evropský sociální fond v ČR
EVROPSKÁ UNIE
MINISTERSTVO ŠKOLSTVÍ, MLÁDEŽE A TĚLOVÝCHOVY
OP Vzdělávání pro konkurenceschopnost
INVESTICE DO ROZVOJE VZDĚLÁVÁNÍ

Univerzita Hradec Králové
Ústav sociální práce

Sociální služby se zaměřením na problematiku seniorů

PhDr. Ivana Havránková
Mgr. Zuzana Truhlářová, PhD.

Gaudeamus 2014

Recenzovali:
doc. PhDr. Irena Kamanová, PhD.
Mgr. Marcela Rýpalová

Publikace neprošla jazykovou úpravou

Edice texty k sociální práci

Řada: Vybrané kapitoly z teorií a metod sociální práce

Studijní materiál vznikl za podpory projektu
Inovace studijních programů sociální politika a sociální práce na UHK s ohledem na potřeby trhu práce (CZ.1.07/2.2.00/28.0127), který je spolufinancován Evropským sociálním fondem a státním rozpočtem České republiky.

ISBN 978-80-7435-453-3

Obsah

1 Úvod 5

2 Exkurz k vývoji sociálních služeb až po současnost 6

3 Senioři a stárnutí populace v kontextu sociálních služeb 8

3.1 Teorie stárnutí 12

4 Typologie sociálních služeb pro seniory 15

4.1 Dělení sociální služby z pohledu legislativy 17

4.2 Typologie poskytovatelů a způsob zajištění poskytování sociálních služeb v ČR 19

4.2.1 Smlouva o poskytování sociální služby 21

5 Individuální přístup, dobrá cesta v sociálních službách 24

5.1 Individuální plánování v sociálních službách a limity 26

5.2 Potřeby v sociálních službách a jejich posuzování 27

5.3 Hodnocení aktuálního i definovaného stavu v procesu definování potřeb uživatelů sociálních služeb 30

6 Plánování sociálních služeb 32

6.1 Legislativní vymezení plánování sociálních služeb v ČR 32

6.2 Základní principy metody komunitního plánování 34

7 Vybrané typologie sociálních služeb pro seniory v České republice 37

7.1 Sociální poradenství a služby sociální péče 39

7.2 Služby sociální prevence 45

8 Příspěvek na péči 49

8.1 Reflexe vývoje příspěvku na péči 49

8.2 Současná situace příspěvku na péči 51

8.2.1 Posuzování zdravotního stavu k příspěvku na péči 56

9 Inspekce poskytování sociálních služeb 57

9.1 Inspekce 57

9.1.1 Typy inspekcí 58

10 Standardy kvality sociálních služeb 61

10.1 Hodnocení plnění standardů - nástroj kvality v sociálních službách 61

11 Financování sociálních služeb 64

11.1 Benchmarking v sociálních službách 66

11.1.1 Příklady ekonomických analýz v sociálních službách 69

11.2 Veřejný sektor a financování služeb 72

12 Závěr 76

13 Rejstřík 77

1 Úvod

K prioritám systému sociálních služeb v rámci EU patří ochrana ohrožených skupin obyvatel, kvalita péče, dostupnost, profesionalita a příprava odborníků pro zvládnutí nároků kladených na praxi v sociálních službách. V České republice od roku 1989 několik let trvaly přípravy v oblasti tzv. třetího pilíře sociálního zabezpečení, v oblasti sociální pomoci k definičnímu ukotvení a rozsahu sociálních služeb. V návaznosti na Bílou knihu[1], věcný návrh zákona o sociální pomoci, na Evropskou sociální chartu[2] a další dokumenty, a na základě konsenzuální dohody v procesu přípravného a schvalovacího řízení na vládní úrovni dochází k systematizaci sociálních služeb[3] s cílem definovat oblast poradenství, služby sociální péče a služby sociální prevence. Chyběl zde jasný systém financování služeb a možnost kontroly kvality těchto služeb. O přijetí zákona o sociálních službách se usilovalo od počátku 90. let. Tehdy byl tento zákon opakovaně navrhován, měněn a upravován podle toho, jak se během posledních let střídaly vlády. K zásadním změnám v právní úpravě jednotného systému sociální péče dochází od roku 2007.

Teoretikové i praktikové v sociálních službách se shodují na tom, že současný trend stárnutí populace nejen v České republice, ale i v zahraničí sebou ponese větší míru soustředěnosti na sociální služby. Individuální plánování, komunitní sítě, efektivita a kvalita sociálních služeb jsou velmi významné kategorie, které současní či budoucí uživatelé služeb budou moci rozvažovat při výběru ze širokého spektra nabídky pomoci. Koncepce sociálních služeb pro seniory není dosud v České republice centrálně přijata, není nastavena sít sociálních služeb pro seniory, ať již v minimálním, či maximálním optimu.

[1] Bílá kniha je doporučující dokument, o tom, jak mohou být moderní sociální služby rozvíjeny tak, aby efektivně a v maximální možné míře plnily svou roli. V České republice nalézáme obdobným dokumentem v oblasti školství. Bílá kniha s názvem "Národní program rozvoje vzdělání v České republice". Online dostupný z: http://www.mpsv.cz/files/clanky/736/bila_kniha.pdf

[2] Evropská sociální charta - Evropská sociální charta vstoupila v platnost na základě článku 35 odst. 2 dne 26. února 1965. Pro Českou republiku vstoupila v platnost v souladu s ustanovením odstavce 3 téhož článku dne 3. prosince 1999, online dostupný z: http://www.mpsv.cz/files/clanky/1218/esch.pdf

[3] Navrhované služby ke schválení a zakotvení do právní normy, jako například osobní asistence, azylové domy, respitní péče a mnohé další byly v určité formě provozovány před přijetím zákona o sociálních službách, avšak bez právní úpravy podmínek.

2 Exkurz k vývoji sociálních služeb až po současnost

Sociální služby nejsou úplnou novinkou v oblasti péče o seniory, svoje místo zaujímají v tradici, kultuře a v historii naší země. Z historického pohledu má sociální pomoc ve světě i v České republice více jak tisíciletou tradici. Sociální služby patří mezi nejstarší nástroje pomoci, avšak do systému moderních sociálních států pronikl tento pilíř, z hlediska garance státu, relativně nedávno. V moderních západních zemích, např. Velká Británie, Německo, Francie o něco dříve. V průběhu vývoje byli tradičními poskytovateli pomoci seniorů, rodina, církve, spolky a sdružení, svazy, obce, v některých zemích je to např. sousedství (komunita). Do doby přijetí zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, v platném znění vycházela oblast sociální péče o seniory převážně z předpisů platných před rokem 1989[4]. Zásadní právní úprava třetího pilíře sociální pomoci vycházela ze zákona č. 100/1988 Sb., o sociálním zabezpečení. Tato norma deklarovala zajištění sociální péče ze strany státu pro osoby, jejichž základní životní potřeby nebyly dostatečně zajištěny z příjmů nebo dávek důchodového či nemocenského pojištění, občanům z důvodu zdravotního stavu, věku, nebo těm, kteří nemohou překlenout svou obtížnou životní situaci. Sociální péče byla členěna na systém dávek sociální péče a služeb sociální péče, později uváděné jako sociální služby. Dávková agenda sociální péče byla rozložena do okruhu péče o rodiny s dětmi, zdravotně postižené občany, staré občany, občany, kteří potřebují zvláštní pomoc a občany společenský nepřizpůsobivé. Zvláště byla upravena oblast dávek osobám sociálně potřebným, aniž se zrušilo původní rozdělení okruhů osob. Prováděcím předpisem zjištění sociální péče byla vyhláška č. 149/1988 Sb., kterou se prováděl zákon o sociálním zabezpečení. Působnost orgánů upravoval právní předpis č. 114/1988 Sb., o působnosti orgánů České socialistické republiky v sociálním zabezpečení. Významným předpisem v sociální péči se stala vyhláška č.182/1991 Sb., kterou se prováděl zákon o sociálním zabezpečení a zákon České národní rady o působnosti orgánů ČR v sociálním zabezpečení. Zákon č. 482/1991Sb., o sociální potřebnosti, neřešil

[4] Například ústavní péči a pečovatelskou službu nalézáme v ustanovení zákona . č. 100/1988 Sb. a vyhlášky č.182/1991 Sb. (Zákon č. 100/1988 Sb., o sociálním zabezpečení, Federální shromáždění Československé socialistické republiky se usneslo na tomto zákoně ze dne 16.6.1988, účinnost zákona od 1.10.1988, zrušení zákona 14. 11. 2011 v návaznosti na právní předpis č. 329/2011 Sb., o poskytování dávkách osobám se zdravotním postižení ze dne 13.10.2011, a zákon č. 582/1991 Sb., o organizaci a provádění sociálního zabezpečení. Vyhláška č. 182/1991 Sb., ministerstva práce a sociálních věcí České republiky ze dne 26. dubna 1991, kterou se provádí zákon o sociálním zabezpečení a zákon České národní rady o působnosti orgánů České republiky v sociálním zabezpečení, účinnost vyhlášky 27. 5. 1991,vyhláška byla zrušena 1. 1. 2012 v návaznosti na právní předpis č. 329/2011 Sb., o poskytování dávkách osobám se zdravotním postižení ze dne 13.10.2011).

poskytování dávek sociální péče komplexně, obsahoval podmínky nároku na dávky sociální potřebnosti a jejich výši.

Podstatná změna v systému sociální péče nastává v roce 2006, přijetím zákona č. 111/2006 Sb., o pomoci v hmotné nouzi, v platném znění. Tato norma nahradila nejen zákon o sociální potřebnosti, ale transformovaly se do ní i některé dávky sociální péče z vyhlášky č. 182/1991 Sb.. Zákon č. 110/2006 Sb., o životním a existenčním minimu, v platném znění, zkoumá nejen částky životního minima, ale příjmovou situaci osob, vymezuje okruh společně posuzovaných osob a řeší co je příjmem těchto osob.

Komplexní úprava sociálních služeb je zanesena v zákoně č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, v platném znění. Hlavním ukazatelem v tomto směru má být definičně a rozsahem stanovena sociální služba.

Zákon o sociálních službách přináší největší změnu v sociální oblasti za posledních několik let, od roku 2007 můžeme toto období nazývat průlomovým mezníkem v systému sociální pomoci v České republice. Vzniká celá řada nových atributů a institutů k zajištění péče pro osoby v obtížné a nepříznivé sociální situaci. Zavádí se opakovaná dávka příspěvek na péči, vstupuje zde zcela nový fenomén smluvních a dohodnutých podmínek při zajištění sociální služby. Uživateli[5] se dostává finanční podpora na nákup služeb a svobodná volba ve výběru zajištění péče. Protože legislativně ani metodologicky není vymezení sociálních služeb z pohledu kritérií financování z veřejných rozpočtů v České republice centrálně definováno, předpokládá se, že na pokrytí nákladů služby budou participovat uživatelé a systém více zdrojového financování z veřejných rozpočtů. V současnosti je právě politika financování sociálních služeb velmi diskutujícím tématem, s ohledem na zajištění kvalitní péče a efektivitu financování. Například Průša (2003) upozorňuje na skutečnost, že sociální služby prošly v průběhu 90. let řadou významných změn, základní principy jejich financování se po celé období praktici nezměnily, to představuje limitující prvek dalšího rozvoje sociálních služeb.

Zákon o sociálních službách patří mezi právo veřejné a slouží k úpravě mnoha vztahů mezi osobami a institucemi, a to vždy když je nezbytné zabezpečit pomoc a podporu osobám v nepříznivé sociální situaci. Pomocí se tedy rozumí takové činnosti, které jsou nezbytné pro sociální začlenění osob a důstojné podmínky života odpovídající úrovni rozvoje společnosti.

[5] V textu práce je užíváno pojmu uživatel, klient jako synonymum, bližší vymezení těchto pojmů je uvedeno v kapitole Smlouva o poskytování sociální služby.

3 Senioři a stárnutí populace v kontextu sociálních služeb

S ohledem na reformní kroky ministerstva práce a sociálních věcí v posledních letech je otázka postavení seniorů včetně zajištění odborné profesionální péče v systému sociálního zabezpečení v České republice téma velmi významné. Stárnutí populace je nejen záležitost České republiky, ale též zahraničních států. Haškovcová (2012) uvádí, že Evropané stárnou a předpokládaný demografický vývoj není příznivý. Podobný náhled na demografický vývoj vyjadřuje Možný (2012), parafrázováno: *„populace obecně stárne, nejvíce stárne skupina 90+…..“* V souvislosti s problematikou stárnutí starších a na základě řady studií[6] stárnutí populace, lze očekávat blízké budoucnosti vyšší zatížení a strukturalizaci sociálních

Stárnutí populace, i stárnutí starší populace není negativním jevem, nelze toto chápat v negativním vymezení, problém nastává, že stát a sociální služby nejsou na tento jev připraveny. Sdílení zkušeností a hledání nových možností je o to důležitější, než obraz stáří, potřeby starých lidí i nabídka služeb pro seniory se rychle mění a vyvíjí. Kalvach (1997) uvádí, že každá nově stárnoucí generace je zdatnější (v kontextu vývoje medicinských oborů a pokroků vědy i technologií), má větší nároky na kvalitu života ve stáří, hledá nové možnosti uplatnění. Podle Kalvacha můžeme nahlížet na vymezení lidského života ve čtyřech etapách, cit.:*„První věk – je označený jako předproduktivní, toto období (věk) je od narození do 14 let. Druhý věk je označován jako produktivní, je to období dospělosti od 15-49 let. Třetí věk – je označený jako postproduktivní, to jsou lidé starší 50 let. Čtvrtý věk je označovaný jako fáze závislosti.“* (Kalvach, 1997, s. 20)

[6] z výzkumné zprávy Hodnocení zdravotního stavu, Vybrané ukazatele demografické a zdravotní statistiky, Státní zdravotní ústav, Praha 2007, cit.: ..“*„v Česku mělo doposud stárnutí obyvatelstva poměrně klidný průběh, jednalo se zejména o stárnutí populace zespoda, snižoval se podíl dětí v populaci, zatímco podíl osob v postproduktivním věku se nepatrně zvyšoval. Vzhledem k věkové struktuře, lze očekávat v nejbližších letech výrazné stárnutí naší populace a to především jak do důchodového věku (65+) začnou vstupovat silné válečné a povalečné ročníky (2011-2017)“.Nejběžnější používanou charakteristikou v mezinárodním srovnání je podíl osob ve věku 65 a více let v dané populaci. Na světě žije (2005) kolem 7 % obyvatel starších 65. let, ve vyspělém světě je však jejich podíl vyšší. Nejstarší populaci z hlediska tohoto ukazatele má v evropském regionu Itálie a Německo s 19 % takovýchto osob, dále Řecko s 18 %. Naopak mladou populaci mají státy s vyšší úrovní úmrtnosti a v rámci evropského prostoru s vyšší úrovní porodnosti, jako je Turecko, Ázerbájdžán a Albánie. Česko se řadí v rámci Evropy k relativně mladším státům, kolem 14 % osob ve věku 65*, online dostupný z:¨
http://www.szu.cz/uploads/documents/chzp/odborne_zpravy/OZ_06/demografie_06.pdf; [cit. 20140211, s. 42-43].

Haškovcová na setkání v Praze (2012) na konferenci k Evropskému roku aktivního stárnutí a mezigenerační solidarity 2012 ČR uvedla, cit: *„do budoucna bude nutné více propojit sociální a zdravotní služby.…*“ (Haškovcová, 2012). Do určité míry bude též na straně ministerstva se tímto tématem zabývat a připravit se na budoucí změnu i ve vztahu k reformním krokům v oblasti financování péče o seniory. Jako nejvhodnější řešení k hledání optimálních východisek se nabízí forma průřezové diskuse, napříč spektrem odborníků z vědecké oblasti, odborníků z praxe a zástupců z řad poskytovatelů.

Světová zdravotnická organizace (WHO) dělí období stáří:

- rané stáří 60 – 75 let
- pokročilý věk 75 – 90 let
- vysoký věk, dlouhověkost 90 a více dlouhověkost (Říčan, 2004, 332)

Praxe v sociálních službách naznačuje skutečnost, že postupně od roku 2007 dochází k růstu finančních nákladů na jednotlivé sociální služby. Nejvýraznější růst provozních nákladů sledujeme u registrovaných sociálních služeb pro seniory, v pečovatelské službě, ve službě denní stacionář, v tísňové péči, v odlehčovací službě a nejmarkantněji v pobytových službách, domov pro seniory a domov se zvláštním režimem. Spojitost problematiky růstu seniorské populace a nastavení optima sítě sociálních služeb je zásadní otázkou pro tvorbu koncepcí v daném regionu.

Z výše uvedeného je zřejmé, že jedinec, který není schopen nebo nemůže se o sebe postarat, by měl být zabezpečen systémem sociální pomoci. V konkrétním případě seniora jde o zajištění péče prostřednictvím sociálních služeb a příspěvku na péči. Vývoj sociálních služeb, a tím následně i vznik příspěvku na péči, jak uvádí Tomeš (2001), je spojený především s prodlužováním lidského věku, kdy se prodlužuje období života, v němž člověk potřebuje pomoc jiné osoby. Rovněž přenášení určitého standardu života v produktivním věku i do období, kdy je člověk postupně stále více závislý na pomoci jiné osoby. Z tohoto důvodu se zvyšují náklady na kompenzaci jeho závislosti.

Oblast péče a podpory seniorům je specifická, vyžaduje zvláštní přístupy a osobitý náhled, zralost, profesionalitu, velmi citlivý a empatický přístup pomáhající profese. Zajímavý směr zastávají Ingersoll-Dyton a Campbell (2001) v publikaci Intervenční problémy se staršími lidmi věnují pozornost analýze případů v práci se seniory v souvislosti s tématy například demonstrace vztahu, užití silných stránek klienta, rozostřené hranice, změna v terapeutickém vztahu v průběhu času. Ingersoll-Dyton a

Campbell hledají a nabízejí cesty, které je možné aplikovat v sociálních službách a sociální práci se starými lidmi. Autoři se shodují, že kontext zajištění pomoci seniorům nutně musí respektovat klientovu důstojnost a autonomii. Dále uvádějí, že právě křehký[7] a zranitelný senior je nejvíce citlivý k projevům nedůstojnosti a „shazováním" před ostatními, z tohoto důvodu je důležité zacházet s touto křehkou skupinou s úctou. (Ingersoll-Dyton, Campbell, 2001, vlastní překlad).

V České republice se v odborné literatuře můžeme setkat s ekvivalentem termínu senior s termínem důchodce. Terminologické ukotvením pojmu senior je nejednotné, v literatuře se setkáváme s mnohým typem dělení, spíše je definována věková hranice stáří [8].

V současnosti za seniora považována ta osoba, které se dostala do penze, resp. je poživatelem důchodu[9]. Toto je obecně přijímaný status osoby v seniorském věku. Z pohledu ekonomického se jim „přiznává" status, osob nevýdělečných, mnohdy závislých osob v postproduktivním věku. Řada autorů se shoduje na tom, že odchod do důchodu, není synonymum a nevypovídá o skutečném stáří jedince.

Stárnutí a stáří není záležitostí pouze individuální, ale též celospolečenskou. Jak uvádí Pacovský (1990) ekonomické důsledky vycházejí ze stále se zvyšujícího počtu osob v postproduktivním věku (včetně vlivu snižování porodnosti), což vede k většímu zatížení státu. Sociálně zdravotní důsledky souvisí se stárnutím populace, protože je nutné přizpůsobit služby starší generaci.

Na stáří je často hleděno, jak uvádí Matoušek (2005), jako na neaktivní a neproduktivní období života jedince, které je navíc spojeno se ztrátou funkčních schopností a postupnou ztrátou soběstačnosti. Dle autora určitou úlohu sehrávají rovněž ekonomické faktory, z jejichž pohledu je stáří pojímáno jako společenská zátěž, neboť odčerpává významnou část společenských zdrojů na financování důchodů a na pokrytí zdravotní a sociální péče.

---

[7] „Stařecká křehkost" (z angl. frailty) nemá dosud v české lékařské terminologii vhodný ekvivalent. Křehkost, respektive rizikovost, je způsobena jak fyziologickým poklesem výkonnosti orgánů ve stáří, tak zejména úbytkem svalové hmoty (sarkopenií) v důsledku dekondicionace, úbytkem kostní hmoty (osteopenií až osteoporózou) a sníženou pevností kostí, zhoršením mobility, vytrvalosti, svalové síly a koordinace, popřípadě i poruchou imunity a kognitivních funkcí a kardiovaskulární výkonností. Tito nemocní jsou ohroženi disabilitou v provádění běžných činností, nesoběstačností, pády, zlomeninami, inkontinencí a nepříznivým vývojem zdravotního stavu v následujících letech. Akutní dekompenzace vedou k (opakovaným) hospitalizacím, zvyšují spotřebu zdravotních a sociálních služeb i dlouhodobé péče (Topinková 2005).

[8] Světová zdravotnická organizace (WHO) přijala v roce 1980, v OSN, jako hranici stáří 60 let.

[9] osoba s nárokem na důchod, okruh osob a podmínky jsou uvedeny v zákoně č. 155/1995 Sb., o důchodovém pojištění, v platném znění

Tomeš (2011) pojem stáří definuje jako poslední fázi životního cyklu každého jedince. Jedná se o výsledek přirozeného biologického procesu. Každý člověk má proces stárnutí nastaven individuálně, někteří jsou staří velmi brzy a jiní se dožívají vysokého věku,

cit.: *„Kořeny této individuální různorodosti se zpravidla hledají v genetické dispozici, kvalitě života a v úspěšnosti zdravotní péče. Důchodový věk je společenskou konvencí, která nikterak neurčuje kdo je a kdo není starý. Tato konvence vychází z předpokladu, že v daném věku většina lidí již nemá sílu, aby se plnohodnotně věnovala výdělečné činnosti (ILO, 2993)* ….." (Tomeš, 2011, s. 170)

Jak uvádí Pichaud, náhled na stáří může být viděn dvojí optikou, cit.: *„Negativním pohledem rozumíme, že je stáří nemoc, staří lide jsou jen na obtíž a nejsou pro společnost prospěšní. Pozitivním pohledem, který je správný, rozumíme, že stáří je moudré, rozeznává mezi pozitivy a negativy, rozvíjí osobnosti a také nachází smysl života a smrti.* (Pichaud, 1998, s. 22).

I když stárnoucích a starých lidí přibývá, není opodstatněné vidět tuto životní etapu jen negativně a pesimisticky, uvádí například Haškovcová (2010).

Autoři Wacker a Roberto (Whacoa in Wacker a Roberto, 2008, s. 23) k problematice stárnutí a stáří uvádějí, cit.: …*„Neměli bychom přistupovat k problému stárnutí se strachem a obavami, ale spíše s tvůrčí předvídavosti, optimismem a pocitem odhodlání.“(*vlastní překlad). K problematice růstu počtu seniorů o obecného pohledu i se zaměřením na stárnoucí populaci ve Spojených státech amerických, se vyjadřují například v kapitole On the treshold of a new Era, „Na prahu nové éry (doby)“ vlastní překlad. Autoři popisují prognózu vývoje, skutečný a předpokládaný růst starší populace a dále k situaci podílu starších osob uvádějí, cit.: *„Sami zástupci starší populace také stárnou. Počet obyvatel ve věku 85 let a více se více než zdvojnásobí z přibližně 4,2 milionu v roce 2000 na 9,6 milionu v roce 2030, a zvýší se na 20,9 milionu v roce 2050.“* …Dále konstatují, že samotná struktura starých, starších osob se proměňuje, členové starší populace také stárnou. (Wacker, Roberto, 2008, s. 4 -5, vlastní překlad).

Jak uvádí Tomeš (2011), péče ve stáří a zabezpečení seniorů je poměrně mladý obor sociální politiky, který se vyvinul až po úrazovém a nemocenském a invalidním pojištění.

cit.: *„Moderní zabezpečení seniorů přišlo až s profesionalizací státní správy, kdy po dosažení určitého věku a odpracování daného počtu let ve státní správě se poskytoval*

úměrný „odpočinkový plat“ pro profesionální (nešlechtické) státní zaměstnance a vojáky v Rakousku-Uhersku.“ (Tomeš, 2011, s. 169)

Ingersoll-Dayton and Campbell (Ingersoll-Dayton, Campbell, 2001) poukazují na skutečnost, že ve stáří je velmi důležitým prvkem zachování autonomie jednice, (vlastní překlad).

Dále například Kalvach, k uvedené problematice sděluje, cit.: „*Stáří je obecným označením pozdních fází ontogeneze, přirozeného průběhu života. Je důsledkem a projevem geneticky podmíněných involučních procesů, modifikovaných dalšími faktory (především chorobami, životním způsobem a životními podmínkami) a je spojeno s řadou významných sociálních změn (osamostatnění dětí, penzionování a jiné změny sociálních rolí). Všechny změny příčinné a následné se vzájemně prolínají, mnohé jsou protichůdné a jednotné vymezení i periodizace stáří se tak stávají velmi obtížnými*.“ (Kalvach, 1997, s. 18).

3.1 Teorie stárnutí

Je mnoho teorií o tom, co stárnutí obyvatelstva způsobuje. Stárnutí je specifický, nevratný a neopakovatelný biologický proces, univerzální pro celou přírodu. (Čevela et al, 2012). Tato období v životě člověka s sebou přináší řadu involučních změn, které se promítají do zdravotního stavu starých lidí i do klinického obrazu a průběhu jejich chorob. Z hlediska délky života i nástupu geriatrické deteriorace je dle Čevely et al (2012) populace heterogenní, existují lidé s **genetickou dispozicí** k dlouhému i ke krátkému životu. Kromě těchto dispozic a tendencí existují i extrémní odchylky ve smyslu dlouhověkosti a progerie.

Důvody stárnutí dle Tomeše (2011):

- Demografické - pokles porodnosti
- Medicínské - úsilí o eliminaci infekčních nemocí, lepší stravovací návyky, tím prodlužování věku dožití
- Ekonomické - změny ekonomických činností, úbytek namáhavé fyzické práce
- Sociální - rostoucí kvalita života

cit.:…..*„Stáří bylo zpočátku vnímáno jako věk, v němž lze presumovat invaliditu (ILO 1925), šlo o pojetí stáří jako presumované invalidity. V současnosti se obecně uznává, že stáří a zdravotní postižení jsou dvě samostatné sociální události, a nevylučuje se a ani se nepředpokládá jejich souběh.“ …..„Přibývá starých zdravých lidí v dobré fyzické i duševní kondici…..*“ (Tomeš, 2011, s. 171-172) Dále Kublačíková k seniorskému věku ve srovnání se zahraničními státy v Evropě uvádí, cit.*:„Přitom v Evropě takto vymezená věková kategorie seniorů zahrnuje osoby ve věkovém rozpětí až 20 let a s největší pravděpodobností by málokdo např. osoby ve věku 20-40 let považoval za homogenní skupinu*.“ (Kubalčíková, 2006, s. 7)

Na stáří a věk je ale nezbytné nazírat dle Kubalčíkové (2006) komplexně, zejména v kontextu

- biologickém, sociálním, psychologickém, medicínském, ekonomickém, legislativním.

Na rozdíl od tohoto „statického“ pojetí stáří se jako více vypovídající jeví tzv. „dynamické pojetí stáří“. V podstatě se dle Kubalčíkové (2006) jedná **o funkční potenciál jedince**, který tvoří tři složky:

- **Fyzická** - vyjadřuje biologické stárnutí organismu, tzn. funkčnost orgánů a smyslů, změny tkání a struktur, přítomnost či absence nemocí, vnější tělesné změny.

- **Psychická** - zahrnuje kognitivní funkce, mentální funkce, emoční složku. Důležitou složkou jsou jedincovy osobnostní rysy a způsob nazírání vlastního „já“, které ovlivňují reakci na vlastní stáří a schopnost přijetí vlastní role.

- **Sociáln**í - představuje vztahy ke společnosti, začlenění do sociálních sítí, nahlížení druhých lidí v okolí, ochota participovat na aktivitách

Na stáří autorka nahlíží, *cit.: … „stáří je chápáno jako období života, kdy se zvyšuje pravděpodobnost úbytku funkčnosti u jedné nebo více uvedených složek, a tedy i poklesu funkčního potenciálu. Za starého člověka je v rámci tohoto pojetí potom považován jedinec, u něhož k poklesu funkčnosti dochází v souvislosti se zvyšujícím se věkem. Funkční potenciál však není podstatný jen z důvodu vymezení stáří jednotlivce, ale úroveň*

funkčnosti zmíněných složek zásadním způsobem ovlivňuje jeho individuální kompetence uspokojovat své potřeby.“ (Kubalčíková, 2006, s. 6-7)

Podobné stanovisko zastává například Truhlářová (2007), pojednání v tématu psychologie stáří ze sociálního pohledu. S ohledem na různorodost životních situací a rozmanitost překážek sociálních situací lze obtížně definovat typickou cílovou skupinu starých lidí. Nabízí se definice například dle intervence nezbytné pro podporu sociálního fungování, při definování charakteru trvalé **závislosti na pomoci druhé osoby**.

4 Typologie sociálních služeb pro seniory

Oblast péče a podpory seniorům je specifická, vyžaduje zvláštní přístupy a osobitý náhled, zralost, profesionalitu, velmi citlivý a empatický přístup pomáhající profese.

Péči v sociální sféře shrnuje Šelner jako, cit.: „*souhrn více množin v sobě zahrnující péči ošetřovatelskou, pečovatelskou, lékařskou, terapeutickou, také však ekonomickou a zákonodárnou.*“ (Šelner, 2004, s. 16), dále dodává, že uvedené formy péče je třeba posoudit v souvislostech, neboť všechny jsou vzájemně provázané, souvisí se seniorskou populací a jsou vykonávány odborníky pečujícími o klienty, laiky (tj. rodinnými příslušníky, dobrovolníky) a státem, který přenáší oblast zákonodárné a ekonomické péči na obce, kraje apod.

Konkrétní formu pomoci může poskytovat rodina, příbuzní, jiná fyzická osoba než osoba blízká. Možné je také zajištění péče prostřednictvím profesionálů. Tato pomoc může být poskytována v domácím prostředí nebo v zařízení sociálních služeb. Koldinská zastává názor (Koldinská in Matoušek, 2007), že v příspěvku na péči je jedním z důležitých motivačních prvků skutečnost, kdy příjemce příspěvku na péči si sám rozhodne o zajištění vhodné péče s ohledem na svoje zdravotní omezení a potřeby. Nelehkým úkolem životní etapy stáří, jak uvádí Baltes, cit.:„ *je nezbytnost volby mezi zatížením rodiny a vstupem do instituce.*“ (Baltes in Sýkorová 2007, s. 191)

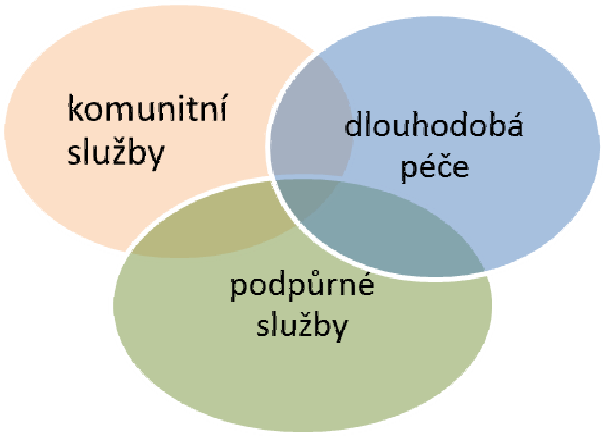
Konkrétním výstupem určité sociální politiky České republiky jsou dle Novosada (2000) sociální služby, které představují poměrně širokou škálu podpor, opatření a pomoci. Tyto aktivity sociální politiky vycházejí z nutnosti řešit svízelnou životní situaci osoby s postižením. Dle autora má jedinec, který není objektivně schopen žít plně samostatný život možnost řešení své situace ve dvou základních rovinách, a to podporou života v domácích podmínkách, nebo umístěním v pobytovém zařízení.

- **Typologie kontinua služeb pro seniory,** dle Wackera a Roberta (2008)

Z pohledu společenského kontextu nabídky komunitních zdrojů se autoři zaměřují na popsání pokračování péče jako více dynamického trendu od nezávislosti k závislosti, starší lidé se („moving in and out“) „stěhují do nebo ven“ do oblastí péče dle potřeby služby, tak jak se jejich potřeby a zkušenosti mění na stupni nezávislosti a závislosti, zdraví a nemoci a finanční stabilitě a nestabilitě. Například starší osoby, které právě propouští z nemocnice potřebují domácí péči stejně jako dovoz jídla domů. Zatím, jak se stávají méně závislé, raději přijímají služby nabízené centry pro seniory. Ti, kteří usilují o podporu své

nezávislosti si mohou vybrat služby dle „continuum of services“ kontinuity služeb. Toto kontinuum představuje rozmanitost společenských východisek, dostupných pro seniory a rozděluje je do tří oblastí: „community services, support services and long-term care services“, (komunitní služby, podpůrné služby a dlouhodobou péči).

Z hlediska zastoupení a provázanosti plynulé a návazné podpory spektra služeb, od výběru podpůrných forem až po typy péče dlouhodobé, si senioři mohou zajisti odpovídající podporu dle stupně závislosti na péči druhé osoby či osobní kondice. (vlastní překlad)



Obrázek 1 Typologie **kontinua péče o seniory**, převzato (Wacker, Roberto, 2008, s. 11, vlastní úprava a překlad)

Mezi **komunitní služby** autoři řadí: informace a doporučení, vzdělávací programy, dobrovolnickou a mezigenerační příjmovou pomoc, seniorská centra

- První sekce představuje informace o komunitních službách, jsou zde zastoupeny služby, které prospívají starým lidem s nízkou úrovní nezávislostí a jen málo zasahují do jejich osobní autonomie, tyto služby nabízejí uživatelům možnosti posílení osobní i sociální pohody. Specificky a adresně oslovují seniory a doporučují služby dobrovolnické a mezigenerační programy, vzdělávání, centra pro seniory, zaměstnanecké programy a příjmové programy pomoci.

Za **podpůrné služby** považují: výživu, zdraví a wellness, duševní zdraví, dopravu, bydlení, právní služby

- V této oblasti péče jsou zahnuty služby pomáhající seniorům, kteří potřebují asistenci v podpoře jejich úrovně kompetencí. Zahrnují programy výživy, zdravotní a wellness programy, péči o dušení zdraví, zdravotní služby, právní poradenství, dopravu a bydlení.

Do oblasti **dlouhodobé péče** řadí služby: management (řízení) péče, domácí denní respitní služby, domy s pečovatelskou službou.

- Ve třetí sekci jsou uvedeny služby založené komunitně, především ústavní a dlouhodobá péče. Jedná se o služby, dle individuálního nastavení potřeb seniorů a zaměření, které mají vyšší míru potřeby závislosti. Zahrnuty jsou zde služby řízení péče, domácí péče, respitní péče a domy s pečovatelskou službou. (Wacker, Roberto, 2008, vlastní překlad)

Programy a služby, které autoři popisují, existují v sociálním a politickém kontextu, který ovlivňuje jejich existenci, povahu toho, co nabízejí a komu jsou určeny.

4.1 Dělení sociální služby z pohledu legislativy

Dle formy dělíme sociální služby, v souladu s ustanovením § 33 zákona č.108/2006 Sb., o sociálních službách, v platném znění:

- **ambulantní** - služby, za kterými osoba dochází nebo je dopravována do zařízení sociálních služeb (součástí služby není ubytování).
- **pobytové** - služby spojené s ubytováním v zařízeních sociálních služeb.
- **terénní** - služby jsou osobě poskytovány v jejím přirozeném sociálním prostředí

Ze spektra nabídky registrovaných sociálních služeb může senior využívat **zařízení sociálních služeb,** cit.: *„§ 34 Zařízení sociálních služeb **(1)** Pro poskytování sociálních služeb se zřizují tato zařízení sociálních služeb: **a)** centra denních služeb, **b)** denní stacionáře, **c)** týdenní stacionáře, **d)** domovy pro osoby se zdravotním postižením, **e)** domovy pro seniory, **f)** domovy se zvláštním režimem, **g)** chráněné bydlení, **h)** azylové domy, ….. **j)** zařízení pro krizovou pomoc, **k)** nízkoprahová denní centra,….. **m)** noclehárny, **n)** terapeutické komunity, **o)** sociální poradny, **p)** sociálně terapeutické dílny, **q)** centra sociálně rehabilitačních služeb,….intervenční centra, **t)** zařízení následné*

*péče.**(2)** Kombinací zařízení sociálních služeb lze zřizovat mezigenerační a integrovaná centra.“* (zákon č.108/2006 Sb., o sociálních službách, v platném znění)

Zařízení sociálních služeb ve svých interních předpisech, v souladu se standardy kvality sociálních služeb definují cílovou skupinu[10] V praxi se však stává, že některé typologie služeb svým rozsahem péče mají kumulované cílové skupiny, například senioři a osoby se zdravotním postižením.

V současné společnosti českého státu ve vztahu k tvorbě sítě a koncipování sociálních služeb pro seniory lze považovat za klíčové uchopení pojmu „stáří“ a z toho plynoucí vymezení cílové skupiny. Domnívám se, že je zcela opodstatněné v kontextu shora uvedeného, efektivně se v regionech připravit na sociální služby, na nové druhy sociální služby pro seniory a na nové struktury služeb, které budou v blízkém budoucnu poskytovány. Jisté kroky jsou připravovány na vládní a ministerské úrovni, jedná se zejména o tvorbu a zavedení nové typologie služeb - druhologie služeb,[11] a podporu procesů v sociálních službách, s cílem zavedení efektivity a vyšší kvality poskytování a transparentnosti financování sociálních služeb České republice.

Sociální služby při podpoře a pomoci jedincům v současné společnosti plní řadu funkcí. Například dle Janečkové (2004) se jedná o funkce:

- flexibilní - služby musí umět pružně reagovat na měnící se potřeby seniora, měly by umožňovat návrat z instituce do domácího prostředí a zpět
- kontinuální - umožnit plynulý přechod mezi zdravotní a sociální péčí a mezi domácí a ústavní péčí
- komunitní - instituce v co nejvyšší míře připomínající domov, kladen je důraz na bydlení, kvalitu života, zachování existujících sociálních vazeb a vybudování sociálních sítí apod.

[10] Vyhláška č. 505/2006 Sb., v platném znění, standardy kvality, cit.: **bod 1. písm. a)** „***Cíle a způsoby poskytování sociálních služeb***, *Poskytovatel má písemně definováno a zveřejněno poslání, cíle a zásady poskytované sociální služby a okruh osob, kterým je určena, a to v souladu se zákonem stanovenými základními zásadami poskytování sociálních služeb, druhem sociální služby a individuálně určenými potřebami osob, kterým je sociální služba poskytována.“*

[11] Předpokládá se, že v průběhu roku 2014 bude docházet v jednotlivých regionech ČR k procesu konzultací a seminářů k tématu nové typologie- druhologie sociálních služeb.

4.2 Typologie poskytovatelů a způsob zajištění poskytování sociálních služeb v ČR

Péči o osoby závislé na péči jiné fyzické osoby mohou poskytovat profesionální poskytovatelé, dále osoby blízké nebo asistent sociální péče. Sociální služba je činnost nebo soubor činností, jimiž se zajišťuje pomoc osobám v nepříznivé sociální situaci.

- Nepříznivá sociální situace

cit.: „§ 3b)….*Pro účely tohoto zákona se rozumí b) nepříznivou sociální situací oslabení nebo ztráta schopnosti z důvodu věku, nepříznivého zdravotního stavu, pro krizovou sociální situaci, životní návyky a způsob života vedoucí ke konfliktu se společností, sociálně znevýhodňující prostředí, ohrožení práv a zájmů trestnou činností jiné fyzické osoby nebo z jiných závažných důvodů řešit vzniklou situaci tak, aby toto řešení podporovalo sociální začlenění a ochranu před sociálním vyloučením.“* (zákon č. 108/2006 Sb. o sociálních službách, v platném znění)

Rozsah a forma pomoci musí zachovávat lidskou důstojnost, musí působit na osoby aktivně a motivovat je k činnostem, které neprodlužují nebo nezhoršují jejich nepříznivou sociální situaci, a musí zabraňovat jejich sociálnímu vyloučení.

- Sociální vyloučení, cit.: „§ 3 *f) sociálním vyloučením vyčlenění osoby mimo běžný život společnosti a nemožnost se do něj zapojit v důsledku nepříznivé sociální situace.“* (zákon č. 108/2006 Sb. o sociálních službách, v platném znění)

Poskytovatelem se dle splnění podmínek stanovených dle uvedeného zákona o sociálních službách rozumí

- územní samosprávné celky a jimi zřizované právnické osoby
- právnické osoby
- fyzické osoby
- ministerstvo a jím zřízené organizační složky státu nebo státní příspěvkové organizace, které jsou právnickými osobami

Poskytovatelem sociální služby je právnická nebo fyzická osoba, která má k této činnosti oprávnění (dle zákona č.108/2006 Sb., o sociálních službách, v platném znění). Poskytovatelem sociální služby nejsou rodinní příslušníci či asistenti sociální péče, kteří pečují o své blízké či jiné osoby v domácím prostředí. Stejně tak není poskytovatelem

sociální služby subjekt, který není registrován jako poskytovatel sociálních služeb ve smyslu tohoto zákona (např. soukromá úklidová firma nebo ubytovna).

Registrace, sociální služby lze poskytovat jen na základě oprávnění k poskytování sociálních služeb, na základě rozhodnutí o registraci. O registraci rozhoduje a rozhodnutí vydává krajský úřad příslušný podle místa trvalého nebo hlášeného pobytu fyzické osoby nebo sídla právnické osoby. Kompetenčně je vedení rejstříku registrů svěřeno do působnosti krajů. Podmínky registrace stanoví ustanovení § 79 zákona o sociálních službách. Registrace je vydávána na základě žádosti[12] dle ustanovení § 79 odst. 5 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, v platném znění.

Povinnými sledovanými údaji, které jsou v databázi rejstříku registru poskytovatelů sociálních služeb, cit.: *„ §79, odst. 5 písm. d) 1. název a místo zařízení anebo místo nebo místa poskytování sociálních služeb, popřípadě požadavek na nezveřejňování místa zařízení, jde-li o sociální služby poskytované v azylovém domě anebo pobytové sociální služby poskytované v intervenčním centru nebo v zařízení pro krizovou pomoc, 2. druhy poskytovaných sociálních služeb, 3. okruh osob, pro které je sociální služba určena, popřípadě jejich věková hranice nebo druh zdravotního postižení, 4. popis realizace poskytování sociálních služeb, 5. popis personálního zajištění poskytovaných sociálních služeb, 6. časový rozsah poskytování sociálních služeb, 7. kapacita poskytovaných sociálních služeb, 8. plán finančního zajištění sociálních služeb, 9. způsob zajištění zdravotní péče, jde-li o poskytování sociálních služeb podle § 34 odst. 1 písm. c) až f), 10. den započetí poskytování sociálních služeb*“ (zákon č. 108/2006 Sb. o sociálních službách, v platném znění)

Sociální služby představují jeden z možných nástrojů, jak lze intervenovat do životní situace starého člověka, který se v souvislosti s úbytkem funkčního potenciálu stává závislý na pomoci okolí, rodiny či profesionálních poskytovatelů.

[12] zákon č. 108/2006 Sb. o sociálních službách, v platném znění, cit.: „§ 79 odst. 5 *Žádost o registraci obsahuje tyto údaje a připojené doklady: a) je-li žadatelem právnická osoba, obchodní firmu nebo název, sídlo nebo umístění její organizační složky, identifikační číslo osoby (dále jen "identifikační číslo") a statutární orgán, b) je-li žadatelem fyzická osoba, jméno, popřípadě jména, příjmení, místo trvalého nebo hlášeného pobytu a datum a místo narození, c) je-li žadatelem organizační složka státu nebo územní samosprávný celek, jehož jménem bude poskytovat sociální služby organizační složka územního samosprávného celku, její název, sídlo, identifikační číslo jejího zřizovatele, jméno, popřípadě jména, a příjmení vedoucího organizační složky, d) údaje o poskytovaných sociálních službách.…*

Zavedením institutu **asistenta sociální péče**[13] došlo ke zpřesnění podmínek pro poskytování péče osobám závislým na pomoci jiné fyzické osoby, která není poskytovatelem sociálních služeb nebo osobou blízkou. Současně byl tento poskytovatel péče nově označen jako asistent sociální péče. Cílem tohoto nového prvku v sociálních službách je zajistit dostupnost pomoci v oblastech s málo dostupnými sociálními službami terénního charakteru a současně umožnit osobám, které vyžadují pomoc jiné fyzické osoby, aby mohli i nadále zůstat ve svém přirozeném domácím prostředí bez nutnosti umístění do systému pobytových zařízení sociálních služeb.

Asistent sociální péče je jinou fyzickou osobou než osobou blízkou, která může poskytovat péči osobě závislé na péči jiné fyzické osoby. Může jím být pouze fyzická osoba, která je starší 18 let věku a je zdravotně způsobilá[14] a neposkytuje tuto péči jako podnikatel. Zdravotní způsobilost se posuzuje podle § 29 odst. 1 písm. e) zákona o sociálních službách, který říká, že za zdravotně způsobilou k poskytování pomoci se nepovažuje osoba, která má sama nárok na příspěvek na péči.[15] Osobní asistent vykonává a poskytuje sociální služby **bez registrace**, avšak má zákonnou povinnost uzavřít **písemnou smlouvu** o poskytnutí pomoci

Osoba blízká[16] je fyzickou osoba, která při zajištění a poskytování sociální **služby není vázána na podmínku registrace** a neuzavírá písemnou smlouvu.

4.2.1 Smlouva o poskytování sociální služby

O poskytnutí sociální služby uzavírá osoba **smlouvu** s poskytovatelem sociálních služeb. Zde zákonodárce dává větší míru svobody a volního jednání k uzavření a dohodnutí podmínek všech zúčastněných aktérů k zajištění a poskytování sociální služby. V dřívějších předpisech před rokem 2007 k poskytnutí (zajištění) služby v oblasti sociální

[13] viz. zákon č. 366/2011 Sb., kterým se mění zákon č. 111/2006 Sb., o pomoci v hmotné nouzi, v platném znění, zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, v platném znění, zákon č. 117/1995 Sb., o státní sociální podpoře, v platném znění

[14] viz. ustanovení § 83 odst. 2 zákona o sociálních službách

[15] s výjimkou, kdy lékařským posudkem vydaným poskytovatelem zdravotních služeb doloží, že je schopna tuto pomoc poskytovat. Definici poskytovatele zdravotních služeb stanoví zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování

[16] ustanovení osob blízkých nalézáme v občanském zákoníku - osobou blízkou je příbuzný v řadě přímé, sourozenec a manžel, partner; jiné osoby v poměru rodinném nebo obdobném se pokládají za osoby sobě navzájem blízké, jestliže by újmu, kterou utrpěla jedna z nich, druhá důvodně pociťovala jako újmu vlastní., dále se pojem osoba blízká vyskytuje např. v Listině základních práv a svobod, čl. 37 odst. 1 stanoví „*Každý má právo odepřít výpověď, jestliže by jí způsobil nebezpečí trestního stíhání sobě nebo osobě blízké.*“, dále také v trestním zákoníků a v zákoně o důchodovém pojištění.

péče nebylo postupováno dle občanského zákoníku, jednalo se o rozhodovací akt, dle ustanovení správního řádu (rozhodnutí při umístění seniora do pobytové služby, rozhodnutí o dávce bezmocnosti).

Forma uzavření smlouvy je uvedena dle ustanovení § 91 zákona o sociálních službách. Smluvní vztahy, ujednání o poskytnutí sociální služby a právní vztahy vzniklé z této smlouvy se řídí ustanovením občanského zákoníku. Je-li **smlouva o poskytování sociálních služeb uzavírána písemně**, je zákonnou povinností dle ustanovení § 91 odst. 2 uvádět tyto **náležitosti:**

- je označení smluvních stran
- rozsah pomoci
- místo a čas poskytování pomoci
- výši úhrady za pomoc včetně způsobu vyúčtování
- dohodu o dodržování vnitřních pravidel stanovených poskytovatelem
- výpovědní důvody a lhůty
- dobu platnosti smlouvy.

Uživateli služeb jsou osoby, které mají zvláštní potřeby, na něž služby reagují. Dle zákona o sociálních službách nalézáme ustanovení, které vymezuje, komu jsou sociální služby poskytovány, cit.: „§ 3 písm. a) *„sociální službou činnost nebo soubor činností podle tohoto zákona zajišťujících pomoc a podporu osobám za účelem sociálního začlenění nebo prevence sociálního vyloučení“*. (zákon č. 108/2006 Sb. o sociálních službách, v platném znění)

V literatuře se setkáváme též s pojmem **klient služeb**. Dle Matouška, cit.: …„*dávají někteří soudobí autoři přednost pojmu uživatel či konzument služeb. V České republice však zatím převládá označení klient.*“ (Matoušek, 2008, s. 83)

V situacích, kdy dojde k právnímu aktu, k uzavření dohody o službě, resp. uzavření smlouvy[17] o poskytnutí služby, terminologicky je pojem poskytovatel, uživatel/klient „překlopen“ do terminologie občanského zákoníků,[18] včetně podmínek, práv a povinností, z kontextu občanského zákoníku a smlouvy vyplývajících. Uživatelem sociální služby může být kdokoliv, kdo vstoupí do smluvního vztahu s poskytovatelem sociální služby, jehož obsahem je zabezpečení těch činností, které popisuje zákon o sociálních službách. Pojem **uživatel** sociální služby se tedy používá jen v případech, kdy je trvale či jen dočasně zabezpečována pomoc a podpora v dohodnutém rozsahu oprávněným poskytovatelem.

[17] zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, v platném znění, cit.: „§ 91 odst. 1 *O poskytnutí sociální služby uzavírá osoba smlouvu s poskytovatelem sociálních služeb; tato smlouva se neuzavírá v případě poskytnutí sociální služby dítěti na základě rozhodnutí soudu o nařízení ústavní výchovy, výchovného opatření nebo předběžného opatření. Smlouva o poskytnutí sociální služby poskytované podle § 39 až 52, 57, 58, 64, 67 a 68 musí být uzavřena v písemné formě. Smlouva o poskytnutí sociální služby poskytované podle § 54, 56, 60, 60a, 65 a 70 musí být uzavřena v písemné formě, pokud alespoň jedna smluvní strana při jednání o uzavření smlouvy tuto formu navrhne.*“

[18] viz. zákon č. 89/2012 Sb., občanský zákoník, v platném znění

5 Individuální přístup, dobrá cesta v sociálních službách

Individuální přístup poskytování pomoci patří k určujícím principům vývoje sociálních služeb v evropských zemích. Posilování prvku individualizace je v prostředí sociálních služeb často chápáno synonymum pro správně nastavenou pomoc s cílem reagovat na specifičnost životní situace jednotlivce (Beresfort et al., in Kubalčíková, 2011)

Princip individualizované pomoci, jak uvádí Kubalčíková (2011), je spojen s prosazováním konceptu orientovaného přístupu na člověka. Tento princip má dlouholetou tradici v práci s lidmi s mentálním postižením (Matoušek, 2007) a v oblasti péče o osoby postižené demencí. Tento princip se postupně stal trendem a východiskem v pojetí poskytování sociálních služeb. Někteří odborníci a autoři poukazují, že tento princip nelze chápat jen v kontextu zabývat se pouze jedincem a jeho potíže vidět a vztahovat k osobnostním charakteristikám a dispozicím. Zásadou tohoto přístupu je snaha porozumět člověku v jeho osobité jedinečnosti poskytovat podporu a pomoc v hledání řešení vzhledem k jejich vlastním zdrojům a možnostem.

Například dle Klerka (Klerk in Kubalčíková, 2006) je princip individualizace též součástí modelu poskytování sociálních služeb pro seniory závislé na pomoci druhé osoby, který je uplatňován Evropskou unií a zahrnuje prvky:

- **sociální re-aktivita -** podpora při formulaci vlastních zájmů, hledání řešení problémů na lokální, komunitní úrovni, podpora sdružování a sebe-organizace skupin s podobnými potřebami
- **sociální prevence -** pomoc a prevence proti sociálnímu vyloučení, snaha o to, aby osoba mohla setrvat co nejdéle v domácím prostředí a v co možná největší míře rozhodovat nezávisle o svém životě
- **individualizovaná pomoc a podpora -** pomáhat udržet rovnováhu nebo nalézat zdroje k obnovení rovnováhy mezi jedincem a okolím, prostředím, kde žije. (Kubalčíková, 2006)

Výše uvedené principy se odráží a jsou v jistém smyslu přeneseny a zapracovány do legislativního rámce zákona o sociálních službách, prováděcí vyhlášky a standardů kvality sociálních služeb. Hovoříme například o individuálním plánování o komunitním plánování sociálních služeb o ochraně a prosazování práv a zájmů uživatele apod.

Ve smyslu ustanovení zákona sociálních službách, je za základní zásadu považováno, že **pomoc musí vycházet z individuálních potřeb osob, musí působit na osoby aktivně, podporovat rozvoj samostatnosti a posilovat sociální začleňování**. Cit.: „§ 2 odst. *2 Rozsah a forma pomoci a podpory poskytnuté prostřednictvím sociálních služeb musí zachovávat lidskou důstojnost osob. Pomoc musí vycházet z individuálně určených potřeb osob, musí působit na osoby aktivně, podporovat rozvoj jejich samostatnosti, motivovat je k takovým činnostem, které nevedou k dlouhodobému setrvávání nebo prohlubování nepříznivé sociální situace, a posilovat jejich sociální začleňování. Sociální služby musí být poskytovány v zájmu osob a v náležité kvalitě takovými způsoby, aby bylo vždy důsledně zajištěno dodržování lidských práv a základních svobod osob.“* (zákona č. 108/2006, Sb., o sociálních službách)

Povinnosti poskytovatele jsou stanoveny dle § 88 uvedeného zákona, jedná se o tyto aktivity a činnosti:

- plánování průběhu poskytování sociální služby, přičemž se vychází z osobních cílů, potřeb a schopností osob, kterým je služba poskytována
- vést písemné záznamy, dokumentaci, individuální záznamy o průběhu poskytování služby
- hodnotit průběh poskytování služby ve spolupráci s uživateli (s ohledem na jejich zdravotní stav a druh poskytované sociální služby) nebo za účasti zákonných zástupců, opatrovníků

Z národních Standardů kvality v sociálních službách (2001) ve vztahu k individuální situaci uživatele a k poskytování služby vyplývají povinnosti a jejich dodržování je pro registrované poskytovatele závazné. Oporu nalézáme především ve standardu č. 5 (dle Přílohy č. 2 k vyhlášce č. 505/2006 Sb., v platném znění)

Ke **kritériím individuálního** plánování náleží:

- poskytovatel sociální služby má vypracovaná vnitřní pravidla podle druhu a poslání služby, kterými se řídí plánování a způsob hodnocení, přehodnocování procesu poskytování služby (veřejný závazek a poslání poskytovatelů jsou zveřejněny)
- poskytovatel plánuje s osobou službu společně, plánuje se průběh poskytování služby s ohledem na osobní cíle a možnosti osoby

- hodnocení, zda jsou naplněny osobní cíle osoby, provádí průběžně poskytovatel společně s osobou
- poskytovatel má pro výše uvedený postup pro každou osobu určeného pracovníka (zpravidla se v praxi jedná o tzv. klíčového pracovníka)
- poskytovatel vytváří a uplatňuje systém získávání a předávání potřebných informací mezi zaměstnanci o průběhu poskytování sociální služby

Různí autoři se shodují na tom, že individuálním plánováním je myšlen pravidelný a opakovaný proces, který vede k vytvoření **individuálního plánu** uživatele služby.

O plánování poskytovatel vede písemnou dokumentaci, individuální plán, jenž obsahuje soubor činností, které povedou k uspokojení potřeb uživatele a k obnově či udržení jeho sociálního fungování. Dle Matouška (2007) jde v procesu individuálního přístupu a individuálního plánování především o **zájmy a potřeby klienta,** které jsou nad potřebami zařízení i nad způsobem, jakým byla služba dosud poskytovaná. Individuální plán má směřovat k jasnému cíli, na koho se soubor naplánovaných činností zaměří, kdo bude činnosti vykonávat a v jakém zásahu, jaký má být očekávaný výsledek, a časový rámec.

Jak uvádí Kubalčíková (2011) při stanovení cílů v individuálním plánu uživatele služby je třeba věnovat pozornost: jaké zdroje budou využity při poskytování služby k naplnění cíle (vnitřní a vnější zdroje, vnitřní možnost a dovednosti uživatele, formální a neformální zdroje), kdo se bude na realizaci naplnění cíle podílet, časový horizont dosažení cíle, hodnotící kritéria pro dosažení cílů.

5.1 Individuální plánování v sociálních službách a limity

V procesu individuálního plánování se v praxi setkáváme a narážíme na řadu bariér, které v různé míře a intenzitě individuální plánováni v sociálních službách mohou ovlivňovat, hovoříme o limitujících faktorech, o limitech. Jak uvádí Tanner a Harris (Tanner a Harris, 2008, s. 129-134 in Kublačíková, 2011) lze tyto limity členit do oblastí:

- determinance politiky sociálních služeb
- charakter sociální služby
- osoba sociálního pracovníka

- aktuální situace uživatele sociální služby
- prostředí poskytovatele sociální služby, prostředí organizace, zařízení služeb.

V kontextu služeb sociální práce, jak uvádí Kublačíková (Musil, 2004 in Kubalčíková, 2011) popisuje koncept **dilemat** pracovníků organizací poskytujících sociální pomoc:

- dilema mezi procedurálním a situačním přístupem
- dilema mezi materiální a nemateriální pomocí
- dilema mezi jednostranným ovlivňováním (monologem) a dialogem mezi pracovníkem a klientem
- dilema mezi komplexními a zjednodušenými cíli
- dilema mezi kvantitou a kvalitou.

Dilema můžeme chápat jako rozhodnutí, v němž jde o nutnou volbu mezi dvěma vylučujícími se a často nepříznivými možnosti. (Petráčková, V., Kraus, 1998)

5.2 Potřeby v sociálních službách a jejich posuzování

Definičně pojem potřeba[19] ve vztahu v sociálních službách je poměrně složité definovat.

Základní lidské potřeby dle (Maslow in Pichaud, 1998):

- fyziologické potřeby
- potřeba bezpečí
- sociální potřeby
- potřeba autonomie
- potřeba seberealizace.

Často se pojem potřeb v praxi používá ke zhodnocení a zdůvodněním způsobu jakým má být a komu sociální služby poskytována. Obdobná analogie se vyskytuje i v procesu

[19] V literatuře se setkáváme s různými typy definic potřeb člověka, klasické dělení dle Maslowovy pyramidy potřeb, a dalších autorů, avšak bez propojenosti a navázání potřeb na širší rámec sociálních služeb.

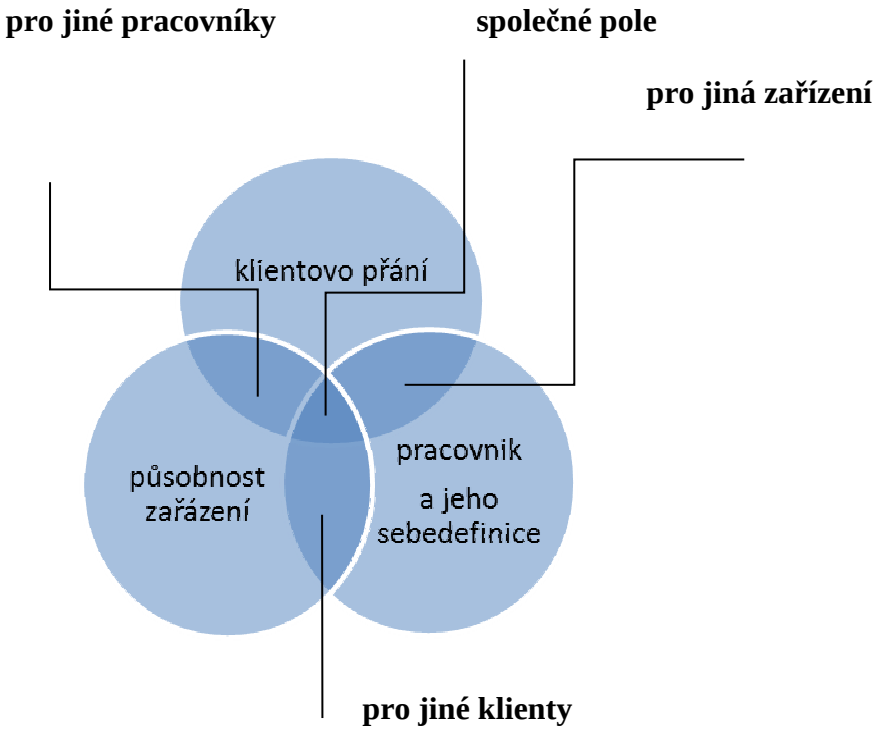
plánování sociálních služeb. Například Zatloukal (2011) odkazuje na vymezení potřeb v kontextu sociálních služeb, přichází s obecným náhledem definice potřeb,

cit.: .... *„jako rozdíl mezi aktuálním stavem a žádoucím stavem.“* (Gupta et al, 2007 in Zatloukal, 2011, s. 82)

Otázkou při posuzování potřeb osob v sociálních službách zůstává kdo a podle čeho definuje žádoucí stav a stav aktuální. Do tohoto posuzovacího mechanismu vstupuje řada náhledů a stanovisek (nejen ve zmíněné triádě uživatel, poskytovatel, pracovník v sociálních službách), ale i z různých vědních oborů. Z výše uvedeného vyplývá, že při definování potřeb se často uplatňuje větší množství hledisek,

cit.: ….*„vznikne kolem takových problémů sociální systém, který se k danému tématu vztahuje a každý člen v něm se na potřeby dívá jinak.“* (Zatloukal et al.,2011, s. 83)

Pokud budeme potřebu chápat jako konstrukci při vyjednávání všech zúčastněných aktérů, pak společné pole, není předem dané, může mít svoji dynamiku. Nutností je však, ve vyjednávacím procesu, brát zřetel na všechny účastníky a jejich vliv na výsledek. V praxi se ukazuje, že důležitou úlohu sehrává hierarchie a postavení zadavatelů služeb.



Obrázek 2 **Konstruování potřeb,**

upraveno a převzato Společné pole (Úlehla, 1999 in Zatloukal, 2011)

Individuální plánování velmi úzce souvisí s posuzováním potřeb osob, uživatele služby, v širším pojetí s posuzováním **životní situace**.

Klíčovým problémem celého systému sociální pomoci je, cit.: *„potřeba skloubit koncipování podmínek nároků na pomoc na jedné straně s odborným posouzením individuální situace osoby na straně druhé.“* (Průša, 2003, s. 35) Autor zastává názor, že jednotlivé případy sociální pomoci mohou být značně specifické a může být velmi problematické postihnout celostátně jednotnými pravidly měření a hodnocení např. hmotné či sociální nouze.

Modely posuzování v sociálních službách, (dle Smal a Tusson in Zatloukal, 2011)

Všechny tři modely podle autorů vycházejí z předpokladu, že sociální pracovník se při posuzování životní situace se nachází v roli experta „z vnějšku„ že porozumí uživateli a řadě dalších okolností. Odlišnost níže uvedených modelů spočívá na rozsahu prostoru při posuzování samotnému uživateli.

- **výměnný model posuzování** - pracovník zastává roli facilitátora, je garantem výměny informací mezi aktéry, předávání informací není spíše v rovině lineární, různé strany v posuzování se setkávají a dochází k vyjasňování, klient je v tomto modelu chápán jako osoba, která zná nejlépe sama sebe, svoji situaci, vztahy, svá přání a potřeby. Zásadní podstatou profesionála je motivování a vedení osob k získávání dovedností, řešení svých obtíží samostatně, nikoliv za ně;

- **dotazovací model** - role pracovníka je diagnostická, je zodpovědný za provedení přesného posouzení a zahájení a volby správného postupu, model předpokládá, že pracovník je expert na potřeby lidí, pracovník při posuzování klade otázky, které vychází z jeho zkušenosti reflektují jeho pohled na podstatu potíží a situaci klienta a na opaření, která mají být nastavena. Model je založen na předpokladu, že úsudek a konání posuzovatele je objektivní. Ve srovnání s výměnným modelem je posuzování relativně rychlejší a nekomplikované.

- **procedurální model -** role pracovníka je směřována do provázení systémem, shromažďování informací o klientovi, informace, které jsou považované za relevantní, vycházejí a určuje je politika organizace, zařízení, organizace má

definované oblasti potíží nebo situací a soubor opatření, která jsou pro jejich řešení potřebná.(Zatloukal, 2011)

5.3 Hodnocení aktuálního i definovaného stavu v procesu definování potřeb uživatelů sociálních služeb

Chápeme-li potřebu jednotlivce či skupiny osob v sociálních službách, při zachování principu rovného postavení všech aktérů s cílem nalezení žádoucího stavu, nutně se musíme zabývat otázkou různých pohledů, diskurzů, které do procesu definování potřeb uživatelů k zajištění pomoci a podpory vstupují. Tématem posuzování v sociální práci a posuzování životní situace klientů se zabývá řada autorů, například Navrátil, Musil, Janebová, Kappl a další.

4 diskurzy sociálních služeb, s uplatněním procesů hodnocení aktuálního a definovaného cílového stavu potřeb klienta, dle Navrátila (Navrátil, 2006 in Zatloukal 2011)

- **charitativní diskurs -** sociální služba je pojímána jako **dar**, pracovník zde vystupuje v roli „filantropa“ a posuzuje se optikou, zda si klient zasluhuje pomoc (prosebník), je potřebný, či se do tíživé životní situace dostal svoji vinou a pomoc si nezasluhuje, má být spíše potrestán;

- **profesní diskurs -** klient je spíše v roli relativně pasivní, potřeby se posuzují vzhledem k tomu, jakými znalostmi, schopnostmi a dovednosti „není vybaven“, na posouzení navazuje **intervence,** pracovník je v roli experta a profesionála, ten disponuje zvláštními znalostmi a způsoby poznání**,** pracovník se zodpovídá klientovi, profesi, zaměstnavateli;

- **manažerský diskurs -** sociální služba je založena na bázi **produktu,** posuzování jsou směřována a orientována na klienty spotřebitele, na vyhledávání přiměřených zdrojů k uspokojování potřeb**,** podstatný je zde vztah práva klienta na službu, minimální standart služeb, **vztah klienta ke státu**, nikoliv k profesionálovi**,** pracovník je v roli case manager, zodpovídá se prioritně státu, managementu svojí organizace;

- **tržní diskurs -** sociální služba je chápána jako **zboží,** služba se řídí trhem, nabídkou a poptávkou**,** klient je **zákazník**, nakupuje zboží, je v aktivnější roli,

vybírá si druh i způsob poskytování služby**,** pracovník společně s klientem domlouvají a určují cíle k naplnění zakázky.

V praxi v poskytování sociálních služeb v České republice se setkáváme se všemi uvedenými typy diskurzů, Pojetí a kvalita poskytování sociálních služeb se liší v různých regionech. Podle Navrátila, cit.: …*„Pravděpodobně nejdominantnější je u nás však nyní manažerský diskurs, s typickým důrazem na standardizaci kvality služeb, pokusy o efektivní plánování na regionální úrovni či případovou práci s klienty.“* (Navrátil, 2006 in Zatloukal, 2011, s. 83)

Musil (Musil, 2008 in Kubalčíková, 2009) vymezuje pojetí sociální práce, **administrativní, profesionální** a **filantropické** a později přidává dále pojetí **aktivistické**. V otázce participace klientů na kontrole výkonu sociální práce,

cit.: *„konstatuje, že v našich podmínkách lze uvažovat o více či méně intenzivním podílů sociálních pracovníků nebo zadavatelů jejich práce.“ …..… „z výzkumných aktivit přisuzuje dominantní postavení při kontrole výkonu sociální práce zadavatelům., což je navíc z e strany státu považováno za legitimní.“ …„Klienti sociální práce se podle Musila na kontrole v podstatě nepodílejí, protože jsou vytěsněni z procesu rozhodování o rozdělování potřebných zdrojů.“* … (Musil, 2008 in Kubalčíková, 2009, s. 94)

6 Plánování sociálních služeb

Po roce 1989 se začíná v české republice uplatňovat strategie a metodika komunitní práce v sociálních službách a to především čerpáním ze zahraničních zkušeností. V polovině 90. let se v našich podmínkách začíná prosazovat, v rámci česko-britského projektu Ministerstva práce a sociálních věcí rozvoj sociálních služeb Podpora MPSV při reformě sociálních služeb[20]. Od roku 2002 je komunitní plánování zaváděno do jednotlivých krajů a obcí. Plánování sociálních služeb můžeme chápat jako jednu z metod, kterou lze na úrovni obcí, krajů plánovat sociální služby a může tak být i jedním z nástrojů při řešení sociální exkluze.

Ve výstupech a výsledcích rozvoje plánování služeb jako metody plánování a příkladů dobré praxe lze konstatovat, že jsou značné rozdíly. Současně je třeba upozornit na fakt, že dlouho neexistoval ucelený návod pro realizaci a především stále neexistují standardy kvality komunitního plánování, jako nástroj měření efektivnosti a kvality zrealizovaného komunitního plánu. Je třeba však zohlednit, že v porovnání s vyspělými evropskými státy je metoda komunitního plánování v naší praxi spíše krátce.

Vymezení pojmu komunitní plánování, dle MPSV (MPSV, 2013), cit.: „*Metoda, která umožňuje zpracovávat rozvojové materiály pro různé oblasti veřejného života na úrovni obce i kraje a která výrazně posiluje principy zastupitelské demokracie.*“ (on line dostupný z: http://www.mpsv.cz/cs/847, [cit. 20130425])

Matoušek (Matoušek, 2008, s. 87) pojem komunitní plánování řadí jako, cit.: *„přímé vyjednávání mezi zřizovateli, poskytovateli a uživateli služeb, jehož cílem je zlepšit místní sociální politiku či charakter sociálních, případně dalších sociálních služeb.“*

6.1 Legislativní vymezení plánování sociálních služeb v ČR

Legislativní oporu k problematice plánování sociálních služeb nalézáme v ustanoveních zákona 108/2006 Sb., o sociálních službách, v platném znění. Samotná metoda zde není explicitně vyjádřena, podporu pro praxi zavádí metodiky[21] a příručky MPSV ČR

[20] online odstupný z: http://www.mpsv.cz/cs/858

[21] MPSV ČR, Metodiky „Deset kroků procesem komunitního plánování" vydalo Centrum komunitní práce (CKP) Ústí nad Labem v červnu 2008, online dostupný z: http://www.mpsv.cz/cs/6810

Zákon o sociálních službách, v platném znění definuje povinnosti, součinnost a spolupráci obcí, krajů a MPSV v procesu plánování. Dále je zde ukotven pojem ***plán rozvoje sociálních služeb***, jako výsledek aktivního zjišťování potřeb občanů v daném regionu a hledání způsobů zajištění těchto potřeb a nastavení systému pomoci zajištění péče a možnosti čerpání z veřejných zdrojů.

Krajům je dána zákonná povinnost zpracovávat rozvojové plány,

cit.: *„§ 95**d)** zpracovává střednědobý plán rozvoje sociálních služeb ve spolupráci s obcemi na území kraje, se zástupci poskytovatelů sociálních služeb a se zástupci osob, kterým jsou poskytovány sociální služby, a informuje obce na území kraje o výsledcích zjištěných v procesu plánování; při zpracování plánu kraj přihlíží k informacím obce sděleným podle § 94 písm. e) a k údajům uvedeným v registru podle § 85 odst. 5* (zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, v platném znění)

Obcím vyplývá povinnost zjišťovat potřeby, cit.: *„§ 94 **a)** zjišťuje potřeby poskytování sociálních služeb osobám nebo skupinám osob na svém území.“* (zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, v platném znění).

Ministerstvo páce a sociálních věcí má řídící a kontrolní kompetence ve vztahu k výkonu státní správy v oblasti sociálních služeb a je mu uložena povinnost zpracovat **střednědobý národní plán rozvoje** sociálních služeb za účasti krajů, zástupců poskytovatelů sociálních služeb a zástupců osob, kterým jsou poskytovány sociální služby (dle ustanovení § 96 písm. b) zákona o sociálních službách.

Východisky pro komunitní plánování sociálních služeb jsou jednak dokumenty sociální politiky EU, národní dokumenty České republiky v oblasti sociálních věcí a dále zákonné normy České republiky.

Související legislativa k problematice komunitního plánování:

- zákon č. 128/2000 Sb., o obcích, v platném znění
- zákon č. 129/2000Sb., o krajích, v platném znění
- Ústava České republiky a Listina základních práva a svobod.

6.2 Základní principy metody komunitního plánování

Principy komunitního plánování vyjadřují hodnoty, které tato metoda přináší, jsou odlišné od ostatních plánovacích postupů. Specifičnost spočívá zejména v cykličnosti etap od počátku a příprav až do fáze vyhodnocení a evaluace plánu. Komunitní plánování představuje svébytnou metodu sociální práce. Ačkoliv bývá tato metoda různými autory pojímána někdy odlišně (například v typologii sociální práce, kategorizaci), z hlediska obsahu panuje v obecná shoda v pojetí **principu participace a akceptace všech aktérů** v procesu plánování sociálních služeb.

V podmínkách českého státu se metoda komunitního plánování postupně nejvýrazněji prosazuje v oblasti koncipování a nastavení sítě sociálních služeb. Je třeba však zohlednit, že v porovnání s vyspělými evropskými státy je metoda komunitního plánování a síťování sužeb v naší praxi spíše krátce. Při nastavení koncepcí sociálních sítí a sociálních politik v různých regionech zkušenosti koordinátorů procesů naznačují, že ne vždy se daří naplňovat základní hledisko této metody, participace. Otázkou zůstává, zda v regionech či lokalitách bez participace uživatelů služeb (bez zřetele okruhu osob uživatelů) nedochází k popření základního východiska této metody sociální práce. Toto se v praxi „obchází" administrativním přístupem či úřednickým rozhodováním.[22] Ukazuje se, že způsob a míra zapojení uživatelů do procesu plánování služeb je různá v různých lokalitách a regionech, je třeba též zohlednit i odlišné možnosti a schopnosti příslušníků a členů jednotlivých cílových skupin.

Výstupem plánování je komunitní plán, dle zákonné dikce plán rozvoje sociálních služeb, cit.: *„§ 3 h) plánem rozvoje sociálních služeb výsledek procesu aktivního zjišťování potřeb osob ve stanoveném území a hledání způsobů jejich uspokojování s využitím dostupných zdrojů, jehož obsahem je popis způsobu zpracování plánu, popis a analýza existujících zdrojů a potřeb osob, kterým jsou sociální služby určeny, včetně ekonomického vyhodnocení, strategie zajišťování a rozvoje sociálních služeb, povinnosti zúčastněných subjektů, způsob sledování a vyhodnocování plnění plánu a způsob, jakým lze provést*

[22] Poznámka autora, z praxe v nejmenovaném regionu, kde několik let fungoval princip komunitního plánování na bázi participace a otevřené diskuse s veřejností se náhle při koncipování nového strategického dokumentu (v pořadí již několikátého) v oblasti sociálních služeb na tříleté období se přistoupilo k tvorbě komunitního plánu bez zohlednění zjišťování přání a potřeb uživatelů a veřejnosti daného regionu.

změny v poskytování sociálních služeb.“ (zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, v platném znění)

Mezi základní principy metody komunitního plánování v České republice, které se prosazují k plánování a vytváření koncepcí sociálních služeb na místní úrovni můžeme řadit tyto (Metodiky, 2007):

princip triády - rozhodování o zajištění sociálních služeb leží v rovině uživatel (ten který službu čerpá), zadavatel (volení zástupci obcí, měst, krajů apod.), poskytovatel (ten kdo poskytuje sociální službu, blíže je definice uvedena v zákoně o sociálních službách),

princip rovnosti - účast na rozhodování je otevřená každému bez rozdílu, občanská aktivita je chápána jako rovnocenná rozhodování úřadů,

princip skutečných potřeb - systém služeb je navržen a sestaven na základě analýzy potřeb daného území, zjišťování potřeb je prováděno na základě aktivní účasti uživatelů,

princip dohody - výsledkem dohody je dokument komunitní plán; dokument by měl být závazný pro všechny zúčastněné; komunitní plán obsahuje nejen obecné záměry, ale jsou definovány konkrétní postupy a dílčí kroky, které povedou k naplnění cílů.

princip otevřenosti - veškeré informace, nejen o procesu plánování, způsobech rozhodování i výsledcích jednání, jsou dostupné a předávány veřejnosti,

princip dosažitelného řešení - navrhovaná řešení jsou v souladu a musí být přiměřená ekonomickým i společenským podmínkám lokalit, území, pro která jsou navrhována a koncipována,

princip cyklického opakování - komunitní plánování je založeno na cykličnosti procesu, jednotlivé etapy a fáze se střídají, navazují a prolínají se; evaluace fází, zjišťování, hodnocení, shromaždování dat a reformulaci cílů,

princip kompetence účastníků - zásadní je informovanost a dostatečné obeznámení účastníků s jeho principy a postupy, zapojení uživatelů předpokládá, že proces je organizován lidmi s dostatečnými kompetencemi pro koordinaci, koučování, řízení, mediaci, projektové řízení apod.; vychází se z předpokladu, že uživatel také disponuje kompetencemi, které jsou pro proces plánování nezbytné (formulace potřeb a požadavků na zajištění sociální služby),

princip přímé úměry - stěžejní význam není přisuzován výhradě dokumentů, písemnému zpracování komunitnímu plánu či koncepce, ale samotnému procesu, který ke

vzniku dokumentu směřuje; kvalita výstupů by měla být přímo úměrná kvalitě procesu plánování.

7 Vybrané typologie sociálních služeb pro seniory v České republice

Sociální služba je soustava vybraných základních činností, které jsou uživateli poskytovány v různé frekvenci a rozsahu pomoci. Uživatel, dle typologie služby sociální péče či služby sociální prevence nebo poradenství, individuálně vybírá z nabídky služeb a škály úkonů[23], které pak poskytovatel ve stanoveném a dohodnutém rozsahu a čase zajistí. Poskytovatel může poskytování služby odmítnout jen ze zákonných důvodů[24], a to kapacity služby, ze zdravotních důvodů žadatele či z důvodu neposkytování služby. Evidence odmítnutých žadatelů je povinný sledovaný údaj poskytovatele.

Podpora služeb sociální péče a služeb sociální prevence včetně poradenství, je směřována k zajištění pomoci prostřednictvím úkonů a činností dle ustanovení § 3- 35 vyhlášky č. 505/2006 Sb., v platném znění. Obecně můžeme hovořit o pomoci v oblasti při zvládání běžných úkonů péče o vlastní osobu, pomoci při osobní hygieně, pomoci při zajištění chodu domácnosti, pomoc při zajištění ubytování, pomoc při úkonech se zajištěním či podáním stravy, vzdělávací a aktivizační činnosti, nácviku dovedností, poradenství, terapeutické činnosti, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, pomoci při prosazování práv a zájmů a další.

[23] viz vyhláška č.505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách, v platném znění

[24]zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, v platném znění, dle ustanovení § 91 odst. 3 pism b) **odmítnutí z důvodu kapacity -** jedná se o neuzavření smlouvy se zájemcem o službu z důvodu nedostatečné kapacity. A dle § 91 odst. 3 písm. a), c) **odmítnutí ostatní**: zařízení neposkytuje sociální službu, o kterou osoba žádá nebo zdravotní stav osoby vylučuje poskytnutí takové sociální služby.

Tabulka 1 **Přehled počet služeb sociální péče vedených v registru poskytovatelů sociálních služeb dle právní formy poskytovatele sociální služby v ČR**

Druh služby	NNO	OBCHODNÍ SPOL.	FYZICÉ OSOBY	MĚSTA/OBCE	PŘÍSPĚVKOVÉ ORGANIZACE	OSTATNÍ	celkem
centra denních služeb	77	0	0	5	25	0	107
denní stacionáře	144	2	3	5	117	3	274
domovy pro osoby se zdravot. postižením	23	1	0	0	204	4	232
Domov pro seniory	102	14	4	5	360	0	485
domovy se zvláštním režimem	33	10	2	0	134	0	179
chráněné bydlení	82	0	2	6	60	3	153
odlehčovací služby	143	9	3	12	94	3	264
pečovatelská služba	189	5	9	2	14	0	219
osobni asistence	279	20	30	301	179	7	816
podpora samostatného bydlení	25	0	0	0	11	0	36
průvodcovské a předčitatelské služby	37	1	1	0	2	0	41
sociální služby poskytované ve zdravot. zařízeních ústavní péče	11	71	0	0	53	0	135
tísňová péče	9	1	2	1	5	0	18

týdenní stacionáře	29	1	0	0	50	1	81
Celkem	**1 183**	**135**	**56**	**337**	**1 308**	**21**	

Zdroj: CSU, online dostupný z http://m.czso.cz/csu/2013edicniplan.nsf/kapitola/0001-13-r_2013-2500;20140207, převzato, online dostupný z http://www.mpsv.cz/files/clanky/9198/Analyza_fin_SS.pdf; online (20140106)

Z uvedené tabulky vybraných sociálních služeb pro seniory vyplývá, že v ČR převládává zastoupení poskytovatelů s formou příspěvkových organizací, dále pak poskytovatelé se statusem neziskové organizace. Z pohledu typologie sociálních služeb je nejvýraznější služba z pohledu zastoupení subjektů poskytovatelů osobní asistence, dále pak služba domov pro seniory.

7.1 Sociální poradenství a služby sociální péče

Členění sociálních služeb v ČR a jejich přehled je koncipován dle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, v platném znění.

- **Sociální poradenství (§ 37)**

Sociální poradenství zahrnuje základní sociální poradenství a odborné sociální poradenství. Základní sociální poradenství poskytuje osobám potřebné informace k řešení jejich nepříznivé sociální situace. Sociální poradenství je základní činností při poskytování všech druhů sociálních služeb. Poskytovatelé sociálních služeb jsou vždy povinni tuto činnost zajistit. Odborné sociální poradenství je poskytováno se zaměřením na potřeby jednotlivých okruhů sociálních skupin osob v občanských poradnách, manželských a rodinných poradnách, poradnách pro seniory, poradnách pro osoby se zdravotním postižením, poradnách pro oběti trestných činů a domácího násilí. Odborné poradenství zahrnuje také sociální práci s osobami, jejichž způsob života může vést ke konfliktu se společností. Odborné sociální poradenství je poskytováno bezplatně.

- **Služby sociální péče**

Osobní asistence (§ 39)

Osobní asistence je terénní služba poskytovaná osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu věku, chronického onemocnění nebo zdravotního postižení a jejichž situace vyžaduje pomoc jiné fyzické osoby. Služba se poskytuje bez časového omezení, v

přirozeném sociálním prostředí osob a při činnostech, které osoba potřebuje. Služba je poskytována za úhradu od uživatele.

Pečovatelská služba (§ 40)

Pečovatelská služba je terénní nebo ambulantní služba poskytovaná osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu věku, chronického onemocnění nebo zdravotního postižení, a rodinám s dětmi, jejichž situace vyžaduje pomoc jiné fyzické osoby. Služba poskytuje ve vymezeném čase (především časovým vymezením se odlišuje od služby osobní asistence) v domácnostech osob a ambulantních zařízeních. Služba je poskytována za úhradu od uživatele.

Tabulka 2 **Pečovatelská služba* v ČR**

SOCIÁLNÍ ZABEZPEČENÍ 25-15. **Pečovatelská služba** Community care services			SOCIAL SECURITY
Ukazatel	**2010**	**2011**	**2012**
Osoby, jimž byla poskytnuta pečovatelská služba	113 238	113 607	113 041
Výdaje na pečovatelskou službu (tis. Kč)	1 983 648	2 100 586	2 132 883
Výše úhrad od příjemců služby (tis. Kč)	594 227	659 154	696 796
Počet zdravotnických pracovníků	266	283	171

Zdroj: ČSÚ, upraveno, převzato, online dostupný z: zhttp://m.czso.cz/csu/2013edicniplan.nsf/kapitola/0001-13-r_2013-2500, *v souhrnných statistikách ČR není počítáno s kapacitou výhradně pro oblast seniorů, jedná se o celkový obecný přehled kapacity služeb sociální péče, která je využívána i jinými cílovými skupinami.

Z uvedených údajů vyplývá, že v období posledních 3 let dochází k nárůstu úhrad od příjemců služby, přičemž počet uživatelů v roce 2013 je nižší než v roce 2010. Celkové výdaje na pečovatelskou službu v ČR mají charakter růstu.

Tísňová péče (§ 41)

Tísňová péče je terénní služba, kterou se poskytuje nepřetržitá distanční hlasová a elektronická komunikace s osobami vystavenými stálému vysokému riziku ohrožení zdraví

nebo života v případě náhlého zhoršení jejich zdravotního stavu nebo schopností. Služba je poskytována za úhradu od uživatele.

Průvodcovské a předčitatelské služby (§ 42)

Průvodcovské a předčitatelské služby jsou terénní nebo ambulantní služby poskytované osobám, jejichž schopnosti jsou sníženy z důvodu věku nebo zdravotního postižení v oblasti orientace nebo komunikace, a napomáhá jim osobně si vyřídit vlastní záležitosti. Služba je poskytována za úhradu od uživatele.

Podpora samostatného bydlení (§ 43)

Podpora samostatného bydlení je terénní službou poskytovanou osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu zdravotního postižení nebo chronického onemocnění, včetně duševního onemocnění, jejichž situace vyžaduje pomoc jiné fyzické osoby.

Odlehčovací služby (§ 44)

Odlehčovací služby jsou terénní, ambulantní nebo pobytové služby poskytované osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu věku, chronického onemocnění nebo zdravotního postižení a o které je jinak pečováno v jejich přirozeném sociálním prostředí. Cílem služby je umožnit pečující fyzické osobě nezbytný odpočinek. Služba je poskytována za úhradu od uživatele.

Centra denních služeb a denní stacionáře (§ 45 a § 46)

V denních stacionářích a centrech denních služeb se poskytují ambulantní služby osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu věku nebo zdravotního postižení a osobám s chronickým duševním onemocněním, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby. Služba je poskytována za úhradu od uživatele.

Domovy pro osoby se zdravotním postižením (§ 48)

V domovech pro osoby se zdravotním postižením se poskytují pobytové služby osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu zdravotního postižení, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby. Služby v domovech pro osoby se zdravotním postižením jsou obvykle uzpůsobeny věku a charakteru potřeb uživatelů vyplývajících z druhu zdravotního postižení. Služba je poskytována za úhradu od uživatele.

Domovy pro seniory (§ 49)

V domovech pro seniory se poskytují pobytové služby osobám, které mají sníženou soběstačnost zejména z důvodu věku a jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby. Služba je poskytována za úhradu od uživatele.

Domovy se zvláštním režimem (§ 50)

V domovech se zvláštním režimem se poskytují pobytové služby osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu chronického duševního onemocnění nebo závislosti na návykových látkách, a osobám se stařeckou, Alzheimerovou demencí a ostatními typy demencí, které mají sníženou soběstačnost z důvodu těchto onemocnění a jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby. Režim v těchto zařízeních při poskytování sociálních služeb je přizpůsoben specifickým potřebám těchto osob. Služba je poskytována za úhradu od uživatele.

Uživatelé sociálních služeb a **kapacita** sociálních služeb v ČR z titulu způsobu zajištění služby vyžadující pobytovou formu, je nejlépe postižitelná prostřednictvím kvantifikace počtu lůžek a jejich obložností. Atribut obložnosti je povinným a sledovaným údajem, který je vykazován ve statistikách poskytovatelů sociálních služeb.

Tabulka 3 **Pobytová zařízení pro seniory v ČR - Domovy pro seniory podle krajů**

25-14. **Domovy pro seniory podle krajů k 31. 12. 2012** *Retirement homes by region as at 31 December 2012*				
Území	**Zařízení**	**Lůžka**	**Uživatelé**	**Využití míst (%)**
Territory	*Homes*	*Beds*	*Users*	*Occupancy rate (%)*
Česká republika ***Czech Republic***	**480**	**37 477**	**36 197**	**96,6**
kraj/*region:*				
Hl. m. Praha	24	2 393	2 295	95,9
Středočeský	65	4 777	4 617	96,7
Jihočeský	38	3 034	2 900	95,6
Plzeňský	23	1 842	1 755	95,3
Karlovarský	13	797	772	96,9
Ústecký	40	3 820	3 590	94,0
Liberecký	17	1 038	1 007	97,0
Královéhradecký	33	2 355	2 278	96,7
Pardubický	22	2 195	2 094	95,4
Vysočina	25	2 181	2 121	97,2
Jihomoravský	45	2 940	2 874	97,8
Olomoucký	34	2 566	2 489	97,0
Zlínský	36	2 769	2 716	98,1
Moravskoslezský	65	4 770	4 689	98,3

Zdroj: CSU, upraveno, převzato, online dostupný z: http://m.czso.cz/csu/2013edicniplan.nsf/kapitola/0001-13-r_2013-2500

Z hlediska počtu lůžek a zařízení domova pro seniory je nejvyšší kapacita uváděna v kraji Středočeském a Moravskoslezském. Naopak nejnižší kapacitu lůžek udává Karlovarský kraj. Ve všech krajích je lůžková obložnost za rok více jak 95%.

Chráněné bydlení (§ 51)

Chráněné bydlení je pobytová služba poskytovaná osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu zdravotního postižení nebo chronického onemocnění, včetně duševního onemocnění, a jejichž situace vyžaduje pomoc jiné fyzické osoby. Chráněné bydlení má formu skupinového, popřípadě individuálního bydlení, které má charakter běžného bydlení v bytech a domech. Služba je poskytována za úhradu od uživatele.

Týdenní stacionáře (§ 47)

V týdenních stacionářích se poskytují pobytové služby osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu věku nebo zdravotního postižení, a osobám s chronickým duševním onemocněním, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby. Služba je poskytována za úhradu od uživatele.

Tabulka 4 **Vybraná pobytová zařízení služeb sociální péče v ČR**

SOCIÁLNÍ ZABEZPEČENÍ

25-13. **Vybraná pobytová zařízení sociálních služeb k 31. 12. 2012**

Selected residential social service establishments as at 31 December 2012

Ukazatel	**Zařízení** *Establish-ments*	**Lůžka** *Beds*	**Klienti (uživatelé)** *Clients (Users)*
Týdenní stacionáře	67	951	827
Chráněné bydlení	148	2 743	2 606

Zdroj. CSU, upraveno, převzato, online dostupný z: http://m.czso.cz/csu/2013edicniplan.nsf/kapitola/0001-13-r_2013-2500,) *v souhrnných statistikách ČR není počítáno s kapacitou výhradně pro oblast seniorů, jedná se o celkový obecný přehled kapacity služeb sociální péče, která je využívána i jinými cílovými skupinami.

Sociální služby poskytované ve zdravotnických zařízeních ústavní péče (§ 52)

Ve zdravotnických zařízeních ústavní péče se poskytují pobytové sociální služby osobám, které již nevyžadují ústavní zdravotní péči, ale vzhledem ke svému zdravotnímu stavu nejsou schopny se obejít bez pomoci jiné fyzické osoby a nemohou být proto propuštěny ze zdravotnického zařízení ústavní péče do doby, než jim je zabezpečena pomoc osobou blízkou nebo jinou fyzickou osobou nebo zajištěno poskytování terénních nebo ambulantních sociálních služeb anebo pobytových sociálních služeb v zařízeních sociálních služeb.

7.2 Služby sociální prevence

V praxi se ukazuje, že senioři využívají také služby sociální prevence, avšak z hlediska početního zastoupení seniorů jsou tyto služby oproti službám sociální péče využívány spíše méně. Tato zkušenost je však ověřena z jednoho regionu (v rámci benchmarkingové aplikace cílových skupin ve službách sociální prevence) a nemusí mít poplatnost pro celou ČR. Uvedený přehled služeb sociální prevence vychází ze zákona č. 108/2006Sb., o sociálních službách, v platném znění.

Telefonická krizová pomoc (§ 55)

Služba telefonické krizové pomoci je terénní služba poskytovaná na přechodnou dobu osobám, jež se nacházejí v situaci ohrožení zdraví nebo života nebo v jiné obtížné životní situaci, kterou přechodně nemohou řešit vlastními silami. Odborní pracovníci jsou kontaktování telefonem a nedochází k přímému kontaktu mezi uživatelem a odborníkem. Služba je poskytována bezúplatně.

Tlumočnické služby (§ 56)

Tlumočnické služby jsou terénní, popřípadě ambulantní služby poskytované osobám s poruchami komunikace způsobenými především smyslovým postižením, které zamezuje běžné komunikaci s okolím bez pomoci jiné fyzické osoby. Služba je poskytována bezúplatně.

Azylové domy (§ 57)

Azylové domy poskytují pobytové služby na přechodnou dobu osobám v nepříznivé sociální situaci spojené se ztrátou bydlení. Služby v azylových domech jsou uzpůsobeny potřebám uživatelů, a to především s ohledem na okolnosti ztráty bydlení, tj. rozdílně jsou

koncipovány azylové domy pro rodiče s dětmi, pro muže, ženy, oběti domácího násilí apod. Služba je poskytována za úhradu od uživatele služby.

Kontaktní centra (§ 59)

Kontaktní centra jsou nízkoprahová zařízení poskytující ambulantní, popřípadě terénní služby osobám ohroženým závislostí na návykových látkách. Cílem služby je snižování sociálních a zdravotních rizik spojených se zneužíváním návykových látek. Služba je poskytována bezúplatně.

Krizová pomoc (§ 60)

Krizová pomoc je terénní, ambulantní nebo pobytová služba na přechodnou dobu poskytovaná osobám, které se nacházejí v situaci ohrožení zdraví nebo života, kdy přechodně nemohou řešit svoji nepříznivou sociální situaci vlastními silami. Služba je poskytována bezúplatně.

Intervenční centra (§ 60a)

Služby intervenčních center jsou určeny obětem domácího násilí, a to v případech, kdy agresor byl vykázán ze společného obydlí. Osobě ohrožené násilným chováním je nabídnuta pomoc nejpozději do 48 hodin od vykázání agresora. Pomoc intervenčního centra může být poskytnuta rovněž na základě žádosti osoby ohrožené násilným chováním jiné osoby obývající s ní společné obydlí nebo i bez takového podnětu, a to bezodkladně poté, co se intervenční centrum o ohrožení osoby násilným chováním dozví. Součástí služby je zajištění spolupráce a vzájemné informovanosti mezi intervenčními centry, poskytovateli jiných sociálních služeb, orgány sociálně-právní ochrany dětí, obcemi, útvary Policie České republiky a obecní policie, jakož i ostatními orgány veřejné správy. Sociální služby v intervenčním centru jsou poskytovány jako služby ambulantní, terénní nebo pobytové. Služba je poskytována bezúplatně.

Nízkoprahová denní centra (§ 61)

Nízkoprahová denní centra poskytují ambulantní, popřípadě terénní služby pro osoby bez přístřeší. Služba je poskytována bezúplatně.

Noclehárny (§ 63)

Noclehárny poskytují ambulantní služby osobám bez přístřeší, které mají zájem o využití hygienického zařízení a přenocování. Služba je poskytována za úhradu od uživatele.

Služby následné péče (§ 64)

Služby následné péče jsou ambulantní nebo pobytové služby poskytované osobám s chronickým duševním onemocněním a osobám závislým na návykových látkách, které absolvovaly ústavní léčbu ve zdravotnickém zařízení, absolvovaly ambulantní léčbu nebo se jí podrobují, nebo osobám, které abstinují. Služba je poskytována bezúplatně vyjma nákladů na zajištění bydlení.

Sociálně aktivizační služby pro seniory a osoby se zdravotním postižením (§ 66)

Sociálně aktivizační služby jsou ambulantní, popřípadě terénní služby poskytované osobám v důchodovém věku nebo osobám se zdravotním postižením ohroženým sociálním vyloučením. Služba je poskytována bezúplatně.

Terapeutické komunity (§ 68)

Terapeutické komunity poskytují pobytové služby i na přechodnou dobu pro osoby závislé na návykových látkách nebo osoby s chronickým duševním onemocněním, které mají zájem o začlenění do běžného života. Služba je poskytována za úhradu od uživatele.

Terénní programy (§ 69)

Terénní programy jsou terénní služby poskytované osobám, které vedou rizikový způsob života nebo jsou tímto způsobem života ohroženy. Služba je určena pro problémové skupiny osob, uživatele návykových látek nebo omamných psychotropních látek, osoby bez přístřeší, osoby žijící v sociálně vyloučených komunitách a jiné sociálně ohrožené skupiny. Cílem služby je tyto osoby vyhledávat a minimalizovat rizika jejich způsobu života. Služba může být osobám poskytována anonymně. Služba je poskytována bezúplatně.

Sociální rehabilitace (§ 70)

Sociální rehabilitace je soubor specifických činností směřujících k dosažení samostatnosti, nezávislosti a soběstačnosti osob, a to rozvojem jejich specifických schopností a dovedností, posilováním návyků a nácvikem výkonu běžných, pro samostatný život nezbytných činností alternativním způsobem využívajícím zachovaných schopností, potenciálů a kompetencí. Sociální rehabilitace se poskytuje formou terénních a ambulantních služeb, nebo formou pobytových služeb poskytovaných v centrech sociálně rehabilitačních služeb. Služba je poskytována obvykle bezúplatně.

Tabulka 5 **Vybraná pobytová zařízení služeb sociální prevence* ČR**

SOCIÁLNÍ ZABEZPEČENÍ		***SOCIAL SECURITY***	
25-13. **Vybraná pobytová zařízení sociálních služeb k 31. 12. 2012**			
Selected residential social service establishments as at 31 December 2012			
Ukazatel	**Zařízení** *Establish-ments*	**Lůžka** *Beds*	**Klienti (uživatelé)** *Clients (Users)*
Azylové domy	214	6 534	5 454
Zařízení pro krizovou pomoc	44	27	13
Noclehárny	66	781	656
Terapeutické komunity	17	274	222
Centra sociálně rehabilitačních služeb	261	1 053	949

Zdroj. CSU, upraveno, převzato, online dostupný z http://m.czso.cz/csu/2013edicniplan.nsf/kapitola/0001-13-r_2013-2500, *v souhrnných statistikách ČR není počítáno s kapacitou výhradně pro oblast seniorů, jedná se o celkový obecný přehled kapacity služeb sociální prevence, která je využívána i jinými cílovými skupinami.

Z údajů tabulky 5 pobytových zařízení služeb sociální prevence se ukazuje, že z hlediska lůžkové kapacity a počtu uživatelů služby dominují azylové služby.

8 Příspěvek na péči

Dávka příspěvek na péči představuje pomoc závislým osobám na pomoci jiné fyzické osoby, stát se tímto podílí na zajištění sociálních služeb nebo jiných forem pomoci při zvládání základních životních potřeb osob. Ustanovení k příspěvku na péči nalézáme v části druhé (dle § 7- § 30) zákona o sociálních službách.

8.1 Reflexe vývoje příspěvku na péči

Do roku 2007 byla ze státního rozpočtu vyplácena dávka ***příspěvek při péči o osobu blízkou nebo jinou***, a to osobě, která splňovala podmínky pro nárok na příspěvek dle ustanovení § 80 zákona č. 100/1988 Sb., o sociálním zabezpečení, v platném znění. Na dávku příspěvek při péči o osobu blízkou nebo jinou měla nárok osoba, která pečovala osobně, celodenně a řádně o osobu blízkou, která byla převážně, nebo úplně bezmocná, nebo byla starší 80 let a byla částečně bezmocná.[25] Osobou blízkou pro účel této dávky je považován manžel, manželka, příbuzní v řadě přímé, děti vlastní nebo osvojené, nebo převzaté do trvalé péče nahrazující péči rodičů, sourozenci, zeť a snacha a to kteréhokoliv z rodičů (§ 24 zákon č. 155/1995 Sb., o důchodovém pojištění). Žádost o dávku tohoto typu se podávala u příslušného pověřeného obecního úřadu, ten také dávku v pravidelných opakujících se intervalech vyplácel.

„Překlopení“, **výše příspěvku na péči, varianty**

Výše příspěvku na péči závisí na stupni závislosti na pomoci jiné osoby, zda o tuto osobu pečovala jiná fyzická osoba, která pobírala příspěvek při péči o osobu blízkou nebo jinou podle zákona č. 100/1988 Sb., o sociálním zabezpečení.

[25] Bezmocnost byla vymezena § 70 zákona č. 100/1988 Sb., o sociálním zabezpečení, § 108 zákona č, 155/1995 Sb., o důchodovém pojištění a v § 2 vyhlášky MPSV č. 284/1995 Sb., kterou se prováděl zákon o důchodovém pojištění.

Tabulka 6 **Vývoj dávky příspěvek na péči a situace od roku 2006**

Situace osoby k 31. 12. 2006 ***před účinnosti zákona o sociálních službách***	***Situace k účinnosti zákona o sociálních službách - příspěvek na péči k 1. 1. 2007***	***Stupeň závislosti*** ***k účinnosti zákona o sociálních službách k 1.1.007***
Osoba **částečně bezmocná**, přiznáno zvýšení důchodu pro bezmocnost	**2000,-Kč**	Stupeň I. - lehká závislost
Osoba **převážně bezmocná**, přiznáno zvýšení důchodu pro bezmocnost	**4000,- Kč**	Stupeň II. – středně těžká závislost
Osoba **úplně bezmocná**, přiznáno zvýšení důchodu pro bezmocnost	**8000,- Kč**	Stupeň III. – těžká závislost
Osoba **částečné bezmocná**, **starší 80 let**, přiznáno zvýšení důchodu a o tuto osobu pečovala jiná osoba a pobírala příspěvek při péči o osobu blízkou nebo jinou	**4000,- Kč**	Stupeň II. – středně těžká závislost
Osoba **převážně bezmocná**, přiznáno zvýšení důchodu a pečovala o ni jiná osoba a pobírala příspěvek při péči o osobu blízkou nebo jinou	**8000,-Kč** nejdéle do 31. 12. 2008 *pak je nutné nové posouzení závislosti*	Stupeň III. – těžká závislost
Osoba **úplně bezmocná**, přiznáno zvýšení důchodu pro bezmocnost, a pečovala o ni jiná osoba a pobírala příspěvek při péči o osobu blízkou nebo jinou	**8000,-Kč**	Stupeň III. – těžká závislost
Osoba **částečné, převážně, či úplně bezmocná**, nepřiznáno zvýšení	Bude nadále poskytován příspěvek při péči o	Bude nadále poskytován příspěvek při péči o

důchodu pro bezmocnost, a o tuto osobu pečovala jiná osoba a pobírala příspěvek při péči o osobu blízkou nebo jinou	osobu blízkou nebo jinou až do nového posouzení závislosti nejdéle však do 31. 12. 2008	osobu blízkou nebo jinou až do nového posouzení závislosti nejdéle však do 31. 12. 2008

Zdroj: vlastní zpracování, 2014, pozn. automatické „překlopení“ ze zákona nebylo možné, pokud pečovaná osoba neprokázala, že jí náleží zvýšení důchodu pro bezmocnost. Osoba, která pečovala o takovouto osobu mohla pobírat příspěvek při péči o osobu blízkou nebo jinou až do doby, než byl posuzované osobě přiznán příspěvek na péči (nejpozději do 31. 12. 2008).

8.2 Současná situace příspěvku na péči

Od ledna 2007 je zavedena nová jednotná dávka, příspěvek na péči, která nahrazuje dosavadní dávku příspěvek při péči o osobu blízkou a zvýšení důchodu pro bezmocnost. Dávka příspěvek na péči se nevyplácí osobě pečující, jak tomu jak to bylo dosud při příspěvku při péči o osobu blízkou nebo jinou, ale nově se dávka příspěvek na péči poskytuje osobě, která je závislá na pomoci jiné fyzické osoby za účelem zajištění potřebné pomoci.

V druhé části zákona o sociálních službách jsou definovány podmínky nároku na příspěvek na péči, výši příspěvku, zvýšení příspěvku, nárok na příspěvek a jeho výplatu, výplatu příspěvku, povinnosti žadatele o příspěvek, oprávněné osoby a jiného příjemce příspěvku, řízení o příspěvku, kontrolu využívání příspěvku a informační systém příspěvku. Příspěvek na péči se dle uvedeného předpisu poskytuje osobám závislým na pomoci jiné fyzické osoby za účelem zajištění potřebné pomoci. Náklady na výplatu dávky nese stát. Ze statistických údajů, níže uvedená tabulky vyplývá, že na tuto dávku za rok 2012 bylo vyplaceno více jak 18 300 mil Kč. Nárok na příspěvek na péči má osoba starší jednoho roku, která z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu potřebuje pomoc jiné fyzické osoby při péči o vlastní osobu a při zajištění soběstačnosti v rozsahu stanoveném stupněm závislosti.

Tabulka 7 **Dávky pomoci v hmotné nouzi a příspěvek na péči**

SOCIÁLNÍ ZABEZPEČENÍ						***SOCIAL SECURITY***
25-17. **Dávky pomoci v hmotné nouzi a příspěvek na péči**						
Material need benefits and care bendit						
Ukazatel	**2010**		**2011**		**2012**	
	vyplacené dávky (tis.)	**částky (mil. Kč)**	**vyplacené dávky (tis.)**	**částky (mil. Kč)**	**vyplacené dávky (tis.)**	**částky (mil. Kč)**
	Benefits paid (thous.)	*Amounts (CZK mil.)*	*Benefits paid (thous.)*	*Amounts (CZK mil.)*	*Benefits paid (thous.)*	*Amounts (CZK mil.)*
Dávky pomoci v hmotné nouzi celkem	**1 481**	**3 882**	**1 649**	**4 982**	**1 994**	**7 751**
v tom:						
Příspěvek na živobytí	1 093	2 862	1 217	3 820	1 397	5 910
doplatek na bydlení	278	686	313	850	526	1 673
mimořádná okamžitá pomoc	110	334	119	312	71	168
Příspěvek na péči*	**3 756**	**19 599**	**3 612**	**18 084**	**3 749**	**18 391**

Zdroj. CSU, upraveno, převzato, online dostupný z: http://m.czso.cz/csu/2013edicniplan.nsf/kapitola/0001-13-r_2013-2500, *v souhrnných statistikách ČR není počítáno s dávkou příspěvek na péči výhradně pro oblast seniorů, jedná se o celkový obecný přehled dávky, která je využívána i jinými cílovými skupinami.

Z uvedené tabulky celkového přehledu vyplacených dávek, příspěvku na péči, v období 2010-2012 se ukazuje, že v roce 2012 dochází k poklesu počtu vyplacených dávek v celkovém objemu oproti roku 2010. Statistické údaje však nezohledňují kvantifikaci (téže pouze cílové skupiny seniorů) pro registrované poskytovatele služeb a ostatní

subjekty zajišťující sociální služby. Zajímavým trendem se ukazuje průběžné navyšování vyplácených dávek pomoci v hmotné nouzi.

V období let 2007 - 2011 se úkonů dle prováděcího předpisu[26] k zákonu o sociálních službách, zohledňujících posouzení ***péče o vlastní osobu*** sledovalo: příprava stravy, podávání, porcování stravy, přijímání stravy, dodržování pitného režimu, mytí těla, koupání nebo sprchování, péče o ústa, vlasy, nehty, holení, výkon fyziologické potřeby včetně hygieny, vstávání z lůžka, uléhání, změna poloh, sezení, schopnost vydržet v poloze v sedě, stání, schopnost vydržet stát, přemisťování předmětů denní potřeby, chůze po rovině, chůze po schodech nahoru a dolů, výběr oblečení, rozpoznání jeho správného vrstvení, oblékání, svlékání, obouvání, zouvání, orientace v přirozeném prostředí, provedení si jednoduchého ošetření, dodržování léčebného režimu.

Pro posuzování soběstačnosti se hodnotila schopnost zvládat tyto úkony: komunikace slovní, písemná, neverbální, orientace vůči jiným fyzickým osobám, v čase a mimo přirozené prostředí, nakládání s penězi nebo jinými cennostmi, obstarávání osobních záležitostí, uspořádání času, plánování života, zapojení se do sociálních aktivit odpovídajících věku, obstarávání si potravin a běžných předmětů (nakupování), vaření, ohřívání jednoduchého jídla, mytí nádobí, běžný úklid v domácnosti, péče o prádlo, přepírání drobného prádla, péče o lůžko, obsluha běžných domácích spotřebičů, manipulace s kohouty a vypínači, manipulace se zámky, otevírání, zavírání oken a dveří, udržování pořádku v domácnosti, nakládání s odpady, další jednoduché úkony spojené s chodem a udržováním domácnosti.

Stupně závislosti (dle zákona o sociálních službách) byly rozděleny bez rozdílu věku ve čtyřstupňové škále, posuzovalo se zvládání péče o vlastní osobu a soběstačnosti, a to v původních 36 úkonech.

- **lehká závislost,** jestliže osoba z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu potřebuje každodenní pomoc nebo dohled při více než 12 úkonech péče o vlastní osobu a soběstačnosti,

[26] Systém ASPI - stav k 1. 4. 2012 do částky 42/2012 Sb. a 18/2012 Sb.m.s. Obsah a text 505/2006 Sb. - poslední stav textu, přehled novelizací k vyhlášce č. 505/2006 Sb., online dostupný z http://www.mpsv.cz/files/clanky/11911/vyhlaska_505-2006.pdf
.

- **středně těžká závislost**, z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu osoba potřebuje každodenní pomoc nebo dohled při více než 18 úkonech péče o vlastní osobu a soběstačnosti,

- **těžká závislost dlouhodobě** nepříznivého zdravotního stavu osoba potřebuje každodenní pomoc nebo dohled při více než 24 úkonech péče o vlastní osobu a soběstačnosti,

- **úplná závislost** jestliže z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu osoba potřebuje každodenní pomoc nebo dohled při více než 30 úkonech péče o vlastní osobu a soběstačnosti.

Od roku 2012 se počet úkonů mění na zvládání **10 základních životních potřeb,** (dle přílohy č. 1 k vyhlášce č. 505/2006 Sb., v platném znění):

- mobilita
- orientace
- komunikace
- stravování
- oblékání a obouvání
- tělesná hygiena,
- výkon fyziologické potřeby
- péče o zdraví
- osobní aktivity
- péče o domácnost.

V návaznosti na tuto úpravu se mění i **kritéria pro stanovení stupně závislosti[27].** Dělí se na osoby do 18 let věku a na osoby starší 18 let věku. U osob starších 18 let věku jsou osoby považovány za závislé na pomoci jiné fyzické osoby ve čtyřech stupních takto:

[27] Definice vyjádření, kdy je osoba považována za závislou na pomoci jiné fyzické osoby nacházíme v ustanovení § 8 odst. 1 a 2 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, v platném znění.

Tabulka 8 **Přehled stupňů závislosti u osob nad 18 let**

Stupně závislosti	
I. stupeň	lehká závislost
II. stupeň	středně těžká závislost
III. stupeň	těžká závislost
IV. stupeň	úplná závislost

Zdroj: zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, v platném znění

- **lehká závislost,** jestliže z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu není schopna zvládat **tři nebo čtyři** základní životní potřeby,
- **středně těžká závislost**, jestliže z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu není schopna zvládat **pět nebo šest** základních životních potřeb,
- **těžká závislost**, jestliže z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu není schopna zvládat **sedm nebo osm** základních životních potřeb,
- **úplná závislost**, jestliže z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu není schopna zvládat **devět nebo deset** základních životních potřeb, vyžaduje každodenní pomoc a dohled nebo péči jiné fyzické osoby. (zákon č. 108/2006 Sb. o sociálních službách, v platném znění)

O příspěvku na péči rozhodoval (od roku 2007-2011) obecní úřad obce s rozšířenou působností, na základě sociálního šetření, při kterém se zjišťovala schopnost samostatného života osoby v přirozeném sociálním prostředí z hlediska péče o vlastní osobu a soběstačnosti. Sociální šetření prováděl sociální pracovník. V souvislosti s vládními reformami v oblasti dávek nepojistných systémů, byla dávková agenda z obcí převedena na Úřady práce ČR.

Tabulka 9 **Vývoj výše příspěvku u osob starších 18 let věku vzhledem ke stupni závislosti, rok 2007 - 2014**

Stupeň závislosti	1.1.2007-31. 7. 2009	1.8.2009-31. 12. 2010	1.1.2011 - dosud
I. lehká závislost	2 000,-	2 000,-	**800**
II. středně těžká závislost	4 000,-	4 000,-	4 000
III. těžká závislost	8 000,-	8 000,-	8 000
IV. úplná závislost	11 000,-	**12 000,-**	12 000

Zdroj: zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, v platném znění, vlastní zpracování, 2014

8.2.1 Posuzování zdravotního stavu k příspěvku na péči

Posuzování zdravotního stavu žadatelů o dávku příspěvek na péči provádí a je v kompetenci posudkových lékařů okresních správ sociálního zabezpečení. Posouzení vychází ze zdravotního stavu osoby a zdravotního postižení[28], doloženého nálezem ošetřujícího lékaře, a také z výsledku sociálního šetření a zjištění potřeb osoby, popřípadě z výsledků funkčních vyšetření a z výsledku vlastního vyšetření posuzujícího lékaře.

[28] zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, v platném znění, cit.. § 3 ..“ ***g)*** **zdravotním postižením** tělesné, mentální, duševní, smyslové nebo kombinované postižení, jehož dopady činí nebo mohou činit osobu závislou na pomoci jiné osoby a ***c)*** **dlouhodobě nepříznivým zdravotním stavem** zdravotní stav, který podle poznatků lékařské vědy trvá nebo má trvat déle než 1 rok, a který omezuje funkční schopnosti nutné pro zvládání základních životních potřeb“ …

9 Inspekce poskytování sociálních služeb

Jedním z nástrojů pro zjišťování kvality sociálních služeb je zavedení institutu inspekce poskytování sociálních služeb.

9.1 Inspekce

Ustanovení k inspekcím v sociálních službách nalézáme v části čtvrté zákona o sociálních službách, v ustanovení § 97- § 99 k provádění inspekce poskytování sociálních služeb, který vychází ze změn v uvedených právních předpisech a upravuje předmět inspekce, typy inspekcí, personální zajištění inspekcí, plánování inspekcí, průběh inspekce a vydává v platnost nové formuláře dokumentující inspekční činnost. Inspekci poskytování sociálních služeb (dále jen inspekce) provádí od roku 2012 u registrovaných poskytovatelů a u poskytovatelů sociálních služeb, u kterých není vyžadovaná registrace[29] (dle ustanovení § 84) kontrolní orgán, krajská pobočka Úřadu práce. Inspekční činnosti v letech 2007-2011 byla v kompetenci agend krajských úřadů.

Činnosti inspekce jsou upraveny metodickým pokynem, Metodika k provádění inspekcí sociálních služeb [30], dokument je orientován ke směřování inspekcí k cílům:

- popsat postupy a metody, kterými krajské úřady zjišťují míru souladu poskytování sociálních služeb a vnitřních pravidel poskytovatele s obecně závaznými předpisy a zda vnitřní předpisy poskytovatel dodržuje
- poskytnout podporu všem zúčastněným aktérům, kteří vstupují do procesu inspekcí tak, aby byla průběžně zajišťována úroveň poskytovaných sociálních služeb v souladu s požadavky zákona o sociálních službách
- navrhnout způsoby organizace a plánování inspekcí a zajistit výkon inspekcí

[29] zákon č. 108/206 Sb., o sociálních službách, v platném znění, *cit.: „§ 84 1 Registrace podle § 79 se rovněž nevyžaduje u fyzické nebo právnické osoby, která je usazena v jiném členském státě Evropské unie, jestliže poskytuje sociální služby ve smyslu tohoto zákona na území České republiky dočasně a ojediněle, pokud prokáže, že je* ***a)*** *státním příslušníkem členského státu Evropské unie nebo má sídlo v jiném členském státě Evropské unie,****b)*** *držitelem oprávnění k výkonu činnosti uvedené v odstavci 1 podle právních předpisů jiného členského státu Evropské unie“…*

[30] MPSV ČR, Metodika k provádění inspekcí sociálních služeb, 2008, online dostupný z: http://www.mpsv.cz/files/clanky/6894/metodika_inspekci.pdf, [cit. 20140211]

- navrhnout způsoby kontroly registračních podmínek, povinností poskytovatelů a naplňování standardů kvality u poskytovatelů
- popsat metody inspekční činnosti, kterými lze zajistit ochranu práv a oprávněných nároků osob, které sociální služby využívají, chtějí využívat. (Metodika k provádění inspekcí sociálních služeb, 2008)

Do **předmětu inspekce** dle zákona o sociálních službách je zařazeno:

- plnění povinností poskytovatelů sociálních služeb stanovených dle § 88 a § 89
- kvalita poskytovaných sociálních služeb ověřovaná dle § 99 pomocí standardů kvality sociálních služeb ve znění přílohy č. 2 prováděcí vyhlášky č. 505/2006 Sb., v platném znění
- posouzení, zda smlouva o poskytování sociální služby obsahuje náležitosti smlouvy
- posouzení, zda je výše úhrady sjednána v rámci výše úhrady stanovené dle § 73 - § 77.

Předmět inspekce může být zúžen, ale šíře předmětu inspekce nesmí jít nad zákonem stanovený rámec.

9.1.1 Typy inspekcí

Určité vodítko k vymezení typů inspekcí v sociálních službách navrhuje výše uvedený dokument Metodika k provádění inspekcí sociálních služeb, který člení inspekce do oblastí:

- Inspekce se zúženým obsahem předmětu kontroly je **základní typ inspekce.** Jejím cílem je identifikovat nejzávažnější nedostatky v poskytování sociální služby. O rozsahu předmětu kontroly je poskytovatel informován v průběhu místního šetření.
- **Hloubková inspekce** představuje inspekci prováděnou v plném rozsahu předmětu kontroly a provádí se v případech, kdy byly zjištěny v rámci základní

inspekce závažné nedostatky v poskytování služby a je třeba provést komplexní hodnocení služby.

- **Následná inspekce** je kontrolou plnění uložených opaření k odstranění nedostatků zjištěných při inspekci.

Zásadou provádění inspekcí je povinnost dodržet předmět inspekce v souladu se zákonem o sociálních službách. Povinností inspektorů je zjistit skutečný stav věci dle § 12 odst. 1 zákona č. 552/1991 Sb., o státní kontrole. Inspektoři požadují na kontrolovaných osobách poskytnutí pravdivých a úplných informací o zjišťovaných a souvisejících skutečnostech dle § 11 písm. d) výše citovaného zákona o státní kontrole. Důkazní břemeno leží na straně poskytovatele.

Inspektor při své činnosti dodržuje platné právní předpisy a je povinen dodržovat a vycházet též z Etického kodexu inspektorů sociálních služeb [31]

Etický kodex inspektorů sociálních služeb je souborem principů, které se inspektor zavazuje dodržovat v oblastech:

- Poslání profese
- Základní předpoklady a principy
- Odpovědnost ke své profesi
- Vztah k uživatelům služeb zařízení, ve kterých provádí inspekci
- Vztah k pracovníkům a vedení, kde provádí inspekci
- Vztah k zadavateli inspekce
- Týmová spolupráce – profesní vztahy (Etický kodex inspektorů sociálních služeb, 2008)

Složení inspekčního týmu (dle ustanovení § 98 zákona o sociálních službách) je sestavován pro každou inspekci v tomto obecném složení:

- vedoucí inspekčního týmu (vždy je ustanovena osoba, pracovník Úřadu práce ČR)

[31] Etický kodex inspektorů sociálních služeb, 2008, online dostupný z http://www.mpsv.cz/files/clanky/6893/eticky_kodex.pdf.

- členové inspekčního týmu (osoba, pracovník krajského úřadu a Úřadu práce ČR)
- specialisté, odborníci na standardy kvality (nemusí být vždy to inspekčního týmu zařazen)
- další specializovaní odborníci, např. v oblasti zdravotnictví (nemusí být vždy to inspekčního týmu zařazen)

Činnost inspektora a naplňování cílů inspekce je založena na dodržování **principů:**

- Bezúhonnost
- Objektivita, k inspekci přistupuje objektivně a bez předsudků, zaujatosti, střetu zájmů nebo vlivu jiných osob.
- Odborná způsobilost a řádná péče, inspekce provádí pečlivě, svědomitě a odpovědně s odbornou způsobilostí a náležitou pílí, je povinen své odborné znalosti a dovednosti neustále udržovat na úrovni potřebné k tomu, aby mohl poskytovat vysoce odborné služby s uplatněním nejnovějších poznatků v oboru.
- Respekt k lidským právům, respektuje lidská práva při všech činnostech souvisejících s výkonem inspekce, prosazuje a hájí respekt k lidským právům obecně ve společnosti.
- Důvěrnost, s informacemi získanými v souvislosti s výkonem inspekce nakládá inspektor s potřebnou důvěrností a poskytuje jim příslušnou ochranu, dodržuje právo na ochranu osobních údajů.

(Metodika k provádění inspekcí sociálních služeb, 2008)

Výstupem z provedené inspekce je inspekční zpráva.

10 Standardy kvality sociálních služeb

Kvalita sociálních služeb je významnou výpovědní hodnotou služby, která bude na trhu služeb konkurovat a třídit „nabídku a poptávku“ v regionu. Poskytovatelé sociálních služeb mají ve svých interních předpisech a v organizacích uvedeno, jakým způsobem kvalitu služeb definují, uveden mechanismus jak kvalitu služeb kontrolují, evidují, vyhodnocují a jak se kvalita služeb v běžném provozu do služeb promítá.

10.1 Hodnocení plnění standardů - nástroj kvality v sociálních službách

Klíčovým problémem celého systému sociální pomoci je dle Průši (2003, s. 35), *„potřeba skloubit koncipování podmínek nároků na pomoc na jedné straně s odborným posouzením individuální situace osoby na straně druhé.“* Průša zastává názor, že jednotlivé případy sociální pomoci mohou být značně specifické a může být velmi problematické postihnout celostátně jednotnými pravidly měření a hodnocení např. hmotné či sociální nouze

Standardy kvality sociálních služeb jsou **souborem kritérií,** jejichž prostřednictvím je definována úroveň kvality poskytování sociálních služeb v oblasti:

- personálního zajištění služby
- provozního zabezpečení sociálních služeb
- a v oblasti vztahů mezi poskytovatelem a osobami.

Vymezení standardů kvality sociálních služeb nacházíme v ustanovení § 99 zákona o sociálních službách a v ustanovení § 38 a), přílohy č. 2 vyhlášky č. 505/2006 Sb., v platném znění. Standardy kvality jsou chápány jako kritérium pro vyjádření úrovně kvality poskytování sociálních služeb. Plnění standardů kvality se hodnotí[32] podle stupně jednotlivých kritérií, systémem přidělení počtu bodů.

[32] Hodnotící a kontrolní institut nad kvalitou sociálních služeb a plnění povinností poskytovatelů sociálních služeb stanovených v § 88 a § 89 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, provádí dle § 97 - § 99 inspekce sociálních služeb.

Standardy kvality můžeme členit do tří základních oblastí:

- Procedurální standardy – určují, jak má poskytování služby vypadat, na co je třeba se zaměřit při jednání se zájemcem o služby, jak službu přizpůsobit individuálním potřebám.
- Personální standardy – zohledňují personálnímu zajištění služeb. Kvalita služby je přímo závislá na pracovnících, na jejich dovednostech a vzdělání, vedení a podpoře, na podmínkách, které pro práci mají.
- Provozní standardy definují podmínky pro poskytování sociálních služeb, jsou zaměřeny na prostory, kde jsou služby poskytovány, na dostupnost, ekonomické zajištění služeb a rozvoj jejich kvality.

Přehled standardů kvality dle přílohy č. 2 vyhlášky č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách:

STANDARD 1. Cíle a způsoby poskytování sociálních služeb, STANDARD 2. Ochrana práv osob, STANDARD 3. Jednání se zájemcem o sociální službu, STANDARD 4. Smlouva o poskytování sociální služby, STANDARD 5. Individuální plánování průběhu sociální služby, STANDARD 6. Dokumentace o poskytování sociální služby, STANDARD 7. Stížnosti na kvalitu nebo způsob poskytování sociální služby, STANDARD 8. Návaznost poskytované sociální služby na další dostupné zdroje, STANDARD 9. Personální a organizační zajištění sociální služby, STANDARD 10. Profesní rozvoj zaměstnanců, STANDARD 11. Místní a časová dostupnost poskytované sociální služby, STANDARD 12. Informovanost o poskytované sociální službě, STANDARD 13. Prostředí a podmínky, STANDARD 14. Nouzové a havarijní situace, STANDARD 15. Zvyšování kvality sociální služby. (více na stánkách www.mpsv.cz; online dostupný z: http://www.mpsv.cz/cs/5963)

Na kvalitě sociálních služeb se podílí jednak standardy samotné a také inspekce a kontrola.

V praxi se ukazuje a od poskytovatelů slýcháme, že inspekce jsou směřovány spíše do oblasti administrace, hodnocení z převážné části písemných dokumentů poskytovatelů, ve formě zpracovaných standardů kvality. Uživatelům a spokojenosti se službou je věnována

spíše menší pozornost. Ukazuje se, že se zde otevírá další prostor k diskusi o efektivitě a kvalitě institutu inspekcí.

Plnění standardů kvality se hodnotí podle stupně jednotlivých kritérií, systémem přidělení počtu bodů[33], dle ustanovení § 38, přílohy č. 2 vyhlášky č. 505/2006Sb., v platném znění.

V rámci EU je kvalita služeb zanesena v doporučujícím dokumentu - DOBROVOLNÝ EVROPSKÝ RÁMEC PRO KVALITU SOCIÁLNÍCH SLUŽEB. Rámec kvality má dobrovolný charakter, není zakotven v závazném normativu, je projevem toho co odráží vzájemnou shodu s Výborem pro sociální ochranu[34]. Dokument lze označit jako flexibilní, s ohledem na aplikaci v národním, regionálním i lokálním kontextu všech členských států EU a na nejrůznější druhy sociálních služeb. Jedná se především o problematiky v oblasti dlouhodobé péče a také nové formy, jak chránit uživatele i pracovníky ve službách. V dokumentu se uvádí, cit. **„***Evropský rámec kvality má za cíl vytvořit jednotné chápání kvality sociálních služeb v rámci EU, prostřednictvím identifikace kvalitativních principů, jež by tyto služby měly splňovat. Navržením sady metodologických směrnic bude navíc rámec kvality užitečný i veřejné správě, která odpovídá za organizování a financování sociálních služeb.*“ (online dostupný z: http://www.mpsv.cz/files/clanky/10768/QF_document_100707_CZ_korekce.pdf, [cit. 20130218].

33 Vyhláška č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách, v platném znění, HODNOCENÍ PLNĚNÍ STANDARDŮ KVALITY SOCIÁLNÍCH SLUŽEB A INFORMACE O VÝSLEDKU PROVEDENÉ INSPEKCE, cit: *„ §38 (1) Plnění standardů kvality sociálních služeb se hodnotí podle stupně splnění jednotlivých kritérií systémem bodového hodnocení, přičemž se za každé kritérium započtou a) 3 body, jestliže kritérium je splněno výborně, b) 2 body, jestliže kritérium je splněno dobře, c) 1 bod, jestliže kritérium je splněno částečně, nebo d) 0 bodů, jestliže kritérium není splněno*“

[34] online dostupný z: http://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=794&langId=en, cit online 20130218

11 Financování sociálních služeb

Financování sociálních služeb v ČR je založeno na principu vícezdrojového financování. Financování sociálních služeb v sobě zahrnuje, a je třeba toto téma sledovat optikou pohledu makro a mikro ekonomie. Financování sociálních služeb má svoji tradici spojenou se vznikem specializovaných organizací s nástupem doby industriální. S velmi složitou situací ve městech a vnikajících průmyslových celcích a zónách jsou sociální služby závislé na zaměstnavatelích a postupně se začíná rozvíjet úloha státu. (Matoušek, 2003) V současnost je dle Matouška, cit.: „*sociální systém napojen přímo na politiku státu a jeho financování na státní rozpočty nebo rozpočty obcí či regionálních celků*." (Matoušek, 2003, s. 335),

Keller si všiml vzájemné kauzality bezdětnosti ekonomicky aktivních osob a seniorů z pohledu ekonomiky. Uvádí, že na příklad v Německu zůstává třetina žen a mužů (ročníky od 1960) trvale bezdětných. Tento jev je vysvětlován vysokým ekonomickým zatížením partnerů ze středních a nižších příjmových skupiny při pořízení si dítěte. Autor předjímá stav do budoucna, cit.: „*Ekonomické výhody bezdětnosti jsou natolik lákavé, že poměr mezi ekonomicky aktivními a důchodci se bude do budoucna s vysokou pravděpodobností neustále zhoršovat. To bude dále degradovat finanční situaci důchodců a zpětně zvyšovat tlak na to, aby mladé páry volily bezdětnost jako podmínku vzestupu své životní úrovně a přilepšení si na stáří.*" (Keller, 2009, s. 31)

Můžeme si zde položit otázku, zda a nakolik se tento trend již promítá do naší populace a jaký bude mít případný vliv na strukturalizaci a financování sociálních služeb.

Na druhé straně nutno poznamenat, že finanční limity mají též zadavatelé služeb. Obecně se hovoří o ekonomické krizi a úsporách v hospodaření, růstu daně z přidané hodnoty, růstu cen energií, a služeb[35]. Financování systému sociálního, v kontextu péče o seniory s sebou nese značné finanční náklady v oblasti sociálních služeb.

K otázce reforem MPSV a financování sociálních služeb se vyjadřuje například Tomeš (2011), uvádí, cit.: „…*obecnou slabinou sociální péče u nás je, že český stát si navykl řešit sociální problémy spíš tím, že vyplácí sociální dávky, a nezmůže se už na to, aby poskytoval kvalifikované sociální služby, založené na individuální sociální práci*." Autor dále uvádí, že

[35] Praxe v sociálních službách naznačuje skutečnost, že postupně (sledováno od r. 2007) dochází k růstu finančních nákladů na jednotlivé sociální služby. Nejvýraznější nárůst nákladů sledujeme u registrovaných sociálních služeb právě u cílové skupiny seniorů. Největší míru finančního zatížení přestavují pobytové služby s celoročním provozem, například domov pro seniory a domov se zvláštním režimem. Tyto závěry vycházejí např. z výsledků a výstupů benchmarkingových analýz v jednom územním regionu ČR

sociální politika státu je v oblasti služeb spíše založena na úhradě nezbytného minima prostředků, cit.: „….*stát zaplatí almužnu, než by upřednostnil podporu kvalifikovaným sociálním pracovníkem, který by za potřebným občanem došel a řešili by ve spolupráci jeho specifické problémy.*“ (Tomeš, 2011, s. 4-5)

Spojitost problematiky růstu seniorské populace a nastavení optima k financování sítě sociálních služeb je zásadní otázkou pro tvorbu koncepcí v daném regionu. V oblasti sociálních služeb se zaměřením pro oblast seniorů konstatujeme deficit metodologicky orientované literatury problematice síťování a kritérií financování služeb z veřejných rozpočtů. Zadavatelé služeb i poskytovatelé služeb, kteří zabezpečují a zajišťují některé z výše uvedených typologií registrovaných sociálních služeb pro seniory v předchozích kapitolách, musí řešit teoreticko-praktické problémy, související s procesem zajištění péče a financování služeb jako celku za účelem nastavení kvalitní sítě služeb pro seniory v propojenosti kvality péče, teoretických poznatků a praktických dovedností.

Na úhradě celkových nákladů služby se nejčastěji podílejí zadavatelé služeb, donátoři, uživatelé, poskytovatelé a další subjekty participující na zajištění služby.

Úhradové služby pro seniory (uvedené v zákoně o sociálních službách) jsou limitovány svým rozsahem a výší úhrady. Financování sociálních služeb z pohledu úhrad (dle zákona č. 108/2006 Sb. o sociálních službách, v platném znění) předpis definuje, které sociální služby je možné čerpat:

- za úhradu
- neúhradové sociální služby.

Vymezení neúhradových služeb je stanoveno dle § 72 výše uvedeného zákona, sociální služby poskytované za úhradu jsou vymezeny v ustanovení § 73 až § 77 zákona o sociálních službách.

V praxi se ukazuje, že státní dávky příspěvek na péči a dávky z důchodového pilíře v mnoha případech nestačí na pokrytí nákladů sociálních služeb. Služby bez úplaty jsou financovány vícezdrojově, převážně z veřejných rozpočtů. Problematika pobytových služeb s celoročním provozem, v oblasti péče o seniory, zejména domov pro seniory a propojenost se zdravotními službami, například sociální lůžko ve zdravotnickém zařízení a problematika v oblasti návazné a dlouhodobé péče je velmi roztříštěna, často v praxi těžko uchopitelná, a to z pohledu rozdílné legislativy, řízení a kompetencí ministerstev MPSV ČR a MZČR.

11.1 Benchmarking v sociálních službách

Existují různé metody, jak nahlížet na rozpočty poskytovatelů služeb v kontextu efektivity nákladovosti služby, jednou z nich může být, a praxi se pro neziskový sektor osvědčila **metoda benchmarkingu** v sociálních službách. Pojem benchmarking je vykládán různě, pro některé je to jednoduše proces porovnávání nákladů, jiní o něm hovoří, když chtějí pojmenovat zlepšení a zkvalitnění služby.

Benchmarking můžeme definovat, cit.: „ …*využití strukturovaného porovnávání s cílem definovat a zlepšovat dobré praktické postupy*. (Benchmarking ve veřejné správě, 2006, s. 4, online dostupný z: http://www.kvalitavs.cz/download/Benchmarking_VS.pdf, [cit. 20140212].

Pro stanovení efektivního financování sociální služby je třeba určit nástroj a metodu, která bude vypovídat o atributech a proměnných indikátorech sociální služby. Tím může být benchmarking, jako nástroj strategického managementu. Jedná se o pravidelný a systematický proces porovnávání a měření produktů, procesů a metod vlastní organizace. Účelem je získat a definovat cíle zlepšování vlastních činností a aktivit.

Smyslem benchmarkingu je zjistit, cit.: …„*jak si organizace stojí ve srovnání s ostatními, především pokud jde o výstupy, tj. výsledky služeb vašim zákazníkům; jak organizace pracuje z hlediska vstupů, tj. personálu, financí a dalších zdrojů, a jaká je úroveň služeb, které pomocí vstupů zajišťuje; nejen rezerv v organizaci, ale především poznání, jak některé věci dělají jiní.*“ (Benchmarking ve veřejné správě, 2006, s. 4, online dostupný z: http://www.kvalitavs.cz/download/Benchmarking_VS.pdf, [cit. 20140212].

Příjmy a výdaje jsou základní hodnotové veličiny v souvislosti s řízením peněžních toků.

Příjmové položky v sociálních službách (dle benchmarkingu)

- dotace (ministerstva, kraje, obce/města,nadace a nadační fondy)
- finanční příspěvky z vnějších zdrojů (EU a další)
- úhrady, platby od uživatelů (vlastní zdroje uživatelů, finanční podpora rodiny, důchod, příspěvek na péči[36]

[36] u institutu osobního asistenta a fyzické osoby, u které se nevyžaduje registrace je přijatá částka z příspěvku na péči jako úhrada za poskytnutou péči je v případě poskytování péče asistentem sociální péče

- doplňková činnost poskytovatelů
- podnikatelská činnost poskytovatelů
- dary
- ostatní zdroje a další.

Mezi **nákladové položky** sociálních služeb nejčastěji patří (dle benchmarkingu)

- provozní náklady
- mzdové náklady
- zákonné pojištění
- a další.

Od roku 2010 mají poskytovatelé sociálních služeb, kteří jsou zapsáni v registru poskytovatelů služeb, povinnost sdělovat příslušnému krajskému úřadu údaje o poskytovaných sociálních službách. Tato povinnosti je stanovena metodickým nařízením [37] MPSV ČR, sběr dat je zajištěn pomocí elektronického systému.

Tomeš ke vztahu sociální ochrany a sociálních nákladů uvádí, cit.: „*Sociální ochrana se stala komplexní záležitostí, povrchní a zjednodušené pohledy jen oslabují její roli ve společnosti a činí z ní předmět politických populistických licitací. To ve svém důsledku snižuje její účinnost a zvyšuje sociální náklady z veřejných rozpočtů. Proto v řadě států, např. ve skandinávských zemích, upustili od předvolebních sociálních licitací a změny v sociální ochraně učinili předmětem sociální dohody napříč politickým spektrem připravené odborníky*.“ (Tomeš, 2011, s. 343)

osvobozena od povinnosti zdaňování, a to tak, že od daně z příjmů je měsíčně osvobozena v úhrnu částka do výše příspěvku na péči pro osobu ve stupni závislosti IV (úplná závislost) v souladu s ustanovením § 4 odst. 1 písm. i) zákona č. 586/1992 Sb., o daních z příjmů (tj. částka do výše 12 000 Kč měsíčně).

[37] Vykazování dat se řídí podle Metodického pokynu č. 6/2010 Ministerstva práce a sociálních věcí pro vykazování dat o poskytovaných sociálních službách.

Tabulka 10 **Výdaje územních samospráv na sociální péči**

SOCIAL

SOCIÁLNÍ ZABEZPEČENÍ ***SECURITY***

25-16. **Výdaje územních samospráv na sociální péči**

Social care expenditure of territorial self-governing units , v tis Kč

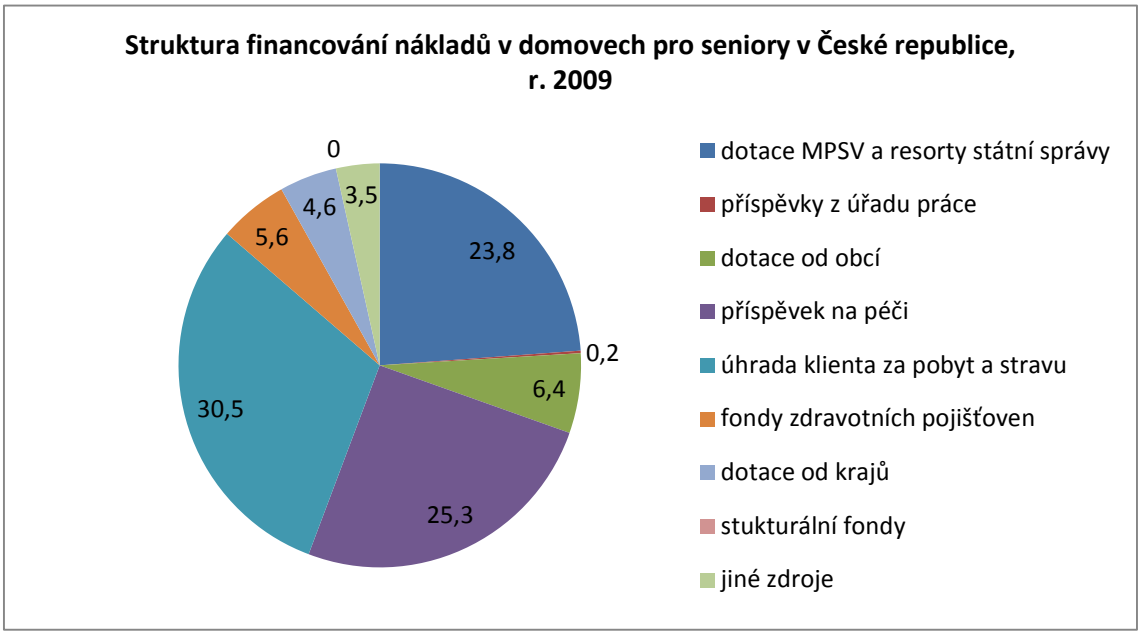
CZK thousand

Ukazatel	**2010**	**2011**	**2012**
Sociální rehabilitace a ostatní sociální péče a pomoc	1 003 056	892 577	1 031 977
Služby sociální péče	7 273 378	7 706 457	7 110 260
Služby sociální prevence	1 028 559	1 056 840	935 321
Sociální poradenství	64 001	61 611	61 497

Zdroj: CSU, převzato, upraveno, online dostupný z: http://m.czso.cz/csu/2013edicniplan.nsf/kapitola/0001-13-r_2013-2500

Z přehledu tabulky výdajů samosprávních celků na sociální péči v ČR se ukazuje, že nejvyšší výdaje připadají na služby sociální péče. Sociální poradenství se vyznačuje nejmenším podílem nákladů na zajištění služby. Služby sociální prevence naznačují klesající tendenci nákladů v posledních letech.

11.1.1 Příklady ekonomických analýz v sociálních službách



Obrázek 3 **Příklad analýzy financování služby domov pro seniory**

Zdroj: Průša, Horecký, 2012, s. 57, převzato a upraveno, příloha č. 11 *Poskytování služeb sociální péče pro seniory v České republice a ve Švýcarsku: mezinárodní komparace*

Příklad sledování veličin v sociálních službách z pohledu benchmarkingu, náklady a výnosy.

Tabulka 11 **Náklady** uváděné v aplikaci benchmarking

Provozní náklady celkem
Materiálové náklady celkem (501)
Spotřební materiál (501)
Pohonné hmoty (501)
Drobný hmotný majetek (501)
Potraviny (501)
Ostatní materiálové náklady (501)
Spotřeba energie celkem (502, 503)
Opravy a udržování (511)
Cestovné (512)
Náklady na reprezentaci (513)
Ostatní služby (518)

Spoje (518)
Nájemné (518)
Právní a ekonomické služby, poradenství (518)
Školení a kurzy (518)
DNIM (518)
Leasing (518)
Přepravné (518)
Strava dodavatelsky (518)
Nákup služeb pro zajištění základních činností dodavatelsky - PŘÍMÁ PÉČE (fyzické i právnické osoby)
Jiné ostatní služby (518)
Daně a poplatky (53*)
Odepsané neuhrazené pohledávky (543)
Jiné ostatní náklady (549)
Zákonné pojištění (549)
Jiné ostatní provozní náklady (549)
Odpisy - účetní (551)
Ostatní náklady (504, 53x, 541, 542, 544, 545, 546, 548, 552, 553, 554, 556, 559, 59x)
Mzdové náklady (521)
Pracovní poměr (521)
OON na DPČ (521)
OON na DPP (521)
Ostatní mzdové náklady (521)
Zákonné sociální pojištění (524)
Pojistné ke mzdám (524)
Pojistné k DPČ (524)
Ostatní pojistné (524)
Ostatní sociální pojištění (525)
Zákonné sociální náklady (527)
Ostatní sociální náklady (528)

Zdroj: : převzato a upraveno z benchmarkingové aplikace Královéhradeckého kraje, 2012

Tabulka 12 **Výnosy** uváděné v aplikaci benchmarking

Výnosy celkem - údaje převzaté z výsledovky
Úhrady uživatelů celkem (602)
Tržby za poskytnutí základních činností (602)
Z toho tržby za poskytnutí základních činností (602) - příspěvek na péči (pouze u pobytových služeb dle §73 odst. 1)
Z toho tržby za poskytnutí základních činností (602) - tržby za dovoz nebo donášku jídla
Z toho tržby za poskytnutí základních činností (602) - tržby za poskytnutí stravy včetně provozních nákladů souvisejících s přípravou stravy
Z toho tržby za poskytnutí základních činností (602) - tržby za poskytnutí ubytování (pouze pobytové služby)
Z toho tržby za poskytnutí základních činností (602) - tržby za poskytnutí ostatních základních činností
Tržby za ostatní služby (fakultativní a jiné)
Tržby za stravu od jiného dodavatele (netýká se pobytových služeb)
Příjmy z vedlejší činnosti (602)
Příjmy od zdravotních pojišťoven (602)
Tržby z prodeje služeb ostatní (602)
Zúčtování fondů (648)
Jiné ostatní výnosy (649)
Přijaté příspěvky (68x)
Další výnosy výše neuvedené (604, 61x, 641, 642, 643, 644, 645)
Výnosy z veřejných rozpočtů - příspěvky zřizovatele - obec I. typu (691)
Výnosy z veřejných rozpočtů - příspěvky zřizovatele - obec II. typu (691) - příspěvky zřizovatele - obec II. typu
Výnosy z veřejných rozpočtů - příspěvky zřizovatele - kraj (691)
Výnosy z veřejných rozpočtů - jiný zřizovatel (691)
Výnosy z veřejných rozpočtů - dotace z úřadu práce (691)
Výnosy z veřejných rozpočtů - dotace, granty z fondů EU, EHP (691)
Dotace a granty z veřejných rozpočtů - mimo zdroje EU - obec I. typu (691)
Dotace a granty z veřejných rozpočtů - mimo zdroje EU - obec II. typu (691)

Zdroj: : převzato a upraveno z benchmarkingové aplikace Královéhradeckého kraje, 2012

11.2 Veřejný sektor a financování služeb

Veřejný sektor představuje pojem, který je svou povahou spíše řazen do oblasti pojmu z ekonomiky.[38] V literatuře existují různá pojetí veřejného sektoru[39]. Dle mého soudu velmi výstižné vyjádření poskytuje Ochrana (2001), s vymezením termínu veřejný sektor do okruhu ekonomiky do určité míry souhlasí, avšak s dovětkem, cit.: …„*veřejný sektor je jevem, který svou strukturou přesahuje ekonomickou realitu, a proto by měl být předmětem zkoumání i jiných vědních disciplín, např. správního práva, sociologie, sociální filosofie, politologie, manažerské vědy, a nikoli ekonomických věd.*“ (Ochrana, 2001, s. 11)

Vzhledem k dlouhodobému ekonomicky nestabilnímu financování sociálních služeb a k předpokládaným negativním dopadům některých legislativních změn[40], není možné vyloučit, že v blízkém budoucnu dojde k ohrožení či zániku některých typů sociálních služeb. Je zřejmý fakt, že právě na podílu a výši dotací ze státního rozpočtu závisí rozsah a kvalita celé sítě sociálních služeb.

Poskytovatelé sociálních služeb formou projektů žádají o dotace u obcí, krajů, ministerstva, nadací a dalších donátorů. V praxi se stále častěji ukazuje, že dotační proces veřejné správy není na sebe navázán, jednotlivá dotační kola jsou nepropojena, časově často i s velkými prodlevami, které mohou nepříznivě ovlivnit činnost a provoz sociální služby. Celý mechanismu dotací z veřejných zdrojů je administrativně náročný a spíše nepružný.

Keller s odkazem na Esping-Andersena (Esping-Andersen in Keller, 2009) uvádí dva modely financování služeb, cit.: „*Zatímco v Evropě stát dotuje jejich veřejné poskytování, ve Spojených státech je daňově zvýhodněno jejich poskytování soukromými agenturami*.“ (Keller, 2009, s. 25) K problematice stavu finančního managmentu ve veřejném sektoru zemí střední a východní Evropy se vyjadřuje Wright a Nemec (2002). Autoři konstatují, že v oblasti rozpočtování stále dominují tradiční přístupy, jednak v institucionální tak i v makroúrovni. Dovozují, že znaky finančního managmentu v zemích CEE[41] jsou stále v mnohém podobné bývalému socialistickému přístupu, což způsobuje a vede k velkému

[38] např. dle Stiglitze. Stiglitz, J.E. Ekonomie veřejného sektoru. Praha: Grada Publishing, 1997, s. 23-45, dle Wright, G., Nemec, J. Management veřejné správy teorie a praxe, 2002, Bratislava: NISPAAcee, s.245-248
[39] např. Strecková, Y., malý I. Veřejná ekonomie pro školu a praxi, Praha, Computer Press, 1998, s. 4. -11

[40] zákon č. 250/2000 Sb., o rozpočtových pravidlech územních rozpočtů, v platném znění
[41] CEE- Central and Eastern Europe(CEE), označuje země střední a východní Evropy

rozsahu neefektivností. V komparačním modelu finančního managementu u moderních přístupů a zemí střední a východní Evropy dochází autoři k závěru, cit.:…„*Ani po více než deseti letech transformace nedosáhla kvalita finančního managementu ve veřejném sektoru úrovně srovnatelné s pokrokem v jiných oblastech reformy veřejné správy a všeobecné transformace ekonomiky.*“ (Wright, Nemec, 2002, s. 251).

Tabulka 13 **Komparace současné situace finančního managementu ve veřejném sektoru zemí střední a východní Evropy a moderní přístupy**

Finanční management	země střední a východní Evropy	moderní přístupy
Metody rozpočtování	převládá model inkrementální (historický) a krátkodobého rozpočtování	programové rozpočty, střednědobé rozpočtování
Volnost v příjmové oblasti	přetrvávání „brutto rozpočetnictví“	„netto-rozpočetnictví“, agentury
Management rozpočtů v organizacích	centralizovaný, dominantě se sledují vstupy	decentralizovaný, soustřeďuje se na sledování výstupů a výsledků
Alokace zdrojů	subjektivní a netransparentní	transparentní, tam kde je to možné alokace podle vzorce
Audit	kontrola shody, následná kontroly	kontrola výsledků ex-ante, předběžná kontrola
Zajišťování veřejných služeb	příliš pomalá likvidace monopolu státu, nesystémové přístupy	pluralitní mix všech vlastnických forem

Zdroj: Wright, Nemec, 2002, s. 251, převzato a upraveno

Hlavním východiskem inkrementálního přístupu pro sestavování rozpočtu na další rok jsou výsledky roku předcházejícího. Vzhledem ke svým nedostatkům způsobuje inkrementálního rozpočtování řadu komplikací, například nemotivuje ke změnám výdajové struktury a vede finanční manažery ve veřejných organizacích k uplatňování klasické rozpočtové strategie. Problematika rozlišení mezi „brutto“ a „netto“ je v zemích střední a východní Evropy dle autorů Wrighta a Nemce velmi aktuální.

Ve veřejném sektoru působí mnoho typů neziskových organizací, které můžeme rozdělit **dle jejich role a právních forem,** dle Stiglitze (Stiglitz in Wright, Nemec, 2002)

- **administrativní instituce** - převážně realizují regulační funkci státu, například soudy, úřady policie

- **instituce zabezpečující poskytování veřejných služeb** - převážně realizují alokační a redistribuční funkci státu, některé se pohybují a mění na rozhraní mezi veřejným a soukromým sektorem, například školy, sociální služby, služby ve zdravotnictví

- **agentury** – realizují regulační nebo stabilizační funkci státu, mívají status specifické a nezávislé veřejné organizace.

Dělení organizací z hlediska rozpočtové volnosti

- organizace **s „brutto“** rozpočtovým hospodařením (mají striktně odděleny příjmové a výdajové stánky rozpočtu

- organizace **s „neto“** rozpočtovým hospodařením (rozpočet organizací vytváří jeden celek s propojením příjmů a výdajů, na nadřízený rozpočet je navázán ztrátou nebo přebytkem)

- **smíšené typy organizací**

Jak uvádějí někteří autoři, v našich současných podmínkách je systém sledování výdajů obcí a měst na sociální služby z veřejných zdrojů nepřesný a neúplný. K této problematice a situaci byl proveden výzkum[42]. Z výsledků zjištění Průša (2003, s. 63) uvádí, cit.: „*V rámci reformy sociálních služeb se proto jeví jako účelné hledat takové nástroje a mechanismy, které by zabezpečily, aby se všechny obce (města) věnovaly sociální problematice.“* Problém financování služeb je podle Matouška (2003) též v oblasti a přístupu k personalistice jako k řízení lidských zdrojů, dle autora se však jedná o oblast s hlubším kontextem, dotýká se a ovlivňuje celkovou kvalitu řízení státních i nestátních institucí.

V otázce úspor (při vzniku potřeby rychlejší modernizace sociálního státu) na sociálních výdajích popisuje Keller (2009) **možnosti dopadů při snižování sociálních nároků a sociálních práva občanů**

- první způsob představuje zpřísnění podmínek pro přiznání dávek
- druhý ve snižování výše dávek
- třetí ve zkracování doby, na kterou jsou poskytovány.

[42] V roce 2002 provedl VÚPSV šetření o struktuře příjmů a výdajů vybraných obcí různých velikostních typů, osloveno bylo celkem 408 starostů pověřených obecních úřadů a městských částí v Praze; viz L. Průša: Obce (města) a výdaje na sociální a zdravotní služby v roce 2001, VÚPSV, Praha 2002.

Velmi znatelně se uplatňuje tato teorie například u seniorů, v případě důchodového zajištění. Jistou obdobu můžeme sledovat u dávky v systému sociální pomoci a financování příspěvku na péči. Ukazuje se, že tzv. modernizace se promítá do škrtů v sociálních výdajích.

12 Závěr

Z informací uvedených v přecházejících kapitolách jednoznačně vyplývá, že pro koncipování sítě služeb pro seniory se jako bazální předpoklad jeví znalost regionu, potřeb regionu a demografie obyvatel, a to především v teorii plánování služeb a typologii sociálních služeb pro seniory. Základní otázkou přitom zůstává, jak nastavit celý proces financování sociálních služeb, aby výsledkem bylo efektivní a kvalitní zajištění péče. Svou roli též sehrává kvalita sociálních služeb pro seniory a efektivita inspekcí kvality služeb. Snahou a cílem sociálních služeb pro seniory je zajistit dostatečnou kapacitu služeb tak, aby docházelo k posilování terénních služeb, s co možná nejvyšším akcentem udržení osob v jejich přirozeném prostředí, hledat sítě a vazby na místní úrovni v duchu koncepce deinstitucionalizace pobytových služeb a odpovědně se podílet na rozvoji sociální politiky v oblasti péče pro seniory.

V současnosti se pod vlivem ministerských reforem prosazuje požadavek přenesení dotační politiky ze státu na krajské a obecní úřady, přerozdělování financí na služby by zůstalo výhradně v kompetencích obcí. Hovoří se o tzv. víceletém financování sociálních služeb. Jako zásadní nedostatek považuji chybějící výklad a deskripci sociálních služeb z pohledu jednotlivých kritérií v typologiích služeb, které by zhodnotily službu pro udělení míry přidělené dotace z vnějších zdrojů.

Otázkou v současném pojetí sociálních služeb pro seniory v dlouhodobé pobytové péči dále zůstává, jak bude zajištěna sociální péče a provázanost s dalšími službami (například zdravotními) jak budou vymezeny kompetence a jak bude nastaven systém péče o seniory do budoucna.

13 Rejstřík

A

autonomie, 12, 16, 27
azylové domy, 5, 17, 46
azylové služby, 48

B

benchmarking, 66, 69, 71
bezmocnost, 50, 51
bydlení, 16, 17, 18, 38, 41, 44, 45, 47, 52

D

dávky, 7, 49, 50, 51, 52, 64, 65, 75
diskurs, 30, 31
důstojnost, 10, 19, 25

I

individuální plánování, 25, 26
inspekce, 57, 58, 59, 60, 61, 62

K

kvalita služeb, 61, 63
kvalita života, 12

O

opatrovník, 25

P

participace, 31, 34
poradenství sociální, 39
prevence sociální, 3, 5, 24, 37, 45, 48, 68

S

stárnutí obyvatelstva, 8, 12

V

veřejný sektor, 72

Z

začleňování sociální, 25
zdravotní stav, 25, 37, 56

14 Literatura

1. BERESFORT,P., et al. Supporting People: Towards a person-centred approach. The policy Press,Bristol,2011.

2. ČESKO. MPSV kol. autorů. Průvodce procesem komunitního plánování sociálních služeb, Praha: MPSV, 2004. 60 s. ISBN 80-86878-03-1.

3. ČEVELA, R., KALVACH, Z., ČELEDOVÁ, L. Sociální gerontologie. Úvod do problematiky. Praha: Grada Publishing, 2012, 264 s. ISBN 978-80-247-3901-4.

4. GUPTA, K. et al. A practical guide to Leeds assesment. 2nd ed. San Francisco: John Willey and sons, 2007.

5. HAŠKOVCOVÁ, H. Fenomén stáří. 2. vyd. Praha: Havlíček Brain Team, 2010. 355 s. ISBN 978-80-87109-19-9.

6. HAŠKOVCOVÁ, H. Sociální gerontologie aneb Senioři mezi námi. Praha: Galén. 2012. 194 s. ISBN 978-80-7262-900-8

7. INGERSOLL-DAYTON, B. CAMPBELL, R. The Delcate Balance, Case Studies in Counseling and Care Management for Older Adults, Baltimore: Health profession press, 2001. 248 s. ISBN 1-878812-64-5.

8. JACKSON, P. M., BROWN, C. V. Ekonomie veřejného sektoru. Praha: EUROLEX BOHEMIA s.r.o., 2003. 733 s. ISBN 80-86432-09-2.

9. JANEBOVÁ, R. „Ale nikomu to neříkejte…“aneb dilema mezi sdělováním informací a mlčenlivosti v oblasti sociálně-právní ochrany dětí. Sociální práce, 2010, roč. 10, ISSN 1213-6204.

10. JANEČKOVÁ, H. Kvalita života seniorů a možnosti jejího zlepšení prostřednictvím kvality péče:Autoreferát dizertační práce k získání vědecké hodnosti Ph.D. Plzeň: Lékařská fakulta Univerzity Karlovy v Plzni, 2004. 31 s. ISBN neuvedeno.

11. KALVACH, Z., ONDERKOVÁ, A. Stáří: Pojetí geriatrického pacienta a jeho problémů v ošetřovatelské praxi. Praha: Galén, 2006. 44 s. ISBN 80-7262-455-5.

12. KALVACH, Z. Úvod do gerontologie a geriatrie. Praha: Karolinum, 1997, 193 s. ISBN 80-7174-366-0.

13. KELLER, J. Soumrak sociálního státu. Praha: SLON, 2009. 158 s. ISBN 80-86429-41-5.

14. KLERK, M.M.Y. (ed). Report on the Elderly 2001. Social and Cultural Planning Office of tehe Netherlands, The Hague, 2001.

15. KUBALČÍKOVÁ, K. Individuální plánování v sociálních službách pro seniory: příklad vybrané organizace pečovatelské služby, Sociální práce, 2011, roč. 11, ISSN 1213-6204.

16. KUBALČIKOVA, K. Expertíza pro cílovou skupinu „Senioři“: Podkladový materiál pro proces komunitního plánování sociálních služeb ve městě Brně. BRNO: srpen 2006. 34 s. ISBN neuvedeno

17. KUBALČÍKOVÁ, K. Role klienta při vytváření specifické zakázky sociální práce na místní úrovni. Sociální práce, 2009, roč. 9, ISSN 1213-6204.

18. MATOUŠEK, O. Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi. 1.vyd. Praha: Portál, 2005. 352s. ISBN 80-7367-002-X.

19. MATOUŠEK, O. Slovník sociální práce. Praha: Portál, 2008. 272 s. ISBN 978-80-7367-368-0.

20. MATOUŠEK, O. a kol. Sociální služby. Praha: Portál, 2007. 184 s. ISBN 978-80-7367-310-9.

21. MATOUŠEK, O. Slovník sociální práce. Praha: Portál, 2003. 288 s. ISBN 80-7178-549-0.

22. MATOUŠEK, O. a kol. Encyklopedie sociální práce. Praha: Portál, 570 s. ISBN 978-80-262-0366-7

23. MUSIL, L. „Ráda bych vám pomohla, ale….“Dilemata práce s klienty v organizacích. Brno: Marek Zeman, Brno, 2004.

24. MUSIL, L. Různorodost pojetí, nejasná nabídka a kontrola výkonu „sociální práce“. Sociální práce, 2008, roč. 8, č. 2, s. 60-79

25. NOVOSAD, L. Základy speciálního poradenství. Praha: Portál, 2000. 160 s. ISBN 80-7178-197-5.

26. OCHRANA, F. *Veřejný sektor a efektivní rozhodování*. Praha: Management Press, 2001. 246 s. ISBN 80-7261-018-X.

27. PACOVSKÝ, V. O stárnutí a stáří. Praha: Avicenum, zdravotnické nakladatelství, 1990. 135 s. ISBN 80-201-0076-8.

28. PETRÁČKOVÁ, V., KRAUS, J. a kol: Akademický slovník cizích slov. Academia. 1.vyd. Praha 1998. S. 166. ISBN 80-200-0607-9.

29. PICHAUD, C., THAREAUOVÁ, I. Soužití se staršími lidmi. Praha: Portál, 1998. 160 s. ISBN 80-7178-184-3.

30. PRŮŠA, L. Ekonomie sociálních služeb. Praha: SPI Publishing, 2003. 152 s. ISBN 80-86395-69-3.

31. PRŮŠA, L., HORECKÝ, J. Poskytování služeb sociální péče pro seniory v České republice a ve Švýcarsku: mezinárodní komparace, Tábor: APSS, 2012, ISBN 978-80-904668-3-8

32. ŘÍČAN, P. Cesta životem, Portál, Praha, 2004, s 390, ISBN 80-7178-829-5.

33. SÝKOROVÁ, D. Autonomie ve stáří. Praha: Sociologické nakladatelství, 2007. 284 s. ISBN 978-80-86429-62-5.

34. ŠELNER, I. Úloha rodiny v péči o seniory. In Sociální práce. 2. vyd. Brno: Asociace vzdělavatelů v sociální práci, 2004. 171 s. ISSN 1213-624.

35. TOMEŠ, I. Sociální politika teorie a mezinárodní zkušenost. 2.vyd. Praha: SOCIOKLUB, 2001. 262 s. ISBN 80-86484-00-9.

36. TOMEŠ, I. Obory sociální politiky. Praha: Portál s.r.o., 2011. 368 s. ISBN 978-80-7367-868-5.

37. TOPINKOVÁ, E., NEUWIRTH, J. Geriatrie pro praktického lékaře. Praha: Grada Publishing, 1995, 312 s. ISBN 80-7169-099-6.

38. TRUHLÁŘOVÁ, Z. Psychologie stáří ze sociálního pohledu. In Sociální práce a sociální služby. Hradec Králové: Gaudeamus, 2007. s. 57-60. ISBN 978-80-7041-105-6.

39. WACKER, R. R., ROBERTO, K. A. COMMUNITY RESOURCES FRO OLDER ADULTS: Programs and Services in an Era of Change. 3edition, SAGE Publications, 2008. 464 p. ISBN 978-1-4129-5129-6.

40. WRIGHT, G., NEMEC, J. Management veřejné správy teorie a praxe. Bratislava: NISPAcee, 2002, překlad EKOPRESS, 2003. 419 s. ISBN 80-86119-70-X.

41. ZATLOUKAL, L., HAVLÍK, M., DOLEČEK, Z., ŠOTOLA, J. Komplexní posuzování potřeb klientů v rámci poradenského rozhovoru z hlediska přístupu zaměřeného na řešení. Sociální práce, 2011, roč. 11, ISSN 1213-6204

Informace získané osobním kontaktem

HAŠKOVCOVÁ, H., MOŽNÝ, I. Závěrečná konference k ukončení Evropského roku aktivního stárnutí a mezigenerační solidarity, Břevnovský klášter Praha, 11. 12. 2012.

RÁŹOVÁ, E. Odborný seminář - zákon o sociálních službách. MPSV, Praha, 08. 12. 2012.

Metodiky a statistiky

MPSV ČR, Metodiky "Deset kroků procesem komunitního plánování", vydalo Centrum komunitní práce (CKP) Ústí nad Labem v červnu 2008, online dostupný z: http://www.mpsv.cz/cs/6810

MPSV ČR, Metodika k provádění inspekcí sociálních služeb, 2008, online dostupný z: http://www.mpsv.cz/files/clanky/6894/metodika_inspekci.pdf,

Český statistický úřad, Statistiky, online dostupný z: http://www.czso.cz/

Legislativa

ČESKO. Zákon č. 108 ze dne 14. března 2006, o sociálních službách. Sbírka zákonů ČR. 2006, částka 37, s 1257-1289. ISSN 1211-1244.
ČESKO. Vyhláška č. 505 ze dne 15. listopadu 2006, kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách. Sbírka zákonů ČR. 2006, částka 164. s. 7021, ISSN 1211-1244.
ČESKO. Zákon č. 500 ze dne 24. června 2004, správní řád. In KRÁLOVÁ, J., RÁŽOVÁ, E. Sociální služby a příspěvek na péči 2009/2010. 3.vyd. Praha: ANAG, 2009. 423 s. ISBN 978-80-7263-559-7.
ČESKO. Zákon č. 48 ze dne 7. března 1997, o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, v platném znění. In KRÁLOVÁ, J., RÁŽOVÁ, E. Sociální služby a příspěvek na péči 2009/2010. 3.vyd. Praha: ANAG, 2009. 423 s. ISBN 978-80-7263-559-7.
ČESKOSLOVENSKO. Zákon č. 20 ze dne 17. března 1966, o péči o zdraví lidu. In: KRÁLOVÁ, J., RÁŽOVÁ, E. Sociální služby a příspěvek na péči 2009/2010. 3.vyd. Praha: ANAG, 2009. 423 s. ISBN 978-80-7263-559-7.
ČESKOSLOVENSKO. Zákon č. 40 ze dne 26. února 1964, občanský zákoník. Sbírka zákonů ČSSR. 1964, částka 19. 248 s. ISSN 0322-8037.
ČESKO. USNESENÍ předsednictva České národní rady č. 2 ze dne 16. prosince 1992, o vyhlášení LISTINY ZÁKLADNÍCH PRÁV A SVOBOD jako součásti ústavního pořádku České republiky, online dostupný z: http://www.psp.cz/docs/laws/listina.html
ČESKO. Zákon č. 155 ze dne 30. června 1995, o důchodovém pojištění. In KRÁLOVÁ, J., RÁŽOVÁ, E. Sociální služby a příspěvek na péči 2009/2010. 3. vyd. Praha: ANAG, 2009. 423 s. ISBN 978-80-7263-559-7., nebo online dostupný z: http://www.mpsv.cz/cs/617
ČESKO. Zákon č. 89 ze dne 3. února 2012, občanský zákoník, online dostupný z: http://www.systemaspi.cz/Novinky/Rekodifikace_soukromeho_prava.html

Redakční rada Edice texty k sociální práci:
Mgr. Karel Bauer; Mgr. Radka Janebová, Ph.D.; PhDr. Martin Smutek, Ph.D.;
Mgr. Zuzana Truhlářová, Ph.D.

Řada: Vybrané kapitoly z teorií a metod sociální práce

Název: **Sociální služby se zaměřením na problematiku seniorů**
Rok a místo vydání: 2014, Hradec Králové
Vydání: první
Náklad: 200
Vydalo nakladatelství Gaudeamus při Univerzitě Hradec Králové jako svou 1393. publikaci.

ISBN 978-80-7435-453-3