

Optimalizace sociálních služeb

Petr Víšek
Ladislav Průša

Národní centrum sociálních studií, o.p.s.
Výzkumný ústav práce a sociálních věcí, v.v.i.

Praha
2012

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)

Zpracování publikace bylo podpořeno ze zdrojů OPLZZ v rámci projektu č. CZ-1 04/4 100/59 000 64.

Vydal Výzkumný ústav práce a sociálních věcí, v.v.i.
Praha 2, Palackého náměstí 4
jako svou 432. publikaci
Vyšlo v roce 2012, 1. vydání, počet stran 130
Tisk: VÚPSV, v.v.i.

Recenze: prof. Ing. Vojtěch Krebs, CSc.
Centrum pro ekonomické studie a analýzy
Vysoká škola finanční a správní v Praze

doc. Ing. Lucie Kozlová, Ph.D.
Zdravotně sociální fakulta
Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích

ISBN 978-80-7416-099-8

<http://www.vupsv.cz>

Abstrakt

Cílem předložené monografie je zpracovat návrh optimalizace sociálních služeb, navrhnout koncepci databáze této oblasti vytvoření komunikační platformy. Jejím cílem není kritika nebo konfrontace praktických kroků MPSV a jeho legislativních návrhů v oblasti sociálních služeb, ale pokus o nezávislý rozbor procesů, jevů a situací s ambicí vytvořit pro MPSV zdroj podnětů a informací pro vlastní řídicí, metodickou i koncepční činnost.

Klíčová slova: sociální služby, financování sociálních služeb, příspěvek na péči, dotace ze státního rozpočtu, sociálně-demografická analýza, statistická sledování

Abstract

The aim of this monograph is to carry out the draft of the social services optimization and to propose the concept of the database of this area by creating a communication platform. The study attempts to independent analysis of processes, phenomena and matters with the ambition to create a source of ideas and information for managerial, methodological and conceptual activity of the MLSA, rather than criticism or confrontation of practical steps of the MLSA and its legislative proposals in the field of social services.

Key Words: social services, financing of social services, care benefit, subsidy from state budget, socio-demographic analysis, statistical monitoring

Obsah

Úvod	7
1. Manažerský přehled.....	8
2. Charakteristika vývoje a aktuální situace v oblasti sociálních služeb.....	10
2.1 Principy poskytování sociálních služeb po r. 1990	10
2.2 Historie přípravy zákona o sociálních službách.....	12
2.3 Vývoj výdajů na sociální služby a změny v jejich struktuře.....	15
3. Vymezení základních problémů a kritických míst z hlediska stanovení optimální sítě sociálních služeb	17
3.1 Vývoj vybavenosti regionů sociálními službami sociální péče v letech 1995-2010.....	17
3.2 Faktory ovlivňující vybavenost regionů sociálními službami	18
3.3 Vyhodnocení vybavenosti jednotlivých regionů službami sociální péče v r. 2010	19
4. Analýza problematiky ekonomické únosnosti dalšího vývoje v této oblasti služeb.....	23
4.1 Analýza demografického vývoje do r. 2020 podle údajů Projekce obyvatelstva do r. 2065.....	24
4.2 Prognóza vývoje potřeby služeb sociální péče do r. 2020	27
4.3 Návrh změn systému financování vedoucí k zajištění ekonomické únosnosti dalšího vývoje	30
4.4 Doporučené úpravy v systému financování služeb sociální péče	30
5. Analýza a zásadní doktrinární diskuse o rolích subjektů, nároků a práv občanů	34
6. Makrosociální analýza potřeby sociálních služeb.....	37
6.1 Teorie a praxe doporučených normativů vybavenosti.....	38
6.1.1 Požadavky na vybavenost území sociálními službami.....	38
6.1.2 Souhrnně k problematice normativů vybavenosti.....	43
6.2 Vybrané zdroje informací o výskytu cílových skupin a o jejich potřebách	46
6.3 Metodika tvorby normativů vybavenosti službami sociální prevence a její příklady	51
6.3.1 Přehled služeb sociální prevence, které by měly být k dispozici občanům v ČR a stanovení jejich spádových území.....	52
7. Makroekonomická analýza finančních nákladů a transferů	56
7.1 Změny ve struktuře příjemců příspěvku na péči v letech 2007-2010.....	56
7.2 Změny ve struktuře příjemců příspěvku na péči v letech 2007-2010 v závislosti na formě využívání příspěvku	57
7.3 Změny ve struktuře příjemců příspěvku na péči v letech 2007-2010 v závislosti na typu poskytované služby	58
7.4 Změny ve struktuře příjemců příspěvku na péči v letech 2007-2010 v závislosti na pohlaví, věku příjemce, míry závislosti v jednotlivých krajích ..	59
7.5 Dotace ze státního rozpočtu.....	60
7.6 Analýza výsledků dotačního řízení v oblasti služeb sociální péče pro seniory v letech 2007-2011	61
7.7 K problematice služeb sociální prevence a jejich financování.....	64

8. Analýza problematiky vztahu služeb sociální péče a zdravotnictví	68
8.1 Financování ošetrovatelské péče v pobytových zařízeních sociálních služeb a sociální péče v lůžkových zdravotnických zařízeních	68
8.2 Výdaje na ošetrovatelskou péči v pobytových zařízeních sociálních služeb ..	69
9. Metodická pomůcka pro regionální a místní aplikaci optimalizace vybavenosti sociálními službami	71
9.1 Sociálně-demografická a sociálně-ekonomická analýza a sběr dat	73
9.2 Indikátory sociální problémovosti	76
9.3 Detekce sociálních problémů	77
10. Analýza možností vytvoření stálé autoritativní odborné báze	79
11. Návrh na vytvoření formální autoritativní platformy a rekonstrukci databáze	82
11.1 K problematice vytvoření autoritativní platformy	82
11.2 Koncepce databáze oblasti sociálních služeb	82
12. Stručný popis systému sociálních služeb v Německu a v Rakousku	85
12.1 Organizace, financování a poskytování sociálních služeb v Německu	85
12.2 Několik poznámek k systému financování sociálních služeb v Rakousku	87
13. Možnosti lidského kapitálu venkova k zabezpečení sociálních služeb v malých obcích	89
Souhrnné závěry	99
Literatura	107
Tabulková a grafická příloha	111

Úvod

Obsahem monografie je zpracování návrhu optimalizace sociálních služeb, návrh koncepce databáze této oblasti a vytvoření komunikační platformy.

Cílem monografie je zpracovat na základě sekundární analýzy dosud zpracovaných výzkumných prací a studií, na základě studií vlastních, s využitím diskusí vedených k tématu v odborném tisku a s přihlédnutím k mezinárodním zkušenostem ze srovnatelných zemí návrh (možností a nástrojů) optimalizace (oblasti) sociálních služeb, shromáždit informace a názory nejširšího okruhu odborné veřejnosti na oblast sociálních služeb a vytvořit jednotící věcný základ pro další odbornou diskusi. Jde tedy o to:

- charakterizovat dosavadní vývoj sociálních služeb,
- popsat současný stav,
- formulovat zásadní otázky, podmínky a milníky pro další vývoj,
- navrhnout řešení.

Formulace hlavních detekovaných problémů a zásadních tvrzení významných pro návrh opatření a řešení je realizováno technicky tak, že jsou v textu ohraničeny rámečky a později shrnuty a rozvedeny do závěrů celé studie.

Cílem vytvoření platformy je navrhnout formalizovanou bázi pro takovou trvalou diskusi a vytvořit situaci, v níž budou respektovány pozice a zájmy jednotlivých subjektů, které, jak je zřejmé, nejsou stejné.

Cílem navržení koncepce databáze oblasti sociálních služeb je nasměrovat práce na vytvoření informační základny, která by umožňovala makrosociální a makroekonomické analýzy o celkovém rozsahu a územní dislokaci sociálních služeb v Česku.

Protože řada sociálních problémů, a z nich vyplývajících sociálních potřeb a jejich zabezpečení sociálními službami, zejména pokud jde o stárnutí populace, se zvláště naléhavě projevuje ve venkovském prostředí, je tomuto problému nad rámec zadání věnována samostatná kapitola.

Cílem celé monografie není kritika nebo konfrontace praktických kroků MPSV a jeho legislativních návrhů v oblasti sociálních služeb, ale pokus o nezávislý rozbor procesů, jevů a situací s ambicí vytvořit pro MPSV zdroj podnětů a informací pro vlastní řídicí, metodickou i koncepční činnost.

1. Manažerský přehled

Celá monografie je sestavena z dílčích monotematicky zaměřených kapitol následujícího obsahu:

- **Charakteristika vývoje a aktuální situace** v oblasti sociálních služeb (důraz přitom je položen na analýzu zásadních změn v rolích státu, samosprávy a poskytovatelů v souvislosti s právní úpravou sociálních služeb po roce 2006).
- **Vymezení základních problémů a kritických míst** z hlediska **stanovení optimální sítě sociálních služeb** (vedle problémů v rozdílech vybavenosti jednotlivými službami mezi kraji a problematikou rozdílů ve vybavenosti službami sociální péče, službami sociální intervence a poradenstvím jde o disparity, které vznikly ve vybavenosti obcí s rozšířenou působností po zrušení okresních úřadů, posouzena je i problematika užívaných metod plánování sociálních služeb a jejich limity).
- **Analýza problematiky ekonomické únosnosti** dalšího vývoje v této oblasti s přihlédnutím ke stárnutí populace a k rozpočtovým záměrům vlády (kapitola navazuje na reformní program vlády a koncipuje návrhy k jeho realizaci v této oblasti, důraz je položen na participaci jednotlivých subjektů na financování sociálních služeb).
- **Analýza a zásadní doktrinální diskuse** o vymezení nároků a práv občanů - klientů a role a rozměru solidárních transferů v této oblasti, podílu klientů na krytí nákladů a podmínek pro jeho stanovení, povinností a role státu, samospráv a rodiny.
- **Makrosociální analýza potřeby sociálních služeb**, která obsahuje sociálně-demografickou analýzu a analýzu zdravotního stavu obyvatel ve vztahu ke službám sociální péče a sociální analýzu ve vztahu ke službám prevence a poradenství.
- **Makroekonomická analýza finančních nákladů a transferů** v oblasti sociálních služeb, analýza podílu státu, samosprávných orgánů, poskytovatelů a klientů na krytí nákladů vč. situace neziskového sektoru, analýza role sociálních služeb pro oblast zaměstnanosti a problematiky kvalifikačních nároků v této oblasti, analýza situace neformálních poskytovatelů.
- **Analýza problematiky vztahu služeb sociální péče (popř. i služeb prevence) k systému zdravotních služeb** (vč. dlouhodobé péče) jak z hlediska finančního, tak věcných přesahů a posunů.
- **Metodická pomůcka** pro regionální a místní aplikaci optimalizace vybavenosti sociálními službami.
- **Analýza možností vytvoření stálé autoritativní odborné báze** pro jednání o vývoji sociálních služeb, která by měla zahrnovat orgány státu, samosprávy, zástupce poskytovatelů, zástupce odborné sféry a podle možností i reprezentaci klientů.
- **Návrh na vytvoření formální autoritativní platformy a rekonstrukci databáze tak**, aby byla použitelná pro plánování sociálních služeb zejména na regionální úrovni pro samosprávy, pro optimalizaci alokace sociálních služeb na území státu a pro makroekonomické analýzy celé oblasti sociálních služeb.
- **Koncepce databáze oblasti sociálních služeb.** Registr poskytovatelů sociálních služeb tak, jak je koncipován v současné době, registruje jednotlivé služby nikoliv

poskytovatelů (zařízení) registrem oprávněných službu poskytovat, nikoliv nutně tu či onu službu poskytujících.

- **Stručný popis systému v SRN a v Rakousku** (zdroj informací pro srovnání systémů).
- **Možnosti lidského kapitálu venkova k zabezpečení sociálních služeb v malých obcích** (úvaha o dalších možnostech rozvoje sociálních služeb).
- **Souhrnné závěry**
- **Přehled použité literatury a zdrojů**

2. Charakteristika vývoje a aktuální situace v oblasti sociálních služeb

2.1 Principy poskytování sociálních služeb po r. 1990

Od počátku 90. let byly postupně uváděny do života nové principy poskytování sociálních služeb, které jsou běžně uplatňovány v sociálních systémech vyspělých evropských zemí. Jedná se o tyto principy:

- demonopolizace sociálních služeb,
- decentralizace státní sociální správy,
- demokratizace sociální správy,
- pluralizace financování sociálních služeb,
- změna postavení člověka při poskytování sociálních služeb,
- pluralizace forem poskytování sociálních služeb,
- přiměřenost sociální pomoci sociální potřebě,
- personifikace sociální pomoci,
- profesionalizace sociální pomoci.¹

Postupně byla jak ve vědomí občanů, tak i v zákonodárné činnosti² uplatňována zásada, že za vlastní životní úroveň je odpovědný především každý občan, resp. rodina. Nově se vytvořila hierarchie subjektů sociální pomoci,³ každý subjekt získal postupně svoje nové postavení a roli. Nejvýznamnějším subjektem se přitom stala rodina jako nejpřirozenější sociální skupina, která je schopna na základě vzájemné spolupráce jednotlivých členů a jejich vzájemné solidarity zabezpečit péči o své členy a formovat jejich hmotné i duchovní potřeby od dětských let až do stáří. Rodina poskytuje základní sociální jistotu a bezpečí, v níž se uspokojují základní životní potřeby jejích členů, kteří si s přihlédnutím ke svým možnostem a schopnostem poskytují vzájemně ochranu, podporu a pomoc.⁴ Na druhé straně vnitřní politické napětí vedlo k určité destrukci dosavadních struktur nestátních - tehdy tzv. společenských organizací. Např. na místo mocného Svazu invalidů vzniklo 106 politicky bezvýznamných subjektů.

Jako jedno z prvních opatření v sociální oblasti byl již v 1. pololetí r. 1990 v rámci novelizace zákona č. 100/1988 Sb., o sociálním zabezpečení, umožněn přístup k realizaci sociálních služeb i obcím, městům a nestátním neziskovým organizacím.

¹ blíže viz: Tomeš, I. *Koncepce systému sociální pomoci (péče)*. Bratislava: VÚPSV, 1991

² viz např. § 2 odst. 2 zákona č. 463/1991 Sb., o životním minimu, v platném znění („Občanům, jejichž příjmy nedosahují životního minima a kteří se nemohou tyto příjmy zvýšit vzhledem ke svému věku, zdravotnímu stavu nebo z jiných vážných důvodů vlastním přičiněním, zejména vlastní prací, se poskytuje pomoc, ...“)

³ blíže viz např. Krebs V. a kol. *Sociální politika*. Praha: ASPI Publishing, 2005

⁴ blíže viz Průša, L. *K některým systémovým otázkám filosofie sociální pomoci ohroženým skupinám obyvatelstva*. Národní hospodářství č. 3/1992

Nestátní sektor byl financován ministerstvem formou nenárokových ročních dotací a byl tedy dlouhodobě existenčně zcela závislý na podpoře státu. Přestože již v roce 1995 byla jednoznačně odmítnuta praxe, kdy MPSV dotuje i miniaturní projekty nestátních subjektů v dalekých obcích (viz Zásady zákona o sociální pomoci akceptované výbory Parlamentu), za dalších 7 let nedošlo k žádné změně. Nezávislost a kritičnost nestátního sektoru zcela vymizela. Možnost provádění sociálních služeb nestátními službami byla kodifikována již na jaře 1990. Uplynulo více než 20 let a MPSV nebylo schopno vytvořit regulérní nárokový systém jejich financování, zejména služeb sociální prevence.

Lze vyslovit pochybnost, zda může být nezisková sféra nezávislá, když je její existence při nerozvinutém donátorství zcela závislá na nenárokových dotačních podporách státu. S podporou státu, popř. samospráv jejich existence stojí a padá. To platí např. u sociálních aktivit, které si prostě stát u nestátního sektoru za neekvivalentní ceny kupuje. Nestátní sektor je pak jen kvazi nestátní a je specifickou variantou příspěvkových organizací státu. Výsledkem této skutečnosti je pouze další neexistující oponent státních politik. Svým způsobem se tak jedná o systémovou státní korupci, která si kupuje potencionální oponenty. Je to sice pohodlné, ale škodlivé. Stát si tak udržuje "monopol na pravdu", namísto toho, aby vytvářel prostor pro plnohodnotnou a rovnoprávnou konfrontaci názoru a hledání optima. Prolomení finanční závislosti na státu, jak se to stalo u jedné významné NNO, ovšem naopak vedlo k zásadnímu a nevhodnému ovlivnění dalších legislativních návrhů právě s ohledem na partikulární zájmy této organizace a jejich klientů.

V souvislosti se společensko-politickými změnami na přelomu 80. a 90. let byly na řadu objekty, v nichž byly sociální služby poskytovány, uplatněny na počátku 90. let restituční nároky, což si vyžádalo nahradit tyto objekty výstavbou nových moderních zařízení. Tento krok přispěl k tomu, že alespoň část starých - pro účely poskytování sociálních služeb v naprosté většině nevyhovujících - objektů byla nahrazena novými moderními zařízeními.⁵

V souvislosti s realizací II. fáze reformy veřejné správy došlo k převedení zřizovatel-ských funkcí k většině zařízení sociálních služeb z bývalých okresních úřadů především do samosprávné působnosti jednotlivých krajů.

Přitom bylo nutno mít na zřeteli především tyto skutečnosti:

- sociální služby jsou poskytovány v zařízeních, která by měla sloužit především lidem v místní lokalitě a obce by proto měly mít dobrý přehled o jejich využití a potřebě - z tohoto titulu bylo žádoucí, aby tato zařízení byla podle principu subsidiarity převáděna především na obce a města,
- v těchto zařízeních je umístěno zpravidla pouze minimum občanů obce, města nebo regionu, ve kterém se zařízení nachází, a s ohledem na systém financování těchto zařízení zřizovatel musí služby dotovat z vlastních rozpočtů, přičemž domovské obce nemají k těmto občanům žádné povinnosti (není naplněn princip participace).

Legislativně však byly kompetence jednotlivých krajů a obcí upraveny pouze velmi obecně a reforma veřejných správy tak v oblasti sociálních služeb nenaplnila

⁵ např. v r. 1995 bylo z celkového počtu 290 domovů důchodců umístěno 40,7 % z nich v objektech, které byly postaveny do r. 1900, přičemž 9,7 % z celkového počtu bylo umístěno v objektech postavených do r. 1700 - viz *Návrh modelu financování sociálních služeb*. Praha: MPSV, 1997

svoje hlavní poslání - přiblížení služeb občanům.⁶ Základní příčinou této skutečnosti byl fakt, že ministerstvo financí neposkytlo městům a obcím garance za zachování finanční participace státu při financování sociálních služeb, a proto byla naprostá většina sociálních zařízení převedena nikoli na jednotlivé obce a města tak, jak se původně předpokládalo, ale na krajské úřady.⁷

2.2 Historie přípravy zákona o sociálních službách

První návrh zásad zákona o sociální pomoci předložila vláda Poslanecké sněmovně k projednání na jaře r. 1995,⁸ návrh zákona o sociální pomoci však vláda následně neprojednala, neboť - na rozdíl od v zásadách proklamovaných řešení - vzbudil množství kritiky v řadách odborné i zájmové veřejnosti a podle některých názorů nebyl v některých pasážích v souladu s ústavním pořádkem ČR.⁹ Na základě kritické odezvy především z řad poskytovatelů sociálních služeb dostalo MPSV za úkol vypracovat nový model financování sociálních služeb,¹⁰ který byl následně zapracován do návrhu věcného záměru zákona o sociální pomoci.¹¹ Tento návrh vláda v únoru r. 1998 schválila. Po nástupu sociálnědemokratické vlády však bylo na počátku r. 1999 rozhodnuto přehodnotit tento systém a v zájmu zajištění ochrany uživatele sociálních služeb eliminovat jeho největší rizika (dostatečná dostupnost sociálních služeb, vytvoření nástrojů státu pro ovlivňování jejich dalšího vývoje). Současně bylo rozhodnuto, že jednotlivé formy sociální pomoci budou i nadále upravovány samostatnými právními předpisy tak, jak tomu bylo od počátku 90. let, tj. společného řešení služeb a dávek. Bylo akceptováno, že obě části mají jinou logiku a jiné příjemce.

Významný posun v přípravě nové právní úpravy přineslo přijetí tzv. Bílé knihy v sociálních službách, která charakterizovala základní principy poskytování sociálních služeb.

Na základě hlavních vývojových trendů rozvoje sociálních služeb v evropských zemích¹² zde byly definovány základní principy rozvoje tohoto systému sociální ochrany obyvatelstva, návrh věcného záměru zákona o sociálních službách vláda projednala až na podzim r. 2004, samotný zákon byl přijat Poslaneckou sněmovnou Parlamentu na počátku roku 2006 s tím, že nová právní úprava vstoupila v platnost 1. ledna 2007. V rámci této právní úpravy byly promítnuty do právního systému ty principy transformace sociálních služeb, které byly vytyčeny na přelomu století.

Nicméně mnohaleté diskuse o novém zákoně byly provázeny řadou sporných kroků. Diskuse o schváleném věcném záměru se vedla ne zcela regulérním způsobem. Byly svolávány tzv. "sociální konference", později nepřesně zhodnocené, práce se poté

⁶ Průša, L. *Ekonomie sociálních služeb*. Praha: ASPI Publishing, 2007

⁷ Průša, L. *Reforma veřejné správy a její dopad na systém sociální ochrany obyvatelstva*. Praha: Národohospodářský ústav Josefa Hlávky č. 6/2003

⁸ *Vládní návrh zásad zákona o sociální pomoci*. Praha: MPSV, 1995

⁹ Průša, L. *Analýza ekonomických a sociálních důsledků integrace ČR do EU se zaměřením na komparaci systémů státní sociální podpory a sociální pomoci* (pracovní text). Praha: VÚPSV, 1997

¹⁰ *Nový model financování sociálních služeb*. Praha: MPSV, 1997

¹¹ *Návrh věcného záměru zákona o sociální pomoci*. Praha: MPSV, 1997

¹² *The role of local and regional authorities in the provision of local social services*, Strasbourg: Council of Europe, 1999

orientovaly na sekundární problematiku (např. standardy kvality, komunitní vyjednávání, komunitní plánování), aniž byly řešeny zásadní problémy - tj. financování sociálních služeb, práva a povinnosti zúčastněných subjektů, kompetence a role. Byl chybně vybrán a také chybně interpretován model britské koncepce sociálních služeb, který tam byl předmětem kritiky a nehodí se pro tuzemské poměry, především proto, že na rozdíl od Velké Británie existuje v ČR systém samosprávných obcí, které jsou organizovány komunitami na principu zastupitelské demokracie (vybavené rozsáhlými kompetencemi) a bylo proto zbytečné vnášet prvek vytváření jiných územních komunit (včetně tohoto pojmu) do praxe a terminologie. Nově používaný pojem komunita má v české odborné praxi jiný význam než obec. Tato hra s cizími slovy a jejich nevhodným použitím a chybnými překlady je pro slovník autorů dokumentů "reformy" příznačný (např. špatný překlad anglického delivery - byl převzat v jeho překladu pro oblast pošty - jako doručování - a byl vysvětlen jako nová filozofie, totiž, že služba jde ke klientovi, což je v řadě případů nesmysl).

Byl ignorován a ututlán kolaps a neúspěšnost jednoho ze dvou pilotních projektů česko-britského projektu (Písek), na němž se město oficiálně odmítlo podílet. Prohlášení zástupců města na řídicím výboru nebylo vůbec vzato na vědomí nebo dokonce analyzováno. Na provedení analýzy v Písku byla nakonec najata profesionální agentura. Efekt česko-britského projektu "na podporu reformy sociálních služeb" byl nulový, protože byl orientován do virtuálního světa, který si autoři sami vytvořili.

Celá oblast sociálních služeb byla zpracovateli návrhů jakoby vyjmuta z běžné praxe (postupů, regulí, demokratických mechanismů) samosprávných obcí a byl vytvářen doslova paralelní svět komunitního plánování, komunitního vyjednávání apod. Tyto činnosti - jen ovšem česky pojmenované - jsou však imanentními součástmi práce samosprávy.

Tento nákladný moloch se zakládal na dvou významných omylech. Zaprvé, že sociální služby jsou cosi prioritního, zvláštního a významného, odlišného od ostatních aktivit státu, měst apod. Sociální služby se týkají asi 1 % obyvatel a náklady na ně činily cca 0,8 % HDP (r. 2006).

Druhý omyl byl založen na zcela chybném hodnocení současné úrovně sociálních služeb v Česku. Od samého počátku "reformy" byla ve všech dokumentech vyslovována jejich ostrá kritika a současný stav považován teprve za "zárodek" budoucího komplexu. Skutečností je, že služby sociální péče v ČR měly a mají vysokou a s Evropou zcela srovnatelnou kvalitu a rozsah. Např. v důvodové zprávě k zákonu o sociálních službách se uvádí, že: "Sociální služby, které svým charakterem lépe naplňují principy sociální integrace oproti službám "tradičním", nemají zákonnou oporu (např. osobní asistence, raná péče, kontaktní centra, odlehčovací služby). To zásadně brání žádoucímu rozvoji sociálních služeb a nezaručuje, že tyto služby jsou poskytovány v odpovídající kvalitě, popřípadě, že jsou vůbec dostupné". Nicméně tyto služby vznikly na základě platného "starého" zákona, který na rozdíl od nového zákona nevyjmenovával služby taxativně. Samotné uvedení v zákoně také dostupnost nezajišťuje.

Autoři "reformy" byli jedinými kritiky sociálních služeb, je proto pochopitelné, že pro své záměry nezískali nikde politickou podporu. O životaschopnosti sociálních služeb, které pečovaly v té době o cca 60 tis. osob v pobytových zařízeních a cca o 100 tis. osob v terénní péči a které disponovaly cca 30 tis. pracovníky, svědčí konec konců i to, že přes úplnou absenci jakékoliv řídicí činnosti z centra po řadu let fungovaly a rozvíjely se. Pokud ovšem jde o služby sociální prevence, je třeba neustále doplňovat jejich síť a ucelenost návazných služeb.

2. Charakteristika vývoje a aktuální situace v oblasti sociálních služeb

Důležitým opomenutím naopak bylo ignorování výsledků výzkumu o vlivu financování sociálních služeb na zaměstnanost, který MPSV zadalo, ale který nevyužilo. Ten naznačil, že kdyby byl důsledně zvolen uvažovaný systém financování sociálních služeb, mohlo by se v této oblasti vytvořit cca 11 tis. nových pracovních příležitostí při de facto nezměněných nákladech. Podstata řešení spočívala v povaze navrhovaného způsobu financování, kdy by se peněžní prostředky nedostávaly přímo do konečné spotřeby klientů a jejich rodin, ale byly by orientovány přímo do služeb (přes klienta). Vedle zajištění cílové užitné hodnoty (poskytnutí péče) by byla vytvořena ještě nová pracovní místa. V Německu vedlo zavedení pojištění na péči k vytvoření 40 tis. nových pracovních míst. Takový způsob financování mohl event. i odčerpat pracovní síly z trhu práce (péče rodinných příslušníků o osoby závislé na péči). Poskytování příspěvku na péči ovšem bylo velmi změkčeno a prostředky určené do služeb končily často v příjmech rodin (cca 70 % příjemců příspěvku na péči nevyužívá žádné služby od registrovaných poskytovatelů sociálních služeb).

Uskutečněním reformy veřejné správy, zejména v souvislosti se zrušením okresních úřadů, došlo na návrh MPSV k převedení sociálních služeb do režimu samostatné působnosti samosprávných obcí a krajů. To mělo zcela zásadní důsledky a mělo by se projevit v celkové koncepci sociální legislativy. Je to nová situace. Jakékoliv centralistické představy o řízení obcí, jak se neustále opakovaly v dokumentech "reformy systému služeb", bylo třeba opustit. Vláda České republiky se problémem možností a limitů dělby kompetencí mezi státem a územní samosprávou zabývala dne 17. srpna 2005 a přijala usnesení č. 1008, které zavázalo členy vlády vycházet z obsahu dokumentu, který byl projednán. Pokud jde o samostatnou působnost, chybí zatím v českém právu - na rozdíl od některých jiných států se spojeným nebo částečně spojeným výkonem veřejné správy - kategorie povinných úkolů samosprávy, jejichž neplnění nebo neadekvátní plnění by mohlo být postiženo sankcemi ze strany státu. Každá samospráva totiž vedle úkolů závislých čistě na její vlastní iniciativě a na místních podmínkách plní řadu funkcí, které se vztahují k výkonu veřejné správy nebo veřejným službám, jejichž minimální potřebná úroveň by měla být standardizovaná a právně vyjádřená.

Nebylo vyřešeno financování sociálních služeb, a proto naprostá většina sociálních služeb provozovaných dosud okresními úřady přešla na samostatné kraje. Tím byl zcela zhroucen jeden z hlavních deklarovaných pilířů tzv. "reformy", tj. přiblížení sociálních služeb občanům - klientům. Princip "komunitního vyjednávání" o zabezpečení sociálních služeb se subjekty a občany v dimenzi kraje se stal téměř absurdním, a proto zákonodárce nakonec vůbec neakceptoval princip komunitního plánování a uložil krajům (jen krajům) plánovat sociální služby.

<p>Tím, že se sociální služby staly aktivitou patřící do režimu samostatné působnosti, se zcela zásadně změnila role státu a jeho možnosti kontroly aktivit v této oblasti. Stát má pouze právo kontroly zákonnosti.</p>
--

Otevřel se tím problém zásadního omezení tradičních (centralistických) možností vymahatelnosti aktivit v této oblasti nebo jejich přímé vykonávání státním orgánem. Problém bude vznikat tam, kde jsou určité aktivity v oblasti sociálních služeb obsahem mezinárodních, popř. ústavních závazků státu. Například Evropská sociální charta v čl. 13 a 14 hovoří o dostupném bezplatném sociálním poradenství chudým lidem a podpoře dostupnosti sociálních služeb. Stát je zodpovědný, ale službu by měla zabezpečit obec.

2.3 Vývoj výdajů na sociální služby a změny v jejich struktuře

Na charakteristiku stávajícího systému financování a poskytování sociálních služeb má 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 ošetrovatelské a rehabilitační zdravotní péče v pobytových zařízeních,
- kritéria pro stanovení výše úhrad uživatele služby za pobyt a stravu v pobytových zařízeních sociálních služeb, za jednotlivé úkony ambulantních a terénních služeb a za poskytované sociální a zdravotní služby v lůžkových zdravotnických zařízeních.¹³

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, opomenout nelze ani skutečnost, že významným způsobem je výše provozních nákladů jednotlivých zařízení determinována stářím jednotlivých budov a personálním vybavením jednotlivých zařízení, pozornost je nutno věnovat i velikosti jednotlivých sídel a hlavním vývojovým trendům, které jsou uplatňovány při jejich rozvoji v evropských zemích.¹⁴

Hlavním principem, který je při financování sociálních služeb dlouhodobě uplatňován, je princip vícezdrojového financování. Stěžejními zdroji financování jsou dotace z veřejných rozpočtů, úhrada klientů za poskytované služby, příspěvek na péči a úhrada ošetrovatelské a rehabilitační péče ze zdrojů veřejného zdravotního pojištění. Výdaje na sociální služby se od počátku 90. let dlouhodobě zvyšují, od r. 1995 vzrostly cca 4 x (viz tabulka č. 1), jejich podíl hrubém domácím produktu po zavedení příspěvku na péči výrazně vzrostl.

¹³ Krebs, V. - Průša, L. *Financování sociálních služeb - teoretická východiska a skutečnost*. in: Sborník z mezinárodní konference *Veřejná ekonomika a správa 2011*. Ostrava: Vysoká škola báňská – Technická univerzita, 2011. ISBN 978-80-248-2465-9

¹⁴ Průša, L. a kol. *Poskytování sociálních služeb pro seniory a osoby se zdravotním postižením*. Praha: VÚPSV, v.v.i. 2010. ISBN 978-80-7416-048-6

2. Charakteristika vývoje a aktuální situace v oblasti sociálních služeb

Tabulka č. 1 **Vývoj výdajů na sociální služby v letech 1995-2010 (v mil. Kč)**

	výdaje na sociální služby (mil. Kč)	podíl na HDP (v %)	z toho:			
			dotace	úhrada klienta	příspěvek na péči	úhrada za ošetř. péči
1995	10 276	0,70	8 978	1 298	.	.
1996	10 552	0,63	8 903	1 649	.	.
1997	11 767	0,65	9 377	2 390	.	.
1998	12 895	0,65	10 095	2 800	.	.
1999	13 515	0,65	10 477	3 038	.	.
2000	14 944	0,68	11 680	3 264	.	.
2001	17 144	0,73	13 579	3 565	.	.
2002	19 660	0,80	15 769	3 891	.	.
2003	19 685	0,76	15 558	4 127	.	.
2004	19 665	0,70	15 253	4 412	.	.
2005	20 369	0,68	15 635	4 734	.	.
2006	22 332	0,69	17 284	5 048	.	.
2007	33 476	0,95	10 972	7 126	14 608	770
2008	39 925	1,08	12 584	8 092	18 253	996
2009	42 177	1,16	13 336	8 864	18 700	1 277
2010	45 095	1,23	14 984	9 253	19 600	1 258

Pramen: Základní ukazatele z oblasti práce a sociálního zabezpečení ve vývojových řadách a grafech, MPSV, Praha 1995-2010; vlastní propočty

Tento vývoj byl ovlivněn zejména:

- prakticky stabilní úrovní státní dotace na lůžko v pobytových zařízeních po celou 2. polovinu 90. let a na počátku tohoto tisíciletí,
- výrazným zvyšováním výše úhrad za pobyt a stravování v pobytových zařízeních sociálních služeb ve 2. polovině 90. let, kdy jejich zvýšení bylo vyšší, než činilo zvýšení příjmů důchodců v rámci valorizace důchodů,
- zvyšováním úhrad za poskytování jednotlivých úkonů pečovatelské služby,
- přijetím zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, který zásadně změnil systém financování sociálních služeb (koncipování příspěvku na péči, zavedení úhrad za ošetřovatelskou a rehabilitační péči ze systému veřejného zdravotního pojištění).

Graficky je vývoj struktury financování sociálních služeb a vývoj jeho podílu na HDP znázorněn v příloze 1-2. Z hlediska struktury financování jsou dominantním zdrojem financování sociálních služeb veřejné prostředky, jejich podíl po zavedení nového systému financování v r. 2007 mírně vzrostl, v r. 2010 činil 76,7 %.

3. Vymezení základních problémů a kritických míst z hlediska stanovení optimální sítě sociálních služeb

3.1 Vývoj vybavenosti regionů sociálními službami sociální péče v letech 1995-2010

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,¹⁵ 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.

Poprvé byla analýza vývoje vybavenosti územních celků službami sociální péče pro staré a zdravotně postižené občany zpracována v polovině 90. let¹⁶ (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. 2002¹⁷ (analyzovány byly údaje za r. 2000) a v r. 2006 (analyzovány byly údaje za r. 2005).¹⁸ Tyto skutečnosti umožňují v současné době vedle prostého zhodnocení úrovně vybavenosti v jednotlivých regionech v r. 2010 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

Hodnocení vybavenosti jednotlivých regionů službami sociální prevence a většinou nových typů sociálních služeb doposud nebylo realizováno především vzhledem k tomu, že tyto služby nebyly ani statisticky sledovány, z tohoto pohledu je proto porovnání vybavenosti regionů těmito službami v r. 2010 realizováno poprvé a získaná data tak nelze porovnat s dřívějšími údaji.

¹⁵ *Návrh normativů vybavenosti územních celků službami sociální péče*. Praha: FMPSV, 1987

¹⁶ kol. *Obce, města, regiony a sociální služby*. Praha: SOCIOKLUB, 1997. ISBN 80-902260-1-9

¹⁷ Průša, L. *Ekonomie sociálních služeb*. Praha: ASPI Publishing, 2003. ISBN 80-86395-69-3

¹⁸ Průša, L. *Model optimálního uspořádání sociálních a zdravotních služeb na regionální úrovni*. Praha: VÚPSV 2006. ISBN 80-87007-36-0

3.2 Faktory ovlivňující vybavenost regionů sociálními 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 na zřeteli je nutno mít řadu objektivních charakteristik determinujících určité rozdíly vyplývající např.:

- z míry urbanizace,
- z věkové, kvalifikační, profesní a sociální struktury obyvatelstva na daném území a z náboženských specifik jednotlivých regionů,
- ze struktury osídlení jednotlivých územních celků, z velikosti obcí a z hustoty obyvatelstva,
- z míry realizace tradičních funkcí rodiny v péči o staré občany,
- z nejrůznějších sociologických změn probíhajících ve společnosti, zejména rozpad vícegeneračního soužití rodin.¹⁹

Opomenout rovněž nelze dlouhodobou absenci jakékoliv koncepce rozvoje sociálních služeb, prvním koncepčním materiálem můžeme označit Bílou knihu v sociálních službách,²⁰ vliv střednědobých plánů rozvoje sociálních služeb na změnu struktury poskytovaných sociálních služeb ve smyslu Národního plánu rozvoje sociálních služeb je doposud pouze minimální.²¹

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).²²

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).²³

¹⁹ blíže: Průša, L. *Optimalizace struktury forem sociální péče s přihlédnutím ke specifikům jednotlivých oblastí*. In *Metody regionální demoeconomické analýzy a prognózy*. České Budějovice: Dům techniky ČSVTS, 1987

²⁰ www.mpsv.cz

²¹ *Národní plán rozvoje sociálních služeb 2009-2012*, www.mpsv.cz

²² kol. *Obce, města, regiony a sociální služby*. Praha: SOCIOKLUB, 1997. ISBN 80-902260-1-9

²³ Průša, L. *Ekonomie sociálních služeb*. Praha: ASPI Publishing 2007. ISBN 978-80-7357-255-6

Dřívější úvahy o tom, že zavedení příspěvku na péči přispěje k odstranění těchto problémů, se doposud nepotvrdily, neboť nově koncipovaný systém financování sociálních služeb je 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.²⁴

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 oblastí. Na druhou stranu je ovšem zřejmé, že ve vybavenosti jednotlivých okresů se odrážela celková pozornost a zájem, s nímž příslušné dřívější okresní úřady přistupovaly k zabezpečení potřeb občanů v této oblasti. 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 službami sociální péče je nezbytné mít na zřeteli skutečnost, že stávající statistické podklady nejsou úplné, např. neumožňují charakterizovat např. intenzitu poskytování pečovatelské služby.²⁵

3.3 Vyhodnocení vybavenosti jednotlivých regionů službami sociální péče v r. 2010

Kapacity vybraných jednotlivých služeb sociální péče v r. 2010 v jednotlivých okresech jsou uvedeny v příloze č. 3.

Přes výše uvedené skutečnosti lze na základě podrobného rozboru oficiálních dat MPSV a ÚZIS o rozsahu poskytovaných sociálních a navazujících zdravotních služeb za r. 2010 při respektování faktorů ovlivňujících vybavenost regionů sociální a zdravotními službami vyslovit tyto stěžejní závěry:

- Nový zákon o sociálních službách doposud nepřispěl k rozvoji sociálních služeb. Stávající systém financování sociálních služeb - zejména závislost poskytovatelů sociálních služeb na přiznání dotací ze státního rozpočtu - neumožňuje zvyšovat nabídku poskytovaných služeb, noví poskytovatelé vznikají pouze v omezeném rozsahu, zahraniční subjekty se do poskytování sociálních služeb v naší zemi doposud nezapojily.
- Počet osob, kterým je poskytována pečovatelská služba, je od r. 2007 v zásadě stabilní, v důsledku chybějící kapacity terénních služeb jsou proto potřebné služby poskytovány v pobytových zařízeních sociálních služeb (např. z údajů od jednotlivých poskytovatelů služeb v domovech pro seniory v rámci dotačního řízení pro r. 2011 vyplývá, že z očekávané celkové kapacity 38 320 míst bude péče poskytována

²⁴ Průša, L. *Efektivnost financování sociálních služeb v domovech pro seniory*. Praha: VÚPSV, 2008. ISBN 978-80-7416-018-9

²⁵ Statistika neumožňuje identifikovat, zda z celkového počtu cca 115 000 osob, jimž byla v r. 2010 poskytována pečovatelská služba, byla tato pomoc poskytována každý den (1 x či vícekrát), několikrát v průběhu týdne či měsíce či dokonce pouze 1 x ročně

3. Vymezení základních problémů a kritických míst z hlediska stanovení optimální sítě sociálních služeb

cca 4 000 osobám, které nebudou mít vůbec přiznán příspěvek na péči a více než 8 300 osob bude mít přiznáno příspěvek na péči pouze v I. stupni závislosti).

- Počet neuspokojených žadatelů o sociální služby - zejména v domovech pro seniory - není pomocným kritériem pro určení skutečné potřeby kapacit v těchto zařízeních. Vzhledem k dlouhým čekacím lhůtám na umístění v těchto zařízeních prakticky na celém území republiky žadatelé o tyto formy péče podávají svoje žádosti o umístění ve výrazném předstihu do více zařízení tak, aby zvýšily pravděpodobnost brzkého přijetí do těchto zařízení.
- Obslužnost regionu pečovatelskou službou poskytovanou v domácnostech jednotlivých klientů je významným způsobem determinována regionálním profilem - zatímco nejvyšších hodnot dosahují zpravidla regiony s převažujícím rovinatým profilem (Jihomoravský a Středočeský kraj), nejnižší hodnoty dosahují zpravidla regiony s převažujícím hornatým povrchem (kraje Ústecký, Jihočeský a Moravskoslezský).
- Ve vybavenosti jednotlivých krajů místy v zařízeních pro osoby se zdravotním postižením existují značné rozdíly, které jsou pravděpodobně důsledkem vývoje sociálních služeb v minulosti. Nejnižších hodnot dosahují ukazatele vybavenosti v hlavním městě Praze, nejvyšších hodnot v Ústeckém kraji.
- Dříve provedená hodnocení geografické a finanční dostupnosti ukázala, že ve všech krajích, v nichž byla relevantní rozlišujícím znakem kategorie "krajské město" (tj. všech krajích s výjimkou hlavního města Prahy a Středočeského kraje), byla právě v krajském městě dostupnost nejvýraznější u služeb, ve většině krajů byla vyšší dostupnost především ve velkých městech (zpravidla bývalá okresní města), s rostoucí vzdáleností od těchto center se dostupnost služeb snižovala.²⁶

Dlouholeté opakované hodnocení vývoje vybavenosti jednotlivých regionů sociálními službami umožňuje charakterizovat trendy, které by zhodnotily stěžejní vývojové trendy ve vybavenosti jednotlivých regionů. 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:

- 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 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) byla chápána zcela jiná forma služeb.

²⁶ podrobněji viz Bareš, P. *Regionální dostupnost sociálních služeb*. Praha: VÚPSV, 2009. ISBN 978-80-7416-047-9

3. Vymezení základních problémů a kritických míst z hlediska stanovení optimální sítě sociálních služeb

- 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.
- Pokles vybavenosti jednotlivých krajů místy v domovech pro seniory v r. 2010 v porovnání s r. 2005 a předchozími roky lze přisuzovat patrně transformaci části kapacit těchto zařízení na domovy se zvláštním režimem.
- Změny, k nimž došlo ve vybavenosti jednotlivých okresů v letech 1995-2010 jsou objektivně vyšší, neboť zprůměrnování hodnot na úrovni krajů neumožňuje podchytit konkrétní změny v nižších regionálních celcích, a to jak z hlediska demografického, tak i z hlediska investičního.
- 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.
- 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. 2010 lze předpokládat, že i v těchto zařízeních byla část kapacity transformována na domovy se zvláštním režimem.
- Dostupnost jednotlivých sociálních služeb je historicky determinována strukturou osídlení jednotlivých regionů.²⁷

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.

Určité aktivity je možno a nutno zabezpečovat v obcích každé velikosti (základní sociální poradenství, elementární formy pomoci nesoběstačným starým lidem).

Minimální velikost obce, v níž je možné provozovat sociální služby, je cca 2, resp. 5 tis. obyvatel, za významné je třeba považovat obce ve velikosti okolo 10 tis. obyvatel.

V území - nyní spádovém území ORP (jde o cca 25 tis. obyvatel) - jsou již všechny sociální a populační skupiny zpravidla tak veliké, že sociální potřeby jejich "problémových segmentů" je možné zabezpečovat na profesionální a kapacitně ekonomicky přijatelné úrovni.

Reforma veřejné správy vytvořila tzv. malé okresy okolo nových center, obcí s rozšířenou působností. Zatímco se po desítky let veškerý rozvoj infrastruktury i sociálních vazeb rozvíjel radiálně, dostředně do okresních měst, nové vztahy mají jinou orientaci. Byly vytvořeny ORP, které se od sebe svoji velikostí liší 2 až 4 x, a to

²⁷ 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

ve prospěch bývalých okresních měst. Protože tato města - sídla okresů - plnila v minulosti svými kapacitami úkoly okresu (státu), musí tam být i logicky větší vybavenost než u nových "malých okresních měst". **Tak diametrální velikostní asymetrie vede k vážné úvaze, zda by se právě bývalá okresní města neměla stát základem krajské sítě.** Jde o to, obcím s RP ponechat určité doplňkové role, na něž kapacitami i personálním vybavením stačí. Jistou paralelu lze hledat v nově zřizovaném státním Úřadu práce ČR, který bude mít sice kontaktní místa na více místech, ale sídlo v bývalých městech okresních. Jde o zcela zásadní nedorozumění problém, který je bariérou dalšího rozvoje služeb v menších obcích.

S ohledem na rozdělení působností v poskytování sociálních služeb je pak vrcholným celkem kraj. Některé výlučné typy služeb mohou být lokalizovány ještě výše, až celostátně (např. poradenství pro oblast sekt).

4. Analýza problematiky ekonomické únosnosti dalšího vývoje v této oblasti služeb

Vývoj každého sociálního systému ovlivňuje celá řada faktorů, které nepůsobí izolovaně, ale navzájem se ovlivňují, podmiňují a existuje mezi nimi i řada zpětných vazeb, jejich význam se mění v závislosti na konkrétních historických podmínkách jednotlivých zemí. Tyto faktory lze v zásadě rozdělit na tři hlavní okruhy:

- demografický vývoj,
- ekonomické a sociální faktory,
- společensko-politické determinanty, vč. mezinárodních aspektů.²⁸

V oblasti poskytování sociálních služeb je z hlediska očekávaných změn v oblasti zdravotního stavu populace a v důsledku stárnutí populace nezbytné věnovat pozornost především těmto aspektům:

- analýze demografického vývoje do r. 2020 podle údajů Projekce obyvatelstva ČSÚ do r. 2065,
- analýze systému financování dlouhodobé sociálně-zdravotní péče v naší zemi (*viz samostatná kapitola*),
- analýze a prognóze vývoje zdravotního stavu osob starších 65 let z hlediska jeho dopadu na potřebu dlouhodobé sociálně-zdravotní péče
- mezinárodním aspektům, zejména přístupům k těmto službám jako ke službám obecného zájmu a zkušenostem s řešením těchto otázek ve vybraných evropských zemích.

Vedle těchto faktorů je však nutno mít na zřeteli řadu dalších aspektů, které ovlivňují potřebu sociálních služeb. V tomto smyslu se jedná např. o otázky:

- související s kvalitou bydlení seniorů (možnost žít v malometrážních bezbariérových bytech s přiměřenou výší nájmu),
- související s dostupností nezbytných veřejných služeb především z hlediska jejich bezbariérovosti,
- související s dopravní obslužností jednotlivých regionů prostředky veřejné dopravy,²⁹
- střetu zájmu při výkonu státní správy a samosprávy především na úrovni obcí s rozšířenou působností a krajů.

Na tomto základě bude možno posoudit ekonomickou únosnost dalšího vývoje systému sociálních služeb, kvantifikovat potřebu dlouhodobé sociálně-zdravotní péče a specifikovat nezbytná opatření, která by zvýšila efektivnost financování tohoto segmentu sociální ochrany obyvatelstva.

²⁸ Průša, L. *Sociální politika a determinanty jejího vývoje*. Sociální politika č. 1/1996, ISSN 0049-0962

²⁹ Průša, L. a kol. *Poskytování sociálních služeb pro seniory a osoby se zdravotním postižením*. Praha: VÚPSV, 2010. ISBN 978-80-7416-048-6

4.1 Analýza demografického vývoje do r. 2020 podle údajů Projekce obyvatelstva do r. 2065

Projekci obyvatelstva zpracoval v r. 2009 Český statistický úřad³⁰ ve třech variantách - v nízké, ve střední a ve vysoké. Pro další propočty je využívána střední varianta projekce, která je chápána 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 zaměření projektu je pozornost věnována především vývoji počtu osob v poproduktivním věku.

Celkový počet obyvatelstva by se podle projekce měl po celé zkoumané období do r. 2020 zvyšovat, v r. 2020 by v naší zemi mělo žít celkem cca 10 797 tis. osob, tj. o cca 330 tis. osob více než v r. 2009, přičemž k nejvyšším nárůstům bude docházet právě ve věkové skupině osob starších 65 let. Pro kvantifikaci rozsahu potřeby služeb sociální péče je nezbytné věnovat pozornost vývoji věkové struktury v členění podle pohlaví alespoň v pětiletých věkových intervalech, neboť doposud získané poznatky ukazují, že míra závislosti na potřebě péče je výrazně diferencována na pohlaví osoby, jíž je poskytována péče³¹ (viz tabulka č. 2).

³⁰ Svoje vlastní projekce vývoje obyvatelstva zpracovává pravidelně prakticky každé pracoviště, které se věnuje demografickým otázkám (např. Přírodovědecká fakulta UK, Katedra demografie VŠE), nicméně pro potřeby státu se autoři domnívají, že je nutno vycházet z oficiální projekce zpracované státním orgánem.

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

3. Vymezení základních problémů a kritických míst z hlediska stanovení optimální sítě sociálních služeb

Tabulka č. 2 **Vývoj počtu obyvatel ve vybraných věkových skupinách do r. 2020**

	2009	2010	2015	2020	2020-2009	2020/2009
muži						
celkem	5 136 377	5 159 646	5 263 695	5 343 852	207 475	104,04
65+	619 721	641 393	782 572	917 185	297 464	148,00
80+	112 743	117 770	140 322	157 435	44 692	139,64
65-69	228 619	243 793	308 787	317 932	89 313	139,07
70-74	153 056	155 534	210 009	270 094	117 038	176,47
75-79	125 303	124 296	123 454	171 724	46 421	137,05
80-84	75 195	77 478	85 316	89 152	13 957	118,56
85-89	31 366	33 615	41 762	49 043	17 677	156,36
90+	6 182	6 677	13 244	19 240	13 058	311,23
ženy						
celkem	5 331 165	5 343 762	5 404 304	5 453 632	122 467	102,30
65+	936 431	957 287	1 103 436	1 249 204	312 773	133,40
80+	249 123	254 508	281 500	300 178	51 055	120,49
65-69	277 369	293 989	363 445	365 121	87 752	131,64
70-74	210 276	212 232	272 996	340 471	130 195	161,92
75-79	199 663	196 558	185 495	243 434	43 771	121,92
80-84	149 968	149 772	152 063	149 547	-421	99,72
85-89	78 936	84 057	91 978	99 773	20 837	126,40
90+	20 219	20 679	37 459	50 858	30 639	251,54
obě pohlaví						
celkem	10 467 542	10 503 408	10 667 999	10 797 484	329 942	103,15
65+	1 556 152	1 598 680	1 886 008	2 166 389	610 237	139,21
80+	361 866	372 278	421 822	457 613	95 747	126,46
65-69	505 988	537 782	672 232	683 053	177 065	134,99
70-74	363 332	367 766	483 005	610 565	247 233	168,05
75-79	324 966	320 854	308 949	415 158	90 192	127,75
80-84	225 163	227 250	237 379	238 699	13 536	106,01
85-89	110 302	117 672	133 740	148 816	38 514	134,92
90+	26 401	27 356	50 703	70 098	43 697	2 65,51

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

Vzhledem k výrazným změnám ve struktuře obyvatelstva, které uvedená demografická projekce předpokládá, je potřebné rovněž věnovat pozornost vývoji relativních ukazatelů, tedy vývoji podílu obyvatelstva v daných věkových skupinách na celkovém počtu obyvatel (viz tabulka č. 3).

4. Analýza problematiky ekonomické únosnosti dalšího vývoje v této oblasti služeb

Tabulka č. 3 **Vývoj podílu mužů a žen starších 65 let na celkovém počtu mužů a žen do r. 2020**

pohlaví a věk	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
obě pohlaví												
65+	14,87	15,22	15,52	16,08	16,68	17,21	17,68	18,18	18,68	19,17	19,63	20,06
80+	3,46	3,54	3,65	3,75	3,84	3,90	3,95	4,00	4,03	4,08	4,15	4,24
65-69	4,83	5,12	5,25	5,62	5,99	6,19	6,30	6,49	6,46	6,39	6,34	6,33
70-74	3,47	3,50	3,65	3,81	3,99	4,26	4,53	4,66	5,00	5,35	5,54	5,65
75-79	3,10	3,05	2,97	2,90	2,84	2,85	2,90	3,03	3,18	3,36	3,60	3,84
80-84	2,15	2,16	2,21	2,23	2,25	2,24	2,23	2,18	2,15	2,13	2,16	2,21
85-89	1,05	1,12	1,16	1,18	1,20	1,23	1,25	1,30	1,33	1,36	1,37	1,38
90+	0,25	0,26	0,29	0,34	0,39	0,43	0,48	0,51	0,55	0,58	0,62	0,65
muži												
65+	12,07	12,43	12,74	13,29	13,88	14,41	14,87	15,35	15,84	16,31	16,75	17,16
80+	2,19	2,28	2,38	2,47	2,55	2,61	2,67	2,71	2,75	2,80	2,86	2,95
65-69	4,45	4,72	4,84	5,19	5,55	5,75	5,87	6,06	6,04	5,99	5,95	5,95
70-74	2,98	3,01	3,16	3,32	3,49	3,74	3,99	4,10	4,42	4,75	4,94	5,05
75-79	2,44	2,41	2,36	2,31	2,28	2,30	2,35	2,48	2,62	2,78	3,00	3,21
80-84	1,46	1,50	1,55	1,58	1,62	1,62	1,62	1,61	1,59	1,59	1,62	1,67
85-89	0,61	0,65	0,68	0,71	0,73	0,76	0,79	0,83	0,86	0,89	0,91	0,92
90+	0,12	0,13	0,15	0,18	0,20	0,23	0,25	0,27	0,29	0,32	0,34	0,36
ženy												
65+	17,57	17,91	18,22	18,79	19,39	19,93	20,42	20,93	21,47	21,98	22,45	22,91
80+	4,67	4,76	4,89	5,00	5,09	5,16	5,21	5,25	5,29	5,33	5,40	5,50
65-69	5,20	5,50	5,65	6,04	6,43	6,61	6,73	6,91	6,87	6,79	6,72	6,70
70-74	3,94	3,97	4,11	4,28	4,48	4,77	5,05	5,20	5,57	5,94	6,13	6,24
75-79	3,75	3,68	3,56	3,47	3,39	3,39	3,43	3,57	3,73	3,93	4,20	4,46
80-84	2,81	2,80	2,84	2,86	2,87	2,84	2,81	2,75	2,70	2,66	2,69	2,74
85-89	1,48	1,57	1,62	1,64	1,66	1,68	1,70	1,75	1,79	1,82	1,83	1,83
90+	0,38	0,39	0,43	0,49	0,56	0,63	0,69	0,74	0,80	0,84	0,89	0,93

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

Porovnáním výsledků projekce obyvatelstva, kterou ČSÚ zpracoval v r. 2003, se skutečnou věkovou strukturou obyvatelstva se však ukazuje, že citlivost zvolených parametrů demografického vývoje je velmi vysoká. Např. počty osob v nejstarších věkových skupinách byly r. 2008 ve skutečnosti ještě vyšší, než předpokládala tzv. vysoká varianta projekce. Lze se domnívat, že tyto trendy byly promítnuty i do některých parametrů projekce zpracované v loňském roce (např. očekávaná střední délka života při narození u mužů 86,5 let a u žen 91 let v r. 2065). V tomto smyslu se proto nejedná o projekci vývoje obyvatelstva v pravém smyslu slova, ale o extrapolaci stávajících trendů do budoucích let. Tato skutečnost vyžaduje věnovat v souvislosti s přípravou střednědobých plánů rozvoje sociálních služeb zvýšenou pozornost sledování demografických trendů a pravidelně aktualizovat změny ve věkové struktuře obyvatelstva na daném územním celku.

4.2 Prognóza vývoje potřeby služeb sociální péče do r. 2020

Analýza struktury příjemců příspěvku na péči v závislosti na věku příjemce dávky, pohlaví a míře závislosti za prosinec 2007-2009 umožňuje zpracovat odhad potřeby služeb sociální péče. Na základě provedené regresní analýzy lze kvantifikovat odhad vývoje podílu počtu příjemců příspěvku na péči u osob starších 65 let v závislosti na věku, pohlaví a stupni přiznaného příspěvku na péči na celkovém počtu osob podle pohlaví a věku. Míra spolehlivosti tohoto odhadu je s výjimkou nižších věkových skupin a nižší míry závislosti velmi vysoká, v nejvyšších věkových skupinách a vyšších stupních závislosti přesahuje 95 %.

4. Analýza problematiky ekonomické únosnosti dalšího vývoje v této oblasti služeb

Tabulka č. 4 Odhad vývoje podílu příjemců příspěvku na péči na celkovém počtu osob v závislosti na pohlaví, věku a míře závislosti v letech 2010-2020

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
muži	I. stupeň míry závislosti										
66-70	1,24	1,22	1,20	1,19	1,18	1,18	1,17	1,17	1,16	1,16	1,15
71-75	1,95	1,92	1,91	1,90	1,89	1,88	1,87	1,86	1,85	1,85	1,84
76-80	3,50	3,45	3,41	3,38	3,35	3,32	3,30	3,28	3,26	3,25	3,24
81-85	7,85	7,65	7,52	7,39	7,27	7,17	7,07	6,99	6,90	6,81	6,75
86-90	14,86	14,75	14,68	14,61	14,55	14,50	14,45	14,41	14,37	14,33	14,30
90+	16,85	16,15	15,50	15,00	14,55	14,20	13,80	13,50	13,20	12,90	12,65
	II. stupeň míry závislosti										
66-70	1,25	1,26	1,26	1,27	1,27	1,28	1,28	1,28	1,28	1,29	1,29
71-75	1,86	1,86	1,86	1,86	1,86	1,86	1,86	1,86	1,86	1,86	1,86
76-80	3,30	3,33	3,36	3,39	3,41	3,43	3,45	3,46	3,48	3,49	3,50
81-85	5,92	5,86	5,81	5,77	5,73	5,70	5,67	5,64	5,61	5,59	5,57
86-90	10,96	10,92	10,90	10,88	10,86	10,84	10,82	10,80	10,79	10,78	10,77
90+	17,27	16,70	16,20	15,73	15,35	15,02	14,74	14,45	14,20	14,00	13,80
	III. stupeň míry závislosti										
66-70	0,78	0,84	0,90	0,95	0,98	1,01	1,05	1,08	1,10	1,12	1,14
71-75	1,20	1,29	1,36	1,43	1,48	1,52	1,56	1,60	1,64	1,68	1,71
76-80	2,05	2,20	2,33	2,45	2,53	2,61	2,70	2,78	2,83	2,88	2,94
81-85	4,13	4,47	4,79	5,00	5,21	5,40	5,58	5,76	5,86	6,00	6,10
86-90	7,05	7,63	8,10	8,55	8,85	9,20	9,55	9,80	10,00	10,20	10,38
90+	15,50	17,00	18,10	19,20	20,00	20,80	21,60	22,20	22,80	23,30	23,80
	IV. stupeň míry závislosti										
66-70	0,38	0,42	0,44	0,46	0,48	0,49	0,50	0,52	0,53	0,54	0,55
71-75	0,65	0,70	0,74	0,77	0,80	0,83	0,85	0,87	0,89	0,91	0,93
76-80	1,15	1,25	1,32	1,39	1,44	1,49	1,54	1,57	1,60	1,64	1,68
81-85	1,97	2,10	2,22	2,31	2,40	2,48	2,55	2,60	2,65	2,70	2,75
86-90	3,57	3,82	0,02	4,20	4,35	4,50	4,62	4,72	4,82	4,91	5,00
90+	8,46	9,17	9,70	10,20	10,55	10,90	11,20	11,50	11,75	12,00	12,20
ženy	I. stupeň míry závislosti										
66-70	1,74	1,74	1,75	1,75	1,75	1,76	1,76	1,76	1,76	1,77	1,77
71-75	3,60	3,58	3,56	3,55	3,54	3,53	3,52	3,51	3,50	3,59	3,48
76-80	8,09	8,13	8,16	8,18	8,20	8,22	8,24	8,26	8,28	8,29	8,30
81-85	16,11	15,98	15,88	15,80	15,73	15,66	15,60	15,55	15,50	15,45	15,41
86-90	21,78	21,42	21,16	20,92	20,72	20,55	20,39	20,24	20,10	19,98	19,88
90+	18,55	17,70	16,95	16,30	15,80	15,30	14,90	14,50	14,20	13,90	13,60
	II. stupeň míry závislosti										
66-70	1,12	1,13	1,14	1,14	1,15	1,15	1,16	1,16	1,16	1,17	1,17
71-75	2,15	2,15	2,16	2,16	2,16	2,17	2,17	2,17	2,18	2,18	2,18
76-80	4,74	4,75	4,75	4,76	4,76	4,77	4,77	4,77	4,78	4,78	4,78
81-85	9,97	9,92	9,89	9,85	9,82	9,80	9,78	9,76	9,74	9,72	9,71
86-90	16,30	16,10	15,95	15,83	15,72	15,62	15,54	15,46	15,38	15,31	15,25
90+	20,75	19,60	18,80	18,10	17,50	16,90	16,40	15,90	15,45	15,00	14,75
	III. stupeň míry závislosti										
66-70	0,60	0,64	0,67	0,70	0,72	0,74	0,76	0,78	0,80	0,82	0,84
71-75	1,20	1,30	1,39	1,46	1,52	1,57	1,62	1,67	1,72	1,75	1,78
76-80	2,78	3,00	3,20	3,37	3,50	3,63	3,75	3,86	3,94	4,03	4,10
81-85	5,95	6,50	6,90	7,25	7,50	7,75	8,00	8,25	8,50	8,70	8,90
86-90	11,00	12,00	12,75	13,40	13,90	14,35	14,75	15,15	15,50	15,80	16,05
90+	20,20	21,90	23,00	24,10	25,00	25,90	26,80	27,40	28,00	28,50	29,00
	IV. stupeň míry závislosti										
66-70	0,32	0,34	0,35	0,36	0,37	0,38	0,39	0,40	0,41	0,42	0,43
71-75	0,65	0,70	0,74	0,77	0,80	0,83	0,85	0,87	0,89	0,91	0,93
76-80	1,48	1,60	1,69	1,76	1,84	1,90	1,95	2,00	2,05	2,09	2,12
81-85	3,58	3,86	4,08	4,29	4,42	4,59	4,71	4,82	4,92	5,02	5,12
86-90	7,70	8,40	8,93	9,40	9,70	10,05	10,40	10,70	10,95	11,20	11,40
90+	17,90	19,45	20,50	21,52	22,50	23,40	24,00	24,60	25,20	25,80	26,35

Pramen: vlastní propočty

3. Vymezení základních problémů a kritických míst z hlediska stanovení optimální sítě sociálních služeb

Při promítnutí uvedeného odhadu vývoje podílu příjemců struktury čerpání příspěvku na péči do demografické projekce obyvatelstva lze očekávat následující vývoj počtu příjemců této sociální dávky:

Tabulka č. 5 **Projekce vývoje počtu příjemců příspěvku na péči v závislosti na míře závislosti u osob starších 65 let v letech 2010-2020**

rok	míra závislosti				
	I.	II.	III.	IV.	celkem
2010	97 538	69 563	45 031	27 423	239 555
2011	98 654	70 916	50 367	30 726	250 662
2012	100 270	72 708	55 460	32 359	260 797
2013	101 947	74 505	60 384	36 900	273 735
2014	103 680	74 318	64 778	39 779	282 556
2015	105 471	78 024	69 132	42 695	295 321
2016	107 500	79 952	73 714	45 465	306 630
2017	109 864	81 942	78 277	48 273	318 356
2018	112 333	84 056	82 695	51 031	330 114
2019	115 472	86 303	87 152	53 900	342 828
2020	117 967	88 607	91 580	56 726	354 880

Pramen: vlastní propočty

Podrobnější údaje o vývoji počtu příjemců příspěvku na péči v závislosti věku příjemce a na míře závislosti u osob starších 65 let v letech 2010-2020, stejně tak jako další grafická znázornění jsou uvedena v příloze.

Přestože v následujících letech lze očekávat "objektivizaci" struktury uživatelů jednotlivých - především pobytových - sociálních služeb,³² ukazují uvedené propočty, že stávající kapacity jednotlivých typů zařízení nebudou v r. 2020 dostatečné. V tomto smyslu je zřejmé, že rozvoj všech forem terénních, ambulantních i pobytových 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.

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 a jednotlivé typy a formy sociálních služeb.

Prognóza potřeby služeb sociální péče nemůže být jednorázovým statickým dokumentem, ale měla by se stát pravidelně se opakujícím projektem na všech

³² Podle údajů ze žádostí o poskytnutí dotací ze státního rozpočtu pro r. 2011 od jednotlivých poskytovatelů vyplývá, že očekávají, že 4 006 osob budou poskytovány služby v domově pro seniory, aniž by tyto osoby měly přiznán příspěvek na péči a 8 375 osob bude mít přiznán příspěvek na péči pouze v I. stupni závislosti.

stupních státní správy, neboť právě na úrovni jednotlivých měst a obcí je nutno aktuálně reagovat na měnící se podmínky a potřeby obyvatelstva. S politováním je však nutno konstatovat, že stávající metodické materiály ministerstva práce a sociálních věcí, které se zaměřují na otázky plánování sociálních služeb, věnují otázkám analýz demografického vývoje, jež představují nedílný základ těchto analýz, minimální pozornost.

4.3 Návrh změn systému financování vedoucí k zajištění ekonomické únosnosti dalšího vývoje

Při koncipování návrhu opatření, která by přispěla k zajištění ekonomické únosnosti dalšího vývoje je nutno vycházet z toho, že sociální služby je nutno chápat především jako ekonomickou kategorií, a proto je nutno nastavit takový systém jejich financování, který by vytvořil základní předpoklady pro jejich efektivní poskytování.

Je zřejmé, že jiná hlediska je nutno 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.³³ Na zřeteli je třeba rovněž mít 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",³⁴ že je to "takové použití ekonomických zdrojů, které přináší maximální úroveň uspokojení dosažitelnou při daných vstupech a technologiích"³⁵. 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".³⁶

4.4 Doporučené úpravy v systému financování služeb sociální péče

Dříve provedené analýzy efektivnosti jednotlivých prvků systému financování a poskytování sociálních služeb doporučily v tomto smyslu realizovat zejména tato opatření³⁷:

- 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 - poukázky na službu a registrovanému poskytovateli, u něhož si občan službu vybral, by byla proplacena obcí s rozšířenou působností), popř. zavést kombinovaný způsob

³³ podrobněji viz: Mertl, J. *Přístupy k hodnocení efektivnosti sociálních služeb v národním hospodářství*. Praha: VÚPSV, 2007. ISBN 978-80-87007-72-3

³⁴ Samuelson, P.A., Nordhaus, W. D. *Ekonomie*. Praha: Svoboda, 1991. ISBN 80-205-0192-4. str. 27

³⁵ tamtéž str. 968

³⁶ tamtéž str. 252

³⁷ Průša, L. *Efektivnost financování sociálních služeb v domovech pro seniory*. Praha: VÚPSV, 2008

3. Vymezení základních problémů a kritických míst z hlediska stanovení optimální sítě sociálních služeb

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,
- 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.

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. Míra přiznané podpory je však výrazně diferencována podle typu organizace a jejího zřizovatele a je i výrazně regionálně diferencována.³⁸

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 výší 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 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 jako osoba poskytující péči.

³⁸ Průša, L. *Dotace ze státního rozpočtu jako klíčový důvod stagnace sociálních služeb*. Rezidenční péče č. 2/2011. ISSN 1801-8718

Přijetí všech výše uvedených opatření by zcela jednoznačně přispělo ke zvýšení ekonomické efektivity a únosnosti sociálních služeb. Vytvořilo by se 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 podmíněním 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).³⁹

Tato diferenciaci 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 v daném regionu s přihlédnutím k sociálním důsledkům vyplývajícím z nepříznivého zdravotního stavu nebo stáří uživatelů a k jejich finančním možnostem.

Z hlediska efektivity 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 života⁴⁰, který hodnotí celkem 10 aktivit ve třech úrovních - nezávislosti při aktivitách denního života, částečná závislost a závislosti při aktivitách denního života.

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 provedení 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 sociální šetření provedou sociální pracovníci přímo 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

³⁹ Lze předpokládat, že výrazně k této diferenciaci přispěje rovněž projekt Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR "Značka kvality", v jehož rámci budou udělovány hvězdičky (od 1 do 5) jednotlivým poskytovatelům sociálních služeb v závislosti na tom, jak naplní jednotlivá kritéria pro jejich přiznávání. Podrobněji viz: www.znackakvality.info

⁴⁰ Bednárik, R., Bodnárová, B. *Starnutie populácie - výzva na zmeny v službách pre starších ľudí*. Rodina a práca č. 4/2005

3. Vymezení základních problémů a kritických míst z hlediska stanovení optimální sítě sociálních služeb

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 v budoucnu 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 vyložených finančních prostředků.

5. Analýza a zásadní doktrinální diskuse o rolích subjektů, nároků a práv občanů (změny rolí jednotlivých subjektů při poskytování sociálních služeb)

Základním posláním fungování státu by mělo být vytváření podmínek pro stabilitu společnosti, regulovat sociální klima, tlumit sociální napětí a rozvojem sociálních činností stabilizovat poměry tak, aby se sociální subjekty mohly plně rozvíjet, působit a realizovat vlastními silami své cíle. Tyto role se v transformačním procesu promítaly ve vytváření podmínek pro zabezpečení sociální průchodnosti ekonomické reformy, tedy ve vytvoření mechanismů pro absorpci jejich důsledků tak, aby došlo k její akceptaci obyvatelstvem.⁴¹ K zabezpečení tohoto úkolu má stát k dispozici soustavu nástrojů právní, institucionální a finanční povahy.

Zásadní otázky, které je třeba nyní diskutovat, znějí:

- Má občan právo na poskytnutí sociální služby?
- Kdo mu toto právo garantuje?
- Stát příspěvkem na péči podporuje koupěschopnou poptávku po službách, ale kdo garantuje adekvátní nabídku služeb?
- Služby se poskytují na smluvním základě, nikoliv na základě rozhodnutí někoho.
- Bude mít nadále každý občan nárok na poskytnutí placené, ale zčásti jím neuhrazené služby, bez ohledu na jeho příjmovou a majetkovou situaci?
- V situaci, kdy na sociální služby není dostatek prostředků, je nezbytné diskutovat i jiné možnosti, ve světě ověřené.

Pro diskusi je nezbytné předložit názor, že sociální služby, poskytované za úhradu, by měly být příjemcem plně financovány podle jeho příjmových a majetkových možností, včetně zpětné analýzy disponování s majetkem v minulosti (viz SRN) s tím, že osobám, které nejsou schopny takové úhrady, budou k pokrytí rozdílu poskytovány dávky pomoci v hmotné nouzi. V úvahu přichází i poskytnutí také pomocí půjčky vymahatelné v rámci dědického řízení.

Čas od času se objevují teze o možnosti vzniku alimentární povinnosti k příjemcům nákladné péče, tedy zejména k seniorům - klientům rezidenčních zařízení. Jejich průměrný věk činí cca 87 let a jejich děti cca 60-65 let a jsou samy na prahu stáří. Je třeba považovat za nereálné otevřít povinnost péče k rodičům. Minimálními argumenty pro odmítnutí tzv. péče v rodině je náročnost péče o seniory (např. rostoucí výskyt Alzheimerovy choroby), zdravotní stav populace "děti" ve věku okolo 65 let, a nakonec i zcela jednoznačná bytová kapacitní nemožnost takovou péči v bytě poskytovat. Významný podíl občanů nemá ani dnes v bytě vlastní místnost.

Aniž je to všeobecně všemi subjekty chápáno, došlo po roce 2006 k zásadní doktrinální změně v této oblasti. Jde v zásadě změnu rolí státu a o realizaci některých tržních mechanismů. Stát přestal poskytovat sociální služby, služby realizují registrovaní poskytovatelé na smluvním základě. Stát si ponechal právo jejich registrace - tedy

⁴¹ viz koncepce záchranné sociální sítě

rozhodnutí o tom, kdo může služby poskytovat (tvorba kvalitní nabídky). Dále si stát ponechal možnost posílit příjem svého občana, který službu potřebuje příspěvkem na péči (tvorba koupěschopné poptávky). Nakonec si stát ponechal kontrolu kvality, což je však poněkud sporné, neboť by měl kontrolovat ochranu práv svých občanů, kvalita poskytovaných služeb je věcí konkurence.

Se snižováním aktivit státu se postupně zvyšovala role obcí v sociální oblasti. Obec je totiž základní občanskou komunitou, která je občanu po rodině nejbližší a která svými sociálními aktivitami může chránit jeho sociální zájmy. Rizikové sociální jevy jsou, a i nadále budou, místně velmi výrazně diferencovány, obec a region je tak místem jejich řešení. Nezvládnutí takových jevů v místě, tj. v obci, tak může být zdrojem širší společenské destabilizace.

Řešení mnoha sociálních problémů spočívá výhradně na obcích, stát a jeho orgány řešení těchto problémů mohou být pouze nápomocny, skutečné řešení však zabezpečit nemohou. Obec v zájmu občana vstupuje do kontaktu se státem, postupně vznikají nové vztahy mezi občanem a obcí, občanem a státem, ale také relativně nový vztah mezi obcí hledající pomoc pro svého občana a státem. Např. problém chudoby je možno řešit poskytnutím sociální dávky, ale chudoba, to je především izolace, která vede k napětí a k postupné ztrátě schopnosti dostát běžným zvyklostem občanských kontaktů. Nikdo jiný než obec jako pospolitost občanů nemůže tento kruh přerušit. Jasně definované vztahy se mohou stát dynamizujícím prvkem rozvoje celého systému sociální ochrany obyvatelstva.

Významné místo při poskytování sociálních služeb zaujímají nestátní organizace. Do této skupiny subjektů patří fyzické a právnické osoby podnikatelského nebo nepodnikatelského charakteru (sdružení, hnutí, spolky, nadace, zájmová sdružení, zaměstnavatelé, podnikatelé). Programy, které tyto subjekty od počátku 90. let organizují, přispěly k vytvoření moderního spektra sociálních služeb, které je plně srovnatelné se systémy sociálních služeb ve vyspělých evropských zemích.⁴²

V této souvislosti je nutno podtrhnout, že i při poskytování sociálních služeb lze dosahovat zisku, tedy podnikat. Podnikat totiž znamená organizovat službu, a to je v sociální oblasti vždy přínosné. Sociální podstata těchto činností spočívá v tom, aby byly přístupné i těm, kdo nemá dostatek prostředků k tomu, aby si tyto služby mohl koupit, tedy v zabezpečení jejich úhrady z jiných zdrojů. Občanská sdružení, církevní a zájmové organizace a nadace tyto programy organizují a realizují nikoli s cílem dosažení zisku (stávající systém financování jim to ostatně v zásadě ani neumožňuje⁴³), ale s cílem pomoci občanům v obtížné sociální situaci, kdy samotný zisk není hlavním cílem jejich aktivity.

Svou činností nestátní subjekty tedy:

- posilují vědomí občanské odpovědnosti a solidarity při řešení konkrétních místně a časově determinovaných sociálních problémů jiných lidí,
- přispívají ke zvýšení spoluzodpovědnosti občanů za věci veřejné,
- prohlubují efektivnost sociálních činností zvýšením jejich adresnosti a snížením jejich nákladů.

⁴² Tomeš, I. a kol. *Sociální správa*. Praha: Portál, 2009. ISBN 978-80-7367-483-0

⁴³ Průša, L. *Efektivnost sociálních služeb: vybrané prvky a aspekty*. Praha: VÚPSV, v.v.i. 2007. ISBN 978-80-87007-73-0

Význam sociálních služeb jako jedné z forem sociální pomoci spočívá mj. v tom, že by měly být poskytovány především při řešení těch sociálních situací, kde poskytnutí finančních prostředků neuspokojí potřebu klienta, popř. v těch situacích, kdy klient finanční prostředky nepoužívá na ten účel, pro který jsou mu poskytnuty. Z tohoto pohledu jsou sociální služby poměrně mladým nástrojem sociální pomoci, a proto lze v jejich správě nalézt určitá specifika. V tomto smyslu se jedná především o tyto aspekty:

- sociální služby mohou být poskytovány rovněž soukromoprávními subjekty,
- sociální služby jsou zpravidla poskytovány za úhradu,
- soukromoprávním poskytovatelům sociálních služeb jsou zpravidla ze strany státu či obce poskytovány účelové finanční prostředky,
- vzhledem k těmto skutečnostem stát musí stanovit podmínky, za kterých je možné sociální služby poskytovat.⁴⁴

⁴⁴ Tomeš I. a kol. *Sociální správa*. Praha: Portál, 2009. ISBN 978-80-7367-483-0

6. Makrosociální analýza potřeby sociálních služeb

V současnosti se pro posuzování vybavenosti území sociálními službami používají tři metody:

- tzv. komunitní plánování,
- sociálně demografická analýza,
- normativy vybavenosti.

V rámci přípravy zákona o sociální pomoci byl v roce 1996 realizován výzkum "Vybavenost obcí, měst a územních celků službami sociální pomoci", který provedl SOCIOKLUB, o.s. Výsledky byly publikovány v Sešitech pro sociální politiku v roce 1997 pod názvem "Obce, města, regiony a sociální služby". Příprava pozdějšího zákona o sociálních službách trvala téměř 14 let, ale do roku 2006 nebyl již výzkum opakován. Naopak, plánování sociálních služeb vycházející z objektivních údajů a analýz bylo nevhodně nahrazeno - ze zahraničí převzatým - modelem komunitního plánování, které zdvojuje aktivity, které v této oblasti vykonává běžně veřejná správa postavená na principu zastupitelské demokracie.

V konceptu tzv. **komunitního plánování** vystupují jako rovnoprávní partneři subjekty, které nemají stejné zájmy ani schopnosti je formulovat. Na stejné úrovni stojí poskytovatel, jehož zájmem je udržet a rozšiřovat "svoji" službu, stát, popř. obec, která služby financuje, a klient, o jehož schopnosti formulovat své potřeby, až na výjimku, lze pochybovat. Příjemce solidárního plnění nemůže určovat ani rozsah a ani formu péče.

Zásadní chybnost tzv. komunitního plánování ukazuje i nová tendence rozvoje udržitelných evropských měst tak, jak ji vyjadřuje Lipská charta o přijatá v dubnu 2007 ministry odpovědnými za rozvoj měst v době německého předsednictví EU.⁴⁵ Charta se orientuje na širší využívání integrovaných přístupů v politice rozvoje měst, na vytváření a zajištění vysoce kvalitního veřejného prostoru, modernizaci infrastrukturních sítí, proaktivní, inovativní a vzdělávací politiku, přičemž zvláštní pozornost věnuje deprivovaným/upadajícím čtvrtím v rámci města jako celku. Jde o zavádění strategií pro dosažení vyššího standardu fyzického bydlení, posílení lokální ekonomiky a místní politiky trhu práce, proaktivní vzdělávací politiku pro děti a mládež ve znevýhodněných čtvrtích a o podporu cenově dostupné/sociálně únosné a efektivní městské dopravy. V ČR se tato koncepce realizuje v tzv. integrovaných plánech rozvoje měst.

Charta doporučuje, aby se evropská města pokusila o vytvoření integrovaných rozvojových programů měst jako celku. Takové implementačně orientované nástroje by měly:

- popsat silné a slabé stránky měst a městských částí a čtvrtí založených na situační analýze a definovat konzistentní rozvojové cíle pro urbánní oblasti a vytvořit vizi pro město,

⁴⁵ „Návrh koncepce přístupu státu k sociálně vyloučeným lokalitám a sociálnímu začleňování občanů ohrožených sociálním vyloučením s akcentem na působnost Ministerstva pro místní rozvoj" ing. Petr Víšek pro MMR č. 245/2008 ze dne 6. 2. 2008

- koordinovat plány a strategie pro různé části měst a sektorové strategie a technické plány městských částí a postarat se, aby plánované investice napomáhaly vyváženému rozvoji částí města,
- soustředit a koordinovat využití prostředků soukromými i veřejnými aktéry z hlediska území,
- být koordinovány na lokální úrovni a úrovni přesahující do regionu a zapojit občany a jiné partnery, kteří mohou výrazně napomoci formovat budoucí hospodářskou, sociální a ekologickou kvalitu každého území.

Komunitní plánování vytváří izolované organizační struktury, principiálně nenavazuje na navazující odvětví (metodika MPSV takové vazby přímo zakazuje) a obory jako je vzdělání, bydlení apod., což znamená, že nevstupuje do integrovaných rozvojových programů. Zákonodárce proto také koncept komunitního plánování nakonec neakceptoval.

Sociálně-demografická analýza zabezpečuje získání objektivních informací o cílových skupinách sociální politiky, detekuje kritická místa a problémy a hledá možná řešení. Samotná metoda je popsána v samostatné kapitole.

6.1 Teorie a praxe doporučených normativů vybavenosti

Pokusy o formování normativů vybavenosti sociálními službami mají dlouhou minulost a nutno říci, že vždy přinášely mnoho inspirací, ale i problémů. Ještě v dobách plánované ekonomiky narážely tyto pokusy na významnou různorodost regionálních a místních potřeb a na různé rozsahy substituce jedné služby druhými. Případné normativy (celostátní) na úrovni průměrného výskytu (s určitou mírou predikovatelné dynamiky) limitují místa s vyšší vybaveností a zároveň poškozují místa, v nichž jednotlivé služby sice chybí, ale jsou zastoupeny jinými službami, neboť nehodnotí kvalitu poskytovaných služeb. Např. dříve existovaly okresy, v nichž nebyly žádné "domovy důchodců" (Rokycany, Plzeň-sever), ale potřeba péče byla kryta větší vybaveností "domů s pečovatelskou službou" nebo místy v "ústavech sociální péče" (podle minulého zákona).

Je patrné, že použitelné normativy musí odrážet místní nebo regionální potřebu, tedy musí reagovat na potřeby místa, musí vytvářet podmínky pro plánovací a také vyjednávací pozici orgánů veřejné správy s poskytovateli sociálních služeb i občany resp. cílovými skupinami. Takové normativy pak umožňují i srovnání uvnitř regionu. Z výše uvedeného výzkumu byla odvozena metodika zpracování sociálně-demografických analýz, která umožnila charakterizovat nejen krytí modelové potřeby služeb ve městě či kraji, ale i porovnat situaci města např. se situací okresu, kraje nebo celého státu, popř. se zahraničními zkušenostmi a tendencemi.

6.1.1 Požadavky na vybavenost území sociálními službami

Vybavenost území sociálními službami je třeba posuzovat a rozvíjet v širších aspektech, než jen pokud jde o samotnou přítomnost příslušných zařízení a aktivit. Jde zejména o:

- přítomnost služeb,
- dostupnost služeb (územní, finanční),
- návaznost služeb,
- informovanost občanů (veřejné povědomí o možnostech sociální pomoci),
- kvalitu výkonu služeb (profesionalitu, kontrolu, spokojenost klientů),
- ekonomickou efektivnost (resp. ekonomickou únosnost provozování).

Jde zjevně o provázané aspekty, které ve svém komplexu ovlivňují sociální kvalitu území a uspokojování sociálních potřeb občanů.

Aspekt přítomnosti a kapacity služeb

K otázce "**přítomnosti**" služeb na území v zásadě existuje názor, že **všechny** základní typy sociálních služeb by měly být v území připraveny řešit problémy občanů. Často se jedná o problémy specifické, které se týkají menšího počtu lidí, i ti však mají právo na pomoc. Druhá otázka zní, jaká by měla být kapacita těchto služeb.

Potřeba některých služeb se transparentně projeví v plné šíři až po zřízení služby, zatímco do té doby byla její potřeba latentní. To se týká zejména služeb sociální prevence (bezdomovci, nízkoprahová centra, drogové závislosti), ale podobná zkušenost byla i v minulosti při vzniku domů s pečovatelskou službou.

Dochází také k **přenosu potřeby** mezi místy podle spádovosti, podle dopravních linií apod. Prvním krokem je minimální zastoupení takové služby formou telefonního kontaktu, odborného pracovníka v místě apod. Pokud jde o služby prevence, není zpravidla znám dopředu počet příjemců, je možné ho ale předpokládat na základě znalosti sociálních jevů a jejich výskytu v místě i na základě poznatků o výskytu těchto jevů na celém území státu. Tyto typy služeb teprve "čekají" na své klienty! Riziko přenosu potřeby má povahu stahování cílové skupiny ze širšího okolí do místa, kde je služba poskytována, proto se orgány samosprávy často brání takové služby rozvíjet (např. cca 60 % bezdomovců v Praze je mimopražských).

Kapacitní potřebu služeb sociální péče lze zpravidla vyvodit ze sociodemografických údajů o obyvatelstvu a jeho zdravotním stavu. Jednotlivé normativy přinášejí údaje o možných absolutních počtech osob, kterých se týkají vybrané kvantifikovatelné demografické a sociální situace, jevy či problémy. Jde tedy o určitou hypotézu či model. Takové počty obyvatel, kterých se sociální jevy týkají, by byly ve sledovaném městě (regionu) **v případě, že by výskyt těchto jevů odpovídal průměrným hodnotám, kterých je dosahováno na území celé České republiky**. Dlouhodobá práce s těmito normativy ukazuje, že tato metoda poskytuje velmi věrohodné výsledky a že se výskyt sociálních jevů na území státu dramaticky neliší.

Potřeba sociálních služeb v konkrétním místě se může lišit:

- podle velikosti obce (vliv městského prostředí),
- podle charakteru sídelní struktury (velký počet malých obcí) a způsobu bydlení a života (město a venkov),
- podle zdravotního stavu ovlivněného charakterem převažující ekonomické činnosti,

6. Makrosociální analýza potřeby sociálních služeb

- podle pozice místa v dopravní síti,
- podle někdejší investiční průmyslové výstavby,
- podle dřívější pozornosti věnované sociální oblasti, rozdíly mohou mít i další ekonomické, ale i dalekosáhlé historické, popřípadě geografické důvody.

Údaje o průměrných hodnotách výskytu sociálních jevů jsou získávány z veřejných centrálních resortních databází, vládních a dalších dokumentů zveřejněných na domovských internetových stránkách jednotlivých státních orgánů, z publikovaných výzkumů, odborných prací a zpráv. Představují určitou hypotézu o potřebě služeb, která reaguje na celostátní průměry např. zdravotního stavu a sociálních jevů, ale v konkrétním sociálně-demografickém prostředí. Tuto hypotézu je pak následně třeba konfrontovat s konkrétními realitami.

U služeb sociální péče např. pro seniory je možné specifikovat počet osob závislých na péči v různých oblastech (strava, bydlení, chůze) a z toho lze dovodit i výskyt a potřebnou kapacitu služeb. Přestože je tak možné charakterizovat nejvyšší rozsah potřeby péče (z hlediska míry závislosti) v rozsahu, jaká je dnes chápána jako péče rezidenční - tedy formou vykázaní potřebných lůžek - do budoucna to však nemusí být jediný způsob zabezpečení takového rozsahu, potřebu může nahradit i péče v domácnosti (např. zabezpečením návaznosti poskytované zdravotní a sociální péče, poskytováním intenzivní pečovatelské služby ve všech oblastech úkonů nebo využitím nových materiálů, zařízení, technologií, jako je např. selfmonitoring, tísňové volání a další).

Naopak problematická je skutečnost, že cca 35 % poživatelů pečovatelské služby je příjemcem pouze jediného úkonu, a to dovozu oběda. To je kritické pro oblasti s vysokým počtem příjemců služby. Krytí tak specifické "závislosti na péči" by mělo spíše směřovat do služeb poskytovaných na obchodní bázi. Naopak, poskytování všech skupin úkonů v rámci pečovatelské služby (péče o klienta, zajištění stravy, pomoc s chodem domácnosti) by mohlo být cestou řešení problému potřeby rezidenční péče. Tato teze je o to závažnější, že pečovatelská služba je v 63 % případů poskytována klientům, kteří nemají přiznan žádný příspěvek na péči. Poskytování takové služby se tak ocitá mimo věcný záběr a ztrácí logiku služby sociální. Pro posouzení skutečné potřeby tohoto typu služby péče jsou tak tato data téměř nepoužitelná a "očistit" je představuje velmi složitý problém. Jednoduchý výpočet vede k poznatku, že pečovatelskou službu by mohlo potřebovat cca 15 % současného stavu příjemců. Přitom právě tento typ služby realizuje zásadním způsobem celkové směřování sociálních služeb, tj. zabezpečení péče v přirozeném prostředí, a odklad nebo i náhradu potřeby péče rezidenční.

Pokud jde o zdravotně postižené, je možné modelovat pravděpodobný výskyt potřeby podle jednotlivých typů postižení. Při poskytování terénních a ambulantních služeb přitom vznikají často komplikace, protože tyto služby potřebuje zpravidla velmi nízký počet klientů, který má ale široké spektrum postižení, z nichž každé vyžaduje odlišnou formu podpory nebo pomoci.

Pro primární konfrontaci a ověření kapacitních normativů jsou k dispozici počty příjemců příspěvků na péči, a to i přesto, že vyplacené dávky velmi často nesměřují zpět do sociálních služeb a nevedou k jejich rozvoji, neboť příspěvek na péči se stal příjmem rodiny. Nicméně tyto údaje ukazují na (státem ověřený) rozsah závislosti občanů na péči a tvoří tak (zatím) východisko pro plánování. Významným problémem ovšem je skutečnost, že do příspěvku na péči byla nesprávně automaticky překlopena dávka "zvýšení důchodu pro bezmocnost", která byla přiznávána podle jiných podmínek a zvýšila počet příjemců příspěvku, aniž u nich nutně existovala skutečná

(ověřená) závislost na péči jiné osoby (šlo o téměř 190 tis. osob). Je pozoruhodné, že v domovech pro seniory žilo v roce 2010 cca 4 tis. klientů bez přiznaného příspěvku na péči, na druhé straně cca 7 tis. uchazečů o umístění je považováno z hlediska umístění za naléhavých (tj. asi 8 % z celkového počtu neuspokojených žadatelů).

Dále existují evropské a národní ukazatele sociální problémovosti krajů, které analyzují mj. sociální jevy, které nesporně povedou k budoucí potřebě určitých sociálních služeb (např. osoby bez základního vzdělání, nedospělé matky, děti narozené mimo manželství apod.), které je často možné vyhodnotit jen na úrovni kraje.

Před několika lety byl realizován rozsáhlý výzkum potřeby služeb sociální intervence (nyní prevence) a sociálně-demografické analýzy měst a krajů, kde se metodika ověřila.

Výsledky takového modelování mohou ukázat, že území je z hlediska služeb sanováno nebo že je v řadě služeb nedovybaveno nebo i "nevybaveno". Celostátní zkušenost ukazuje na obecné podvybavení službami sociální prevence, zejména jde o noclehárny, azylové domy obecně a pro ženy s dětmi zvláště. Některé služby závisí přímo na výskytu konkrétní skupiny potenciálních příjemců (obyvatelé vyloučených romských lokalit).

Aspekt dostupnosti služeb

Pokud jde o "**dostupnost**" lze uvést více dimenzí. První je **dostupnost územní či dopravní**. Jde o to, zda klient může vzhledem ke svému zdravotnímu stavu a stavu dopravní obslužnosti zcela reálně služby využívat. Smluvní státy, včetně České republiky, se podpisem Evropské sociální charty (článek 14) zavázaly zvyšovat dostupnost služeb.

Podobnou dimenzi má i **dostupnost finanční**, která by měla zajistit, že příjmový handicap nezabrání využití služby v případě, že ji klient potřebuje. Pro některé služby, např. sociální poradenství, stanoví Evropská sociální charta přímo závazek států zabezpečit bezplatné sociální poradenství. A nejen to, sleduje se, zda je takové poradenství dostupné i dopravně (též s ohledem na náklady na dopravu).

Další dimenzí je bezbariérovost prostředí, tedy **dostupnost architektonická**.

V neposlední řadě **dostupnost "nízkým prahem"**. Jde o reakci na to, že potenciální klienti mohou mít více problémů, které jim brání účastnit se nějakých aktivit (např. z ekonomických důvodů /poplatky, vstupné/, pro formální náročnost prostředí /potřeba určitého oblečení, potřeba pomůcek/ apod.).⁴⁶

Aspekt návaznosti služeb

Souběžným aspektem existence širokého spektra sociálních služeb a jejich kvality je jejich vzájemná provázanost, resp. návaznost. V jednotlivých oblastech sociálních služeb je pro úspěšné a efektivní fungování celého komplexu nezbytná návaznost, tj. zastoupení jednotlivých typů služeb, pokud představují určité fáze či stupně péče podle rozsahu rozvíjejících se potřeb. Tak lze uvést např. komplex azylové péče (kam postupně patří noclehárna, azylový dům, dům na půli cesty, propůjčený byt a byt s běžným nájemním vztahem) nebo péči o staré občany (kde podle rozsahu narůstajících potřeb jde o pomoc v domácnosti, pečovatelskou službu, home care, denní pobyt, dům s pečovatelskou službou, domov seniorů, LDN, event. hospic).

⁴⁶ viz nízkoprahové kluby pro děti ve vyloučených lokalitách

Takové navazující komplexy je třeba komponovat samozřejmě podle místních potřeb a podle možností vč. smluvních vztahů s jinými obcemi či krajem. Rizikovou situací je stav, kdy některý ze stupňů chybí nebo je kapacitně omezen, resp. naplněn. Pak se proces zabezpečování postupně narůstajících potřeb zastaví a nižší úrovně služeb musí zabezpečovat jim nepřislušející vyšší rozsah péče apod. (popř. u služeb sociální prevence není možné "postoupit" s narůstající schopností samostatného života do "vyššího" typu služby).

Aspekt informovanosti občanů

Velmi podstatnou složkou sociální kvality území je informovanost občanů o možnostech pomoci, která jim může být poskytnuta, vytváření veřejného povědomí, že "na problémy nejste sami", jak zní často názvy informačních brožur měst. Sociální poradenství se v ČR považuje za nárokovou sociální službu, tedy jako povinnost státu, kterou zatím ale neumí nikdo garantovat. Jde především o bezplatné poradenství pro "chudé lidi" ve všech relevantních otázkách, směřující k tomu, aby se ze své sociální situace dostali. Standardní služby v tomto směru zabezpečují v ČR občanské poradny. Velmi užitečnou skutečností je fakt, že analýza tematické struktury dotazů občanů města i regionu představuje významný zdroj informací o sociálních problémech občanů. Zabezpečení základního poradenství je taxativním závazkem státu podle Evropské sociální charty.

Aspekt kvality služeb

Dalším faktorem je **vlastní kvalita výkonu služeb**. Stát vydává standardy kvality a provádí inspekci kvality. V reálné situaci je třeba předpokládat, že tam, kde je možnost výběru poskytovatele, bude tlak na kvalitu vyvíjen především jako aspekt konkurenčního boje o klienty. Důsledná rekonstrukce příspěvku na péči by měla z jeho příjemců vytvořit sféru koupěschopné poptávky a hlavní zdroj financování služeb.

Aspekt ekonomické únosnosti

Za významný aspekt vybavenosti službami **je nutné považovat vždy také "ekonomickou únosnost", tedy přiměřené vyvážení dostupnosti (spádovosti) a ekonomické únosnosti**. Každé zařízení, popř. služba, má své vlastní ekonomické parametry či limity. Jde především o provázanost nákladů na klienta, příjmů od klienta, příjmů z různých dalších zdrojů apod. Provozovat miniaturní rezidenční zařízení nebo provozovat služby náročné na počet pracovníků pro malý počet klientů je ekonomicky neúnosné a je třeba proto vymezit vyšší rozsah spádovosti a posunout výskyt takové služby do vyšších územně-správních celků. Mezi kritérii humanistické optimality a ekonomickou únosností je nezbytné hledat vyváženost. V 80. letech bylo konstatováno, že určité optimality lze dosáhnout např. u "domovů důchodců" o velikosti 80 lůžek. Zcela nepodložená a mylná je pak představa, že se v důsledku deinstitucionalizace a vytváření "nových domácností" ušetří náklady.

Budou to především ekonomické potřeby poskytovatelů, kteří budou v budoucnu měnit např. strukturu obyvatel domovů pro seniory, kde v současnosti žijí cca 4 tis. klientů, aniž by měli vyměřen jakýkoliv stupeň příspěvku na péči. Ekonomické potřeby povedou ke zvyšování podílu klientů s vysokou závislostí, a tím i vyšším příspěvkem na péči. To ale povede ke zvýšení nákladů na péči a personál a tak postupně dál. Tento kolotoč zastaví až zásadní přerozdělení rolí v rezortu práce v rezidenční péči a rezortu zdravotnictví v péči ošetřovatelské, snad již chystaném zákoně o dlouhodobé péči.

6.1.2 Souhrnně k problematice normativů vybavenosti

Souhrnně je možno konstatovat, že je účelné, aby konstrukce normativů jako informativního, popř. konfrontačního materiálu byla předmětem zájmu. Pokud jde o formulování normativů, vyvstává několik problémů. K dispozici jsou ty, které byly konstruovány na základě širokých analýz a týkají se základních typů služeb (domovy pro seniory, pečovatelská služba, domovy pro osoby se zdravotním postižením a azylová péče). Po roce 1990 vznikla a v roce 2006 byla (zbytečně) taxativně kodifikována řada nových služeb, jejichž objektivní potřeba, ekonomická provozovatelnost a spádovost nebyla šířeji analyzována, resp. byly provedeny jen výzkumy o názorech pracovníků na jejich potřebu apod.

Navíc jsou tyto služby velmi úzce tematicky vymezeny, a to i z hlediska cílových skupin příjemců, o nichž zpravidla nejsou žádné statistické údaje (např. osob vyžadujících terapeutické komunity, osoby potřebující předčitatelskou a průvodcovskou službu, uživatelé krizových služeb apod.). Je také tendence rozlišovat zařízení terénní péče - např. denní pobyty - pro seniory a pro zdravotně postižené. Proto však neexistuje žádná datová báze. Jedinou informací je existence služby a počet klientů. Tuto informaci o situaci v kraji poskytuje Statistická ročenka MPSV z roku 2010. Statistické ročenky krajů pak vybrané služby detekují na úrovni okresů, ale údaje o situaci v ORP nejsou nikde vykazovány.

Jak bylo již zmíněno, některé služby jsou na území státu provozovány jen ve velmi malém rozsahu a počtu. Chybí proto zdroje pro zobecnění rozsahu potřeby a pro stanovení normativů vybavenosti. **Použitelným vodítkem může být pro potřebu uvnitř kraje konfrontace skutečnosti s neuspokojenou potřebou, jak ji vykazuje MPSV, s výjimkou žadatelů o umístění do domovů pro seniory, mezi nimiž tvoří naléhaví uchazeči jen malou část (cca 8 %).**

Jednoduše koncipovaný normativ by tvořilo směrné číslo (kvantitativní standard), jehož postupným dosažením by byly pokryty deklarované potřeby obyvatel. Pro krátkodobé i střednědobé úvahy by takové řešení zřejmě postačovalo.

Neexistují žádné objektivní podklady, které by mohly být použity pro poměr ambulantní a terénní péče o cílové skupiny, v zásadě je to zcela závislé na místních podmínkách. Lze vycházet jen z průměrných údajů za větší územní celek, které ovšem vynuluje místní odlišnost. Otázkou je také kapacita ambulantní péče, neboť její klienti nemusí být stálí. Svoji roli hraje i rozsah poskytované péče, počet personálu, a tedy i ekonomická provozovatelnost zařízení.

Dalším problémem je skutečnost, že statistika nerozlišuje cílovou skupinu u zařízení, která poskytují služby jak seniorům, tak osobám se zdravotním postižením, event. rodinám a osobám ohroženým sociálních vyloučením. Např. pečovatelská služba není rozdělena na péči o seniory a osoby se zdravotním handicapem (zvláště pro osoby s Alzheimerovou chorobou, zvláště pro osoby duševně nemocné apod.). Takto rozdělené služby nelze identifikovat a rozdělit, což značně komplikuje práci s cílovými skupinami.

Pro práci na plánování sociálních služeb je závažným problémem, že zrušením okresních úřadů zmizely regionální orgány státní správy, které namnoze poskytovaly sociální služby. V současnosti není mezi jednotlivými obcemi navzájem a kraji žádná řídicí vazba a odpovědnost. Jako příklad lze uvést, kdy do domu s pečovatelskou službou (bytová politika je v samostatné působnosti) obce jsou přijímáni přednostně logicky vlastní občané obce, což limituje možnosti zejména pro obyvatele malých obcí, kteří ovšem mohou tvořit většinu obyvatel spádového území ORP. **Obec s roz-**

šířenou působností nemá povinnost ani nějak ekonomicky podporovaný zájem, poskytovat služby ve svém spádovém území. Přitom je zřejmé, že vzhledem ke své velikosti takové služby ve spádovém území zapotřebí jsou a služby budou poskytovány právě tam. V některých takových obcích s RP (městech) by bylo třeba zřídit kapacity služeb až 3 x větší než jaká je **potřeba samotné obce, která to však nemá nijak ekonomicky kryto (investičně ani provozně).** Tento bizarní stav vytváří politické vakuum pro zabezpečování sociálních služeb v menších obcích.

To je zcela zásadní problém platného zákona o sociálních službách, s jehož změnou se v tomto smyslu nepočítá. Bude-li rozvoj služeb garantovat kraj a po roce 2014 bude rozhodovat o výši dotací, je to v rozporu s dříve deklarovanou snahou přiblížit rozhodování o službách k lidem (např. v tzv. Bílé knize).

Nově je třeba se dívat na problém stárnutí společnosti, z něhož se stává strašák. Poukazuje se na budoucí růst potřeby sociálních a zdravotních služeb. Profesor Igor Tomeš uvádí, že stárnutí se netýká jen osob starších 60 let, ale má vliv na všechny generace. Přirovnává tento proces k měchu akordeonu, který se natahuje ve všech segmentech. Školní zralost dětí se oddaluje u cca 20 % dětí, školní vzdělání se prodlužuje, mladí lidé potřebují více času k získání vzdělání a praxe pro první zaměstnání, významně později se uzavírají sňatky, později se rodí děti. **A stejně tak se "prodlužuje" střední věk a jeho životní a spotřebitelské charakteristiky do pásem tradičně vymezeným již stáří. Právě tato skupina se bude zvětšovat, bude tvořit nejen velký podíl voličů, ale i specifickou a významnou skupinu spotřebitelů.** Není důvod pro názor, že se bude zvětšovat počet a podíl seniorů, kteří budou vyžadovat více náročné péče. **Hlavní problém pak bude v přiměřeně dostupném bydlení.** Nicméně rezidenční péče o nejstarší seniory bude stále náročnější (např. pro osoby s Alzheimerovou chorobou), ale svou povahou bude stále významněji přesahovat do péče zdravotní.

Samostatným problémem je celková (a nešťastně taxativní) typologie sociálních služeb, jak je uvedena v zákoně. Je to důsledek způsobu tvorby zákona, k níž byly vytvořeny pracovní skupiny hájící určité typy služeb. Některé typy služeb lze jen obtížně provozovat samostatně (viz výklad k vybavenosti území). Např. k provozování průvodcovské a předčitatelské služby se v rámci celostátního registru hlásí 29 organizací, přitom je zřejmé, že tato služba může být provozována v rámci jiných služeb, např. v rámci pečovatelské služby.

Celostátní registr poskytovatelů sociálních služeb zahrnuje poskytovatele, kteří mají registraci ke konkrétní službě, což ovšem neznamená, že tuto službu skutečně aktuálně poskytují. Tato skutečnost využití registru značně znehodnocuje. Zařízení sociálních služeb i místa v nich jsou členěna statisticky podle druhu poskytované služby, v jednom zařízení může být poskytováno více druhů sociálních služeb.

Problematické je rovněž případné územní zařazení služeb, které se v Česku vyskytují v malém počtu. Tendence řadit je spíše k velkým městům je technicky logická z hlediska spádovosti, ale neadekvátní, pokud jde o vhodné prostředí pro takovou službu. Jsou sice na území kraje zapotřebí, ale je otázka, ke kterému sídlu je přiřadit. To se týká zejména terapeutických komunit, které by zřejmě neměly být ve městech. Vždy jde zpravidla o výsledek místních aktivit, potřeb apod.

Dalším metodickým problémem je skupina osob s duševním onemocněním. Podle některých údajů (např. poskytovatelů služeb těmto osobám z Brna) dosahuje 0,6

až 1 % z celkového počtu obyvatel. **Tato skupina není legislativně ošetřena a její sociální potřeby jsou řešeny několika standardními sociálními službami.** Jde o skupinu na pomezí působnosti resortů práce a sociálních věcí a zdravotnictví a řešení by měl snad přinést předpokládaný zákon o tzv. dlouhodobé péči.

V posledních letech byl prosazen program tzv. deinstitucionalizace rezidenční péče. V zásadě správné řešení udržet klienty v jejich přirozeném prostředí ovšem neznamená je do tohoto prostředí zpět vracet. Program vycházel z nesprávného hodnocení situace, neboť z celkového počtu osob ve věku 65+ žije v ČR v ústavní péči cca 2,6 % osob, avšak počet osob ve věku 65+ žijících v ústavní péči činí v Rakousku 4 %, v Belgii 10 %, v Dánsku 5 %, ve Francii 6 %, v Německu 5 %, v Nizozemsku 9 %, ve Švédsku 6 %. Ve všech těchto státech přitom deklarují a podporují program samostatného bydlení; tyto podíly osob v ústavech tak **zřejmě vyjadřují určitou objektivní potřebu.** Česká republika se pohybuje v podstatě na poloviční úrovni a některé kraje pak ještě níže.

Významným aspektem jsou pak přání samotných potenciálních klientů vyjádřené jimi samotnými, nikoliv poskytovateli služeb, kteří mají své zájmy. Zde je třeba znovu připomenout Lipnerův výzkum, který zjistil, že senioři nepovažují za přirozené prostředí péči rodiny svých dětí atd.

Druhým aspektem pro rozsah potřeby ústavní péče je sídelní struktura. Česká republika má 6 240 obcí. Některá území, na nichž vykonávají přenesenou a rozšířenou působnost větší města, mají i více než 100 obcí. Zhruba 60 % obcí je menších než 500 obyvatel. Platí zjištění, že čím menší je obec, tím více má seniorů, tím jsou starší a tím je obtížnější poskytovat jim terénní sociální služby, a to z prostého matematického tzv. dopravního problému (např. zabezpečení rozvozu obědů). Když se k tomu přidají zkušenosti z extrémních projevů počasí zimních období a nedostupnost některých obcí, je to přímý impuls k podání žádosti o ústavní péči. Proto je součástí této studie, nad rámec zadání, i analýza sociální kapacity venkovského prostředí.

Analýza vybavenosti jednotlivých území ORP ukazuje na specifický paradox, který je důsledkem zrušení okresních úřadů a vytvoření tzv. malých okresů (pojem z doby reformy veřejné správy). Okresní úřady dříve zabezpečovaly na svém území ústavní sociální služby. Tyto služby nebyly umístěny jen v okresním městě. Později byly podle situace převedeny na města nebo kraj, v nichž se vyskytovaly. Nyní může vzniknout velmi paradoxní situace, že v územích jednotlivých ORP bude existovat stav nedostatečné vybavenosti (nové obce s RP), nebo naopak nadbytečných kapacit (bývalá okresní města). Na druhé straně se přesto může jevit, že území celého okresu a kraje je přiměřeně vybavené. Tento paradox, projeví-li se, je třeba brát v úvahu. Jinak řečeno manipulovat s touto skutečností kritikou nevybavenosti menších ORP by nebylo spravedlivé. Podporovat rozvoj služeb v jejich územích by pak mohlo opět paradoxně zvyšovat obecnou vybavenost okresů a kraje nad přiměřenou míru.

Nejobektivnější pak bude hodnocení situace v krajích. I v nich se ovšem uskutečňovaná rekonstrukce krajského uspořádání může projevit (přeřazením některých okresů do jiného kraje). Není vyloučeno, že by se nadále mohla používat struktura okresů, které jako správní celky existují dál, ale bez všeobecné státní správy. Pokud jde o sídlení strukturu a vztahy státu a samosprávy, lze však do budoucna očekávat a požadovat zásadnější změny.

Do roku 2007 bylo statistické zjišťování prováděno za jednotlivá **zařízení** sociálních služeb s tím, že zařízení předávalo podrobné údaje pouze za převládající typ poskytované služby a za ostatní sociální služby pouze doplňkové informace. Od roku 2008 je aplikován odlišný metodický přístup, který spočívá ve sledování údajů **za**

každou registrovanou sociální službu na samostatném výkazu. Tento přístup umožnil (sice) získat detailnější a přesnější údaje o poskytovaných registrovaných sociálních službách, ale z tohoto důvodu nejsou některé údaje z let 2007 až 2009 srovnatelné s údaji z let předchozích, přičemž rok 2007 není srovnatelný ani s roky následujícími. Jedno zařízení může poskytovat více služeb, což ovšem velmi komplikuje či znemožňuje plánovací proces. Nelze plánovat jednotlivé služby (jaksi do vzduchu), ale lze plánovat zařízení, provozovatele, poskytovatele. Poskytování různých služeb by pak mělo být přidělováno za podmínek určité soutěže.

Jakkoliv je myšlenka normativů racionální, vždy půjde patrně jen o určitý nástroj pro porovnání, pro analýzy a depistáže v místě, pro případnou obhajobu nových projektů, pro diskusi s poskytovateli služeb a pro konfrontaci s jinými daty o cílových skupinách. Bylo by **nezbytné provést sociálně-demografické analýzy ve všech sídlech s řadou záměrů**, např. zjistit, ze které ORP jsou klienti umístění v zařízeních, která zřizoval okres, v krajských zařízeních a další. I zde se ale nabízí řešení postupovat přes kapacitní možnosti bývalých okresních měst a případné otevření jednání mezi nimi a ostatními obcemi o zabezpečení potřeb jejich občanů s přiměřenou úhradou.

6.2 Vybrané zdroje informací o výskytu cílových skupin a o jejich potřebách

Pro vymezení výskytu cílových skupin je k dispozici řada zdrojů, které se částečně doplňují, ale i korigují, existují i různé názory na některé sociální jevy a jejich výskyt. Výchozí podklady pro tvorbu normativů z výše uvedeného výzkumu a následné publikace "Obce, města regiony a sociální služby" jsou stále akceptovány jak v aktuálních pracích VÚPSV, v.v.i., tak i MPSV. Jejich validita je dána tím, že uvedenému výzkumu předcházela řada podrobných analýz. Vzájemná konfrontace různých údajů, např. o hypotetické potřebě služeb, o skutečně poskytovaných službách, počtu a výši vyplácených příspěvků na péči a další představují "nekonečný zdroj" pro další analýzy i depistáž v případě malých počtů výskytu jevů, malých počtů klientů apod.

Senioři

Tabulka č. 6 Podíl osob, které potřebují pomoc při sebeobsluze

Tyto osoby se v běžné populaci nacházejí v seniorské věkové kategorii v následujícím zastoupení.

věk osob	podíl osob potřebujících pomoc
66-70	3,0 %
71-75	7,0 %
76-80	10,5 %
81-84	15,5 %
85-89	27,0 %
90 a více	79,9 %

Tabulka č. 7 **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%

Tabulka č. 8 **Schopnost seniorů provádět hygienu, schopnost chůze a schopnost zabezpečení výživy**

Škála sledované schopnosti je vždy stavěna od úplné samostatnosti seniora po absolutní závislost na jiné osobě.

stupeň sledované schopnosti	60-64 let	65-69 let	70-74 let	75-79 let	80-84 let	85 a více let
osobní hygienu si obstarávám zcela samostatně	91,3 %	85,3 %	83,0 %	73,3 %	54,3 %	51,7 %
potřebuji dohled nebo občasnou pomoc při koupání, sprchování, péči o vlasy, nohy, nehty	5,7 %	10,3 %	12,9 %	20,5 %	31,9 %	30,0 %
potřebuji pomoc při mytí, oblékání, svlékání	1,7 %	2,0 %	2,1 %	3,1 %	9,6 %	10,0 %
celou osobní hygienu mi musí zajišťovat druhá osoba	0,9 %	1,3 %	0,8 %	1,9 %	2,1 %	3,3 %

Pozn.: Zvýrazněné řádky v tabulce zahrnují osoby, které jsou potenciálními příjemci sociálních služeb. Služba jim však může být poskytována rodinou či nějakou neformální službou.

Tabulka č. 9 **Návrh doporučených normativů vybavenosti službami pro staré a zdravotně postižené občany v relaci na 1 000 osob starších 65 let**

	2010
	na 1 000 osob 65+
vybavenost místy v zařízeních pro staré občany celkem	53,00
z toho:	
v domovech pro seniory	26,00
v domovech-penzionech pro důchodce	9,00
v bytových jednotkách v DPS	18,00
počet osob, kterým je poskytována pečovatelská služba	75,00

Tabulka č. 10 **Návrh doporučených ukazatelů vybavenosti místy v domovech pro seniory v relaci na 1 000 osob starších 80 let**

	2010
	na 1 000 osob 80+
vybavenost místy v domovech důchodců	160,00

6. Makrosociální analýza potřeby sociálních služeb

V odborné literatuře se uvádí, že ve věku 80+ se vyskytuje Alzheimerova choroba nebo ev. demence dalších etiologií u 20 % klientů.

Tabulka č. 11 **Návrh doporučených ukazatelů vybavenosti službami pro staré a zdravotně postižené občany v relaci na 10 000 osob celkem**

	2010
	na 10 000 osob celkem
vybavenost místy v zařízeních pro staré občany celkem	72,00
z toho:	
v domovech důchodců	35,00
v domovech-penzionech pro důchodce	12,50
v bytových jednotkách v DPS	24,50
počet osob, kterým je poskytována pečovatelská služba	100,00
vybavenost místy v ÚSP pro zdravotně postižené dospělé osoby	11,00
vybavenost místy v ÚSP pro zdravotně postiženou mládež	13,00

Tabulka č. 12 **Osoby se zdravotním postižením** (orientační výskyt jednotlivých druhů zdravotního postižení na 10 tis. obyvatel)

druh postižení	orientační výskyt na 10 tis. obyvatel
zrakové postižení	57
z toho těžce	16
sluchově postižení	95
z toho zcela hluchých	14,5
poruchy řeči	57
mentální postižení	285
v tom:	
dospělí vyžadující ústavní péči	4,5
mládež vyžadující ústavní péči	10
vady pohybového ústrojí	286
v tom:	
dospělí vyžadující ústavní péči	0,4
mládež vyžadující ústavní péči	1
tělesné postižení dospělých s přidruženým mentálním postižením vyžadující ústavní péči	0,4
tělesné postižení mládeže s přidruženým mentálním, popř. dalším, postižením vyžadující ústavní péči	0,5
smyslové postižení dospělých vyžadující ústavní péči	0,3
vozičkáři	33
diabetici	505
z toho: na inzulinu	66
duševně nemocní	95
epileptici	133
psoriatici	190
chronicky nemocní toxikomané a alkoholici vyžadující ústavní péči	0,1
poživatelé invalidního důchodu	400
poživatelé částečného inv. důchodu	111

pokračování

druh postižení	orientační výskyt na 10 tis. obyvatel
držitelé mimořádných výhod I. stupně	70
II. stupně	152
III. stupně	61
chronicky nemocné děti	524

Pozn.: údaje převzaty a přepočteny z různých zdrojů s různou mírou validity a vzájemné slučitelnosti. Proto je při jejich použití třeba z této skutečnosti vycházet.

Tyto údaje je třeba brát jako velmi orientační. Určitý rozptyl uvedených a reálných čísel je dán také skutečností, že neexistuje výměna informací mezi zdravotní a sociální sférou. V některých směrech jde tedy o počty osob určené až na základě kontaktu zdravotně postiženého občana s některým ze sociálních systémů. Při koncipování sociálních služeb v obci a územním celku je třeba vždy vycházet ze zcela konkrétní sociální analýzy obce, města či územního celku, protože při relativně malých výskytech některých druhů postižení mohou být poměry v jednotlivých místech zcela zásadně odlišné a průměrný výskyt, např. na 10 tis. obyvatel, je proto třeba považovat pouze za orientační. Navíc, ač je to jakkoliv paradoxní, počty např. poživatelů plných invalidních důchodů nebo příjemců příspěvku na péči nelze srovnávat s příjemci sociálních dávek apod. pro nekompatibilitu vstupních podmínek do těchto systémů.

Tabulka č. 13 **Normativy pro vybavenost ústavy sociální péče**

počet osob v ÚSP	22,5	24
z toho:		
v ÚSP pro zdravotně postižené dospělé osoby	9,5	11
v ÚSP pro zdravotně postiženou mládež	13	13

Tabulka č. 14 **Rodiny s dětmi** (Orientační údaje o výskytu potřeby sociálních služeb v oblasti péče o děti a rodinu)

sociální skupina		na 1 000 rodin	na 10 000 obyvatel
rodiny s dětmi (0-18let), které potřebují sociálně-právní ochranu nebo jiný druh sociální pomoci	u nichž vznikne v průběhu roku potřeba	50	80
	které potřebují trvalou pozornost	175	270
		na 1 000 dětí	
děti, které jsou ohroženy syndromem CAN (týrané a zneužívané děti)	u nichž vznikne v průběhu roku potřeba pomoci	8	20
	které potřebují trvalou pozornost v důsledku CAN	140	340

Rodiny s nízkými příjmy

O jejich počtu poskytují informace o vyplacených sociálních příspěvcích a příspěvcích na bydlení, které jsou testovány a limitovány příjmem.

Osoby ohrožené sociálním vyloučením

Tabulka č. 15 **Chudé rodiny**

O jejich výskytu informuje počet vyplácených příspěvků na péči a doplatků na bydlení ze systému pomoci v hmotné nouzi.

osoby vyžadující azylové ubytování	na 10 000 obyvatel
bezdromovci	10 ¹⁾
matky s dítětem	4,5
po propuštění z výkonu trestu	19
z důvodů závislosti na drogách	12-24 ²⁾

Pozn.: ¹⁾ okres, který má 100 tis. obyvatel by měl mít 100 lůžek pro bezdromovce z toho 50 v noclehárnách

²⁾ tento údaj může být ve velkých městech až několikanásobně překročen

Tabulka č. 16 **Potřebné kapacity azylových služeb podle republikových normativů**

počet osob vyžadující azylové ubytování na 10 000 obyvatel	rok 2012
bezdromovci	14
z toho v noclehárnách	7
matky s dětmi	6
po propuštění z výkonu trestu	27
z důvodů závislosti na drogách min.	17
max.	34

ČTK a ÚZIS uvedly v roce 2011, že 25 % mužů a 10 % žen má sociální problémy související s nadužíváním alkoholu. Poruchy vyvolané alkoholem byly např. ve zlínském kraji konstatovány v psychiatrických ambulancích ve 2 241 případech, což je 37,9 případů na 10 tis. obyvatel. Spolu s Olomouckým krajem jde o nejvyšší počty v ČR.

Poruchy vyvolané ostatními psychoaktivními látkami činily 197 případů, což je 3,3 případů na 10 tis. obyvatel.

Tabulka č. 17 **Zdroje informací pro určení počtu pracovníků**

Podíl klientů na jednoho pracovníka přímo pečujícího o klienty měřený mediánovou hodnotou.

typ sociální služby	medián
pečovatelská služba	24,0
centrum denních služeb	3,9
denní stacionář	3,9
domov pro seniory	3,3
domov se zvláštním režimem	2,6
jiné typy sociálních služeb	2,6
Chráněné bydlení	2,3
domov pro osoby se zdravotním postižením	2,1
týdenní stacionář	2,0
osobní asistence	0,0

Zdroj: Průša a kol. *Poskytování sociálních služeb pro seniory a osoby se zdravotním postižením*. Praha: VÚPSV, v.v.i. 2010. ISBN 978-80-7416-048-6

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

Pozn: Rok 2010 je všeobecně použit jako rozhodné datum vzhledem k tomu, že ve statistických ročenkách za rok 2010 jsou údaje za rok 2009.

6.3 Metodika tvorby normativů vybavenosti službami sociální prevence a její příklady

Výčet služeb sociální prevence, jakož i na něj navazující výpočty vycházejí ze dvou základních zdrojů. Jde o výzkum publikovaný v Sešitech pro sociální politiku "Obce, města regiony a sociální služby" a o výzkum firmy Personnel Consulting "Analýza potřeb služeb sociální intervence" z roku 2000. Tento výzkum obsahoval rozsáhlou analýzu reálně provozovaných služeb tak, jak byly zjištěny v rámci výzkumné části tohoto projektu. Tyto služby byly soustředěny do komplexů a mohou se tak lišit od typologie podle zákona o sociálních službách. To však nesnižuje jejich iniciační význam.

Jako základní teritorium, pro něž je okruh sítě nezbytných služeb sociální prevence vymezen, je území okresu, což odpovídá tehdejšímu aktuálnímu věcnému záměru zákona o sociální pomoci a jím navrženému způsobu financování sociálních služeb, totiž záměru garantovat síť prostřednictvím jejího finančního pokrytí okresním úřadem. Podle tehdejších představ to měl být okresní úřad, který by na základě sociálně-demografické analýzy a s využitím normativů vyhlášoval veřejné soutěže k provozování služeb sociální prevence a na základě jejich výsledků je smluvně financoval. Je patrné, že toto řešení by bylo velmi příznivé.

Role státu (okresního, "krajského úřadu", popř. centra) při financování neznamenala to, že služby by musely být nutně v sídle okresu, ani nepredikovala, kdo je

bude provozovat. Služby měl na základě finančního krytí státem provozovat každý z akreditovaných subjektů, který by vyhrál veřejnou soutěž. Obecně to znamená, že by se zrovnoprávnil přístup všech subjektů k veřejným prostředkům, což je jeden z hlavních atributů reformy sociální péče v oblasti sociálních služeb. Skutečnost, že některé služby by financoval stát, také neznamenala, že by z jiných zdrojů (samosprávné obce, sponzoři) nemohly jiné akreditované subjekty takové služby provozovat. Bohužel, tyto návrhy nebyly přijaty.

Některé služby s ohledem na jejich spádovost event. speciální povahu se navrhovalo přesunout do působnosti kraje, popř. na celostátní úroveň. Určitý okruh služeb se naopak vymezil jako nezbytné vybavení (minimální síť) službami sociální prevence každé pověřené obce, a to pro zajištění jejich praktické dostupnosti a významu pro naplnění samotné podstaty preventivních služeb, tj. pomoc v sociální krizi a prevence sociálních rizik.

Skutečnost, že za nejnižší úroveň k zajišťování služeb sociální intervence se považuje tzv. pověřená obec, která v přenesené působnosti vykonává státní správu v oblasti sociální péče, vychází ze specifického sociálně-demografického postavení současných pověřených obcí, které bylo popsáno v některých výzkumných pracích (např. SOCIOKLUB "Obce, města, regiony a sociální služby"), které poukazují na skutečnost, že průměrná velikost těchto obcí a jejich spádových území (20 tis. osob s vyloučením Prahy, která by statistické údaje neadekvátně ovlivnila) vytváří natolik početné jednotlivé sociální skupiny, že potřeby jejich "problémových částí" je již možno zabezpečovat na profesionální úrovni. Tím se naplňuje evropský princip subsidiarity. Problémy jsou řešeny nejlépe svému vzniku, avšak současně tam, kde je již schopnost je kvalifikovaně řešit. V současnosti existují dva typy obcí, které vykonávají státní správu v různých oblastech v přenesené působnosti. Jde o obce s přenesenou působností a obce s rozšířenou působností. Žádný z těchto typů obcí však nevykonává přenesenou působnost v oblasti poskytování sociálních služeb pro jiné obce.

6.3.1 Přehled služeb sociální prevence, které by měly být k dispozici občanům v ČR a stanovení jejich spádových území

Na základě výzkumu reálně provozovaných služeb, analýzy četnosti (výskytu) případů, spádovosti jednotlivých aktivit byly služby prevence rozděleny tak, že jsou samostatně pojednána teritoria státu, kraje, okresu a území, na němž pověřená obec vykonává rozšířenou působnost, popř. přenesenou působnost. Vedle toho je pro ilustraci zpracováno území okresu s průměrným počtem 5 pověřených obcí. Současnou paralelou je okres s 5 obcemi s rozšířenou působností. Následující výčet je třeba chápat tak, že každé vymezené území by mělo disponovat k němu přiřazenými službami.

1. Vybavenost území státu

C. poradny /odborné/

- poradna pro azylanty
- poradna pro otázky sekt

2. Vybavenost území kraje

C. poradny /odborné/

- poradna viktimologická

G. terapeutické komunity

- terapeutická komunita pro uživatele drog

CH. azylové domy

- azylový dům pro oběti násilí

3. Vybavenost území okresu

A. kontaktní práce

- místo prvního kontaktu
- streetworkeri
- kontaktní centra pro lidi se závislostmi, zejména na drogách
- nízkoprahový klub pro mládež
- nízkoprahové středisko pro uživatele drog
- romské centrum

B. raná intervence

- střediska rané intervence

C. poradny

základní poradenství

- poradna občanská

odborné poradenství

- poradna právní
- poradna pro lidi se závislostmi, zejména na drogách
- poradna pro problémovou mládež
- poradna pro rodinu, manželství a mezilidské vztahy
- linka bezpečí, linka důvěry

D. denní stacionáře

- denní stacionář

E. domy na půl cesty

- dům na půl cesty, vč. chráněného bydlení

F. podporované zaměstnání

(podporované zaměstnání patří do politiky zaměstnanosti a není dále zpracováno)

H. krizová pomoc

- krizová pomoc pro děti
- krizová pomoc pro dospělé
- krizová pomoc pro matky s dětmi
- krizová pomoc pro nebydlící
- krizová pomoc pro oběti násilí

CH. azylové domy

- azylový dům pro muže
- azylový dům pro ženy
- azylový dům pro matky s dětmi

I. denní centra

- denní centrum

J. noclehárny

- noclehárna pro muže
- noclehárna pro ženy

4. Vybavenost na správním území pověřených obcí

A. kontaktní práce

- streetworkeri
- nízkoprahový klub pro mládež
- romské centrum (cca v 1/3 obcí)

C. poradny základní

- poradna občanská

E. domy na půl cesty

- dům na půl cesty, vč. chráněného bydlení

H. krizová pomoc

- krizová pomoc univerzální

I. denní centra

- denní centrum

Toto vymezení územní distribuce služeb sociální prevence charakterizuje minimální síť těchto služeb na předpokládaných úrovních, odpovídající současným zkušenostem, potřebám i očekáváním do budoucna. Necharakterizuje kapacitu, resp. objem těchto služeb, protože tyto veličiny je třeba v každém případě ověřit sociálně-demografickou analýzou.

V oblasti řešení důsledků závislostí, zejména drogových se objevují určité typy služeb, jako např. terénní programy (terciální prevence), resocializace a sociální rehabilitace, ambulantní léčba apod., které přesahují vymezení předchozích skupin služeb sociální prevence a současně překrývají působnost více resortů, zejména zdravotnictví. Tyto služby je třeba na základě sociálně-demografické analýzy provozovat v na sebe navazujícím komplexu a dořešit návaznost na zdravotní péči.

Pokud se v textu operuje s potřebou vybavenosti, náklady a počtem pracovníků, vycházelo se z informací o provozních dimenzích a spádovosti jednotlivých reálně existujících služeb sociální prevence tak, jak byly získány v rámci výše uvedeného výzkumu mezi nevládními organizacemi.

Pro vyjádření věcných a finančních normativů vybavenosti službami sociální prevence byl vzhledem k absolutnímu nedostatku makrosociálních informací o provozovaných službách a jejich současných nákladech použit kombinovaný způsob tvorby. Jedná se tedy o určitý teoretický konstrukt, který sice vychází z reálných faktů, má však své věcné i ekonomické rámce a platí za předpokladů, které jsou dále uvedeny. Jedná se tedy o určitou interpretaci zjištěných údajů a jejich exploataci a časovou extrapolaci.

V roce 1999 podle odhadu a na základě informací od nestátních i státních subjektů v této oblasti byly věcné a finanční normativy naplněny podle typu služby

diferencovaným způsobem a v průměru je normativ vybavenosti, jak je koncipován v této studii, naplněn nejvýše z jedné třetiny. Pro rok 2010 byl finanční normativ přiměřeného vybavení území sociálními službami v ČR odhadnut na 3,6 mld. Kč.

7. Makroekonomická analýza finančních nákladů a transferů

Přijetím nového zákona o sociálních službách č. 108/2006 Sb. došlo k významným změnám v systému financování sociálních služeb. Byla koncipována nová sociální dávka - příspěvek na péči, jejímž cílem bylo mj. posílit koupěschopnou poptávku a přispět tak k vytvoření tržních atributů v rámci tohoto systému veřejných služeb. Předpokládalo se, že dojde k mohutnému rozvoji nových sociálních služeb zejména terénního a ambulantního charakteru a k výraznému zvýšení kvality poskytovaných sociálních služeb.

Dosavadní poznatky však ukazují, že tento cíl se doposud nepodařilo naplnit a že vynaložené finanční prostředky nejsou využívány v souladu s představami zákonodárce, nýbrž že často slouží k posílení příjmů handicapovaných osob a jejich rodin bez jejich využití k zabezpečení sociálních služeb.

Relativně vysokými nároky na kvalifikaci pracovníků v sociální oblasti, které na jedné straně umožňují zabezpečovat kvalitní poskytování sociálních služeb, na druhé straně však takto vzdělané pracovníky stávající systém odměňování neumožňuje adekvátně odměnit, což následně vede k vysoké fluktuaci těchto pracovníků, náborem nových, potřebě zajištění jejich vzdělání, a tedy k dalšímu růst personálních výdajů.

Struktura nákladů na krytí nákladů jednotlivých typů sociálních služeb je zřejmá z přílohy č. 8 a č. 9.

7.1 Změny ve struktuře příjemců příspěvku na péči v letech 2007-2010

Jednou z nejvýznamnějších změn, kterou přinesl nový zákon o sociálních službách, je koncipování nové sociální dávky - příspěvku na péči, která představuje zcela nový nástroj financování sociálních služeb a která by měla výrazně přispět k potřebným, žádoucím a očekávaným změnám v této oblasti. Příspěvek na péči je poskytován těm osobám, které z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu potřebují pomoc jiné fyzické osoby při péči o vlastní osobu a při zajištění soběstačnosti.

Cílem zavedení příspěvku na péči jako nového nástroje financování sociálních služeb bylo:

- zabezpečit svobodnou volbu způsobu zabezpečení služeb a reverzibilní přechod od "pasivního závislého pacientství" k "aktivnímu klientství",
- sjednotit podmínky pro získání veřejných prostředků všemi subjekty poskytujícími péči za podmínek jejich registrace,
- zvýšit prvek spoluúčasti občana při řešení jeho sociální situace,
- zrušit paušalizaci pohledu na zdravotně postižené občany a starobní důchodce,
- nastartovat proces deinstitucionalizace a individualizace péče.⁴⁷

⁴⁷ *Návrh modelu financování sociálních služeb*. Praha: MPSV, 1997

Splnění těchto požadavků při stávajícím rozdělení působností mezi státem a samosprávnými kraji a obcemi, kdy stát nemá možnost nařídít změnu způsobu poskytování služeb a rozvoj služeb nových, znamená:

- zvýšit odpovědnost a působnost samosprávných krajů a obcí při zabezpečování sociálních služeb,
- zvýšit roli příjemce služby,
- roli státu vymezit tak, aby:
 - byl garantem za zabezpečení klasifikace zdravotního postižení a multidisciplinárního posouzení celkové sociální situace žadatele,
 - došlo k posílení příjmu občana tak, aby si službu mohl "koupit",
 - byla zabezpečena ochrana občana prostřednictvím inspekce sociálních služeb a registrace jednotlivých subjektů, které je poskytují,
 - byly stanoveny jednotné podmínky registrace subjektů poskytujících sociální služby, na jejichž základě by došlo k vytvoření komplexní sítě sociálních služeb na území jednotlivých regionů,
 - poskytoval příspěvek organizacím, jejichž je zřizovatelem.⁴⁸

Příspěvek na péči je určen na krytí zvýšených životních nákladů vyvolaných potřebou péče o závislou osobu. K základním principům tohoto řešení patří⁴⁹:

- jedná se pouze o "příspěvek" určený ke krytí části nákladů na zabezpečení potřebné péče, k úplné úhradě jsou využity i jiné zdroje klienta (např. starobní důchod, vlastní úspory), jeho rodinných příslušníků i další veřejné zdroje (např. úhrada nákladů zdravotní a ošetrovatelské péče ze systému veřejného zdravotního pojištění),
- poskytnutí příspěvku významně zvyšuje možnost samostatného rozhodnutí klienta o způsobu zabezpečení vlastních potřeb,
- poskytnutí příspěvku osobě, která péči potřebuje, umožňuje přesnější alokaci veřejných prostředků tam, kde je potřeba péče a nikoliv tam, kde byly v minulosti vytvořeny kapacity služeb.

Již první poznatky však ukázaly, že značná část příjemců využívá příspěvek na péči v rozporu s představami zákonodárce, tedy nikoli na "nákup" potřebných sociálních služeb, ale ke zvýšení svých příjmů, popř. k úhradě svých závazků nebo závazků jiných členů rodiny (např. splátky půjček, hypotéky, leasingu).

7.2 Změny ve struktuře příjemců příspěvku na péči v letech 2007-2010 v závislosti na formě využívání příspěvku

V souvislosti s přípravou zákona o sociálních službách se předpokládalo, že příspěvek na péči by mělo pobírat cca 175 tis. osob a náklady na jeho výplatu by měly činit cca 8 mld. Kč.⁵⁰ Skutečný počet příjemců této dávky i náklady na její výplatu jsou však po celou dobu její výplaty výrazně vyšší, než se původně očekávalo. Z údajů

⁴⁸ Průša, L. *Nový model financování sociálních služeb*. Sociální politika č. 1-2/1998. ISSN 0049-0962

⁴⁹ Průša, L. *K vybraným otázkám transformace systému sociálních služeb*. Praha: VŠE 1997

⁵⁰ *Návrh zákona o sociálních službách*. Praha: MPSV 2005

informačního systému o příspěvku na péči vyplývá, že v prosinci 2007 pobíralo příspěvek na péči celkem cca 256 tis. osob, o dva roky později, v prosinci 2010, to bylo již 305 tis. klientů.

Tabulka č. 18 **Struktura příjemců příspěvku na péči v prosinci 2010**

příspěvek na péči - stupeň	forma péče			žádný registrovaný poskytovatel	celkem
	pobytová zařízení	ambulantní zařízení	terénní zařízení		
I.	11 734	6 056	12 372	85 764	115 926
II.	15 397	4 067	7 437	64 404	91 305
III.	13 820	2 252	3 709	40 020	59 801
IV.	14 519	1 242	2 158	19 891	37 810
celkem	55 470	13 617	25 676	210 079	304 842

Pramen: vlastní propočty

Z porovnání vývoje struktury příjemců příspěvku na péči v letech 2007-2010 je zřejmé, že v prosinci 2010 v porovnání s prosincem 2007⁵¹:

- klesl podíl příjemců příspěvku na péči v I. stupni závislosti o 4,9 p.b. (ze 42,9 % na 38,0 %) a ve II. stupni závislosti o 3,8 p.b. (ze 33,8 % na 30,0 %),
- vzrostl podíl příjemců příspěvku na péči ve III. stupni závislosti o 4,1 p.b. (z 15,5 % na 19,6 %) a ve IV. stupni závislosti rovněž o 4,7 p.b. (z 7,7 % na 12,4 %),
- klesl podíl příjemců příspěvku na péči, kteří nevyužívají žádnou ze služeb od registrovaných poskytovatelů o 9,4 p.b. (ze 78,3 % na 68,9 %),
- vzrostl podíl příjemců příspěvku využívajících služby registrovaných poskytovatelů jak v pobytových (ze 14,2 % na 18,2 %), tak i v ambulantních (z 2,8 % na 4,5 %) a v terénních zařízeních (ze 4,8 % na 8,4 %).

7.3 Změny ve struktuře příjemců příspěvku na péči v letech 2007-2010 v závislosti na typu poskytované služby

Významné informace lze zjistit při zmapování změn ve struktuře příjemců příspěvku na péči v závislosti typu na poskytované služby sociální péče. Z rozboru těchto údajů lze identifikovat tyto závěry⁵²:

- ve sledovaném období rostl počet příjemců příspěvků na péči ve všech typech služeb sociální péče, přičemž nejvýznamnější nárůst lze zaznamenat u nově definovaných typů služeb (odlehčovací služby, sociální služby poskytované ve zdravotnických zařízeních, domovy se zvláštním režimem) a u služeb, které mají tradiční charakter (domovy pro seniory, pečovatelská služba),
- u příjemců příspěvku v I. stupni závislosti dochází v pobytových zařízeních (v domovech se zvláštním režimem a v domovech pro osoby se zdravotním postižením) k absolutnímu poklesu jejich počtu, popř. k jeho stagnaci (v domovech pro

⁵¹ Průša, L. a kol. *Model efektivního financování sociálních služeb*. Praha: VŠFS 2011

⁵² Průša, L. a kol. *Model efektivního financování sociálních služeb*. Praha: VŠFS 2011

seniory), naopak ve všech typech ambulantních a terénních služeb počet příjemců příspěvku v tomto stupni závislosti soustavně roste,

- u příjemců příspěvku ve IV. stupni závislosti dochází po celé sledované období k nárůstu počtu ve všech typech služeb sociální péče.

Uvedené změny se promítly ve výrazné změně struktury příjemců příspěvku na péči podle typu registrovaného poskytovatele sociální služby mezi r. 2007-2010. Ve sledovaném období došlo k poklesu podílu příjemců této sociální dávky v "typických" pobytových zařízeních (v domovech pro seniory o 5,2 p.b. z 43,9 % v r. 2007 na 38,7 % v r. 2010, v domovech pro občany se zdravotním postižením o 5,8 p.b. z 22,3 % v r. 2007 na 16,5 % v r. 2010), naopak u všech nově definovaných typů sociálních služeb vč. pečovatelské služby došlo k nárůstu podílu příjemců příspěvku na péči. Tyto změny nelze vysvětlovat změnami ve zdravotním stavu populace.⁵³ Jedná se o přirozené tendence, které doprovázejí zavedení každého nového systému:

- klienti, jimž byl v rámci přijetí přechodných ustanovení zákona o sociálních službách automaticky přiznán příspěvek v nižším stupni, žádají o posouzení své sociální situace podle nově stanovených podmínek, a tedy i o přiznání příspěvku na péči ve vyšším stupni,
- počet příjemců příspěvků ve IV. stupni 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 projevuje ekonomický tlak, který na ně vyvíjejí jak jejich zřizovatelé, tak i samotná konstrukce systému financování sociálních služeb (závislost poskytovatelů sociálních služeb na přiznání dotací ze státního rozpočtu, tzv. "cenové regulace" výše úhrad za poskytované služby a naprosto nedostatečné financování indikované a poskytnuté ošetřovatelské a rehabilitační péče ze systému veřejného zdravotního pojištění⁵⁴ je vede k tomu, že při poskytování sociálních služeb "favorizují" klienty s vyšším stupněm příspěvku na péči a těm, jimž služby již poskytují, doporučují, aby si požádali o přiznání příspěvku na péči ve vyšším stupni, resp. sami jim tuto žádost pomohou podat),
- začínají se projevovat i rostoucí znalosti marketingových strategií v této oblasti.⁵⁵

7.4 Změny ve struktuře příjemců příspěvku na péči v letech 2007-2010 v závislosti na pohlaví, věku příjemce, míry závislosti v jednotlivých krajích

Z hlediska rozdělení kompetencí při poskytování a financování sociálních služeb mezi státními orgány a kraji a městy (obcemi) v jejich samosprávné působnosti poskytuje významné informace porovnání struktury příjemců příspěvku na péči v závislosti na pohlaví, věku příjemce a míře jeho závislosti v jednotlivých krajích. Z

⁵³ Průša, L. a kol. *Vývoj a výhled závislosti a potřeby dlouhodobé sociálně-zdravotní péče a sociálních služeb v období 2012-2020 u populace nad 65 let věku z hlediska zdravotního stavu*. Praha: VÚPSV, v.v.i. 2010. ISBN 978-80-7416-075-2

⁵⁴ 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

⁵⁵ Molek, J. *Marketing sociálních služeb*, Praha: VÚPSV, v.v.i. 2009. ISBN 978-80-7416-026-4

jejich rozboru vyplývá, že mezi jednotlivými kraji existují výrazné rozdíly, přičemž k nejvýznamnějším patří tyto skutečnosti⁵⁶:

- dlouhodobě nejnižší podíl příjemců příspěvku na péči na celkovém počtu osob v příslušné věkové skupině je v Hlavním městě Praze, Středočeském a Karlovarském kraji, a to jak u mužů, tak i u žen,
- dlouhodobě nejvyšší podíl příjemců příspěvku na péči na celkovém počtu osob v příslušné věkové skupině je ve Zlínském kraji, a to jak u mužů, tak i u žen, následuje Kraj Vysočina a zejména v nižších věkových skupinách rovněž Ústecký kraj,
- s rostoucím věkem příjemců příspěvku na péči a s jeho zvyšujícím se stupněm klesají rozdíly mezi jednotlivými kraji z hlediska podílu příjemců této dávky na celkovém počtu osob v daném věkové skupině, a to jak u mužů, tak i u žen.

Tyto rozdíly lze vysvětlit řadou faktorů, z nich k nejvýznamnějším patří především tyto skutečnosti:

- přestože je v současné době zákon o sociálních službách uplatňován v praxi již pátým rokem, doposud nebyl zpracován žádný metodický pokyn, který by sociálním pracovníkům obcí s rozšířenou působností poskytl podrobný návod k tomu, jakým způsobem provádět sociální šetření u jednotlivých žadatelů o přiznání příspěvku na péči,⁵⁷
- lékaři posudkové služby sociálního zabezpečení posuzují míru závislosti jednotlivých klientů nikoli v jejich přirozeném domácím prostředí tak jako sociální pracovníci, ale pouze na základě písemných informací od sociálních pracovníků a ošetřujících lékařů,
- střet zájmu při poskytování příspěvku na péči především ze strany obcí s rozšířenou působností, které jsou současně zřizovateli řady služeb sociální péče.⁵⁸

7.5 Dotace ze státního rozpočtu

Poskytovatelům sociálních služeb, kteří jsou zapsáni v registru poskytovatelů, jsou mj. poskytovány ministerstvem práce a sociálních věcí prostřednictvím rozpočtu kraje v jejich přenesené působnosti dotace ze státního rozpočtu. Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, v platném znění, předpokládá, že prováděcí právní předpis stanoví bližší podmínky pro stanovení výše a účelu dotace, jejího členění a způsobu poskytování.⁵⁹ Vzhledem k této skutečnosti je vhodné a potřebné, aby stát při tvorbě tohoto nového systému dotační politiky deklaroval obecně závazné principy, které by tvořily základní stavební kámen, od kterého by se samotná dotační politika odvíjela.

⁵⁶ Průša, L. a kol. *Model efektivního financování sociálních služeb*. Praha: VŠFS 2011

⁵⁷ Lukešová, M. *Sociální šetření u příspěvku na péči*. FÓRUM sociální politiky č. 2/2011, s. 27

⁵⁸ Průša, L. *Public Governance, Social Services and Social Assistance Benefits*. ACTA VŠFS č. 2/2011, ISSN 1802-7946

⁵⁹ tento prováděcí právní předpis nebyl doposud zpracován, dotace jsou ze strany MPSV poskytovány na základě příkazu ministra

Za hlavní principy dotační politiky lze i nadále považovat ty principy, které byly deklarovány koncem 90. let minulého století v souvislosti s precizací dotačního řízení ministerstva práce a sociálních věcí směrem k nestátním neziskovým organizacím při poskytování sociálních služeb. V tomto smyslu se jedná o tyto principy⁶⁰:

- princip rovných podmínek pro všechny poskytovatele veřejných služeb,
- princip rovných podmínek pro všechny příjemce veřejných služeb,
- princip efektivního (účelného) vynakládání veřejných prostředků,
- princip primárního důrazu na kvalitu poskytovaných služeb,
- princip transparentního systému financování,
- princip stabilního systému financování.

Pro aktivity poskytovatelů sociálních služeb byly v uplynulých letech poskytovány dotace v zásadě podle schémat, která z uplynulých let znají velmi dobře především poskytovatelé z řad nestátních neziskových organizací.

7.6 Analýza výsledků dotačního řízení v oblasti služeb sociální péče pro seniory v letech 2007-2011

Dříve provedené analýzy výsledků dotačního řízení prokázaly, že:

- míra přiznané dotace je výrazně diferencována podle typu organizace a jejího zřizovatele⁶¹ (nejvyšší dotaci v porovnání s výší uplatněných požadavků získaly v r. 2007 příspěvkové organizace poskytující služby sociální péče, které byly zřizovány kraji, jejichž požadavky byly uspokojeny z 82,8 %, nejnižší míru uspokojení požadavků vykázaly obchodní společnosti, jejichž požadavky na dotaci na služby sociální péče byly uspokojeny z 2,7 %),
- mezi výší přiznané dotace na jedno lůžko v domovech pro seniory existující výrazné regionální rozdíly⁶² (např. v r. 2008 byla nejvyšší dotace v relaci na jedno lůžko přiznána v Olomouckém kraji - 5 540 Kč měsíčně, naopak nejnižší dotace byla poskytnuta v Hl. městě Praze - 2 793 Kč).

Tyto rozdíly lze identifikovat i v následujících letech. Např. v r. 2010 byla nejvyšší dotace v relaci na jedno lůžko v domovech pro seniory přiznána v Karlovarském kraji (6 473 Kč), což bylo 2,26x vyšší než v Hl. městě Praze, kde je státní dotace dlouhodobě poskytována na nejnižší úrovni (v r. 2010 činila 2 867 Kč).

Získané údaje svědčí o tom, že v rámci dotačního řízení dochází po celou dobu jeho realizace k porušení výše uvedených základních principů.

⁶⁰ Průša, L., Mátl, O. *Nad pojetím dotační politiky MPSV*. Sociální politika č. 9/1999, ISSN 0049-0962

⁶¹ Průša, L. *Efektivnost sociálních služeb: vybrané prvky a aspekty*. Praha: VÚPSV, v.v.i.. 2007. ISBN 978-80-87007-73-0

⁶² Průša, L. *Je nový systém financování sociálních služeb pro staré občany efektivní?* Národohospodářský obzor č. 3/2009. ISSN 1213-2446

Všechny uvedené rozdíly ukazují, že v rámci dotačního řízení byl porušen i princip rovných podmínek pro všechny příjemce sociálních služeb, neboť 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.

Rozdílný vývoj rovněž zaznamenává vývoj dotace na jedno lůžko v jednotlivých krajích. Zatímco např. kraji Královéhradeckém výše této dotace každoročně klesá, v jiných krajích došlo zpravidla v r. 2010 k navýšení dotace, v některých případech i nad úroveň r. 2007 (v krajích Karlovarském, Pardubickém a Jihomoravském). Tato skutečnost je pravděpodobně dána změnou priorit nově zvolených krajských zastupitelstev, není však pravděpodobně odrazem střednědobých plánů rozvoje sociálních služeb do systému financování sociálních služeb, tyto prvky systému zůstávají i nadále s největší pravděpodobností nepropojené.

Negativní hodnocení, jimiž byly charakterizovány výsledky dotačního řízení v letech 2007-2010, lze doložit i na základě výsledků 1. kola dotačního řízení v tomto roce. Pozornost byla na základě ohlasů od poskytovatelů sociálních služeb zaměřena na analýzu výsledků dotačního řízení z hlediska typu zřizovatele pro domovy pro seniory, pro domovy pro osoby se zdravotním postižením, pro domovy se zvláštním režimem, pro poskytovatele chráněného bydlení, pro týdenní stacionáře a poskytovatele pečovatelské služby.

Provedené propočty potvrdily, že výše přiznané dotace je výrazně diferencovaná podle tohoto kritéria. Tabulka č. 19 uvádí diferenciaci u domovů pro seniory.

Tabulka č. 19 Porovnání výše dotace přiznané v rámci 1. kola dotačního šetření domovům pro seniory v závislosti na typu zřizovatele

zřizovatel domova pro seniory	výše nákladů připadajících na 1 lůžko měsíčně	výše přiznané dotace na 1 lůžko měsíčně	podíl výše přiznané dotace na výši nákladů
celkem	22 753	4 439	19,49
z toho:			
- akciová společnost	22 828	3 439	15,06
- církevní organizace	23 801	5 907	24,82
- fyzická osoba podnikající dle živnost. zákona nezapsaná v obchodním rejstříku	23 094	2 411	10,44
- obec nebo městská část hl. m. Prahy	21 414	3 849	17,97
- obecně prospěšná společnost	27 260	3 154	11,57
- organizační jednotka sdružení	23 359	2 750	11,77
- příspěvková organizace celkem	22 549	4 434	19,66
z toho: - příspěvková organizace zřízená městem	22 761	3 572	15,69
- příspěvková organizace zřízená krajem	22 443	5 226	23,29
- sdružení (svaz, spolek, společnost, klub aj.)	23 974	4 569	19,06
- společnost s ručením omezeným	23 156	776	3,35

Pramen: vlastní zpracování na základě interních údajů MPSV

7. Makroekonomická analýza finančních nákladů a transferů

Z uvedených údajů jsou zřejmé diametrální rozdíly mezi výší přiznané dotace podle typu organizace. Na první pohled jsou přitom alarmující především rozdíly mezi výší dotace přiznané příspěvkovým organizacím zřizovaným kraji a městy (obcemi). Z tohoto titulu byla pozornost věnována analýze těchto rozdílů v jednotlivých krajích (viz tabulka č. 20)

Tabulka č. 20 Porovnání výše dotace přiznané v rámci 1. kola dotačního šetření domovům pro seniory, jejichž zřizovateli jsou kraje a obce v jednotlivých krajích

domovy pro seniory - příspěvkové organizace	organizace zřízené městem			organizace zřízené krajem			Dk - Dm	%k - %m
	výše nákladů připadající na 1 místo měsíčně	výše přiznané dotace na 1 místo měsíčně	podíl výše přiznané dotace na výši nákladů	výše nákladů připadající na 1 místo měsíčně	výše přiznané dotace na 1 místo měsíčně	podíl výše přiznané dotace na výši nákladů		
celkem	22 761	3 572	15,69	22 443	5 226	23,29	1 654	7,59
Hl. m. Praha	26 759	1 473	5,51	22 854	1 814	7,94	341	2,43
Středočeský	24 073	2 435	10,12	21 205	5 104	24,07	2 669	13,95
Jihočeský	23 337	5 153	22,08	24 482	5 944	24,28	791	2,20
Plzeňský	20 484	4 011	19,58	20 251	5 669	27,99	1 658	8,41
Karlovarský	22 131	1 621	7,32	22 171	7 352	33,16	5 731	25,84
Ústecký	18 645	3 050	16,36	23 228	5 692	24,51	2 643	8,15
Liberecký	24 044	3 842	15,98	25 512	5 573	21,84	1 731	5,87
Královéhradecký	23 930	4 179	17,46	23 546	4 098	17,40	-81	-0,06
Pardubický	22 589	4 037	17,87	23 986	4 543	18,94	507	1,07
Kraj Vysočina	22 642	5 045	22,28	22 155	5 204	23,49	159	1,21
Jihomoravský	23 985	2 987	12,46	23 768	7 218	30,37	4 231	17,91
Olomoucký	23 346	3 779	16,19	24 288	5 731	23,60	1 953	7,41
Zlínský	22 354	5 101	22,82	17 610	4 007	22,76	-1 093	-0,06
Moravskoslezský	23 710	3 608	15,22	24 645	6 774	27,48	3 165	12,27

Pramen: vlastní zpracování na základě interních údajů MPSV

Z uvedených údajů je zřejmé, že mezi jednotlivými kraji existují velmi diametrální rozdíly:

- průměrná výše dotace přiznaná organizacím, jejichž zřizovateli jsou kraje, je v relaci na 1 místo o 7,6 % (v absolutním vyjádření o 1 654 Kč na 1 místo měsíčně) vyšší, než činí průměrná výše dotace, která byla přiznaná organizacím, které jsou zřizovány městy,
- mezi výší přiznané dotace jsou organizacím obou typů v jednotlivých krajích výrazné diference, které se vzhledem k systému financování sociálních služeb musí promítnout v kvalitě poskytovaných služeb (mezi výší průměrných nákladů na 1 místo měsíčně v zařízeních, jejichž zřizovatelem je Hl. m. Praha a v zařízeních, jejichž zřizovatelem je Zlínský kraj je více než 50procentní rozdíl),
- největší rozdíl mezi výší přiznané dotace v relaci na 1 místo měsíčně v zařízeních zřizovaných krajem a městem je v Karlovarském kraji (25,8 %, resp. 5 731 Kč) a v kraji Jihomoravském (17,9 %, resp. 4 231 Kč), výrazné rozdíly lze identifikovat ve Středočeském kraji (14,0 %, resp. 2 669 Kč) a v Moravskoslezském kraji (12,3 %, resp. 3 165 Kč),

- nejmenší rozdíl mezi výší přiznané dotace v relaci na 1 místo měsíčně v zařízeních zřizovaných krajem a městem je ve Zlínském kraji (dotace přiznaná zařízením, jejichž zřizovatelem je město, je v průměru o 81 Kč vyšší než dotace přiznané zařízením, jejichž zřizovatelem je kraj) a v Kraji Vysočina (dotace přiznaná zařízením, jejichž zřizovatelem je kraj, je v průměru o 159 Kč vyšší než dotace přiznané zařízením, jejichž zřizovatelem je město).

Z těchto údajů je zřejmé, že je nezbytné hledat taková řešení, která by přispěla k odstranění těchto disproporcí a která by současně přispěla k potřebnému rozvoji sociálních služeb tak, aby v souvislosti s demografickými trendy byla naše společnost připravena zabezpečit potřebnou sociálně-zdravotní péči o všechny potřebné občany. Tato řešení musí být konformní mj. i s evropskou legislativou. Již dlouhou dobu se v naší zemi vedou diskuse o tom, zda sociální služby jsou podle evropské legislativy službami obecného zájmu a zda tedy také v této oblasti by mělo být uplatňováno soutěžní právo EU. Jednoznačné stanovisko doposud nebylo vydáno ani ze strany Evropské komise.

7.7 K problematice služeb sociální prevence a jejich financování

Na rozdíl od služeb sociální péče nelze v oblasti služeb sociální prevence předpokládat, že tyto služby - stejně jako poradenské služby - by mohly být financovány bez závislosti na poskytování dotací ze státního rozpočtu. Charakter těchto služeb je ve srovnání se službami sociální péče zcela odlišný.

Služby sociální péče napomáhají osobám zajistit jejich fyzickou a psychickou soběstačnost s cílem umožnit jim v nejvyšší možné míře zapojení do běžného života společnosti a v případech, kdy toto vylučuje jejich stav, zajistit jim důstojné prostředí a zacházení.

Služby sociální prevence napomáhají zabránit sociálnímu vyloučení osob, které jsou tímto ohroženy pro krizovou sociální situaci, životní návyky a způsob života vedoucí ke konfliktu se společností, sociálně znevýhodňující prostředí a ohrožení práv a oprávněných zájmů trestnou činností jiné fyzické osoby. Cílem služeb sociální prevence je napomáhat osobám k překonání jejich nepříznivé sociální situace a chránit společnost před vznikem a šířením nežádoucích společenských jevů.

Sociální poradenství je základní činností při poskytování všech druhů sociálních služeb.

Pokud tedy služby (a zejména služby sociální prevence)⁶³ mají naplňovat dvě základní funkce, je zřejmé, že při financování těchto služeb nejde uplatnit obdobný model jako v oblasti služeb sociální péče. S ohledem na řadu problémů, které dnes doprovázejí poskytování všech sociálních služeb v rámci samosprávných působností obcí, měst a krajů, lze vyslovit názor, že zajištění těchto služeb na celém území státu by mělo být převedeno do jejich přenesené působnosti, popř. do kompetence Úřadu práce ČR⁶⁴ a jeho jednotlivých organizačních složek. Poskytovatel těchto služeb totiž

⁶³ Autor je toho názoru, že poradenství by mělo být nedílnou součástí práce každého pracovníka v sociální oblasti.

⁶⁴ Vzhledem k tomu, že již v současné době Úřad práce ČR prostřednictvím svých regionálních pracovišť vyplácí dávky státní sociální podpory a v rámci transformace sociálního systému se předpokládá, že by v příštích letech vyplácel i dávky pomoci v hmotné nouzi, dávky pro zdravotně postižené osoby a příspěvek

zasahuje ve prospěch společnosti a občana, zpravidla na jeho žádost, pomáhá mu překonat jeho obtížnou sociální situaci nebo sociální problém. Cílem poskytování těchto služeb je zajištění prospěchu celé společnosti, resp. ochrana společnosti před působením sociálně patologických jevů. V tomto smyslu je nutno položit otázku, zda po reformě veřejné správy, kdy řada kompetencí státu byla převedena do samosprávné kompetence jednotlivých krajů, má stát zajištěno naplňování všech svých mezinárodně právních závazků.

Odlíšné pojetí a cíle jednotlivých typů služeb vyžaduje i jejich odlišné organizačně správní uspořádání, a tedy i financování. V tomto smyslu je proto nezbytné definovat roli jednotlivých úrovní veřejné správy. Jde o to přesně definovat, jaké role by měl naplňovat stát, tedy zejména MPSV, jaké by měly být kompetence krajských a obecních samospráv, co by měl dělat kraj a město/obec ve své přenesené, popř. rozšířené působnosti a jaká je role jednotlivých poskytovatelů sociálních služeb vč. NNO.

Nezbytným krokem pro zvýšení efektivity financování všech typů sociálních služeb je propojení systému plánování, registrace a financování sociálních služeb. Významným limitujícím prvkem v tomto smyslu je dosavadní absence střednědobého národního plánu rozvoje sociálních služeb,⁶⁵ která následně limituje i jednotlivé kraje při přípravě vlastních rozvojových plánů, neboť neznají priority státu při poskytování sociálních služeb, které se následně mohou projevit i v oblasti financování sociálních služeb. Do souladu by měly být uvedeny jednotlivé krajské plány rozvoje sociálních služeb s plány rozvoje sociálních služeb jednotlivých obcí a měst, zpracování těchto plánů by pro obecní úřady obcí s rozšířenou působností mělo být povinností.

Na základě zpracovaných krajských, popř. i obecních plánů rozvoje sociálních služeb by jednotlivé kraje, popř. města na zajištění potřebných služeb sociální prevence a sociálního poradenství vyhlášovaly výběrová řízení, poskytovatelé jednotlivých služeb - zpravidla nevládní neziskové organizace - by se do těchto výběrových řízení přihlašovali na základě údajů uváděných v registraci poskytovatelů. Vítězové jednotlivých výběrových řízení by následně s kraji (městy) uzavírali smlouvy o poskytování těchto služeb, přičemž by byly smluvně definovány i podmínky finanční spoluúčasti krajů a měst na zajištění těchto služeb. Smlouvy by přitom mohly být uzavírány na delší časové období, čímž by se výrazně zvýšila míra jistoty poskytovatelů těchto služeb, kteří by tak např. mohli jednotlivé služby i rozvíjet (což stávající systém financování neumožňuje).

Odlíšným způsobem je nutno nahlížet i na hodnocení efektivity těchto typů služeb. V tomto smyslu je nutno vycházet z teze, že celá baterie těchto služeb by měla být k dispozici v zásadě na území každého kraje⁶⁶ tak, aby v případě potřeby mohla být potřebným osobám poskytnuta rychle účinná pomoc nebo podpora. Na zřeteli přitom je nutno mít i preventivní charakter řady těchto služeb, neboť neposkytnutí včasné pomoci může mít za následek např. sociální vyloučení jedince nebo určité skupiny obyvatelstva. Poskytování prevence je přitom v řadě případů levnější než následná realizace represivních opatření.⁶⁷

na péči, lze vyslovit názor, že by bylo vhodnější tento úřad v budoucnu přejmenovat např. na Úřad práce a sociálních věcí ČR.

⁶⁵ viz § 96 odst. b) zákona č. 10/2006 Sb., o sociálních službách, v platném znění

⁶⁶ Pojem "v zásadě" je zvolen zcela záměrně, neboť vzhledem k rozdílné velikosti jednotlivých krajů je nutno jinak nahlížet na situaci např. v kraji Karlovarském, jinak v kraji Středočeském s Prahou ve svém středu, jinak v kraji Jihomoravském.

⁶⁷ *Program sociální prevence*. Praha: MPSV, 1993

Služby sociální prevence jsou podle empirických poznatků i podle získaných, popř. dostupných údajů nejčastěji provozovány nestátními subjekty. Proto je předmětem zájmu této studie otázka, jak nový zákon řeší jejich aktivity v této oblasti. Jde o služby, které jsou v řadě směrů v systému sociální péče České republiky relativně nové, přičemž zkušenosti z jejich provozování jsou jen sporadicky publikovány a zobecněny. Především je problém v neexistenci statistických údajů o rozsahu poskytovaných služeb sociální prevence a o stavu vybavenosti území. Sociálně-demografické analýzy SOCIOKLUBu, o. s., ve všech analyzovaných městech a krajích poukázaly na významný nedostatek kapacit služeb sociální prevence.

Je to dáno více faktory, z nichž jsou významné zejména následující⁶⁸:

Prvním je skutečnost "havarijní" povahy příčin potřeby, které souvisí se sociální krizí jednotlivce či skupiny. Tu lze predikovat pouze na základě makrosociální analýzy četnosti rizik, nikoliv na základě tzv. "komunitního plánování". Lze "předpokládat", že k určitým situacím v určité četnosti (na počet obyvatel) dochází a lze tedy predikovat potřebu i územní distribuci služeb, které jsou k jejich řešení určeny. Makrosociální úvaha o průměrném výskytu jevu se musí konfrontovat se sídelní strukturou a dalšími faktory jako je např. vliv urbanizace, sociální problémovost území apod.

Druhým faktorem je skutečnost **vysoké latence potřeby** (a současně neuspokojené poptávky). Takto skrytá potřeba se projevuje zpravidla až v okamžiku, kdy je nová služba zřízena (demonstrována a nabídnuta) a její kapacita je často bezprostředně na to plně využita.

Třetím faktorem je skutečnost, že tyto služby poskytují velmi často nestátní subjekty. Tyto mají - jak to odpovídá jejich povaze - často místní působnost a **nejsou statisticky vykazovány**. S tím souvisí i neexistence střešové reprezentující organizace, která by deklarovala informace o mimořádně rozsáhlých aktivitách nestátního sektoru v této oblasti.

Čtvrtým faktorem je skutečnost **územního přenosu poptávky**. Některé z těchto služeb jsou využívány občany z jiných měst a území, a to často i vzdálených. Je to dáno jak snahou o anonymitu, ale především skutečností, že služby určitého typu nejsou na území státu rovnoměrně rozmístěny. Tato situace je typická například u azylové péče. Města, která tyto služby poskytují, "přitahují" osoby, které je potřebují, což zpětně snižuje zájem obcí takové služby podporovat. To také komplikuje hledání optimálního vybavení území. Rozdíly v potřebě určitých služeb a v nerovnoměrnosti poptávky jsou dány i takovými vlivy, jako je sídelní charakter (vliv velkoměsta), existence dopravních uzlů a podobně (zhruba 60 % "pražských" bezdomovců má trvalé bydliště jinde).

Dalším aspektem je z pohledu evropského prostředí i z hlediska aktuálních otázek sociální politiky české specifikum, které lze nazvat jako **problém záměny priorit**. V praxi, v dokumentech samosprávných orgánů (ale také v médiích), dochází k tomu, že za významné je považováno to, co je rozsáhlé a nákladné, a to, co je méně rozsáhlé, je méně významné. A tak nejrozsáhlejšími aktivitami jsou zcela logicky takové činnosti, jako jsou sociální služby pro staré občany, sociální služby pro zdravotně postižené. To jsou sice aktivity nejnákladnější a nejrozsáhlejší, aktivity, které musí být zabezpečeny, ale **základní prioritou by měly být služby sociální prevence, zejm. sociální poradenství, ochrana před chudobou, opatření proti sociálnímu vyloučení, tj. opatření proti těm sociálním jevům, které ohrožují sociální**

⁶⁸ Výzkum "Tvorba regionálních a místních programů trvalé sociální udržitelnosti", NCSS,o.p.s., Praha 2000

soudržnost a společenskou stabilitu. A tak je to také běžné ve všech evropských zemích. Klíčovými problémy jsou právě sociální aktivity, které řeší rizikové faktory. Jde o ty faktory, které mohou ohrožovat stabilitu a sociální soudržnost (kohezi), tedy chudoba, sociální patologie, xenofobie, drogy, alkohol, prostituce, kriminalita apod. Sociální služby pro staré a zdravotně postižené jsou zabezpečovány běžně a průběžně v různých systémech samosprávnými, soukromými nebo nestátními subjekty.

Dalším fenoménem českého prostředí je **volba zástupných témat.** Jde zčásti o problém mediální, ale projevuje se v řadě aktivit samospráv i státu. Všeobecně velká pozornost je věnována mediálně atraktivním tématům mentálně postižených dětí, vozíčkářům a dalším, která jsou sice individuálně lidsky velmi závažná, ale z hlediska základního "makro" zaměření sociální politiky spíše okrajová a nekonfliktní. Vedle toho žije v Česku desetitisíce mladých nezaměstnaných, kteří po ukončení školy nenastoupili do zaměstnání a hrozí, že vůbec nezískají nezbytné pracovní návyky, což může mít dalekosáhlé důsledky. Každý pátý mladý člověk je nezaměstnaný. Nikoliv náhodou zpracovatel tohoto textu soudí, že nejzávažnějšími a nejrizikovějšími problémy současnosti je nezaměstnanost mladých lidí a vytváření etnicky vymezených soustředění - sociálně vyloučených komunit. Přičemž tyto dva okruhy problémů nestojí osamoceně, ale jednak se kumulují a jednak vytvářejí podhoubí pro sociální napětí.

Opomenout nelze ani **nedostatek ekonomického myšlení.** Zkušenosti ukazují, že při koncipování sociálních aktivit se málo pracuje s rozdílem mezi přímými náklady a náklady následnými či vyvolanými. Řada aktivit v oblasti sociálních služeb, či spíše v sociální oblasti obecněji, má povahu prevence, nejen prevence věčné - před zhoršením jevu, ale také prevence vysokých budoucích společenských nákladů.⁶⁹

Posledním faktorem je pozoruhodná skutečnost, že aktivní opatření charakteru prevence jsou v zpravidla v rukách samosprávných obcí a měst, i pokud se jedná o přenesenou působnost, ale hlavní tíži ekonomických důsledků, když je obec nečinná nebo dokonce koná v rozporu se zájmy státu, nese stát, popř. veřejnoprávní systémy (soudnictví, vězeňství, ústavní péče o děti, zdravotní pojištění, sociální pojištění apod.). Jde opět o situaci, kdy se stát reformou veřejné správy dostal do situace, kdy aktivity, k nimž je zavázán nemůže vymáhat, protože jejich realizace je v rukou samosprávy a stát nemá účinné nástroje, jimiž by mohl tyto aktivity na obcích vyžadovat. Poslední severočeské zkušenosti ukazují, že vysoké nájemné z ubytovny pro Romy a příjmy z nich kompenzuje sociální dávkou - stát, a to i obcím!

Na závěr předchozí diskuse je možno konstatovat, že by se v oblasti služeb sociální prevence měl stát mnohem významněji angažovat (a to ve svém zájmu, zejména ekonomickém) a jestliže se z řady závažných důvodů⁷⁰ angažují v této oblasti především nestátní subjekty, měl by stát zabezpečit jejich regulérní kofinancování, což by měl řešit, ale neřeší, zákon o sociálních službách. Jednoleté dotační financování (se všemi známými problémy) není regulérní finanční podporou této významné oblasti.

⁶⁹ Financovat ve velkém městě částkou jeden milion Kč ročně bezplatnou výměnu jednorázových injekčních stříkaček pro 2 tis. závislých klientů může být pro veřejnost nepochopitelné, ale ekonomicky významné, stojí-li léčba jen jednoho HIV pozitivního 1,5 mil. Kč. Zabezpečit komplex azylové péče (denní pobyt, noclehárna, azylový dům, chráněné bydlení) představuje akt prevence řady negativních sociálních jevů, akt určité „asanace“ centra, nádraží, veřejných prostor a má vliv na kvalitu sociálního prostředí a „rating“ města. Postupovat tak, aby nevznikla sociálně vyloučená (zpravidla romská) komunita, je významně levnější než řešit důsledky sociálního propadu, ke kterému dojde, a důsledků potenciálních následných, ekonomicky relevantních, rizik (žloutenka, devastace bytového fondu, zadlužení, kriminalita a další). Etnicky podbarvený konflikt v současné Evropě poškozují pověst a rating města.

⁷⁰ Jde často o podporu lidí, kteří nemají všeobecnou podporu veřejnosti, angažovat se v jejich prospěch je pro představitele samosprávy politicky riskantní, klienti mají větší důvodů k nestátním organizacím apod.

8. Analýza problematiky vztahu služeb sociální péče a zdravotnictví

8.1 Financování ošetřovatelské péče v pobytových zařízeních sociálních služeb a sociální péče v lůžkových zdravotnických zařízeních

Jedním z dlouhodobě nejvýznamnějších problémů, které musí poskytovatelé služeb sociální péče v každodenní práci řešit, je otázka poskytování a financování zdravotní péče. Vzhledem k tomu, že obě otázky - poskytování sociálních služeb a poskytování zdravotní péče - byly až do přijetí zákona o sociálních službách upraveny samostatnými navzájem neprovázanými právními předpisy, byly od r. 1993 hrazeny náklady zdravotní péče poskytované v pobytových zařízeních sociálních služeb nikoli z rozpočtu jednotlivých zdravotních pojišťoven, ale z rozpočtu těchto zařízení. Systém zdravotního pojištění proto v tomto směru dlouhodobě tuneloval systém sociálních služeb.

Zdravotní pojišťovny byly podle zákona č. 48/1997 Sb. povinny zajistit pojištěnci zdravotní péči ve veškerém potřebném rozsahu ve věcných dávkách. VZP však v rozporu s výše uvedenými právními předpisy odmítala dostát svým závazkům vůči svým pojištěncům, které vyplývají z čl. 31 Listiny základních práv a svobod a z uvedeného zákona a byla toho názoru, že náklady ústavů sociální péče na jimi poskytnutou zdravotní péči nemají být hrazeny z veřejného zdravotního pojištění, neboť tato zařízení mají povinnost poskytovat zdravotní péči vlastními zaměstnanci a hradit ji ze svého rozpočtu. VZP tvrdila, že ústavy sociální péče nejsou zdravotnickými zařízeními ve smyslu § 11 zákona č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, v platném znění, a že s nimi tedy ani nemůže uzavírat smlouvy na úhradu poskytované zdravotní péče. Tuto argumentaci VZP vyvrátil soud v řízení mezi VZP a domovem důchodců Sněženková 8, Praha 10 v r. 1997.⁷¹

Významným krokem k řešení otázky financování ošetřovatelské péče v pobytových zařízeních sociálních služeb přispěl zákon o sociálních službách, který stanovil, že poskytovatel sociálních služeb je povinen zajistit zdravotní péči osobám, kterým poskytuje pobytové služby v týdenních stacionářích, v domovech pro osoby se zdravotním postižením, v domovech pro seniory a v domovech se zvláštním režimem. Tato péče je poskytována formou zvláštní ambulantní péče podle zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, v platném znění:

- prostřednictvím zdravotnického zařízení,
- jde-li o ošetřovatelskou a rehabilitační péči především prostřednictvím zaměstnanců těchto zařízení, kteří mají odbornou způsobilost k výkonu zdravotnického povolání s tím, že rozsah péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění stanovuje navazující vyhláška.

⁷¹ podrobněji 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. ISBN 978-80-7416-030-1

Negativně je však nutno hodnotit skutečnost, že nebylo vytvořeno žádoucí "zrcadlo" mezi financováním sociální péče poskytované v lůžkových zdravotnických zařízeních a zdravotní péčí poskytovanou v pobytových zařízeních sociálních služeb. Negativně je nutno hodnotit především skutečnost, že zdravotnická zařízení, která poskytují služby ústavního charakteru, nejsou povinna se registrovat a plnit tak všechny povinnosti, které poskytovatelům sociálních služeb ukládá zákon. Důsledkem tohoto faktu je mj. skutečnost, že zdravotnická zařízení nepřiznávají, že pominuly důvody pro hospitalizaci pacienta ze zdravotních důvodů a podvádějí zdravotní pojišťovny. Podle odhadů VZP je v celé ČR nejméně 15 000 takových lůžek, celkové náklady, které jsou tak neefektivně vynakládány ze systému veřejného zdravotního pojištění jsou odhadovány na více než 5 mld. Kč ročně.⁷² V tomto smyslu je zcela jednoznačně zřejmé, že VZP ani ostatní zdravotní pojišťovny neplní svoje povinnosti a svojí nečinností tak dlouhodobě blokují vytvoření základních ekonomických předpokladů pro koncipování systému dlouhodobě sociálně zdravotní integrované péče.

8.2 Výdaje na ošetrovatelskou péči v pobytových zařízeních sociálních služeb

Výdaje na ošetrovatelskou péči v pobytových zařízeních sociálních služeb byly poprvé kvantifikovány v roce 2008⁷³ úrovní cca 5,2 mld. Kč.⁷⁴ Uvědomíme-li si, že VZP podle své výroční zprávy zaplatila za tento typ péče v r. 2008 celkem pouze 620 mil. Kč (v r. 2010 to bylo 749 mil. Kč), je zřejmé, kdo je nejvýznamnějším subjektem způsobujícím ekonomické problémy poskytovatelů sociálních služeb.

Průměrná výše nákladů poskytované ošetrovatelské a rehabilitační péče podle provedeného šetření činí:

- v domovech pro seniory se pohybují v rozmezí 5 086 - 5 719 Kč na jednoho klienta měsíčně, tj. cca 28,5 % průměrných neinvestičních výdajů,
- v domovech pro osoby se zdravotním postižením v rozmezí 11 170 - 12 028 Kč na jednoho klienta měsíčně, tj. cca 45,1 % průměrných neinvestičních výdajů,
- v domovech se zvláštním režimem v rozmezí 8 672 - 9 417 Kč na jednoho klienta měsíčně, tj. cca 42,1 % průměrných neinvestičních výdajů.

Velmi zajímavé údaje o výši nákladů poskytované ošetrovatelské a rehabilitační péče lze získat při jejich analýze v závislosti na stupni přiznaného příspěvku na péči (viz tabulka č. 21).

⁷² Vodička, G. *Problém se sociálními službami ve zdravotnických zařízeních*. Infoservis VZP č. 3/2010. [online], cit.[2010-09-01], dostupné z: <http://www.vzp.cz/cms/internet/cz/Lekari/Informace-pro-praxi/Infoservis/infoservis3-2010.pdf>

⁷³ Průša, L. *Poskytování ošetrovatelské a rehabilitační zdravotní péče uživatelům pobytových sociálních služeb v pobytových zařízeních sociálních služeb a v lůžkových zdravotnických zařízeních*. Praha: VÚPSV, 2009. ISBN 978-80-7416-030-1

⁷⁴ V důsledku změny struktury klientů pobytových zařízení sociálních služeb z hlediska míry závislosti lze odhadovat, že v r. 2010 činily skutečné náklady na poskytování ošetrovatelské a rehabilitační péče v těchto zařízeních cca 5,45 mld. Kč.

Tabulka č. 21 **Výše nákladů na poskytování ošetrovatelské a rehabilitační péče v pobytových zařízeních sociálních služeb v závislosti na stupni přiznaného příspěvku na péči**

stupeň příspěvku	domov pro seniory	domov pro osoby se zdravotním postižením	domov se zvláštním režimem
bez příspěvku	2 777	4 543	6 818
I.	3 697	5 893	6 586
II.	4 773	8 302	6 486
III.	7 581	15 752	7 699
IV.	10 116	16 344	10 649

Pramen: Průša, L. a kol. Poskytování ošetrovatelské a rehabilitační zdravotní péče uživatelům pobytových sociálních služeb v pobytových zařízeních sociálních služeb a v lůžkových zdravotnických zařízeních. Praha: VÚPSV, 2009. ISBN 978-80-7416-030-1

Z uvedené tabulky je zřejmé, že:

- s rostoucí mírou závislosti dochází v zásadě ve všech typech zařízení i k růstu nároků na poskytování ošetrovatelské a rehabilitační péče,
- tento nárůst je nejplynulejší v domovech pro seniory,
- nejnižší rozdíly mez rozsahem poskytované ošetrovatelské a rehabilitační péče je v domovech pro osoby se zdravotním postižením mezi III. a IV. stupněm závislosti,
- mezi rozsahem poskytované ošetrovatelské a rehabilitační péče v domovech se zvláštním režimem klesá potřeba péče u osob bez přiznaného příspěvku na péči a v prvních dvou skupinách závislosti.

Tyto skutečnosti svědčí mj. o tom, že stanovená kritéria pro hodnocení míry závislosti jsou stanovena objektivně pro hodnocení situace seniorů a osob se zdravotním postižením, naopak nevyhovují pro hodnocení míry závislosti např. pro osoby duševně nemocné, jejichž zdravotní stav vyžaduje - z hlediska rozsahu poskytované sociální péče - " pouze" celodenní dohled.

V pochopitelném ekonomickém zájmu poskytovatelů rezidenčních služeb bude přijímání klientů s nejvyšším stupněm závislosti. To postupně změní dále charakter těchto zařízení, která dosud mohla kombinovat péči o různé skupiny klientů s různými potřebami a změní se na ošetrovatelské ústavy. Nebylo by na čase - problém je znám 30 let - uvažovat o jejich převedení do sféry zdravotnictví? Je třeba připomenout, že rozvoj tzv. domovů důchodců v 50. a 70. letech reagoval na vývoj urbanizace, na sociální změny na venkově, na skutečnost že venkovské ženy ze soukromého zemědělství neměly často žádný důchod, řešil důsledky migrace obyvatel v důsledku velkých staveb apod. Tehdejší představa byla taková, že by do ústavní péče měl senior odcházet v relativně dobrém stavu, tedy tak včas, aby se uměl aklimatizovat. Již na počátku 80. let bylo zřejmé, že tato situace se podstatně změnila, a nyní je zřejmé, že je třeba otevřít zásadní diskusi na toto téma.

9. Metodická pomůcka pro regionální a místní aplikaci optimalizace vybavenosti sociálními službami

Cílem této kapitoly je nabídnout v praxi ověřený postup tvorby regionálního programu sociální politiky. Není zvlášť odlišný od všeobecné praxe týkající se jiných společenských programů, nicméně sociální politika je "věcí veřejnou, každého se dotýká a každý ji rozumí". To klade vyšší nároky na všechny etapy takové práce.

Sociálně-demografická analýza jako zdroj informací pro rozhodování o rozvoji sociálních služeb sestává z několika kroků. Jsou to:

- získání politické vůle,
- sběr, analýza a interpretace informací,
- detekce problémů a rizik,
- stanovení priorit,
- vymezení cílových skupin a cílů,
- volba nástrojů,
- hledání spojenců (princip veřejnosti a princip partnerství),
- hledání zdrojů (vlastní zdroje, státní rozpočet, evropské fondy, nestátní subjekty),
- hodnocení (průběžné a závěrečné).

Získání politické vůle

Sociální jevy se vyvíjejí pomalu, často skryté a projevují se často až jako vážný problém. Je vždy otázkou, který jev je v pohybu a kam směřuje, a proto je třeba analyzovat sociální jevy v dlouhodobé perspektivě. Také řešení sociálních jevů je dlouhodobou záležitostí. Takže je-li konstatován pokles obyvatelstva a je-li rozhodnuto, že je třeba stavět byty pro mladé a vytvářet příležitosti pro imigraci do měst, je to program na mnoho let. Opačně, vytěsňování části romských komunit na okraje měst a jejich vytlačování bez dalšího řešení důsledků může být v krátkodobém pohledu velmi úspěšnou záležitostí, v dlouhodobém pohledu přinese velmi nákladná a velmi konfliktní řešení a problémy. A problém spočívá také v tom, že proti dlouhodobosti vývoje a dlouhodobosti řešení možnosti řešení sociálních jevů stojí krátkodobost volebního období. Volební období čtyřleté je velmi krátké na to, aby nová politická garnitura poznala, pochopila, rozhodla a realizovala. To rozhodnutí je třeba učinit vždy na delší dobu, a proto je velmi závažné, aby se k tvorbě programu regionálního či místního programu trvalé sociální soudržnosti, sociálněpolitického programu přistupovalo (jakkoliv to může být obtížné) na základě co možno nejširšího politického konsenzu "na radnici" a bylo tak garantováno pokračování programu i po volbách, které by změnily poměr sil.

Sběr, analýza a interpretace informací

Pro poznání a pochopení sociálních jevů je třeba mít dostatek informací. Přitom výchozí jsou údaje demografické a sociodemografické. Situace v tomto směru alarmu-

jíci. Podle výzkumu, který provedl v roce 2002 VÚPSV,⁷⁵ jen necelá polovina dotázaných obcí znala počet obyvatel města a jejího spádového území. Z celkového počtu 284 obcí jedna obec (město) neznala počet obyvatel, 15 obcí neznalo věkovou strukturu obyvatel, 44 nemělo tyto údaje za spádové území apod. Proto jsou popsány možnosti, jak informace a data získat. Sem patří především provedení sociálně-demografické a sociálně-ekonomické analýzy. V sociálně demografické analýze se analyzují takové údaje, jako je sňatečnost, porodnost, rozvodovost, věk dožití, vývoj počtu obyvatel, sídelní a věková struktura a její vývoj a další. V sociálně-ekonomické analýze je pak možné analyzovat příjmovou situaci, mzdovou situaci, sociální příjmy, bytovou výstavbu, nezaměstnanost, síť sociálních služeb, rizika sociálního vyloučení, tedy analyzovat skupiny ohrožené sociálním vyloučením, analyzovat problém sociálních patologií apod.

Sebrané údaje je třeba v další etapě **interpretovat**. Na interpretaci je podstatná jak analýza vývoje jednotlivých jevů, tak zejména srovnání s jinými srovnatelnými regiony či městy, popřípadě srovnání s republikovými údaji a porovnání vývoje s evropskými trendy. Je třeba si položit dvě otázky:

- jak vypadá situace ve zkoumané oblasti,
- jak je na tom město či kraj ve srovnání s jinými, proč se vývoj odlišuje, jaké jsou k tomu důvody.

Odpověď na otázku, proč je ve zkoumaném městě právě zjištěná situace, jaké jsou důvody odlišností, je velmi důležitá. Poznají-li se důvody aktuálního stavu, je možné nacházet i cestu řešení. Pozná-li se minulost, umožní to pochopit i současnost a "ovládnout" budoucnost.

Detekce problémů a rizik

Výsledkem provedených analýz by mělo být vymezení těch vývojových trendů, sociálních jevů a faktorů, které představují do budoucnosti rizika stability a rozvoje. Takovými faktory mohou být například demografický vývoj (stárnutí a vystěhovávání), nízká porodnost a snižování dětské složky populace, rozvodovost, růst počtu dětí narozených mimo manželství, růst počtu dětí narozených nezletilým matkám, chudoba, sociální patologie, kriminalita, ale také roztržitá sídelní struktura a nedostatečná dopravní obslužnost, vznik ghett, nezaměstnanost nebo rizika, která přináší věcná a územní souvztažnost sociálních jevů (koncentrace různých sociálních jevů na jednom území). Jde o hledání odpovědi na otázku, jaké jsou indicie budoucích problémů územní a místní sociální nestability. Na tyto otázky může odpovědět jak analýza aktuálních jevů, tak analýza historická (vznik a důvod vzniku sídla - historické kořeny různých jevů a jejich trvání), SWOT analýza, výzkum veřejného mínění a další.

Stanovení priorit, vymezení cílových skupin a cílů, jakož i volba nástrojů jsou výsledkem předchozích kroků. Tyto skupiny jsou v dalším textu analyzovány. Princip veřejnosti a princip partnerství - tedy proces hledání spojenců, stejně jako **hledání zdrojů a hodnocení výsledků** je pak organickou součástí následných aktivit.

⁷⁵ Průša, L. *Obce (města) a výdaje na sociální a zdravotní služby v roce 2001*. Praha: VÚPSV, 2002

9.1 Sociálně-demografická a sociálně-ekonomická analýza a sběr dat

Za **prameny demografických dat** se považují všechny prameny běžné demografické statistiky a výsledky speciálních výběrových šetření. Prameny demografických dat poskytují údaje pro analýzu procesu demografické reprodukce a pro hodnocení demografických změn v souvislosti se změnami v sociální a ekonomické oblasti. Nejdůležitějšími prameny demografických dat jsou:

- sčítání lidu, domů a bytů,
- evidence přirozené měny,
- evidence migrací,
- evidence nemocnosti,
- registry obyvatelstva,
- výběrová šetření,
- historické prameny.

Sčítání lidu je snímkem okamžikového stavu obyvatelstva, tj. popisem jeho struktury podle různých znaků (např. věková, vzdělanostní, národnostní struktura obyvatelstva, náboženské vyznání a ekonomická aktivita obyvatelstva, ekonomická aktivita podle odvětví, dojíždka do zaměstnání a škol). Významnou předností demografických, sociálních a ekonomických dat ze sčítání je, že umožňují dosti hlubokou analýzu této otázky na základě kombinovaných třídění s jinými osobními znaky. Aktualnost těchto údajů však poměrně rychle klesá s odstupem od okamžiku uskutečnění sčítání lidu. Pro podrobnější analýzu některých událostí je vhodné využívat hrubé míry pouze jako doplňkovou záležitost a pro vlastní hlubší analýzu využít jiné ukazatele. Pochopitelně je podstatné, aby byl k dispozici údaj za územní jednotku, kterou zkoumáme. U běžných publikací demografické, sociální a ekonomické statistiky obecně platí, že čím nižšího řádu je zkoumaná územní jednotka, tím větším problémem je získání dat pro podrobnější analýzu.

Aktuální informace pro základní demografické charakteristiky lze získat zejména z datových statistik **Českého statistického úřadu (ČSÚ)**, **Ústavu zdravotnických informací a statistiky České republiky (ÚZIS)** Praha, na internetových stránkách **Ministerstva pro místní rozvoj ČR (MMR)**, např. pokud jde o program rozvoje venkova apod. Pokud je potřeba zpracovat podrobně i počty žáků a studentů, lze tyto informace najít na internetových stránkách **Ústavu pro informace ve vzdělávání** (při Ministerstvu školství, mládeže a tělovýchovy ČR). Informace o zaměstnanosti a nezaměstnanosti jsou uvedeny v ročenkách **Ministerstva práce a sociálních věcí ČR (MPSV)**, a to v ročenkách Správy služeb zaměstnanosti, které jsou uveřejněny na internetových stránkách MPSV. Informace jsou k dispozici za území celé ČR, krajů i nižších regionů (bývalých okresů). Významným zdrojem informací může být i Výzkumný ústav práce a sociálních věcí, který na své stránce www.vupsv.cz publikuje plná znění výzkumných prací obsahujících řadu, pro tvorbu regionální a místní politiky, významných informací.

Metody výzkumu sociálních potřeb vč. analýzy sociálního klimatu obce či regionu

Skutečnou (konečnou) cílovou skupinou, alespoň pokud jde o přínosy a efekty řešení sociálních problémů, jsou jednotliví obyvatelé (občané) regionů, měst a obcí a jejich různá uskupení. Ty však není možné považovat pouze za pasivní konzumenty cílů a opatření k sociální udržitelnosti. Naopak, je nutné postupovat tak, aby byl otevřen dostatečný prostor pro jejich aktivní úlohu ve všech fázích tvorby, realizace a evaluace programu. Akceptace názorů širší, "laické" veřejnosti není možná bez znalosti veřejného mínění o daném problému. Kvalitní zpracování programu sociální udržitelnosti, který lze považovat za nutnou součást strategického řízení regionů, měst a obcí, vyžaduje využití rozsáhlých analýz různého druhu. Jednou z nich je i empirický společensko-vědní (sociální) výzkum. Příslušné vědecké obory disponují souborem vyspělých poznatků, přístupů a zkušeností. Základem sociologických výzkumů je zejména to, co se děje ve skupině, komunitě, obci nebo společnosti.

Aplikace výzkumů tohoto typu jednoznačně vyžaduje kvalitní profesionální přístup, mají-li mít získané informace dostatečnou věrohodnost. Proto je třeba zadávat je specializovaným odborným institucím. Laické pokusy, byť spojené s nadšením a značným úsilím, nejsou relevantní. Sociální výzkum obecně může být zaměřen kvantitativně nebo kvalitativně. Povaha praktických problémů však většinou vyžaduje nějakou kombinaci obou přístupů. Přínosy této kombinace jsou především v komplexnější analýze problémů a v možnosti formulovat soubor opatření a zásahů, které mají větší účinnost.

Zapojení veřejnosti do procesu tvorby sociální politiky je pro budoucí přípravu i realizace dlouhodobých programů klíčové. Mezi základní formy této účasti je možné řadit:

- účast občanů jako respondentů či objektů různých typů výzkumů,
- poskytování informací, námětů a stížností různými komunikačními kanály (osobně, telefonicky, písemně, elektronicky),
- účast na práci řešitelských týmů a diskusních skupin k zadaným tématům,
- účast na veřejných zasedáních samosprávných orgánů,
- aktivní spolupráce s místními komisemi samosprávy,
- podíl na činnosti specializovaných neziskových organizací.

Na závěr je pak třeba se zmínit o **zapojení odborné veřejnosti**. Přes existenci přísloví, že "doma není nikdo prorokem" je třeba konstatovat, že v regionu a v obci působící odborní pracovníci veřejné správy i nestátních subjektů disponují velmi často ohromným množstvím konkrétních údajů, zkušeností a relevantních názorů, nemají však dostatek kapacity tyto parciální informace zpracovat, analyzovat komparovat je s jinými daty a konec konců zpravidla to od nich nikdo ani nepožaduje. Tito lidé představují však významný potenciál pro získání a interpretaci dat i pro tvorbu programů.

Další zdroje informací

Jednou z forem pro získání relevantních informací je **poradenství**. Okruh problémů a informací, které se stávají předmětem poradenské služby, se neustále rozšiřuje v závislosti na vývoji společnosti a životního způsobu, jejich znalost je

důležitá pro analýzu sociálních problémů v místě či regionu. Informace je možné získat ze struktury dotazů, které poradny řeší, o tématech problémů občanů a jejich četnosti.

Geografické informační systémy umožňují zaznamenat sociální jevy do mapy a získat tak zdroj informací o jejich územním rozmístění a pro analýzu souvztažností jednotlivých sociálních jevů na území města či regionu. Přitom zanesení výskytu sociálních jevů do kartogramů umožňuje jak analýzu, tak i přesvědčivou prezentaci.

Také **nestátní sektor**, který v České republice zaznamenal dynamický rozvoj po roce 1990, přináší pro poznání a řešení sociálních problémů nové důležité nástroje, má schopnost identifikovat sociální problémy. Je to dáno již důvody, proč vzniká. Občané, kteří jsou nějakým způsobem zainteresováni na řešení nějakého problému, se sdružují proto, aby tyto problémy řešili. Základními znaky jejich aktivity je vysoká míra osobní motivace a konkrétní důvěrná znalost problému.

Základním východiskem pro další kroky je správná interpretace získaných poznatků, dobrá analýza získaných demografických, sociálních a ekonomických údajů již mnohdy přímo napovídá, jaké další kroky bude třeba udělat.

Vlastní interpretace získaných dat je uvozena otázkami:

- Jaké sociální jevy (problémy) byly identifikovány?
- Jaké jsou vývojové trendy sledovaných sociálních a demografických jevů?
- Čím se liší od vývojových trendů v jiných regionech a od vývoje celostátního?
- Jaké jsou u sledovaného jevu zahraniční tendence?

Takovou analýzou lze vysvětlit i počátky vzniku enkláv či ghett, ulic se "špatnou pověstí" a již taková analýza může naznačit a varovat, že zárodky nových budoucích problémů jsou objektivně, ale i neuváženými rozhodnutími nastartovány i v současnosti (vytváření lokalit se sociálně vyloučenými komunitami, převážně romských). Získají se i informace pro umístění potřebných sociálních služeb v takových místech, které pak mohou mít preventivní účinek.

Již tato analýza naznačí, jak sociálněpolitické faktory souvisí s celkovými rozvojovými, tedy ekonomickými faktory a jak se vzájemně ovlivňují. Hovoří-li se pak o sociálních otázkách (lidském faktoru, lidských zdrojích) přesáhne diskuse téma sociální politiky, ale bude se týkat i bytové politiky, vzdělanosti, zdraví, dopravní obslužnosti a pro "koncipování budoucnosti" si bude klást i takové otázky jako např. jaký byl důvod vzniku města, zda trvá,⁷⁶ jaké má město perspektivy, šance a rizika a jakou roli v tom musí sehrát sociální politika.

Regionální a místní údaje je účelné konfrontovat s řadou celostátních databází, s výzkumy uskutečněnými v příslušných tematických oblastech a následně je možné dojít tímto srovnáváním k řadě velmi zajímavých a relevantních informací. V tomto smyslu jde mimo jiné o hledání příčin existujících odchylek.

⁷⁶ V kurzu Vzdělávacího centra pro veřejnou správu o tvorbě regionální sociální politiky, určeném pro starosty v r. 2002 (lektor ing. P. Víšek) se ukázalo, že současná i budoucí existence řady měst plně navazuje na původní historický důvod jejich vzniku – např. v případě dopravních křižovatek.

9.2 Indikátory sociální problémovosti

Existuje baterie sociálně-ekonomických indikátorů,⁷⁷ které mohou vypovídat o sociální problémovosti území. Mohou charakterizovat současnost, ale mohou i naznačit budoucí vývoj některých sociálních jevů. Jde o následující indikátory:

- **HDP na 1 obyvatele.** Jedná se o základní ukazatel makroekonomického charakteru, který ukazuje výkonnost ekonomiky. Úroveň HDP připadající na jednoho obyvatele je ve většině krajů ČR přibližně totožná a pohybuje se na úrovni cca 83 % celostátního průměru. Výraznou výjimku v tomto smyslu tvoří pouze Hlavní město Praha, které svou úrovní více než dvojnásobně převyšuje hodnotu celostátního průměru, čímž výrazným způsobem "vytahuje" nahoru hodnotu celostátního průměru.
- **Míra nezaměstnanosti.** Nezaměstnanost přímo ovlivňuje životní úroveň obyvatelstva, neboť výrazně snižuje úroveň jejich příjmů; míra nezaměstnanosti v uplynulých letech výrazně vzrostla, výdaje na poskytování podpory v nezaměstnanosti výrazně ovlivňují i výdaje v navazujících a souvisejících sociálních systémech (sociální péče, státní sociální podpora).
- **Podíl osob nezaměstnaných déle než 12 měsíců na celkové úrovni nezaměstnanosti (v %).** Vedle vývoje nezaměstnanosti je při hodnocení sociální problémovosti jednotlivých regionů nutno věnovat pozornost zejména dlouhodobé nezaměstnanosti, tedy situaci, kdy je člověk bez zaměstnání déle než 12 měsíců. Sociální ochrana těchto osob je v rámci jednotlivých systémů minimální, neboť institut životního minima je určen pouze ke krátkodobému krytí potřeb občanů.
- **Průměrná měsíční mzda zaměstnance.** Jedná se o jeden ze základních makroekonomických ukazatelů, který charakterizuje životní úroveň obyvatelstva a její vývoj. Jde o údaj, který charakterizuje kupní sílu obyvatelstva (v souvislosti se zpracováním národního akčního plánu sociálního začleňování jde o významný údaj, který signalizuje možné nebezpečí chudoby).
- **Průměrné procento pracovní neschopnosti.** Vzhledem ke konstrukci nemocenských dávek je pracovní neschopnost, zejména dlouhodobá, významným ukazatelem, který signalizuje nebezpečí chudoby a možnost vyloučení ze společnosti.
- **Podíl domácností s dětmi pobírajících "chudinské dávky".** Jedná se o charakteristiku, která umožňuje hodnotit aktuální příjmovou úroveň domácností s dětmi; domácnosti s dětmi, které jsou vzhledem k příjmovému rozložení ohroženy chudobou, mohou mj. dlouhodobě ovlivnit především životní podmínky dětí (může docházet k tzv. konzervaci chudoby).
- **Podíl živě narozených dětí mimo manželství na celkovém počtu živě narozených dětí.** Narození dítěte mimo manželství vzhledem k úrovni příjmů a životních nákladů v naší zemi objektivně může znamenat nebezpečí chudoby a dalších sociálních problémů.
- **Podíl dětí, které ukončily povinnou školní docházku před dovršením 9. tř., na celkovém počtu absolventů základních škol.** Úroveň vzdělání (základní, středo- nebo vysokoškolské) je významným faktorem, který ovlivňuje možnosti zaměstnání osob a výši jejich příjmů, nedokončení povinné školní docházky významným způsobem handicapuje tyto osoby na trhu práce.

⁷⁷ Průša, L. *Regionální indikátory sociální problémovosti*. SOCIOKLUB, Praha 2004.

- **Podíl osob bez vzdělání, se základním a neukončeným základním vzděláním na celkovém počtu osob starších 15 let.** Ze struktury nezaměstnaných osob v závislosti na míře vzdělání vyplývá, že více než jedna třetina z nich má pouze základní vzdělání. Z tohoto pohledu je možno dedukovat, že úroveň vzdělání osob výrazným způsobem předurčuje možnosti jejich uplatnění na trhu práce a z toho vyplývající i jejich životní úroveň.
- **Střední délka života člověka při narození.** Rostoucí střední délka života klade významné nároky na sociální systémy obyvatelstva, zejména na systémy důchodového a zdravotního pojištění a na oblast sociálních služeb, neboť se především prodlužuje období, kdy je člověk závislý na pomoci zvnějšku.
- **Vybavenost jednotlivých krajů službami pro staré občany v relaci na 1 000 osob starších 65 let.** Rozdíly ve vybavenosti jednotlivých krajů sociálními službami mají historické kořeny a jsou odrazem zájmů jednotlivých krajů o zabezpečení sociálních služeb starým občanům.
- **Podíl dětí narozených dívkám ve věku 13-17 let na celkovém počtu živě narozených dětí.** Narození dítěte mladistvé matce je ukazatelem, který ukazuje na nebezpečí sociálně-patologického chování, na nebezpečí chudoby a sociálního vyloučení.
- **Počet rozvodů na 1 000 obyvatel.** Rozvod manželství je ukazatelem, který může charakterizovat potencionální nebezpečí snížení životní úrovně rodiny vč. chudoby a z ní vyplývající nebezpečí sociálního vyloučení.

9.3 Detekce sociálních problémů

Závěrečnou aktivitou etapy práce na regionálním či místním programu sociální politiky, tj. po sběru, analýze a interpretaci dat, je vymezení těch sociálně-demografických a sociálně ekonomických jevů a vývojových faktorů, které poškozují sociální klima ve městě a v regionu, které ohrožují do budoucna sociální stabilitu a sociální soudržnost města či regionu, popř. které bude třeba - vzhledem k jejich vývoji - do budoucna řešit. Jde tedy o detekci sociálních problémů a rizik. Taková rizika je možné rozčlenit do několika skupin a uvést příklady:

Demografické faktory:

- **stárnutí populace** a zvyšování počtu občanů v poproduktivním věku (budoucí potřeba péče)
- zdravotní stav populace
- **klesající sňatečnost** - rodina je nejen "základ státu", ale také základní spotřební jednotka
- **nízká porodnost** na úrovni vedoucí k vymírání, rušení škol
- **vysoká rozvodovost** s řadou přímých i dlouhodobých důsledků

Územní faktory:

- **velikost obce** - ovlivňuje výskyt sociálně rizikových skupin obyvatel a reálnou možnost sociální jevy řešit

- **sídelní struktura** - velmi roztržštěná sídelní struktura, typická pro některé venkovské oblasti, kde spádovou oblast tvoří desítky malých obcí, které se vyznačují vysokým podílem seniorů, o něž je třeba pečovat, a špatnou dopravní dostupností; to klade specifické nároky na sociální služby

Sociálně-ekonomické faktory:

- **vzdělanostní struktura obyvatelstva, která mohla být vyvolána úzkým profesním zaměřením průmyslu** - po jeho případném zániku nastává reálný problém pracovního uplatnění
- **závislost na sociálních příjmech** - vysoký počet osob závislých na dávkách
- **nezaměstnanost** - dlouhodobá nezaměstnanost a nezaměstnanost mladých lidí
- **chudoba** - počet lidí nedosahujících příjmů životního minima, děti žijící v chudobě

Výskyt sociálně rizikových skupin obyvatel:

- **bezdomovci** - týká se často osob propuštěných z vězení, mládeže opouštějící ústavní zařízení, rozvodů
- **závislosti (na návykových látkách, na hracích automatech)**
- **osoby provozující prostituci**
- **osoby dopouštějící se kriminální činnosti**

10. Analýza možností vytvoření stále autoritativní odborné báze

Podpora komunikace uvnitř jednotlivých oborů společenské praxe je pro hledání optimálních řešení velmi významná a to zvláště v českém prostředí. K tomu je potřeba uvést několik úvodních poznámek.

Jednotlivými agendami výkonu státní správy (tj. otázkami, které stát musí umět obhospodařovat) se často zabývají malé týmy lidí a dílčími segmenty často i jediný pracovník. Taková situace jednotlivci na klíčovém místě odborného pracovníka umožňuje celoživotní prosazování vlastního odborného přístupu, nebo ovšem také subjektivního názoru, vlastní politické doktríny, nebo bohužel i jen osobního či skupinového, partikulárního zájmu. To není vůbec nadsázka, neboť ve složitém právním předpisu lze "uschovat" leccos. Vzniká tak osobní odborný monopol, který sám sebe posiluje, protože takový výlučný pracovník je nepostradatelný a tím, že je vyloučena konkurence a souběh činností u více osob, je stále nepostradatelnější. On často může být i klíčovou postavou (jako odborník) pro schvalování dotací nebo projektů. To je velmi významný argument pro "pravdu".

Také vláda má objektivně informační monopol. Vedle státu prakticky nejsou mimovládni subjekty (s výjimkou odborů), které by mohly zaměstnávat profesionály k různým agendám vládních aktivit v takovém rozsahu, který by umožňoval formulovat plnohodnotné alternativy návrhům vlády. Často všichni odborníci na dané téma jsou angažováni státem. Potom jsou všichni, např. tisk, veřejnost, ale i oponentující odborníci víceméně závislí na materiálech, číslech a vládních návrzích.

Vládní úředníci však mohou navrhnout jenom jedno z možných řešení, nikoliv vždy nutně nejlepší. Oni interpretují statistiky, oni vybírají argumenty. Oni jsou mostem mezi poznáním a rozhodnutím. Je známá událost, že pracovník Bílého domu opakovaně zkreslil americké vládní zprávy o globálním oteplování, odstranil některé texty ze zprávy, jiné pozměnil, desítky drobných změn vyvolaly zkreslený (opačný) dojem. Tento pracovník nebyl odborník, ale právník.⁷⁸ To zcela identicky probíhá v tuzemsku. Takový pracovník dokonce vybírá experty, kteří budou přizváni – třeba ty, kteří jsou mu zavázáni získáním zakázky. To má dva aspekty. Odborní pracovníci mohou výběr informací a argumentů ovlivnit a je prakticky nedoložitelné, že provedli jejich účelový výběr, právě oni totiž disponují těmi i oněmi argumenty. Z návrhu, který je předložen k rozhodnutí, nesmí být zřejmé, jakou variantu preferují zpracovatelé. Materiál musí být zcela neutrální. Rozhodnout má ten, kdo je vyvolen k rozhodování, nikoliv ten, kdo byl zaměstnán, aby materiál napsal. Žádná regule k řešení tohoto fenoménu však u nás přijata nebyla. Není jistě nutné převzít toto pravidlo doslova, ale je možné požadovat, aby návrhy pro vládu a podobně vyjadřovaly jak zcela objektivní skutečnosti, tak i názor zpracovatelů - ale odděleně! Paralelu lze nalézt v publicistice - je podstatný rozdíl mezi novinářskou zprávou a komentářem - tedy měl by být.

Druhým aspektem je skutečnost, že centrální odborní pracovníci sice mají, ať už chtějí či nikoliv, monopol na kvalifikovanou iniciativu, ale současně jsou handicapováni pro veřejnou odbornou diskusi. Společenský konsenz je v západních zemích dosahován ve kvalifikované diskusi a konfrontaci přístupů státních, odborových, politických stran apod.

⁷⁸ New York Times (květen 2005)

Vládním úředníkům samotným zabraňuje jejich angažmá zcela svobodně vstupovat do diskuse, tj. prezentovat vlastní názory, jsou-li parciálně nebo zcela odlišné od vládních rozhodnutí nebo jde-li o témata blízká nebo navazující na jejich obor. Nutnost loajality je takto zcela dequalifikuje. Pak tedy ti, kteří o věci vědí nejvíce (protože se daným tématem dlouhodobě profesionálně zabývají), o věci mlčí. Proto se může stát, že diskuse v tisku je občas jen směsicí politické demagogie a účelově vykládaných výzkumů veřejného mínění. K odborným argumentům není dost prostoru, nejde o potřebnou a užitečnou odbornou polemiku s vládními návrhy. Tisk odborný názor pracovníka ministerstva zpravidla často odmítne publikovat s tím, že nejde o názor odborný, ale projev loajality. Pro oponenty vládních návrhů pak stačí označit odborné pracovníky ministerstev za "úředníky" (jak je to zcela běžné) a zdání objektivní a kvalifikované nezávislé a statečné profesionality vnějšího kritika je zajištěno. Publikované analýzy oponentů vládních návrhů občas čpí diletantismem a nenapraví to ani slavná jména jejich akademických pracovišť ani jejich pedagogických hodností.

Tyto skutečnosti mají ovšem i další důsledek. Odborný problém se otevře zpravidla na základě iniciativy státního orgánu. Může jít o novou koncepci, zákon, který mění stávající věcná řešení apod. Vedle monopolu informačního má stát i monopol kvalifikované iniciativy. V řadě oborů se i tak velmi redukovaná sféra vědecká, bohužel, ocitne zaskočena. Odborná diskuse se nerozvine, proběhne jen připomínkové řízení, v němž účastníci, zejména ti, jichž se nové řešení dotýká, hájí své zájmy a brání se úkolům, které by mohli obdržet. Po několika zpravidla invektivních člancích zaujmou k problému názory i politické subjekty (bohužel příliš brzy). Tím je odborná diskuse nadále zablokována a někdy se zablokuje i řešení problému. A to přesto, že by podrobnější, ale odborná, diskuse třeba ukázala, že rozdíly v názorech nejsou zdaleka nepřijatelné, ale nebyly vysvětleny a nebyly hledány kompromisy. Je třeba poznamenat, že odborná diskuse předpokládá znalost problému, nikoliv jen zájem o něj. Odborná diskuse proběhne až v orgánech vlády. Politická inhibice řešení se tím zpravidla nepřekoná a výsledek není dobrý ani pro věcné řešení ani pro politiku.

Česká republika je malá země a to se odráží i na počtu odborníků v jednotlivých oborech (agendách státní správy) a velikosti "odborných kruhů". Dosud nikdo nekomentoval stále častěji se vyskytující následující fenomén. Je připraven návrh zákona týkající se například podnikatelů. Projde vnitřním a vnějším resortním připomínkovým řízením, projde tripartitou, kde jsou zastoupeni zaměstnavatelé, odbory a stát. Projde odbornou debatou v Legislativní radě vlády a jejich komisích, projde vládou, Sněmovnou, Senátem a je podepsán. Přesněji - prvními kroky až po vládu - takto projde dokonce dvakrát - poprvé jako věcný záměr. Ale teprve, když vstoupí v platnost a účinnost vyvolává "hluboké překvapení", protesty a tlak na změnu. Viz např. naposledy omezení tzv. Švarcsystému. K čemu byla všechna zmíněná odborná grémia? Jejich aktivitou se celý proces tvorby právní normy prodlužuje až na 3 roky. Je zjevné, že tento proces a aktivity jeho subjektů záměr společenské a zejména odborné kontroly nespĺňuje. A kde byla odborná veřejnost, když se návrhy projednávaly?

A je tu ještě jedna specifická česká pikantnost. Výsledek práce resortu - návrh zákona - často významně zkreslí a deformují změny, které se prosadí v průběhu připomínkového řízení. Tyto změny jsou často výsledkem jednání na "vyšších úrovních", výsledkem lobbování vlivných skupin a podobně. Další změny prosadí poslanci při schvalování zákona. Na místo toho, aby zákon přijali nebo odmítli, upravují ho na základě osobních zkušeností a zájmů. Ve výsledku se nikdo dodatečně nedoví, kdo, proč a jak ho v celém procesu připomínkového projednávání a schvalování pozměnil. Lze prokázat, že někdy jde o změny doktrinální. Každý zákon je ucelený systém, jehož narušení může mít zásadní negativní důsledky. Kritika pak ale směřuje k odborným pracovníkům resortu.

Ale ani snaha získat odborníky pro přípravu návrhů a diskusi o nich není bez rizika. Odborníci jsou zpravidla někde angažováni a bez problémů budou preferovat zájmy vlastní skupiny, oboru, lobby. Zkušenosti jsou z dlouhodobé přípravy zákona o sociálních službách, kdy byly jednotlivými odbornými skupinami definovány jednotlivé typy sociálních služeb "podle obrazu srdce svého", tj. za optimalizace pozice vlastního oboru. Mohl někdo výstupy těchto skupin sjednocovat, korigovat? To souviselo také s odbornou způsobilostí řešitelů, kteří pocházeli zpravidla z nestátních subjektů a s prací ve veřejné správě a s tvorbou legislativních návrhů neměli žádné zkušenosti. Na straně realizátorů "reformy" došlo k řadě chybných postupů, svědčících na jedné straně o jejich velkém nadšení pro věc, na straně druhé ovšem o jejich neprofesionalitě. Do práce na "reformě" sociálních služeb byli zapojeni především aktivisté z nestátních subjektů a velmi omezeně pracovníci z orgánů veřejné správy, která zabezpečuje 90 % všech služeb. Jejich kritické výhrady veřejně pronášené, dokonce publikované (např. kritika jedné ze sociálních konferencí v časopisu Sociální péče) nebyly vůbec brány v úvahu. Ve všech dokumentech se neadekvátně favorizoval nestátní sektor před službami poskytovanými veřejným sektorem.

Pro jistotu byly jednotlivé služby taxativně vyjmenovány a nikoliv uvedeny legislativním obratem "zejména". Doplnění o další službu musel proto zákonodárce provést již v krátké době po schválení. Právě toto slovo "zejména" v předchozím (a kritizovaném zákoně) umožňovalo vznik všech nových typů služeb po roce 1990. Pak se tento zákon musí jevit jako konzervující a ani vývojový. Analýzou výsledného zákona lze detekovat, že významný vliv byl uplatněn ze strany jedné významné nestátní organizace a řada řešení vyhovuje právě okruhu jejich klientů - ve srovnání s ostatními zcela nepočtenému.

11. Návrh na vytvoření formální autoritativní platformy a rekonstrukci databáze

11.1 K problematice vytvoření autoritativní platformy

Úvodem je třeba definovat cíle vytvoření takové platformy. Jde o to, koncipovat tým odborníků:

- jejichž znalostmi a zkušenostmi podložený názor je možno považovat za relevantní,
- který by zastupoval názory státu, samosprávy, nestátní sektor a oblast výzkumu,
- který by umožnil prezentaci názoru vládního i opozičního seskupení.

K hlavním metodám práce této platformy by měly patřit zejména:

- schopnost detekovat názory příjemců sociálních služeb (např. výzkumem),
- schopnost formulovat a deklarovat většinové i minoritní stanoviska,
- možnost vyjadřovat se k čerpání prostředků ESF a prostředků na výzkum v oboru sociálních služeb,
- možnost vyjadřovat se k průběhu připomínkového řízení v rámci stanoviska resortu,
- přístup k pracovním materiálům MPSV a možnost se k nim vyjadřovat.

Z hlediska formálního zařazení by tato platforma neměla mít více než 15 členů a mohla by mít charakter např. poradního sboru ministra, který by byl jmenován ministrem, jehož předsedou by byl funkcionář MPSV.

11.2 Koncepce databáze oblasti sociálních služeb

Pro vedení odborné diskuse nad jednotlivými návrhy a materiály je nezbytné mít k dispozici podrobné statistické informace. Zákon o sociálních službách vybudoval pouze informační systém o příspěvku na péči, další podrobné údaje o jednotlivých službách zjišťuje MPSV pouze v rámci dotačního řízení na příslušný rok a v rámci registru. Pro správu systému v hodnotě cca 50 mld. Kč ročně je to nepřiměřeně málo.

Z tohoto pohledu je potřeba mít k dispozici v zásadě 4 základní typy statistik, na jejichž základě lze následně koncipovat souhrnné údaje za jednotlivé regiony nebo typy služeb. Jedná se v zásadě o tyto typy statistik:

1. statistika z hlediska klienta:

město

věk

pohlaví

stupeň závislosti

příčiny závislosti (Katzův index závislosti - 10 kritérií)

registrovaný poskytovatel

neregistrovaný poskytovatel

2. statistika z hlediska poskytovatele služby:

město

zřizovatel

typ služby

počet klientů

struktura financování

- z toho:
- dotace MPSV
 - příspěvky od ÚP
 - dotace od obcí
 - příspěvek od zřizovatele - obce
 - příspěvek od zřizovatele - kraje
 - úhrady od uživatelů
 - z toho:
 - příspěvek na péči
 - úhrada za pobyt a stravu, úkony
 - fondy zdravotních pojišťoven
 - resorty státní správy celkem
 - dotace od krajů celkem
 - strukturální fondy celkem
 - jiné zdroje

3. statistika z hlediska struktury nákladů:

město

zřizovatel

typ služby

počet klientů

náklady celkem

struktura nákladů

osobní náklady

- z toho:
- pracovní smlouvy
 - dohody o pracovní činnosti
 - dohody o provedení práce
 - jiné osobní náklady

provozní náklady

- z toho:
- dlouhodobý majetek
 - potraviny
 - kancelářské potřeby

pohonné hmoty
jiné spotřebované nákupy
služby
z toho: energie
telefony, internet, poštovné, ostatní spoje
nájemné
právní a ekonomické služby
školení a kurzy
opravy a udržování
cestovní náhrady
jiné
odpisy
ostatní náklady

4. statistika - personální zajištění (počet pracovníků, přepočtený počet pracovníků, náklady)

sociální pracovníci
pracovníci v sociálních službách
zdravotničtí pracovníci
pedagogičtí pracovníci
manželští a rodinní poradci
další odborní pracovníci, kteří přímo poskytují sociální služby
ostatní pracovníci
dohody o provedení práce, o pracovní činnosti
dobrovolníci

12. Stručný popis systému sociálních služeb v Německu a v Rakousku

12.1 Organizace, financování a poskytování sociálních služeb v Německu

V porovnání s ostatními zeměmi je principiálně jiný systém financování sociálních služeb zaveden již více než 15 let v Německu, kde byl v r. 1994 zaveden pojistný systém (Pflegeversicherungssystem). Pojištění péče je v Německu povinný systém, který představuje nadstavbu nad systémem zdravotního pojištění, což výrazným způsobem minimalizovalo personální a finanční náklady související se zavedením tohoto systému. Vztahuje se na všechny obyvatele, přičemž v závislosti na charakteru jejich zdravotního pojištění se člení na dvě paralelní formy - na sociální a soukromé pojištění. Oba typy jsou samostatnými částmi povinného pojištění péče, jejich základní odlišnosti spočívají v tom, že:

- sociální pojištění péče se vztahuje na všechny osoby, které jsou pojištěny v rámci povinného systému zdravotního pojištění (tj. cca 93 % populace), vztahuje se přitom na povinně i na dobrovolně pojištěné osoby (v rámci systému zdravotního pojištění), přičemž dobrovolně pojištěné osoby mají právo zvolit si soukromé pojištění dlouhodobé péče,
- soukromé pojištění péče se vztahuje na všechny osoby, které jsou pojištěny soukromou zdravotní pojišťovnou (přibližně 7 % obyvatelstva).

Pojištění péče se financuje z pojistného placeného formou příspěvků. Příspěvková sazba činila v r. 2011 1,95 % z příjmu, přičemž je stanovena maximální hranice, ze které se platí pojistné (v r. 2011 činila tato hranice 3 712, 50 € měsíčně).

Osoby, které vyžadují dlouhodobou péči vedle péče léčebné a lékařské, mohou obdržet pomoc ve čtyřech základních oblastech⁷⁹:

- v rámci osobní péče (např. hygiena),
- v oblasti výživy (např. příprava jídla, nakrmení a dodržování speciální diety),
- v oblasti mobility (např. pomoc při vstávání, oblékání, svlékání, chůzi, stání a chůzi do schodů),
- v rámci pomoci v domácnosti (např. nákupy, vaření, úklid, mytí nádobí).

Na základě rozsahu potřebné pomoci jsou sociální služby poskytovány ve třech základních stupních:

- 1. stupeň - značná potřeba péče

Do této skupiny patří osoby, které potřebují pomoc v oblasti osobní péče, výživy nebo mobility (tj. tzv. základní péče), a to nejméně ve 2 úkonech alespoň 1 x denně, přičemž dodatečně potřebují několikrát v týdnu pomoc v domácnosti. Celková doba péče činí minimálně 1,5 hodiny denně, přičemž na základní péči připadá více jak 45 minut.

⁷⁹ Pflegeversicherung – Schutz für die ganze Familie, Bundesministerium für Gesundheit, Berlin 2006

- 2. stupeň - vyšší potřeba péče

Do této skupiny patří osoby, které potřebují pomoc v oblasti osobní péče, výživy nebo mobility alespoň 3 x denně v různém denním čase a dodatečně vícekrát v týdnu potřebují pomoc v domácnosti. Celková doba péče činí nejméně 3 hodiny denně, přičemž na základní péči připadají alespoň 2 hodiny.

- 3. stupeň - nejvyšší potřeba péče

Do této skupiny patří osoby, které potřebují pomoc v oblasti osobní péče, výživy nebo mobility po celý den i v průběhu noci a dodatečně vícekrát týdně potřebují pomoc v domácnosti. Celková doba péče činí nejméně 5 hodin denně, přičemž na základní péči připadají nejméně 4 hodiny. Do této skupiny patří i osoby, které potřebují péči v podstatně širším rozsahu vzhledem ke svému velmi nepříznivému stavu.

Dávky z pojištění péče se poskytují z pojistného fondu péče na základě žádosti. Nutné lékařské rozhodnutí o existenci potřeby péče a její závažnosti provádějí odborníci z lékařské služby fondů zdravotního pojištění, hlavně lékaři a střední zdravotnický personál, ale také další odborníci, jako sociální pracovníci a psychologové. Přihlíží se přitom k anamnézám, vyhodnocení a potvrzení ošetřujících lékařů, ale konečné rozhodnutí je výlučně v pravomoci lékařské služby fondu a obvykle se provádí na základě prohlídky provedené v bytě osoby potřebující dlouhodobou péči. Proti zamítnutí žádosti pojistným fondem péče se občan může odvolat.

Poskytování pojistných dávek na péči se diferencuje v závislosti na typu poskytované péče - rozlišují se dávky na domácí péči a na péči v ústavu, naturální a peněžní dávky a také dávky pro osoby potřebující péči a dávky pro osoby poskytující péči. Je třeba zdůraznit, že pojistné dávky na péči nemají úplně nahradit veškeré náklady, spíše jsou zamýšleny jako doplnění, ulehčení a pomoc u rodinných dávek v případě domácí péče a ulehčení nákladů na péči v případě ústavní péče.

Dávky pro osoby potřebující péči se člení v závislosti na tom, kde je poskytována péče. Při poskytování péče v domácnosti jsou dávky odstupňovány v závislosti na kategorii péče a poskytují se buď ve věcném nebo v peněžním plnění nebo ve vzájemné kombinaci.

Dávky ve věcném plnění lze charakterizovat jako náklady na pečovatelskou službu, které jsou hrazeny z pojištění péče. Pojistný fond péče přitom nenese veškeré náklady, hradí náklady daného úkonu jenom do maximální výše, která je pro něj stanovena, náklady nad rámec tohoto limitu a jej přesahující musí uhradit sama osoba potřebující péči. Měsíční výše těchto dávek v r. 2011 činila:

- ve stupni I. 440 €
- ve stupni II. 1 040 €
- ve stupni III. 1 510 € (pro zvlášť těžké případy 1 918 €).

Peněžní dávky lze charakterizovat jako příspěvek na ošetřování z pojistného fondu péče osobě, která potřebuje péči. Právo požádat o tuto dávku má osoba, která péči potřebuje, nikoli rodinný příslušník, který péči poskytuje, tzn. že závisí na rozhodnutí osoby, potřebující péči, jestli předá příspěvek na ošetřování osobám poskytujícím péči jako odměnu nebo mzdu. Přídavek na ošetřování je nezdanitelný, poskytuje se v peněžní podobě, jeho měsíční výše v r. 2011 činila:

- ve stupni I. 225 €
- ve stupni II. 430 €
- ve stupni III. 685 €

Z pojistného fondu péče jsou hrazeny rovněž náklady na pečovatelské pomůcky (např. kolečkové křeslo, speciální stolky do postele a zvedací zařízení) a na úpravu bytu.

Při poskytování péče v ústavních zařízeních se z pojistného fondu péče poskytují dávky, jejichž výše v r. 2011 činila:

- ve stupni I. 1 023 €
- ve stupni II. 1 279 €
- ve stupni III. 1 510 € (pro zvlášť těžké případy 1 825 €).

Reforma z r. 2008 přinesla mj. výrazné zlepšení péče o osoby postižené demencí. Kromě zvýšení doplňkových dávek na domácí péči o osoby se značně omezenou schopností vykonávat aktivity běžného života ze 460 € až na 2 400 € ročně v závislosti na potřebě péče umožnila, aby na tyto dávky získaly nárok i osoby, které nesplňují předpoklady ani pro zařazení do 1. stupně (tzv. "stupeň 0"). Výrazně se také zlepšila péče o osoby se stařeckou demencí v ústavech.

Již ve velmi krátké době po zavedení tohoto systému bylo možno charakterizovat první zkušenosti vyplývající z jeho aplikace v praxi.⁸⁰ V r. 1997 příspěvky ze systému dostávalo cca 1,7 mil. osob (v r. 2010 příspěvky pobíralo již kolem 2,3 mil. osob⁸¹), bylo vytvořeno cca 75 000 nových pracovních míst.

K významným změnám došlo i v oblasti infrastruktury péče o staré a zdravotně postižené občany. Před zavedením pojištění na péči existovaly v této oblasti značné deficity, především v oblasti ambulantních služeb a denní a krátkodobé péče. V r. 1991 existovalo pouze 100 zařízení pro denní pobyt, 220 zařízení pro krátkodobý pobyt a asi 4 000 ústavů sociální péče, tři roky po zavedení pojištění péče měly bezmocné osoby a jejich rodinní příslušníci k dispozici asi 11 700 ambulantních zařízení a více než 6 000 zařízení se stacionárním oddělením nebo zařízení pro krátkodobý pobyt.

Tyto změny přispěly k tomu, že počet osob umístěných v ústavech sociální péče rychle poklesl a dřívější pořadníky na umístění už od r. 1997 neexistují, stále více starých a zdravotně postižených osob je zaopatřeno v důvěrně známém prostředí vlastního domova.

12.2 Několik poznámek k systému financování sociálních služeb v Rakousku

Významné změny při poskytování sociálních služeb byly v důsledku stárnutí populace zavedeny v uplynulém období i v Rakousku. Cílem těchto úprav přitom bylo přijmout taková opatření, která by:

- zlepšila situaci těžce zdravotně postižených občanů a rodin pečujících o starého nebo zdravotně postiženého člena,
- rozšířila okruh poskytovaných sociálních služeb a položila důraz na poskytování ambulantních služeb na úkor péče poskytované ve stacionářích.

⁸⁰ Hauschild R. Die Erfahrungen mit dem deutschen Pflegeversicherungssystem, in Soziale Sicherheit in Europe, Bad Boll 1998

⁸¹ Anzahl der Leistungsempfänger der sozialen Pflegeversicherung in Deutschland in den Jahren 1995 bis 2010. Quelle BMG. Statista 2011 <http://de.statista.com/statistik/daten/studie/72672/umfrage/soziale-pflegeversicherung--leistungsempfaenger-in-deutschland/>

12. Stručný popis systému sociálních služeb v Německu a v Rakousku

V zájmu zabezpečení těchto cílů bylo přijato rozhodnutí, že bude zavedena nová sociální dávka - příspěvek na péči, která je financována ze státního rozpočtu, přičemž její výplatou jsou pověřeny důchodové úřady. Dávka začala být poskytována od 1. července 1993. Na tuto dávku je právní nárok, dávka má pokrývat dodatečné výdaje vyplývající z péče o sociálně potřebné osoby, dávky se vyplácejí paušálně, nepodléhají dani, nezkoumá se, jak s nimi bylo naloženo, příspěvek není závislý na příjmových ani majetkových poměrech ani se nezkoumá příčina vzniku sociální potřeby. Dávka se vyplácí především z organizačních důvodů prostřednictvím důchodových úřadů tak, aby bylo možno lépe navázat tento systém na existující systémy.

Dávka se vyplácí v 7 stupních, koncem roku 2010 ji pobíralo celkem více než 369 tis. příjemců.⁸² Pro zařazení do 1. až 4. stupně z hlediska potřeby péče jsou stanoveny pouze kvantitativní charakteristiky, vymezující v hodinách potřebu péče, pro zařazení do 5. až 7. stupně jsou stanoveny i další kvalitativní znaky (viz tabulka č. 23)

Tabulka č. 23 **Podmínky pro přiznání příspěvku na péči a jeho výše v Rakousku v r. 2011**

stupeň	výše příspěvku (€ měs.)	podmínky
1.	154,20	více než 60 hod. péče měsíčně
2.	284,30	více než 85 hod. péče měsíčně
3.	442,90	více než 120 hod. péče měsíčně
4.	664,30	více než 160 hod. péče měsíčně
5.	902,30	více než 180 hod. péče měsíčně a potřeba mimořádné péče
6.	1 260,00	více než 180 hod. měsíčně a potřeba časově nekoordinovatelné péče pravidelně ve dne i v noci nebo potřeba trvalé přítomnosti pečovatele
7.	1 655,80	více než 180 hod. měsíčně a neschopnost cíleného pohybu všech končetin nebo obdobný stav

Pramen: Höhe des Pflegegeldes.

<https://www.help.gv.at/Portal.Node/hlpd/public/content/36/Seite.360516.html>

K zařazení do jednotlivých stupňů dochází na základě odborného lékařského posudku, na jehož zpracování se podílejí i odborníci z řad pracovníků poskytujících pečovatelské služby. Z vyhodnocení celého systému financování vyplývá, že v porovnání s předchozím systémem cca jedna třetina klientů dostává více služeb v důsledku zavedení nového systému, cca jedna polovina příjemců si díky zavedení nové sociální dávky může lépe služby financovat. Ukazuje se však, že převážně těžce zdravotně postižení občané si nejsou schopni koupit všechny služby, které potřebují.

⁸² Bundespflegegeld. Zdroj: STATISTIK AUSTRIA.

http://www.statistik.at/web_de/statistiken/soziales/sozialeistungen_auf_bundesebene/bundespflegegeld/index.html

13. Možnosti lidského kapitálu venkova k zabezpečení sociálních služeb v malých obcích

I když jsou malé obce ubezpečovány o své budoucnosti a nezměnitelnosti stavu, mají závažné problémy. Dochází tam k významnějšímu stárnutí populace na jedné straně a k úbytku schopnosti poskytovat veřejné služby, roste (mění se) podíl obytné a rekreační funkce, ubyla pracovní místa (také zásadní redukci zemědělské produkce) a zvyšuje se vyjíždění za prací, současně se ale snižuje dopravní obslužnost. Malé obce trpí nedostatkem prostředků, mají reálně ztížené podmínky pro výkon státní správy a samosprávy a omezenou soběstačnost v plnění svěřených rolí. Platí teze, že čím menší obec, tím je větší podíl seniorů a tím horší podmínky pro zabezpečení sociální péče pro ně.

Otázka zní - nebylo by možné, účelné a užitečné vytvořit (resp. obnovit) systém dobrovolných pečovatelek (resp. různých komunitních aktivit) a vytvořit tak kapacity pro poskytování především pečovatelské služby, resp. vybraných úkonů, kdy vítaným výsledkem by bylo odložení potřeby ústavní péče. Takovéto kapacity v místě by byly odolné i proti klimatickým změnám, které znemožňují v horských oblastech poskytovat služby apod. Jde samozřejmě o ženy, zpravidla důchodkyně. Je toto reálné? Co je třeba provést, aby se taková kapacita vytvořila?

Fenomén stárnutí populace

Jednou z klíčových změn, se kterou se potýkají všechny regiony, je stárnutí populace. Během 20. století však nabrala otázka stárnutí nového rozměru, neboť začala nově přesahovat z úrovně individuální na úroveň celospolečenskou. Demografické stárnutí - jako důsledek větší délky života a poklesu porodnosti - představuje výrazný posun ve struktuře našeho obyvatelstva. Naše populace je čím dál starší a změny probíhají rychleji. Poroste důležitost starších lidí a jejich přínosu ve prospěch ekonomik a komunit, ale také jejich požadavků jako spotřebitelů a očekávání jako občanů.

Podle demografické prognózy zpracované Českým statistickým úřadem bude v roce 2050 žít v České republice přibližně půl milionu občanů ve věku 85 a více let (ve srovnání se 101 718 v roce 2006) a téměř tři miliony osob starších 65 let (31,3 %). Naděje dožití při narození bude v roce 2050 činit 78,9 let pro muže a 84,5 pro ženy (oproti 73,4 let pro muže a 79,7 let pro ženy v roce 2006). V důsledku toho starší ženy žijí bez partnera častěji než starší muži. Starší ženy jsou častěji vdovy na rozdíl od starších mužů, kteří jsou častěji ženatí. Podíl vdov v každé věkové skupině nad 50 let postupně narůstá a ve srovnání s muži je několikanásobně vyšší. Ve věkové skupině 70-74 let přesahují počty vdov počty vdaných žen. V nejstarších věkových skupinách je tedy riziko chudoby několikanásobně vyšší u žen než u mužů.

Venkov - jak velký je rozsah problémů? Koho se to týká?

Charakteristika venkova

Za venkovské obce se v ČR zpravidla považují obce s méně než 2 000 obyvateli. Tato varianta zohledňuje pouze počet obyvatel obce. Není brán zřetel na hustotu osídlení, charakter zástavby, na statut obce dle zákona o obcích ani jiné charakteristiky či ukazatele. Výhodou je jednoduchost a jednoznačnost tohoto výběru. Nevýhodou je, že takto zvolená hranice je umělá a nemusí vždy odpovídat realitě.

13. Možnosti lidského kapitálu venkova k zabezpečení sociálních služeb v malých obcích

Obce s méně než 2 000 obyvateli představují 89,82 % všech obcí a spravují území, které tvoří 73,6 % plochy státu. Žije v nich však pouze čtvrtina (26,3 %) obyvatel, což je v absolutním vyjádření 2 753 159 osob (k 1.1.2009).

Tabulka č. 24 **Počet venkovských obcí a obyvatel podle velikostních kategorií obcí v ČR ve vybraných letech**

	2001		2005		2008		2009	
	obce	obyvatelé	obce	obyvatelé	obce	obyvatelé	obce	obyvatelé
do 99	548	38 881	552	39 133	518	36 512	503	35 526
100-199	1 113	166 214	1 081	161 401	1 048	155 578	1 058	157 802
200-499	2 041	663 416	2 012	653 740	2 024	660 126	1 991	651 689
500-999	1 280	893 592	1 293	901 546	1 312	922 543	1 330	935 658
1000-1999	652	903 757	674	933 856	692	962 615	700	972 484
venkov	5 634	2 665 860	5 612	2 689 676	5 594	2 737 374	5 582	2 753 159
ČR	6 258	10 230 060	6 248	10 220 577	6 249	10 381 130	6 249	10 467 542

Pramen: Sčítání lidu, domů a bytů 2001, ČSÚ 2002; Lexikon obcí ČR 2005, 2008, 2009, ČSÚ 2006, 2009, 2010

Obyvatelstvo

Venkovské regiony se vyznačují nižším podílem obyvatelstva v produktivním věku (70,8 %), přičemž nejnižší podíl obyvatelstva v produktivním věku (66,5 %) je v nejmenších obcích - do 100 obyvatel, čímž je ohrožena jejich stabilita. Vývoj počtu obyvatel ve venkovských obcích v posledních letech vykazuje mírný přírůstek, na rozdíl od městských oblastí, kde je zaznamenán úbytek. Tento trend však není ve všech oblastech - v mezilehlých a odlehlých oblastech k vysídlování venkova však dochází stále. Jedná se zvláště o pohraniční oblasti, oblast Vysočiny a regiony s vyšší mírou nezaměstnanosti. Týká se také častěji nejmenších obcí (do 200 až 500 obyvatel). Venkov je ohrožován migrací mladých lidí do měst v důsledku nedostatku pracovních příležitostí. Nedostatek pracovních příležitostí vyvolává i velkou vyjížděku za prací, jež představuje 60 %.

Velkým problémem dneška je nezaměstnanost, která se nevyhýbá ani městům ani vesnicím. Míra nezaměstnanosti ke konci roku 2008 byla obecně vyšší na venkově s výjimkou Moravskoslezského kraje. Průměrná nezaměstnanost k 31.12.2008 byla na venkově 5,95 (muži) a 8,74 (ženy), ve městech bez Prahy pak 6,09 (muži) a 7,61 (ženy). Tato nezaměstnanost vede k nižší ekonomické aktivitě obyvatelstva, zejména osob ve věku 55-64 let, a projevuje se ve vyšší míře nezaměstnanosti především u osob nad 50 let a žen. Na venkově je větším problémem nezaměstnanost osob starších 50 let, v městském prostoru zase dlouhodobá nezaměstnanost.

Venkov není přestárlý a žijí zde i mladí lidé. Venkovské obyvatelstvo je mladší nejen díky vyšší plodnosti žen a migračnímu přírůstku, ale i v důsledku vyšší úmrtnosti. Statistická data ukazují, že venkovské obce v posledních letech získávají nové obyvatelé stěhováním (tj. více osob do těchto obcí přichází, než se stěhuje pryč). Je však nutno konstatovat, že se však pouze jedná o obce v okolí velkých měst a pak je možno říci, že venkov v tomto případě slouží pouze jako "obytné" zázemí určené k nocování a jeho rozvoj je tímto faktem omezován. Nové domy většinou den co den osiří, jejich obyvatelé dojíždějí za prací do větších center a vesnice v některých oblastech se stávají pouze noclehárnou.

13. Možnosti lidského kapitálu venkova k zabezpečení sociálních služeb v malých obcích

Podle zjištění Českého statistického úřadu, již od roku 2000 ubývá obyvatel v městském prostoru ve prospěch venkova. To nakonec potvrzuje i Zpráva o stavu zemědělství za rok 2009, podle níž počet obyvatel venkova během let 2001 až 2009 stoupl o 3,3 procenta. Rozdílný vývoj se odehrává uvnitř jednotlivých velikostních kategorií obcí. Zatímco v obcích nad 500 obyvatel se počet obyvatel zvýšil (a narostl i počet těchto obcí), v obcích do 500 obyvatel naopak klesal (a klesal i jejich počet). Souhrnně ve sledovaném období ubylo 4 % obcí do 500 obyvatel a počet jejich obyvatel klesl o 2,7 % (nejhorší situace je v tomto směru v obcích s méně než 200 obyvateli). Životaschopnost venkovských obcí však závisí i na mnoha dalších faktorech, zejména na jejich vzdálenosti od center zaměstnanosti.

Občanská vybavenost

Obecně, z celostátního pohledu však platí, že v občanské vybavenosti se situace venkovských obcí mírně zhoršuje (klesá podíl obcí se školou, knihovnou i poštou). Snižuje se podíl obcí s lékařskou ordinací, narostl však podíl obcí s lékárenskými službami a zejména počet bytů s pečovatelskou službou. Naopak, technická vybavenost venkova se značně zlepšila - většina venkovských obcí (cca 62 %) disponuje základní občanskou vybaveností, která se kontinuálně zlepšuje. Rozvody veřejné vodovodní sítě byly v roce 2004 ve více než 80 % obcí (63,7 % ve velikostní kategorii do 199 obyvatel), ale jejich rozvoj je podmíněn čištěním odpadních vod. Podíl obcí s kanalizační sítí zakončenou čistírnou odpadních vod je však stále poměrně nízký, 26,1 % (v nejmenších obcích 7,7 %). Plyn je zaveden do 48,1 %. Síť školních zařízení je ve venkovském prostoru méně hustá než v nevenkovských obcích (32,4 %, ostatní obce 79,5 %). V 35,9 % venkovských obcí se nachází pobočka pošty (ostatní obce 74 %) a zdravotnické zařízení je provozováno v 26,9 % venkovských obcí (ostatní obce 71,4 %).

Problémy s ekonomickými aktivitami

Stále se traduje, že vesnické obyvatelstvo má nechuť měnit své zvyky, stěhovat se za prací, rekvalifikovat se. Tato charakteristika se týká části venkovského obyvatelstva. Venkovské zvyky vyplývají z možností, které poskytuje venkovská obec a mění se, změní-li se její ekonomické a sociální podmínky. Stěhování za prací v nestabilizovaném prostředí pracovního trhu v České republice by zatím bylo riskantním krokem. Vyčkávání a snaha o zlepšení pracovních možností v obci a nejbližším okolí se zdá rozumnější cestou.

Pokud jde o podnikatelské aktivity, jak na vesnici, tak ve městech je intenzita podnikatelské aktivity obdobná. Nicméně počty ekonomických subjektů na 1 000 obyvatel jsou na venkově nižší a méně často zde sídlí větší podniky právnických osob. Na venkově je také více zemědělský a lesnický zaměřených podniků a firem a na ně navazujícího zpracovatelského průmyslu, což je dáno charakterem venkovského prostoru. Průměrný počet v ČR byl přitom 209 subjektů na venkově a 259 ve městech včetně Prahy. Celkové průměrné příjmy obecních rozpočtů na jednoho obyvatele v roce 2008 byly na venkově 16 554 Kč a 24 882 Kč ve městech.

Skladba příjmů a výdajů

Pro venkovské domácnosti je typické, že mají více členů (2,49) než městské (2,23), přičemž podíl osob ekonomicky aktivních je v nich nižší. Venkované dosahují podstatně nižších příjmů než obyvatelé měst (91,4 % hrubých a 92,3 % čistých příjmů). Ve všech kategoriích obcí jsou nejvýznamnější položkou příjmy ze závislé

činnosti. U obyvatel venkova nadále přetrvává poněkud nižší podíl příjmů z podnikání (i přes jeho meziroční zvýšení) a naopak vyšší podíl sociálních příjmů. Důchody pobírají venkované nižší, což se projevuje i v absolutně nižším celkovém objemu sociálních příjmů rodin na venkově. Vydání venkovanů jsou celkově rovněž nižší než ve městech (94,5 % při porovnání čistých peněžních vydání celkem), rozdíl je však méně výrazný než u příjmů. Takřka čtvrtinu z nich tvoří vydání na potraviny, nápoje a veřejné stravování, a to jak na venkově, tak ve městech. Zásadní rozdíly však panují v dalších výdajových položkách - zatímco na venkově dominuje spotřební zboží, jež výrazně převažuje nad službami, ve městech je tomu právě naopak. Významnou roli zde samozřejmě hraje horší nabídka a dostupnost služeb na venkově. Nutnost dojíždění z vesnic do větších center - především za prací, do škol, za službami aj. - se nevyhnutně projevuje ve vyšších (a nadále rostoucích) výdajích na dopravu vynakládaných obyvateli venkova. K významné změně došlo v roce 2008 v oblasti půjček domácností - saldo přijatých půjček a splácených úvěrů se mezi venkovem a městy plně vyrovnalo, především však v důsledku změn ekonomického chování městských domácností. Z aktuálních údajů ze statistiky rodinných účtů za poslední čtvrtletí 2009 při porovnání se stejným obdobím minulého roku je patrná stagnace příjmů v roce 2009, jež postihla stejně tak venkov jako města. V návaznosti na vývoj příjmů se projevily i ve výdajích domácností jen mírně nárůsty. Výdaje na potraviny dokonce na venkově i ve městech poklesly. Zvýšily se náklady na bydlení, a to výrazněji ve městech, zatímco na venkově nejvíce vzrostly náklady na dopravu.

Vesničané se poměšťují. Je to vidět na jejich přístupu k zástavbě. Ta je ve velké míře přestavována, pokud se tak nestalo již dříve. Rozdíl je zejména v míře svépomoci, jinak řečeno amatérské práci, která byla jedním ze znaků období socialismu - "Udělej si sám".

Jak tedy funguje venkov?

Život v obci znamená, že ho lidé sami vytvářejí a že nejsou tedy pouhými konzumenty. To, že se jeho účastníci navzájem znají, navíc tuto aktivitu ještě více prohlubuje. Aktivní lidé, kteří se pokouší o nové věci, činí vesnice atraktivnějším a příjemnějším místem k životu a mohou pomoci při zajištění života seniorů - v jejich soběstačnosti. V obecném povědomí převládá názor, že stabilní složkou venkovského života jsou starší lidé, kteří jsou na venkově dlouhodobě stabilizováni, zatímco mládež buď studuje a do venkovské obce se vrací jen v době prázdnin a volna, nebo dostuduje a snaží se najít si uplatnění tam, kde jsou lepší pracovní možnosti i kulturní, sportovní a společenské příležitosti. Z toho bychom mohli usuzovat, že aktivity v obci, včetně udržování a rozvíjení tradic, závisí spíše na nápadech a činnostech starších občanů.

Praxe však ukazuje, že ačkoliv podíl starších lidí na různých činnostech není zanedbatelný, jsou to především mladí lidé, kteří nejrůznější projekty vymýšlejí i realizují. Týkají se nejen udržování tradic, ale také úprav a údržby obce.

Způsob života obyvatel je charakterizován příslušností k malým komunitám a jedinečnými vztahy k území. Je zde vytvořena specifická identita a reprezentace prostřednictvím rolnické kultury. Ve své celospolečenské dimenzi plní venkov roli specifického veřejného statku a představuje integrální, nezastupitelný a rovnoprávný prostor současné sídelní struktury státu a nezbytný předpoklad ekonomické, sociální, kulturní i ekologické stability a mnohotvárnosti společnosti

Sociální struktura na venkově je tvořena nejen ekonomicky aktivní populací, naopak, podíl mladých lidí a seniorů je zanedbatelný. Obě tyto skupiny se nacházejí v poněkud obtížné životní situaci. Mladí lidé, zejména kvalifikovaní, musí řešit základní

otázky svého dalšího profesního i osobního života. Bydlení na venkově pro ně může být přitažlivé z hlediska kvalitního bydlení, zdravého životního prostředí, možnosti pěstování různých koníčků, sportů apod., nicméně předpokladem dlouhodobé perspektivy a spokojeného rodinného života je možnost vhodného zaměstnání pro oba partnery a později možnost kvalitních vzdělávacích institucí pro děti. Z výzkumů je známo, že odchod z venkova je v nemalé míře iniciován snahou poskytnout dětem co nejkvalitnější vzdělávací příležitosti, kterých nabízí města mnohem více než vesnice.

Senioři na venkově jsou v odlišné situaci. Na venkově často prožili většinu svého života, mají k němu úzké ekonomické i citové vztahy, tzn. zpravidla vlastní domek či byt, zahrádku, osobní hospodářství apod., které jsou pro ně zdrojem kvalitních a levných potravin. Jsou zvyklí na svou obec a blízké okolí, mají kolem sebe příbuzné i sousedy. Avšak s léty postupně přichází nesoběstačnost a venkov většinou nenabízí dostatek dobře přístupné a kvalitní sociální a lékařské péče. Dojíždění do větších obcí či měst je pro ně obtížné, zpravidla nevlastní (nebo nejsou schopni řídit) motorová vozidla, jsou odkázáni na pomoc příbuzných nebo sousedů. Pokud v obci nebo blízkém okolí žijí lidé, kteří jsou schopni a ochotni pomáhat, není situace starých lidí kritická. Hůře jsou na tom senioři, kteří jsou odkázáni sami na sebe.

Zájem je o bydlení na venkově, především ve vesnicích kolem velkých měst, kam se stěhují lidé, kteří chtějí bydlet ve vlastním domě, ve zdravém a klidném prostředí a přitom pracovat ve městě. Pro venkovské obce tento trend může mít i negativní dopady. Vznikají zde sterilní vilová sídliště postrádající většinou hmotný i duchovní vztah ke svému okolí. Stejně tak i jejich obyvatelé sem přinášejí městské sociální chování a postoje, kde velkou roli hraje anonymita, ztrácí se pocit společenství a potřeba sousedství. Zájem těchto lidí o obec a krajinu končí na hranicích jejich parcel.

Novodobým trendem je vzhledem k rostoucím životním nákladům ve městech přesun zejména starších lidí, kteří využívají své rekreační objekty k trvalému celoročnímu bydlení. Chalupáři, kteří zachránili tisíce venkovských stavení před zkázou, ale nejsou tak výrazní jako dříve. Tito lidé přispívali k ožívování místních tradic, podporovali poptávku po službách a občanské vybavenosti nebo se zapojovali do společenských a kulturních akcí, a tak svým chováním výrazně přispívali k "životu venkova". Po revoluci v roce 1989 se takové chování začalo omezovat a lidé často dávali přednost nové možnosti - cestovat do zahraničí. Nedostatek času a vysoké tempo znamenalo všechny, včetně jejich orientací.

Za socialismu nedošlo k rozhodným krokům - opustit města a trvale se usídlit na venkově. Nedochozí k tomu ve větším podílu ani dnes. Změnou je přesun chalupářů - důchodců do rekreačních objektů, a to do jisté míry pod tlakem ekonomiky (vysoké nájemné, provoz dvou domácností) a dětí a vnuků, kteří potřebují ve městech byty. Venkov, i když stále více poměšťovaný, si zachovává svou tradiční nedůvěru k nově příchozím. Zvláště někde je tato hranice živá. Přesto je nutno připustit, že lidé z měst přispívají významně k tendencím obnovy venkova - oproti domorodcům, kteří jej chtějí poměstit.

Tvář tradičních vesnic se mění a mění se i lidé, kteří zde dnes žijí. Lze říci, že hodnoty vyvíjející se po staletí se postupně mění nebo zanikají a nastupují hodnoty nové. Především v hodnotách mladých lidí došlo k výrazným proměnám, díky nimž mají někteří pocit, že venkov ve své současné podobě jim nemůže pro splnění jejich „životních cílů“ poskytnout stejné možnosti, jaké nabízí město. Již dnes by byli někteří mladí lidé, především pak ti, kteří zde nemají vlastní rodinu, ochotni se odstěhovat z venkova, kdyby se jim naskytl vhodná příležitost.

Výrazně stabilní je skupina mladých rodin, tj. lidí, kteří již mají děti a bydlí ve venkovských obcích. Pro ně je nutno vytvářet podmínky, zajišťovat možnosti uspokojování nejen základních potřeb v obci či blízkém okolí a umožňovat jim tím kvalitní život na venkově. Mladí lidé a jejich potomci jsou totiž nezbytným prvkem budoucnosti a dalšího rozvoje venkova a na nich především závisí podoba, jakou budou mít venkovské oblasti v příštích letech.

Mezigenerační výpomoc je nejčastěji charakterizována přímým vztahem rodič - potomek. Je to pochopitelné, protože děti cítí odpovědnost především ke svým rodičům a na druhou stranu rodičům připadá přirozené, že jim pomáhají hlavně jejich vlastní děti. Rozhodnutí mladé generace pomáhat svým prarodičům je tedy kromě vlastní ochoty pomáhat do značné míry ovlivněno i společenskými zvyklostmi venkovského prostředí. Mezigenerační výpomoc tak představuje jeden z velmi důležitých prvků rodinné soudržnosti. Soudržnost a dobré mezilidské vztahy jsou základem pro kvalitní fungování nejen rodiny, ale i komunity a celé společnosti.

Jak pomoci venkovu a zajistit péči vzrůstajícímu počtu stárnoucích obyvatel?

Podle dlouhodobých prognóz bude podíl starších osob v populaci stále narůstat. Díky růstu příjmů a zlepšení zdravotní péče spolu se zdravějším životním stylem žije stále více lidí déle. To znamená, že více lidí potřebuje podporu nutnou k zachování nezávislosti v pozdějším věku. Došlo však též k nárůstu počtu relativně zdravých a aktivních seniorů, z nichž mnozí mohou a chtějí aktivně přispívat k zaměstnanosti a životu svých rodin a komunit.

Starší lidé jsou vystaveni jednomu z nejvyšších rizik chudoby mezi všemi věkovými skupinami a zažívají sociální vyloučení v důsledku řady faktorů, jako jsou omezený společenský kontakt, zdraví, nízký příjem, nedostatek mobility a zneužívání jejich slabšího postavení. Začínají se vytvářet různé kategorie seniorů - ti, kteří žijí sami, ti, kteří trpí nějakým postižením, ti, kteří žijí v zanedbaných městských oblastech nebo ve vzdálených venkovských oblastech. Poskytovatelé služeb proto musejí zajistit, aby byly příspěvky a služby dostupné a adekvátní potřebám a požadavkům seniorů bez ohledu na jejich zeměpisnou polohu, kupní sílu nebo profesní či rodinné zázemí. Růst počtu a podílu starších lidí vyžaduje přizpůsobení služeb a produktů jejich potřebám a preferencím a přijetí opatření, která podpoří ekonomický růst.

Strategie reagující na stárnutí populace by měla využít potenciálu starších osob a vytvořit mezigeneračně soudržnou a věkově inkluzivní společnost. Současně je žádoucí zamyslet se nad efektivitou opatření na podporu rodin a souladu rodinného a pracovního života. S ohledem na strukturu obyvatelstva (významné procento lidí hluboce důchodového věku) a postupnému, tak, jako v celé české populaci, stárnutí je zjevné, že infrastruktura malých obcí musí být tomuto jevu přizpůsobena (zdravotnické služby, ústavní péče, domy sociálních služeb atd.). V první řadě jde o to, vytvořit všechny podmínky pro to, aby starý člověk byl co nejdéle soběstačný a nebyl závislý na sousedské výpomoci, na pomoci širší rodiny. V druhém kroku je zapotřebí dořešit rozvoj chybějících služeb či institucí. Aby tomu tak bylo, musí jednak ti mladší zůstat žít na vesnici, ale nejen to, musí zároveň chtít tuto péči či výpomoc poskytovat, a to nejen svým nejbližším příbuzným (což v době tradičních sousedských vztahů a velkých rodin zatím fungovalo).

Významnými aktéry pro rozvoj venkova jsou zájmová sdružení, zaměstnanecké a zaměstnavatelské organizace, instituce veřejného sektoru, nestátní neziskové organizace i jednotlivci. Pro rozvoj venkova vznikají různé spolky, jako jsou Spolek pro obnovu venkova ČR, Agrární komora ČR, Národní síť místních akčních skupin, Svaz

měst a obci ČR, Národní síť Zdravých měst, Sdružení místních samospráv ČR, Národní observatoř venkova a další. Na druhé straně svoji nezastupitelnou roli hrají nevládní organizace a dobrovolnictví jako nový institucionální fenomén současné společnosti. Neziskové organizace, které často působí na místní úrovni a zavádějí nové služby, disponují cennými zkušenostmi a znalostmi a přispívají ke zvyšování kvality života starších osob. Jejich potenciál je žádoucí využít při zlepšení situace starších osob v různých oblastech života. Neziskové organizace a zájmy, které prosazují, jsou různorodé stejně jako starší populace. V souladu s participativním přístupem je žádoucí usilovat o zapojení a účast samotných starších osob na řešení otázek, které se jich dotýkají.

Jak si může venkov pomoci?

Venkov by měl využít svých silných stránek - kulturní dědictví, živé spolkové aktivity a bohatství tradic, sousedskou výpomoc k řešení slabých stránek, tzn. stárnutí obyvatel venkova a odliv obyvatel v produktivním věku. Klíčovým úkolem je nastavit správnou kombinaci bydlení, ubytování, péče, úprav a podpory, které lidem pomohou zůstat ve vlastních obydlích a ve vlastních komunitách tak, aby nebyli nuceni přesouvat se do ústavů. Drtivá většina seniorů bude žít svůj starší život nezávisle, a proto bude chtít výběr z hlediska typu bydlení. Dále je nutné přijmout opatření, která zlepší angažovanost a účast seniorů v regionálních aktivitách.

V rámci reformy veřejné správy na počátku tohoto tisíciletí přešly zřizovatelské povinnosti sociálních služeb z bývalých okresních úřadů na vyšší územně samosprávné celky - na kraje. Přestože obcím bylo rovněž umožněno převzít zařízení sociálních služeb do své kompetence, díky nepřipravenosti celého systému, nedostatečným finančním tokům a nerovnosti přístupu k finančním zdrojům využilo této možnosti jen velmi málo obcí. Obce mohou v rámci samostatné působnosti zřizovat sociální služby různými formami. Může jít o organizační složky obce bez právní subjektivity nebo příspěvkové organizace, které mají vlastní právní subjektivitu. První forma se užívá zejména u služeb, které nejsou příliš náročné na personální, materiální a technické vybavení (azylové domy, terénní programy, pečovatelská služba na menší obci, chráněné bydlení, podpora samostatného bydlení, centra denních služeb, denní stacionáře apod.). V praxi můžeme zaznamenat, že zmíněné služby mohou být zařazeny i přímo do struktury obecního úřadu, a to buď jako samostatné odbory nebo oddělení sociálního odboru. Čím menší obec, tím je tato možnost méně realistická.

V obcích je odedávna zvykem v případě potřeby sousedská výpomoc. Starousedlíci brali a berou tuto výpomoc jako samozřejmost. Nově příchozí (až na pár výjimky), jedná se vesměs o odchovance z paneláků, však na tuto službu nejsou zvyklí a neudělají ji. Velké rozdíly v zabezpečení sociálních služeb jsou mezi obcemi u velkých měst a ve vzdálených lokalitách. V případě blízkosti velkého města je nabídka služeb dostačující. Hraje roli i to, že poblíž měst jsou většinou velké (a tím i finančně lépe zabezpečené) obce, které mohou pro své občany zajistit slušný servis. Takže malé obce, především vzdálenější od větších měst, jsou závislé na občanských aktivitách a vzájemné svépomoci.

Pro seniory, kteří jsou ještě soběstační, není zapotřebí zaměřit se jen na poskytování potřebných služeb, ale i na poskytování zájmových a vzdělávacích aktivit pro seniory tak, aby se přispívalo k udržení jejich duševních a fyzických sil a oddálila se tak doba závislosti na pomoci druhých. To znamená vytvoření prostoru pro pravidelné setkávání vrstevníků, společné aktivity, pravidelné i jednorázové akce, zájmové, vzdělávací a volnočasové aktivity - např. celoroční cyklus přednášek a besed zaměřený na program celoživotního vzdělávání, skupinové relaxační cvičení, celoroční kurzy vý-

tvárných technik apod. Možnost vzdělávání, podpora zdravého životního stylu, posilování informovanosti, dovedností a kompetencí je předpokladem pro maximální možné prodloužení nezávislosti každého seniora. Přispívá ke snížení marginalizace, generační intolerance a brání důsledkům osamění - zlepšuje příležitost k začlenění do společenského života komunity. Většinou jde o kluby pro seniory nebo přímo o organizace sdružující osoby se zdravotním postižením. Tyto organizace mají většinou značné potíže se sháněním peněz na provoz, jelikož nejsou, a často ani nemohou být registrovanými sociálními službami. Rada obcí v České republice zřizuje kluby pro seniory, které kromě společenské, kulturní a zájmové činnosti mohou provozovat jídelny, kde se také vydávají obědy tzv. přes ulici. Kluby mají svou tradici a stále návštěvníky, jejich členové si většinou volí vlastní samosprávu, která je v kontaktu se zřizovatelem, jenž činnost klubu financuje.

Čím menší obec, tím menší šance, že někdo shora pomůže. Je zapotřebí využít lidský potenciál. Je nutné, aby se všichni dohodli - jak uživatelé, poskytovatelé, tak i zadavatelé. Záleží na jejich spolupráci a umění shody. Současný zákonný systém příliš neumožňuje, aby se nějaká organizace rozhodla, že bude pečovat o seniory. Pracovník musí mít nějaké pověření, znalosti a organizace musí být registrována. Zatím i zákon o dobrovolné službě těmto aktivitám není nápomocen - členové NNO nejsou bráni jako dobrovolníci - hovoří se pouze o vzájemně prospěšném dobrovolnictví.

Problémem v současnosti je, že venkovská společenství neumí efektivně využít místní zdroje a spoléhají na pomoc od krajů a státu. Veřejný, občanský a podnikatelský sektor stojí často proti sobě, místo aby efektivně spolupracovaly a dokázaly jít za společně vytvořenou vizí. To však znamená změnu způsobu myšlení lidí.

Co může pomoci:

Konzultační a informační centra, různé kluby určená všem seniorům, kteří se ocitnou v životní situaci, s níž si sami nevědí rady - nabídka konzultací, někdy postačí klienta jen vyslechnout a podpořit, poskytnutí příležitosti pro setkání s novými lidmi a rozptýlení pocitu samoty, porozumění a možnost se s někým setkávat a sdílet problémy, podpora pro období, kdy o někoho pečujete nebo jste ztratili někoho blízkého, bezpečné místo, kde byste mohli řešit svou životní situaci, najít příležitost pro vznik nových přátelství, posilovat a udržovat duševní a fyzickou kondici, kvalitně prožívat pozdní věk, udržovat míru samostatnosti a soběstačnosti, zůstat ve svém přirozeném prostředí, získat podporu při řešení životních situací a uspokojování potřeb, naučit se pozitivně prožívat stáří.

Rozvoj pečovatelské služby, zejména dobrovolné

Tento typ služby je již v systému dlouhodobě zakotven - služba je jasně vymezena právními předpisy, je obvykle dostupná všem příslušníkům cílové skupiny a je nabízena různými poskytovateli - služba je tedy dobře institucionalizovaná. Způsob organizace a poskytování služby je zakonzervován na úrovni, která nemusí vždy odpovídat současným trendům a její potenciál není vždy plnohodnotně využit. Dobrovolné pečovatelky fungují tam, kde pečovatelská služba nemá kapacitu zajistit klienta vlastními zdroji a současně se nepodaří zajistit žádnou osobu z jeho okolí, která by mohla využívat status "péče o osobu blízkou". Dobrovolné pečovatelky pracují na tzv. osvědčení, k jehož získání nepotřebují žádnou standardem stanovenou kvalifikaci, podstatná je ochota pečovat a případné doporučení z okolí. Nejčastěji jsou využívány pro rozvážku obědů nikoliv z vývařovny pečovatelské služby, ale z místního zdroje

(zemědělské družstvo, škola, pohostinství apod.) a pečovatelka zajišťuje přepravu oběda ke klientovi. Dobrovolné pečovatelky jsou využívány i pro celodenní komplexní péči o klienta (vyjma zdravotnických úkonů), často v dlouhém časovém období nebo naopak, řeší nutnost krátkodobé avšak intenzivní péče. Pečovatelská služba se postupně mění ve specifickou formu osobní asistence a osobní vztah ke klientovi je v tomto případě vnímán jako integrální součást péče. Osobní vazby mezi pečovatelkou a klientem jsou dostatečným regulačním činitelem a zajistí kvalitní péči. Výhoda dobrovolné pečovatelky je v tom, že zná souseda. Dobrovolné pečovatelky vykonávají především ženy a právě v malých lokalitách by se dalo vycházet z poznatků různých výzkumů,⁸³ že ženy jsou úzce vázány na život na vesnici - spatřují v něm výhody především v těch aspektech, které se vážou na životní prostředí. Převážná většina žen je přesvědčena, že na venkově je celkově větší klid, zdravější životní prostředí a je zde možnost bližšího kontaktu s přírodou. Je dobrá znalost místního prostředí, ve kterém žijí, znalost lidí a tím získané osobní kontakty. Naprostá většina žen by chtěla zůstat v obci, ve které v současnosti bydlí. Věrnost obci je typičtější pro starší ženy. Zda jde o menší či větší obci, nehraje téměř žádnou roli.

Čas bankovníctví neboli časová banka je vzorem vzájemné výměny služeb, která využívá jednotky času jako měny. To je příklad alternativního měnového systému. Tato aktivita vytváří časovou rezervu, také známou jako služba "Výměny". Tato aktivita vychází ze zkušeností ze zahraničí, kde působí vzor vzájemné výměny služeb, která používá jednotky času jako měny. Slouží v oblasti svépomocné a je možno ji využít pro sladování pracovního a rodinného života. Používají se měnové jednotky, vždy v hodnotě hodiny za každého člověka práce, jako je vedení dětí, péče o staré lidi, právní pomoc, jazykové služby, péče o staré, sousedské práce apod. Tato aktivita je u nás v současné době běžná na dobrovolné bázi v omezeném okruhu známých. V zahraničí funguje tak, že "čas", který člověk stráví poskytováním služeb ve společenství vzájemně si pomáhajících lidí, vydělává "čas" pro služby, které mu budou vráceny recipročně. Sleduje se čas za poskytování služeb a přijímání služeb. Doba nemusí být ve stejnou dobu, nemusí se utrácet hned, může se uložit na dobu neurčitou. Vzhledem k tomu, že jde o výměnu, není zájem vydělávat. Princip této aktivity funguje na následujících zásadách, členem je každý, kdo je výhodou, poskytuje práce, služby, které jsou normálně za peněžní plnění na základě reciprocity. Podmínkou je vybudování sociální sítě. Společenství využívá čas bankovníctví jako nástroj k vytvoření silnějších spojů uvnitř sociální sítě. Tato aktivita má základy jako "Budování sociálního kapitálu". Dnes tyto aktivní časové banky má 26 zemí. Čas tohoto bankovníctví má kořeny v době, kdy peníze na sociální programy "vyschly" a není dominantní přístup k sociálním službám. Systém jako je časová banka může obnovit důvěru v péči, která může podpořit pečovatelské povinnosti. Tento systém umožňuje jednotlivcům (i komunitám), aby se stali soběstačnými, ochraňuje je před rozmary politiky a využívá schopností jednotlivců. Tato aktivita je založena na pěti principech:

- každý, kdo je výhodou, participuje,
- některé práce jsou za peněžní cenu,
- vzájemná výpomoc,
- sociální sítě jsou nezbytné,
- respektování všech lidských bytostí.

⁸³ anketa pro ČSŽ - Život na venkově, Praha 2002, DEMA a.s.

Co je tedy zapotřebí

- Možnost vzdělávání, podpora zdravého životního stylu, posilování informovanosti, dovedností a kompetencí jako předpoklad maximálního možného prodloužení nezávislosti každého seniora. Vytváření podmínek pro setrvání seniorů v domácím prostředí je po psychické stránce to nejlepší. Vzhledem k tomu, že do této péče jsou zahrnuti nejčastěji příbuzní (často starší lidé), je zapotřebí podporovat je, což zahrnuje rozvoj adekvátního právního rámce - v případě potřeby dostatek flexibility k plnění pracovních i pečovatelských závazků - částečné úvazky.
- Podpora dostupnosti sociální péče, stárnutí venkovské populace, péče o seniory a dostupnost sociálních služeb, ekonomická a ekologická neudržitelnost jednogeneračního bydlení na venkově - rozpad vícegeneračního soužití = samostatné bydlení seniorů znamená vyšší náklady - znamená větší podporu neziskových organizací, které se zaměřují na svépomocné aktivity, což znamená změnu zákona o dobrovolnictví - aby členové NNO byli bráni také jako dobrovolníci a byla stanovena i odměna.
- Zapojení seniorů do života komunity a společnosti, pocit uznání a užitečnosti, ocenění zkušeností a smysluplné využití volného času jsou důležité pro pozitivní sebepojetí a životní spokojenost člověka v každém věku. Je nutné jim dát možnost uplatnit své zkušenosti ve prospěch komunity a společnosti. Starší lidé mohou uplatnit své zkušenosti prostřednictvím dobrovolnictví, které je zdrojem seberealizace a sociálních kontaktů. Programy pro dobrovolníky by měly využít potenciálu starších osob a poskytovat příležitosti pro mezigenerační vztahy a solidaritu.
- Zajistit, aby dopravní strategie regionu zohledňovala potřeby seniorů - drtivá většina seniorů může žít svůj starší život nezávisle.
- Podpora rodinné péče o seniory, poskytování služeb (dostupnost lékaře, školky, školy, podmínky pro děti, péče rodiny anebo komunity, podpora terénních služeb v regionech, dvougenerační bydlení, podpora mezigenerační solidarity v rámci důchodového systému, zachovat možnost volby => finanční zrovnoprávnění volby (ústavní péče je mnohem dražší - nákladovost zdravotní péče o starší občany žijící v ústavech sociální péče, ve srovnání se stejně starými občany, kteří žijí ve svých domácnostech je daleko vyšší, např. většina zde pobývajících lidí je inkontinentní, což zvyšuje finanční požadavky na potřebné pomůcky).
- Vytvoření zdrojů pro obce, zejména malé, stát přenáší další a další odpovědnosti (školství, sociální integrace, místní doprava, zdravotnictví apod.) a to bez adekvátního přesunu financování.
- Rozpočty menších obcí se navyšují pomaleji než u větších, udržuje se nízká úroveň financování venkova, zvětšuje se disproporce mezi příjmy obcí a měst v neprospěch venkova, snižuje se tak kvalita života na venkově.
- Zásada partnerství mezi veřejnými, soukromými a dobrovolnými skupinami může podpořit komunitní plánování. Podpora soukromých a dobrovolných skupin v procesu formulace a provádění komunitní politiky může přinést široký konsenzus a vyvolat životně důležitou podporu komunity a přitáhnout finanční prostředky.
- Lepší přístup malých obcí k financování projektů - odbourávat postupnou izolaci obcí od evropských zdrojů.
- Vzdělání členů zastupitelstva a osobní angažovanost obyvatel na životě obce jsou důležitými předpoklady pro "živou" obec, pro obec, které není vlastní osud lhostejný - do tohoto vzdělání se mohou zapojit i senioři, kteří mohou využít svých schopností pro vzájemnou pomoc.

Souhrnné závěry

Sociální služby procházejí v posledních 20 letech řadou významných změn. Do života bylo uvedeno mnoho nových principů jejich poskytování a financování. Jako jedno z prvních opatření v rámci realizace ekonomické a sociální transformace byl v sociální oblasti již v 1. pololetí r. 1990 v rámci novelizace zákona č. 100/1988 Sb., o sociálním zabezpečení, umožněn přístup k realizaci sociálních služeb i obcím, městům a nestátním neziskovým organizacím, což výrazně přispělo k rozšíření spektra nabídky jednotlivých typů sociálních služeb.

Významný posun v přípravě nové právní úpravy přineslo přijetí tzv. Bílé knihy v sociálních službách, která charakterizovala základní principy poskytování sociálních služeb. Jedná se o první koncepční materiál, který nastínil hlavní principy dalšího směřování systému sociálních služeb. Důraz přitom byl kladen na podporu sociálních služeb podporujících život v domácím sociálním prostředí a péči v rodině a na zlepšení návaznosti sociálních a zdravotních služeb. 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. Výrazně se zvýšil státní paternalismus v celém systému, vzrostla závislost poskytovatelů na poskytování státních dotací, příspěvek na péči pobírá o cca 70 % více osob, než předpokládal zákonodárce, široký okruh občanů tuto sociální dávku nevyužívá pro zajištění svých potřeb od registrovaných poskytovatelů sociálních služeb.

V souvislosti s realizací II. fáze reformy veřejné správy došlo k převedení zřizovatelských funkcí k většině zařízení sociálních služeb z bývalých okresních úřadů především do samosprávné působnosti jednotlivých krajů. Tím, že se sociální služby staly aktivitou patřící do režimu samostatné působnosti, se zcela zásadně změnila role státu a jeho možnosti kontroly aktivit v této oblasti. Stát má pouze právo kontroly zákonnosti.

Hlavním principem, který je při financování sociálních služeb dlouhodobě uplatňován, je princip vícezdrojového financování. Stěžejními zdroji financování jsou dotace z veřejných rozpočtů, úhrada klientů za poskytované služby, příspěvek na péči a úhrada ošetřovatelské a rehabilitační péče ze zdrojů veřejného zdravotního pojištění. Výdaje na sociální služby se od počátku 90. let dlouhodobě zvyšují, od r. 1995 vzrostly cca 4 x, jejich podíl na hrubém domácím produktu po zavedení příspěvku na péči výrazně vzrostl, v r. 2010 činil 1,23 %. Z hlediska struktury financování jsou dominantním zdrojem financování sociálních služeb veřejné prostředky, jejich podíl po zavedení nového systému financování v r. 2007 mírně vzrostl, v r. 2010 činil 76,7 %.

Systém financování sociálních služeb dlouhodobě konzervuje existující rozdíly ve vybavenosti jednotlivých územních celků sociálními službami a nevytváří dynamizující konkurenční prostředí. Dřívější úvahy o tom, že zavedení příspěvku na péči přispěje k odstranění těchto problémů, se doposud nepotvrdily, neboť nově koncipovaný systém financování sociálních služeb je 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.

V důsledku dlouhodobé absence jakékoli koncepce sociálních služeb není stávající struktura forem sociální péče v jednotlivých krajích ani okresech výsledkem

promítnutí deklarovaných koncepcí do praktického života, ale je výsledkem dlouhodobého živelného vývoje v minulosti, kdy praxe v rámci svých možností a podle svého zájmu reagovala na nutnost zabezpečení potřeb starých a zdravotně postižených občanů.

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.

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 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) byla chápána zcela jiná forma služeb.

Přestože v následujících letech lze očekávat "objektivizaci" struktury uživatelů jednotlivých - především pobytových - sociálních služeb, ukazují provedené propočty, že stávající kapacity jednotlivých typů zařízení nebudou v r. 2020 dostatečné. V tomto smyslu je zřejmé, že rozvoj všech forem terénních, ambulantních i pobytových 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.

Zvýšenou pozornost je nutno věnovat problematice efektivnosti financování sociálních služeb. Je zřejmé, že v tomto směru je nutno uplatnit jiné pohledy na hodnocení efektivnosti služeb sociální péče, jiné pohledy na služby sociální prevence i na poradenské služby. Současně je nutno jiná hlediska 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. Na zřeteli je třeba rovněž mít pojetí efektivnosti v ekonomické teorii.

Na charakteristiku stávajícího systému financování a poskytování sociálních služeb má 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 ošetrovatelské 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, opomenout nelze ani skutečnost, že významným způsobem je výše provozních nákladů jednotlivých zařízení determinována stářím jednotlivých budov a personálním vybavením jednotlivých zařízení, pozornost je nutno věnovat i velikosti jednotlivých sídel a hlavním vývojovým trendům, které jsou uplatňovány při jejich rozvoji v evropských zemích.

Hlavní příčinu současného neuspokojivého stavu v oblasti sociálních služeb lze spatřovat především v tom, že rozvoj celého systému služeb sociální péče je limitován stanovením maximální výše úhrad za pobyt a stravu v pobytových zařízeních a za jednotlivé úkony poskytované v terénních formách služeb ze strany jednotlivých uživatelů na úrovni, která spolu s přiznanou výší příspěvku na péči neumožňuje uhradit ani průměrné celostátní náklady daného typu služby, což ex ante předurčuje závislost poskytovatelů sociálních služeb na poskytování dotací ze strany státního rozpočtu, popř. ze zdrojů jednotlivých krajů a měst. Vzhledem k tomu, že na přiznání těchto dotací není právní nárok a v rámci dotačního řízení dochází po celou dobu jeho realizace k porušení dříve deklarovaných základních principů, je celý systém sociálních služeb statický, k očekávaným a žádoucím změnám ve struktuře služeb doposud nedošlo. Tato skutečnost je ve světle očekávaných demografických trendů velmi alarmující a to i z toho pohledu, že o poskytování sociálních služeb se podle nového zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, v platném znění, dnes mezi poskytovatelem a uživatelem uzavírají smlouvy, sociální služby již nejsou poskytovány na základě správního rozhodnutí zřizovatele služby.

Z pohledu kraje a města 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 poskytovatelem a uživatelem,
- výše úhrad klienta za některé úkony zejména v oblasti terénních a ambulantních služeb je stanovena na úrovni, která neodpovídá výši vynaložených nákladů.

V podstatě dalším nástrojem ochrany klienta ze strany státu je výše úhrady, přičemž je třeba si uvědomit, že k tomuto účelu má stát v zákoně definovány i 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", 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.

Negativně je však nutno hodnotit skutečnost, že nebylo vytvořeno žádoucí "zrcadlo" mezi financováním sociální péče poskytované v lůžkových zdravotnických zařízeních a zdravotní péčí poskytovanou v pobytových zařízeních sociálních služeb. Negativně je nutno hodnotit především skutečnost, že zdravotnická zařízení, která poskytují služby ústavního charakteru, nejsou povinna se registrovat a plnit tak všechny povinnosti, které poskytovatelům sociálních služeb ukládá zákon. Důsledkem tohoto faktu je mj. skutečnost, že zdravotnická zařízení nepřiznávají, že pominuly důvody pro hospitalizaci pacienta ze zdravotních důvodů a podvádějí zdravotní pojišťovny. Podle odhadů VZP je v celé ČR nejméně 15 000 takových lůžek, celkové náklady, které jsou tak neefektivně vynakládány ze systému veřejného zdravotního pojištění jsou odhadovány na více než 5 mld. Kč ročně. V tomto smyslu je zcela jednoznačně zřejmé, že VZP ani ostatní zdravotní pojišťovny neplní svoje povinnosti a svoji ne/činností tak dlouhodobě blokují vytvoření základních ekonomických předpokladů pro koncipování systému dlouhodobě sociálně zdravotní integrované péče.

Kriticky je přitom rovněž nutno zhodnotit i kvalitu většiny doposud zpracovaných střednědobých plánů rozvoje sociálních služeb jednotlivých krajů. Je to z velké většiny pravděpodobně způsobeno skutečností, že všechny doposud zpracované metodické materiály kladou značný důraz především na zapojení uživatelů sociálních služeb do jeho přípravy tak, aby zvolená řešení a směry jejich naplňování odrážely mj. i potřeby klientů. Lze se domnívat, že v celém procesu přípravy plánu sociálních služeb jsou do pozadí zatlačeny tři velmi významné okruhy:

- provedení analýzy sociálně-demografického vývoje obce (města) a jejího spádového území (popř. kraje) se zaměřením na vývoj těch věkových skupin, které jsou stěžejními příjemci sociálních služeb,
- porovnání zjištěných potřeb jednotlivých skupin klientů sociálních služeb s doporučenými hodnotami vybavenosti jednotlivých skupin obyvatelstva a s aktuálními trendy vývoje sociálních služeb,
- vazby sociálních služeb na související odvětví, zejména na zdravotní péči, bytovou politiku a dopravní obslužnost jednotlivých regionů.

Pro práci na plánování sociálních služeb je závažným problémem, že zrušením okresních úřadů zmizely regionální orgány státní správy, které namnoze poskytovaly sociální služby. V současnosti není mezi jednotlivými obcemi navzájem a kraji žádná řídicí vazba a odpovědnost. Jako příklad lze uvést, kdy do domu s pečovatelskou službou (bytová politika je v samostatné působnosti) obce jsou přijímáni přednostně logicky vlastní občané obce, což limituje možnosti zejména pro obyvatele malých obcí. Ti ovšem mohou tvořit většinu obyvatel spádového území ORP. Obec s rozšířenou působností (která se vztahuje zejména k sociálním dávkám) nemá povinnost ani nějak ekonomicky podporovaný zájem poskytovat služby ve svém spádovém území. Přitom je zřejmé, že vzhledem ke své velikosti takové služby ve spádovém území zapotřebí jsou a služby budou poskytovány právě tam. V některých takových obcích s RP (městech) by bylo třeba zřídit kapacity služeb až 3 x větší, než jaká je potřeba samotné obce. To však nemá nijak ekonomicky kryto, investičně ani provozně. Tento bizarní stav vytváří politické vakuum pro zabezpečování sociálních služeb v menších obcích.

Jaký bude další vývoj stárnutí a potřeby služeb? Profesor Igor Tomeš uvádí, že stárnutí se netýká jen osob starších 60 let, ale má vliv na všechny generace. Přirovnává tento proces k měchu akordeonu, který se natahuje ve všech segmentech. Školní

vzdělání se prodlužuje, mladí lidé potřebují více času k získání vzdělání pro první zaměstnání. Došlo k odkladu sňatků a rození prvních dětí cca o 10 let. Prodlužuje se status středního věku. Odkládá se penzionování a lidé chtějí dále pracovat. Získání znalostí informačních technologií zhodnocuje jejich životní zkušenosti, znalosti pro další práci a udržuje stárnoucí generaci „in“. Obecně řečeno, dochází ke změnám sociálně věkové struktury evropské společnosti. Nejde o to prodloužit stáří, ale život.

I když konsenzuální názor, vyjádřený věkovou hranicí nároku na starobní důchod, vytváří formální hranici vymezující stáří, je zcela aktuální představit si mladého seniora, který si sice své stárnutí uvědomuje, ale kterému jsou ještě velmi vzdáleny symptomy stáří, jak je obvykle chápe společnost, tedy nemoci, závislost, bezmocnost, potřeba péče. Dnes nejsou neobvyklí sedmdesátníci či osmdesátníci, kteří jsou aktivní a na stárnutí "nemají čas". Jejich potřeby i zájmy se sice mění, ale chtějí žít běžným životem, prodloužit vše, co bylo spojeno s jejich předchozími aktivitami. Jako nejvýznamnější faktor se opakovaně logicky projevuje vývoj zdravotního stavu. Zda, kdy a jaké sociální služby budou tito lidé potřebovat, je třeba analyzovat.

Mluvíme-li o venkovu, respektive o způsobu života na venkově, neměli bychom zapomínat také na staré lidi, neboť v současné době tvoří nezanedbatelnou část venkovské populace. Z minulosti stále přetrvává obraz důchodce, který se odchodem do důchodu stáhl z aktivního společenského dění a smyslem jeho života je nadále pouze jeho rodina a péče o vnoučata. Tento obraz se však postupně mění nejen s rostoucí nezávislostí a aktivnějším prožíváním důchodového věku, ale také v důsledku menšího počtu vnoučat. I nadále však bude rodina pro staré lidi na venkově znamenat zázemí a jistotu, stejně jako určitou formu psychické a fyzické pomoci. Nejvýznamnější roli však hraje v životě téměř každého „seniora“ jeho zdravotní stav. Důvodem této skutečnosti je zřejmě potřeba pocitu soběstačnosti a nezávislosti na ostatních, což je podmíněno dobrou kondicí.

Prostředí a komunita vstřícná ke stáří, která je sociálně soudržná a nabízí příležitosti pro aktivní život a mezigenerační kontakty, má zásadní vliv pro zachování nezávislosti a pro kvalitu života starších lidí. Pozitivní vztah společnosti ke stáří a starým lidem představuje nejširší a nejzákladnější podmínku zvýšení participace starých lidí ve společnosti. Řešením je:

- vytvoření stáří přátelské komunity, které poskytují více příležitostí pro sociální aktivity a hodnotné trávení volného času,
- větší potřeba komunitních center poskytujících starším občanům a rodinám podporu a flexibilní služby,
- využívání veřejné osobní nebo individuální dopravy; dostupnost a bezbariérovost veřejné osobní dopravy, její kvalita; bezpečnost je významná pro dostupnost základních služeb a pro participaci na kulturních a sociálních aktivitách, včetně prostého navštěvování se,
- role rodiny, která nemusí spočívat jen v poskytování péče, ale také v zajištění potřebné pomoci a podpory; rodinná politika by měla věnovat systematickou pozornost přijetí komplexních opatření na podporu rodin a pečovatelů,
- rozšíření péče neformálních i profesionálních pečovatelů - tato péče musí být ceněna a uznávána společností,
- dopracování zákona tak, aby NNO a jejich členové byli bráni jako dobrovolníci, nikoliv jako vzájemně prospěšné dobrovolnictví.

Jaká opatření v oblasti sociálních služeb je proto nezbytné realizovat k odstranění současných problémů?

Vzhledem k tomu, že závislost poskytovatelů na poskytnutí dotace brání samotnému rozvoji sociálních služeb, je všechna navrhovaná opatření 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. V úvahu připadají především tato řešení:

- zrušení maximální výše úhrad za pobyt a stravu v pobytových a ambulancích zařízeních a za jednotlivé úkony v oblasti terénních sociálních služeb,
- důsledné uplatňovat, aby uživatelé služeb - především v domovech pro seniory - platili za poskytované služby spolu s přiznaným příspěvkem na péči a úhradou ošetrovatelské 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 ošetrovatelské a rehabilitační péče v pobytových 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).

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 podmíněním 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 diferenciaci 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, který hodnotí celkem 10 aktivit ve třech úrovních -

nezávislost při aktivitách denního života, částečná závislost a závislosti při aktivitách denního života.

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 vyčíslené 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. 2014 rozdělovat kraje,
- registraci organizací zřízených obcemi a nestátními neziskovými organizacemi provádějí kraje a
- registraci organizací zřízených krajem 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 vyložených 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 usilovaly v rámci své koncepce bytové politiky věnovat 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,
- v obecních bytech jednotlivé obce a města individuálně podle celkových příjmových i majetkových možností zejména seniorů a osob se zdravotním postižením přistupovaly ke stanovení výše nájmu 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 ohroženi sociálním vyloučením (v nejširším smyslu slova) v důsledku její nedosta-
tečné úrovně.

Pokud jde o zefektivnění financování služeb sociální prevence, je třeba vycházet z toho, že tyto služby napomáhají zabránit sociálnímu vyloučení osob a chrání společnost před vznikem a šířením nežádoucích společenských jevů. Je proto zřejmé, že při financování těchto služeb nejde uplatnit obdobný model jako v oblasti služeb sociální péče. S ohledem na řadu problémů, které dnes doprovázejí poskytování všech sociálních služeb v rámci samosprávných působností obcí, měst a krajů, lze vyslovit názor, že zajištění těchto služeb na celém území státu by mělo být převedeno do jejich přenesené působnosti, popř. do kompetence Úřadu práce ČR a jeho jednotlivých organizačních složek. V tomto smyslu je nutno položit otázku, zda po reformě veřejné správy, kdy řada kompetencí státu byla převedena do samosprávné kompetence jednotlivých krajů, má stát zajištěno naplňování všech svých mezinárodně právních závazků.

Na základě zpracovaných krajských, popř. i obecních plánů rozvoje sociálních služeb by jednotlivé kraje, popř. města na zajištění potřebných služeb sociální prevence a sociálního poradenství vyhlášovaly výběrová řízení, poskytovatelé jednotlivých služeb - zpravidla nevládní neziskové organizace - by se do těchto výběrových řízení přihlašovali na základě údajů uváděných v registraci poskytovatelů. Vítězové jednotlivých výběrových řízení by následně s kraji (městy) uzavírali smlouvy o poskytování těchto služeb, přičemž by byly smluvně definovány i podmínky finanční spoluúčasti krajů a měst na zajištění těchto služeb. Smlouvy by přitom mohly být uzavírány na delší časové období, čímž by se výrazně zvýšila míra jistoty poskytovatelů těchto služeb, kteří by tak např. mohli jednotlivé služby i rozvíjet (což stávající systém financování neumožňuje).

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.

Literatura

- Bareš, P. *Přiměřenost sociálních služeb aktuálním potřebám*. Praha: VÚPSV, 2006
- Bareš, P. *Regionální dostupnost sociálních služeb*. Praha: VÚPSV, 2009
- Bareš, P. *Počty a kvalifikační struktura pracovníků vybraných typů sociálních služeb pro seniory a osoby se zdravotním postižením*. *Rezidenční péče* č. 3/2010
- Bednárík, R., Bodnárová, B. *Starnutie populácie - výzva na zmeny v službách pre starších ľudí*. *Rodina a práca* č. 4/2005
- Beyersdorffer, O. *Pflegepflichtversicherung*. [cit. 2011-11-11]. Dostupné z: <http://www.arbeitsgemeinschaft-finanzen.de/krankenversicherung/pflegeversicherung.php>
- 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
- Čáslava, P. *Evropské proměny sociálních služeb*. *Sociální služby* č. 4/2009
- Čáslava, P. *Modernizace a hledání dobrého řízení*. *Sociální služby* č. 5/2009
- Čáslava, P. *Reformy na národních úrovních*. *Sociální služby* č. 6/2009
- Hauschild, R. *Die Erfahrungen mit dem deutschen Pflegeversicherungssystem, in Soziale Sicherheit in Europe*, Bad Boll 1998
- kol. *Obce, města, regiony a sociální služby*. Praha: SOCIOKLUB, 1997
- Kotíková, J., Průša, L., Vlach, J. *Regionální analýza a koncepce zaměstnanosti, trhu práce a sociální péče*. Praha: VÚPSV, 2001
- Krebs V. a kol. *Sociální politika*. Praha: ASPI Publishing, 2005, ISBN 80-7357-050-5
- Krebs, V., Průša, L. *Financování sociálních služeb - teoretická východiska a skutečnost*. In: *Sborník z mezinárodní konference Veřejná ekonomika a správa 2011*. Ostrava: Vysoká škola báňská - Technická univerzita, 2011
- Mertl, J. *Přístupy k hodnocení efektivnosti sociálních služeb v národním hospodářství*. Praha: VÚPSV, 2007. ISBN 978-80-87007-72-3
- Molek, J. *Marketing sociálních služeb*. Praha: VÚPSV, v.v.i. 2009. 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.
- Österle, A., Meichenitsch K. *Pflegesicherungssysteme in Europa*. *Soziale Sicherheit* č. 11/2007
- Průša, L. *K některým systémovým otázkám filosofie sociální pomoci ohroženým skupinám obyvatelstva*. *Národní hospodářství* č. 3/1992
- Průša, L. *Analýza ekonomických a sociálních důsledků integrace ČR do EU se zaměřením na komparaci systémů státní sociální podpory a sociální pomoci*. Praha: VÚPSV, 1997
- Průša, L., Mátl, O. *Nad pojetím dotační politiky MPSV*. *Sociální politika* č. 9/1999, ISSN 0049-0962

- Průša, L. *Rozbor ekonomických aspektů ovlivňujících stávající a nově navrhovaný systém sociálních služeb*. Praha: VÚPSV, 2001
- Průša, L. *Ekonomie sociálních služeb*, Praha: ASPI Publishing, 2003
- Průša, L. *Obce (města a kraje) a výdaje na sociální a zdravotní služby v r. 2004*. Praha: VÚPSV, 2006
- Průša, L. Zamyšlení nad dosavadními výsledky dotačního řízení v oblasti poskytování sociálních služeb. *Rezidenční péče* č. 1/2007
- Průša, L. *Ekonomie sociálních služeb*. Praha: ASPI Publishing 2007
- Průša, L. Efektivnost financování sociálních služeb v domovech pro seniory. Praha: VÚPSV, v.v.i. 2008. ISBN 978-80-7416-018-9
- Průša, L. Model optimálního uspořádání sociálních a zdravotních služeb na regionální úrovni. Praha: VÚPSV 2006. ISBN 80-87007-36-0
- 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. *Reforma veřejné správy a její dopad na systém sociální ochrany obyvatelstva*. Studie Národohospodářského ústavu Josefa Hlávky č. 6/2003
- Průša, L. *Sociální služby - srovnání ČR a EU*. Praha: Centrum sociálních služeb, 2008
- Průša, Ladislav. Příspěvek na péči - černá díra reformy sociálního systému. *FÓRUM sociální politiky* č. 3/2009. ISSN 1802-5854
- Průša, L. Je nový systém financování sociálních služeb pro staré občany efektivní? *Národohospodářský prostor* č. 3/2009
- Průša, L. a kol. Poskytování sociálních služeb pro seniory a osoby se zdravotním postižením. Praha: VÚPSV, v.v.i. 2010. ISBN 978-80-7416-048-6
- Průša, L. Efektivnost sociálních služeb: vybrané prvky a aspekty. Praha: VÚPSV, v.v.i. 2007. ISBN 978-80-87007-73-0
- Průša, Ladislav. Projekce potřeby služeb sociální péče do r. 2025. *FÓRUM sociální politiky* č. 5/2009. ISSN 1802-5854
- Průša, L. Dotace ze státního rozpočtu jako klíčový důvod stagnace sociálních služeb aneb tristní výsledky 1. kola dotačního řízení pro r. 2011. *Rezidenční péče* č. 2/2011
- Průša, L. Public Governance, Social Services and Social Assistance Benefits. *ACTA VŠFS* č. 2/2011, str. 166-176, ISSN 1802-7946
- Samuelson, P.A., Nordhaus, W. D. *Ekonomie*. Praha: Svoboda, 1991. ISBN 80-205-0192-4
- Svobodová, K. Bydlení seniorů v České republice. *FÓRUM sociální politiky* č. 5/2009. ISSN 1802-5854
- Tomeš, I. *Koncepce systému sociální pomoci (péče)*. Bratislava: VÚPSV, 1991
- Tomeš I. a kol. *Sociální správa*. Praha: Portál, 2010
- Víšek, P. Úvaha o vývoji potřeb seniorů a osob se zdravotním postižením. *SOCIOKLUB*, Praha 2009
- Anketa Život na venkově, Agentura DEMA a.s., Praha 2002

Anzahl der Leistungsempfänger der sozialen Pflegeversicherung in Deutschland in den Jahren 1995 bis 2010. Quelle BMG. Statista 2011 <http://de.statista.com/statistik/daten/studie/72672/umfrage/soziale-pflegeversicherung--leistungsempfaenger-in-deutschland/>

Archivní materiály ČSŽ k tématu "Venkovská žena" - výstupy konferencí u příležitosti mezinárodního dne venkovské ženy v letech 2004, 2005, 2006 a 2007

Beitragsbemessungsgrenze Krankenversicherung Rentenversicherung Pflegeversicherung Arbeitslosenversicherung. [cit. 2011-11-14]. Dostupné z: <http://www.pkv-private-krankenversicherung.net/beitragsbemessungsgrenze-2>

Biennial Report on social services of general interest, Commission of the European Communities, Brussels 2008

Bundespflegegeld. Zdroj: STATISTIK AUSTRIA. http://www.statistik.at/web_de/statistiken/soziales/sozialleistungen_auf_bundesebene/bundespflegegeld/index.html

Bundespflegegeld. Zdroj: STATISTIK AUSTRIA. [cit. 2011-11-24]. Dostupné z: http://www.statistik.at/web_de/statistiken/soziales/sozialleistungen_auf_bundesebene/bundespflegegeld/index.html

Höhe des Pflegegeldes. [cit. 2011-11-24]. Dostupné z: <https://www.help.gv.at/Portal.Node/hlpd/public/content/36/Seite.360516.html>

Komplexní analýza sociálně-ekonomických podmínek života ve stáří. SOCIOKLUB, Praha 2002

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

Kvalita života ve stáří, 2008, Ministerstvo práce a sociálních věcí, 2008

Lexikon obcí ČR 2005, 2008, 2009, ČSÚ 2006, 2009, 2010

Nový model financování sociálních služeb. Praha: MPSV, 1997

Národní plán rozvoje sociálních služeb 2009-2012. Dostupné z: www.mpsv.cz

Návrh věcného záměru zákona o sociální pomoci. Praha: MPSV, 1997

Návrh normativů vybavenosti územních celků službami sociální péče. Praha: FMPSV, 1987

Nejnovější statistické srovnání měst a venkova http://www.czso.cz/csu/redakce.nsf/i/regiony_mesta_obce_souhrn

Odhad potřeby investic do pobytových zařízení sociálních služeb pro seniory, interní materiál MPSV, 2008

Pflegereform: Mehr Leistung und Beratung. Magazin für Soziales, Familie und Bildung. 04/2008, Nr. 062. [cit. 2011-11-11]. Dostupné z: <http://www.bundesregierung.de/Content/DE/Magazine/MagazinSozialesFamilieBildung/062/sa-pflegereform-mehr-leistung.html>

Pflegeversicherung - Schutz für die ganze Familie, Bundesministerium für Gesundheit, Berlin 2006

Projekce obyvatelstva České republiky do r. 2065. Dostupné z: www.czso.cz

Sčítání lidu, domů a bytů 2001, ČSÚ 2002

Statistická ročenka MPSV ČR 2010

Statistická ročenka Zlínského kraje 2010

Studie o základních sociálně-ekonomických charakteristikách Ústeckého, Jihomoravského, Středočeského a Zlínského kraje. Evropský projekt pro MPSV, irská fi. Nicar a STEM. 2005

The role of local and regional authorities in the povision of local social services, Strasbourg: Council of Europe, 1999

Tvorba programů sociální udržitelnosti na regionální a místní úrovni. Národní centrum sociálních studií, Praha 2005

Varianty vymezení VENKOVA a jejich zobrazení ve statistických ukazatelích v letech 2000 až 2006. Dostupné z: <http://www.czso.cz/csu/2008edicniplan.nsf/p/1380-08>

Velikostní struktura obcí v České republice podle výsledků Sčítání lidu 2001. *Demografie* č. 4/2004

Vládní návrh zásad zákona o sociální pomoci. Praha: MPSV, 1995

Zelená zpráva, zpráva o stavu zemědělství 2009. Min. zemědělství. Dostupné z: www.eagri.cz

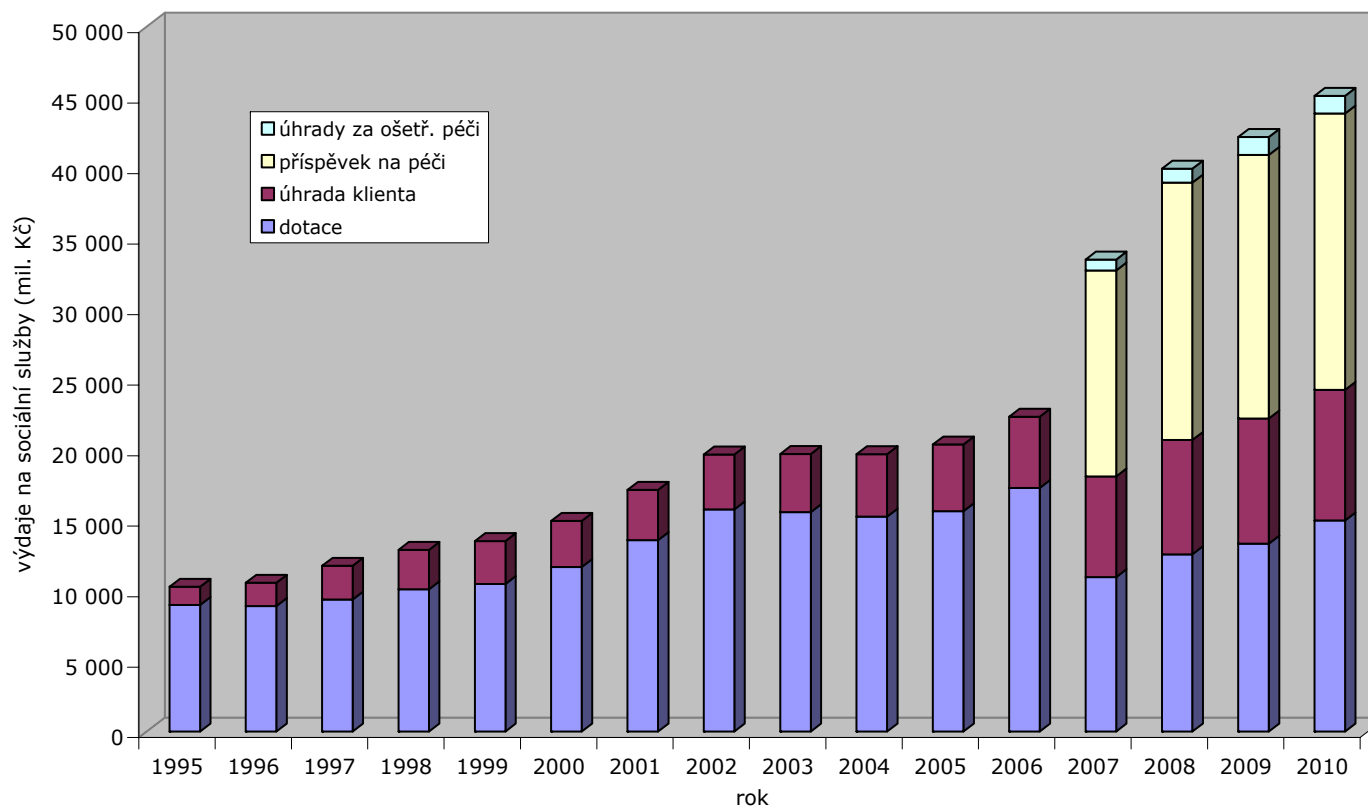
www.czso.cz

www.mpsv.cz

www.vupsv.cz

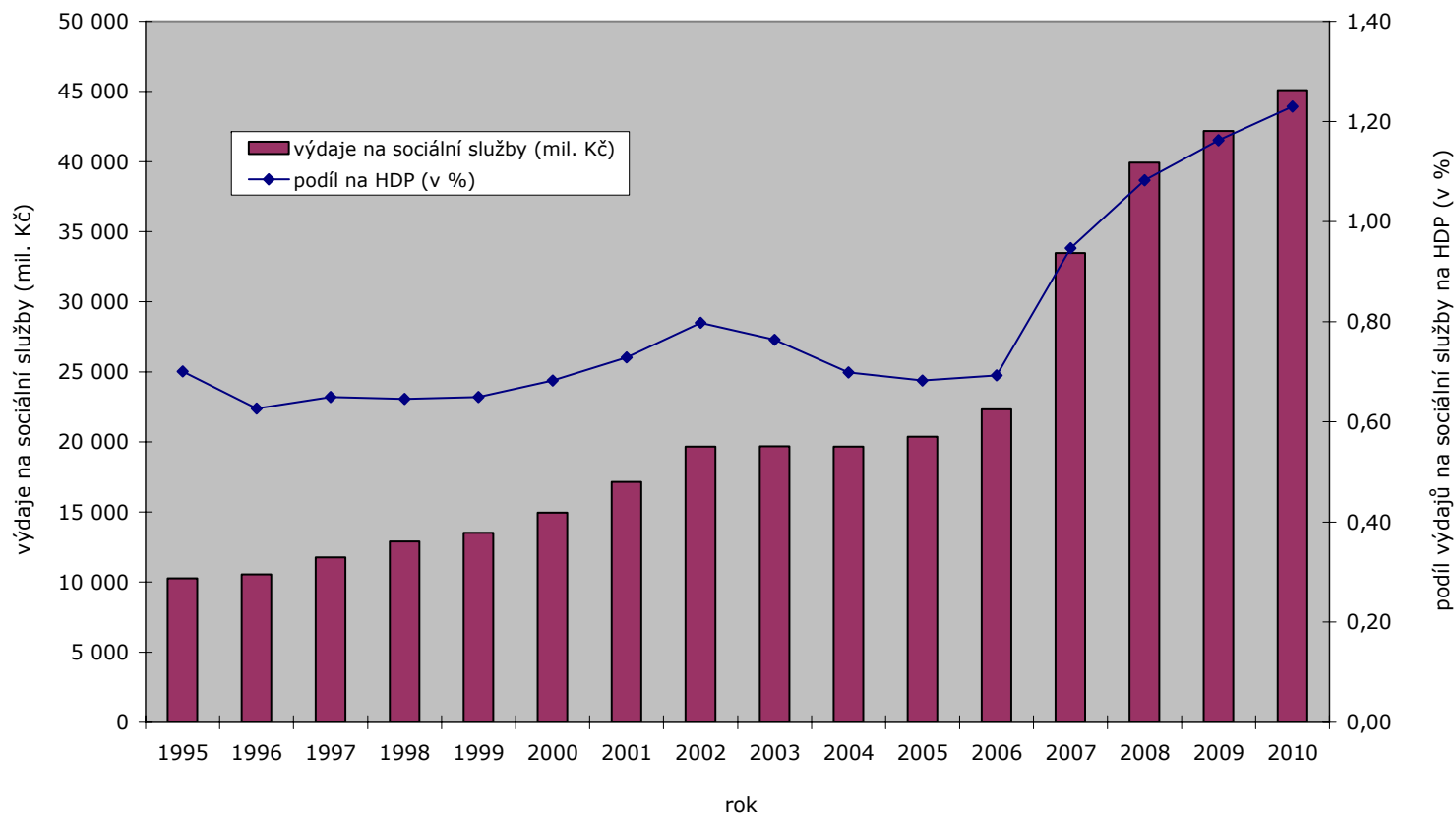
Tabulková a grafická příloha

Vývoj výdajů na sociální služby v letech 1995 - 2010



Pramen: Krebs, V., Průša, L. *Financování sociálních služeb - teoretická východiska a skutečnost*. in: *Sborník z mezinárodní konference Veřejná ekonomika a správa 2011*. Ostrava: Vysoká škola báňská - Technická univerzita, 2011. ISBN 978-80-248-2465-9

Vývoj výdajů na sociální služby a jejich podíl na HDP



Pramen: Krebs, V., Průša, L. *Financování sociálních služeb - teoretická východiska a skutečnost*. in: *Sborník z mezinárodní konference Veřejná ekonomika a správa 2011*. Ostrava: Vysoká škola báňská - Technická univerzita, 2011. ISBN 978-80-248-2465

Příloha č. 3

Vybavenost jednotlivých okresů místy ve vybraných typech služeb sociální péče v r. 2010

	vybavenost okresů místy						
	CDS	DSt	TSt	DS	DS	DZR	DOZP
	na 1 000 osob						
	starších 65 let			starších 80 let			celkem
Praha	0,43	2,28	0,38	12,29	46,08	3,62	0,40
Benešov	0,00	0,81	0,00	29,67	128,61	20,01	3,38
Beroun	1,39	2,69	2,54	15,86	70,96	0,00	0,93
Kladno	0,00	5,59	1,09	29,82	131,59	8,94	1,37
Kolín	0,00	0,26	0,20	19,78	82,70	55,22	1,24
Kutná Hora	0,49	2,93	3,01	23,91	101,27	55,80	1,61
Mělník	0,00	2,27	0,00	32,00	140,06	42,89	0,29
Mladá Boleslav	0,00	5,69	1,93	20,98	87,82	1,90	0,85
Nymburk	0,00	3,54	2,48	27,79	115,69	8,83	0,70
Praha-východ	0,00	0,80	0,00	28,76	127,83	4,52	0,40
Praha-západ	0,00	2,39	1,79	23,80	100,82	44,49	0,78
Příbram	0,00	1,09	0,97	38,63	164,88	10,75	0,87
Rakovník	1,65	3,30	1,18	24,67	106,42	0,00	2,93
České Budějovice	0,28	2,88	0,84	26,98	117,92	33,01	0,58
Český Krumlov	0,00	0,00	0,00	20,80	102,69	0,00	0,00
Jindřichův Hradec	0,00	2,08	2,08	30,39	127,51	5,82	2,21
Písek	0,00	1,72	2,38	25,74	107,24	15,71	2,01
Prachatice	0,00	0,00	0,00	49,35	234,22	0,00	1,63
Strakonice	0,00	2,62	0,00	33,92	150,60	25,16	3,11
Tábor	0,00	5,62	1,33	29,12	117,63	8,42	0,00
Domažlice	0,00	0,22	0,00	50,08	219,76	0,00	0,00
Klatovy	0,41	2,74	0,00	23,35	99,04	0,00	2,36
Plzeň	0,00	0,76	0,24	9,58	41,89	29,89	0,24
Plzeň-jih	2,25	1,84	0,00	16,53	71,46	57,34	3,18
Plzeň-sever	0,00	2,72	0,00	3,99	18,60	0,00	5,70
Rokycany	0,00	1,27	0,00	27,83	116,37	85,02	4,47
Tachov	0,00	0,00	2,09	41,98	212,88	0,00	1,22
Cheb	9,89	3,73	0,68	38,74	176,92	0,00	2,18
Karlovy Vary	1,34	0,00	0,00	4,08	18,47	27,22	2,77
Sokolov	0,00	3,60	0,00	18,00	100,99	42,64	0,55
Děčín	0,00	1,57	0,26	22,03	100,67	63,28	3,84
Chomutov	0,00	1,81	0,00	37,08	187,99	51,18	3,83
Litoměřice	0,56	0,56	0,50	31,04	138,50	98,78	4,11
Louny	0,00	3,20	0,98	28,31	128,83	24,65	0,89
Most	0,00	2,16	0,62	47,03	236,78	23,34	1,66
Teplice	0,00	1,08	1,95	27,37	134,77	25,35	0,65
Ústí nad Labem	0,00	0,00	0,47	52,49	233,41	14,05	1,11
Česká Lípa	0,00	4,31	0,00	18,25	86,59	23,75	0,95
Jablonec n. Nisou	3,83	0,00	0,00	7,59	31,21	33,59	0,99
Liberec	2,81	0,84	1,81	14,86	61,48	27,58	0,97
Semily	2,44	4,26	3,08	16,09	64,19	34,93	0,00
Hradec Králové	0,28	1,10	0,00	17,57	70,28	23,81	1,03

	vybavenost okresů místy						
	CDS	DSt	TSt	DS	DS	DZR	DOZP
	na 1 000 osob						
	starších 65 let			starších 80 let		celkem	
Jičín	0,00	4,59	0,00	33,47	126,59	0,00	0,99
Náchod	0,00	0,00	0,00	30,67	125,52	13,07	0,63
Rychnov nad Kněžnou	0,40	3,89	1,03	18,16	73,80	37,38	3,93
Trutnov	1,28	2,94	1,28	27,46	121,57	2,37	0,93
Chrudim	0,00	0,60	0,00	30,66	128,20	28,60	3,15
Pardubice	0,29	1,44	0,00	15,94	64,90	36,26	0,57
Svitavy	0,00	2,01	0,00	21,38	93,30	6,84	1,59
Ústí nad Orlicí	0,00	2,04	1,14	36,11	153,75	0,00	1,49
Havlíčkův Brod	0,00	2,24	0,00	15,86	68,81	30,80	1,46
Jihlava	0,00	0,00	1,62	16,43	67,55	5,95	0,00
Pelhřimov	3,55	0,39	1,26	43,65	189,06	28,72	4,10
Třebíč	0,00	0,17	0,00	40,70	162,09	26,52	0,47
Žďár nad Sázavou	0,00	2,30	0,00	20,80	94,90	23,42	1,19
Blansko	1,50	3,40	0,00	16,54	69,85	58,65	2,36
Brno	2,31	4,49	0,18	23,65	90,52	36,14	1,12
Brno-venkov	2,21	0,19	0,25	7,61	31,39	31,26	0,51
Břeclav	0,00	2,02	0,59	14,64	63,73	23,06	1,12
Hodonín	0,00	1,14	0,73	10,03	42,83	46,49	1,65
Vyškov	2,56	1,17	0,00	17,86	73,63	35,61	0,79
Znojmo	0,00	1,53	0,00	13,18	52,54	85,14	2,23
Jeseník	0,00	0,00	0,50	45,51	210,57	0,00	1,75
Olomouc	0,00	3,46	0,19	16,14	66,08	0,00	1,72
Prostějov	0,00	5,85	0,00	37,48	152,76	17,10	2,87
Přerov	1,24	2,29	0,00	27,86	121,73	19,99	2,93
Šumperk	0,62	1,40	0,73	20,55	84,65	35,36	0,52
Kroměříž	0,00	1,99	0,51	37,62	153,85	28,67	3,67
Uherské Hradiště	0,00	0,89	1,06	27,99	120,28	9,11	3,90
Vsetín	0,00	0,79	0,44	28,01	126,83	24,34	0,78
Zlín	1,99	0,95	0,85	27,80	114,62	17,30	0,63
Bruntál	1,11	1,34	0,52	32,90	151,71	28,08	2,30
Frýdek-Místek	1,03	4,94	0,00	24,80	108,05	30,66	0,95
Karviná	1,03	6,83	0,00	24,45	121,07	32,63	0,36
Nový Jičín	0,00	1,14	0,00	22,02	99,57	2,26	0,69
Opava	0,56	0,86	0,00	23,06	104,05	23,22	3,43
Ostrava	0,85	2,67	0,66	27,56	123,47	38,73	0,73
ČR	0,68	2,25	0,55	23,12	97,84	22,82	1,37

Pramen: vlastní propočty

Pozn.:

CDS = centra denních služeb

DSt = denní stacionáře

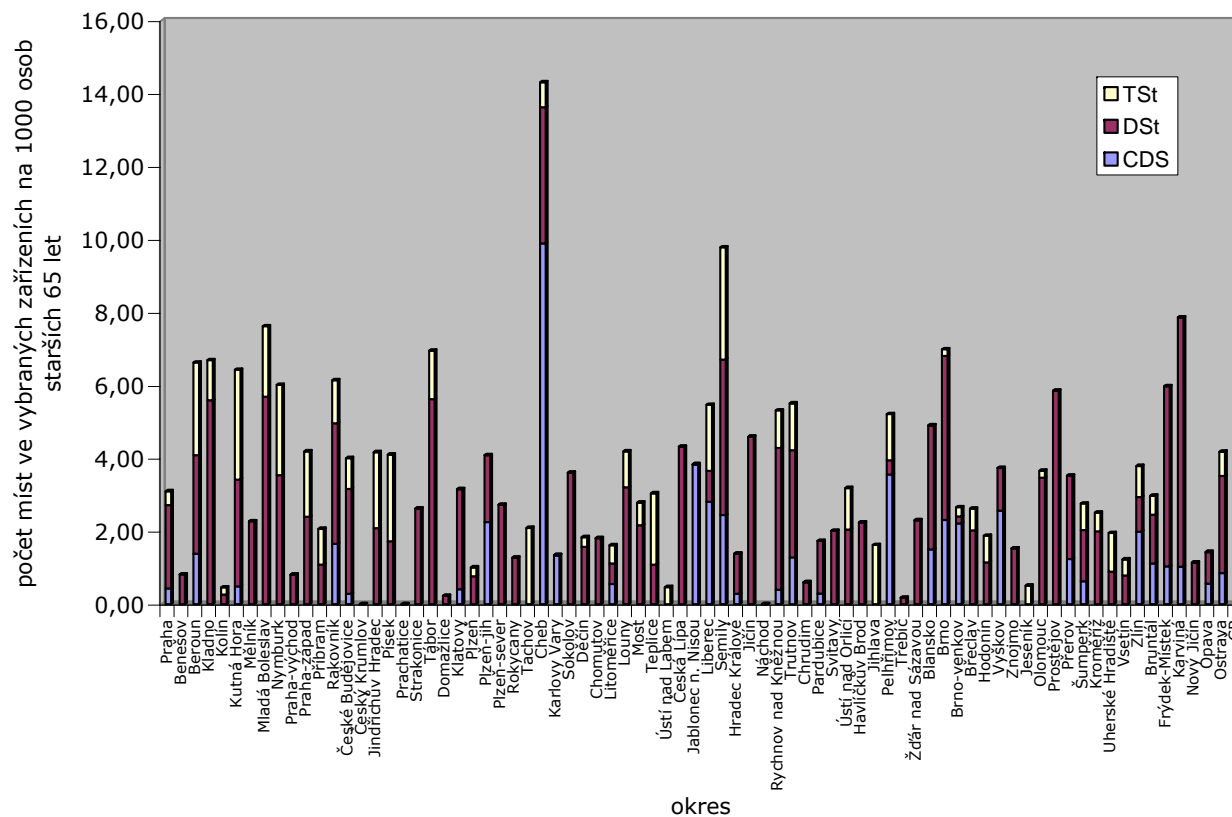
TSt = týdenní stacionáře

DS = domovy pro seniory

DZP = domovy se zvláštním režimem

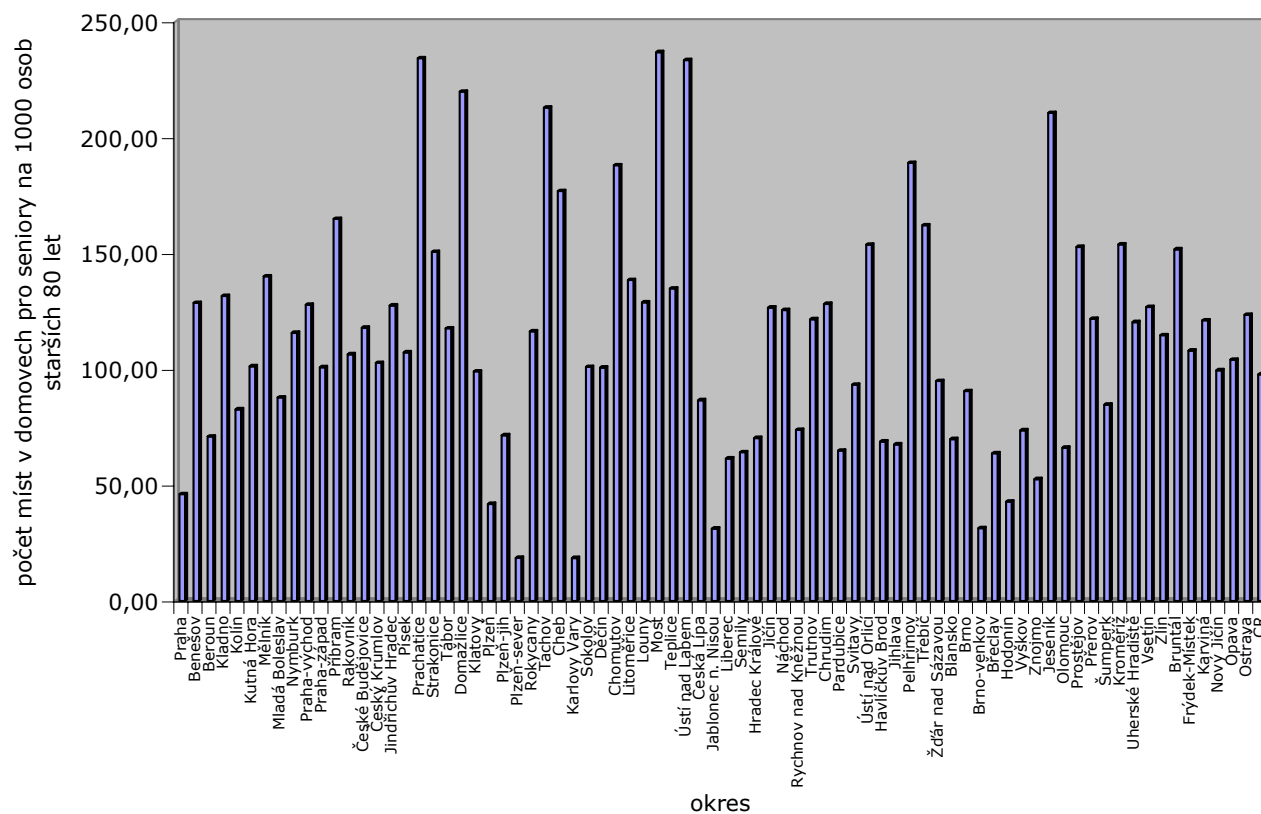
DOZP = domovy pro osoby se zdravotním postižením

Vybavenost jednotlivých okresů místy v centrech denních služeb, v denních a v týdenních stacionářích v r. 2010 v relaci na 1000 osob starších 65 let



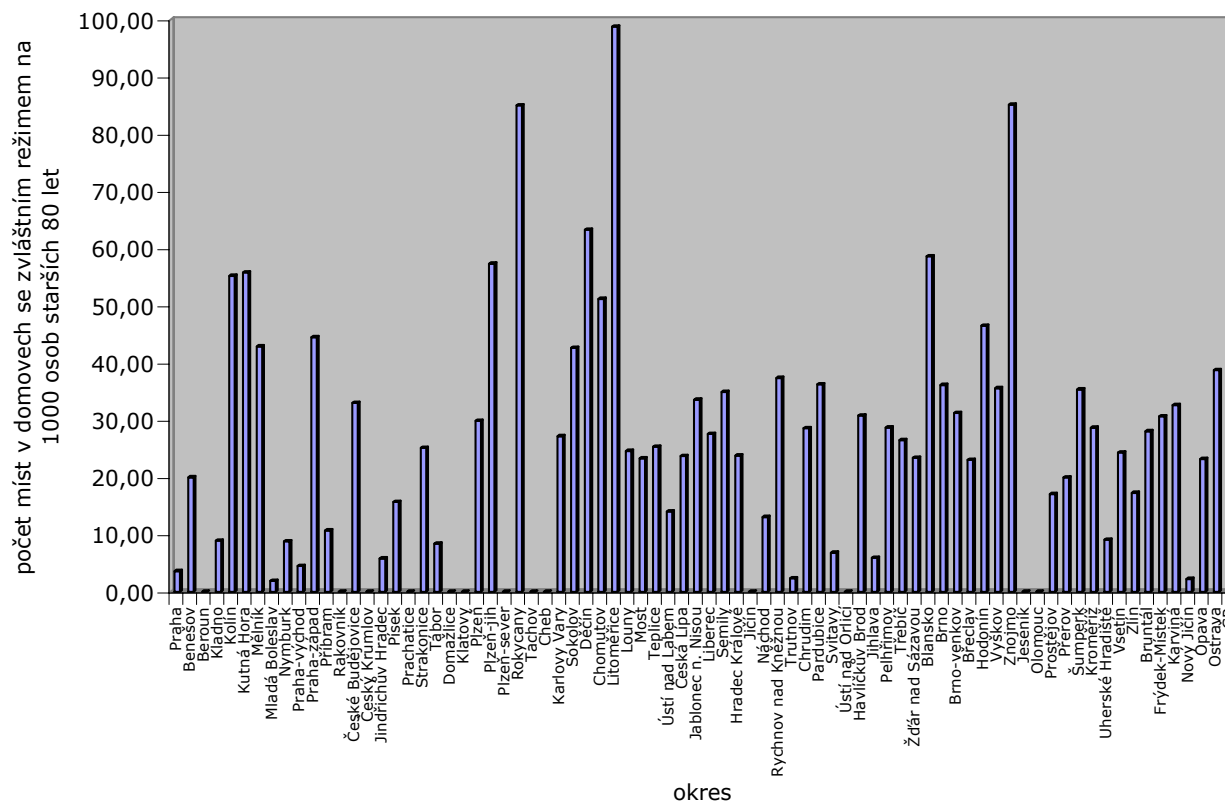
Pramen: vlastní zpracování

**Vybavenost jednotlivých okresů místy v domovech pro seniory v r. 2010
na 1000 osob starších 80 let**



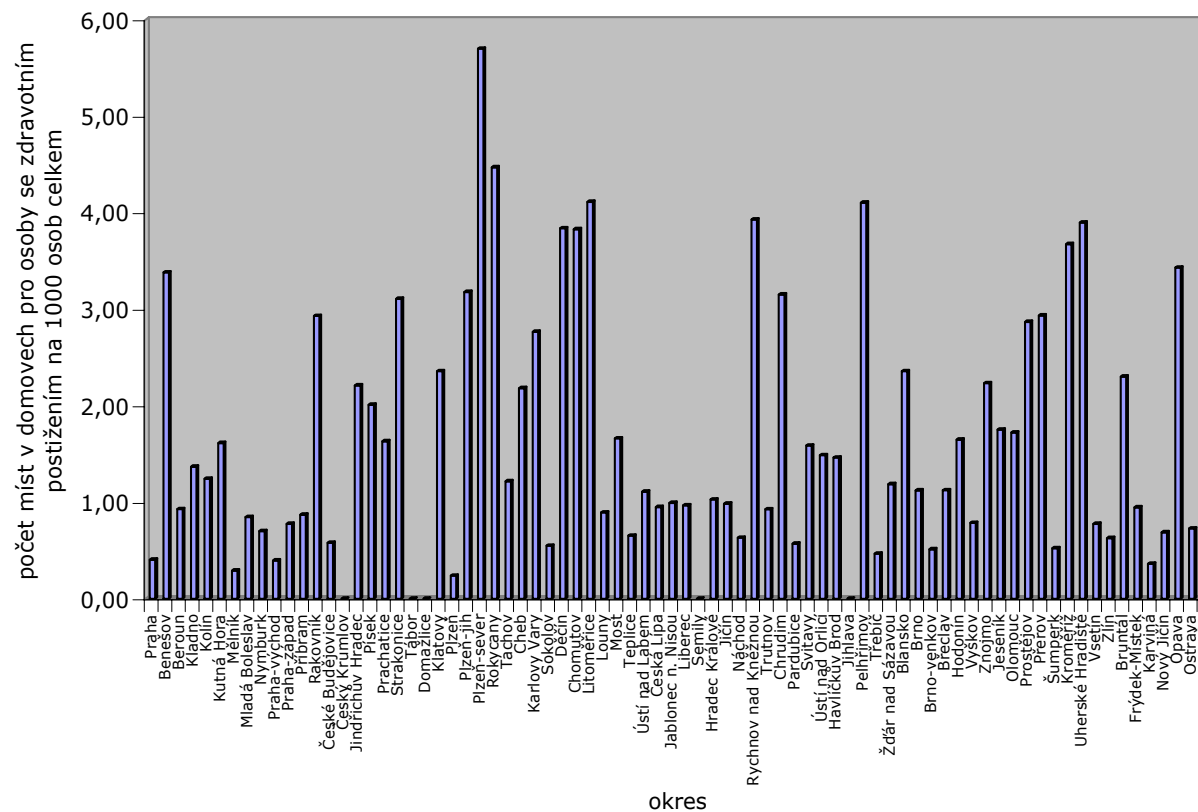
Pramen: vlastní zpracování

Vybavenost jednotlivých okresů místy v domovech se zvláštním režimem v r. 2010 v relaci na 1000 osob starších 80 let



Pramen: vlastní zpracování

Vybavenost jednotlivých okresů místy v domovech pro osoby se zdravotním postižením v r. 2010 v relaci na 1000 osob celkem



Pramen: vlastní zpracování

Příloha č. 8

Výše nákladů na poskytování jednotlivých druhů služeb sociální péče v r. 2009 (v mil. Kč)

	dotace MPSV	příspěvky od úřadů práce	dotace od obcí	příspěvek od zřizovatele - obce	příspěvek od zřizovatele - kraje	úhrady od uživatelů služby	fondy zdravotních pojišťoven	resorty státní správy celkem	dotace od krajů celkem	strukturální fondy celkem	jiné zdroje	celkem
centra denních služeb	71	2	9	17	3	28	0	0	5	0	10	143
denní stacionáře	251	7	37	96	51	98	10	0	17	0	41	609
domovy pro osoby se zdravotním postižením	1 387	8	5	104	500	2 093	238	1	13	1	114	4 465
domovy pro seniory	2 249	24	54	548	403	5 290	526	3	36	2	332	9 468
domovy se zvláštním režimem	593	4	12	169	129	1 280	173	1	10	0	58	2 429
chráněné bydlení	136	1	8	10	30	145	1	0	10	0	15	357
odlehčovací služby	128	4	24	80	5	157	90	3	22	0	39	554
osobní asistence	182	11	36	5	0	109	4	0	22	5	27	401
pečovatelská služba	454	10	175	754	10	551	9	0	40	3	68	2 073
podpora samostatného bydlení	5	0	0	0	0	1	0	0	1	0	2	9
průvodcovské a předčitatelské služby	5	0	1	0	0	1	0	0	1	0	1	9
sociální služby poskyto- vané ve zdrav. zaříze- ních	89	2	11	8	1	141	49	6	1	0	13	321
tísňová péče	10	0	4	1	0	6	0	0	2	0	2	25
týdenní stacionáře	93	1	4	19	26	69	5	0	5	0	9	232
celkem	5 652	74	383	1 810	1 159	9 968	1 106	16	185	12	731	21 095

Pramen: vlastní propočty

Příloha č. 9

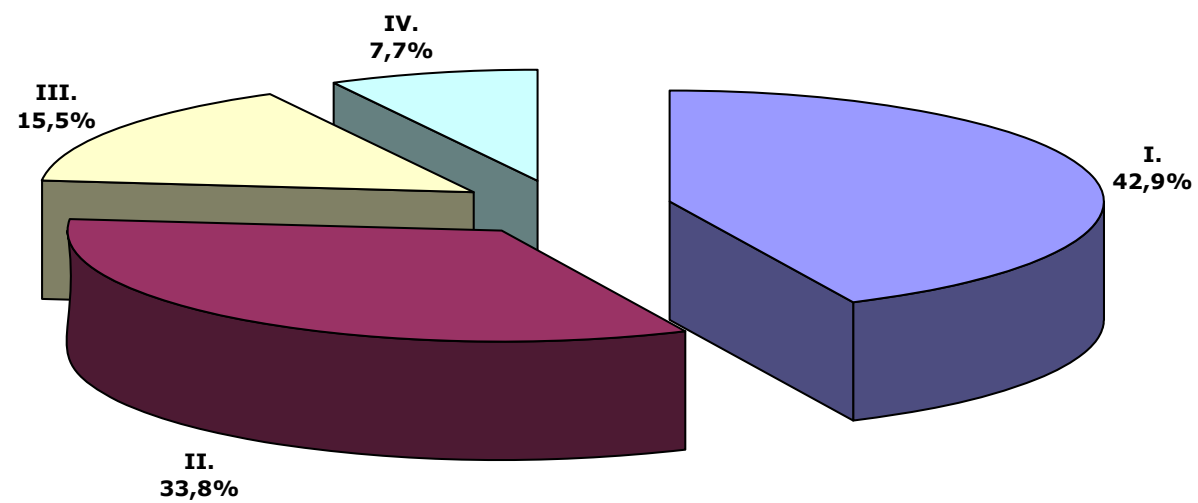
Struktura nákladů na poskytování jednotlivých druhů služeb sociální péče v r. 2009 (v %)

	dotace MPSV	příspěvky od úřadů práce	dotace od obcí	příspěvek od zřizovatele - obce	příspěvek od zřizovatele - kraje	úhrady od uživatelů služby	fondy zdravotních pojišťoven	resorty státní správy celkem	dotace od krajů celkem	strukturální fondy celkem	jiné zdroje
centra denních služeb	49,55	1,07	6,11	12,15	1,80	19,36	0,00	0,07	3,18	0,02	6,68
denní stacionáře	41,26	1,09	6,08	15,75	8,45	16,13	1,71	0,07	2,80	0,01	6,66
domovy pro osoby se zdravotním postižením	31,06	0,18	0,12	2,33	11,21	46,88	5,33	0,03	0,29	0,02	2,56
domovy pro seniory	23,76	0,25	0,57	5,79	4,26	55,87	5,56	0,03	0,38	0,03	3,51
domovy se zvláštním režimem	24,39	0,16	0,50	6,95	5,30	52,68	7,13	0,04	0,42	0,01	2,41
chráněné bydlení	38,11	0,42	2,32	2,69	8,40	40,61	0,35	0,03	2,71	0,10	4,26
odlehčovací služby	23,11	0,81	4,41	14,36	0,92	28,43	16,26	0,52	4,02	0,07	7,09
osobní asistence	45,23	2,68	9,02	1,22	0,09	27,20	1,06	0,11	5,52	1,17	6,70
pečovatelská služba	21,90	0,46	8,46	36,36	0,49	26,58	0,43	0,00	1,91	0,13	3,28
podpora samostatného bydlení	56,57	0,00	4,49	0,22	1,69	8,57	0,00	2,16	7,34	0,00	18,97
průvodcovské a předčitatelské služby	51,55	4,27	13,02	0,00	0,00	13,99	0,00	0,00	7,11	0,00	10,05
sociální služby poskyto- vané ve zdrav. zaříze- ních	27,67	0,58	3,51	2,46	0,33	43,91	15,15	2,00	0,40	0,00	4,00
tísňová péče	38,69	0,40	17,35	4,29	0,00	24,11	0,00	0,00	6,91	0,00	8,25
týdenní stacionáře	40,11	0,55	1,86	8,05	11,13	29,55	2,29	0,21	2,22	0,00	4,03
celkem	26,79	0,35	1,82	8,58	5,50	47,25	5,24	0,08	0,87	0,05	3,47

Pramen: vlastní propočty

Příloha č. 10

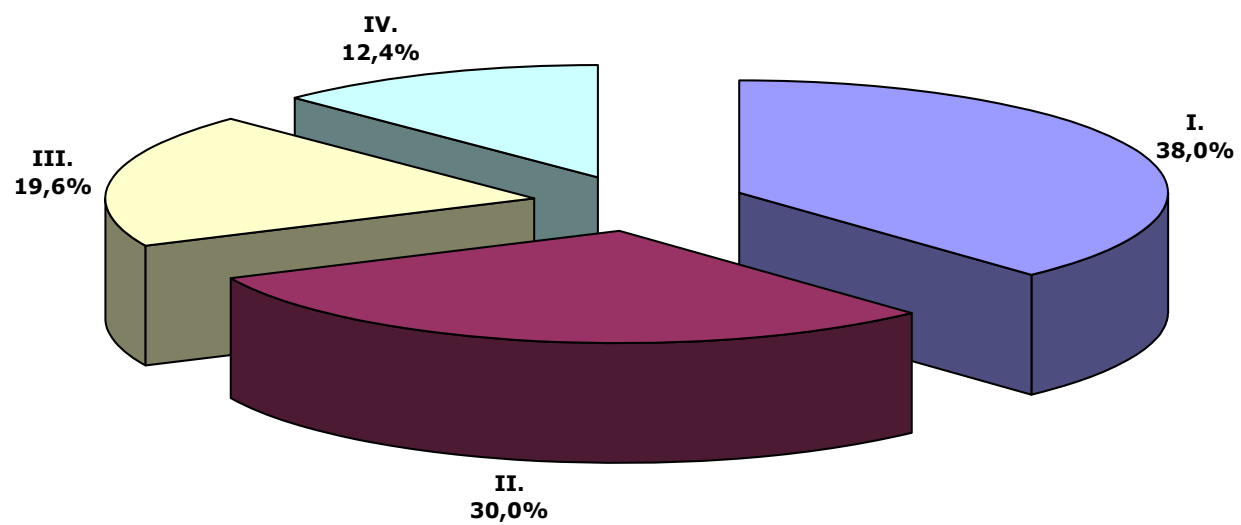
Struktura příjemců příspěvku podle míry závislosti (prosinec 2007)



Pramen: vlastní zpracování

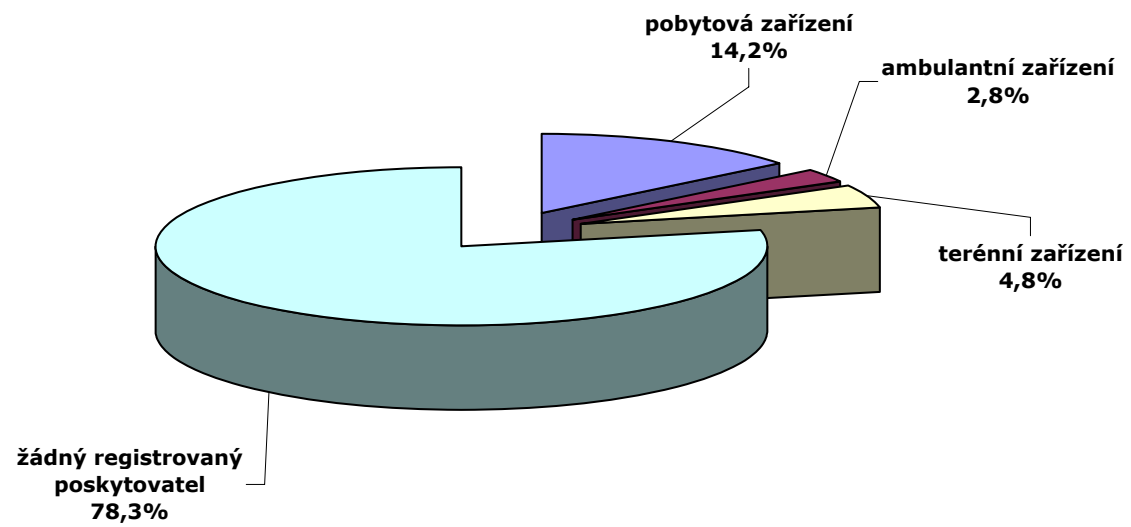
Příloha č. 11

Struktura příjemců příspěvku na péči podle míry závislosti (prosinec 2010)



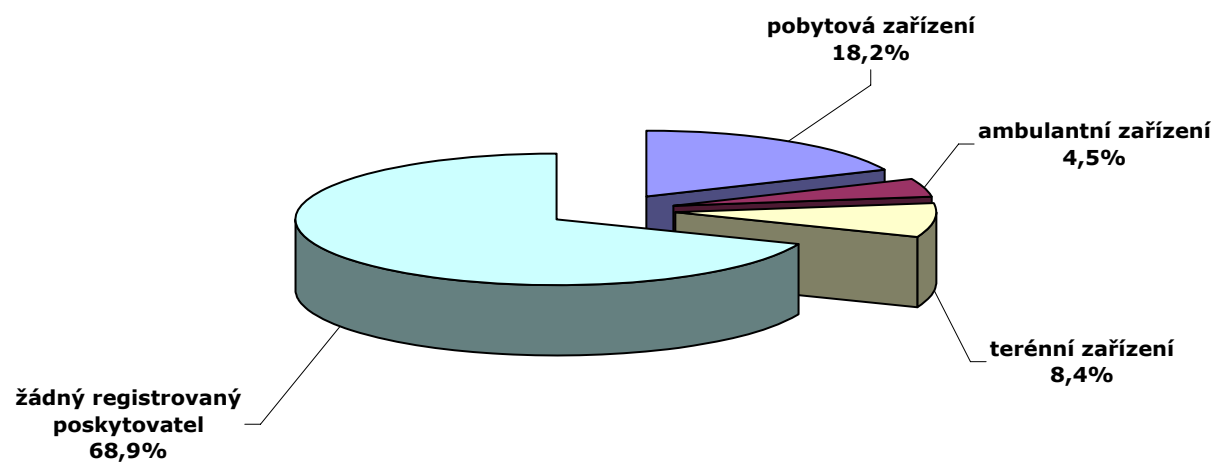
Pramen: vlastní zpracování

Struktura příjemců příspěvku na péči podle typu poskytované péče (prosinec 2007)



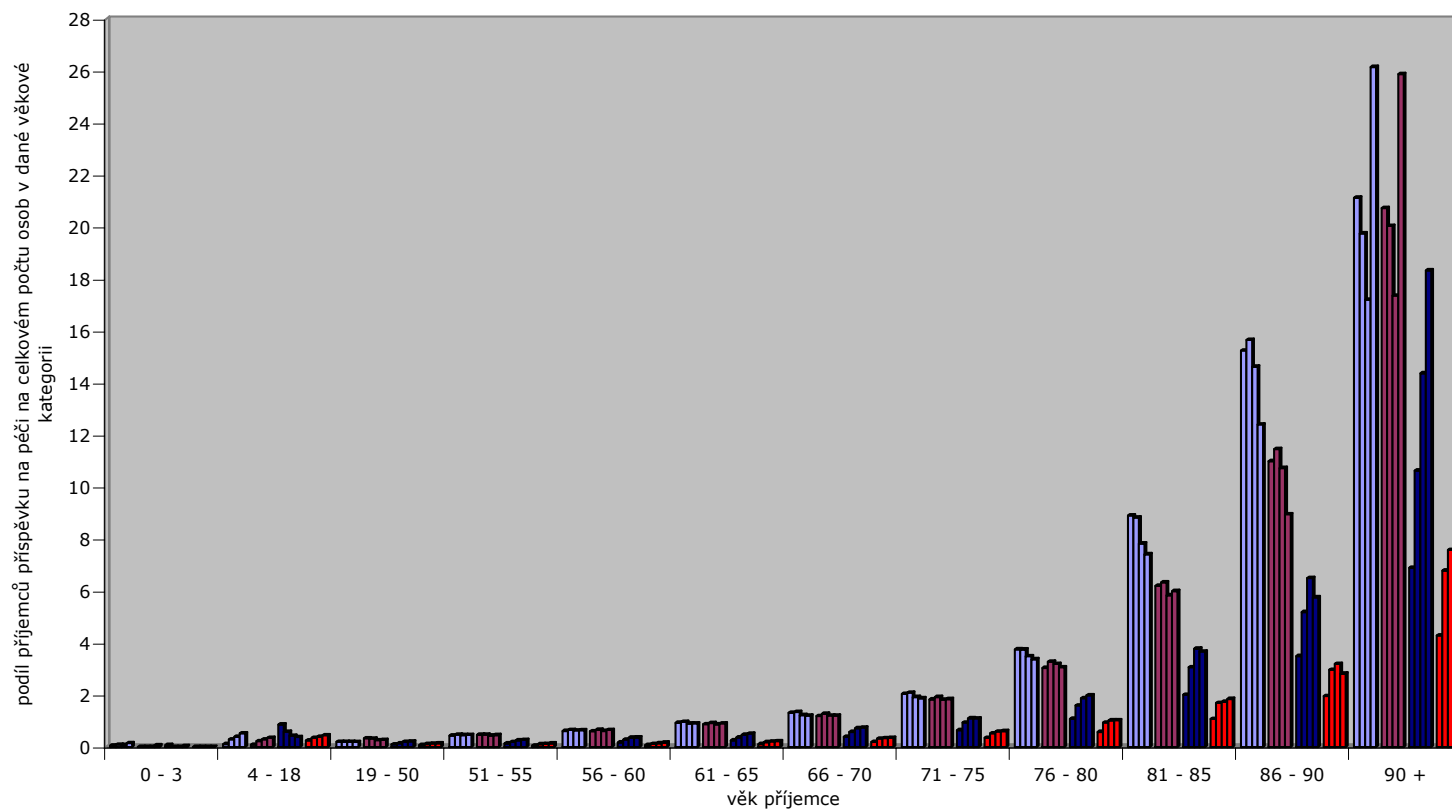
Pramen: vlastní zpracování

Struktura příjemců příspěvku na péči podle typu poskytované péče (prosinec 2010)



Pramen: vlastní zpracování

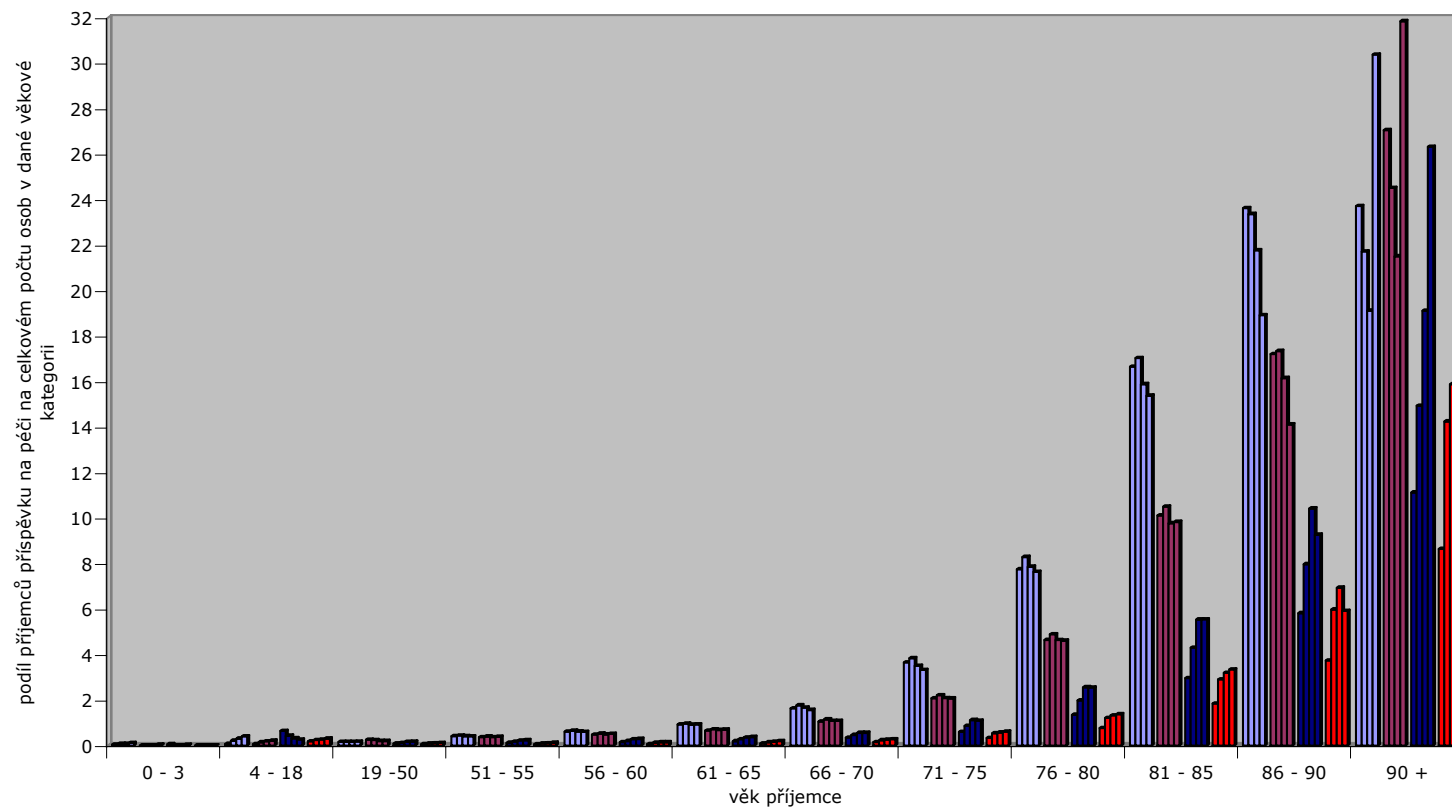
Vývoj podílu příjemců příspěvku na péči v závislosti na pohlaví, věku a míře závislosti v letech 2007 - 2010 (muži)



Pramen: vlastní zpracování

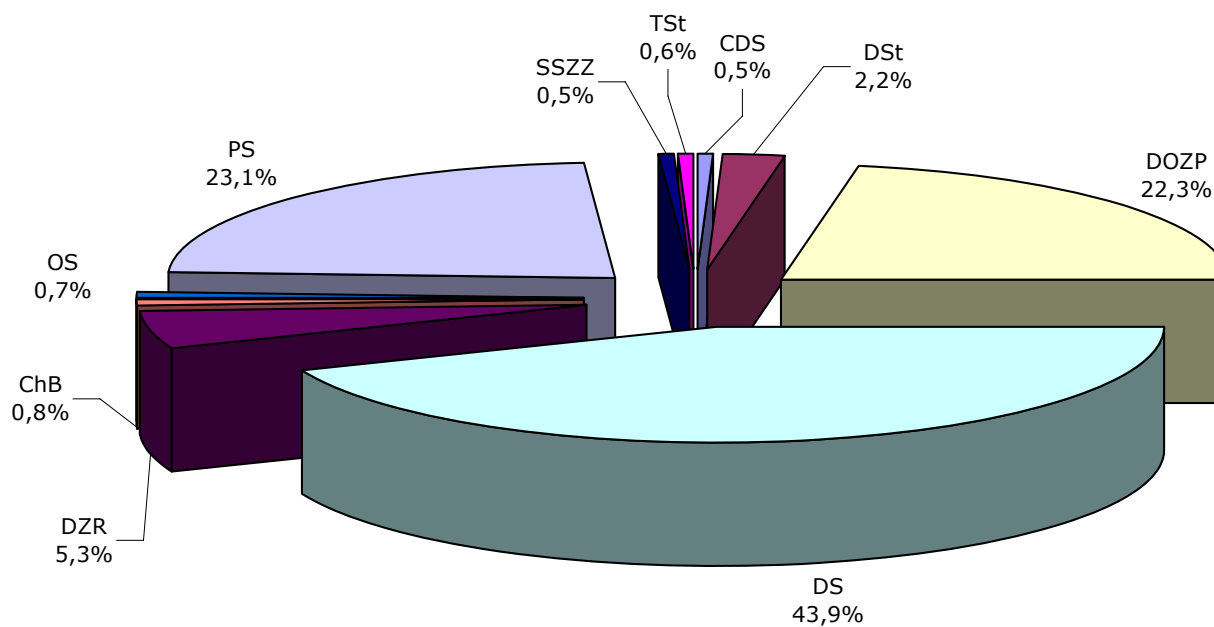
Příloha č. 15

Vývoj podílu příjemců příspěvku na péči v závislosti na pohlaví, věku a míře závislosti v letech 2007 - 2010 (ženy)



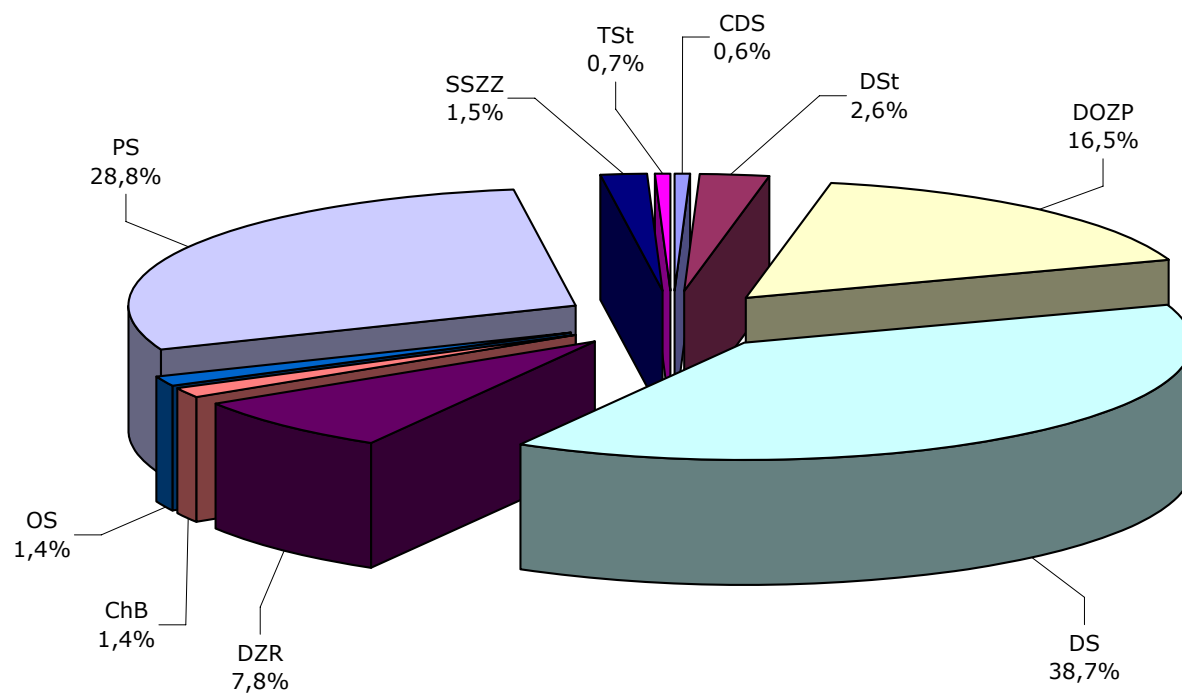
Pramen: vlastní zpracování

Struktura příjemců příspěvku na péči podle typu registrovaného poskytovatele sociální služby v prosinci 2007



Pramen: vlastní zpracování

Struktura příjemců příspěvku na péči podle typu registrovaného poskytovatele sociální služby v prosinci 2010



Pramen: vlastní zpracování