zdravotní péče, aby zveřejnili pravidelné zprávy o kvalitě svých služeb. Nový systém tarifů zajistí, že peníze následují pacienta, a ceny za služby vyjadřují objektivní náklady dle praxe spíše než průměrnou cenu.

I když se výdaje pohybují pod průměrem EU (9 % HDP), zdravotní výdaje vzrostly z 6,8 % HDP v r. 1997 na 8,4 % HDP v r. 2006 a odhaduje se, že tato hodnota se bude dále zvyšovat. Politiky do udržitelnosti zahrnují také prevenci, podporu zdravého životního stylu a zdraví a přesun více služeb mimo nemocnici. Spojené království má v současnosti nejvíce sester a porodních asistentek, ale bohužel nejméně praktických lékařů na 1 000 obyvatel. Anglie je jedinou zemí ve Spojeném království, která přijala systém úhrady plateb dle odvedené práce, čímž je velká část příjmů nemocnic závislá na objemu činností, které vykonají. Cena za služby se odvíjí od průměrných nákladů z údajů shromážděných a předložených NHS od poskytovatelů.

Rovněž odpovědnost za poskytování dlouhodobé péče je přenesena na čtyři země. V Anglii a Walesu zjišťují, zda jedinec či rodina má nárok na služby dlouhodobé péče, ve Skotsku je dlouhodobá péče zdarma pro potřebné a Severní Irsko je jediná země, kde jsou služby zdravotní a dlouhodobá péče integrované. V zemi se nyní diskutuje o možnosti zavedení bezplatné dlouhodobé péče.

Všechny čtyři země zavedly nebo plánují zavést opatření na podporu neplacených neformálních pečovatelů. V Anglii, Walesu a Severním Irsku místní orgány přispívají k některým výdajům na péči. Poplatky za péči mohou způsobit překážky v dostupnosti adekvátní péče. V Anglii implementovali pilotní projekt, ve kterém si lidé

[108] viz Denmark National Report on Strategies for Social Protection and Social Inclusion 2008-2010. [online] [cit. 2009-07-02] Dostupné z www: <http://ec.europa.eu/employment_social/spsi/docs/social_inclusion/2008/nap/denmark_en.pdf>.

mohou zvolit, zda čerpat peníze od místního úřadu a zařídit si vlastní péči. Ve Skotsku je bezplatná dlouhodobá péče široce podporována, i když existuje podezření, že je nutné stanovit a zavést jasná pravidla.

Regulační orgán kontroluje vykonávání dlouhodobé péče dle Národních minimálních standardů. Regulační orgán může uložit zákonné podmínky poskytovatelům, kteří byli neúspěšní při plnění požadavků, vedoucí ke zlepšení. V zemi existují obavy, že perspektiva uživatelů není dobře integrovaná do standardů kontrolních procesů.

Ve všech zemích Spojeného království se výše finančních prostředků pro dlouhodobou péči neustále zvyšuje. Existuje obecný problém v koordinaci zdravotních a sociálních služeb, což má důsledek na udržitelnost systému. Země hledají cesty, jak zabezpečit integraci zdravotní a sociální péče [109].

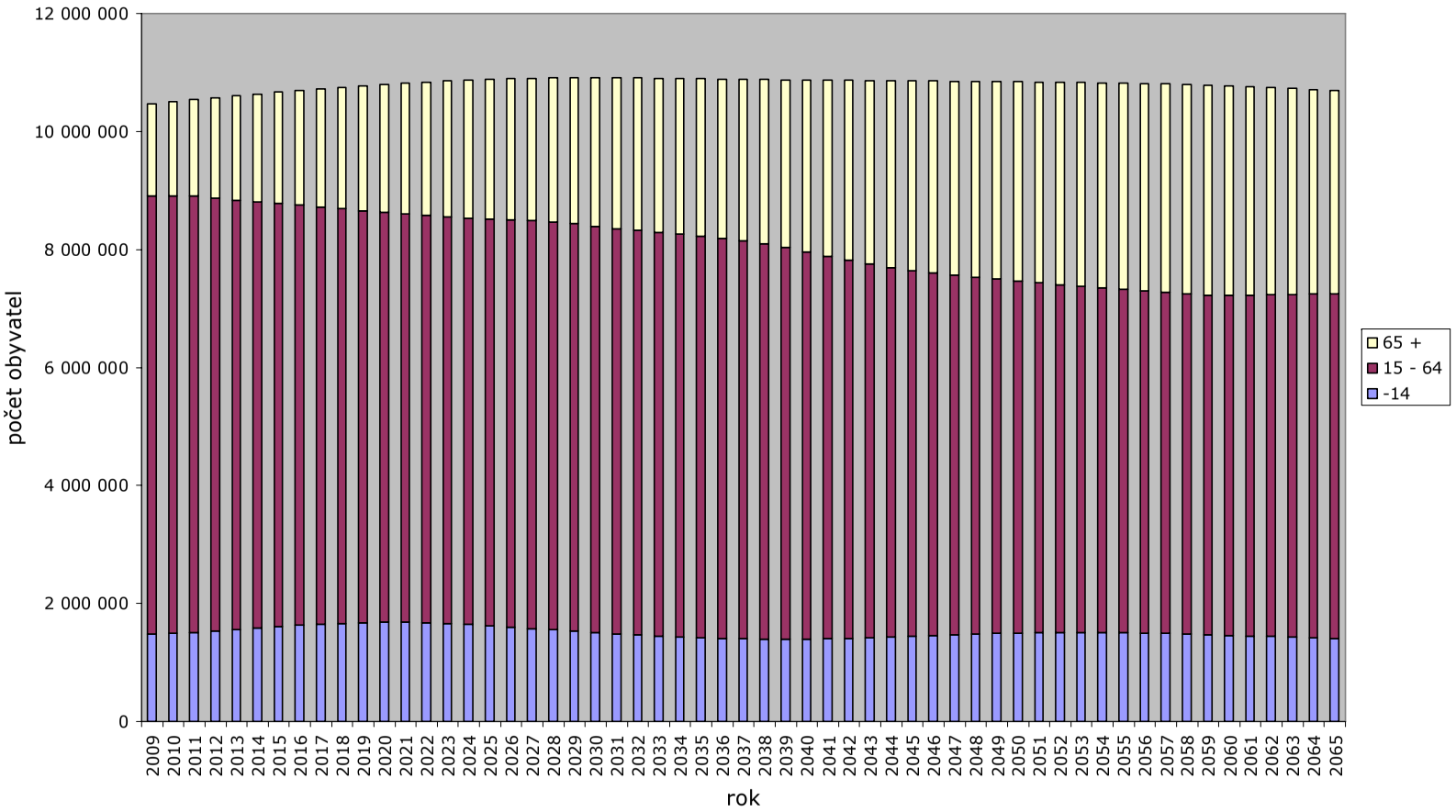
Jako příklad dobré praxe lze uvést případovou studii „Building Strong Bridges" (BSB) ve Walesu, která byla zaměřena na posílení vztahů mezi NHS a neziskovým sektorem na národní i místní úrovni. BSB identifikovala potřebu jmenovat na místní i národní úrovni facilitátory zdravotní a sociální péče, kteří pomohou posílit pracovní rozhraní mezi státním a neziskovým sektorem. BSB obsahuje 23 doporučení navrhujících zlepšit spolupráci při poskytování a přispět k zesílení podpory nové role dobrovolného sektoru a jejich partnerů na všech úrovních přepracovaného NHS ve Walesu. Tato doporučení se týkají např. identifikace příležitostí k posílení dobrovolného sektoru, podpory znevýhodněných skupin v jejich přístupu ke zdraví, posílení místních a národních struktur tak, aby neziskový sektor měl plnohodnotnou roli při plánování, vývoji a provozování služeb. Všech 23 doporučení BSB bylo splněno. BSB poskytuje kvalitní rámec a základ pro zlepšení spolupráce mezi státním a neziskovým sektorem ve zdravotní a sociální péči.[110]

[109] viz Joint Report on Social Protection and Social Inclusion 2009. United Kingdom [online] [cit. 2009-07-02] Dostupné z www: http://ec.europa.eu/employment_social/spsi/docs/social_inclusion/2009/cf_united_kingdom_final_uk.pdf

[110] viz United Kingdom National Report on Strategies for Social Protection and Social Inclusion. 2008-2010. [online] [cit. 2009-07-02] Dostupné z www: <http://ec.europa.eu/employment_social/spsi/docs/social_inclusion/2008/nap/uk_en.pdf>.

Příloha č. 26

Vývoj počtu obyvatelstva a jeho struktury do r. 2065



Pramen: Projekce obyvatelstva České republiky do r. 2065, www.czso.cz, vlastní propočty

Příloha č. 27

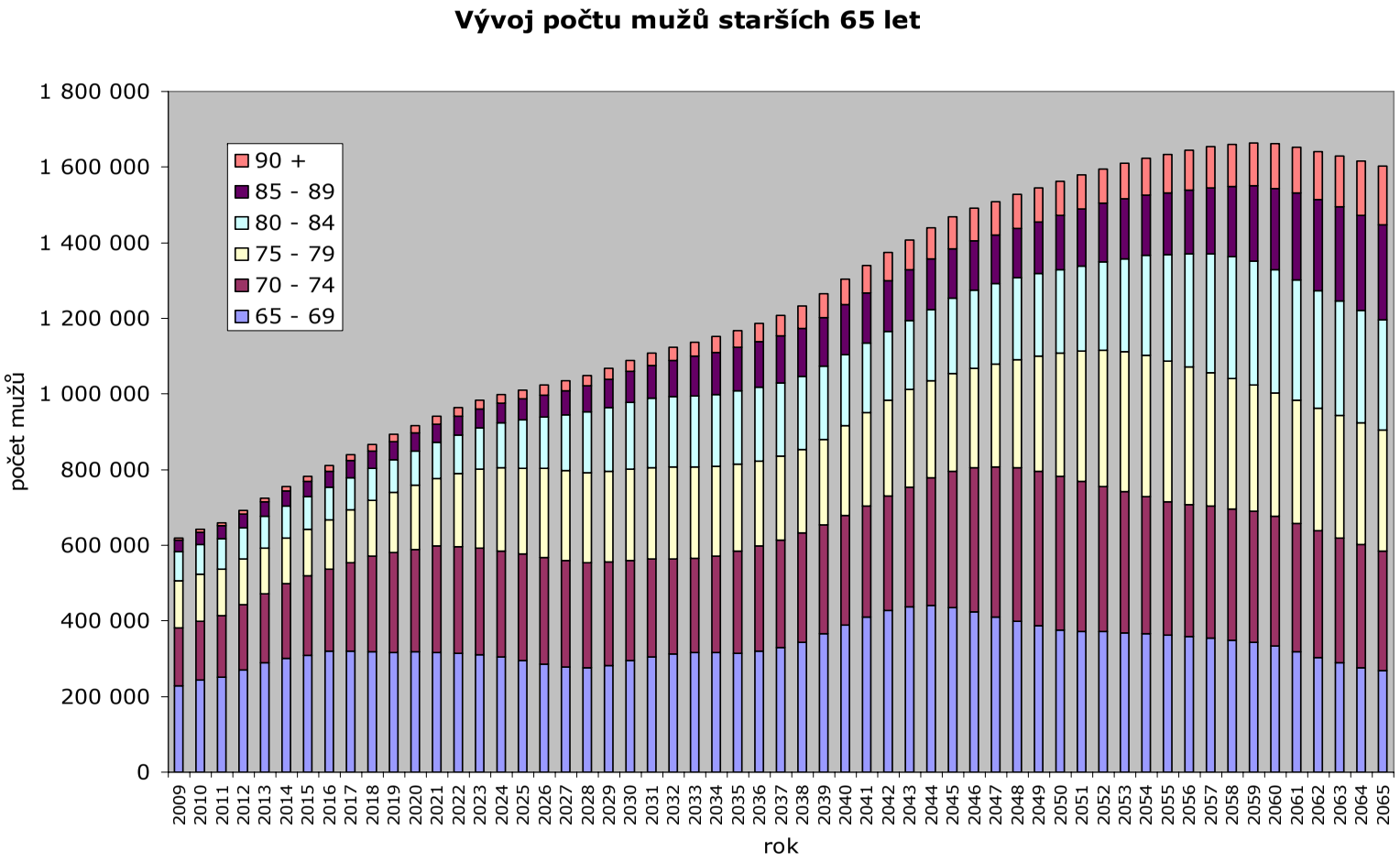
Základní data o počtu a struktuře obyvatelstva do r. 2065

	2009	2010	2015	2020	2025	2030	2035
počet osob celkem	10 467 542	10 503 408	10 667 999	10 797 484	10 881 577	10 908 419	10 895 093
z toho:							
do 14 let	1 480 007	1 492 263	1 611 202	1 682 797	1 621 321	1 509 161	1 419 585
ve věku 15 - 64 let	7 431 383	7 412 465	7 170 789	6 948 298	6 899 380	6 882 301	6 810 087
nad 65 let	1 556 152	1 598 680	1 886 008	2 166 389	2 360 876	2 516 957	2 665 421
podíl osob dané věkové skupiny na celkovém počtu obyvatelstva							
do 14 let	14,14	14,21	15,10	15,59	14,90	13,83	13,03
ve věku 15 - 64 let	70,99	70,57	67,22	64,35	63,40	63,09	62,51
nad 65 let	14,87	15,22	17,68	20,06	21,70	23,07	24,46

	2040	2045	2050	2055	2060	2065
počet osob celkem	10 873 660	10 856 879	10 842 320	10 820 685	10 776 512	10 689 713
z toho:						
do 14 let	1 398 991	1 446 476	1 500 915	1 504 525	1 460 710	1 411 620
ve věku 15 - 64 let	6 560 685	6 192 493	5 965 878	5 815 549	5 761 223	5 838 841
nad 65 let	2 913 984	3 217 910	3 375 527	3 500 611	3 554 579	3 439 252
podíl osob dané věkové skupiny na celkovém počtu obyvatelstva						
do 14 let	12,87	13,32	13,84	13,90	13,55	13,21
ve věku 15 - 64 let	60,34	57,04	55,02	53,74	53,46	54,62
nad 65 let	26,80	29,64	31,13	32,35	32,98	32,17

Pramen: Projekce obyvatelstva České republiky do r. 2065, www.czso.cz, vlastní propočty

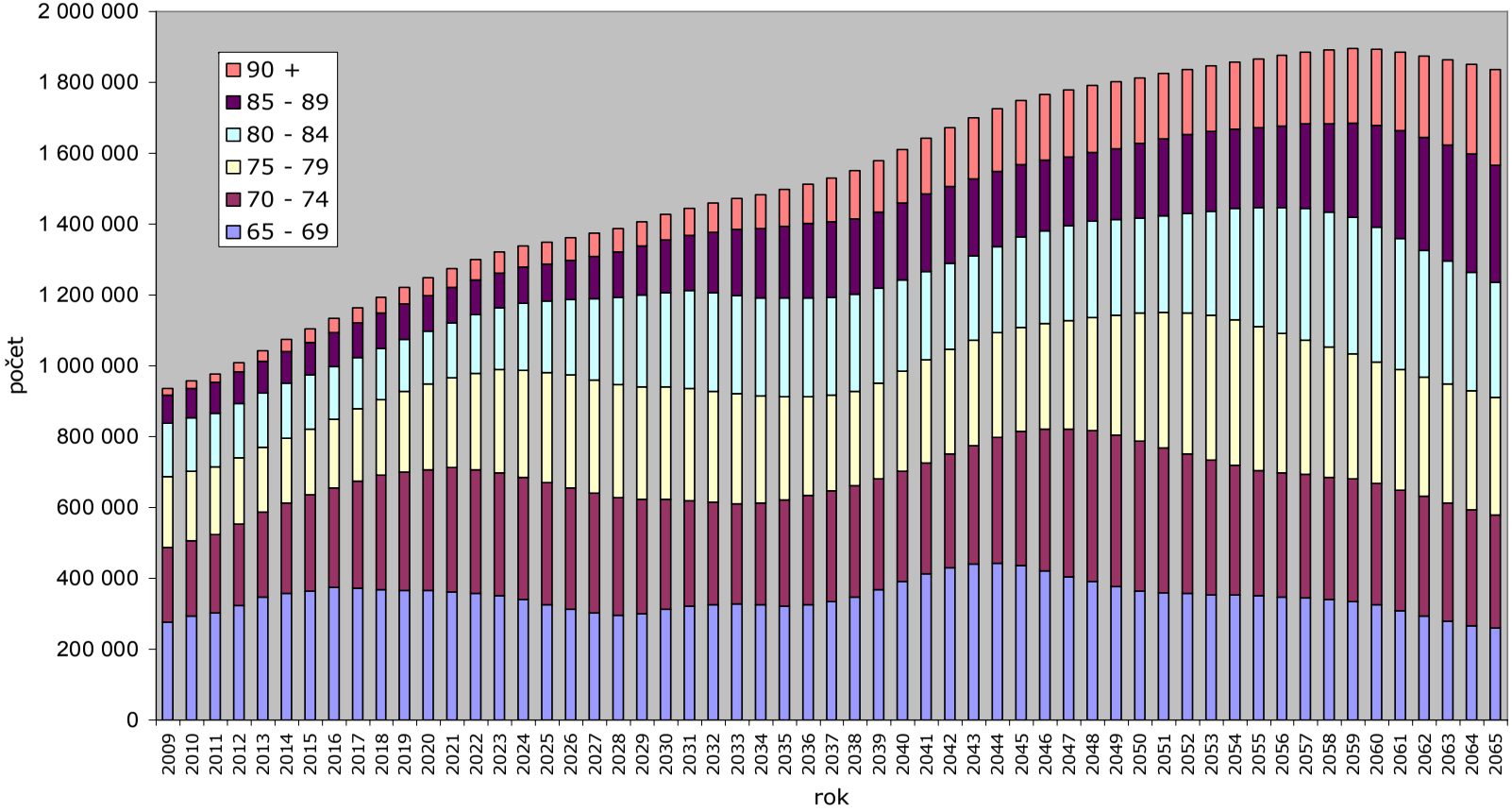
Příloha č. 28



Pramen: Projekce obyvatelstva České republiky do r. 2065, www.czso.cz, vlastní propočty

Příloha č. 29

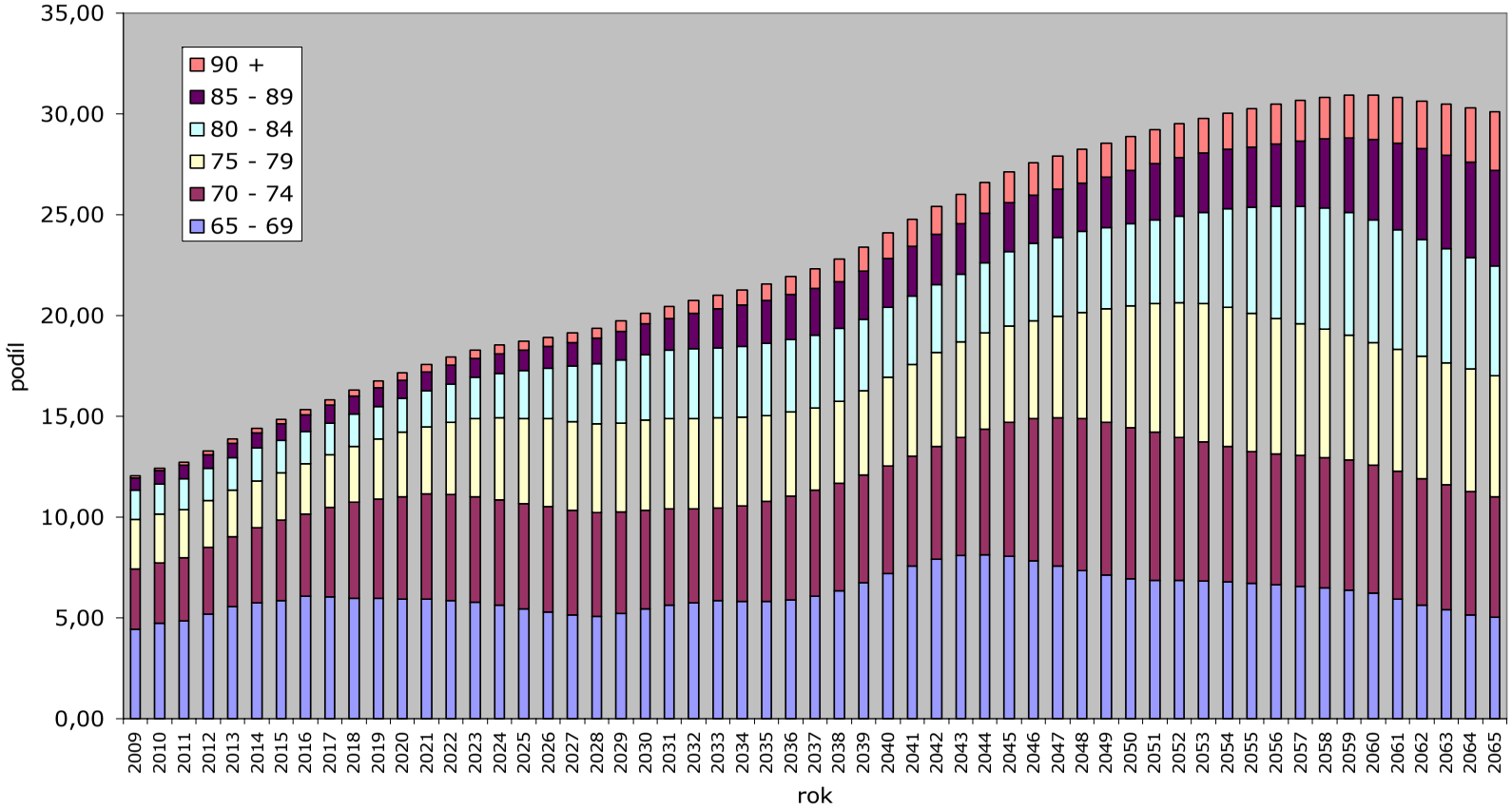
Vývoj počtu žen starších 65 let



Pramen: Projekce obyvatelstva České republiky do r. 2065, www.czso.cz, vlastní propočty

Příloha č. 30

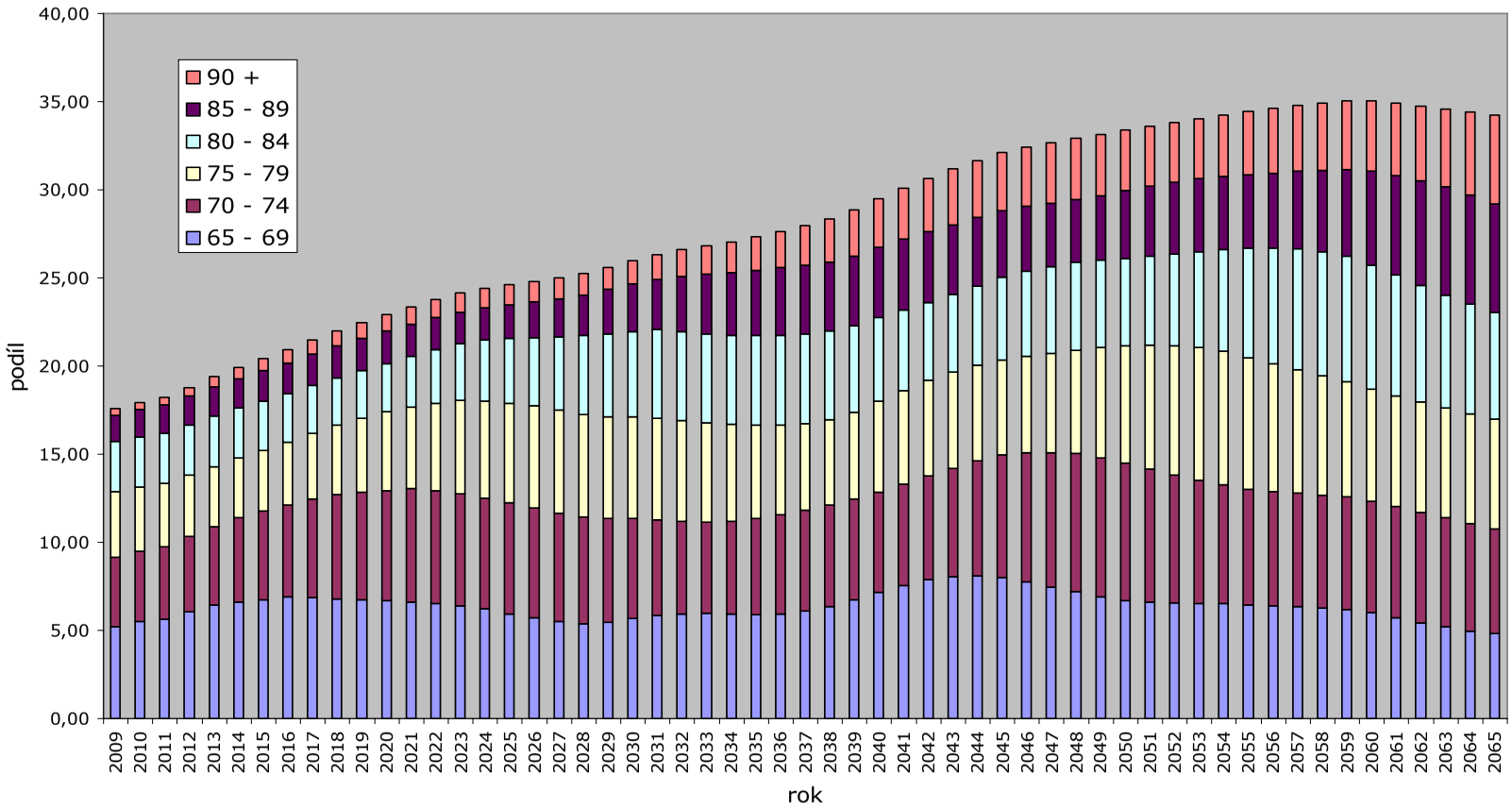
Vývoj podílu mužů starších 65 let na celkovém počtu mužů



Pramen: Projekce obyvatelstva České republiky do r. 2065, www.czso.cz, vlastní propočty

Příloha č. 31

Vývoj podílu žen starších 65 let na celkovém počtu žen



Pramen: Projekce obyvatelstva České republiky do r. 2065, www.czso.cz, vlastní propočty

Příloha č. 32

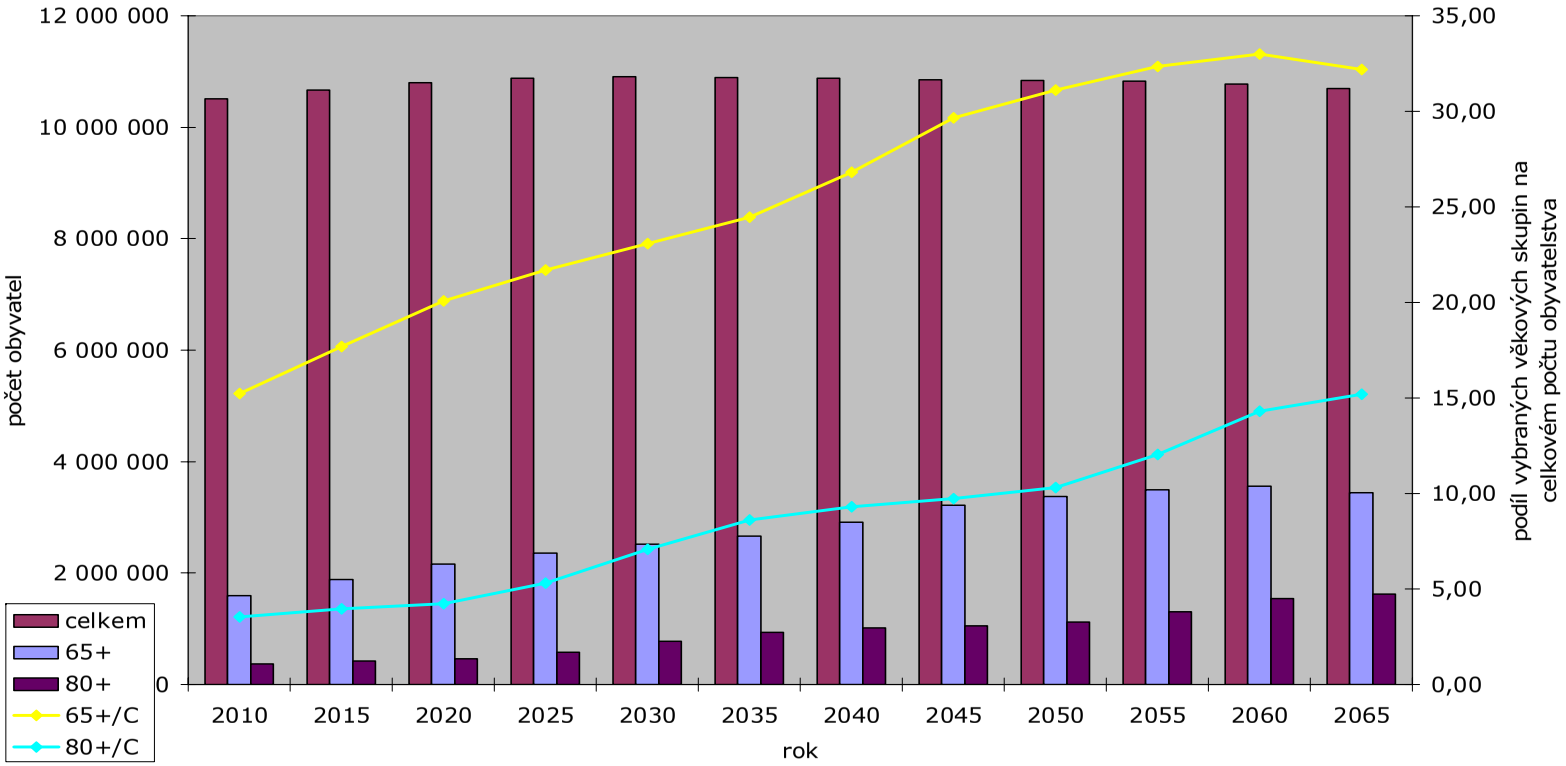
Vývoj podílu mužů a žen starších 65 let na jejich celkovém počtu

	2009	2010	2015	2020	2025	2030	2035	2040	2045	2050	2055	2060	2065
muži													
65 - 69	4,45	4,72	5,87	5,95	5,46	5,46	5,82	7,20	8,04	6,96	6,71	6,22	5,04
70 - 74	2,98	3,01	3,99	5,05	5,23	4,89	4,97	5,34	6,66	7,49	6,54	6,37	5,96
75 - 79	2,44	2,41	2,35	3,21	4,20	4,46	4,26	4,41	4,78	6,04	6,88	6,09	6,01
80 - 84	1,46	1,50	1,62	1,67	2,39	3,25	3,56	3,47	3,67	4,06	5,24	6,06	5,46
85 - 89	0,61	0,65	0,79	0,92	1,01	1,52	2,14	2,42	2,43	2,67	3,01	4,01	4,71
90 +	0,12	0,13	0,25	0,36	0,46	0,54	0,83	1,25	1,55	1,67	1,89	2,19	2,91
65 +	12,07	12,43	14,87	17,16	18,74	20,11	21,58	24,09	27,14	28,89	30,26	30,93	30,10
80 +	2,19	2,28	2,67	2,95	3,86	5,30	6,52	7,15	7,66	8,40	10,13	12,26	13,09
ženy													
65 - 69	5,20	5,50	6,73	6,70	5,94	5,68	5,88	7,17	7,99	6,70	6,46	6,01	4,83
70 - 74	3,94	3,97	5,05	6,24	6,29	5,66	5,47	5,68	6,96	7,77	6,54	6,34	5,94
75 - 79	3,75	3,68	3,43	4,46	5,63	5,79	5,29	5,16	5,40	6,66	7,48	6,35	6,21
80 - 84	2,81	2,80	2,81	2,74	3,71	4,83	5,10	4,72	4,69	4,96	6,20	7,04	6,06
85 - 89	1,48	1,57	1,70	1,83	1,90	2,72	3,68	3,98	3,77	3,86	4,15	5,32	6,15
90 +	0,38	0,39	0,69	0,93	1,14	1,31	1,91	2,77	3,32	3,42	3,60	3,97	5,04
65 +	17,57	17,91	20,42	22,91	24,61	25,99	27,31	29,48	32,12	33,37	34,43	35,03	34,23
80 +	4,67	4,76	5,21	5,50	6,75	8,86	10,68	11,47	11,77	12,23	13,95	16,34	17,26

Pramen: Projekce obyvatelstva České republiky do r. 2065, www.czso.cz, vlastní propočty

Příloha č. 33

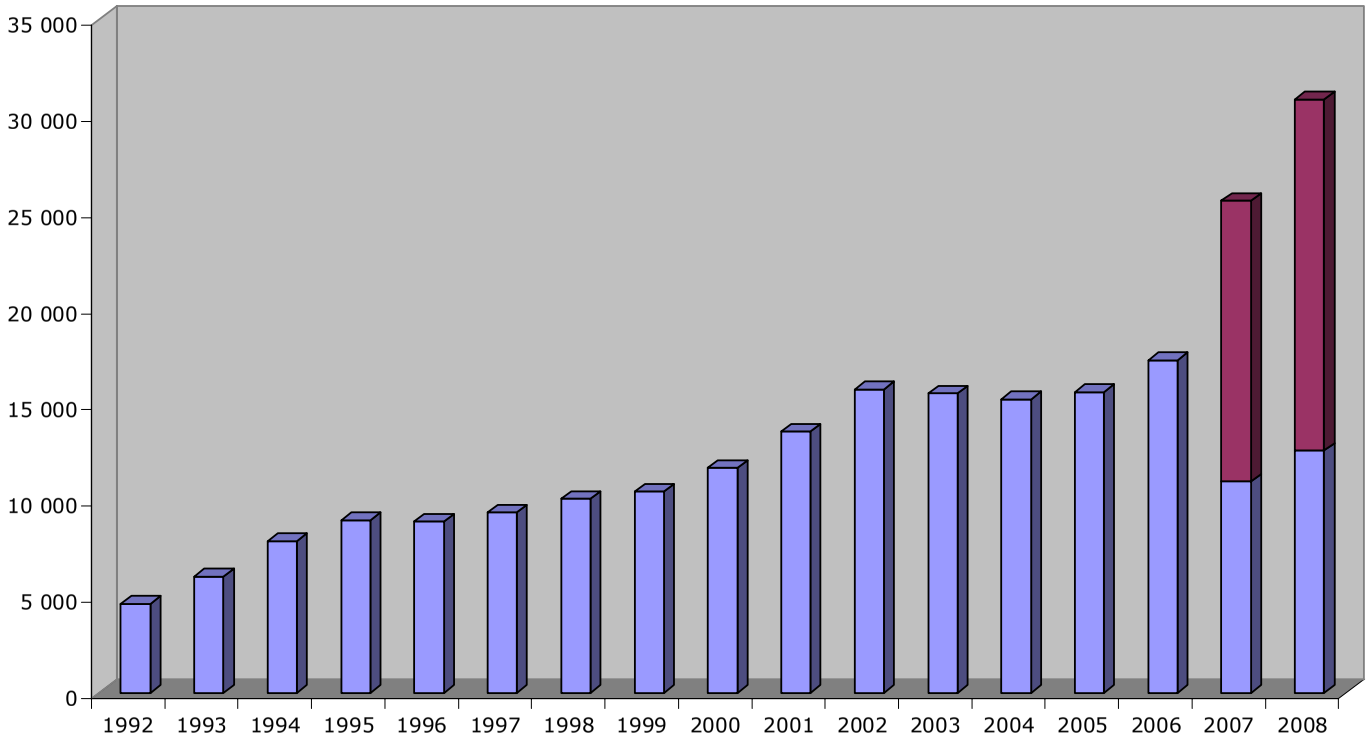
Vývoj počtu obyvatelstva v letech 2010 - 2065 a vývoj podílu osob závislých na poskytování služeb sociální péče



Pramen: Projekce obyvatelstva České republiky do r. 2065, www.czso.cz, vlastní propočty

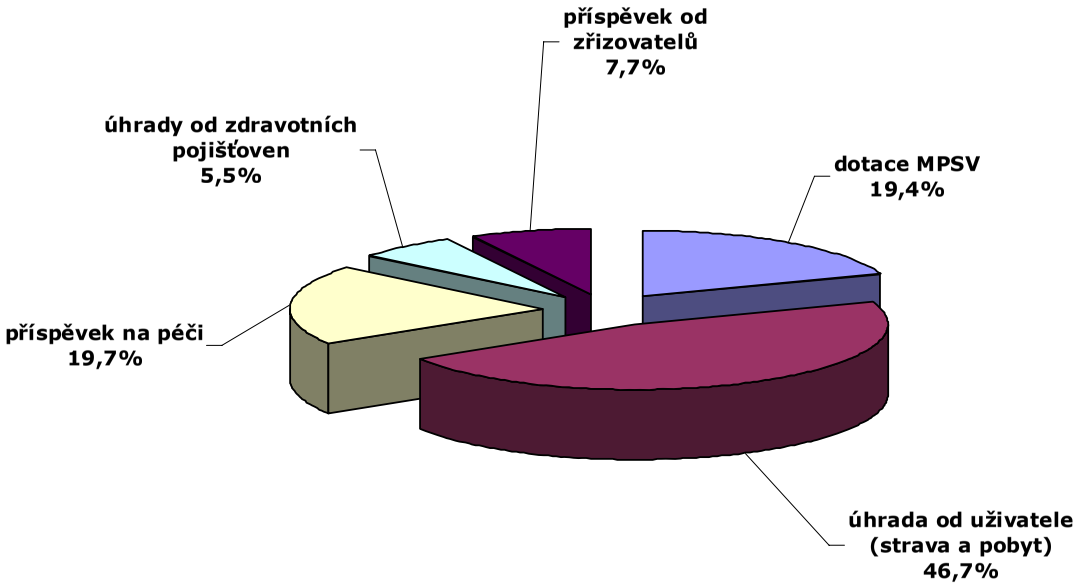
Příloha č. 34

Vývoj výdajů na sociální služby v letech 1992 - 2008 (v mil. Kč)



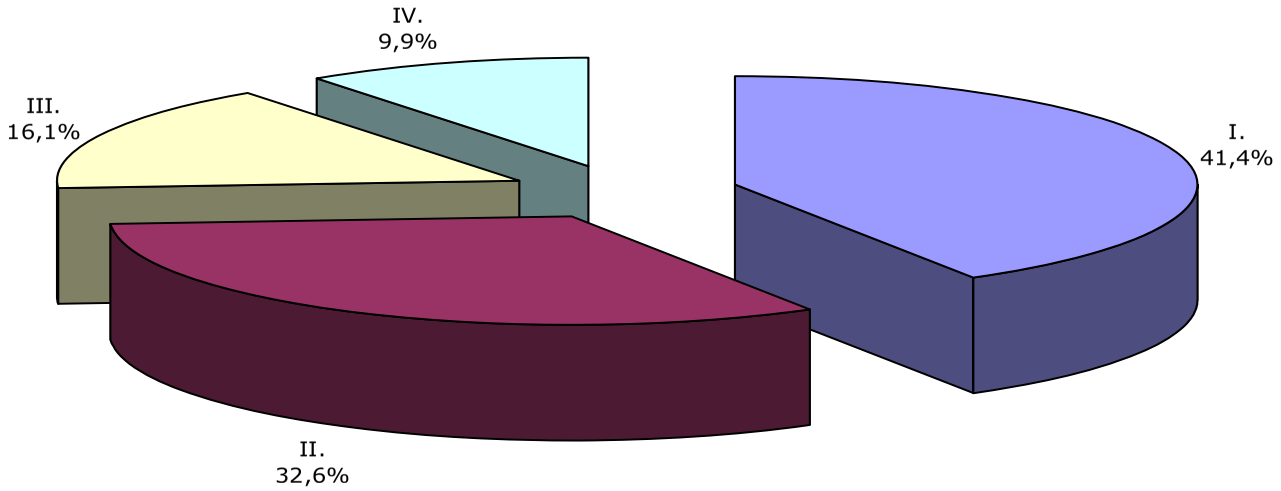
Příloha č. 35

Struktura krytí provozních nákladů v domovech pro seniory v r. 2008



Příloha č. 36

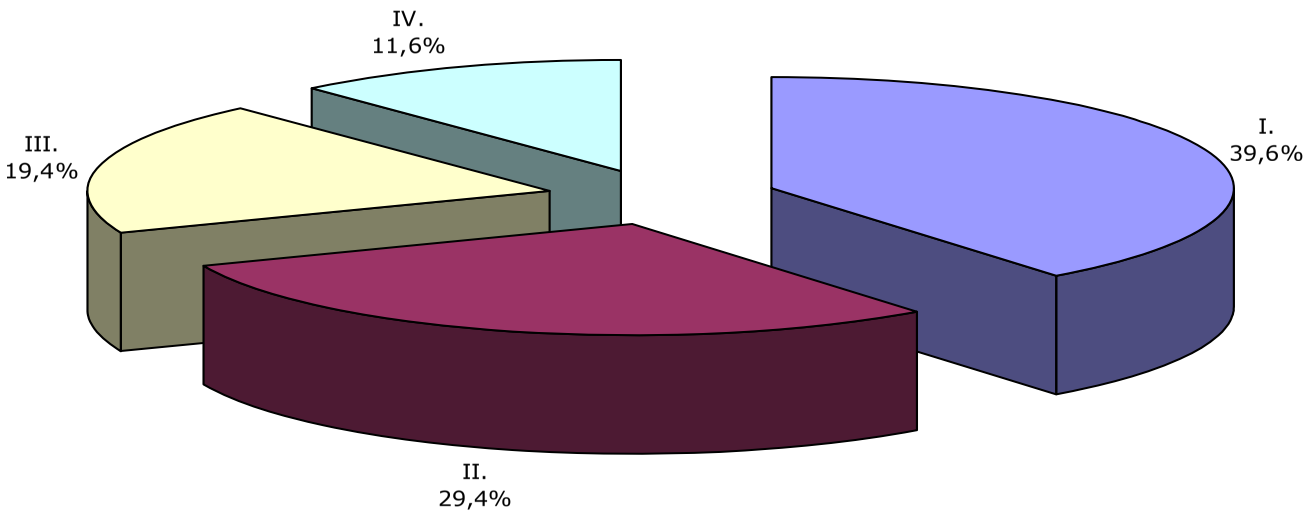
Struktura příjemců příspěvku na péči v září 2008



Pramen: interní data MPSV, vlastní propočty

Příloha č. 37

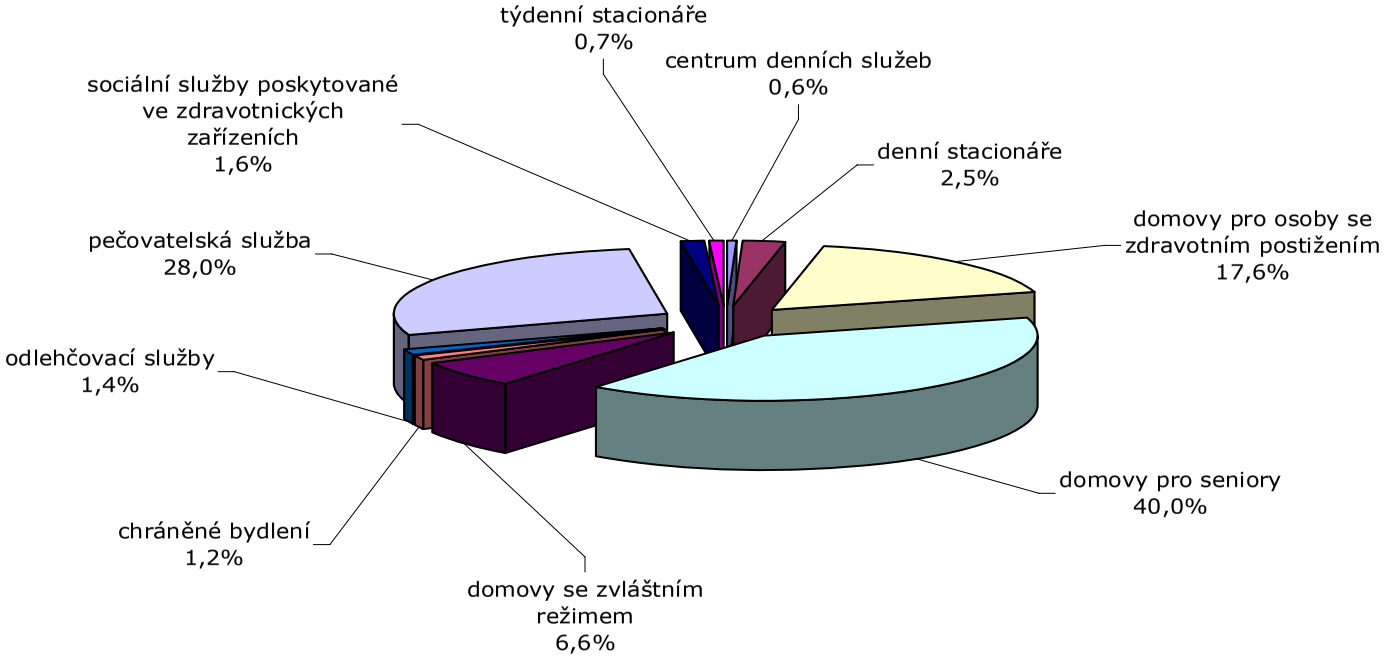
Struktura příjemců příspěvku na péči v květnu 2009



Pramen: interní data MPSV, vlastní propočty

Příloha č. 38

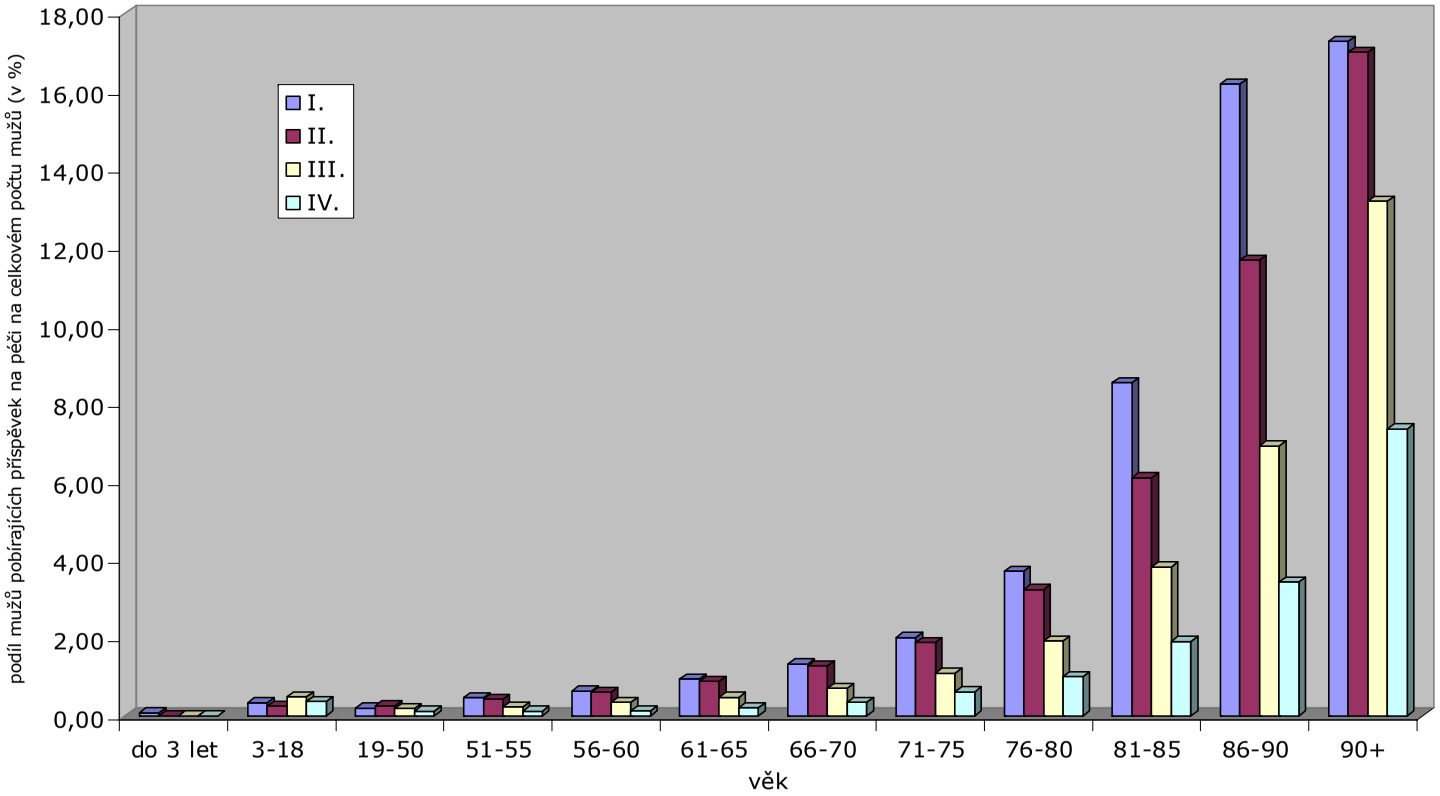
Struktura příjemců příspěvku na péči v květnu 2009 v závislosti na typu poskytované péče



Pramen: interní data MPSV, vlastní propočty

Příloha č. 39

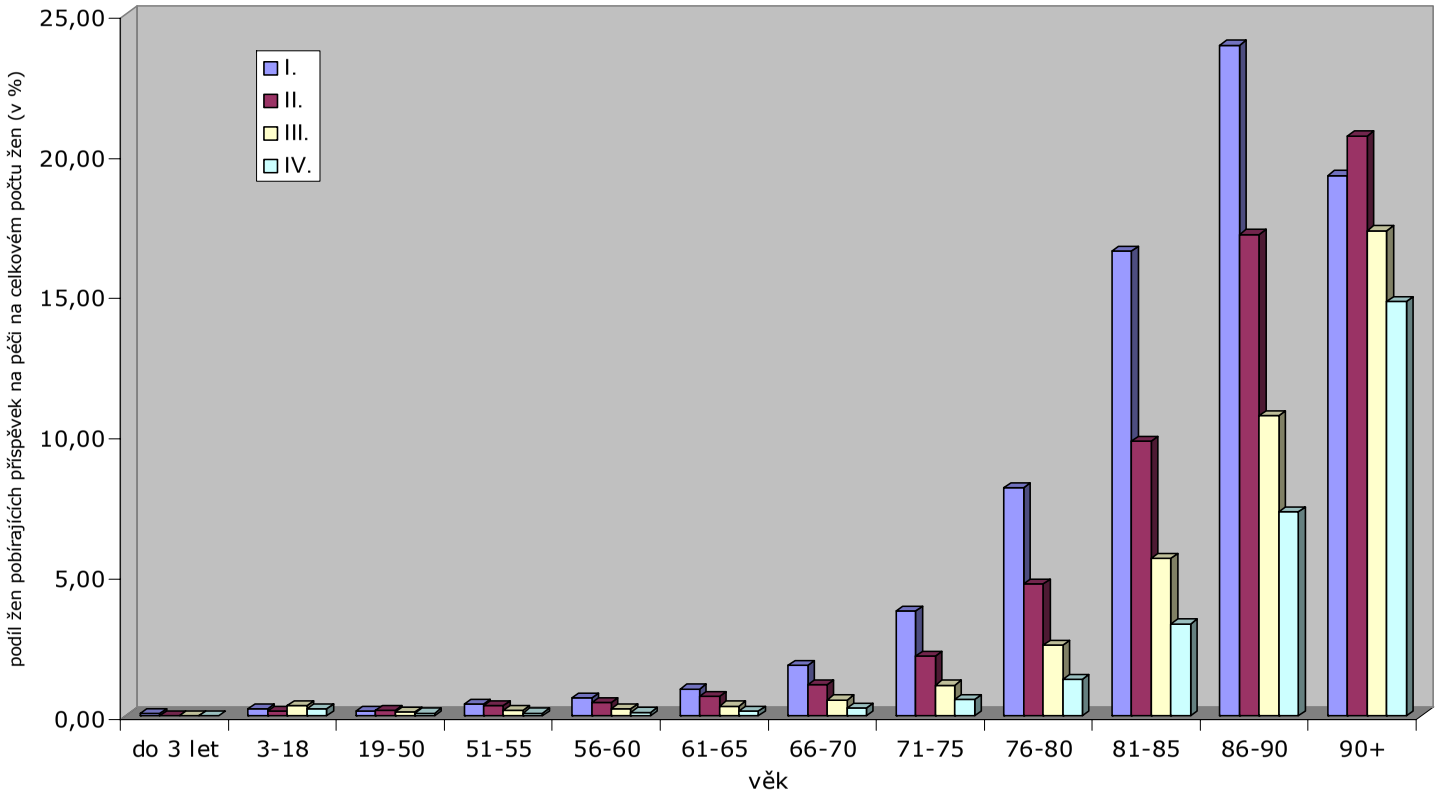
Podíl mužů pobírajících příspěvek na péči na celkovém počtu mužů (v %) v dané věkové skupině (květen 2009)



Pramen: interní data MPSV, vlastní propočty

Příloha č. 40

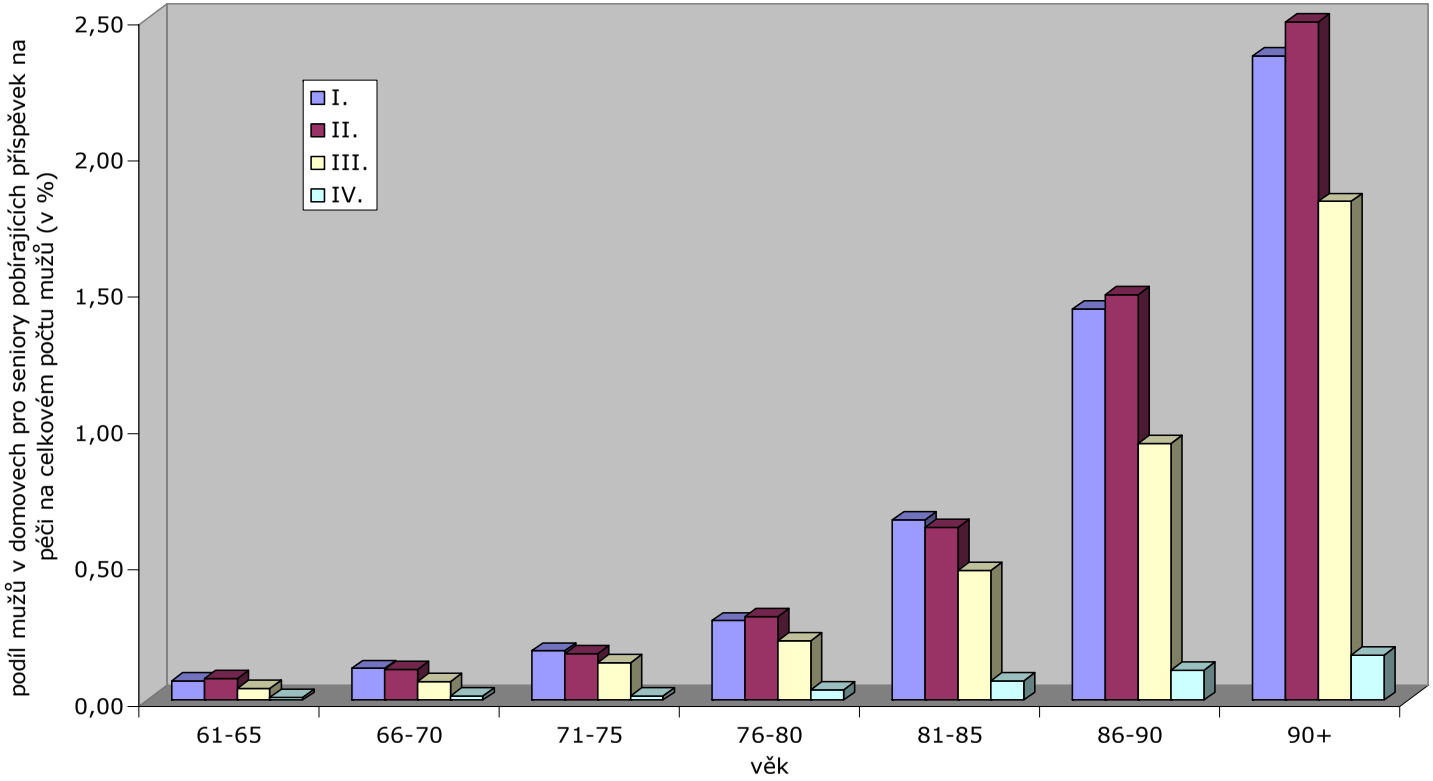
Podíl žen pobírajících příspěvek na péči na celkovém počtu žen (v %) v dané věkové skupině (květen 2009)



Pramen: interní data MPSV, vlastní propočty

Příloha č. 41

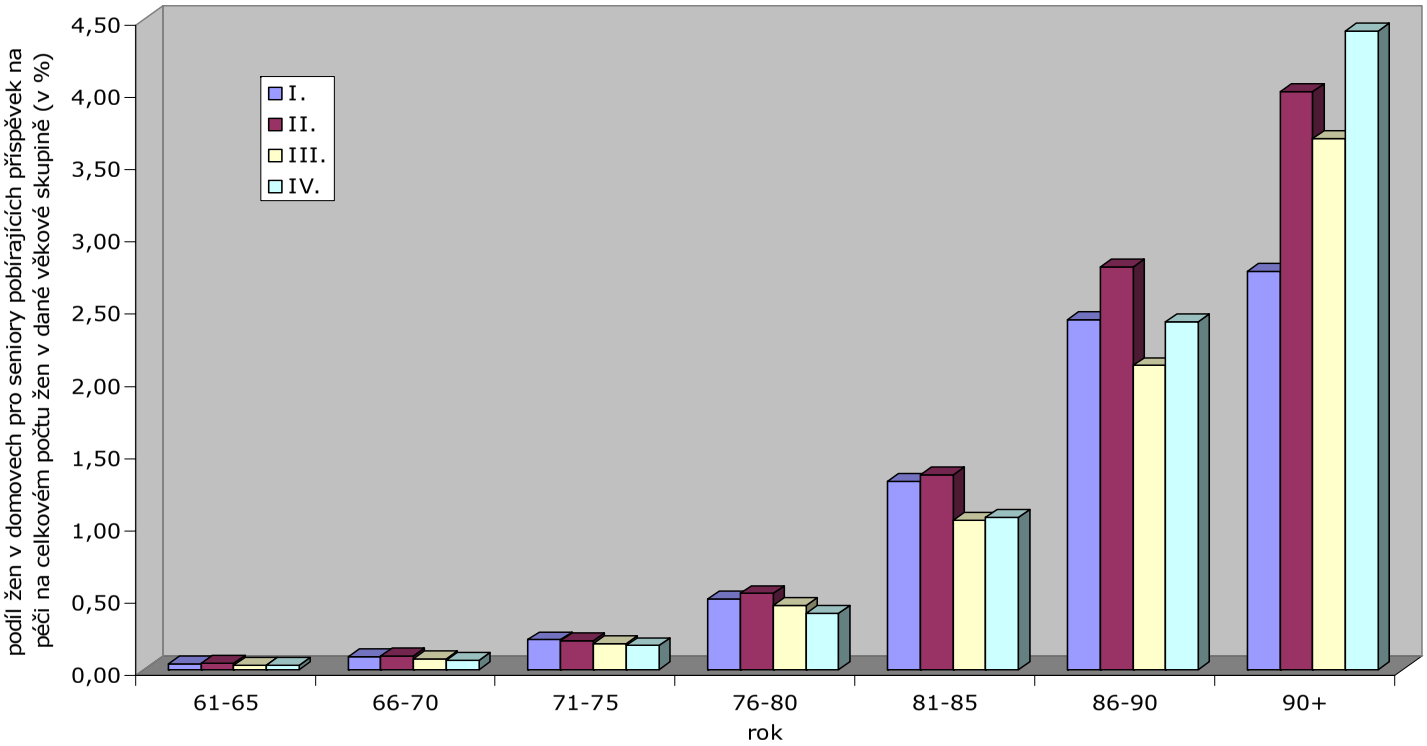
Podíl mužů v domovech pro seniory pobírajících příspěvek na péči na celkovém počtu mužů v dané věkové skupině (květen 2009)



Pramen: interní data MPSV, vlastní propočty

Příloha č. 42

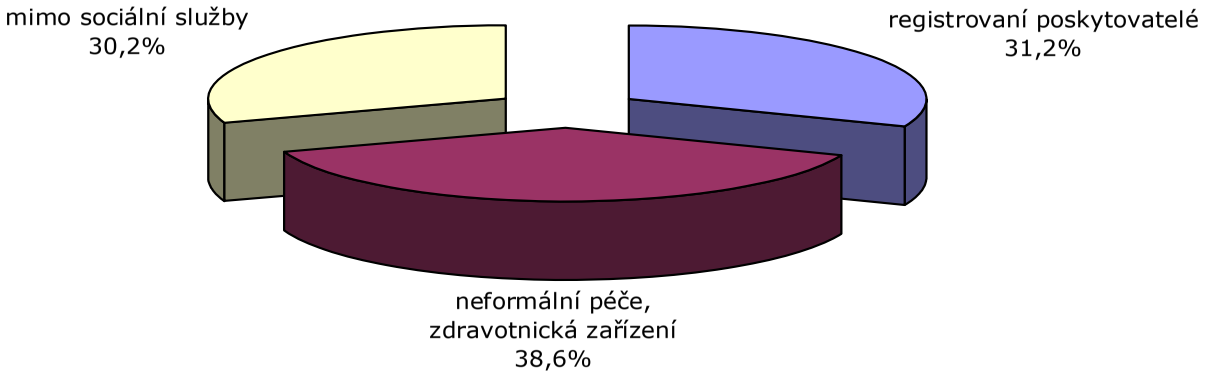
Podíl žen v domovech pro seniory pobírajících příspěvek na péči na celkovém počtu žen v dané věkové skupině (květen 2009)



Pramen: interní data MPSV, vlastní propočty

Příloha č. 43

Odhad struktury využívání příspěvku na péči v r. 2009



Pramen: vlastní propočty

Příloha č. 44

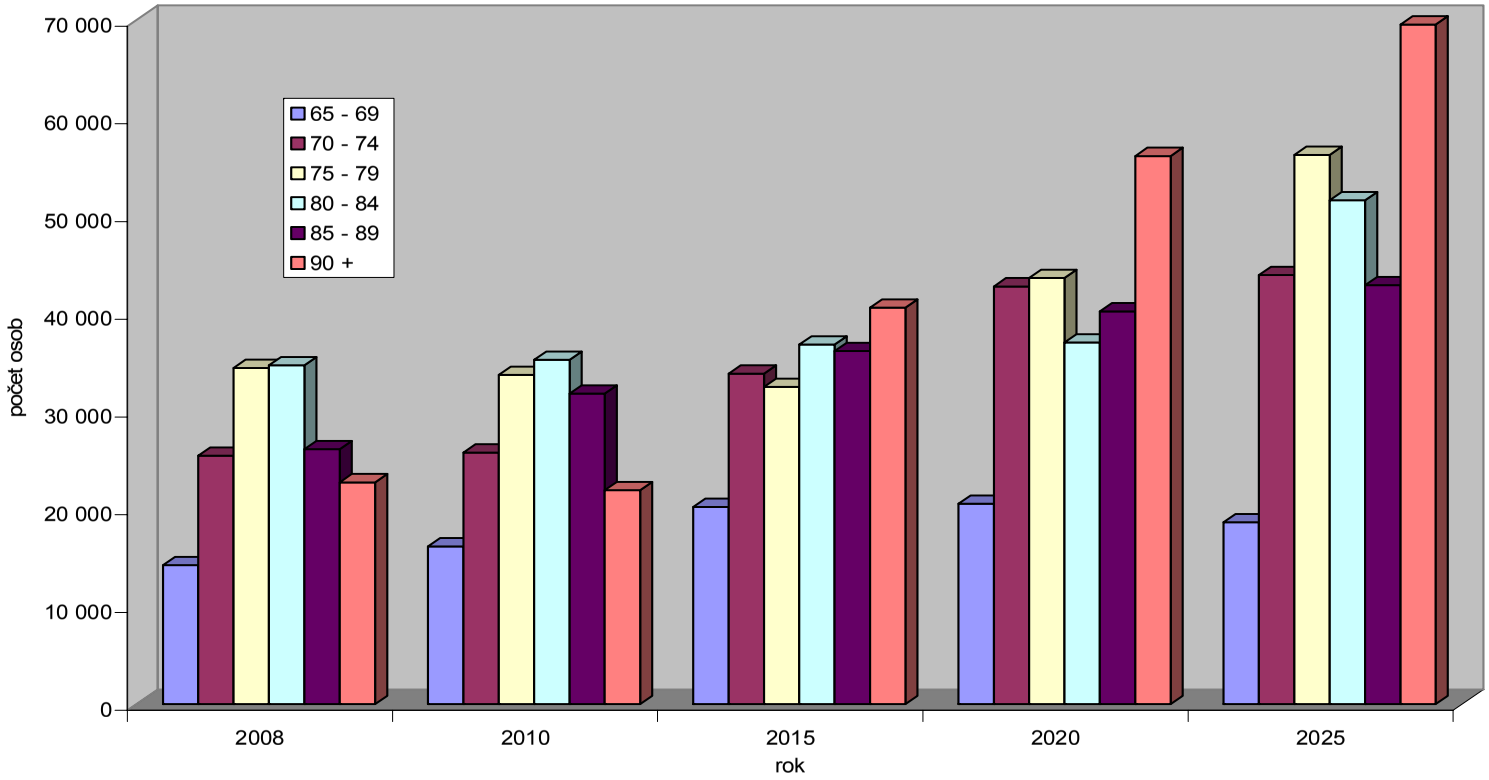
Struktura osob závislých na pomoci druhé osoby v závislosti na věku osoby a míře závislosti v letech 2008 - 2025

2008	**počet osob, které potřebují pomoc při sebeobsluze podle míry závislosti**				
věk	**celkem**	**minimální**	**lehká**	**střední**	**těžká**
65 - 69	14 214	7 107	7 107		
70 - 74	25 407	10 889	7 259	7 259	
75 - 79	34 392	13 102	9 826	9 826	1 638
80 - 84	34 659	14 535	8 944	8 944	2 236
85 - 89	26 075	8 692	7 726	7 726	1 932
90 +	22 690	5 672	5 672	5 672	5 672
celkem	157 437	59 996	46 535	39 428	11 478
2010	**počet osob, které potřebují pomoc při sebeobsluze podle míry závislosti**				
věk	**celkem**	**minimální**	**lehká**	**střední**	**těžká**
65 - 69	16 133	8 067	8 067		
70 - 74	25 744	11 033	7 355	7 355	
75 - 79	33 690	12 834	9 626	9 626	1 604
80 - 84	35 224	14 771	9 090	9 090	2 273
85 - 89	31 771	10 590	9 414	9 414	2 353
90 +	21 885	5 471	5 471	5 471	5 471
celkem	164 447	62 767	49 023	40 956	11 701
2015	**počet osob, které potřebují pomoc při sebeobsluze podle míry závislosti**				
věk	**celkem**	**minimální**	**lehká**	**střední**	**těžká**
65 - 69	20 167	10 083	10 083		
70 - 74	33 810	14 490	9 660	9 660	
75 - 79	32 440	12 358	9 268	9 268	1 545
80 - 84	36 794	15 430	9 495	9 495	2 374
85 - 89	36 110	12 037	10 699	10 699	2 675
90 +	40 562	10 141	10 141	10 141	10 141
celkem	199 883	74 538	59 347	49 264	16 734
2020	**počet osob, které potřebují pomoc při sebeobsluze podle míry závislosti**				
věk	**celkem**	**minimální**	**lehká**	**střední**	**těžká**
65 - 69	20 492	10 246	10 246		
70 - 74	42 740	18 317	12 211	12 211	
75 - 79	43 592	16 606	12 455	12 455	2 076
80 - 84	36 998	15 515	9 548	9 548	2 387
85 - 89	40 180	13 393	11 905	11 905	2 976
90 +	56 078	14 020	14 020	14 020	14 020
celkem	240 080	88 098	70 385	60 139	21 459
2025	**počet osob, které potřebují pomoc při sebeobsluze podle míry závislosti**				
věk	**celkem**	**minimální**	**lehká**	**střední**	**těžká**
65 - 69	18 613	9 307	9 307		
70 - 74	43 895	18 812	12 541	12 541	
75 - 79	56 200	21 410	16 057	16 057	2 676
80 - 84	51 540	21 614	13 301	13 301	3 325
85 - 89	42 842	14 281	12 694	12 694	3 174
90 +	69 542	17 385	17 385	17 385	17 385
celkem	282 633	102 808	81 285	71 979	26 560

Pramen: vlastní propočty

Příloha č. 45

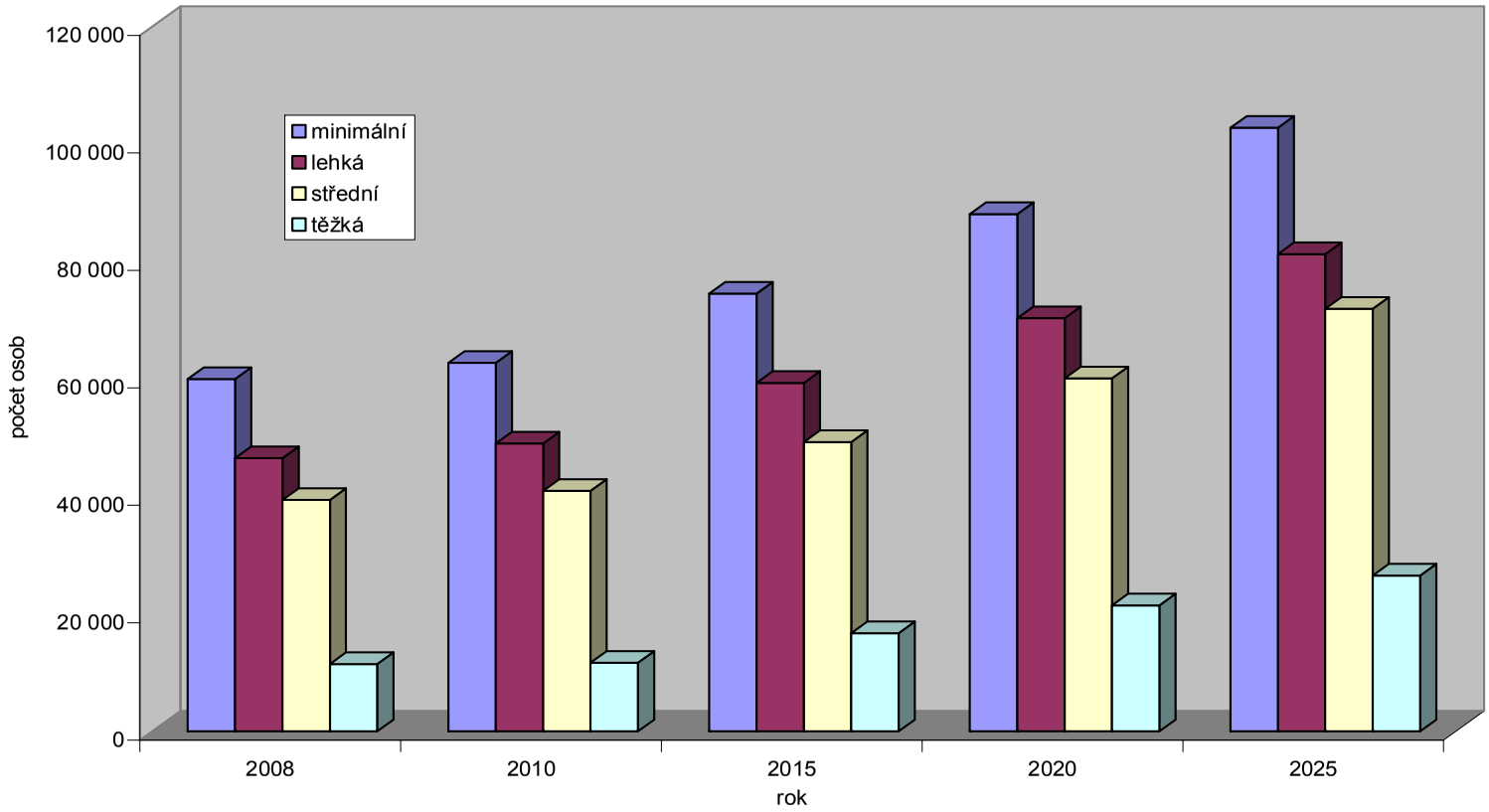
Projekce vývoje počtu osob závislých na pomoci druhé osoby v závislosti na věku



Pramen: vlastní zpracování

Příloha č. 46

Projekce vývoje počtu osob závislých na pomoci druhé osoby podle míry závislosti



Pramen: vlastní zpracování

Příloha č. 47

Projekce vývoje počtu příjemců příspěvku na péči v závislosti na věku příjemce a míře závislosti v letech 2010 - 2025

2010 M+Ž	míra závislosti				
	I.	II.	III.	IV.	celkem
- 3	300	0	0	0	300
3- 18	4 803	3 427	6 919	4 969	20 119
19 - 50	9 028	11 240	8 305	5 370	33 943
51 - 55	3 238	2 874	1 564	800	8 476
56 - 60	4 815	4 118	2 303	1 023	12 258
61 - 65	6 672	5 512	2 834	1 281	16 299
66 - 70	7 916	5 910	3 141	1 518	18 485
71 - 75	10 618	7 138	3 861	2 123	23 740
76 - 80	19 919	12 800	7 052	3 690	43 460
81 - 85	28 650	17 642	10 328	5 807	62 428
86 - 90	20 429	14 680	9 059	5 821	49 989
90 +	3 466	3 653	3 011	2 404	12 535
celkem	119 854	88 996	58 377	34 806	302 033
2015 M+Ž	**míra závislosti**				
	I.	**II.**	**III.**	**IV.**	**celkem**
- 3	288	0	0	0	288
3 - 18	4 849	3 460	6 985	5 017	20 310
19 - 50	9 032	11 247	8 309	5 372	33 960
51 - 55	2 880	2 557	1 392	712	7 541
56 - 60	4 490	3 845	2 151	954	11 440
61 - 65	6 887	5 697	2 930	1 325	16 839
66 - 70	10 296	7 710	4 099	1 982	24 087
71 - 75	13 209	8 929	4 837	2 661	29 636
76 - 80	18 579	11 989	6 612	3 460	40 640
81 - 85	30 304	18 725	10 981	6 156	66 166
86 - 90	24 452	17 573	10 834	6 929	59 787
90+	6 691	7 040	5 794	4 593	24 117
celkem	131 956	98 771	64 924	39 160	334 811
2020 M+Ž	**míra závislosti**				
	I.	**II.**	**III.**	**IV.**	**celkem**
- 3	271	0	0	0	271
3 - 18	5 181	3 697	7 464	5 361	21 702
19 - 50	8 704	10 839	8 008	5 177	32 728
51 - 55	3 129	2 779	1 512	774	8 193
56 - 60	4 007	3 440	1 925	852	10 225
61 - 65	6 459	5 352	2 755	1 245	15 810
66 - 70	10 687	8 026	4 269	2 065	25 048
71 - 75	17 354	11 775	6 384	3 514	39 028
76 - 80	23 672	15 352	8 479	4 437	51 941
81 - 85	29 609	18 333	10 763	6 022	64 728
86 - 90	27 956	20 092	12 376	7 876	68 301
90+	9 771	10 274	8 451	6 681	35 177
celkem	146 800	109 960	72 386	44 004	373 150

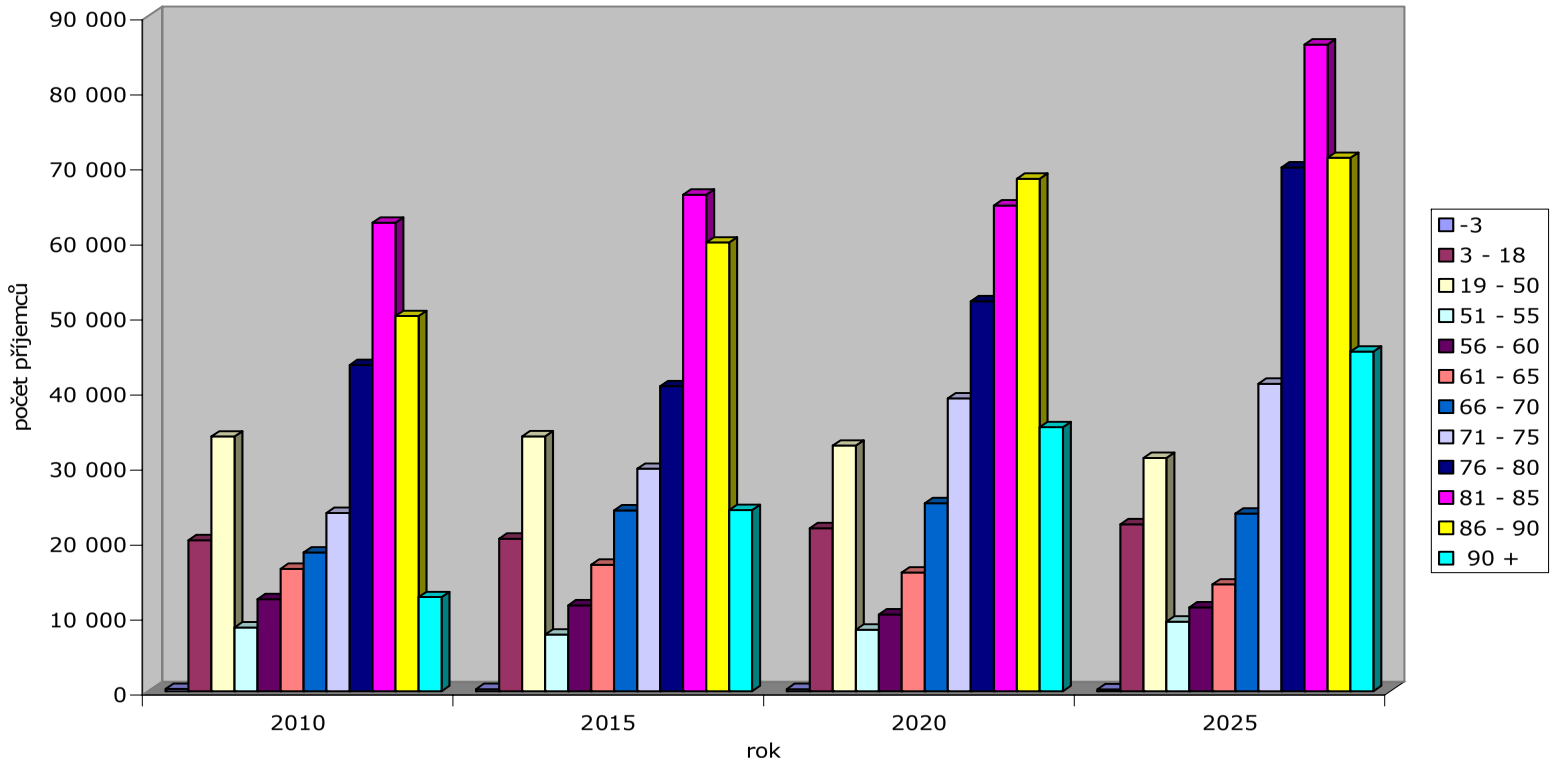
pokračování str. 2

2025 M+Ž	míra závislosti				
	I.	II.	III.	IV.	celkem
- 3	251	0	0	0	251
3 - 18	5 312	3 790	7 653	5 496	22 251
19 - 50	8 268	10 297	7 608	4 918	31 091
51 - 55	3 541	3 146	1 711	876	9 275
56 - 60	4 364	3 751	2 100	928	11 144
61 - 65	5 800	4 820	2 484	1 121	14 225
66 - 70	10 074	7 593	4 041	1 955	23 664
71 - 75	18 180	12 379	6 718	3 700	40 977
76 - 80	31 735	20 653	11 417	5 975	69 780
81 - 85	39 362	24 429	14 358	8 018	86 168
86 - 90	29 103	20 918	12 878	8 173	71 072
90+	12 588	13 226	10 871	8 567	45 252
celkem	168 578	125 002	81 840	49 728	425 149

Pramen: vlastní propočty

Příloha č. 48

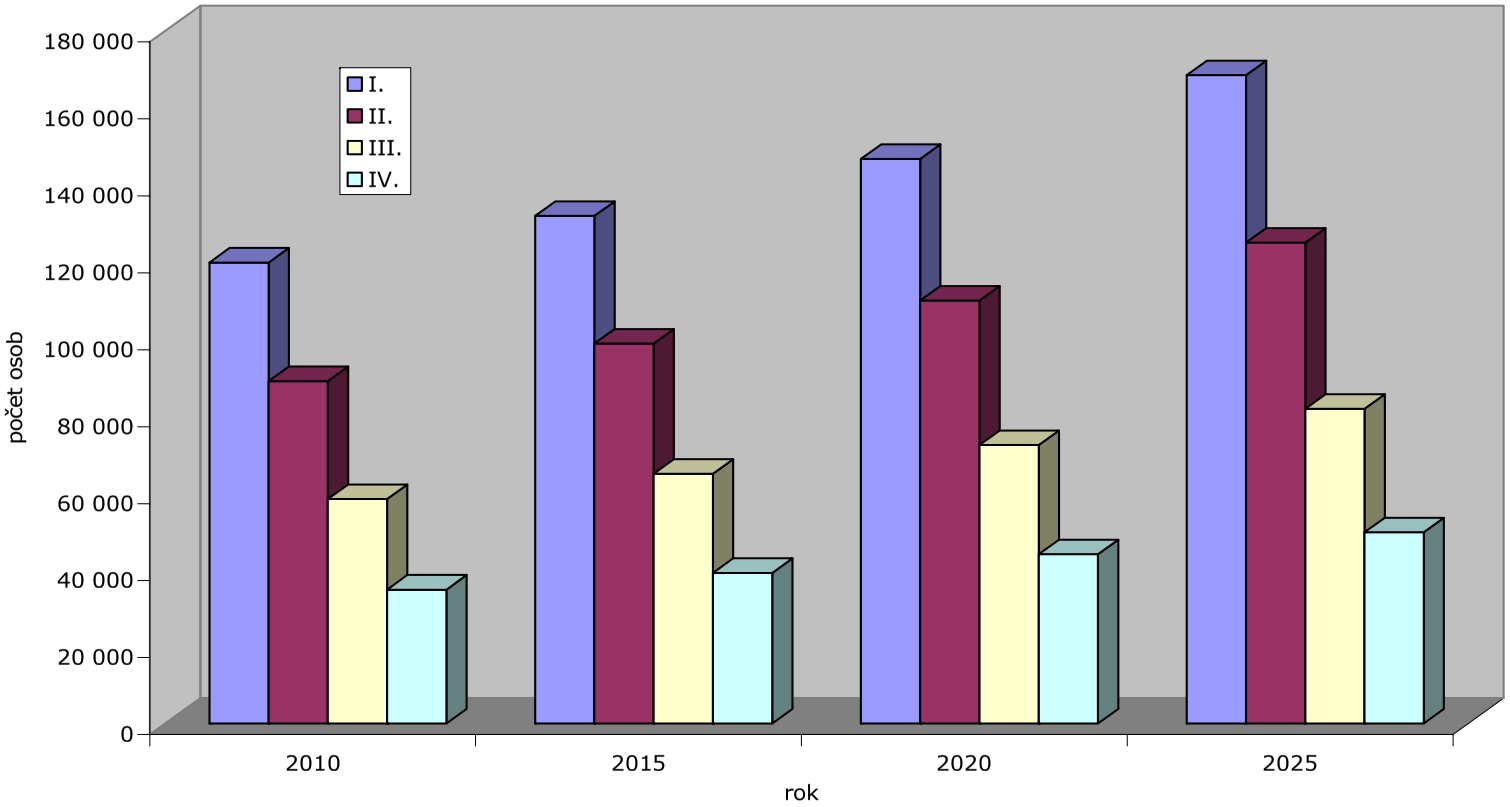
Vývoj počtu příjemců příspěvku na péči v závislosti na věku příjemce



Pramen: vlastní zpracování

Příloha č. 49

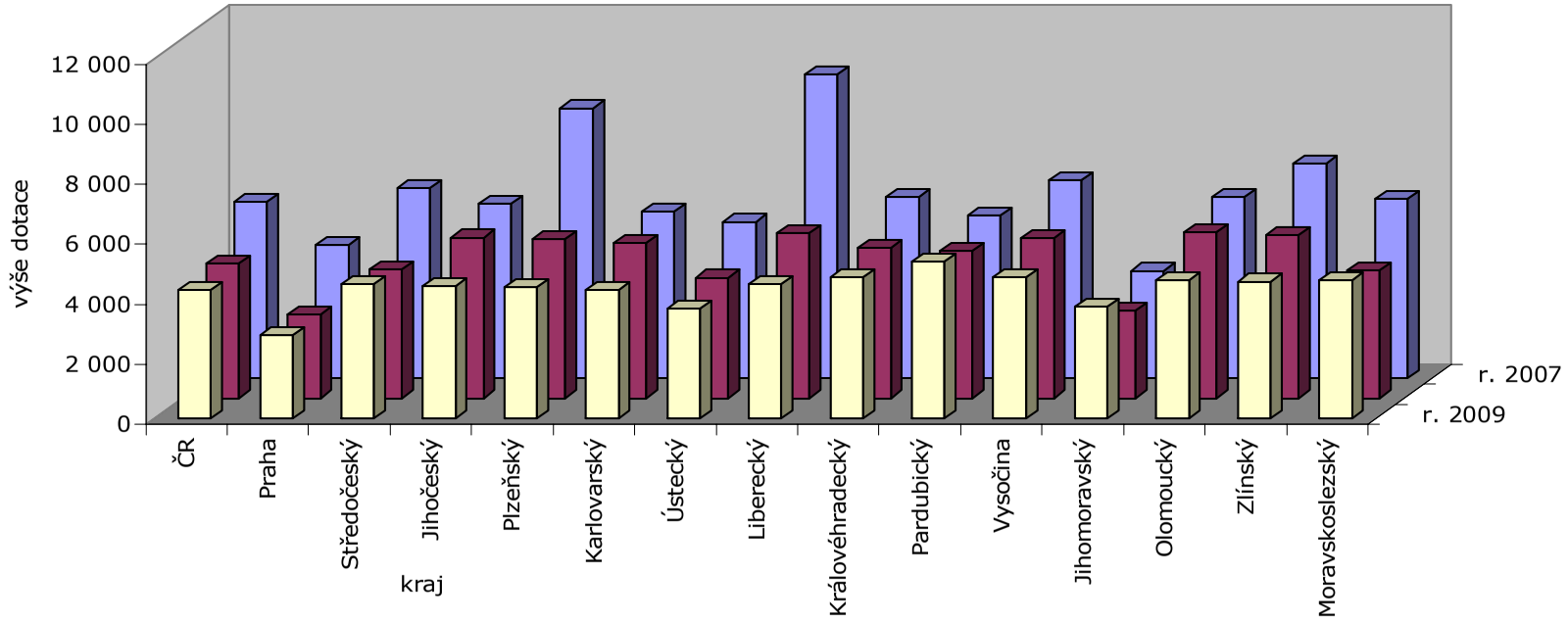
Vývoj počtu příjemců příspěvku na péči podle míry závislosti příjemce



Pramen: vlastní zpracování

Příloha č. 50

Porovnání státní dotace na lůžko v domovech pro seniory v letech 2007 - 2009 (Kč / měsíčně)



Pramen: vlastní zpracování

Příloha č. 51

Hodnocení míry závislosti podle tzv. Katzova indexu aktivit každodenního života

Nakupování - nezávislost - část. závislost - závislost	dostat se do obchodu, zvládnout schody a jiné překážky, vybrat položky, zaplatit za ně a odnést domů - vykoná aktivity, jak je to potřeba - vykoná tyto aktivity, ale jen společně s jinou osobou - nevykoná tyto aktivity nebo potřebuje s některými pomoci
Uklízení - nezávislost - část. závislost - závislost	uklidit domácnost, vyluxovat a vytřít dlažbu - vykoná aktivity, jak je to potřeba - potřebuje pomoc např. s koberci, s jejich vynášením ven, nebo občasnou pomoc při těchto aktivitách - neudělá tyto úkony nebo potřebuje pomoc při části aktivit nebo pravidelně
Doprava - nezávislost - část. závislost - závislost	dostane se na zastávku veřejné dopravy anebo potřebuje pomoc - jestliže potřebuje, dostane se sám - udělá tyto aktivity, ale jen spolu s někým - není schopný to udělat
Vaření - nezávislost - část. závislost - závislost	dostat se do kuchyně, připravit jídlo, zvládnout sporák - vykoná aktivity, když je to potřebné - nepřipraví jídlo, dokáže jídlo ohřát - nezvládne tyto aktivity
Koupání - nezávislost - část. závislost - závislost	zvládnout koupání nebo sprchování - nepotřebuje pomoc, zvládne sám - potřebuje pomoc při části úkonů, např. jedné části těla, jako jsou záda, nohy … - potřebuje pomoc při umývání více než jedné části těla, nebo se sám nevykoupe
Oblékání - nezávislost - část. závislost - závislost	dokáže vybrat všechny potřebné součásti oblečení ze skříní a zásuvek, obléci se, zavřít zip, zapnout knoflíky - vybrat šaty a kompletně se obléci bez pomoci - dokáže jedno i druhé jen s cizí pomocí - potřebuje pomoci při vybrání šatů a oblečení částečně nebo úplně
Toaleta - nezávislost - část. závislost - závislost	znamená umět sám udělat malou i velkou potřebu, očistit se a obléci - dokáže to zvládnout sám - potřebuje pomoc, jestliže chce jít na toaletu nebo při některé z výše uvedených aktivit - nemůže sám tyto aktivity zvládnout
Pohyb - přesun - nezávislost - část. závislost - závislost	znamená pohnout se – slézt z postele a dostat se znovu do postele nebo do kolečkového křesla - udělá tyto aktivity sám bez pomoci, nebo může použít podporu jiného objektu: palice, chodítka - udělá tyto přesuny s pomocí - nedokáže se dostat z postele
Schopnost kontrolovat vyprazdňování - nezávislost - část. závislost - závislost	znamená kontrolu funkce vylučování - dokáže sám kontrolovat vylučování - někdy, příležitostně to nezvládne - potřebuje soustavně pomoc nebo katetrování
Jídlo - nezávislost - část. závislost - závislost	znamená proces najedení se, použití potravy z talíře nebo ekvivalentu, podání jídla do úst - dokáže se najíst bez pomoci - dokáže se sám najíst, ale potřebuje pomoc při krájení potravy, namazání chleba - potřebuje pomoc při jídle nebo přímé podávání potravin až přes intravenózní podávání potravy

Pramen: Bednárik, R. - Bodnárová, B. Starnutie populácie - výzva na zmeny v službách pre starších ľudí. Rodina a práca č. 4/2005

Příloha č. 52

Dotazník pro poskytovatele sociálních služeb

1. Typy poskytovaných sociálních služeb ve Vaší organizaci (zaškrtněte):

a) centrum denních služeb	☐
b) denní stacionář	☐
c) týdenní stacionář	☐
d) domov pro osoby se zdravotním postižením	☐
e) domov pro seniory	☐
f) domov se zvláštním režimem	☐
g) chráněné bydlení	☐
h) pečovatelská služba	☐
i) osobní asistence	☐
jiné (vypište jaké)	

---

2. Odhadněte prosím počty klientů, jimž jste k 31. 12. 2008 poskytovali pečovatelskou službu, respektive osobní asistenci v uvedené frekvenci

	Pečovatelská služba	Osobní asistence	
1x denně			
2x denně			
3x denně			
celodenně			
pouze dovoz obědů			
jiné (prosím uveďte)			

---

3. Kapacita organizace podle poskytovaných služeb (počet míst) k 31.12.2008.

	kapacita	průměrný počet klientů
a) centrum denních služeb		
b) denní stacionář		
c) týdenní stacionář		
d) domov pro osoby se zdravotním postižením		
e) domov pro seniory		
f) domov se zvláštním režimem		
g) chráněné bydlení		
h) pečovatelská služba		
i) osobní asistence		
jiné (vypište jaké)		
Celkem		

---

4. Specifikujte prosím územní rozsah / velikost spádového území při poskytování služeb Vaší organizací (uveďte prosím celkový odhad za všechny typy poskytovaných služeb).

- pouze území obce, v níž má Vaše organizace sídlo
- správní obvod obce s rozšířenou působností
- území kraje
- celá ČR

---

5. Pokuste se prosím odhadnout, jaký podíl z Vaší klientely tvoří občané vzdálenějších obcí (nad 30 km).

Uveďte prosím celkový odhad za všechny typy poskytovaných služeb v %:

---

6. Uveďte prosím počty klientů, kteří byli v roce 2008 přijati, propuštěni nebo zemřeli.

	Počet přijatých klientů	Počet propuštěných klientů	Počet zemřelých klientů	
a) centrum denních služeb				
b) denní stacionář				
c) týdenní stacionář				
d) domov pro osoby se zdravotním postižením				
e) domov pro seniory				
f) domov se zvláštním režimem				
g) chráněné bydlení				
h) pečovatelská služba				
i) osobní asistence				
jiné (vypište jaké)				
Celkem				

7a. Jaká je průměrná čekací doba na přijetí do Vašeho pobytového zařízení či na poskytování služeb v nepobytových zařízeních? Rozepište prosím pro jednotlivé druhy služeb, které poskytujete:

	Počet měsíců	
a) centrum denních služeb		
b) denní stacionář		
c) týdenní stacionář		
d) domov pro osoby se zdravotním postižením		
e) domov pro seniory		
f) domov se zvláštním režimem		
g) chráněné bydlení		
h) pečovatelská služba		
i) osobní asistence		
jiné (vypište jaké)		

7b. Jaká je průměrná doba pobytu klientů ve Vašem zařízení? Rozepište prosím pro jednotlivé druhy služeb, které poskytujete:

	Počet měsíců
a) centrum denních služeb	
b) denní stacionář	
c) týdenní stacionář	
d) domov pro osoby se zdravotním postižením	
e) domov pro seniory	
f) domov se zvláštním režimem	
g) chráněné bydlení	
jiné (vypište jaké)	

---

8. Kolik klientů Vaší organizace pobíralo ke 31. 5. 2009 příspěvek na péči? Uveďte prosím počty Vašich klientů pobírajících příspěvek na péči podle jednotlivých stupňů závislosti a počty klientů bez příspěvku na péči u jednotlivých Vámi poskytovaných sociálních služeb.

	Bez příspěvku na péči	I - lehká závislost	II - středně těžká závislost	III - těžká závislost	IV - úplná závislost
a) centrum denních služeb					
b) denní stacionář					
c) týdenní stacionář					
d) domov pro osoby se zdravotním postižením					
e) domov pro seniory					
f) domov se zvláštním režimem					
g) chráněné bydlení					
h) pečovatelská služba					
i) osobní asistence					
jiné (vypište jaké)					

---

9. Uveďte prosím pro všechny typy Vámi poskytovaných sociálních služeb průměrný věk Vašich klientů:

	průměrný věk
a) centrum denních služeb	
b) denní stacionář	
c) týdenní stacionář	
d) domov pro osoby se zdravotním postižením	
e) domov pro seniory	
f) domov se zvláštním režimem	
g) chráněné bydlení	
h) pečovatelská služba	
i) osobní asistence	
jiné (vypište jaké)	

---

10. Jak jsou podle Vaší zkušenosti informováni zájemci o poskytnutí služby ve chvíli, kdy se na Vás poprvé obracejí?

Pokuste se informovanost zájemců ohodnotit známkami jako ve škole.

○ 1 ○ 2 ○ 3 ○ 4 ○ 5

---

11. Jsou podle Vás následující okolnosti překážkou pro osoby, které by měly zájem o Vaše služby a splňují podmínky pro jejich využívání?

	1 (nepodstatná okolnost)	**2**	**3**	**4**	**5 (zásadní překážka)**
Nevědí o službě	○	○	○	○	○
Nedostatečná kapacita	○	○	○	○	○
Finanční nedostupnost služeb	○	○	○	○	○
Jiný důvod (uveďte jaký)	○	○	○	○	○

---

12. Jak jsou služby nabízené Vaší organizací přístupné klientům?

(Označte prosím, všechny možnosti, které přicházejí v úvahu)

- a) volně přístupné (nízkoprahové zařízení) (bez doporučení a předběžné dohody) ☐
- b) zařízení přístupné po vzájemné dohodě uživatele a poskytovatele služeb ☐
- c) přístupné na doporučení třetí strany ☐
- d) přístupné pouze po formálním přijetí do péče ☐

---

13. Jsou prostory a okolí Vašeho zařízení bezbariérové?

	Ano	Ne
prostory zařízení	○	○
okolí zařízení	○	○

---

14. Byli jste nuceni odmítnout žadatele o poskytnutí služeb zajišťovaných Vaší organizací?

○ Ano ○ Ne

---

15. Specifikujte prosím důvody odmítnutí a pokuste se odhadnout počet osob, které jste z daného důvodu museli v roce 2008 odmítnout.

	Vyskytl se		Počty případů za celou organizaci (všechny typy poskytovaných služeb)
	Ano	Ne	
Charakter požadavku zájemce(naše služba není takto zaměřena, neposkytujeme poptávanou sociální službu)	○	○	
Zájemce z jiného spádového území než je specifikováno v ot. č. 4	○	○	
Nedostatečná kapacita služby	○	○	
Alkoholismus, toxikomanie	○	○	
Zdravotní kontraindikace	○	○	
jiný - jaký:			

---

16. Uveďte prosím průměrný evidenční počet pracovníků (přepočtený na úvazky) v roce 2008. Rozepište prosím pro jednotlivé druhy služeb, které poskytujete:

	Evidenční počet pracovníků (přepočtený) celkem	Evidenční počet pracovníků přímo pečujících o klienty (přepočtený)	Považujete stávající počet pracovníků za dostatečný? Ano	Ne
a) centrum denních služeb			○	○
b) denní stacionář			○	○
c) týdenní stacionář			○	○
d) domov pro osoby se zdravotním postižením			○	○
e) domov pro seniory			○	○
f) domov se zvláštním režimem			○	○
g) chráněné bydlení			○	○
h) pečovatelská služba			○	○
i) osobní asistence			○	○
jiné (vypište jaké)			○	○

17. Uveďte prosím počet pracovníků, kteří přímo pečují o klienty, podle jejich nejvyššího dosaženého vzdělání.

	celkem	z toho s rekvalifikací
Vysokoškolské		
Vyšší odborné (VOŠ)		
Gymnázium		
Střední odborné s maturitou		
Střední odborné bez maturity (vyučen)		
Základní		
Jiné (vypište jaké)		
Počet pečujících pracovníků celkem		

18. Charakterizujte prosím profesní zaměření personálu, který pečuje o klienty.

	Počet pracovníků	
Sociálně právní		
Zdravotnické		
Pedagogické, andragogické		
Psychologické, sociologické		
Jiné (vypište jaké)		

19. Pokuste se prosím odhadnout, jaký podíl na financování Vaší organizace v roce 2008 měly následující zdroje (uveďte prosím celkový odhad za všechny typy poskytovaných služeb):

	%	
a) platba klienta za pobyt		
b) platba klienta za nepobytové služby		
c) příspěvek na péči klienta		
d) dotace od obecního úřadu		
e) dotace od krajského úřadu		
f) dotace od ministerstev		
g) granty (ESF aj.)		
h) příjmy z vlastní činnosti		
i) veřejné sbírky		
j) dary		
k) jiné (prosím specifikujte)		

20. Odhadněte prosím výši nezbytných investičních prostředků do pobytových sociálních služeb poskytovaných Vaší organizací v časovém horizontu do roku 2015:

	Kč	
a) za účelem jejich modernizace		
b) individualizace (např. větší soukromí klientů)		
c) zajištění bezbariérovosti vlastních prostor zařízení a okolí		
d) jiné, prosím specifikujte		

Následující otázku vyplní pouze organizace poskytující pobytové služby, v případě, že tyto služby neposkytujete, pokračujte otázkou 22.

21. Odhadněte prosím, kolik z Vašich klientů by bylo schopno života v domácím prostředí (přičemž by v případě potřeby využívali pečovatelské služby, domácí péče či jiných terénních služeb).

Svůj odhad prosím vyjádřete v %:

---

22. Navazujete při poskytování služby na jiného poskytovatele sociálních služeb? Uveďte, na jaký druh služby a v čem návaznost spočívá:

---

23. Jak hodnotíte spolupráci s dalšími organizacemi poskytujícími SOCIÁLNÍ SLUŽBY při uspokojování potřeb Vašich klientů.

Oznámkujte prosím jako ve škole.

	1	2	3	4	5
a) pro cílovou skupinu SENIOŘI	○	○	○	○	○
b) pro cílovou skupinu OSOBY SE ZDRAVOTNÍM POSTIŽENÍM	○	○	○	○	○

---

24. Jak hodnotíte spolupráci s organizacemi poskytujícími ZDRAVOTNÍ SLUŽBY při uspokojování potřeb Vašich klientů.

Oznámkujte prosím jako ve škole.

	1	2	3	4	5
a) pro cílovou skupinu SENIOŘI	○	○	○	○	○
b) pro cílovou skupinu OSOBY SE ZDRAVOTNÍM POSTIŽENÍM	○	○	○	○	○

---

25. S jakými potížemi se při zajišťování Vašich služeb nejčastěji potýkáte, popř., které považujete za nejvážnější:

---

26. Předkládají klienti Vaší organizace požadavky na sociální služby, které nejste schopni v rámci Vámi poskytovaných sociálních služeb uspokojit?

○ Ano ○ Ne

---

27. Uveďte prosím klienty nejčastěji předkládané požadavky na sociální služby, které nejste schopni v rámci Vámi poskytovaných sociálních služeb uspokojit.

---

28. Jakým způsobem zajišťujete uspokojení požadavků klientů na sociální služby Vaší organizace, jež nemůžete v rámc Vámi poskytovaných sociálních služeb uspokojit?

---

29. Můžete prosím vyjmenovat poskytovatele sociálních služeb, s nimiž máte pro tyto účely sjednanou spolupráci?

Příloha č. 53

Dotazník pro vedoucí referátů sociálních věcí krajských úřadů

1. Je Váš kraj zřizovatelem zařízení poskytujících sociální služby pro seniory a osoby se zdravotním postižením?

a) centrum denních služeb	☐
b) denní stacionář	☐
c) týdenní stacionář	☐
d) domov pro osoby se zdravotním postižením	☐
e) domov pro seniory	☐
f) domov se zvláštním režimem	☐
g) chráněné bydlení	☐
h) pečovatelská služba	☐
i) domácí ošetřovatelská péče (home care)	☐
j) osobní asistence	☐
k) zdravotnická lůžková zařízení poskytující sociální péči	☐
jiné (vypište jaké)	

---

2. Jaká je ve Vašem kraji průměrná čekací doba (v měsících) na přijetí do pobytového zařízení? (uveďte pouze údaje u typů služeb, u nichž máte relevantní údaje)

	Všechna zařízení tohoto typu	Zařízení zřizovaná krajem	Zařízení zřizovaná jiným zřizovatelem
a) týdenní stacionář			
b) domov pro osoby se zdravotním postižením			
c) domov pro seniory			
d) domov se zvláštním režimem			
jiné (vypište jaké)			

---

3. Jaká je ve Vašem kraji průměrná čekací doba (v měsících) na poskytování služeb v nepobytových zařízeních? (uveďte pouze údaje u typů služeb, u nichž máte relevantní údaje)

	Všechna zařízení tohoto typu	Zařízení zřizovaná krajem	Zařízení zřizovaná jiným zřizovatelem
a) centrum denních služeb			
b) denní stacionář			
c) pečovatelská služba			
d) domácí ošetřovatelská péče (home care)			
e) osobní asistence			
jiné (vypište jaké)			

4a. Uveďte prosím počet osob, kterým byly k 1.1.2009 ve Vašem kraji POSKYTOVÁNY POBYTOVÉ sociální služby.

	všechna zařízení na území kraje	všechna zařízení zřizovaná krajem
Senioři 65 a více let		
Osoby se zdravotním postižením		

4b. Uveďte prosím počet osob, kterým byly k 1.1.2009 ve Vašem kraji POSKYTOVÁNY NEPOBYTOVÉ sociální služby.

	všechna zařízení na území kraje	všechna zařízení zřizovaná krajem
Senioři 65 a více let		
Osoby se zdravotním postižením		

5a.Uveďte prosím počet ŽADATELŮ o POBYTOVÉ sociální služby k 1.1.2009.

	všechna zařízení na území kraje	všechna zařízení zřizovaná krajem
Senioři 65 a více let		
Osoby se zdravotním postižením		

5b. Uveďte prosím počet ŽADATELŮ o NEPOBYTOVÉ sociální služby k 1.1.2009.

	všechna zařízení na území kraje	všechna zařízení zřizovaná krajem
Senioři 65 a více let		
Osoby se zdravotním postižením		

---

6. Jak hodnotíte územní dostupnost POBYTOVÝCH sociálních služeb ve Vašem kraji?

Oznámkujte prosím jako ve škole.

○ 1 ○ 2 ○ 3 ○ 4 ○ 5

---

7. Jak hodnotíte kapacitu POBYTOVÝCH sociálních služeb ve Vašem kraji?

Oznámkujte prosím jako ve škole.

○ 1 ○ 2 ○ 3 ○ 4 ○ 5

---

8. Jak hodnotíte materiální vybavenost POBYTOVÝCH sociálních služeb ve Vašem kraji?

Oznámkujte prosím jako ve škole.

○ 1 ○ 2 ○ 3 ○ 4 ○ 5

---

9. Jak hodnotíte územní dostupnost NEPOBYTOVÝCH sociálních služeb ve Vašem kraji?

Oznámkujte prosím jako ve škole.

○ 1 ○ 2 ○ 3 ○ 4 ○ 5

---

10. Jak hodnotíte kapacitu NEPOBYTOVÝCH sociálních služeb ve Vašem kraji?

Oznámkujte prosím jako ve škole.

○ 1 ○ 2 ○ 3 ○ 4 ○ 5

---

11. Jak hodnotíte materiální vybavenost NEPOBYTOVÝCH sociálních služeb ve Vašem kraji?

Oznámkujte prosím jako ve škole.

○ 1 ○ 2 ○ 3 ○ 4 ○ 5

---

12. Jaké priority pro oblast poskytování sociálních služeb pro seniory a osoby se zdravotním postižením (ve smyslu preference mezi jednotlivými typy sociálních služeb v kraji či jeho regionech) obsahuje střednědobý plán rozvoje sociálních služeb? (prosím uveďte jejich stručný výčet)

---

13. Jaké stěžejní návrhy v oblasti poskytování sociálních služeb pro seniory a osoby se zdravotním postižením (ve smyslu systémových, finančních apod. opatření) obsahuje střednědobý plán rozvoje sociálních služeb? (prosím uveďte jejich stručný výčet)

---

14. Existuje ve Vašem kraji poptávka po zřizování speciálních pobytových zařízení nebo jejich oddělení určených specifické skupině nepřizpůsobivých klientů v seniorském věku (senior bez přístřeší, senior závislý na alkoholu či návykových látkách apod.)?

○ Ano
○ Ne

---

15. Jaké typy speciálních pobytových zařízení nebo jejich oddělení určených specifické skupině nepřizpůsobivých klientů v seniorském věku jsou potřebné?

---

16. Odhadněte prosím výši nezbytných investičních prostředků do pobytových sociálních služeb v časovém horizontu do roku 2015:

	Kč
a) za účelem jejich modernizace	
b) individualizace (např. větší soukromí klientů)	
c) zajištění bezbariérovosti vlastních prostor zařízení a okolí	
d) jiné, prosím uveďte	

Příloha č. 54

Dotazník pro pracovníky referátů sociálních věcí obcí s rozšířenou působností

1. Je Vaše obec zřizovatelem zařízení poskytujících sociální služby pro seniory a osoby se zdravotním postižením ?

a) centrum denních služeb	☐
b) denní stacionář	☐
c) týdenní stacionář	☐
d) domov pro osoby se zdravotním postižením	☐
e) domov pro seniory	☐
f) domov se zvláštním režimem	☐
g) chráněné bydlení	☐
h) pečovatelská služba	☐
i) domácí ošetřovatelská péče (home care)	☐
j) osobní asistence	☐
k) zdravotnická lůžková zařízení poskytující sociální péči	☐
jiné (vypište jaké)	

---

2. Počet obyvatel Vaší obce k 1. 1.2009

a) celkem	
b) z toho osoby ve věku 65 let věku a starší	

---

3. Uveďte prosím počet obyvatel Vaší obce, kteří jsou držiteli průkazu mimořádných výhod

a) občané s tělesným smyslovým nebo mentálním postižením (držitelé průkazu TP)	
b) občané se zvlášť těžkým zdravotním postižením (držitelé průkazu ZTP)	
c) občané se zvlášť těžkým zdravotním postižením a potřebou průvodce (držitelé průkazu ZTP/P)	

---

4. Jaká je ve Vaší obci průměrná čekací doba (v měsících) na přijetí do pobytového zařízení? (uveďte pouze údaje u typů služeb, u nichž máte relevantní údaje)

	Všechna zařízení tohoto typu	Zařízení zřizovaná obcí	Zařízení zřizovaná jiným zřizovatelem
a) týdenní stacionář			
b) domov pro osoby se zdravotním postižením			
c) domov pro seniory			
d) domov se zvláštním režimem			
jiné (vypište jaké)			

---

5. Jaká je ve Vaší obci průměrná čekací doba (v měsících) na poskytování služeb v nepobytových zařízeních? (uveďte pouze údaje u typů služeb, u nichž máte relevantní údaje)

	Všechna zařízení tohoto typu	Zařízení zřizovaná obcí	Zařízení zřizovaná jiným zřizovatelem
a) centrum denních služeb			
b) denní stacionář			
c) pečovatelská služba			
d) domácí ošetřovatelská péče (home care)			
e) osobní asistence			
jiné (vypište jaké)			

6. Jak byste zhodnotil/a úroveň informovanosti většiny občanů obracejících se na Váš úřad s žádostí o zprostředkování kontaktů na poskytovatele sociálních služeb?

- o službách v obci či jejím okolí mají dostatečný přehled
- o existenci služeb mají pouze rámcovou představu
- o poskytovaných služeb nejsou vůbec informováni
- nelze posoudit

7a. Uveďte prosím počet osob, kterým byly k 1.1.2009 na území Vaší obce POSKYTOVÁNY POBYTOVÉ sociální služby.

	všechna zařízení na území obce	všechna zařízení zřizovaná obcí
Senioři 65 a více let		
Osoby se zdravotním postižením		

7b. Uveďte prosím počet osob, kterým byly k 1.1.2009 na území Vaší obce POSKYTOVÁNY NEPOBYTOVÉ sociální služby.

	všechna zařízení na území obce	všechna zařízení zřizovaná obcí
Senioři 65 a více let		
Osoby se zdravotním postižením		

8a.Uveďte prosím počet ŽADATELŮ o POBYTOVÉ sociální služby k 1.1.2009.

	všechna zařízení na území obce	všechna zařízení zřizovaná obcí
Senioři 65 a více let		
Osoby se zdravotním postižením		

8b. Uveďte prosím počet ŽADATELŮ o NEPOBYTOVÉ sociální služby k 1.1.2009.

	všechna zařízení na území obce	všechna zařízení zřizovaná obcí
Senioři 65 a více let		
Osoby se zdravotním postižením		

---

9. Odhadněte prosím, kolik žadatelů o pobytové sociální služby by bylo schopno života v domácím prostředí (přičemž by v případě potřeby využívali pečovatelské služby, domácí péče či jiných terénních služeb). Svůj odhad prosím vyjádřete v %:

	%
Ze seniorů 65 a více let	
Z osob se zdravotním postižením	

---

10. Má Vaše obec zpracovaný nebo v současnosti zpracovává střednědobý plán rozvoje sociálních služeb (případně komunitní plán sociálních služeb před nabytím účinnosti zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách)?

○ Ano ○ Ne

10a. Pro jaké území je střednědobý plán rozvoje sociálních služeb zpracován nebo zpracováván?

○ a) pouze území obce
○ b) správní obvod obce s pověřeným obecním úřadem
○ c) správní obvod obce s obce s rozšířenou působností
○ d) mikroregion, svazek obcí apod.

10b. Jaké priority pro oblast poskytování sociálních služeb pro seniory a osoby se zdravotním postižením (ve smyslu preference mezi jednotlivými typy sociálních služeb v obci) obsahuje střednědobý plán rozvoje sociálních služeb, respektive jaké priority vyplývají z probíhajícího procesu přípravy plánu? (prosím uveďte jejich stručný výčet)

10c. Jaké stěžejní návrhy v oblasti poskytování sociálních služeb pro seniory a osoby se zdravotním postižením (ve smyslu systémových, finančních apod. opatření) obsahuje střednědobý plán rozvoje sociálních služeb, respektive jaké stěžejní návrhy vyplývají z probíhajícího procesu přípravy plánu? (prosím uveďte jejich stručný výčet)

11a. Zhodnoťte prosím územní dostupnost POBYTOVÝCH sociálních služeb na území Vaší obce a v jejím okolí:

	Dostupnost pobytových sociálních služeb				
	velmi dobrá	spíše dobrá	spíše špatná	velmi špatná	nedovedu posoudit
Území obce	○	○	○	○	○
Území obce s rozšířenou působností (obec III. typu)	○	○	○	○	○

11b. Zhodnoťte prosím územní dostupnost NEPOBYTOVÝCH sociálních služeb na území Vaší obce a v jejím okolí:

	Dostupnost nepobytových sociálních služeb				
	velmi dobrá	spíše dobrá	spíše špatná	velmi špatná	nedovedu posoudit
Území obce	○	○	○	○	○
Území obce s rozšířenou působností (obec III. typu)	○	○	○	○	○

12. Jak byste hodnotil/a spolupráci mezi jednotlivými poskytovateli sociálních služeb působícími ve Vaší obci a v jejím okolí?

	velmi dobrá	spíše dobrá	spíše špatná	velmi špatná	nedovedu posoudit
Organizace sídlící přímo v obci	○	○	○	○	○
Spolupráce organizací sídlící ve správním obvodu obce s rozšířenou působností (obec III. typu)	○	○	○	○	○
Spolupráce organizací sídlící mimo správní obvod obce s rozšířenou působností	○	○	○	○	○

13. Působí ve Vaší obci či v jejím správním obvodu léčebna dlouhodobě nemocných (LDN)?

	LDN s vlastní právní subjektivitou	LDN jako jedno z lůžkových oddělení zdravotnického zařízení	ne
Přímo v obci	○	○	○
Ve správním obvodu obce s rozšířenou působností	○	○	○

14. Existuje ve správním obvodu Vaší obce (tj. na území vymezeném působností obce s rozšířenou působností) poptávka po zřizování speciálních pobytových zařízení nebo jejich oddělení určených specifické skupině nepřizpůsobivých klientů v seniorském věku (senior bez přístřeší, senior závislý na alkoholu či návykových látkách apod.)?

○ Ano
○ Ne

15. Jaké typy speciálních pobytových zařízení nebo jejich oddělení určených specifické skupině nepřizpůsobivých klientů v seniorském věku jsou potřebné?

16. Odhadněte prosím výši nezbytných investičních prostředků do pobytových sociálních služeb v celém správním obvodu Vaší obce (tj. pro celé území vymezené působností obce s rozšířenou působností) v časovém horizontu do roku 2015:

	Kč
a) za účelem jejich modernizace	
b) individualizace (např. větší soukromí klientů)	
c) zajištění bezbariérovosti vlastních prostor zařízení a okolí	
d) jiné, prosím uveďte	