

**Sociální služby v zemích
Evropské unie**

Christo Bjalkovski
Ondřej Frühbauer

prosinec 2000

Obsah

1.	Úvod	3
2.	Definice základních pojmů v oblasti sociálních služeb	4
3.	Charakteristika základních modelů poskytování sociálních služeb	6
4.	Problematika komparativních výzkumů v oblasti sociálních služeb	8
5.	Sociální služby v zemích Evropské unie	10
5.1	Belgie	10
5.2	Dánsko	13
5.3	Francie	14
5.4	Irsko	16
5.5	Itálie	18
5.6	Lucembursko	19
5.7	Německo	20
5.8	Nizozemsko	23
5.9	Portugalsko	24
5.10	Řecko	26
5.11	Španělsko	27
5.12	Švédsko	29
5.13	Velká Británie	31
6.	Základní trendy poskytování sociálních služeb v zemích EU	33
7.	Závěr	35
	Literatura	37

1. Úvod

Cílem této zprávy by měl být stručný úvod k problematice poskytování sociálních služeb v členských zemích Evropské unie. Jak uvádíme dále v textu, z různých důvodů je velmi obtížné sestavit z nesourodé mozaiky různých dílčích informací celistvý obraz umožňující komparativní analýzu typu a rozsahu sociálních služeb v rámci určitého jednotného systému, a to především z důvodu jeho naprosté absence. Nicméně přinášíme (jak doufáme) dostatečně reprezentativní soubor dostupných informací o poskytovaných sociálních službách v 13 členských zemích Evropské unie.

Doufáme, že v souvislosti s aspiracemi České republiky na vstup do Evropské unie, by mohla být naše zpráva alespoň malým příspěvkem k diskusi o transformaci systému sociálních služeb v naší zemi.

2. Definice základních pojmů v oblasti sociálních služeb

Každá komparativní studie v oblasti sociální péče řeší základní problém - nejednotnost používané terminologie a definic základních pojmů, které mají často naprosto odlišný význam v různých zemích, které vycházejí z odlišného pojetí sociální péče.

V různých modelech sociálního státu se přístup k sociálním službám liší. Těžkosti při komparaci začínají u konceptů: na poli mezinárodní diskuse stále neexistuje obecně přijatá definice, co všechno lze zahrnout pod pojem „**sociální služba**“. Termín „sociální služba“ znamená aktivitu týkající se potřeb a těžkostí, inhibujících optimální sociální funkčnost jedince.

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

Podle Anttonenové a Sipilä (1996) by termín „sociální služba“ neměl zahrnovat aktivity založené na nedobrovolnosti a přejímání odpovědnosti, čistě komerční služby (i když ty nemohou být úplně vyloučeny, protože v mnoha zemích jsou financovány veřejnoprávními subjekty a poskytovány soukromníky) a neformální péči.

Zajímavým příspěvkem k řešení této problematiky je například slovník klíčových termínů v oblasti sociálních služeb, který ve čtyřjazyčné verzi vydal Evropský institut sociálních služeb při Univerzitě v Canterbury (Munday, 1997). Následující terminologie, která se pokouší sjednotit význam jednotlivých pojmů, vychází z tohoto zdroje.

Ve většině evropských zemí je vnímán termín „sociální služby“ velice široce a často splývá s pojmem „sociální péče“. Britský úzus vychází z užšího pojetí tzv. „osobní sociální služby“ jako sociální služby poskytované místním úřadem a nezávislými neziskovými organizacemi.

Dále v textu je pojem „sociální služba“ užíván většinou ve smyslu neplacené služby, ale v mnoha zemích Evropské unie je obtížné diferencovat placené a neplacené služby (často se jedná o kombinaci dostupných služeb a odpovědnosti

místního úřadu). Obecně je v zemích EU celý systém označován jako „**sociální ochrana - social protection**“ a zahrnuje jak „**sociální služby - social services**“, tak „**sociální pomoc - social assistance**“ v podobě finanční pomoci na základě specifické potřeby. Dávky vyplácené v hotovosti jsou buď nárokové (na základě pojištění - např. nemoc, nezaměstnanost, penze ve stáří) nebo se vyplácejí ve speciálních případech na základě testování příjmu. V systému sociální ochrany je zahrnuto také „**sociální zabezpečení - social security**“, tedy sociální zajištění lidských (občanských) práv (Tomeš, 1996).

V souvislosti s poskytováním sociálních služeb vystupuje do centra pozornosti také pojmenování samotných příjemců služeb (Munday, 1997). Jsou vedeny diskuse, jak označovat jednotlivé sociální skupiny a dochází postupně ke konsenzu, aby se neužívaly termíny jako „staří“, „mentálně postižení“ nebo „duševně nemocní“ z důvodu přílišné stigmatizace - ty jsou nahrazovány pojmy „senioři“, lidé „s poruchami učení“ nebo „s problémy v oblasti duševního zdraví“. Téměř se přestal užívat pojem „klient“, který naznačuje spíše pasivitu, závislost a nerovnost. Nahrazuje jej „**uživatel**“ sociálních služeb, který je akceptován většinou zainteresovaných skupin.

3. Charakteristika základních modelů poskytování sociálních služeb

Vzhledem k omezenému rozsahu materiálu nelze dělat dalekosáhlé závěry, avšak můžeme identifikovat jisté rysy společné určitým skupinám zemí.

1. **Skandinávský model veřejných služeb.** V této skupině zemí jsou široce dostupné programy pro děti a seniory a účast žen na placené práci mimo domov je vyšší než kdekoli jinde na světě. Dostupnost těchto služeb je dána aplikací principu **univerzality**, z něhož vyplývá, že existuje standardní úroveň služeb, které se k uživateli dostávají prostřednictvím stejného systému. Důraz je zde kladen i na relativní samostatnost místních úřadů vyjádřenou i jejich pravomocí vybírat daně; místní orgány jsou politicky zodpovědné lokální komunitě. Zastávají klíčovou roli při plánování a financování služeb sociální péče. Dobrovolné organizace také participují na fungování tohoto sektoru, zatímco komerční služby v podstatě neexistují. Univerzalita a právo na službu ztrácí v poslední době na významu, neboť vzrůstá cena za její poskytnutí.

2. **Jihoevropský model** (Portugalsko, Španělsko, Řecko a Itálie). V těchto zemích je nabídka služeb sociální péče značně omezena. Většina služeb má neformální charakter a nejbohatší vrstvy obyvatel využívají soukromé komerční služby. Společnosti poskytují služby svým zaměstnancům. Obecně zastávají veřejnoprávní subjekty skromnější roli. Poměr žen v pracovním procesu je malý, avšak většina zaměstnaných pracuje na plný úvazek.

3. Ostatní regionální modely se dají obtížněji odlišit. V Británii platí princip pomoci podmíněný ověřením výše majetku, stát přijímá odpovědnost za poskytnutí služby, avšak zároveň se snaží navrátit odpovědnost příjemci a zmenšit rozsah sociálních služeb. Veřejné sociální služby jsou zaměřeny výlučně na příjemce s limitovanými prostředky. Britský model býval až do osmdesátých let podobný skandinávskému, avšak později se přiklonil k **reziduálnímu** pojetí financování, zatímco skandinávské země se přibližují principu univerzality.

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

záležitostí veřejného sektoru. Financování je vícezdrojové, zejména ze systému zdravotního pojištění.

5. Pokud jde o oblast péče o děti, Belgie a Francie se neliší od Nizozemska a Německa, kromě specifických preventivních programů celodenní péče, na které je v Belgii a Francii kladen důraz. Mnoho žen pracuje na částečný úvazek, minimum matek je aktivních na trhu práce. V západní Evropě je tedy možno identifikovat jeden nebo dva modely péče o děti, záleží na úhlu pohledu na konkrétní sociální služby.

4. Problematika komparativních výzkumů v oblasti sociálních služeb

Jakýkoli mezinárodní komparativní výzkum zabývající se sociálními službami se setkává s následujícími okruhy problémů (Anttonenová - Sipilä, 1996):

- stejný typ služby spadá v různých zemích do různých kategorií (stejná služba poskytovaná seniorům může patřit do systému sociální či zdravotní péče)
- hranice mezi dobrovolným a nedobrovolným využitím služby nemůže být nikdy jednoznačně vymezena (v určitých zemích jsou staří lidé standardně umisťováni do ústavů, v jiných zemích se nabízí různé varianty řešení sociální události)
- nestejná charakteristika sociálních služeb také způsobuje problémy při kategorizaci (např. denní program pro děti může nabývat různých podob, od herních aktivit na hřišti po pravidelnou celodenní péči)

Za podmínek absence standardizace v oblasti služeb sociální péče je obtížné vymezit jednotné statistické ukazatele. Současná statistika také nepodchycuje rozdíly mezi veřejným a soukromým sektorem.

Vzhledem k neexistenci obecně přijímaných konceptů a mezinárodních systémů pro sběr dat je komparativní analýza sociálních služeb velmi obtížný úkol. Komparativní projekty se samozřejmě uskutečňují, ale dokud nebude k dispozici jednotný systém sběru dat, nebudou moci poskytnout validní údaje na globální úrovni.

Velmi dobře zpracovaná (viz také Munday, 1997, s. 11) je například studie finských autorů Anttonenové a Sipilä (1996), která se zabývá empirickou analýzou služeb sociální péče s využitím objemu dat získaných v průběhu dvou rozsáhlých mezinárodních projektů týkajících se oblasti péče o děti a seniory. Zaměřili se především na výzkum role veřejného sektoru jako zdroje financování sociálních služeb. I když tato studie neprezentuje žádné rozhodující výsledky, výzkum oblasti sociálních služeb v souvislosti s modelem welfare state nám pomůže pochopit jeho funkci. Autoři výzkumu uvádějí: „Úhel pohledu, který zde volíme, může být teoreticky definován jako **skandinávský** nebo **emancipační**. Rozumíme tím, že je v povaze služeb takové sociální péče posilovat autonomii poskytovatele i uživatele služby a nestanovovat mezi nimi poměr subordinace a kontroly. Kvantitativní porovnání

sociálních služeb v Evropě však není jednoduché - požadovaná data prostě nejsou dosažitelná“ (Anttonenová a Sipilä, 1996, s. 88).

Další obdobnou analytickou a komparativní studií zabývající se výzkumem welfare state v Německu, Dánsku a Nizozemsku je práce Jense Albera (1995) z Německa.

Následující souhrnné informace o sociálních službách v jednotlivých zemích Evropské unie vycházejí ze studie Evropského institutu sociálních služeb, který v roce 1993 vydal zatím nejrozsáhlejší publikaci (Munday ed., 1993) týkající se tématu sociálních služeb v zemích EU. Není to přímo studie komparativní, ale spíše deskriptivní, zabývající se podrobně různými aspekty poskytování sociálních služeb v jednotlivých zemích. Nechává možnost čtenáři, aby si sám udělal srovnání, jako vodítko však zároveň nabízí praktická kritéria, formulovaná Kahnem a Kamermanem ve studii Social Services in International Perspective z roku 1976. Munday (1997) tato kritéria připomíná:

- zda jsou sociální služby samostatné nebo adjunktivní (spojené) například se zdravotními službami
- zda organizace sociálních služeb odpovídá věkovým kategoriím uživatelů
- kdo je odpovědný za poskytované sociální služby a které organizace (typologie služeb)
- porovnat počet sociálních pracovníků v relaci s celkovou populací (problém jednotné definice sociální práce)
- porovnat legislativní normy, vymezující oblast.

5. Sociální služby v zemích Evropské unie

5.1 Belgie

Belgie patří počtem obyvatel do kategorie menších zemí EU (v roce 1992 měla kolem 10 miliónů obyvatel), ale svým vysokým ekonomickým statutem stojí v pozici významného člena Evropské unie.

Soudobá forma belgického státu jako unitárního systému s centrální vládou, s jednotlivými provinciemi a regionálními zastupitelstvy vznikla roku 1830 v důsledku emancipačního hnutí proti Nizozemské monarchii. Dnes patří mezi významné evropské země, ale zároveň usiluje o udržení své jednoty tváří v tvář silným separatistickým tendencím vycházejícím z dlouhodobých jazykových a kulturních odlišností obou etnik žijících ve třech částečně autonomních regionech. Dva z nich - Flandry s vlámsky (nizozemsky) hovořícím obyvatelstvem a Valoňsko jako výhradně francouzsky hovořící region - vznikly výhradně na základě jazykového vymezení populace. Třetí (rozlohou mnohem menší) region tvoří Brusel, který geograficky patří do Flander, ale zároveň na jeho území žije významná menšina valoňského obyvatelstva, takže svým specificky bilingvním charakterem tvoří v jinak jazykově a etnicky rozdělené Belgii výjimku.

Protože jazyková identifikace je silným faktorem, který rozděluje obyvatelstvo a ohrožuje smluvně zajištěnou kontinuitu unitárního státu, došlo v letech 1970 - 1988 v rámci ústavních změn k vytvoření federálního státu delegujícího výkonou moc třem horizontálním autoritám - státu, jazykově odlišným komunitám a jednotlivým regionům. Centrální stát je odpovědný za oblast sociálního zabezpečení, vlámská a valoňská komunita má vlastní správu v rámci zdravotnictví, veřejných služeb a školství. Tvorba politiky v oblasti hospodářství, dopravy a životního prostředí přísluší jednotlivým regionům, které zároveň usilují o převzetí odpovědnosti za sociální zabezpečení, zemědělství a v některých aspektech i za oblast zahraniční politiky.

Vlámská komunita je velice zainteresována na předání kompetencí v oblasti sociálního zabezpečení, protože formou přerozdělování státního rozpočtu nyní široce podporuje a přispívá k řešení obtížné sociální situace seniorů, nemocných a nezaměstnaných osob ve Valoňsku (kde byla počátkem 90tých let míra nezaměstnanosti dvojnásobná ve srovnání s Flandry). Dochází tak v podstatě k vzájemné výměně historických rolí obou komunit - dříve rozvinutější a bohatší

industrializované Valoňsko musí dnes mnohem obtížněji řešit sociální problémy spojené s restrukturalizací průmyslové výroby než původně agrární a chudší severní Flandry.

Důsledky procesu decentralizace vlády a zvyšování autonomie regionů nejsou tedy přijímány stejnou měrou u obou jazykových a kulturních komunit. V současné době přijímají regionální komunity odpovědnost za politiku veřejných služeb, financování sociální pomoci a za sociální služby.

Sociální služby ve Flandrech

Obě komunity přijímají odpovědnost v rámci tzv. „adresné pomoci“ a zajišťují:

- politiku sociální ochrany
- rodinnou politiku a všechny formy pomoci dětem a rodinám
- přijímání a integraci imigrantů
- opatření na podporu postižených včetně odborného výcviku pro výkon povolání
- služby pro seniory
- speciální formy pomoci mladistvým
- sociální pomoc v rámci postpenitenciární péče a reintegrace po výkonu trestu.

Legislativně vymezuje veřejné služby na celém území Belgie platný zákon o sociální ochraně, který zajišťuje všem občanům nárok na sociální služby a poskytuje pomoc ať již preventivní nebo kurativní povahy. Služby mohou být poskytovány formou materiální, sociální, lékařské nebo psychologické pomoci. Zákon zajišťuje také respektování ideologického, filozofického nebo religiozního přesvědčení dotčené osoby.

Hlavními úkoly systému veřejné sociální ochrany je zřizování nemocnic, penzionů a domovů pro seniory, domů služeb, stacionářů a center pomoci seniorům, dětem a postiženým lidem. V rámci tohoto systému funguje celá řada různých institucí od center lékařské první pomoci až po poradenská centra na ochranu minorit. Zřizovatelé sociálních služeb poskytují sami tyto služby nebo úzce spolupracují s jinými veřejnými institucemi, případně delegují poskytování sociálních služeb neziskovým organizacím. Služby jsou financovány smíšenou formou grantů (často od speciálních „social welfare“ nadací), platbami od obecních zastupitelstev, od nadřízených orgánů (ze státního rozpočtu) nebo přímými platbami klientů.

Podle Mostinckxe (1993) budoucnost vlámského systému sociálních služeb by měla v první fázi vycházet z vytvoření sítě všem dostupných **preventivních služeb**.

Jak uvádí, vláda dobře rozlišuje a podporuje rozvoj sítě soukromých center schopných zajišťovat obecně sociální ochranu formou poskytování sociální a psychosociální pomoci a připravených odvrátit, omezit nebo eliminovat problémy ohrožující sociální blahobyt občanů.

Tyto preventivní služby zahrnují příjem lidí v akutní krizi, opatření směřující k poskytování nezbytných informací, znalostí a dovedností k usnadnění zvládnutí obtížných situací a zajištění nezávislého života, individuální pomoc při řešení problémů jako je osobnostní vývoj, fungování ve společnosti, schopnosti navazovat sociální vztahy apod. Sociální služby mají být multidisciplinárního charakteru a jsou personálně zajištěny profesionály a dobrovolnými pracovníky pracujícími s klienty na úrovni individuální, rodinné i skupinové.

Mezi preventivní služby patří dále podpůrné organizace žen a obětí násilných trestných činů, telefonní linky důvěry, které poskytují služby nepřetržitě 24 hodin denně (služby zajišťují dobrovolníci, jejich práce je supervidována profesionály), a jiné. Široké spektrum sociálních služeb se nabízí dětem a rodinám, starým lidem a lidem s postižením. Formálně fungují na bázi úzké spolupráce mezi resortem zdravotnictví a sociální péče a to v důsledku legislativní reformy na počátku 80-tých let. V případech dětského zneužití vycházejí primárně z „netrestajícího“, mimosoudního přístupu a nabízejí pomoc formou sítě center speciální pomoci pro týrané a zneužitě děti, které jsou personálně zajišťovány sociálními pracovníky a pracují nepřetržitě 24 hodin denně.

Sociální péče pro seniory je zajišťována především místními centry služeb, která poskytují materiální, zdravotní i sociální pomoc. Centra poskytují pomoc svým klientům přímo v jejich domácnostech. Uživatelé mají právo ovlivňovat provoz a úroveň poskytovaných služeb prostřednictvím svého zástupce ve správní radě centra.

Výrazným trendem posledních let je také nárůst služeb pro mladé lidi, kteří mají problémy se sociální integrací (blíže viz Munday, 1993, str. 50-5).

Sociální služby ve Valoňsku

Systém blíže specifikuje Wanlin (1993). Ve frankofonní části Belgie jsou sociální služby zajišťovány na lokální úrovni, každá samostatná územně správní jednotka (district) má své veřejné centrum sociální péče. Tak jako ve Flandrech je systém založen na veřejné (státní) a nezávislé (neziskové) sociální péči.

Centra sociální péče poskytují kromě sociálních služeb také sociální dávky dorovnávací životní minimum (50% plateb je přímo ze státního rozpočtu, 50% z místních zdrojů). Jako ve většině zemí EU nesou odpovědnost za poskytování sociálních služeb a vyplácení finančních dávek sociální podpory (na základě testování příjmu) regionální státní úřady.

5. 2 Dánsko

Dánsko je počtem obyvatel (kolem 5 miliónů) třetí nejmenší zemí Evropské unie. Vysoká životní úroveň spolu s nízkou mírou nezaměstnanosti (v 2. pol. 90tých let kolem 7,5%) a vysokou mírou daně z příjmu (lidé s nejvyššími příjmy jsou zatíženi až 70% daní) umožňuje státu zajišťovat rozsáhlou nabídku sociálních služeb.

Podle Hansenovy (1992) zprávy pro Evropskou komisi lze charakterizovat dánský systém sociálních služeb třemi základními východisky:

- široké spektrum služeb pokrývajících hlavní oblasti sociálních potřeb
- většina služeb je poskytována veřejnými nebo veřejně financovanými institucemi
- sociální služby jsou pouze výjimečně sponzorovány přímo, formou daňových úlev (tento prvek není příliš výhodný pro fyzické i právnické osoby)

Podle Hansenovy zprávy je možné poskytování sociálních služeb na vysoké úrovni zčásti objasnit zvyšujícím se podílem účasti žen na trhu práce. Dánsko má nejvyšší podíl pracujících žen v zemích EU (přes 50% žen). Souvisí to se změnou postojů k manželství a rodičovství v průběhu posledních 30-ti let (vysoká míra rozvodovosti a nárůst počtu společně žijících nesezdaných párů, spolu s nízkou mírou porodnosti).

V Dánsku funguje velmi štedrá státem poskytovaná **péče o děti**. Odráží se například ve zvýšeném počtu dětí do dvou let (44%) navštěvujících nějakou formou zařízení (jesle, stacionáře, zdravotnická zařízení apod.) poskytující celodenní péči. Ještě vyšší je podíl dětí od 3 do 6 let (až 87%), která projdou systémem předškolních center a dalších sociálních služeb. Dánsko je jedinou zemí EU, která poskytuje 14 týdnů po narození státem hrazenou (ve výši 90% příjmu) mateřskou dovolenou pro matky a dva týdny (také 90%) pro otce.

V posledních letech však dochází k revizi štedrého systému sociální péče v rámci politické podpory parlamentních stran a možností státního rozpočtu. Od roku 1982 začala prosazovat vláda snižování podílu veřejného sektoru v rámci resortu

sociálních věcí a podpořila zapojování nevládního (neziskového) sektoru. Jedním z prvních kroků bylo založení Národního dobrovolnického centra. Současně již od roku 1980 probíhala na regionální úrovni vládní podpora komunitních a svépomocných projektů v oblasti sociálních služeb.

Odpovědnost za poskytování sociálních služeb

Na úrovni místní samosprávy (obce, městské části) jsou sociální služby zajištěny v rámci sociální a zdravotní péče. Obec (městská část) spravuje určité služby a odpovídá za systém sociální pomoci (vyplácení státní podpory). Zvláštní důraz je kladen na poskytování služeb pro děti a mládež, lidi s handicapem a seniory.

Výborná kvalita a šíře veřejných služeb sociální péče je pro Dánsko charakteristická a v tomto ohledu stále stojí na nejvyšším stupni v EU. V rámci procesu „politiky modernizace“ (Hansen) dochází k většímu začleňování „sítě“ občanů (komunitní projekty) do systému sociální péče, tj. rozvoji nevládního sektoru a nových sociálních experimentů.

5.3 Francie

Z demografického hlediska zastupuje populace Francie svým počtem a životní úrovní (po Lucembursku a Německu) třetí pozici v rámci zemí EU.

Tradičně vysoká úroveň konsenzu týkající se role státu v resortu sociálních věcí vycházela do pol. 90tých let ze systému silně centralizované státní moci. Od roku 1980 na základě rozsáhlého programu decentralizace dochází postupně ke změnám i v poskytování sociálních služeb. Jistá moc centrální vlády byla převedena na regionálně volené zastupitele spolu s odpovědností za většinu sociálních služeb. Ty se tak dostaly do kompetencí voleného „prezidenta“ jednotlivých oblastí (département).

Současná politika v oblasti sociální péče

Je zaměřena především na problematiku nákladů na sociální služby (Ely a Saunders, 1993), tj.:

- jak zefektivnit úspory při poskytování sociálních služeb
- jak zlepšit koordinaci poskytování služeb

- jak ulehčit rodinám péči o staré příbuzné
- jak podpořit rozvoj nevládních organizací ve všech oblastech života včetně sociální péče

Organizace služeb sociální péče

System vychází ze čtyř úrovní státní správy: celostátní (národní), na úrovni regionů, oblastí (département) a obecní (communes). Francie je složena z 22 regionů, 96 oblastí a 36 000 samosprávných obcí. Za systém služeb na celostátní úrovni zodpovídá Ministerstvo solidarity, zdraví a sociální ochrany, které svými 12 ředitelstvími koordinuje činnost regionálních a oblastních ředitelství resortu zdravotnictví a sociálních věcí.

Regiony byly založeny v roce 1960 jako jednotky vhodné pro systém sociálního plánování. Regionální a oblastní prefekti přímo řídí zdravotní služby a spolu s regionální radou zajišťují sociální poradenství, poskytování finanční podpory a koordinují sociální služby. Na úrovni oblastí (département) byla v roce 1980 přesunuta odpovědnost za řízení a poskytování sociálních služeb na voleného předsedu „Generální rady“, který je plně kompetentní k uzavírání smluv s nevládními organizacemi. Oblasti by tedy neměly dovolit, aby úroveň poskytování sociálních služeb a sociální podpory (finanční pomoci pro lidi mimo systém pojištění) klesala pod celostátní úroveň.

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

Stát tedy koordinuje a vykonává dohled především nad službami v oblasti zdravotní. Regionální prefekt zodpovídá za rozvoj regionálního plánu služeb, za registraci a kontrakty regionálních poskytovatelů služeb, jejich kontrolu a dodržování národních standardů poskytované péče. Tato jeho činnost se týká především ústavní péče (ústavy zdravotně postižených), psychiatrické péče a zdravotních služeb ve školství. Předseda Generální rady na úrovni oblasti odpovídá za dotace přímo určeným poskytovatelům sociálních služeb v regionu (ústavní péče o seniory a lehce zdravotně postižené, domácí péče, dětské stacionáře, pečovatelská centra apod.). Podporuje také projekty zaměřené na snížení sociální izolace v rámci programu opatření „revenue minimum d'insertion“ (RMI), který vznikl v roce 1988 a zahrnuje

především programy pro dlouhodobě nezaměstnané mladé lidi a mladé rodiny (do 25ti let) s malými dětmi.

Francie vytvořila a rozvíjí jednotný informační systém (**MINITEL**) v rámci kterého lze získat základní informace o poskytování sociálních služeb jak pro veřejnost, tak pro profesionály.

Přístup k sociálním službám na místní úrovni zajišťují již zmíněná střediska sociální pomoci (**centres communaux d'action sociale**), která poskytují základní informace a sociální poradenství. Ve většině případů jsou financována oblastmi (département) a jejich sociální pracovníci jsou přímo zaměstnanci odborů sociálních věcí jednotlivých oblastí.

Ve Francii funguje specifický systém pomoci seniorům, který vychází ze soudobých trendů minimalizace nákladů na sociální péči v rámci EU. Je to systém finanční spoluúčasti příbuzných na zajištění ústavní péče o staré lidi, který je legislativně upraven tak, aby příbuzní sami do určité výše uhradili náklady spojené s pobytem seniora v zařízení ústavní péče, pokud toho není schopen vzhledem ke svému příjmu.

Dalším specifickým a významným prvkem francouzského systému je již zmíněný **program opatření ke snížení sociální izolace (RMI)** – především ohrožených skupin mladé populace. Jedná se o kombinovaný systém přímé finanční podpory (zajišťující státem garantované životní minimum) a podmínky účasti v různých programech sociálních aktivit napomáhajících úspěšné reintegraci do běžného života. Jak zdůrazňují Ely a Saunders (1993): RMI umožňuje komplexní zajištění individuálních potřeb i potřeb rodiny v rámci finančních možností všech zúčastněných, jejich psychosociálních dovedností, sociálních vztahů a životních cílů. „Klíčový pracovník“ zjišťuje tyto potřeby a mobilizuje všechny nezbytné zdroje.

Programy sociálních aktivit v rámci RMI jsou zajišťovány prostřednictvím oblastních sociálních služeb jak státních, tak nestátních (neziskových) poskytovatelů.

5.4 Irsko

Irsko patřilo mezi „tradičně“ chudé státy EU (např. ještě v roce 1990 vykazovalo třetí nejnižší životní úroveň a druhou nejvyšší míru nezaměstnanosti), čímž se kvalifikovalo pro podporu z různých fondů EU, včetně těch, které podporují rozvoj

sociálních služeb. Dnes však prochází bouřlivým sociálně-ekonomickým rozvojem, který souvisí s úspěšnou vládní politikou posledních 15ti let.

Poskytování sociálních služeb vychází, jak připomíná Kavanagh (1993), z historické role katolické církve v oblasti politiky sociálních a zdravotních služeb a je založeno tradičně na principu **subsidiarity** (stát nenaplňuje funkce, které mohou individuálně zajišťovat občané sami v rámci místních komunit). Omezená role státu, vyplývající z tradice, je vyvážena dominantní rolí náboženských a dobrovolnických organizací.

Organizace sociálních služeb

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

Zdravotní výbory organizačně zajišťují 3 základní programy: péče ve veřejných (všeobecných) nemocnicích, speciálních nemocničních zařízeních a komunitní péči. Sociální služby tvoří právě jednu ze tří složek (programů) komunitní péče a zahrnují i systém výplaty peněžních dávek nebo grantů pro nevládní organizace.

Podle zprávy Cinneide a Corrigan (1992) v roce 1989 zaměstnávaly zdravotní výbory v Irsku celkem 366 sociálních pracovníků, z nichž 255 pracovalo přímo v komunitní sociální péči. Těžištěm jejich práce byla především sociální ochrana dětí, péče o děti a práce s rodinami. Práce se seniory nebo handicapovanými lidmi není přímo v jejich kompetenci, ale sociální služby pro tyto skupiny jsou tradičně poskytovány dobrovolnickými organizacemi.

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

Celkově lze charakterizovat irský systém sociálních služeb jako relativně málo rozvinutý. V posledních letech byla přijata nová legislativní úprava péče o děti podle britského modelu. Zároveň pokračovalo financování sociální péče z fondů EU pro chudší členské země.

5.5 Itálie

Itálie je jednou z republik, která ve své psané ústavě z roku 1948 činí zodpovědným za oblast sociální ochrany stát, který je územně správně rozčleněn do regionů, provincií a samosprávných obcí. Od roku 1977 procházela Itálie postupným procesem decentralizace státní administrativy až na úroveň místní správy, která je dnes zodpovědná také za plánování, financování a realizaci systému sociálních služeb. Základními principy tohoto procesu se staly pluralita a participace.

Itálie má po Německu druhý nejvyšší počet obyvatel, ale také nejnižší míru porodnosti a stárnoucí populaci. Životní úroveň je v žebříčku zemí EU na 5. pozici, dodnes však existují výrazné rozdíly mezi prosperujícím a bohatým severem a chudým jihem. V posledních 50-ti letech prošla italská společnost signifikantními sociálními změnami, které se projeví i v oblasti sociální péče. Například obecná nespokojenost s veřejnými službami (jejich nedostatečnou geografickou dostupností, přílišnou byrokratizací) vyústila v rámci procesu decentralizace v rozvoji nevládního sektoru, především v rozvoji práce dobrovolníků.

Charakteristika systému sociálních služeb

V 80tých letech se dostala sociální a zdravotní péče v Itálii do centra mezinárodní pozornosti v důsledku kampaně hnutí „psichiatria democratica“, která vyústila v roce 1978 široce publikovaným a kontroverzním rozhodnutím uzavřít velké psychiatrické kliniky. Tato událost, která se stala inspirativní pro řadu dalších zemí, zároveň přispěla v rámci procesu **deinstitucionalizace** k bouřlivému rozvoji komunitních sociálních služeb, které nahradily ústavní péči. Itálie se tak stala v rámci zemí EU jakýmsi průkopníkem a zároveň „pokusnou laboratoří“ pro pozorovatele z jiných zemí, kterým zatím chyběla odvaha k radikálním krokům.

Základní přístup k sociální péči vychází z katolického sociálního učení, které zdůrazňuje vzájemnou solidaritu a odpovědnost jednoho za druhého a je zaměřeno na rodinu. Větší část péče o děti, seniory a postižené je tedy zajišťována rodinami a nestátními organizacemi. Stát vstupuje do procesu až v situacích, kdy to již není rodina schopna zajistit sama. V současnosti přibývají argumenty expertů na straně větší míry účasti státu v oblasti sociálních služeb, současně s kritickými výhradami vůči neadekvátní regulaci.

Centrální vláda vydává zákony a vyhlášky regulující systém sociálních služeb a zároveň i řídí a koordinuje regionální aktivity. Resortním ministerstvem je Ministerstvo pro vnitřní záležitosti, které odpovídá za oblast sociální péče. Regiony jsou navíc kompetentní k legislativním úpravám prováděcích předpisů v rámci základních regulací vymezených zákony celostátními. Na úrovni regionů dochází také k plánování, koordinaci a společnému řízení obecních projektů sociální péče v případě příliš malých nebo chudých obcí. Zároveň také dochází v regionech k alokaci finančních zdrojů obecních programů sociální péče.

Samosprávné obce jsou odpovědné za zajištění poskytovaných sociálních služeb a výplatu dávek (mimo systém pojištění). Systém finanční podpory potřebných je jednotný v celém státě, vykazuje však řadu regionálních odchylek v závislosti na úrovni, kvalitě a efektivitě sociálních služeb. Zdravotní péče je zajištěna od roku 1978 v rámci systému zdravotního pojištění. Některé sociální služby jsou na obecní úrovni poskytovány také v rámci zdravotních služeb, jiné nikoliv. Například lokální zdravotní střediska zajišťují také služby psychiatrickým pacientům neústavní péče, například provozují denní stacionáře, poskytují chráněné bydlení a organizují svépomocná výrobní družstva. Na lokální úrovni sociální péče se však nejvíce rozvíjí preventivní programy rekreačních a kulturních aktivit eliminující dopady sociální izolace.

Jako v řadě dalších zemí EU dochází také v Itálii k masivní podpoře nezávislého neziskového sektoru, který je zatím relativně méně rozvinutý. Od roku 1991 platí nový zákon, který definuje „nevládní (dobrovolné) aktivity“ a vymezuje formy regulace, financování a způsob registrace nevládních organizací. Na bázi profitních služeb funguje i řada domovů pro seniory či psychiatrické pacienty, které (pokud není k dispozici alternativní služba) jsou využívány i veřejným sektorem.

5.6 Lucembursko

Vykazuje nejvyšší životní úroveň v zemích Evropské unie, současně s nejnižší mírou nezaměstnanosti. Státním zřízením je konstituční monarchie s převahou obyvatel římskokatolické konfese. Politika sociální péče proto vychází z principu subsidiarity a katolického sociálního učení. Země je členěna do 3 oblastí, 12 regionů a 118 samosprávných obcí.

Na vládní úrovni odpovídá za resort sociální péče především Ministerstvo pro rodinu, které financuje většinu sociálních služeb, především hradí náklady

na preventivní a léčebné programy pro děti a mládež, rodiny a seniory. Dále v této oblasti participují i Ministerstvo pro vnitřní záležitosti, Ministerstvo spravedlnosti a Ministerstvo zdravotnictví.

V kompetenci Ministerstva pro vnitřní záležitosti je dohled nad prací samosprávných obcí, které podle zákona z roku 1987 poskytují na lokální úrovni sociální služby všem občanům. Ministerstvo spravedlnosti je odpovědné za programy probace a ochranu mládeže prostřednictvím centralizovaných služeb sociální pomoci a Ministerstvo zdravotnictví za programy drogové a alkoholové prevence, za oblast duševního zdraví, domácí a ústavní péče.

Nezávislý sektor je velmi důležitý a v historii sociální péče v Lucembursku hrál významnou roli. Charita a Červený kříž patří mezi dvě nejvýznamnější sociálně-zdravotní nezávislé organizace, které jsou spolu s římskokatolickou církví sdruženy v tzv. „Charitativní federaci“.

Jak uvádějí Hartmann-Hirsch et al.(1993), nyní probíhá řada diskusí o roli státu v Lucembursku. Cílem je vyhnout se dvěma extrémům: výlučnosti (non-involvement) a nacionalizaci. Vládní návrh z roku 1991 upravuje právní rámec pro regulaci vztahu mezi státem a dalšími organizacemi v oblasti sociální péče a reflektuje nezastupitelnou roli nevládních organizací. Na základě formálních smluv mezi státem a nezávislými organizacemi bude vytvořen systém financování pracovníků sociálních služeb a úhrady nákladů spojených s jejich poskytováním. Stát má roli kontrolní a koordinační (ve snaze vyhnout se duplicitě poskytovaných služeb); zároveň stimuluje vytváření nezbytných sociálních služeb.

5.7 Německo

Jeho sjednocením v roce 1990 vznikla největší země Evropské unie, s počtem obyvatel přes 80 miliónů. V rámci srovnávacích studií zatím nebyla zpracována data týkající se bývalé NDR, takže následující informace vycházejí z údajů mapujících situaci v oblasti sociálních služeb na území původní Spolkové republiky Německo.

Sociální péče v Německu historicky vychází z Bismarckova systému sociálního pojištění a sociálního zabezpečení z konce 19. století rozvíjeného mezi dvěma světovými válkami a modernizovaného v post-nacistickém Německu. Vysoká míra hospodářského růstu po II. sv. válce umožňovala také štědré sociální zabezpečení a expanzi různých typů sociálních služeb. V posledních 15-ti letech v souvislosti

s působením řady nových sociálních faktorů (pokles porodnosti, vyšší podíl starší populace, sociální důsledky sjednocení s NDR) probíhala řada diskusí o budoucnosti „sociálního státu“.

Základním principem vycházejícím z německé tradice a historie je **princip subsidiarity**, který společně s katolickým sociálním učením klade hlavní důraz na vzájemnou solidaritu a odpovědnost občanů za sebe i za svoji rodinu. Pomoc státu vstupuje do systému až v okamžiku, kdy rodinná a vzájemná podpora komunity dlouhodobě selhává. Z této tradice vychází po roce 1970, mimo jiné v souvislosti s kritikou rostoucí byrokratizace a vysokými administrativními náklady na systém sociální ochrany, i nárůst svépomocných aktivit vycházejících „zdola“ (tzv. „grass-roots“ iniciativy) na komunální úrovni definovaných sociálních potřeb.

Charakteristika veřejného sektoru sociálních služeb

System sociálního pojištění se skládá ze tří podoblastí:

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

Sociální pomoc v sobě zahrnuje také zdravotní pomoc a zvlášť vymezenou sociální a zdravotní péči o děti a mladistvé. Je poskytována na základě potřebnosti a financována z místních daní. Státní správa funguje v Německu na třech úrovních: celostátní, zemské (Länder) a lokální (kraje, okresy). Zajištění veřejné (státní) sociální péče je legislativně vymezeno na úrovni celé federace, existují však rozdíly mezi jednotlivými zeměmi ve způsobech a možnostech financování poskytovaných dávek a sociálních služeb.

Role federální vlády spočívá především v plánování, koordinaci, vytváření zdrojů a legislativy. Několik sociálních služeb je poskytováno na zemské úrovni (například sociální služby v oblasti výkonu trestu) a ostatní zajišťují nižší územně správní celky. Zde jsou sociální služby administrovány prostřednictvím úřadů sociální pomoci, odděleními sociální péče o mladistvé nebo odděleními zdravotnickými.

Veřejná (státní) sociální péče je odpovědná především za 2 základní formy pomoci:

- tzv. „substituční pomoc“ (finanční pomoc na základě testování příjmu)

- „pomoc lidem v mimořádných životních podmínkách“ (integrace zdravotně postižených, práce s bezdomovci, postpenitenciární péče, různé služby na podporu integrace seniorů na úrovni své komunity apod.)

Zvláště velký důraz je kladen na práci s dětmi a mladistvými. Sociální služby pro děti a mladistvé jsou proto integrální složkou veřejného systému služeb. Zajišťují sociální ochranu a sociální práci s dětmi a mladistvými. V oblastech, kde není jiná možnost zajištění těchto služeb, fungují státem provozovaná centra sociálních služeb pro mladistvé. Všechny lokální zastupitelské úřady (od určité zákonem vymezené velikosti) zároveň zřizují oddělení péče o děti a mládež. Nestátní neziskové organizace (především církve) jsou tradičně zastoupeny v systému péče o děti a jejich činnost v této oblasti je široce financována státem.

Nezávislý (nestátní a neziskový) sektor je v Německu velmi rozvinutý a zastoupený na všech úrovních systému sociální péče. Zahrnuje celé spektrum organizací - od radikálních politických skupin až po 6 velkých celostátních organizací fungujících jako koordinační centra v oblasti sociálních služeb. Tyto organizace s celostátní působností jsou financovány ze státního rozpočtu, mají placené zaměstnance a celou síť dobrovolných spolupracovníků. Zajišťují řadu sociálních služeb pro různé skupiny uživatelů. Jednou a zároveň největší organizací z této „šestky“ je agentura služeb Německé evangelické (lutheránské) církve. Zaměstnává v oblasti zdravotní péče a pedagogické práce kolem 86 tisíc profesionálních sociálních pracovníků. Zastřešující organizací všech subjektů je Federální asociace nevládních organizací v oblasti sociální péče.

Stát poskytuje podle zákona přímé a nepřímé granty nezávislým organizacím. Dále platí služby poskytované nezávislými organizacemi, pokud uživatelé mají právní nárok na tyto služby a preferují služby poskytované nezávislou organizací. Další zdroje financování nezávislých sociálních služeb jsou tvořeny různými loteriemi nebo u církevních organizací tzv. „národní církevní daní“.

Na celostátní úrovni zprostředkovává kooperaci veřejného a soukromého sektoru Německá asociace pro veřejnou a soukromou sociální péči. Vztahy mezi státním a soukromým sektorem jsou založeny na bázi vzájemného respektu, kooperace a plurality, poskytující možnost volby každému občanu.

5.8 Nizozemsko

Nizozemsko současně s jinými evropskými zeměmi prošlo v 60tých a 70tých letech obdobím hospodářského růstu, který se projevil i rychlým rozvojem sociálních služeb. Nizozemská společnost po roce 1945 podporovala veřejný sektor a v období všeobecné prosperity rostoucí státní výdaje nikoho neznepokojovaly.

Dnes je situace poněkud odlišná. Jak uvádí Bekke (1991), lze sledovat snížení důvěry ve vládu, která by sama nedokázala řešit současné sociální problémy. Vláda je v roli pouze jednoho z „hráčů“ na sociálním poli. V 80tých letech dochází k přeformulování vládní role „super-pečující“ a „super-regulující“ a k částečnému ústupu ze silné pozice ve prospěch regionálního rozvoje a deinstitucionalizace.

Místní zastupitelstva odpovídají za rozvoj regionálních sítí organizací poskytujících sociální služby na základě principu soutěže a nabídky služeb. Tato změna pozice centrální a lokální vlády přispěla Nizozemsku k reputaci evropského lídra v rozvoji „**smíšené ekonomiky**“ (tento pojem zavedla vláda Thatcherové ve Velké Británii) ve sféře sociální péče. Došlo k tomu právě v Nizozemsku, kde byla silná tradice působnosti nezávislých neziskových organizací a různých církevních denominací v oblasti sociálních služeb, které jsou nyní velmi podporovány národní a především lokálními vládami (zastupitelstvy).

Stát snížil svoji účast v oblasti sociálních věcí a změnil přístup k financování nezávislých organizací poskytujících sociální péči. Tato změna spočívá především v přechodu od modelu subvencování organizací s vymezenými úkoly k modelu financování dílčích projektů.

Organizace a odpovědnost v systému sociálních služeb

Jak uvádí Pijl (1993), nyní probíhající proces restrukturalizace a decentralizace s sebou přináší i nové problémy. Například je nyní obtížnější rozlišit, kdo je v rámci politického a správního systému odpovědný za jaké sociální služby. 12 provincií v Nizozemí je plně odpovědných za vlastní plánování (včetně plánování a tvorby rozpočtu např. v oblasti péče o mladistvé nebo o seniory) a koordinaci sociálních služeb v menších městech a obcích. Projevují se tak výrazné rozdíly mezi jednotlivými regiony. Například v kompetenci městských úřadů je celá řada sociálních služeb, ale neodpovídají za ústavní péči. Čtyři největší města mají navíc statut provincie a městský úřad se dostává na pozici regionální vlády. Důsledkem

toho je podle Pijle (1993) v oblasti sociální péče pokles důležitosti a koherence systému sociálních služeb. Některé služby jsou integrovány do systému zdravotního nebo sociálního zabezpečení, jiné decentralizovány a ponechány v kompetenci samosprávných obcí.

Sociální služby jsou hrazeny většinou ze státních fondů, ale stále více se prosazuje celoevropský trend, aby uživatelé sami přispívali na krytí části nákladů. Většina sociálních služeb je v Nizozemí poskytována nevládními a církevními organizacemi. Důraz je kladen na služby sociální prevence, které jsou dostupné a otevřené všem, především mladistvým. Funguje zde systém center sociální práce, která jsou určena všem občanům a nabízejí pomoc ve formě informací, poradenství, materiální pomoc, mediaci, skupinovou práci apod. Zároveň se podílejí na specifických projektech zaměřených na konkrétní problém (např. AIDS) nebo na výměnu informací a kooperaci mezi různými organizacemi systému sociální pomoci. Počátkem 90tých let pracovalo v systému asi 3000 sociálních pracovníků z celkem 178 center.

Je dobré připomenout, že v Nizozemsku již od 70tých let spolehlivě funguje síť krizových center a azylových domů zajišťujících krátkodobý pobyt lidí v akutní krizové situaci. V 90tých letech provozovala protestantská církev 36 azylových domů s kapacitou 750 míst. Vedle nich fungovala například síť 40 specializovaných azylových center pro týrané ženy.

S rostoucím významem práce dobrovolníků v oblasti sociálních služeb došlo v roce 1991 k založení Nizozemského národního centra dobrovolnické práce zaměřeného na podporu a rozvoj dobrovolnického hnutí a jeho organizací.

5.9 Portugalsko

V roce 1974 došlo ke změně režimu v Portugalsku a byla konstituována parlamentní demokracie. Ústava z následujícího roku garantuje pro všechny občany práva na základní sociální ochranu a sociální péči v případě onemocnění, nezaměstnanosti nebo zdravotního postižení; současně s obecněji definovaným právem na ochranu rodiny, dětí nebo seniorů.

Portugalsko je tvořeno vlastním regionem Portugal a dvěma autonomními regiony: Azorami a Madeirou. Region Portugal tvoří 18 správních oblastí a 275 samosprávných měst, které jsou tradičně nejnižším článkem státní správy, ale

vystupují z pozice demokraticky zvolené lokální vlády. Jejich role je nyní mnohem výraznější, než během minulé diktatury, kdy tvořily pouze administrativní jednotky centralizované moci.

Odpovědnost za systém sociálních služeb

Obecně je za sociální politiku státu a zároveň za poskytování sociálních služeb na celostátní úrovni zodpovědné Ministerstvo zaměstnanosti a sociálního zabezpečení spolu s Ministerstvem řízení sociálních věcí. V roce 1977 došlo k unifikaci systému sociálního zabezpečení, který zahrnuje i sociální činnost – tj. oblast sociální péče a sociální práce. Následující zákon z roku 1984 ještě udržel unifikovaný systém, ale zákon z roku 1991 odděluje sociální činnost od sociálního zabezpečení.

Na regionální úrovni jsou (od roku 1977) za sociální služby odpovědná **Centra sociálního zabezpečení**. Hlavní náplň jejich práce tvoří sociální činnost v rámci ochrany dětí a mladistvých, zdravotně postižených, seniorů a chudých rodin, podpora procesu sociální integrace a nezávislých neziskových poskytovatelů sociálních služeb. Dále vydávají licence a supervidují práci komerčních poskytovatelů sociální péče.

Na úrovni místních zastupitelstev fungují lokální centra sociálního zabezpečení, která jsou přímo závislá na regionálních centrech a zároveň odpovídají za přímou práci s uživateli systému sociálních služeb.

Pro sociální péči v Portugalsku má mimořádný význam **nezávislý neziskový sektor**. Například největším poskytovatelem sociálních služeb v Lisabonu je katolická nezisková organizace Santa Casa da Misericordia. Marques a Bras Gomes (1993) napočítali v roce 1992 téměř 2,5 tisíce nezávislých neziskových organizací pomáhajících na principu sociální solidarity (nejstarší z nich byla založena již v 15. stol.). Většina z nich působí lokálně a jsou napojeny na církve.

Nezávislé organizace jsou registrovány u centrálního ředitelství pro sociální činnost a jsou považovány za veřejně prospěšné instituce, které jsou zproštěny od daňové povinnosti. Pereirinha (1992) uvádí ve své zprávě, že během jednoho roku (1989 - 1990) došlo k 42% nárůstu vládních výdajů ve prospěch nezávislého sektoru, což indikuje význam tohoto sektoru v portugalském systému sociálních služeb.

Ve srovnání s ostatními zeměmi EU lze shrnout, že systém sociální péče v Portugalsku není příliš rozvinutý a je plně závislý na poskytování sociálních služeb nezávislým sektorem.

5.10 Řecko

Životní úroveň řecké populace stále zůstává na nejnižších pozicích v rámci členských zemí EU. Hospodářská situace země je i přes bouřlivý hospodářský růst sice významným, ale nikoli jediným faktorem determinujícím málo rozvinutou oblast sociálních služeb.

Systém sociálních služeb

Zatím není k dispozici systematická studie zabývající se poskytováním sociálních služeb v Řecku. Následující informace vycházejí ze zprávy Karantinose (1992) pro Evropskou komisi a kapitoly o Řecku Sokolyho (in Munday, 1993). Obě studie podávají obraz partikulárního a nekoordinovaného rozvoje sociálních služeb spíše než racionálního systému. Výsledkem jsou významné rozdíly v jednotlivých regionech - někde lze sledovat až nadbytek duplicitních forem služeb, jinde jejich velký nedostatek.

Na celostátní úrovni jsou sociální služby poskytovány vysoce centralizovaným a hierarchickým systémem. Ministerstvo zdravotnictví, sociální péče a sociálního zabezpečení je plně kompetentní za sociální ochranu včetně poskytování sociálních služeb. Na regionální úrovni odpovídá za tento resort 52 prefektur, každá se svým odborem zdravotnické a sociální péče, provádějícím politiku a programy připravené ministerstvem. Centrální vláda stanovuje potřebnost programů sociální péče (včetně sociálních služeb) a vymezuje na ně ze státního rozpočtu finanční prostředky. Regionální úřady odpovídají za realizaci těchto programů. Řecký centralizovaný systém dobře ilustruje například podíl lokálních výdajů - ty tvořily v roce 1984 (Blair, 1991) pouze 6,2% celkových veřejných výdajů státního rozpočtu.

Rodina a soukromý sektor tak stále nese největší odpovědnost za sociální péči v Řecku. Na lokální úrovni zajišťuje státní správa poskytování sociálních služeb především pro 3 následující skupiny uživatelů:

- mladé lidi a jejich rodiny
- seniory

- lidi s postižením.

V posledních dvou dekádách k nim přibyli hlavně reemigranti z postkomunistických zemí střední a východní Evropy.

Sociální pracovníci procházejí v Řecku 3 až 5letým výcvikem (studium neuniverzitního typu). Ještě počátkem 90tých let byl poskytován pouze na 3 školách v celé zemi, které tyto vzdělávací programy zajišťovaly za špatných finančních podmínek, bez politické podpory a výraznějšího zájmu státu. Profese sociálního pracovníka v Řecku má dodnes nízký profesionální status a zájem o ni neodpovídá měnícím se sociálním potřebám.

Tradičně nejvýznamnějšími poskytovateli sociálních služeb zůstávají nadále řecká ortodoxní (pravoslavná) církev a Červený kříž. Soustřeďují se na práci s dětmi, starými lidmi a lidmi s existenčními (finančními) problémy. Církev je největším provozovatelem rezidenční péče o seniory; v posledních letech spolu s profitním soukromým sektorem nejrychleji rozšiřuje nabídku sociálních služeb pro tuto skupinu uživatelů.

V souladu s trendy v ostatních členských zemích EU dochází i v Řecku ze strany státu k podpoře nevládních organizací a celkové deinstitucionalizaci sociální péče, k rozvoji regionálních sítí služeb a jejich kapacity v oblasti sociálních služeb. Specifickým pro Řecko je také rozvoj sociálních služeb (především péče o děti, domovy pro seniory) poskytovaných profitním soukromým sektorem. Rodiče často preferují placené služby pro děti, protože jsou kvalitnější. Obecně však platí, že uživatelé často nemají jinou možnost volby než službu si zaplatit, a to v důsledku nedostupnosti sociálních služeb zajišťovaných neziskovými organizacemi nebo státním sektorem.

Řecko zatím disponuje nejméně rozvinutým systémem sociálních služeb v zemích EU. Jednou z možných cest řešení tohoto stavu je také partnerství s relevantními organizacemi v jiných členských zemích a využití fondů EU podporujících finančně projekty na rozvoj sociálních služeb.

5.11 Španělsko

Za režimu diktátora Franka bylo Španělsko silně centralizovaným státem, s veřejnými službami kontrolovanými policií a armádou, které zajišťovaly základní sociální péči v regionech. V omezené míře formálně poskytovala sociální služby také

tradičně Charita a katolická církev. Od roku 1960 prošlo Španělsko velkým hospodářským rozvojem, na základě kterého režim umožnil modernizaci sociálních služeb, sociálního zabezpečení a větší nezávislost nestátních subjektů.

V roce 1975 došlo v souvislosti s přechodem k parlamentní demokracii k obrovskému rozvoji sektoru veřejných služeb. Počátkem 80tých let řada španělských politiků a expertů na sociální politiku studovala modely sociálních služeb a systémů sociální péče v jiných evropských zemích. Nová vláda socialistů liberalizovala systém sociálních služeb a podporovala vznik dobrovolnických nevládních organizací. Zároveň se rozvíjely i komerční služby sociální péče (pro seniory, pro uživatele drog apod.) Nejdůležitějším krokem však byla počátkem 80tých let decentralizace vládní odpovědnosti za systém sociálních služeb.

V posledních 10ti letech v důsledku hospodářského poklesu a zvýšené inflace byl vážným sociálním problémem nárůst míry nezaměstnanosti (především mladých lidí). Vláda socialistů byla přinucena redukovat státní výdaje a došlo k nepopulárnímu krácení financí na sociální ochranu.

Organizace sociálních služeb

Španělsko je územně správně rozděleno na celou řadu autonomních oblastí, Baleáry a Kanárské ostrovy, kromě toho spravuje také 2 teritoria v severní Africe. Centrální vláda v Madridu má právní a finanční odpovědnost za celostátní systém sociálního zabezpečení, který je spravován autonomními oblastmi. Centrální vláda přímo kontroluje sociální služby pro uprchlíky a další kategorie cizinců a administruje sociální služby na území severoafrických teritorií.

Autonomní oblasti mohou v oblasti sociálních služeb vytvářet vlastní legislativu. Správně jsou rozčleněny do provincií a samosprávných měst. Například preventivní sociální služby jsou plně v kompetenci měst a jsou podporovány a financovány oblastmi. Organizace jiných sociálních služeb je rozdělena mezi oblastní správu a nižší správní jednotky.

Sociální služby jsou financovány z daní, každý region individuálně podporuje poskytování služeb na svém území. Jak upozorňuje Casado (1993), jen výjimečně se podílí na financování sociálních služeb přímo jejich uživatelé (např. příspěvky seniorů na ústavní péči). Nezávislé neziskové organizace jsou financovány z vlastních zdrojů, na základě grantů a státních kontraktů, také z příspěvků uživatelů a dárců. Velmi dobře se rozvíjí dobrovolnické sociální služby; zatím působí v této oblasti málo

komerčních organizací (především školky, domovy pro seniory, zařízení pro léčbu závislostí).

Ve Španělsku byla vytvořena síť zařízení poskytujících **základní sociální služby** nebo první pomoc. Tato centra jsou k dispozici pro každých 5 - 25 tis. obyvatel a zajišťují základní informace, domácí péči, zjišťují potřebnost ústavní péče a podílejí se na rozvoji komunitních sociálních služeb. Instituto Nacional de Servicios Sociales je dalším poskytovatelem v síti sociálních služeb. Pomáhá především seniorům, lidem s postižením a uprchlíkům. Obdobné služby zajišťuje také Červený kříž a Charita.

Specifickým prvkem španělského systému sociální péče je silné spojení mezi sociálními a kulturními aktivitami, programy a službami.

5.12 Švédsko

Efektivita principu welfare state je ve většině vyspělých zemí předmětem očekávaných změn, avšak na rozdíl od ostatních má ve Švédsku stále velkou podporu.

Finanční a administrativní odpovědnost za provedení systémových změn spočívá na státu, avšak výkon sociálních služeb je v kompetenci převážně místních úřadů. Přílišná a neselektivní štědrost systému se projevuje zejména v oblastech zdravotní kompenzace nebo výše podpory v nezaměstnanosti. Řešením by mělo být zvýšení nároků a snížení kompenzační částky.

V centru politické diskuse jsou také dopady na sociální programy poskytované na **lokální úrovni** místními zastupitelstvy. Subjekty místní správy jsou odpovědné za péči (převážně nemedicínskou) o staré občany, o děti a za individuální sociální služby (důraz na lokální sektor ve Švédsku převyšuje ostatní země). Sociální práce na úrovni obce ve švédských podmínkách zahrnuje právě individuální sociální služby, tj. péči o drogově závislé, péči o děti, práci s rizikovými skupinami mladistvých a sociální pomoc (dávky poskytované na základě testů příjmu). Vládní škrty snížily subvence místním úřadům a zároveň se vlivem nezaměstnanosti snížil příjem místních úřadů z daní.

Náklady místních úřadů na sociální služby běžně tvoří jednu třetinu všech výdajů (vedle výdajů na vzdělávání, infrastrukturu a rekreační a kulturní aktivity). Největší důraz v rámci sociálních služeb je kladen na poskytování péče seniorům a

lidem zdravotně postiženým (cca 49% celkových výdajů), péči o děti (32%) a individuální a rodinné služby (18%).

Rozvoj sociálních služeb v poválečném Švédsku byl součástí rozšíření principu welfare state. Předpoklady uskutečnění tohoto principu byly důkladně studovány a analyzovány v rámci řady empirických výzkumů (Uusitalo, 1984). Na základě dostupných údajů lze podle Bergmarka (1997) sledovat dynamický rozvoj různých oblastí sociálních služeb během posledních třiceti let.

Nejmírnější byl v letech 1968 - 1994 nárůst nákladů na individuální a rodinné služby (4,5krát). Poněkud vyšším se jeví nárůst výdajů na péči o seniory, kde se projevil výrazný skok v roce 1992 (celkem 8krát), a naprosto nejvýraznější nárůst výdajů na služby péče o děti (od roku 1968 se zvýšily 18krát). Původní rozvoj péče o děti v šedesátých letech souvisel s hospodářským růstem, s nízkou mírou nezaměstnanosti a zvýšenou poptávkou po ženské pracovní síle. Například absolutní míra zaměstnanosti žen vzrostla za posledních 30 let o 700 000, tj. 60%.

V oblasti péče o staré lidi poskytoval stát již od padesátých let granty především na zřizování domovů pro seniory. To je ovšem vysoce institucionalizovaná forma péče, počet jejíchž uživatelů dosáhl svého vrcholu v roce 1974 (60 000). V současné době je prosazován trend deinstitutionalizace. Zákony regulující péči o seniory byly přijaty v roce 1968, 1980, 1982 a 1985. V rámci procesu deinstitutionalizace přijal parlament rozhodnutí o státních grantech pro služby domácí péče a upravil zákonem podmínky pro poskytování finanční podpory k zajištění dobré úrovně bydlení seniorů.

Rozvoj individuálních a rodinných sociálních služeb vykazuje nejvyšší nerovnoměrnost. Až do roku 1980 náklady výrazně nevzrůstaly, protože tyto služby nebyly zpočátku definovány jako jeden ze subjektů sociální reformy. Do roku 1982 byly regulovány trojicí zákonů (zákonem o péči o děti a mládež z roku 1961, o péči o drogově závislé z roku 1955 a o sociální pomoci z roku 1957). Od roku 1982 platí Zákon o sociálních službách, který nyní legislativně upravuje tuto oblast.

Budoucnost sociálních služeb

V prognózách z roku 1995 předpovídá Národní asociace místních úřadů kontinuální pokles objemu obecních fondů pokračující i přes počátek příštího století, který by se měl stabilizovat či alespoň zmírnit. Tato predikce ovšem předpokládá snížení míry nezaměstnanosti a ekonomický růst na celostátní úrovni.

Prognózy týkající se oblasti péče o děti vycházejí z odhadů míry porodnosti a vývoje trhu práce. Je předpokládána konstantní úroveň nákladů na sociální služby do konce století, které by měly v další dekádě klesat až o 10%.

V oblasti péče o seniory se očekává nárůst počtu osob starších osmdesáti let (asi o 17%), který vyvolá zvýšenou potřebu různých typů sociálních služeb.

Nejobtížněji lze predikovat vývoj v oblasti individuálních a rodinných služeb. Historicky se právě zde odehrávaly nejneočekávanější a nejvýraznější změny a totéž lze očekávat i do budoucnosti. I když se většina prognóz shoduje v bodě očekávaného hospodářského růstu a poklesu míry nezaměstnanosti, jejich důvěryhodnost ve vztahu k předpokládanému snižování výdajů sociální pomoci není příliš velká.

V oblasti sociálních služeb vystupuje potřeba vymezit základní priority celého systému sociální péče. Bergmark (1997) nabízí čtyři následující alternativy:

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

5.13 Velká Británie

Velká Británie byla tradičně považována za průkopníka v oblasti sociální péče a sociálních služeb. Disponuje rozsáhlým a rozvinutým systémem sociální péče, má dobře fungující legislativu a síť nezávislých sociálních služeb.

Územně je rozčleněna na Anglii a Wales, Skotsko a Severní Irsko, které mají podobné formy poskytovaných sociálních služeb, ale odlišnou legislativní úpravu a způsob organizace.

Na úrovni centrální vlády odpovídá za systém sociálních služeb Ministerstvo zdravotnictví a státní tajemník, který řídí Inspektorát sociálních služeb. Tři typy místní správy: rady hrabství, metropolitní oblasti a Správní obvod Londýna, jsou kompetentní k poskytování sociálních služeb v regionech.

V roce 1990 vstoupily v platnost zákon o národních zdravotních službách a zákon o komunitní péči, které mění tradiční roli oddělení sociálních služeb místní správy od převážně přímého poskytovatele k „úřadu umožňujícího služby“, tedy

dochází ke směřování ke smíšené ekonomice sociální péče. Základní tendencí je oddělení organizačního managementu poskytování sociálních služeb od plánování a „nakupování“ služeb. Regulátory kvality poskytované péče různými subjekty jsou tzv. statutární organizace.

Sociální služby jsou financovány **kombinovaným systémem** složeným ze státních financí (daňové poplatky), financí místní správy a zvyšujícího se podílu plateb uživatelů služeb. Systém zdravotní péče je bezplatný, v rámci komunitní sociální péče dochází k testování příjmu (tento prvek je kontroverzní a často předmětem kritiky), preventivní péče a zařízení první krizové pomoci jsou (na rozdíl od jiných zemí, např. Belgie) spíše na okraji pozornosti statutárních vládních organizací a preventivní sociální služby zajišťuje především nezávislý sektor.

Skotsko

Zákon o sociální práci z roku 1968 umožnil reorganizaci (1975) sociálních služeb a jejich regionální správu. Místní správa označuje svá oddělení jako oddělení sociální práce na rozdíl od Anglie, kde se užívá pojem oddělení sociálních služeb. Za služby sociální práce odpovídá Regionální rada. Skotsko (na rozdíl od Anglie) provádí v rámci systému sociální práce také probační služby.

Severní Irsko

V roce 1973 zde byly spojeny sociální a zdravotní služby pod jednotnou správu, se 4 výbory zdravotních a sociálních služeb, které jsou odpovědné za všechny služby v zemi. Výsledkem je lepší koordinace zdravotních a sociálních služeb a programy jsou řízeny na multidisciplinární bázi.

Severní Irsko má také odlišnou legislativu v oblasti sociální péče než zbývající část Velké Británie. Například zákon o dětech (1989) nebyl zatím na jeho území aplikován. Obvyklou praxí také je opožděná implementace zákonů z oblasti sociální péče s 2 - 3letým zpožděním. Severní Irsko má až o 25% vyšší výdaje na hlavu na zdravotní a sociální služby (vyšší úmrtnost, více dlouhodobě nemocných).

6. Základní trendy poskytování sociálních služeb v zemích EU

Členské země Evropské unie s nejvyšší životní úrovní (Belgie, Dánsko, Francie) mají zároveň nejvíce rozvinutý systém sociálních služeb. Lze tedy konstatovat, že rozhodujícím faktorem ovlivňujícím politiku sociální péče je dosažená úroveň hospodářského rozvoje spíše, než sociálně politická a ekonomická ideologie.

Dalším faktorem ovlivňujícím politiku sociální péče jsou **demografické změny**. Budoucí požadavky na služby sociální péče musí vycházet především z následujících trendů v zemích EU:

- poklesu porodnosti (souvisí také s růstem počtu aktivních žen na trhu práce)
- menší rodiny (ovlivní rozsah péče o rodiny)
- stárnutí populace (vyšší počet seniorů se bude spoléhat na podporu snižujícího se počtu lidí v produktivním věku)

Evropská komise vydala v roce 1993 tzv. „**Green Paper**“ o budoucích trendech evropské sociální politiky, kde reflektuje výše uvedené demografické faktory a komentuje jejich reálné dopady v sociální oblasti. V roce 1994 vydala také „**White Paper**“, studii zaměřenou na mapování ekonomických priorit dalšího rozvoje států EU. Oba dokumenty kladou v sociální sféře důraz především na hledání účinných způsobů řešení problému zaměstnanosti a nezaměstnanosti (upozorňují na vysoký podíl dlouhodobé nezaměstnanosti - až 45% nezaměstnaných v roce 1991 a nezaměstnanost mladých lidí do 25 let). Dokument Green Paper poukazuje také na absenci komparativních dat u výdajů na sociální péči na osobu, které jsou vhodným měřítkem stupně rozvoje sociálních služeb.

V oblasti sociálních služeb lze sledovat v některých zemích EU přechod od původního zaměření na substituční péči, přímou pomoc a sociální kontrolu spojenou s poskytováním sociální pomoci k rozvojovým a socializačním programům. Zejména Belgie a do určité míry i Nizozemí poskytují otevřenou preventivní sociální péči, nevyžadující, aby se uživatelé zařadili do nějaké předem vymezené kategorie klientů. Ale v jiných zemích (např. ve Velké Británii) je sociální péče zaměřena na nejpotřebnější a preventivní sociální služby jsou považovány za nedostupný „luxus“.

Nejvýraznějším trendem v rámci EU je však **konvergence** systémů sociální péče jako proces nalézání spíše podobností než rozdílů mezi jednotlivými státy. Většina z nich rychle přejímá také princip **plurality** sociální péče, který mění systém

sociálních služeb. Klade důraz na příspěvky od nezávislých organizací, dobrovolných pracovníků a rodin v souvislosti s další redukcí role státu jako přímého poskytovatele finančních příspěvků (jak na úrovni centrální, tak místní správy). Lokální správa zůstává právně odpovědná za sociální služby, ale není jejich přímým poskytovatelem, kontrahuje nezávislé organizace neziskové i komerční (zvyšuje se jejich zastoupení a význam v oblasti soc. péče), které zajišťují vlastní služby a sami uživatelé se také finančně podílejí na jejich financování.

7. Závěr

Jak již bylo uvedeno, přístup Evropské unie k sociální politice jednotlivých států zdůrazňuje konvergenci jednotlivých systémů sociální péče, spíše než jejich harmonizaci. Tento trend je v souladu s procesem deinstytucionalizace a snižování fiskálních výdajů na sociální služby. V řadě členských zemí je patrný ústup od paternalistické státní péče k posilování neformálního sektoru - rodin, komunit, nezávislých neziskových a v menší míře i komerčních organizací poskytujících sociální služby.

Jednotlivé země EU přistupují ke změnám systému sociální péče z různých „startovních pozic“. Například Německo, Nizozemí a Lucembursko vycházejí spíše ze svých historických, politických a kulturních tradic a připravují změny primárně nikoliv na základě ekonomických potřeb. Švédsko a Finsko má speciální zájem o smíšenou ekonomiku sociální péče, protože nepříznivé ekonomické podmínky vedou k radikální změně tradičně štědrého a státem zajištěného systému sociálních služeb. Inspirují se v jiných evropských státech také možnostmi rozvoje nezávislého nevládního sektoru.

V rámci platformy EU dochází mezi jednotlivými zeměmi k velké diskusi na téma úlohy trhu, který umožňuje uživatelům služeb možnost volby a činí poskytovatele služeb více odpovědnými za preference uživatelů. Tato výhoda však není příliš zřetelná v oblasti sociální péče, kdy chudí uživatelé často ani nemohou za služby platit. Budoucnost sociální péče v Evropě však souvisí se smíšeným ekonomickým systémem, kde stát nevystupuje v hlavní roli poskytovatele péče, ale dává prostor rozvoji nezávislých iniciativ. S trendem poklesu výdajů na sociální služby souvisí i očekávaný transfer odpovědnosti za své závislé členy přímo na rodiny (zejména ženy). Změny financování sociální péče anticipují možná americký systém, kde státní organizace poskytují „poslední útočiště“, uživatelé disponují určitými prostředky a jsou schopni koupit si na trhu sociální služby nejlepší kvality od nezávislých organizací. Jak připomíná Munday (1997), v tomto ohledu je americká zkušenost poněkud znepokojující.

Se změnami v oblasti sociální péče dochází ke změnám pracovních příležitostí pro sociální pracovníky - mají nové možnosti v rámci nevládního sektoru. Pociťují

zároveň potřebu profesionálního tréninku reagujícího na tyto změny (tj. zaměřeného na manažerské dovednosti oproti tradičnímu důrazu na poradenské dovednosti).

V zemích jako je Švédsko, Finsko, Dánsko nebo Velká Británie je politika smíšené ekonomiky sociální péče zaměřena zejména na snížení nákladů a udržení daní na politicky únosné úrovni. Poslední změny v komunitní péči ve Velké Británii naznačují, že úroveň veřejného financování sociálních služeb může být s úspěchem postupně snižována (Munday, 1997).

V roce 1995 přijala Evropská komise střednědobý program sociální činnosti na léta 1995 - 1997. Vychází také z dokumentu White Paper (1994) a zdůrazňuje v něm rovnováhu mezi principy konkurence, kooperace a solidarity. Dále posiluje udržení rozmanitosti sociálních služeb a principu subsidiarity. Ekonomické a sociální rozměry jsou vzájemně závislé - proklamuje determinaci sociálního pokroku hospodářským růstem a konkurenčním prostředím.

Evropská komise nadále usiluje o vytvoření rámce pro budoucnost systému sociální ochrany v rámci teze: rozvinout a přizpůsobit národní systémy na bázi porozumění tomu, co probíhá v jiných členských zemích. Zatím se to týká pouze sociální ochrany, ale do budoucna i sociální péče. Hlavním problémem nejbližší budoucnosti bude zajištění sociálních služeb pro stále narůstající počet seniorů.

Jak uvádí Munday (1997), optimisté vidí novou příležitost, aby se sociální péče dostala do centra sociální politiky EU - vedle vysoce prioritních oblastí, jakými jsou sociální ochrana a veřejné zdravotnictví. Snižující se míra marginilizace sociálních služeb v politice EU by mohla mít podobný efekt i v jednotlivých členských zemích.

V rámci sociálních programů EU se vytváří nový přístup k sociální péči zaměřený na specifické skupiny uživatelů se specifickými potřebami (lidé vyloučení z trhu práce, lidé se zdravotním postižením a senioři). Zároveň je potřeba zaměřit se na širší politická témata, jako je fungování a financování systému sociální ochrany a celková kvalita života.

Literatura

- Alber, J.:* A framework for the comparative study of social services, *Journal of European Social Policy* 1995, 5, s. 131 – 149
- Anttonen, A. and Sipilä, J.:* European social care services: is possible to identify models? *Journal of European Social Policy* 1996, 6, s. 87 – 100
- Bekke, H.:* Experiences and experiments in Dutch local government, in Batley and Stoker (eds.), 1991
- Bergmark, Å.:* From reforms to rationing? Current allocative trends in social services in Sweden, *Scand J Soc Welfare* 1997, 6, s. 74 – 81
- Blair, P.:* Trends in local autonomy and democracy: reflections from a European perspective, in Batley and Stoker (eds.), 1991
- Casado, D.:* Spain, in Munday (ed.), 1993
- Cinneide, S. and Corrigan, C.:* Personal Social Services and Social Exclusion, Maynooth, Ireland 1992
- Ely, P. and Saunders, R.:* France, in Munday (ed.), 1993
- Esping-Andersen, G.:* The Three Worlds of Welfare Capitalism, Cambridge, Polity Press 1990
- Hansen, F., Hansen, H. and Olsen, C.:* Social services in Denmark, Copenhagen, Centre for Alternative Samfundsanalyse, a.m.b.a., 1992
- Hartmann-Hirsch, C.:* The Grand Duchy of Luxembourg, in Munday (ed.), 1993
- Kahn, A. and Kamerman, S.:* Social Services in International Perspective, Washington: US Department of Health, Welfare and Education, 1976
- Karantinos, D.:* The Social Services and Social Policies to Combat Social Exclusion, Athens: National Centre of Social Research, 1992
- Mostinckx, J.:* The Flemish Community, in Munday (ed.), 1993
- Munday, B. (ed.):* European Social Services, University of Kent at Canterbury: European Institute of Social Services, 1993
- Munday, B. and Ely, P.:* Social care in Europe, Prentice Hall, London 1997
- Pereirinha, J.:* Social Services in Portugal, Report for the European Community Observatory on National Policies to Combat Social Exclusion, Basingstoke, Macmillan Education, 1992
- Pijl, M.:* The Netherlands, in Munday (ed.), 1993
- Sokoly, L.:* Greece, in Munday (ed.), 1993
- Tomeš, I.:* Sociální politika, teorie a mezinárodní zkušenost, Socioklub, Praha 1996
- Uusitalo, H.:* Comparative research on the determinants of the welfare state: the state of the art, *European Journal of Political Research* 1984, 12, s. 403 – 422
- Wanlin, P.:* The French Community of Belgium, in Munday (ed.), 1993