

**ČESKÁ ZEMĚDĚLSKÁ UNIVERZITA
V PRAZE**

PROVOZNĚ EKONOMICKÁ FAKULTA



DISERTAČNÍ PRÁCE

**EKONOMICKÉ SOUVISLOSTI SLUŽEB
SOCIÁLNÍ PÉČE V DOMOVECH
PRO SENIORY**

**ECONOMIC CONTEXT OF SOCIAL CARE
SERVICES IN RETIREMENT HOMES**

Autor disertační práce:
Školitel:
Obor:

JUDr. Ing. Pavel Pikola
Prof. PhDr. Ing. Věra Majerová, CSc.
Regionální a sociální rozvoj

© 2010 ČZU v Praze

Poděkování

Tímto bych rád poděkoval své školitelce prof. PhDr. Ing. Věře Majerové, CSc. za odborné vedení, připomínky a cenné rady při zpracovávání disertační práce. Poděkování patří též členům Katedry humanitních věd Provozně ekonomické fakulty České zemědělské univerzity v Praze za připomínky k práci a všem externím konzultantům, zejména pak Doc. Ing. Ladislavu Průšovi, CSc., řediteli Výzkumného ústavu Ministerstva práce a sociálních věcí ČR.

Úvod.....	1
1. Cíl práce a metodika	2
1. 1 Cíl práce	2
1. 2 Metodika teoretické a praktické části.....	4
2. Teoretická východiska	7
2. 1 Základní koncepty.....	7
2. 1. 1 Welfare state (sociální stát)	7
2. 1. 2 Autonomie ve stáří	11
2. 2 Základní pojmosloví	12
2. 2. 1 Základní kontextuální pojmy.....	14
2. 2. 2 Základní praktické pojmy.....	16
3. Společnost a stárnutí – aktuální problém soudobých evropských společností	18
3. 1 Proces stárnutí jako sociální jev	19
3. 2 Demografický vývoj	23
3. 2. 1 Demografický vývoj ve světě.....	23
3. 2. 2 Demografický vývoj v České republice	26
3. 3 Rozvoj informačně komunikační technologie a stáří.....	31
4. Formy zabezpečení důstojného života seniorů ve vybraných evropských státech.....	36
4. 1 Sociální ochrana a sociální začlenění.....	38
4. 2 Vybrané dokumenty o právech seniorů.....	39
4. 2. 1 Deklarace práv starých osob.....	39
4. 2. 2 Charta práv a svobod starších občanů	39
4. 2. 3 Zásady OSN pro seniory	40
4. 2. 4 Evropská sociální charta.....	41
4. 2. 5 Madridský mezinárodní akční plán pro problematiku stárnutí 2002	42
4. 2. 6 Zelená kniha Nová mezigenerační solidarita jako odpověď na demografické změny	43
4. 2. 7 Ministerská konference Evropské hospodářské komise OSN o stárnutí....	43
4. 2. 8 Lisabonská smlouva - smlouva pro Evropu 21. století	44
4. 3 Organizace sociálních služeb ve vybraných zemích a příspěvek na péči	44
4. 3. 1 Spolková republika Německo	44
4. 3. 2 Rakousko	45
4. 3. 3 Nizozemí	46
5. Formy zabezpečení důstojného života seniorů v České republice	49
5. 1 Národní program přípravy na stárnutí na období let 2008 až 2012	49
5. 2 Strategie udržitelného rozvoje České republiky	51
5. 3 Národní rozvojový plán ČR 2007 - 2013.....	51
5. 4 Národní strategický referenční rámec ČR 2007 - 2013	52
5. 5 Národní akční plán sociálního začleňování.....	52
6. Sociální služby v České republice	54
6. 1 Vývoj sociálních služeb v letech 1989 až 2008	54

6. 2	Postavení sociálních služeb v systému sociálního zabezpečení.....	59
6. 3	Právní úprava sociálních služeb.....	65
6. 4	Sociální služby pro seniory.....	68
6. 4. 1	Služby sociální péče.....	70
6. 4. 2	Služby sociální prevence.....	73
6. 4. 3	Sociální poradenství.....	74
6. 5	Příspěvek na péči.....	75
6. 6	Financování sociálních služeb.....	80
6. 6. 1	Poskytovatelé sociálních služeb.....	86
6. 6. 2	Věková struktura seniorů v DS.....	88
6. 6. 3	Starobní důchod jako finanční zdroj úhrady sociálních služeb.....	91
6. 7	Aktuální situace v České republice.....	95
7.	Praktická část práce.....	101
7. 1	Formulace praktických hypotéz pro výzkumné šetření u poskytovatelů služeb sociální péče a seniorů.....	103
7. 2	Zvolené výzkumné prostředí a výzkumný soubor.....	106
7. 3	Pilotní výzkum.....	107
7. 4	Technika sběru informací.....	107
7. 5	Předvýzkum.....	108
8.	Výzkumná část - empirické šetření.....	109
8. 1	Jednorozměrná analýza výsledků výzkumného šetření a diskuse s návrhy na řešení.....	109
8. 1. 1	Okruh A – Otázky spojené se službami sociální péče v domovech seniorů.....	110
8. 1. 2	Okruh B – Otázky spojené s evidencí poskytovaných služeb sociální péče v domovech pro seniory a jejich oddělení od poskytovaných služeb zdravotní péče, evidence příspěvku na péči.....	115
8. 1. 3	Okruh C – Otázky spojené s finančními náklady na úhradu služeb sociální péče seniorům v domovech pro seniory se zaměřením na zdroje jejich dofinancování.....	119
8. 1. 4	Okruh D – Otázky spojené s rozvojem a významem informačně komunikační technologie v domovech seniorů.....	123
8. 1. 5	Okruh E – Otázka spojená se sociální prevencí a jejího významu při snížení sociální potřebnosti seniorů.....	127
8. 1. 6	Význam a potřeba služeb sociální péče pro seniory.....	127
9.	Zjištěné výsledky a návrhy na optimalizaci zjištěného stavu.....	133
9. 1	Financování služeb sociální péče.....	133
9. 2	Stabilizace systému financování sociálních služeb.....	135
9. 3	Stav rozvoje ICT v domovech seniorů a její význam.....	138
10.	Souhrn praktické části práce.....	140
	Závěr.....	149
	Seznam tabulek a grafů.....	152

Použité prameny	154
Přílohy.....	166

Seznam použitých zkratk

Použité zkratky

b. c.	Běžná cena
DS	Domov seniorů
EHK	Evropská hospodářská komise
EHS	Evropské hospodářské společenství
ES	Evropské společenství
ESSPROS	Evropský systém jednotných statistik sociální ochrany
EU	Evropská unie
HDP	Hrubý domácí produkt
ICT	Informačně-komunikační technologie
MF ČR	Ministerstvo financí České republiky
MPSV ČR	Ministerstvo práce a sociálních věcí České republiky
OSN	Organizace spojených národů
OSVČ	Osoba samostatně výdělečně činná
PAYGO	Pay-as-you-go (splácej za pochodu)
PL	Počet lůžek
PnP	Příspěvek na péči
PPS	Standard kupní síly (Purchasing Power Standard)
r/r	Stálá cena získaná řetězením
SEV	Sociologicko-empirický výzkum
POB – A	Pobírání příspěvku na péči s navýšením při péči o osobu blízkou Pozn.: jde o navýšení příspěvku vypláceného do 31. 12. 2006 k příspěvkům pro bezmocnost
POB - N	Pobírání příspěvku na péči bez navýšení při péči o osobu blízkou

Úvod

V době rekonceptualizace „welfare state“, ke které mimo jiné vedl i problém jeho nákladnosti, se jeví jako potřebné stabilizovat systém sociálního zabezpečení při financování služeb sociální péče poskytovaných pro seniory, kteří jsou umístěni v domovech pro seniory (podle zákona o sociálních službách) a tyto dále rozvíjet zejména po jejich kvalitativní stránce. K tomuto je nezbytné následně vhodné nastavení finančních priorit v oblasti sociálních služeb v obecné politice, zejména stanovením výše příspěvku na péči ve smyslu Zákona o sociálních službách č. 108/2006 Sb. Klíčovým, ale ne jediným parametrem je především kritérium potřeby realizace jednotlivých typů pobytových služeb sociální péče a zejména stanovení jejich důležitosti ve vztahu ke stupni závislosti každé osoby, která příspěvek na péči pobírá.

Velmi významnou a nezastupitelnou roli při tomto sehrávají opatření, vedoucí ke stabilizaci systému financování sociálních služeb. Nezastupitelnou úlohu pro zjištění finanční potřeby poskytovaných pobytových služeb sociální péče sehrávají koordinované změny v oblasti práva, dotační i rozpočtové politiky, nevyjímaje v to i komunitní plánování.

V současné době, kdy demografický vývoj v České republice směřuje k nárůstu počtu osob – seniorů, je řešení otázek souvisejících s financováním poskytovaných pobytových služeb sociální péče v domovech seniorů právě u této skupiny osob velmi významné a dále nabývá na své důležitosti. V současné době jde o vysoce aktuální a citlivé téma nejen po stránce politické, ale i po stránce společenské. Je tedy nezbytné a nanejvýš důležité se otázkami financování služeb sociální péče zabývat velmi intenzivně.

1. Cíl práce a metodika

1.1 Cíl práce

Předložená disertační práce se zabývá vybranými ekonomickými souvislostmi služeb sociální péče v domovech pro seniory.

Hlavním cílem této práce je co možná nejkomplexnější popis a analýza ekonomických souvislostí při poskytování služeb sociální péče seniorům v domovech seniorů.

V kontextu předchozího obecného vymezení cíle autor definuje následující významově i obsahově provázané cíle dílčí:

- 1) popis zdrojů financování služeb sociální péče, které se podílí na financování těchto služeb v domovech seniorů;
- 2) zjištění, zda jsou služby sociální péče poskytované v domovech seniorů evidovány a vedeny odděleně od služeb zdravotních;
- 3) zjištění, zda jsou ze strany domovů seniorů vedeny přehledy o počtech seniorů podle přiznaných stupňů závislosti;
- 4) zjištění, zda domovy seniorů vedou evidenci o vynaložených nákladech na služby sociální péče odděleně u seniorů pobírajících příspěvek na péči podle jim přiznaného stupně závislosti;
- 5) zmapování vedení evidence v domovech seniorů o vynaložených nákladech na služby sociální péče podle jednotlivých úkonů dle přílohy č. 1 Vyhl. MPSV ČR č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách, včetně jejich příloh č. 1 a 2, ve znění pozdějších předpisů;
- 6) zmapování vedení evidence v domovech seniorů o roční nákladovosti služeb sociální péče na jednoho seniora;
- 7) zjištění náhledů domovů seniorů na případné stanovení fixních plateb za jednotlivé úkony služeb sociální péče v DS, jako důležité podmínky z hlediska jejich finančního účtování;

- 8) zjištění náhledu domovů seniorů na případné vypracování finančního sociálně ekonomického programu komplexní péče na každého seniora z hlediska financování služeb sociální péče;
- 9) analýza současné situace v domovech seniorů při dofinancování služeb sociální péče;
- 10) zhodnocení významu a úrovně rozvoje informačně komunikační technologie (ICT) v domovech seniorů a akcentem na úsporu finančních prostředků při úhradách služeb sociální péče;
- 11) zjištění zájmu seniorů v domovech seniorů o počítačovou techniku, včetně jejich schopnosti tuto využívat;
- 12) zhodnocení informovanosti klientů domovů seniorů o přijatém Zákoně č. 108/2006 Sb. o sociálních službách;
- 13) zjištění absence služeb sociální péče v domovech seniorů;
- 14) šetření srozumitelnosti informací o službách sociální péče pro seniory v domovech pro seniory;
- 15) zhodnocení informovanosti seniorů o tzv. službě chráněného bydlení a její nabídce ze strany domovů seniorů;
- 16) zmapování situace ve využívání služeb sociální péče seniory od třetích subjektů;
- 17) zmapování názoru domovů seniorů pro případné změny ve vztahu k předcházení sociální potřebnosti u seniorů.

Výstupem disertační práce je předložení souboru návrhů či námětů, vedoucích ke stabilizaci systému financování služeb sociální péče v domovech seniorů v ČR v podobě:

- a) navržení nové metodiky výpočtu příspěvku na péči v autorem navrhovaném odlišném pojetí jeho obsahu;
- b) navržení zcela nového systému financování služeb sociální péče;
- c) navržení rámcové metodiky pro přidělování dotačních finančních prostředků domovům seniorů.

1. 2 Metodika teoretické a praktické části

K naplnění cílů teoretické části disertační práce se autor opírá o literární rešerši, přičemž sledované prameny mají různorodou povahu. Mezi tyto patří:

- odborná literatura;
- publikace EU o příslušné problematice;
- právní předpisy a jejich důvodové zprávy;
- dokumenty poskytnuté MPSV ČR a od domovů seniorů;
- vlastní zjištění formou konzultací;
- analýza služeb sociální péče v domovech seniorů a jejich srovnání s Nizozemím.

Tato část postupuje od obecného ke konkrétnímu. Začíná tedy teoretickými východisky příslušné problematiky, kterými je koncept „welfare state“ a speciální stanovisko o autonomii seniorů. Koncept je aplikován na populaci seniorů, neboť demografický vývoj v Evropě, ČR nevyjímaje, odůvodňuje aktuální potřebu zabývat se právě touto sociální kategorií. Proto je následně věnována pozornost demografickému vývoji a procesu stárnutí jako souvztažnému jevu s příslušným kontextem, který odpovídá propojení konceptu sociálního státu, resp. jeho principů se situací sociální kategorie seniorů. Na to navazuje studium forem zabezpečení důstojného života seniorů v Evropě, a také v ČR, přičemž srovnání evropského a českého kontextu bude inspirativní k možným změnám v přístupech k této části populace. K nejkonkrétnějším oddílům teoretické části práce pak patří analýza současných sociálních služeb pro seniory v ČR se zaměřením na domovy seniorů a především samotná problematika příspěvku na péči u seniorů, kteří jsou v těchto domovech umístěni a dále financování služeb sociální péče včetně finančních zdrojů jejich úhrady. Práce se zabývá vybranými otázkami financování sociálních služeb, v rámci kterých jsou zjišťována faktická data ohledně dotací poskytnutých domovům seniorů v relaci na jedno místo podle krajů, dále je vysledován odhadovaný nárůst počtu míst v domovech pro seniory v relaci na tisíc osob starších 80 let a počtu osob, kterým bude poskytována pečovatelská služba v relaci na tisíc osob starších 65 let při zachování vybavenosti na úrovni roku 2006.

Dále je teoretická část zaměřena na zjištění stavu rozvoje informačně komunikační technologie v domovech seniorů a její význam při poskytování služeb sociální péče.

Empirická část práce vychází z části teoretické a opírá se jednak o mnohačetné osobní konzultace v domovech seniorů, na krajských úřadech, na Ministerstvu práce a sociálních věcí ČR, týkajících se předmětné problematiky. Dále se v této části práce vychází z výzkumného šetření formou dotazníků a záznamových archů.

Ke splnění cílů této práce byla použita metoda kvantitativního přístupu sociologicko empirického výzkumu (SEV). Jako techniky sběru dat bylo využito standardizovaného dotazníkového šetření u poskytovatelů služeb sociální péče, tj. u vedení domovů seniorů a záznamového archu, který byl vyplňován prostřednictvím odborně vyškolených tazatelů u seniorů.

V rámci empirického šetření byly dotazníky rozeslány do 465 domovů seniorů dle údajů (adres), které byly převzaty z registru „centrální“ stránky MPSV ČR.

Empirický celorepublikový výzkum u seniorů se uskutečnil na základě písemného souhlasu vedení jednotlivých domovů seniorů. Bylo tedy osloveno celkem 199 seniorů, s nimiž byly za přítomnosti proškoleného tazatele vyplněny záznamové archy. Senioři byli cíleně vybráni na základě doporučení a se souhlasem vedení domova seniorů, ošetřujícího personálu i jich samotných. Nebylo tedy možné provést náhodný výběr dotazovaných klientů domovů seniorů, neboť s ohledem na zdravotní stav seniorů a zejména na zřejmou stařeckou senilitu u mnohých, by zjištěné údaje neměly adekvátní vypovídající hodnotu. Před samotným zpracováním výsledků byly vyplněné dotazníky podrobeny formální i věcné kontrole.

Práce na zvolené tématice byly postupně realizovány v období let 2008 až 2010, kdy šlo nejen o zpracování literatury k danému tématu, ale byla postupně dotvářena představa i cíl práce a spolu s tím i metodika celé práce, resp. empirického výzkumu. Probíhala též řada konzultací s různými specialisty, kteří se danou problematikou seniorů zabývají. V této souvislosti byly vypracovány i sondážní dotazníky, které byly průběžně konzultovány s pracovníky domovů seniorů a na základě získaných poznatků byl postupně zpracován finální dotazník, jehož vyhodnocení slouží pro praktickou část této disertační práce.

Při metodickém vypracování dotazníku (ve fázi předvýzkumu) i následném vyhodnocování výsledků šlo o to, aby byly v co největší míře využity techniky a zvoleny postupy, které by umožňovaly objektivizaci získaných poznatků s využitím zvolených statistických metod.

Předmět šetření dotazovacími technikami je v konečné podobě ztvárněn do pracovních hypotéz, které byly rozpracovány do následujících okruhů dané problematiky:

Okruh A - Otázky spojené se službami sociální péče v domovech seniorů.

Okruh B - Otázky spojené s evidencí poskytovaných služeb sociální péče v domovech pro seniory a jejich oddělení od poskytovaných služeb zdravotní péče, evidence příspěvku na péči.

Okruh C - Otázky spojené s finančními náklady na úhradu služeb sociální péče seniorům v domovech pro seniory se zaměřením na zdroje jejich dofinancování.

Okruh D - Otázky spojené s rozvojem a významem informačně komunikační technologie v domovech seniorů.

Okruh E - Otázka spojená se sociální prevencí a jejího významu při snížení sociální potřeby seniorů.

V rámci každého okruhu jsou pak stanoveny jednotlivé hypotézy, týkající se dané problematiky v pořadí nejprve uvedených hypotéz, na které odpovídají poskytovatelé služby sociální péče (domovy seniorů). Poté jsou uvedeny hypotézy, na které odpovídají senioři a následně je k dané problematice uveden výsledek výzkumného šetření. Dále je v diskusi s návrhy na řešení u každého okruhu promítnut výsledek empirického výzkumu, vlastního zjištění a šetření s návrhy na řešení dané problematiky. K jednotlivým vybraným hypotézám jsou v příloze č. I zpracovány formou statistických hypotéz v prostředí statistického software SPSS, verze 16 tabulky a grafy, které názorně prezentují výsledky výzkumu a které jsou vždy přiřazeny pod jednotlivé hypotézy.

2. Teoretická východiska

„Jedna z nejviditelnějších společenských a ekonomických změn, odehrávajících se v současném světě, je stárnutí populace. Zatímco odborníci varují před dalekosáhlými dopady tohoto vývoje, není to nový proces. Změna v očekávané délce života, kterou pozorujeme za uplynulých dvě stě let způsobuje, že více než polovina lidí v rozvinutém světě se dožívá sedmdesáti let a výše“. (LOUŽEK, 2007: 1).

2.1 Základní koncepty

2.1.1 Welfare state (sociální stát)

MUSIL (1996: 8), autor knihy *„Vývoj sociálního státu v Evropě“* uvádí, že v česky psaných textech, které věnují pozornost teorii tzv. „welfare state“ (např. Konopásek, Potůček, Večeřa), tento pojem není užíván definičně stejně. Uvádí také, že zmiňovaný pojem, resp. jeho obdoby, obsahují prvek sblížení původně rozdílných soustav moderních sociálních politik (viz dále). Daný pojem je však užíván nejen odborníky, ale často se nepřekládá. Proto bude prospěšné uvést, jak bude použit v této práci, neboť je jejím základním a konceptuálním východiskem.

Laické používání termínu „welfare state“ svádí k domněnce, že jde o „sociálně štedrý stát“. Česká synonyma, která lépe vystihují obsah pojmu, a náznak konceptualizace tohoto fenoménu podávají HUDEČKOVÁ A KUČEROVÁ (2006: 50) – stát blahobytu, všeobecného blahobytu sociálních služeb, veřejných sociálních služeb, sociálních práv, všeobecné prosperity či asistenční stát, anebo sociální kapitalismus. Výše uvedený autor MUSIL (1996: 9) pojmem „welfare state“ označuje instituci právní záruky uspokojení sociálních potřeb občanů moderním státem, a to i v situaci oslabení či dokonce ztráty vlastních schopností zabezpečit je nejen sobě, ale i osobám závislým. V těchto případech lze očekávat právně nárokovou ekonomickou a nebo sociální podporu, aby osoby nemusely být odkázány na dobrovolnou pomoc příbuzných, případně dalších osob. Tato definice je poměrně široká a obecná, avšak právě proto odpovídá potřebě teoretického východiska pro tuto práci.

Je možné zaujmout jisté smířlivé stanovisko či přijmout tvrzení, že „welfare state“ vyjadřuje určitý stav sociální politiky moderních států, univerzální pro všechny vyspělé státy co do základního principiálního obsahu, avšak partikulární pro každý takový stát co do kontextu, tedy historického dědictví a sociálně kulturního prostředí pro uplatnění sociální politiky (HUDEČKOVÁ, KUČEROVÁ, 2006: 49-50).

Ten stav sociální politiky moderních států, kterému se přisuzuje „welfare state“, obsahuje přinejmenším tři předpoklady:

- sociální ochrana není soukromou a dobročinnou záležitostí;
- sociální ochrana je veřejným problémem;
- na řešení tohoto problému se podílí stát.

Podle POTŮČKA (in HUDEČKOVÁ, KUČEROVÁ, 2006: 51) lze obsah „welfare state“ přiblížit tak, že jde o stav, kdy stát prostřednictvím demokraticky organizované moci uplatněné v sociálním zákonodárství a činnostech státních orgánů a institucí a) garantuje základní příjem (jedince, rodiny) na úrovni životního minima, b) poskytuje sociální dávky k předcházení, mírnění překonání sociálních rizik, sociálních událostí s cílem zajistit určitou úroveň sociálního bezpečí a suverenity jedince, c) zajišťuje poskytování veřejných sociálních služeb odpovídající úrovně všem občanům.

Podstatou takového pojetí sociální politiky je T. H. Marshallův koncept sociálního občanství (HUDEČKOVÁ, KUČEROVÁ, 2006: 51), obsahující základní myšlenku, že stát garantuje subjektivní práva jedince na sdílení určitého standardu sociálního minima, sociálního zabezpečení proti rizikům¹ a kulturního dědictví dané společnosti.

Realizace předložené myšlenky předpokládá tzv. dekomodifikaci lidské pracovní síly a dalších statků a služeb. Potom lze souhlasit s VEČEŘOU (in HUDEČKOVÁ, KUČEROVÁ, 2006: 52), že proces dekomodifikace je základním mechanismem konceptu „welfare state.“ Dekomodifikace lidské pracovní síly ve svém důsledku znamená ocenění člověka nejen jako pracovní síly (a to patří k tzv. nezadatelnému lidskému právu na důstojný život). Praxe moderní sociální politiky tuto skutečnost zajišťuje tím, že umožňuje lidem šanci uspokojit jejich potřeby (na úrovni důstojného života) nejen prostřednictvím směny na trhu, resp. bez asistence trhu. Tento mechanismus je tedy alternativním k obstarávání životních prostředků prostřednictvím zapojení do trhu. Dekomodifikace dalších statků

¹ Pozn. autora: v soudobém slovníku by místo sociálního zabezpečení byl použit termín sociální ochrana.

a služeb, které se proto označují jako veřejné (neboť jsou vzácné, avšak potřebné pro všechny), taktéž znamená jejich distribuci mimo tržní prostředí a tržní mechanismy.

Lze shrnout, že myšlenka „welfare state“ uskutečňovaná mechanismem dekomodifikace je reakcí na tendenci vrcholící a typickou pro vykrytalizovanou moderní společnost, tendenci nazývanou „generalizace trhu“. Jak dále uvidíme, konec 20. století, resp. stav společnosti konce 20. století, přináší další reakci spojenou především s nákladností „welfare state“. Společnost, která je nazývána „postmoderní“, „postkapitalistická“, nepopírá nezadatelné lidské právo na důstojný lidský život, zároveň se ale potýká s problémem jednak efektivnosti poskytovaných veřejných sociálních služeb a jednak udržení sociálního konsensu (týká se principů solidarity a spravedlnosti v sociální politice). K tomu přistupují tzv. demografické důvody, které ovlivňují krizi „welfare state“, sledovanou a diskutovanou od 70. let 20. století. Hlavní roli v uvedených demografických důvodech hraje stárnutí populace, kterému se budeme dále věnovat.

Do fáze krize se realizace konceptu „welfare state“ dostala ve všech státech tento koncept uplatňujících v sociální politice, přestože jsou rozeznávány přinejmenším dva modely - německý (odpovídající výkonovému typu státu, který garantuje sociální status a stabilní životní standard) a švédský (odpovídající redistributivnímu typu státu, který garantuje podmínky života). O těchto modelech existuje relativně bohatá odborná literatura, dostupná i v ČR (de Deken (1992), Esping Andersen (1991), z našich autorů Konopásek, Musil, Potůček, Večeřa, Duben, Tomeš aj.). Nejen tato krize vyvolala kritiku „welfare state.“ Je ale celkem pochopitelné, že ji přinejmenším dobře podpořila. Obsah kritiky se liší dle východiska, ze kterého je vedena. Liberalisté (jako např. A. Smith, J. S. Mill, F. A. von Hayek, L. Duguit, A. Giddens) poukazují především na nákladnost, zpomalování hospodářského růstu či na destabilizaci hospodářství v důsledku praktikování „welfare state.“ Požadují působnost soukromoprávních institucí, organizací a iniciativ na poli sociální ochrany, aby byla vyrovnána „těžkopádnost státní mašinerie.“ V tomto požadavku se neliší od konzervatisticky vedené kritiky praktikování „welfare state,“ jež také napadá především ekonomickou neefektivnost administrace sociální politiky státem, který ji monopolizuje. Konzervatisté (O. von Bismarck, H. W. Beveridge) vidí cestu nápravy ve zdůraznění role korporací, rodiny a církve v oblasti sociální ochrany. Jiným směrem se ubírá kritika socialistů, (R. Dahrendorf, C. Offe) která požaduje jiný než kapitalistický stát, aby bylo

umožněno organizovat a vykonávat státní sociální politiku v zájmu celé společnosti (HUDEČKOVÁ, KUČEROVÁ, 2006: 23 - 27, 44, 49).

Zmíněná kritika však neznamená, že koncept „welfare state“ je překonán. Lze spíše mluvit o rekonceptualizaci, v jejímž rámci jsou položeny dvě základní teoretické otázky. První řešenou otázkou je, jak redistribuce prostředků vytvořených hospodářskou činností ovlivňuje ekonomickou prosperitu společnosti na straně jedné a osobní odpovědnost vůči celku na druhé straně. Druhá otázka se zaměřuje na veřejný sektor, který je (a bude) v sociální politice hlavním aktérem – jak jeho rozsah ovlivňuje jeho efektivnost a jak lze chování (efektivní/neefektivní) tohoto sektoru kontrolovat. Jsou hledány alternativní cesty sociální ochrany občanů. Nepochybuje se o roli státu jako koordinátora celého systému sociální politiky, který ale musí pečlivě zvažovat všechny potenciální limity (ekonomické, ekologické, společenskopolitické, demografické, příp. další). Občané jsou vyzýváni k aktivní účasti na tvorbě a realizaci sociální politiky, nejen k odpovědnosti za sociální ochranu své osoby. Vzniká tak jakýsi „welfare-mix.“

Významu ve vztahu k výše uvedenému v poslední době nabývá vztah hospodářské a sociální politiky. Krize a rekonceptualizace „welfare state“ je totiž způsobena především závažnými ekonomickými impulsy. I z tohoto důvodu se tato práce zabývá právě ekonomickými souvislostmi, i když jen dílčího prvku sociální politiky, kterým jsou služby sociální péče v domovech pro seniory.

Zahraniční autoři rozlišují mezi „integrovanými“ a „dezintegrovanými“ sociálními státy (např. Castles, Mishra, Goldthorpe in MUSIL, 1996). K „integrovaným sociálním státům,“ jejichž příkladem jsou např. Švédsko, Rakousko, Nizozemí, Austrálie, ale i do jisté úrovně Česká republika, patří takové státy, které se opírají o instituci vyjednávání (tripartitní) pro zachování ekonomické stability podnikání a stability životní úrovně pracujících, což zároveň znamená koordinaci ekonomické a sociální politiky. Je to veřejná politika, která je nástrojem sociální a ekonomické stabilizace a neváže se na úzce pojaté sociální zabezpečení. Platí zde univerzalistická orientace následovaná poměrně širokou občanskou solidaritou. V důsledku toho jsou vysoké výdaje na sociální politiku, avšak integrovanost obou politik zamezuje větším výkyvům ekonomiky. Strategie vyjednávání (integrující obě politiky) mohou být více namířeny do intervencí na trhu (to je případ Švédska), anebo do adaptace na vývoj trhu či kompenzace důsledků jeho výkyvů (případ

Nizozemí). Vedle tohoto „dezintegrovaný sociální stát“ spoléhá na instituci sociálního zabezpečení oddělenou od hospodářství (jako např. v České republice před rokem 1989). Rozsah sociálních služeb se odvozuje od uznávaných standardů potřeby. Vývoj ekonomiky zde není regulován vzhledem k cílům sociální politiky.

S ohledem na štedrost „welfare state,“ lze pak integrovaný sociální stát přiřadit k redistributivnímu typu soudobé politiky státu, který se vyznačuje důrazem na kolektiv a dezintegrovaný sociální stát pak lze přiřadit k reziduálnímu typu státu, který se vyznačuje liberalismem s důrazem na jedince.

2. 1. 2 Autonomie ve stáří

TOMEŠ (2001: 101) uvádí, že společenský vývoj evropské civilizace směřuje od prostého práva na život k soudobému právu na důstojný život a rozvoj osobnosti. Základní parametry důstojné lidské existence jsou obsaženy především v tzv. sociálních právech Všeobecné deklarace lidských práv z roku 1948. Vedle práva na práci, na uspokojivé pracovní podmínky, na přiměřenou životní úroveň, na rodinu a sdružování, zde figuruje také právo na sociální zabezpečení, které patří k předmětům našeho zájmu. Jeho principem je tzv. odložení části spotřeby (placením prostředků na více druhů pojištění) a zamezení rozsahu sociální solidarity jen na ty, kteří se takto o sebe nemohou postarat. Na tato sociální práva pak navazuje koncept „welfare state.“

Jestliže je tento oddíl nazván „Autonomie ve stáří“, jde za deklarováním sociálních práv člověka, ale neodchyluje se od práva na důstojný život, tedy život prožívaný v jisté kvalitě.

Pokud společnost považuje za jednu z nejvyšších sociálních hodnot individualitu, osobní autonomie s touto hodnotou přímo konvenuje. Není třeba pochybovat o tom, že stáří přináší v oblasti autonomie mnoho omezení (MATÝSKOVÁ in SÝKOROVÁ, CHYTIL, 2004: 46-48). Dle autorky lze rozlišit autonomii ekonomickou, v oblasti zdravotního stavu, v oblasti soběstačnosti a sebeobsluhy a v oblasti psychické. Autorka připojuje, že se zdá, že psychická oblast v rámci autonomie hraje nejvýznamnější roli. Ale právě tato oblast je nejméně přístupná řešení prostřednictvím systému sociálního zabezpečení.

Nejeví se až tak problematické, jestliže dojde k dobrovolné ztrátě autonomie (povětšinou se týká zdravotního stavu jedince) kdy se po zvážení vlastních možností jedinec

(senior) rozhodne vzdát se její některé části. Konfrontovat s deklarováním práva na důstojný život pak ale rozhodně musíme situace, kdy dochází k tzv. nedobrovolné ztrátě autonomie. Tu představují případy pozbytí autonomie v důsledku závažných změn tělesného a psychického stavu, anebo je-li osoba zbavena autonomie okolím (zde jde často o otázku etickou a právní).

2. 2 Základní pojmosloví

Vzhledem k cílům práce je základním pojmem předložené disertační práce pojem „**sociální služby**“. Podle zákona č. 108/2006 Sb. o sociálních službách jde o činnost nebo soubor činností zajišťujících pomoc a podporu osobám za účelem sociálního začlenění nebo prevence sociálního vyloučení. MATOUŠEK (2007: 10) uvádí:

„Sociální služby jsou poskytovány společensky znevýhodněným lidem, a to s cílem zlepšit kvalitu jejich života, případně je v maximální možné míře do společnosti začlenit, nebo společnost chránit před riziky jejichž jsou tito lidé nositeli. Sociální služby proto zohledňují jak osobu uživatele, tak jeho rodinu, skupiny, do nichž patří, případně zájmy širšího společenství.“

Tato definice do jisté míry překračuje vymezení sociálních služeb jako služeb spadajících do oblasti řízené v České republice Ministerstvem práce a sociálních věcí (dále MPSV), nicméně ji lze považovat za nejvystižnější. Sociální služby v uvedeném širším vymezení spadají do mnoha resortů státní správy a týká se jich široká oblast právních norem. Sociální služby se často překrývají s širší kategorií **veřejných služeb**. Veřejnými službami rozumíme služby poskytované v zájmu veřejnosti. Od komerčních služeb se liší způsobem financování. Sociální služby jsou financovány z veřejných rozpočtů, jsou podrobněji definovány legislativou než služby ostatní a tím jsou i více závislé na politickém rozhodování státu, krajů a obcí. Sociální služby je možné poskytovat i jako služby komerční, a to na základě smlouvy mezi poskytovatelem a uživatelem.

Vedle termínu „sociální služby“ se v zahraniční literatuře setkáváme s pojmem **humanitní služby** (human services). Tyto služby poskytují jak profesionálové, tak i dobrovolníci a v nejširším pojetí zahrnuje i služby vzdělávací, zdravotnické a dokonce i administrativní. V České republice se pojem humanitní (humanitární) služby užívá v

užším významu - míní se jím obvykle přímá materiální pomoc lidem v akutní nouzi (MATOUŠEK, 2007: 9-16).

Cílem sociální služby je zlepšení kvality života sociálně znevýhodněných, popř. je v maximální možné míře do společnosti začlenit, či alespoň společnost chránit před riziky, jejichž jsou tito lidé nositeli. Sociální služby zohledňují nejen osobu uživatele, ale také jeho rodinu a skupiny, do nichž patří, ale i zájmy širšího společenství.

Jak dále MATOUŠEK (tamtéž) uvádí, bývá tento pojem také zaměňován s pojmem **služba sociální pomoci**. Následně je tedy také nutné zmínit termín sociální péče jako starší termín, který se spíše užívá pro označení osobní péče v ústavu, či jde o pečovatelskou službu apod. Sociální pomoc vyjadřuje navíc právo občana na pomoc překonání obtížné životní situace, tzv. sociální události. V citovaném díle se uvádí, že sociální služby jsou mimořádně významnou částí aktivit státu, samosprávy a nestátních subjektů. Nejsou významné proto, že je potřebuje mnoho lidí, ale proto, že bez jejich působení by relativně významná část občanů nemohla využít uplatnění svých lidských a občanských práv a mohlo by dojít k jejich sociálnímu vyloučení.

K tomuto hlavnímu pojmu se pro potřeby této práce váží skupiny pojmů, které bychom mohli nazvat jako „základní kontextuální“ a další skupinu jako „základní praktické“ pojmy. Oběma skupinám bude věnována pozornost v dalším textu.

Před tímto je ještě nutné se vyrovnat s pojmy senior, stárnutí a stáří. Synonymicky se užívají i termíny seniorský, starší, třetí, důchodový věk a představuje jednu z generací (s přírodním základem, ale daleko více sociálně a historicky určenou kategorii lidí), jejichž celek vyjadřuje sociální konstrukci struktury společnosti podle věku.

V obecném povědomí přetrvává představa **seniora** jako člověka, který dosáhl „vyššího“ věku. Představa o tom, co je to „vyšší“ věk, se však bude lišit u každého jednotlivce. Současná odborná literatura označuje za seniora osobu, jejíž zdravotní stav (ať již fyzický nebo psychický) vykazuje takové trvalé změny, pro které je zčásti nebo zcela závislá na pomoci jiných. Seniozem je intuitivně chápán člověk, který dosáhl vyššího (přesně nespecifikovatelného) věku, přičemž s rostoucím věkem se obecně předpokládá také celkově zhoršující se zdravotní stav. Český právní řád pojem senior neuvádí. Právní předpisy z oblasti sociálního zabezpečení sice běžně užívají termín „starý občan“, nikde jej však nevysvětlují. Vyhláška MPSV ČR č. 182/1991 Sb., kterou se provádí zákon o

sociálním zabezpečení, v ust. § 72 ustanovuje, že „...domovy důchodců jsou určeny především pro staré občany, kteří dosáhli věku rozhodného pro přiznání starobního důchodu a kteří pro trvalé změny zdravotního stavu potřebují komplexní péči.“ Pro uznání jednotlivce starým je zde tedy nutné splnit obě uvedené podmínky (věku a trvale změněného zdravotního stavu) současně.²

Pojem **stárnutí** je třeba rozlišovat na úrovni jednotlivce a populace. U jednotlivce znamená stárnutí biologický proces, kterým je organismus modifikován od narození do smrti. Představuje tedy zvyšování věku jednotlivce. Výraz "biologický věk" poukazuje na objektivní stav fyzického vývoje či degenerace. Stárnutí v demografickém smyslu se naopak týká celé populace a oproti jednotlivci může stárnoucí populace omládnout zvýšením podílu mladých věkových skupin. K demografickému stárnutí dochází v důsledku změn v charakteru demografické reprodukce a mění se při něm zastoupení dětské a postreprodukční složky v populaci a od poloviny 20. století postihuje ve větší či menší míře všechny země. V současnosti se stává jedním z celosvětových problémů.

Stáří je obecným označením pozdních fází ontogeneze. Je důsledkem a projevem geneticky podmíněných involučních procesů, modifikovaných dalšími faktory (především chorobami, životním způsobem a životními podmínkami) a je spojeno s řadou významných změn sociálních např. osamostatnění dětí, penzionování aj.³

Všechny tři pojmy mají významné sociální souvislosti, řešené mj. prostřednictvím sociální politiky. O tom svědčí i dlouhodobě prováděné výzkumy na téma „senioři v soudobé společnosti,“ v ČR prováděné od 70. let 20. století.

2. 2. 1 Základní kontextuální pojmy

Teoretické východisko „welfare state“ operuje s určitým stavem sociální politiky moderního státu, pomocí kterého lze pojem „welfare state“ naplnit obsahem. Je tudíž na místě vyrovnat se v první řadě s pojmem **sociální politika**. Aniž bychom vstupovali do historie a hledali „předmoderní“ vyjádření pro soubor činností, které lze zahrnout pod dnešní pojem sociální politika (např. chudinská péče, dělnické zákonodárství), zdůrazníme její zaměření na strategii, politické rozhodování, prosazování a realizování zákonů, které jsou

² <http://www.pecujici.cz/priruckyonline.shtml?x=200271> ze dne 8.2.2009

³ http://is.muni.cz/th/105566/pedf_b/EDUKATIVNI_DIMENZE_GERONTOPELAGOGIKY.txt ze dne 4.2.2009

spojeny s politickými cíli v oblasti sociální ochrany občanů. Výstižnou definici uvádí TOMEŠ (2001: 20 – 21, upraveno), který říká, že sociální politika je institucionálně zakotvené záměrné úsilí vyjádřené specifickými cíli, aktivitami a prostředky, směřujícími k ochraně, reprodukci a rozvoji sociálního systému (společnosti a jejich částí – skupin, jednotlivců). Autor rozlišuje pojem **sociální správa** (ve významu administrace sociálně politických rozhodnutí), **sociální bezpečnost** a **zabezpečení** (ve smyslu norem a činností směřujících k jejímu naplnění) a **sociální ochrana**. Poslední termín je nejmladší, zahrnuje pojmy sociální bezpečnost, zabezpečení a také sociální blaho a navíc zdůrazňuje preferenci obtížných životních situací (tzv. sociálních událostí).

Podle ŽÁKA (2007: 102) můžeme sociální politiku obecně charakterizovat jako soubor opatření, která směřují ke zlepšení základních životních podmínek obyvatelstva a k zabezpečení sociálního smíru v rámci daných hospodářských a politických možností dané země.

Tentýž autor ve Velké ekonomické encyklopedii (2002: 715–716) uvádí, že je sociální politika v teorii a praxi různě interpretována a prakticky neexistuje všeobecně uznávaná definice. To je zapříčiněno např. nejednoznačným výkladem termínu „sociální“, a to historickou determinací, četností subjektů, které v ní působí, a v neposlední řadě faktem, že jako politika je vystavena určitému tlaku politických sil. Pojem je často myšlen spíše jako výraz sounáležitosti určitého problému k problémům sociálním. Je jednak vědním oborem orientujícím se na prosté poznávání skutečností a souvislostí sociální reality založené na zkoumání jevů a procesů dotýkajících se sociálních podmínek jedinců a sociálních skupin, a jednak je praktickou činností směřující již konkrétními opatřeními a mechanismy k rozvíjení životních podmínek lidí. Často se hovoří o určitých prvcích sociální politiky než o sociální politice jako takové.

K vymezení sociální politiky se v současné době vyjadřuje hodně odborníků, například POTŮČEK, 1995: 30-32, (upraveno) v demokratických poměrech spatřuje formování základních rámců hospodářské i sociální politiky v parlamentech. Posláním profesionální politiky je dle něj, mimo jiné, zprostředkování vztahu mezi hospodářskou a sociální politikou, do nichž sama vstupuje. Konstatuje také, že profesionální politikové usilující o znovuzvolení často ustupují tlakům svého voličstva, nátlakovým skupinám prosazujícím různé sociální zájmy, či naopak tlaku mocných hospodářských uskupení. Obojí

může narušit potřebnou rovnováhu mezi hospodářskými, sociálními a politickými cíli a současně zapříčinit vznik chronických problémů, vyvolaných deficitem státních rozpočtů, korupčním aférám apod. Tímto pohledem se dostáváme k závažnému tématu veřejné politiky, tj. jak udržovat rovnováhu mezi ekonomikou, politikou a sociální sférou. POTUČEK (1999: 33 - 35) současně uvádí ideová východiska a spory o povahu sociální politiky. Mimo jiné cituje VÁCLAVA KLAUSE (1995: 1), který zaujímá k této problematice následující stanovisko: „*Nemyslím si, že existuje lepší sociální politika než silná tržní ekonomika.*“

2. 2. 2 Základní praktické pojmy

Vzhledem ke složitosti a množství sociálních událostí spojených především s věkem, rodinou a nemocí, které jsou řešeny prostřednictvím **systému sociálního zabezpečení**, se tento vyčleňuje jako jedna ze šesti předmětných oblastí sociální politiky (vedle rodinné, vzdělanostní, zaměstnanosti, zdravotní a bytové). Rozumíme jím soubor nástrojů a opatření, jejichž cílem je kompenzovat nepříznivé finanční a sociální následky různých životních okolností a událostí, ohrožujících uznaná sociální práva, anebo jim předcházet (POTUČEK, 1995: 135).

Z vlastních příspěvků a příspěvků případného zaměstnavatele je v rámci tohoto systému hrazeno **sociální pojištění** osoby (důchodové, nemocenské a v nezaměstnanosti), a to za podmínek stanovených v zákoně a zavazujících osobu určenými povinnostmi. Z veřejných financí je pak poskytována sociální podpora a sociální pomoc.

Státní sociální podporou přijímá stát garanci za to, že v situacích, které nelze předvídat a tudíž se na ně nelze připravovat, bude osoba zabezpečena. Podpora je směřována především rodinám a na rozdíl od sociálního pojištění není vázána na participaci na trhu práce, neboť je jištěna potřebností podpory, kde kritériem je životní minimum (viz Zákon č. 463/1991 Sb., o životním minimu).

Posledním pilířem systému sociálního zabezpečení je **sociální pomoc** , která je aktuální v okamžiku sociálně ohrožené situace při snížené schopnosti jedince (rodiny) řešit ji svépomocí. Na rozdíl od státní sociální podpory zde není kritériem životní minimum a každý případ se posuzuje jednotlivě. Charakteristický je akcent na poskytování sociálních

služeb a ne finanční podpory. U sociální pomoci se předpokládá vysoká účast nevládních a neziskových organizací.

Všechny tři pilíře systému sociálního zabezpečení jsou komplementární. Nestací-li jistou sociální událost řešit sociální pojištění, nastupuje státní sociální podpora (obsahuje mj. i příspěvek na péči) a pokud i ta nedostačuje, připojuje se sociální pomoc.

Náš případ – služby sociální péče pro seniory – vyžaduje zmínit ještě **důchody** a tzv. **příspěvek na péči**. Ekonomické souvislosti tohoto případu budou analyzovány dále, zde se zastavíme u pojmů. Zákon č. 155/1995 Sb., o důchodovém pojištění, rozlišuje starobní, invalidní (plný a částečný), vdovský a sirotčí důchod. V naší práci budeme pracovat především se starobním důchodem.

Český důchodový systém se skládá ze dvou částí. První část tvoří povinné základní důchodové pojištění. Toto pojištění je univerzální a zabezpečuje do budoucna všechny ekonomicky aktivní osoby. Pro všechny pojištěnce platí jednotná právní úprava, pouze v oblasti organizačního a administrativního zabezpečení platí určité odchylky pro tzv. silové resorty. Základní důchodové pojištění je upraveno Zákonem č. 155/1995 Sb., o důchodovém pojištění, ve znění pozdějších předpisů. Druhou část tvoří dobrovolné penzijní připojištění se státním příspěvkem. Tato oblast spadá do působnosti Ministerstva financí ČR. V roce 2007 byla kromě zabezpečení každoroční valorizace důchodů realizována změna právních předpisů - úpravy v hodnocení tzv. vyloučených dob pro účely stanovení osobního vyměřovacího základu pojištěnce, stanovení způsobu prokazování péče o dítě a opatření vyplývající z přijetí zákona o stabilizaci veřejných rozpočtů (MPSV, 2008: 9).

Od 1. 1. 2007 nabyl účinnosti Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, který v této oblasti způsobil významné změny. Osobám závislým na pomoci jiné osoby je poskytován příspěvek na péči, a to za účelem, aby si tato osoba mohla podle vlastního uvážení zajistit potřebnou pomoc. Jedná se o státní dávku, která je poskytována fyzickým osobám v nepříznivé sociální situaci, jež jsou závislé na pomoci jiné fyzické osoby. Účelem této dávky je umožnit osobě, aby si podle vlastního uvážení zajistila potřebnou pomoc, a to buď v rámci rodiny anebo prostřednictvím poskytovatele sociálních služeb formou poskytnutí některé ze sociálních služeb, popřípadě prostřednictvím jiné fyzické nebo právnické osoby (KRÁLOVÁ, RÁŽOVÁ, 2008: 14).

3. Společnost a stárnutí – aktuální problém soudobých evropských společností

Stárnutí společnosti je považováno za civilizační fenomén a problém. Vzhledem k tomu se rození a smrt, v podstatě individuální záležitosti, staly od 60. let 20. století předmětem celospolečenského zájmu. V zemích třetího světa je (opačným) problémem vysoká fertilita. Na tento vývoj upozornil v roce 1994 L. R. Brown ve „Zprávě o stavu světa 1994.“ *Svatý František Saleský: Modlitba ve stáří (výňatek)* „Pane, ty víš lépe než já, že den ode dne stárnu a jednoho dne budu starý. Mám vrásky a šedivé vlasy. Nechci si stěžovat, ale tobě, Pane, to říkám - bojím se stáří.“⁴

Autonomie má původ v řeckém auto – vlastní a nomos – zákon. Je tedy míněna jako schopnost žít život podle vlastních zákonů při zachování důstojnosti vlastní identity.

Moderní civilizace sebou přináší mnoho výhod jako je prodlužování a kvalita života, posun odchodu do důchodu, a proto se téma stárnutí populace v posledních letech stalo fenoménem. Ale demografické změny, které směřují ke stárnutí společnosti a také ne zcela dostatečně fungující systém sociálního zabezpečení u péče o seniory.

K zajištění kvality života ve stáří a k využití zkušeností a potenciálu přibývajících počtu starších lidí je nezbytné přijmout opatření v řadě oblastí, změnit negativní přístup ke stárnutí populace a ke starším lidem. Je potřeba vytvořit ve společnosti daleko více možností pro soběstačný život ve stáří, příležitosti pro aktivní trávení volného času, podporu rodinám při péči o seniory. Je potřeba nabídky důstojného bydlení, která by vyhovovala potřebám a zdravotním omezením seniorů.⁵

Demografické stárnutí se v Evropě stalo významným sociálním jevem a potenciálním (někde zjevným) sociálním problémem a postihuje od druhé poloviny 20. století všechny vyspělé země. Je to proces, kdy při snižujícím se počtu dětí se zvyšuje počet seniorů.⁶ Jeho základními faktory jsou snižování porodnosti, míra úmrtnosti a v důsledku toho dochází k prodlužování délky lidského života. V současné době jsou snahy biologů

⁴ Biotika, [online], dostupné z <http://www.bioetika.cz/u3vmodlitba.html> ze dne 23.3.2010

⁵ MPSV, [online], dostupné z http://www.mpsv.cz/files/clanky/5045/starnuti_cz_web.pdf ze dne 24.3.2010

⁶ NEŠPOROVÁ, O. a kolektiv, Zajištění potřeb seniorů s důrazem na roli nestátního sektoru, VÚPSV, v.v.i. Praha 2008, [online], dostupné z: <http://www.email.cz/getAttachment?session> ze dne 30.3.2010

oddělit fyzické stárnutí od chorob ve stáří a podle výzkumů je dokázáno, že zhoršování zdravotního stavu zdaleka nesouvisí s pokročilým věkem.⁷ A tak pokud se stávající demografické trendy nijak významně nezmění, průměrný věk ještě nějakou dobu poroste. Podíl osob starších 60 let by se měl v následujících 50 letech zvýšit ze současných 20 % na více než 35 %; u osob starších 80 let by měl být tento růst ještě daleko razantnější, a to ze současných méně než 5 % na skoro 15 % v roce 2065.⁸ Tyto aspekty jsou důležité z hlediska veřejné, resp. sociální politiky. Česká společnost s tímto problémem teprve začíná být konfrontována. Ze zahraničních poznatků však vyplývá, že tento proces je nezvratný a že může přinést skutečně značné ekonomické, sociální a tudíž i politické problémy.

3. 1 Proces stárnutí jako sociální jev

Nelze se domnívat, že senioři jako sociální kategorie jsou typickou kategorií s nízkým sociálním statusem. Do budoucna lze rozhodně očekávat, že vzhledem k proměnám jejich životního postavení se ještě více rozrůzní ve svém životním stylu. Na stáří je také v různých společnostech a kulturách pohlíženo jinak. Již sociolog Anthony Giddens popsal rozdílné přístupy ke stáří v postmoderní a moderní společnosti. Zatímco v tradiční společnosti je prokazována starým lidem úcta, v rodinách se obvykle se stoupajícím věkem zvyšovala autorita osob, v moderní společnosti tomu většinou bývá naopak. Staří lidé autoritu většinou ztrácejí nejen v rodině, ale i ve společnosti. U většiny seniorů dochází k tomu, že poté co musí zanechat ekonomické činnosti, nemohou často najít v této fázi věku svůj smysl života.

„Někteří lidé se bojí dopadů stárnutí populace. V Holandsku se věnují pozitivním dopadům, kterými jsou např.: snížení kriminality a nižší počet dopravních nehod. Jestliže bude růst počet příjmů u seniorů ve stáří, vliv stárnutí na ekonomiku země bude pozitivní. Výdaje se budou všeobecně zaměřovat na cestování a bydlení. Propagace imigrace starších osob může posílit regionální ekonomiku“ (KLAASSEN, VAN DER VLIST, 1990: 302-320).

⁷Giddens, A., Tělo, přijímání potravy, nemoc a stárnutí, [online], dostupné z: http://www.kamama.estranky.cz/clanky/sociologie/a_-giddens---telo_-prijimani-potravy_-nemoc-a-starnuti ze dne 30.3.2010

⁸Důchodová reforma, [online], dostupné z: <http://www.slideshare.net/Lynxlynxx/duchodova-reforma-hotova> ze dne 30.3.2010

Nicméně v této práci se soustředíme na tu podkategorii seniorů, která je ohrožena ekonomickou exkluzí. Zaměřujeme se tedy na bezprostřední budoucnost a dnešní důchodce umístěné v domovech seniorů, kteří neměli žádné, anebo měly jen malé šance měnit vzhledem k očekávanému stáří své životní strategie. Naše řešení tedy směřuje k tomu období, které bychom mohli nazvat jako přechodné, v němž roste úloha opatření sociální politiky státu vůči seniorům, kteří na ni zůstanou odkázáni.

RABUŠIC (1995: 30 - 31) uvádí, že plynulé zvyšování střední délky života⁹ a větší podíly přežívajících do vyššího věku byly v moderní společnosti zaznamenány od poloviny 20. století. Z původních 40ti let věku v této době se střední délka života v nejvyspělejších zemích téměř zdvojnásobila. Vznikla hypotéza, že to je ekonomický růst, který je faktorem tohoto vývoje.

Je již prokázáno, že prodlužující se délku žití nelze vázat pouze na biologické a demografické faktory, ale též na životní styl a individuální chování (FRIES in RABUŠIC, 1995: 36). Demografové se příliš neshodují v odhadech horní hranice dožití, neboť se pro rok 2080 pohybují v rozmezí 85 až 125 let. Pokud zůstanou zachovány dnešní parametry úmrtnosti, lze reálně očekávat hranice od 95 až do 100 let. Neshodují se také v tom, zda se umírá spíše na stáří, anebo na nemoci, které lze lékařskou vědou ovlivnit. Existuje ale i hypotéza o tom, že pokrok v délce lidského života není ani tak efektem modernizace (v lékařské péči, hygieně a výživě), ale je výsledkem změny hodnotové a životní orientace moderní společnosti ve prospěch rozhodnosti, aktivity, sebevědomí a naděje (RABUŠIC, 1995: 41). Odborníci se v celku shodují v tom, že na důležitosti nabývá stále více celkové zdravotně preventivní chování a sociální podmínky (vzdělání, zaměstnání, bydlení, příjmy), které ovlivňují nemocnost, úmrtnost, proces stárnutí a průběh etapy života nazývané stáří.

Vzhledem ke stárnutí společnosti jako fenoménu v moderním a postmoderním stadiu se také přehodnocuje obsah pojmu stáří a diskutuje se o něm právě v souvislosti se sociálními okolnostmi života. Stáří bude zřejmě jako poslední etapa vydělována v životním cyklu dále a bude mu přisuzován specifický status spojený s opuštěním zaměstnání a pobíráním starobního důchodu. Na tento proces je vázána kulturně stereotypní představa potřeby ekonomické a sociální asistence od mladších členů společnosti. Zde je důležité znovu upozornit na rozrůžňování sociální kategorie seniorů,

⁹ Střední délka života neboli naděje dožití je demografický ukazatel, který udává průměrný věk v době úmrtí. Nejčastěji se uvádí k věku 0, ale nemusí to tak být v každém případě.

kteřá je paralelou dlouhověkosti. Neznamena to ale, že senioři nebudou odkázáni na celou řadu opatření veřejné politiky státu – důchodové, bytové, zdravotní či služeb sociální péče, na níž se tato práce zaměřuje.¹⁰

V dnešní době nese zodpovědnost za péči o seniory rodina. Teprve v případech, kdy rodina z nějakých důvodů není této péče schopna, přebírají tuto péči další složky. V tomto případě by úkolem společnosti mělo být to, aby rodina neměla důvody tuto péči odmítat.

Ve společnosti je odedávna diskutován problém zacházení rodičů s malými dětmi a dospělých dětí se starými rodiči. Gary Becker ve své ekonomické analýze vztahů v rámci rodiny dospěl k důležitému bodu, že existuje úzký vztah mezi těmito dvěma problémy. Rodičovské chování a postoje mají nesmírný vliv na děti. Rodiče, kteří racionálně vytvářejí preference v rámci rodin, více investují do kvalifikace, zvyků a hodnot svých dětí, mají pak větší perspektivu toho že se o ně jejich děti postarají ve stáří, protože postoje a hodnoty dospělých

¹⁰ Podle KALVACHA (1997: 53) a TOPINKOVÉ (in FRIEDLOVÁ, 2007: 38) lze identifikovat zhruba 7 hlavních okruhů chorobných poruch funkčního stavu u současných seniorů, které ovlivňují stáří.

1. Ateroskleróza (kornatění tepen) a její orgánové projevy:
 - a) Ischemická choroba srdeční (nejen akutní infarkt myokardu, ale také chronické těžké poruchy mechanické srdeční činnosti se závažnou dušností a nevykonností).
 - b) Postižení mozkových tepen (nejen smrtící mozkové cévní příhody mozkové mrtvice, ale také nezvratná ochrnutí, obvykle hemiparéza či hemiplegie, u mnohých přežívajících. A také cévně podmíněné závratě či poruchy svalového napětí projevující se ztuhlostí či třesem, tzv. parkinsonský syndrom, který je na rozdíl od Parkinsonovy choroby způsoben nikoliv nedostatkem přenašečového působku (dopaminu) v mozku, ale absencí cílových struktur. A konečně jedna ze dvou nejčastějších příčin chorobného úpadku duševních schopností (demence) ve stáří - tzv. multiinfarktová demence (MID), neboli mozková skleróza).
2. Obstrukční choroba bronchopulmonální (laicky rozedma plicní), jež vede k dušnosti, obvykle s vykašláváním hlenu, modrofialovým zbarvením pokožky a sliznic (cyanóza) a s otoky zvláště dolních končetin. Příčinou je nejčastěji chronický zánět průdušek, obvykle jako důsledek kouření.
3. Osteoartróza, jež je degenerativní postižení kloubní chrupavky a přilehlé kosti, které je odlišné od procesu stárnutí chrupavky. Příčinou bývá vrozená dispozice (nižší odolnost chrupavky), ale především přetěžování a drobná poranění kloubů. Závažná jsou zvláště postižení kloubů na dolních končetinách - kyčlí (coxartróza), kolen (gonartróza) i drobných kloubů nohou.
4. Osteoporóza je vystupňovaná atrofie kosti s úbytkem její hutnosti (density) a zvýšením rizika zlomenin. Vede k typické změně postavy (snížení výšky, nahrbený postoj), bolesti v zádech, kompresím obratlů a obávanému zvýšenému výskytu zlomenin při pádech (tzv. krček stehenní kosti, předloktí). Častá je především u žen v klimakteriu.
5. Alzheimerova nemoc, jež je spolu s multiinfarktovou demencí cévního, aterosklerotického původu nejčastější příčinou demence (úpadek psychických, intelektových schopností) ve stáří.
6. Poruchy zraku vedoucí až ke slepotě (amaurosa). Úspěšně ovlivnit postižení sítnice u cukrovky (diabetická retinopatie) a zvláště šedý oční zákal (katarakta). Kromě jiných chorob (např. zeleného zákalu - glaukomu) tak ohrožuje seniory především degenerativní postižení žluté skvrny, místa nejostřejšího vidění.
7. Poruchy sluchu, jež jsou u seniorů čtvrtým nejčastějším chronickým onemocněním ve vyšším věku (po artróze, hypertenzia onemocnění srdce). Jde o nejčastější senzorickou poruchu. Vyskytuje se u 30 % osob nad 65 let, u 35 % osob nad 75 let, častěji u mužů. Důsledkem poruch sluchu je omezení komunikace, ztráta kontaktu s okolím, sociální izolace a osamělost. Časté jsou deprese, někdy výskyt sluchových halucinací. Někdy se zaměňuje sluchová insuficience s demencí.

jsou značně ovlivněny jejich zkušenostmi v dětství.¹¹ Podle teorií G. Beckera země, které mají rozvinuté programy sociálního zabezpečení a pomáhají seniorům, naopak mezi členy rodiny přispívají k citovému ochlazení. V moderních zemích sice dochází ke zlepšování ekonomického postavení lidí, ale zároveň s tím nastává oslabení citových vztahů mezi členy rodiny a tím také mezi již dospělými dětmi a stárnoucími rodiči.

Jeho přístup k chápání lidských preferencí je naprosto novým pohledem na preference a jeho koncept stabilních preferencí je zcela nový a do té doby s ničím neslučitelný.

Většina seniorů dává přednost samostatnému bydlení, ale s přibývajícím věkem se snižuje jejich soběstačnost a časem potřebují v některých oblastech asistenci a výpomoc. Pokud z nějakých důvodů nemůže tuto výpomoc poskytnout rodina, je možné využít pečovatelskou službu, která patří k nejvyužívanějším formám sociálních služeb. Tak, jak je v části 6. 4 této práce více rozvedeno, sociální služby se dále dělí na služby sociální péče, služby sociální prevence a sociální poradenství.

Nejvíce žádanou formou sociální péče, která umožňuje zachování autonomie, jsou domy s pečovatelskou službou. Je to kombinace individuálního bydlení s poskytováním různých služeb. Tuto službu využívalo v r. 2006 celkem 23,70 % seniorů, v současné době lze uvažovat ještě o vyšším procentu. K základním typům ústavní péče patří domovy seniorů a penzióny pro seniory.

Oproti minulosti je preferován zcela jiný přístup v péči o seniory. Domov seniorů nemá být místem, kde člověk přijde dožít, přestože řada lidí má stále tuto představu o tomto zařízení, ale má to být místo, kde člověk plnohodnotně a uspokojivě stráví svou poslední fázi života. Základní podmínkou pro naplnění tohoto cíle je adaptace člověka na nové prostředí, v takové míře, jak to jeho fyzická a psychická stránka dovolí.¹²

U některých seniorů odchodem do důchodu může časem nastat finanční chudoba, tou se do určité míry společnost zabývá, ale téměř u všech starých lidí nastává chudoba sociální. Člověk pomalu přichází o přátele, nastává osamocení, leckdy starý člověk ztrácí smysl života. A v této oblasti je ještě mnoho k řešení, ať už je to výchova mladší generace v užších rodinných poutech, nebo profesionální připravenost v této sféře.

¹¹ Přednáška G. Beckera, [online], dostupné z:

http://tucnak.fsv.cuni.cz/~hajek/Methodologie/texty_seminar/Becker.doc ze dne 24.3.2010

¹² Sociální péče, [online], dostupné z http://www.socialni-pece.cz/pdf/SP_1_2006.pdf ze dne 24.3.2010

Starý člověk postupně ztrácí kontrolu nad svým životem a je potřeba vytvořit takové podmínky, aby neztratil to nejdůležitější, svoji důstojnost.

3. 2 Demografický vývoj

Základní důkazový materiál o stárnutí populace přináší demografická statistika. K demografickému stárnutí dochází v důsledku změn v charakteru demografické reprodukce a mění se při něm zastoupení dětské a postreprodukční složky v populaci. Může být vyvoláno dvěma faktory. Prvním je relativní zpomalení růstu mladších věkových skupin, které je většinou výsledkem poklesu úrovně plodnosti a porodnosti. Tento typ stárnutí se nazývá "stárnutí v základně věkové pyramidy". Druhým faktorem je zrychlení růstu počtu osob ve starším věku, které je důsledkem rychlejšího snižování měr úmrtnosti ve vyšším věku. Tato skutečnost vede k prodlužování střední délky života (naděje dožití) a k častějšímu dožívání se vyššího a vysokého věku. V tomto případě jde o typ "stárnutí ve vrcholu věkové pyramidy". Oba uvedené jevy mohou dle demografického informačního portálu probíhat současně.¹³

Demografické informační centrum dále referuje o vyšší úrovni úmrtnosti u mužů než u žen a zároveň zdůrazňuje, že ve starším věku početně převažují ženy nad muži stejné věkové kategorie. S věkem tato převaha výrazně narůstá. Zatímco při narození je početní stav mužů větší než početní stav žen, tj. na 100 žen připadá zhruba 106 mužů, ve věkové skupině 60 - 69 let připadalo v roce 2003 na 100 mužů 119 žen, ve věkové skupině 70 - 79 let 157 žen a ve věkové skupině 80 a více let to byl už více než dvojnásobek, tj. 232 žen na 100 mužů. Tento vývoj pokračuje a je typický pro tzv. vyspělé státy.

3. 2. 1 Demografický vývoj ve světě

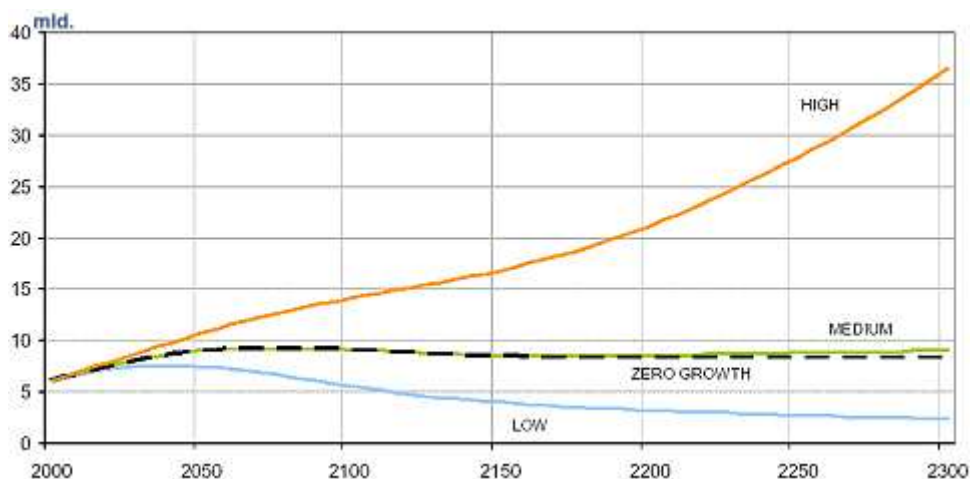
V Evropě není populační vývoj vždy v souladu s ekonomikou těchto zemí. Téměř u všech evropských zemí je problémem pokles obyvatelstva a demografické stárnutí. Nastávají obavy, které budou nabývat stále výraznějších forem. Z dlouhodobého hlediska

¹³ http://www.demografie.info/?cz_starnuti= ze dne 22.1.2007

vyvstává problém, kdy stále větší část populace bude tvořena z řad osob v důchodovém věku.

Dlouhodobé populační projekce obyvatelstva světa vydává Populační divize OSN. V grafu č. 1 můžeme sledovat poslední světovou projekci (v miliardách), která byla publikována v prosinci 2003 s horizontem do roku 2300.

Graf č. 1: Světová populace v závislosti na světových událostech v letech 2000 – 2300



Zdroj: Demografický informační portál, 2009

V 2. polovině minulého století došlo k obrovskému nárůstu populace, kdy přírůstek obyvatelstva dosahoval až 2 % ročně. Zatímco v roce 1804 žila podle OSN na světě jedna miliarda obyvatel, v roce 1927 už to byly miliardy dvě, v roce 1960 tři miliardy, v roce 1974 čtyři miliardy, v roce 1987 pět miliard a od roku 1999 již přes šest miliard lidí. I dnes, na začátku nového tisíciletí, přes pozvolný pokles přírůtku na 1,3 % ročně, představuje „populační exploze“ jeden ze základních globálních problémů lidstva. Každou minutu se totiž na naší planetě narodí asi 250 dětí a zároveň 100 lidí zemře (EXNEROVÁ, ČERMÁK, VOLFOVÁ, 2008: 1). Celkový obrázek stárnoucí Evropy můžeme sledovat v tabulce č. 1.

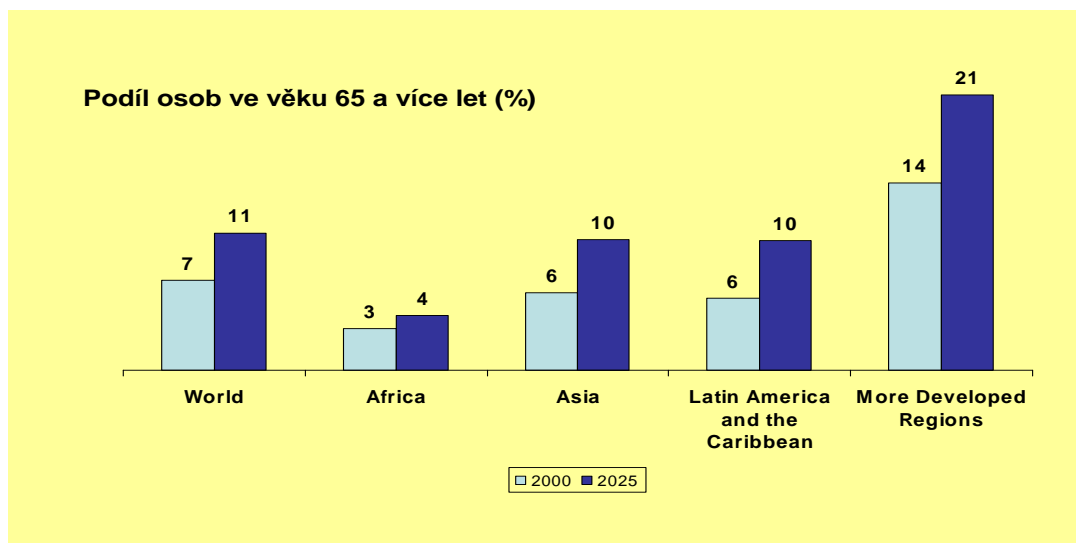
Tabulka č. 1: Jak stárne Evropa - procento obyvatel ve věku nad 65 let v %

Státy	Skutečný stav v r. 2008	Předpokládaný stav v roce 2060
Belgie	17,00	26,50
Británie	16,10	24,70
Bulharsko	17,30	34,20
Česko	14,60	33,40
Dánsko	15,60	25,00
Estonsko	17,20	30,70
Finsko	16,50	27,80
Francie	16,50	25,90
Irsko	11,20	25,20
Itálie	20,10	32,70
Kypr	12,40	26,20
Litva	15,80	34,70
Lotyšsko	17,30	34,40
Lucembursko	14,20	23,60
Maďarsko	16,20	31,90
Malta	13,80	32,40
Německo	20,10	32,50
Nizozemí	14,70	27,30
Norsko	14,60	25,40
Polsko	13,50	36,20
Portugalsko	17,40	30,90
Rakousko	17,20	29,00
Rumunsko	14,90	35,00
Řecko	18,60	31,70
Slovensko	12,00	36,10
Slovinsko	16,10	33,40
Španělsko	16,60	32,30
Švédsko	17,50	26,60
Švýcarsko	16,40	28,00
Průměr EU 27	17,10	30,00

*Zdroj: Důchodová reforma, <http://www.slideshare.net/Lynxlynxx/duchodova-reforma-hotova>
Pozn.: vlastní zpracování ze dne 31.3.2010*

Za těmito celkovými údaji musíme vidět značné regionální rozdíly a to jak ve změnách početního stavu populace, tak i v kvalitě života. V Evropě dochází k úbytku obyvatelstva, zatímco naproti tomu rozvojové africké země zaznamenávají přírůstek. V obou těchto světových regionech se však předpokládá zvyšování populace nad 65 let věku. Srovnání z roku 2000 a předpokládaný vývoj v roce 2025 sledujeme v následujícím grafu č. 2.

Graf č. 2: Stárnutí ve velkých světových regionech



Zdroj: *World Population Prospects: The 2004 Revision* (medium scenario), 2005

„Jakmile roste počet seniorů, roste i finanční zatížení ekonomicky aktivního obyvatelstva v důsledku příspěvků do penzijního fondu a díky vysokým výdajům za lékařskou péči pro starší obyvatelstvo. Výdaje za léčbu by mohly dramaticky klesnout díky pravidelné fyzické aktivitě seniorů. V Německu, kde je více jak 35% obyvatel ve skupině 50+, se snaží sestavit program sportovních aktivit pro seniory“ (HASENKNOFF, MORITZ, STREHLER, 2006: 279-284).

3. 2. 2 Demografický vývoj v České republice

Prognóza demografického vývoje zpracovaná Českým statistickým úřadem uvádí, že lidé starší 65 let budou v roce 2030 tvořit 22,8 % populace, v roce 2050 pak 31,3 %, což představuje přibližně 3 miliony osob. V roce 2007 tvořily osoby starší 65 let 14,6 % obyvatel ČR. Nejrychleji se bude zvyšovat počet osob nejstarších. V roce 2050 bude v ČR žít přibližně půl milionu občanů ve věku 85 a více let. Naděje dožití při narození bude v roce 2050 činit 78,9 let pro muže a 84,5 pro ženy (oproti 73,7 let pro muže a 79,9 let pro ženy

v roce 2007).¹⁴ Úhrnná plodnost po značném poklesu v 90. letech 20. století pomalu stoupá. Demografické prognózy předpovídají další růst plodnosti, která v ČR v současnosti patří k nejnižším na světě. V roce 2007 úhrnná plodnost činila 1,44. Za úroveň plodnosti nezbytnou k přirozené obnově populace se přitom považuje plodnost 2,1.¹⁵

Posun věkového složení obyvatelstva z roku 1995 a roku 2003 ukazuje graf č. 3. Z něj je patrný výrazný úbytek ve věkové kategorii 0 – 20 let v roce 2003; naopak však udává zvýšenou četnost osob nad 80 let. Prognózu pro rok 2010 zachycuje graf č. 4.

**Graf č. 3: Věková skladba obyvatelstva České republiky v roce 1995
a v roce 2003**

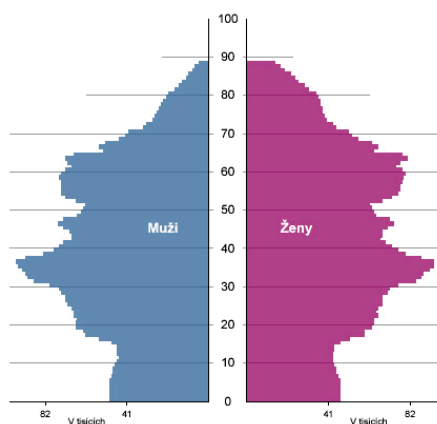


Zdroj: Český statistický úřad, 2009

¹⁴ <http://www.mpsv.cz/files/clanky/2237/srovnani-demografie.pdf> ze dne 23.6.2005

¹⁵ Podle prognózy zpracované Přírodovědeckou fakultou Univerzity Karlovy bude naděje dožití při narození v roce 2050 činit pro muže 82 let a pro ženy 86,7 let.

**Graf č. 4: Věková skladba obyvatelstva České republiky
v roce 2010**



Zdroj: Český statistický úřad, 2009

Současnou demografickou situaci České republiky v porovnání s Evropskou unií zhodnotila RYCHTAŘÍKOVÁ (2007: 1, upraveno), jež zároveň uvádí výhled demografické situace do roku 2050. Podle jejích slov se Česká republika svou demografickou situací podobá spíše novým členům Evropské unie dle základních charakteristik, které ji odlišují od původní evropské patnáctky. Lze je shrnout jako:

- nízká plodnost;
- relativně mladá věková struktura, která však bude stárnout;
- vyšší úmrtnost seniorů.

V letech 2004 - 2050 lze očekávat úbytek obyvatelstva původních členských zemí, nové země však budou pravděpodobně populačně růst. V následující tabulce č. 2 je možné porovnat vývoj reálné populace (r. 2005) a její předpokládaný vývoj do roku 2050 a v další tabulce č. 3 jsou uvedeny Vybrané charakteristiky z projekce obyvatelstva ČR do roku 2050.

Tabulka č. 2: Věková struktura populace ČR (v %)

Věk	Reálná populace 2005	Populace 2050	Stabilní populace
0 – 14	16,4	12,4	8,7
15 – 64	69,8	56,3	58,7
65 a více+	13,8	31,3	32,6

Zdroj: MPSV, 2005

Tabulka č. 3: Vybrané charakteristiky z projekce obyvatelstva ČR do roku 2050

rok	počet obyvatel	podíl osob starších			
		z toho starších		65 let	80 let
	celkem	65 let	80 let	na celkovém počtu obyvatel	
2005	10 235 973	1 446 681	315 988	14,13	3,09
2010	10 283 042	1 596 812	368 068	15,53	3,58
2015	10 301 994	1 864 146	390 459	18,10	3,79
2020	10 283 929	2 088 333	413 674	20,31	4,02
2025	10 217 200	2 201 310	509 607	21,55	4,99
2030	10 102 433	2 308 073	664 338	22,85	6,58
2035	9 957 079	2 399 918	771 810	24,10	7,75
2040	9 795 118	2 633 554	800 123	26,89	8,17
2045	9 622 248	2 862 020	844 525	29,74	8,78
2050	9 438 334	2 956 079	904 745	31,32	9,59

Zdroj: Průša, L., *Efektivnost sociálních služeb* http://praha.vupsv.cz/Fulltext/vz_245.pdf, 2010

Pramen: *Projekce obyvatelstva ČR do roku 2050 [online]*, cit. [2007-10-01], dostupné z:
[http://www.czso.cz/csu/2003edicniplan.nsf/t/FF004F4709/\\$File/4020rr05.xls](http://www.czso.cz/csu/2003edicniplan.nsf/t/FF004F4709/$File/4020rr05.xls);
[http://www.czso.cz/csu/2003edicniplan.nsf/t/FF004F5158/\\$File/4020rr06.xls](http://www.czso.cz/csu/2003edicniplan.nsf/t/FF004F5158/$File/4020rr06.xls); vlastní
 propočty

Z tabulky č. 3 je zřejmé, že projektovaná a stabilní populace¹⁶ se k sobě svou věkovou strukturou velice blíží. Ke snížení obyvatelstva na ½ současného počtu by tak za předpokladu zachování stávajících poměrů došlo v průběhu 41 let. Podle RYCHTAŘÍKOVÉ (2007: 2) budoucnost společnosti bude nyní méně záviset na počtu obyvatel, vzroste však význam struktur populace, přičemž plodnost je vnímána jako determinující faktor věkové struktury, úmrtnost ji pouze dotváří. Nárůst podílu osob starších 65ti let ze současných 14 % na více než 30 % v roce 2050 označuje autorka za bezprecedentní. Nárůst počtu narozených mezi lety 1999 a 2005 pak připisuje vlivu

¹⁶ Založené na předpokladu neměnné současné úrovně porodnosti a úmrtnosti.

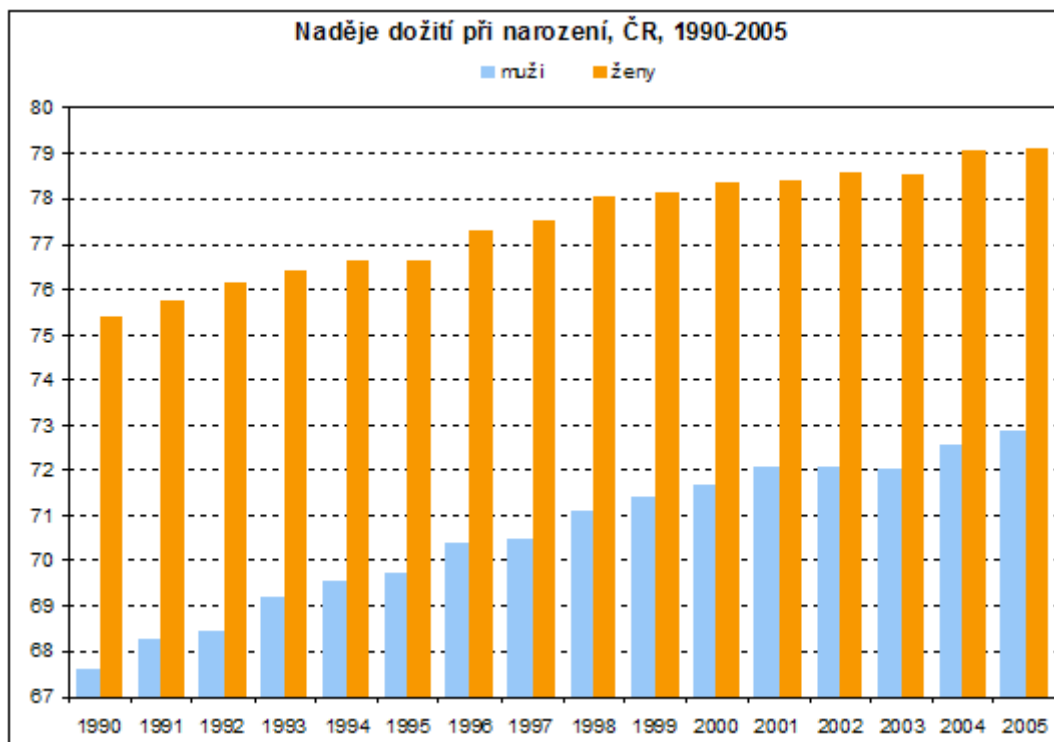
strukturálního efektu, kdy ve vyšším věku rodí ženy s vyšším vzděláním, kterých v populaci přibývá, z celkového pohledu však mají nižší průměrný počet dětí. V níže uvedených grafech sledujeme naděje na dožití obyvatel ČR v letech 1990 až 2005 a věkové složení obyvatel v roce 2007 s ohledem na pohlaví.

Podle demografické prognózy zpracované Českým statistickým úřadem¹⁷ bude v roce 2050 žít v České republice přibližně půl milionu občanů ve věku 85 a více let (ve srovnání s 101 718 v roce 2006) a téměř tři miliony osob starších 65 let (31,3 %). Naděje dožití při narození bude v roce 2050 činit 78,9 let pro muže a 84,5 pro ženy (oproti 73,4 let pro muže a 79,7 let pro ženy v roce 2006).

Jinými slovy pokud v současné době v ČR pracuje na každého seniora, staršího 65 let v průměru 5 práceschopných osob, v roce 2060 by to podle současné prognózy znamenalo, že na jednoho seniora staršího 65 let bude připadat přibližně 1,5 práceschopných osob. Z hlediska EU by pak dle odhadů současného vývoje v roce 2060 byl poměr seniorů k práceschopnému obyvatelstvu 1:2. Podle výše uvedených prognóz pak lze v grafu č. 5 vysledovat naději dožití se konkrétního věku při narození v letech 1990 – 2005.

¹⁷ Národní program přípravy na stárnutí na období let 2008 až 2012 (Kvalita života ve stáří) Usnesení vlády ze dne 9. ledna 2008 č. 8 o Národním programu přípravy na stárnutí na období let 2008 až 2012

Graf č. 5: Naděje dožití při narození v letech 1990 - 2005



Zdroj: Český statistický úřad, 2007

3. 3 Rozvoj informačně komunikační technologie a stáří

Mezi hlavní rysy současného světa lze zařadit stárnutí jeho populace a rozvoj informační společnosti. Změny informačních technologií významným způsobem ovlivňují a mění od základů ekonomiku, společnost i způsob života každého z nás.

„Rostoucí globální informační síť internetu propojuje celou zeměkouli a přenáší čím dál větší množství dat. Časová bariéra se stále více zmenšuje – informace se přenášejí téměř okamžitě a neustále se zvyšuje rychlost jejich zpracování. Zrychlují se inovační cykly. Vznikají nové pracovní příležitosti kladoucí důraz na kvalifikaci, celoživotní vzdělávání a ochotu k rekvalifikaci.“¹⁸

„V Evropské Unii je stárnutí populace jeden z hlavních problémů většiny členských států, kterému musí čelit v průběhu dalších desetiletí. Očekávání dokonalého života a

¹⁸ <http://www.cssd.cz/nas-program/strednedoby-program/informacni-spolecnost.html> ze dne 23.3.2010

klesající plodnost klasifikuje výsledek zvýšeného počtu a podílu starších osob. Internet nabízí nesčetný objem a služby, které mohou obohatit kvalitu života, sociální účast a společenské zapojení „online“ seniorů. To vše je v současné době chápáno jako aspekt tvorby úspěšného stárnutí“ (KÜNEMUND, PEACOCK, 2007: 191-200).

Stranou v této oblasti nemůže a nesmí zůstat žádný občan České republiky, nevyjímaje z toho seniory.

„Informační technologie byly a jsou tradičně využívány k pečlivému a podrobnému sledování vnitřního a vnějšího firemního prostředí“ (ANTLOVÁ, 2007: 47-54). „Účast občanů na veřejném životě je jednou ze základních myšlenek demokracie. Moderní informační systémy (IS), resp. informační a komunikační technologie (ICT) mohou občanům umožnit a usnadnit účast na veřejném dění. Zároveň mohou usnadnit přístup všech zájemců k informacím a službám poskytovaným veřejnou správou a tak například podpořit podnikání či rozvoj turistiky, ale také usnadnit život všem občanům. Mimo jiné proto orgány veřejné správy poskytují své informace a služby prostřednictvím internetu a snaží se zajistit, aby z možnosti využívat elektronické služby nebyla vyloučena žádná skupina občanů (problém digitálního rozdělení společnosti). Jedním ze základních prvků každého informačního systému je v dnešní době software“ (KOMÁRKOVÁ, MÁCHOVÁ, BEDNARČÍKOVÁ, 2008: 116-126). Pod pojmem software rozumíme programy nainstalované do počítače. Počítač, do kterého je program nainstalován se pak nazývá hardware. „Mezi software se řadí i informační systémy, kdy informace a služby jsou zpřístupňovány v prostředí datové sítě (např. internetu) a uživatel pracuje v prostředí webového prohlížeče“ (KOMÁRKOVÁ, MÁCHOVÁ, BEDNARČÍKOVÁ, 2008: 116-126).

Již podle výše uvedeného je zcela zřejmý rostoucí význam rozvoje ICT nejen v životě každého podnikatele, orgánu veřejné správy, ale i v životě každého jedince, mezi které patří i senioři. Ti pak představují velmi početnou skupinu obyvatelstva, kdy podle statistických ukazatelů lze odhadnout, že senioři nad 65 let budou v České republice tvořit v roce 2015 přibližně 21,89 % celkového počtu obyvatelstva, v roce 2020 cca 24,33 % a v roce 2030 to již bude 29,43 %. V roce 2050 podle současného stavu vývoje lze odhadovat počet obyvatel nad 65 let ve výši 40,91 % ve vztahu k celkovému počtu obyvatelstva.¹⁹

¹⁹ PRŮŠA, L.: Efektivnost sociálních služeb: vybrané prvky a aspekty. Praha, 2007, dostupné z

Z předložených statistických čísel o demografickém vývoji obyvatelstva v ČR ve spojitosti s rostoucím významem rozvoj ICT ve světě se nelze ubránit nutnosti vážně se zabývat otázkami spojenými s rozvojem ICT v domovech seniorů již v současné době.

„Převratným jevem se stal Internet, který představuje neomezený doposud nesnadno limitovaný prostor sloužící ke zveřejňování aktuálních informací, komunikaci, ukládání různých dokumentů a k následnému čerpání a využívání těchto informací v jednotlivých oblastech lidské činnosti, ať již ryze odborné nebo zájmové. Prostor internetu se stále širší paletou služeb a se stále bohatšími zdroji zatím limitován není, ale člověk ano. Je limitován časem, pomineme-li pro daný okamžik jeho schopnosti“ (ČERNÁ, POULOVÁ, 2008: 132-143). „Pokud jde o budoucnost internetu, jsou pravděpodobné následující trendy: mezi lety 2010-2015 se rychlost připojení a toku dat znásobí řádově stotisíckrát. Internet v podobě domácích, domovních, podnikových či městských sítí získá mimořádnou intenzitu a bude hlavním prostředkem komunikace i zdrojem technostresu a elektrosmogu“ (BUDIŠ, ŠTĚDRONĚ, 2008: 17).

Významným nástrojem k vyhledávání požadovaných informací na internetu je portál. „Portál umožňuje organizovaný pohled do expandujícího světa on-line informací“ (ČERNÁ, POULOVÁ, 2008: 132-143).

„Stáří, resp. třetí věk, je obdobím života, v němž sice dochází k evidentním změnám daným stárnutím, které ale nemusí být ještě tak velké, aby staršímu člověku znemožnily aktivní a nezávislý život“ (VÁGNEROVÁ, 2007: 461).

Stárnutí populace sebou přináší řadu problémů. Předjetí těmto problémům znamená zvýšit kvalitu života seniorů a prodloužit jejich aktivní věk. To je i hlavním cílem vzdělávání seniorů. „Vzhledem ke specifickým požadavkům seniorů, tvoří toto vzdělávání samostatnou část celoživotního vzdělávání a požaduje i speciální školení pedagogů, kteří kurzy pro seniory vedou.“²⁰

Rychlý rozvoj techniky znamená pro seniory společenskou izolovanost. Zejména využívání nových informačních a komunikačních technologií je pro seniory bariérou, kterou jen obtížně překonávají. Začleňování seniorů do informační společnosti je náročnější a bez pomoci okolí je to téměř nemožné. Bez přiměřeného tréninku nejsou senioři schopni s

<http://aleph.vkol.cz/pub/svk01/00085/76/000857606.htm> 1010, ze dne 30.3.2010

²⁰ http://www.csvs.cz/konference/NCDiV2006_sbornik/Mannova.pdf ze dne 23.3.2010

novými technologiemi pracovat a efektivně je využívat. To je i hlavním důvodem zvyšující se popularity a poptávky po kurzech ICT pro seniory v České republice.²¹

Významný posun v této oblasti zaznamenalo uvedení na trh nového počítače pro seniory firmou Microsoft. Produkt, označený jako Počítač 50+ splňuje potřeby jak počítačových začátečníků, tak i starších lidí. Počítač 50+ nabízí jednoduchý přístup k informacím i komunikačním kanálům. Dvacetipalcový LCD displej umožňuje kvalitní čitelnost ikon a dokumentů. Srozumitelný knižní průvodce a celodenní počítačový kurz pro seniory zakončený získáním diplomu jsou zdarma.²²

V současné době se mohou senioři přihlásit do několika druhů kurzů. Pořádají je jak různé instituce, tak i neziskové organizace, např. sdružení. Příkladem je nabídka kurzu ICT pro seniory v roce 2008 ve Strážišti. Sdružení Via rustica připravila tento kurz, ale nebyl spuštěn z důvodu nedostatku zájemců.²³ Vedle běžných kurzů se senioři mohou účastnit i e-learningového vzdělávání, které pro ně nabízí např. Orange Academy, jež k počítačovým kurzům vyvinula i e-learningový systém. Pomocí něho si senioři mohou látku probranou v kurzu sami pomocí virtuálního lektora neustále opakovat. Nasazení informačních technologií ve vzdělávání ještě samo nepřinese vždy požadovaný efekt, proto se nemůžeme spoléhat pouze na výukové programy.

K provozovatelům počítačových kurzů se řadí i Nadační fond manželů Klausových. Tento nadační fond existuje od roku 2007 a vznikl v rámci projektu "Senioři komunikují". Cílem tohoto projektu bylo věnovat do každé obce nebo města, kde kurzy probíhaly jeden počítač v hodnotě cca 23.000,-Kč určený především seniorům.²⁴ Za zmínku stojí i tzv. Universita třetího věku, kterou pořádá pro seniory Provozně ekonomická fakulta České zemědělské university v Praze.

Významnou pomůckou pro seniory jsou i současné knižní publikace, které jim umožní základní orientaci ve Wordu, Excelu a Internetu (DOMES, 2008: 7-175).

Neustále sílící vliv informační společnosti klade nové požadavky na začleňování seniorů do této společnosti a to zvláště s odkazem na výše uvedený předpokládaný

²¹ http://www.csvs.cz/konference/NCDiV2006_sbornik/Mannova.pdf ze dne 23.3.2010

²² <http://www.novinky.cz/clanek/138259-na-cesky-trh-prichazeji-pocitace-pro-seniory.html> ze dne 23.3.2010

²³ <http://www.straziste.cz/clanek/novinky-aktuality/kurzy-na-pc-pro-seniory/> ze dne 23.3.2010

²⁴ <http://www.oblast.cz/public/kapitola.phtml?kapitola=128086> ze dne 23.3.2010

demografický vývoj obyvatelstva. Přitom však nelze opomíjet ani vedlejší faktory projevující se u seniorů zejména ve zdravotní oblasti. Je tedy žádoucí, aby školení seniorů probíhala pod vedením speciálně vyškolených pedagogů.

„Účast v organizovaných kurzech a školení může pomoci zvýšit digitální gramotnost a uživatelské znalosti ICT. Tato účast má snižující analogii se zvyšujícím se věkem. Proto musíme brát v úvahu to, jak můžeme zapojit tyto „starší“ lidi do celoživotních výukových programů, kde využíváme e-learningové nástroje.“²⁵

²⁵ http://online.agris.cz/files/2010/agris_on-line_2010_1_varallyai_herdon.pdf,
článek: Digital Europe – Chance for Job in Hungary, L. Várallyai, M. Herdon zde dne 13.5.2010

4. Formy zabezpečení důstojného života seniorů ve vybraných evropských státech

Debaty na téma stárnutí se tradičně zaměřovaly na penzijní systémy a sociální ochranu, zdravotnictví a sociální péči na národní úrovni. Ve všech členských státech Evropské unie se však začínají objevovat nové přístupy k výzvám a příležitostem vyplývajícím z demografického stárnutí. Strategie udržitelného rozvoje Evropské unie (2005) přináší širší definici politiky stárnutí, jež zahrnuje více oblastí:

1. **Důchody a příjmy.** Dopad stárnutí na penzijní a sociální systémy je nadále jedním z hlavních témat v řadě členských států. Členské státy Evropské unie „vedly na trh“ sérii reforem, jež omezily a snížily náklady pomocí snížení základní úrovně důchodů nebo zapojením soukromého sektoru a zohledněním otázek mezigenerační spravedlnosti a generační rovnosti. V některých státech byla zavedena opatření na podporu důchodového spoření a pobídky k prodloužení aktivního pracovního života za hranici pro odchod do důchodu.
2. **Hospodářství a zaměstnanost.** Nový je vývoj nástrojů k posílení postavení seniorů na pracovním trhu a zvýšení jejich šancí na získání nebo udržení zaměstnání, a to v rámci plnění evropských cílů zaměstnanosti (např. finský *Národní program pro starší pracující*). Dále je zvýšenou měrou zohledňována skutečnost, že senioři jsou rostoucím sektorem pro spotřebitelské výdaje, čímž vytvářejí tržní příležitosti pro zboží a služby určené právě starším lidem.
3. **Zdravotnictví a poskytování dalších služeb.** Klíčovým aspektem je zajištění přístupné, kvalitní a finančně dostupné péče, jež bude odpovídat řadě požadavků čím dál různorodější populace a vyšší kapacita nabízených služeb jako důsledek technologických změn v oblastech, jako jsou tzv. assistive technology či léky (např. portugalský *Integrovaný program podpory seniorů*).

4. **Osobní práva.** Souvisejícími cíli jsou zde řešení diskriminace a podpora lidských práv. Diskriminace starších lidí se objevuje jako klíčová otázka v kontextu širších přístupů k rovnosti a rozmanitosti v Evropě. Potřeba řešit diskriminaci na základě věku je rostoucí měrou uznávána jak v právních předpisech, tak prostřednictvím podpory pozitivních obrazů stárnutí a posílení hlasu seniorů ve společnosti (např. v irské strategii *Zajištění rovnosti pro seniory*).
5. **Bydlení a komunity.** Roste povědomí o dopadu politických oblastí, jako jsou doprava, bydlení a regenerace na specifické skupiny lidí ze všech věkových skupin a dále o rostoucí rozmanitosti potřeb mezi staršími obyvateli – těmi, kteří žijí sami či trpí určitým postižením nebo žijí v zanedbaných oblastech. Hlavní výzvou zde je zajistit, aby tyto iniciativy dospěly až k cílovým skupinám (např. nizozemský politický dokument „*Co lidé chtějí, kde lidé žijí*“).

Některé vlády členských států postupně rozvíjejí integrované strategie ke stárnutí (např. ve Spojeném království strategie *Věk příležitosti: Řešení problematiky stárnutí ve 21. století*). Evropská unie uznává důležitost stárnutí populace v rozvoji soudržnosti Evropy, jejích národů a regionů. Existuje několik právních rámců a politik, jež zahrnují problematiku stárnutí a jež by měly být základem strategií jednotlivých států.²⁶

Souvislost hospodářského růstu s politikou stárnutí se promítá do politiky soudržnosti Unie a hlavních směrů pro Strukturální fondy zohledněném ve finančním rámci a objevuje se v národních programech rozdělení strukturálních fondů na programové období 2007–2013. Třetí zpráva o soudržnosti označila stárnutí populace za jednu ze čtyř hlavních hnacích sil politiky soudržnosti a navrhla ukazatele výkonnosti pro Evropský sociální fond na období 2007–2013, týkající se mimo jiné podpory aktivního stárnutí.

²⁶ <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=CELEX:52004DC0038:CS:HTML> ze dne 12.2.2009

Cílem Lisabonské strategie, která byla přijata v r. 2000 v rámci EU je řešení klíčových ekonomických otázek jako např. nízké míry hospodářského růstu, vysoké nezaměstnanosti a sociálního vyloučení. Za klíčový považuje problém „deficitu zaměstnanosti“, jenž přispívá ke slabinám nízkého růstu hospodářství EU a vyloučení řady lidí ze společnosti. Evropská rada vyzvala v roce 2001 ke zvýšení zaměstnanosti starších pracujících na 50 %, což znamená o 5 milionů lidí navíc. Lisabonská strategie byla oživena na jaře 2005, kdy bylo členskými státy doporučeno „rozvíjet komplexní strategii aktivního stárnutí“ a zároveň vlády členských států dostaly za úkol každý rok předkládat Národní program pro růst a zaměstnanost.

4.1 Sociální ochrana a sociální začlenění

„Sociální politika v zemích EU s úspěšně fungující tržní ekonomikou je z mnoha příčin úzce spjata s hospodářskou politikou. Obě tyto kategorie se vzájemně ovlivňují – pro účinnou sociální politiku je samozřejmě důležitá výkonnost ekonomiky, na níž závisí vytváření prostředků pro sociální politiku. Výsledky hospodářské politiky při zvyšování výkonnosti ekonomiky však ve velké míře závisí na aktivních komponentech sociální politiky; na tom, jak jsou lidé připraveni a motivováni k odpovědné činnosti (k práci a aktivní ochraně svého zdraví apod.). Dále jde o to, aby lidé mohli uplatnit své znalosti a schopnosti v pracovním procesu a ve společenském životě“ (BRDEK a kol., 2002: 13).

Lisabonská strategie vyslovila závazek lepší sociální soudržnosti a lepší sociální politiky i hospodářských cílů. Starší lidé jsou vystaveni jednomu z nejvyšších rizik chudoby mezi všemi věkovými skupinami a zažívají sociální vyloučení v důsledku řady faktorů, jako jsou omezený společenský kontakt, zdraví, nízký příjem, nedostatek mobility a zneužívání jejich slabšího postavení. V rámci procesu sociální ochrany a začlenění vyslovily členské státy souhlas s otevřenou metodou koordinace s cílem modernizovat národní akční plány pro oblast důchodů, zdravotnictví a dlouhodobé péče a sociálního začlenění, čímž bude zajištěn integrovanější přístup k řešení této otázky.

Mezi klíčové cíle regionálních strategií zaměřených na hospodářský růst, sociální začlenění a udržitelný rozvoj patří:

- posílení produktivního přínosu starších skupin obyvatel;

- přijetí a podpora stále více různorodé starší populace;
- zjištění spotřebních vzorců stárnoucí populace jak z hlediska soukromého, tak z hlediska veřejného sektoru;
- rozvoj příslušných služeb a výrobků;
- zapojení starších skupin obyvatel do regionální správy;
- řešení otázky chudoby a sociálního vyloučení seniorů.

4. 2 Vybrané dokumenty o právech seniorů

4. 2. 1 Deklarace práv starých osob

Práva starších osob byla stanovena v roce 1965 v „Deklaraci práv starých osob“ v Los Angeles a jsou rozdělena do pěti okruhů:

1. Právo na fyzickou existenci zahrnující fyzickou bezpečnost a ochranu starších osob během války, míru nebo v případě sociálních nebo přírodních katastrof.
2. Právo na ekonomickou existenci, zahrnující právo na životní minimum, právo na bydlení a možnost vykonávat produktivní práci.
3. Právo na sociální existenci, tj. na ochranu před osamělostí.
4. Kulturní práva.
5. Právo na dispozice sám se sebou, oprávnění být vyloučený z úkolů fyzicky nebo intelektuálně namáhavých, svoboda tvorby a vyjadřování svých názorů a svoboda vlastního světonázoru.

4. 2. 2 Charta práv a svobod starších občanů

Chartu práv a svobod starších občanů, kteří potřebují péči a pomoc druhé osoby, vypracovala francouzská Národní nadace pro gerontologii ve spolupráci s Ministerstvem práce a sociálních věcí Francie v roce 1966. Zdůrazňuje, že stáří je takovým obdobím života, ve kterém by měl pokračovat rozvoj lidské osobnosti. Účelem této výsadní listiny je

připomenutí a uznání důstojnosti, kterou mají požívat starší občané se sníženou soběstačností s připomenutím a uznáním jejich práv.²⁷

Všichni lidé, kteří jsou v důsledku svého onemocnění závislí na pomoci a péči druhých osob, by měli mít garantovanou svobodu volně komunikovat, neomezeně se pohybovat a podílet se na společenském životě. Všichni starší občané by měli být jasným, srozumitelným a přesným způsobem informováni o svých sociálních právech a o legislativních změnách, které jsou pro ně důležité.

Pro občany se sníženou soběstačností je zásadně potřebné, aby si mohli zachovat a udržovat dosavadní přátelské a příbuzenské vztahy. Je třeba společensky respektovat roli pečujících rodin, které by měly být zejména psychologicky podporovány. Také instituce by měly dbát na spolupráci s rodinami pacientů, která je důležitá pro zlepšení kvality jejich života. V případě, že není rodina je třeba, aby její roli převzali profesionálové nebo dobrovolníci.

V neposlední řadě je třeba, aby si tito lidé také mohli zvolit a prožívat své intimní vztahy. Každý člověk se zhoršenou soběstačností by měl mít přístup k takovým službám, které potřebuje a jsou mu užitečné.²⁸

4. 2. 3 Zásady OSN pro seniory

Zásady OSN pro seniory byly přijaty Valným shromážděním OSN (rezoluce č. 46/91) dne 16. prosince 1991. Vlády jsou vyzývány k tomu, aby tyto zásady včlenily do svých národních programů, kdykoliv je to možné. Pro potřeby předložené disertační práce poukazují na tyto zásady:

- V oblasti zajištění nezávislosti seniorů:
 - mít přístup k odpovídající stravě, vodě, obydlí, oděvu a zdravotní péči na základě zajištění příjmu, podpory rodiny a společnosti a svépomoci;
 - mít příležitost pracovat nebo mít jinou příležitost zajišťující příjem;
 - mít možnost účastnit se rozhodování, kdy a jak rychle bude probíhat jejich odchod z pracovního života;

²⁷ http://nova.medicina.cz/verejne/clanek.dss?s_id=2545&s_rub=136&s_sv=2&s_ts=39877,025 ze dne 2.2.2009

²⁸ http://www.seniorcentrum.cz/new_www/detail.php?parent_id=&id=16&pobocka=%C3%9Ast%C3%AD%20nad%20Labem&kod=C03_INFOCENTRUM ze dne 2.2.2009

- mít přístup k odpovídajícím vzdělávacím a výcvikovým programům;
 - žít v prostředí, které je bezpečné a přizpůsobitelné osobním preferencím a měnícím se schopnostem;
 - žít ve svém domově, jak nejdéle je to možné.
- V oblasti integrace do společnosti:
 - zůstat zařazení do společnosti, zúčastňovat se aktivně formulování a realizace politik, které přímo ovlivňují jejich blaho, a podílet se o své znalosti a schopnosti s mladšími generacemi;
 - mít možnost hledat a rozvíjet příležitosti pro služby občanské společnosti a pracovat jako dobrovolníci na místech odpovídajících jejich zájmům a schopnostem;
 - mít možnost vytvářet hnutí nebo asociace starých lidí.
 - V oblasti adekvátní péče:
 - mít užitek z rodinné péče a ochrany společnosti v souladu se systémem kulturních hodnot každé společnosti;
 - mít přístup k sociálním a právnickým službám, které by rozšířily jejich autonomie, ochranu a péči o ně;
 - mít možnost využívat odpovídající úroveň institucionální péče zajišťující ochranu, rehabilitaci, sociální a duševní stimulaci v humánním a bezpečném prostředí;
 - požívat lidských práv a základních svobod, až žijí v jakémkoli obydlí, v zařízení sociální péče nebo v léčebném zařízení, což zahrnuje i respektování jejich důstojnosti, víry, potřeb a soukromí a práv, včetně činit rozhodnutí o péči o ně samé a o kvalitě jejich života.

4. 2. 4 Evropská sociální charta

Základním dokumentem k ochraně sociálních práv je Evropská sociální charta, kterou přijala Rada Evropy v roce 1991. Ratifikovalo ji přes 20 zemí, Česká republika to učinila v roce 1998. Zmiňujeme ji, ačkoliv se seniorům explicitně nevěnuje. Evropská sociální charta obsahuje právo na práci, právo na spravedlivé pracovní podmínky, právo na

kolektivní vyjednávání, právo organizovat se, právo na sociální zabezpečení a práva rodiny na sociální ochranu (JÍROVÁ, 2007: 3-4).

4. 2. 5 Madridský mezinárodní akční plán pro problematiku stárnutí 2002

Mezinárodní akční plán pro problematiku stárnutí byl přijatý na 2. světovém shromáždění o stárnutí v Madridu dne 12. 4. 2002. Tento mezinárodní akční plán upozornil na potřebné změny v postojích, politikách a praxi na všech úrovních a ve všech sektorech, za účelem naplnění ohromného potenciálu stárnutí v 21. století. Cílem tohoto plánu je zajistit, aby všude měli lidé podmínky stárnout v bezpečí a důstojnosti a aby se ve své společnosti mohli nadále podílet na všech aktivitách jako plnoprávní občané. Plán by se měl stát praktickým nástrojem pomáhajícím tvůrcům politik, aby se zaměřili na klíčové priority v souvislosti se stárnutím jednotlivců a stárnutím obyvatelstva. Obsahuje několik ústředních témat napojených na tyto rámcové a konkrétní cíle a závazky. Mezi tyto patří:

1. Plná realizace lidských práv a základních svobod všech starších lidí.
2. Dosažení bezpečného stárnutí, které zahrnuje cíl vymýtit chudobu ve stáří a navázat na Zásady OSN pro seniory.
3. Rozšíření možností pro starší lidi, aby se mohli plně a účinně podílet na ekonomickém, politickém a sociálním životě svých společností, například pomocí výdělečné a dobrovolné práce.
4. Zajištění plného požívání ekonomických, sociálních a kulturních práv a občanských a politických práv lidí a odstranění všech forem násilí a diskriminace starších lidí.
5. Závazek k rovnosti pohlaví mezi staršími lidmi ve vztahu k pomoci, k odstranění diskriminace na základě pohlaví.
6. Uznání zásadní důležitosti rodin, mezigenerační vzájemné závislosti, solidarity a vzájemnosti pro sociální rozvoj.
7. Poskytování zdravotní péče, podpory a sociální ochrany starším lidem, včetně preventivní a rehabilitační zdravotní péče.

K hlavním prioritám patří zapojení starších lidí do procesu rozvoje za současného umožnění čerpání výhod z tohoto procesu. Starším lidem je třeba umožnit, aby pokračovali ve výdělečné činnosti tak dlouho, jak chtějí a mohou produktivně pracovat. To často znemožňuje nezaměstnanost, částečná zaměstnanost nebo strnulost trhu práce, které omezují

příležitosti jednotlivců a připravují společnost o jejich energii a dovednosti. V neposlední řadě je nutné uznání sociálního, kulturního, ekonomického a politického přínosu starších lidí.

4. 2. 6 Zelená kniha Nová mezigenerační solidarita jako odpověď na demografické změny

Zelenou knihu „Nová mezigenerační solidarita jako odpověď na demografické změny“ schválila Evropská komise v Bruselu 16. března 2005. Zaměřuje se na podporu rodiny prostřednictvím veřejných politik, které umožní ženám i mužům sladit rodinný i pracovní život. Rodina bude kromě toho dále hrát významnou úlohu, pokud jde o mezigenerační solidaritu. Unie proto musí lépe poznat situaci rodin v jednotlivých členských státech, zejména co se týče zaměstnanosti a příjmů neúplných rodin, přístupu k bydlení, sociálních dávek a péče o seniory.

Rovněž je třeba pokračovat v modernizaci systémů sociální ochrany, a to zejména důchodových, aby se zajistila jejich finanční a sociální životaschopnost a aby tyto systémy umožnily zvládat dopady stárnutí.

4. 2. 7 Ministerská konference Evropské hospodářské komise OSN o stárnutí

Dne 6. až 8. listopadu 2007 se zástupci členských zemí Evropské hospodářské komise Organizace spojených národů (EHK OSN) sešli na Ministerské konferenci o stárnutí v Leónu ve Španělsku, aby zhodnotili plnění Regionální implementační strategie k Madridskému mezinárodnímu akčnímu plánu pro problematiku stárnutí, který byl přijat v roce 2002 v Berlíně. Účastníci konference se v rámci tematických panelů zaměřili na integrovaný přístup k mainstreamingu stárnutí (zahrnutí stárnutí populace do jednotlivých politik), participaci a sociální začlenění, scénář sociální reformy, vyváženou strategii péče, prodloužení pracovního života, trh práce a sociální ochranu, mezigenerační spolupráci a aktivní stárnutí.

Byla přijata Leónská ministerská deklaráce *Společnost pro osoby v každém věku: výzvy a příležitosti*, která formuluje společné základní priority, problémy a žádoucí opatření v reakci na demografický vývoj a situaci starších osob a seniorů v různých oblastech.²⁹

4. 2. 8 Lisabonská smlouva - smlouva pro Evropu 21. století

Lisabonská smlouva z roku 2007 zavazuje EU zachovat a dále rozvíjet sociální ochranu, přičemž zároveň plně respektuje pravomoci členských států. Vytváří podmínky pro koordinaci sociálních politik. Obsahuje ustanovení, podle kterého se při vymezování a provádění všech politik musí přihlížet k sociálním otázkám (podpora vysoké úrovně zaměstnanosti, přiměřená sociální ochrana, boj proti sociálnímu vyloučení atd.).

4. 3 Organizace sociálních služeb ve vybraných zemích a příspěvek na péči

Tento oddíl přináší příklady, které se váží k problematice našeho konkrétního zájmu.

4. 3. 1 Spolková republika Německo

Ve Spolkové republice Německo existuje nový systém financování sociálních služeb více než 10 let. Jeho jádrem je zavedení pojistného systému (1994, Pflegeversicherungssystem). "Pojištění péče" je v SRN povinný systém, který představuje nadstavbu nad systémem zdravotního pojištění. Vztahuje se na všechny obyvatele, přičemž v závislosti na charakteru jejich zdravotního pojištění se člení na dvě formy - sociální a soukromé pojištění (PRŮŠA, 2007: 127).

Existuje zde třístupňový systém sociální pomoci:

1. stupeň představuje značnou potřebu péče. Jsou do něj zahrnuti ti jedinci, kteří potřebují pomoc v oblasti osobní péče, výživy nebo mobility, a to nejméně ve dvou úkonech alespoň 1x denně. Současně potřebují několikrát v týdnu

²⁹ <http://www.mpsv.cz/cs/4995> ze dne 11.1.2008

pomoc v domácnosti. Souhrnná doba péče představuje minimálně 1,5 hodiny denně, na základní péči připadá více než 45 minut. Měsíční dávka je 1 023 €;

2. stupeň představuje vyšší potřebu péče. Do tohoto stupně jsou zařazeny osoby, které potřebují pomoc v oblasti osobní péče, výživy nebo mobility alespoň 3x denně a vícekrát v týdnu potřebují pomoc v domácnosti. Celková doba péče je minimálně 3 hodiny denně a na základní péči připadají alespoň 2 hodiny. Měsíční dávka je 1 279 €;
3. stupeň představuje nejvyšší potřebu péče. Do tohoto stupně jsou zařazeny osoby, které potřebují pomoc v oblasti osobní péče, výživy nebo mobility po celý den i v průběhu noci a vícekrát týdně potřebují pomoc v domácnosti. Celková doba péče je minimálně 5 hodin denně, na základní péči připadají 4 hodiny. Do tohoto stupně jsou též zařazeni jedinci, kteří potřebují péči v širším rozsahu. Měsíční dávka je 1 432 €.

Výše uvedené dávky se poskytují z pojistného fondu péče na základě žádosti a doložením lékařského rozhodnutí, s příloženými zprávami dalších odborníků – sociálních pracovníků a psychologů.

Velké změny prodělala i oblast infrastruktury péče o staré a zdravotně postižené občany. Před zavedením pojištění na péči existovaly značné deficity, a to zejména v oblasti ambulantních služeb, denní a krátkodobé péče. Stále více starých a zdravotně postižených osob je zaopatřeno v prostředí vlastního domova (BRDEK, 2002: 45).

4. 3. 2 Rakousko

Příspěvek na péči jev Rakousku financován ze státního rozpočtu, přičemž jeho výplatou jsou pověřeny důchodové úřady. Dávka začala být poskytována od 1. července 1993. Na tuto dávku je právní nárok a má pokrývat dodatečné výdaje vyplývající z péče o sociálně potřebné osoby. Dávky se vyplácejí paušálně a nezkoumá se příčina vzniku sociální potřeby. Dávka se vyplácí v sedmi stupních. K zařazení do jednotlivých stupňů dochází na základě odborného lékařského posudku, na jehož zpracování se podílejí odborníci (BRDEK, 2002: 75).

4. 3. 3 Nizozemí

Systemem sociální ochrany se prolínají zásady „kdo pracuje, ať platí daně.“ Pokud však někdo nepracuje (z jakýchkoli důvodů), dostává se mu stejné sociální pomoci v případě nemoci a stáří, jako kdyby pracoval. Vedle zmíněné zásady zde platí zásada vzájemné pomoci. Z tohoto důvodu jsou nemocnice ve vlastnictví státu a soukromé nemocnice, ač zde není zákaz jejich zakládání, se vyskytují velmi ojediněle. Pokud pak poskytují soukromé nemocnice zdravotní péči, neliší se od standartu poskytování zdravotních služeb v porovnání s ostatními nemocnicemi.³⁰

V Nizozemí existuje pojištění ve čtyřech základních typech:

1. AWBZ (Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten) – z tohoto je hrazeno nemocenské pojištění v případě nemoci, a to pouze v případech pobytů v zařízeních nad 365 dní.
2. AOW (Algemene Ouderdomswet) – jde o pojištění vztahující se k úhradě penzí seniorům podle všeobecného zákona o stáří. Příjemcem penze je každý obyvatel Nizozemí bez rozdílu toho, zda pracuje či nepracuje.
3. ANW (Algemene Nabestaandenwet) – jde o vdovský důchod, který je vyplácen podle všeobecného zákona pozůstalým.
4. AKW (Algemene Kinderbijslagwet) – jde o pojištění, ze kterého jsou hrazeny přídavky na děti.

Každý obyvatel Nizozemí, který odchází do penze, se v případě, že bude požadovat úhradu péče z AWBZ, obrací na orgán zvaný CIZ (Centrum Indicatiestelling zorg) – Centrum pro indikaci péče. CIZ byl zřízen v roce 2005 a je centrálním správním orgánem pro celou zemi (předtím tuto záležitost řešily lokální komise). Jde o instituci, která zjistí veškeré zdravotní, sociální, finanční nároky, které senior nezbytně potřebuje pro zajištění kvality stáří jako plnohodnotného obyvatele Nizozemí.

Proces stanovení finanční výše potřebnosti seniorů odcházejících do penze probíhá následovně: Je stanoveno celkem 10 skupin, kam je každý senior podle potřebnosti zařazen.

³⁰ Informace shromáždil a zpracoval autor disertační práce v Nizozemí vlastním šetřením v domově seniorů Die Buytenweye Delft u Rotterdamu v lednu roku 2009

Při ohodnocení uvedené potřebnosti je přesně určeno kolik obdrží finančních prostředků od pojišťovny typu 1 (AWBZ) na krytí svých potřeb. Například první skupině je určena částka na jeden den ve výši 60 €, a v poslední 10 €.skupině (ležícím seniorům) je určena částka 250 €. Indikaci pro seniora v podobě zorgplanu stanoví CIZ. Z AWBZ se pak platí sociální péče a při pobytu nad 365 dní, včetně i péče zdravotní. CIZ určuje výši vlastních příspěvků seniora (viz dále). Má přístup ke všem příjmům seniora prostřednictvím daňového úřadu. V dřívější době byli povinni senioři přispívat na poskytované pobytové služby v domově seniorů i z vlastních našetřených úspor. Toto přispívání z úspor bylo označováno jako „rozpuštění vlastního domu“.

Sám senior v penzi musí přispívat domovu seniorů (pokud v něm bydlí) podle svých možností (např. kdo nepracoval, hradí z pojištění AOW cca 300 – 400 € měsíčně, a ten, kdo pracoval, přispívá z důvodu vyšší penze cca 700 € měsíčně a to za stejné služby, které jsou poskytovány seniorům bez rozdílu jejich finanční participace). Platí přímá úměra platby domovu seniorů v případě vyšší penze.

Pobyty v domovech seniorů mají charakteristické prvky:

1. Každý senior má ke zdravotnímu ošetření svého původního lékaře, kterého využíval před odchodem do domova. Tento lékař ordinuje přibližně 6 – 12 hodin v jednom dnu za týden v příslušném domově seniorů.
2. Se seniorem a jeho rodinou se před začátkem pobytu uzavírá smlouva o tom, na co má či nemá nárok (podle zorgplanu, v něm je konkrétně pojmenován problém – cíl a aktivity ve vztahu k osobě seniora).
3. Sestry, ošetřovatelky i sociální pracovnice musí zapisovat, jaké úkony v náplni své práce učinily. Je to jejich povinnost v rámci zorgplanu. Jejich evidence je pak konzultována s rodinou a samotným seniorem. Důvodem tohoto postupu je snaha o to, aby se senior cítil spoluúčastníkem ve své léčbě/pobytu a cítil se plnohodnotně. Existuje zvláštní inspekce této evidence s důrazem na kontrolu konzultací této evidence s rodinou seniora a s ním samotným.
4. V případě, že senior využívá služeb mimo domov (žije doma či v chráněném bydlení, nikoli v domově), musí personál pro domácí péči každých 5 minut

odůvodnit a vypsát jakou činnost vykonával. V tomto případě je však dodržování zorgplanu, který vychází z indikace CIZ, méně přísné. V praxi se tedy občas něco vynechá nebo přidá.

5. Registrace péče u přijatých/bydlících pacientů je evidována podle zákroku/výkonu ve dnech, u seniorů mimo domov či v chráněném bydlení v minutách. Kontrola je přísná, provádí ji pojišťovna a kontrolní úřad.
6. Bohatší senioři nemají žádné nadstandardní služby, které by si v rámci sociální péče mohli přikoupit. Vláda si nepřeje dvojí péči pro bohaté a chudé v jednom domově. Pokud senior potřebuje fyzioterapii či zvláštní hygienu, je indikace zavedena v zorgplanu.
7. Domovy vybírají kolem 50 € měsíčně jako příspěvek například na vyprání prádla a jiné služby.

V Nizozemí jsou také soukromé domovy seniorů, ale je jich velmi málo. Rozdíl pak není v kvalitě odborné péče, ale pouze v hotelových funkcích (pokoj či koupelna je větší, je zde více ovoce, apod.).

5. Formy zabezpečení důstojného života seniorů v České republice

5.1 Národní program přípravy na stárnutí na období let 2008 až 2012 (MPSV ČR – Kvalita života ve stáří)

Jde o strategický dokument přijatý vládou usnesením z 8. ledna 2008, který stanovuje cíle a opatření, jež je třeba přijmout v konkrétních oblastech v kontextu demografického stárnutí a sociálních změn. Program navazuje na Národní program přípravy na stárnutí na období let 2003 až 2007³¹ a dokumenty a doporučení uvedené v oddílu 4. 2. V následujícím textu budou uvedeny zásadní principy přístupu ke starším osobám a stárnutí populace:

1. Celoživotní přístup ke zdraví s cílem věnovat pozornost specifickým rizikům v kritických fázích života se zaměřením na specifické potřeby v různém věku. Přestože celoživotní přístup klade důraz na prevenci, nezbytné je také přijetí adresných opatření k nápravě a kompenzací již vzniklých poruch a rizik; zdraví a kvalitu života lze ovlivnit a zvýšit v každém věku.
2. Dosažení podmínek pro zdravé, důstojné a aktivní stáří, kde je kladen důraz na strategické a dlouhodobé partnerství mezi vládou a samosprávou, neboť samospráva má značný vliv na kvalitu a dostupnost dopravy, bydlení, zdravotních a sociálních služeb, včetně rozšíření příležitostí pro sociální, kulturní a volnočasové aktivity, bezpečnost a další služby důležité pro kvalitu života.
3. Mezigenerační vztahy a soudržnost, protože mezigenerační solidarita a věková různost na pracovišti, v komunitě a rodině je faktorem sociální soudržnosti a ekonomického rozvoje. Mezigenerační vztahy mají zásadní význam pro rozvoj jedince i společnosti a pro kvalitu života v každém věku, neboť stáří přináší řadu pozitivních hodnot a seniorská generace hraje významnou roli v rodinách, komunitách i celé společnosti. Tato role by tedy měla být podporována.

³¹ Cílem tohoto dokumentu je podpořit rozvoj společnosti pro lidi všech věkových skupin tak, aby lidé mohli stárnout důstojně, v bezpečí a mohli se i nadále podílet na životě společnosti jako plnoprávní občané.

4. Věnování pozornosti znevýhodněným a zranitelným skupinám, mezi něž patří starší lidé se závažným zdravotním postižením, včetně syndromu demence, duševně nemocní či migranti. Obyvatelé špatně vybavených lokalit venkova a měst vyžadují vzhledem ke kumulovaným rizikům sociálního vyloučení zvláštní pozornost a specifická opatření, také přístup ke starým lidem z etnických menšin musí být kulturně senzitivní.
5. Důstojnost ve stáří a při poskytování péče a pomoci druhým lidem, neboť právo na seberealizaci a svobodnou volbu je třeba zajistit všem, nejen zdravým a soběstačným. Důstojnost vyžaduje zabránění protektivnímu přístupu a redukci potřeb starších lidí a stáří na sociální a zdravotní problematiku. Vyžaduje se také uspokojení duchovních a kulturních potřeb, „zplnomocnění“ a podpora aktivní nezávislosti.

Program vychází z předpokladu, že ke zvýšení kvality života ve stáří a k úspěšnému řešení výzev spojených s demografickým stárnutím je nezbytné zaměřit se na následující strategické oblasti a priority. Níže uvedené cíle je žádoucí prosazovat horizontálně napříč sektory a na všech úrovních veřejné správy:

- aktivní stárnutí;
- prostředí a komunita vstřícná ke stáří;
- zlepšení zdraví a zdravotní péče ve stáří;
- podpora rodiny a pečovatелů;
- podpora participace na životě společnosti a ochrana lidských práv.

Program zdůrazňuje, že problémem stárnutí populace není ani tak jeho dopad na ekonomiku, jako spíše jeho interakce se situací na trhu práce a charakteristikami penzijního systému. Stárnutí a případný úbytek pracovní síly může být do značné míry kompenzován zvýšením zaměstnanosti. Ekonomická aktivita starších osob je ale přínosem nejen pro kvalitu jejich života, ale i života jejich rodiny a pro celou společnost. Přispívá také k vyšší životní úrovni ve stáří. Pracovní život je zdrojem spokojenosti, identity, sociálního statusu, uznání, sebeúcty a sociálních vztahů. Možnost svobodně si zvolit ukončení nebo pokračování pracovní aktivity by měla být dostupná pro všechny, bez ohledu na věk, pohlaví, zdravotní postižení, barvu pleti či jiný důvod. Politika a programy aktivního stárnutí by se měly zaměřit zejména na snížení rozdílu mezi zaměstnaností starších žen a mužů a na

zvýšení šancí osob s nižší kvalifikací a jinak znevýhodněných osob na trhu práce. Je důležité podpořit osoby s nižší kvalifikací a vzděláním, aby měly stejné šance na delší a kvalitnější pracovní kariéru.

Klíčovým zdrojem informací se postupně stává internet. V kontextu přibývajících počtu starších osob, rychlého rozvoje informačních a komunikačních technologií a „internetizace“ společnosti je důležité zajistit rovný přístup k novým informačním a komunikačním technologiím a jejich využívání a podpořit rozvoj takových informačních a komunikačních technologií, které vyhovují potřebám osob s různými zdravotními a jinými omezeními.

5. 2 Strategie udržitelného rozvoje České republiky

Aktualizace Strategie udržitelného rozvoje České republiky byla zahájena v květnu 2008, ale kompletní návrh dokumentu ještě není dotvořen.

Tzv. sociální pilíř deklaruje sociální spravedlnosti a soudržnosti, podporu demokratické, sociálně zdravé, bezpečné a spravedlivé společnosti, respektující základní práva a kulturní odlišnosti, která vytváří rovné příležitosti a bojuje proti jakékoliv diskriminaci či sociálnímu vyloučení.³² Také v tomto dokumentu se, mimo jiné, hovoří o modernizaci systémů sociální ochrany a významném zvýšení počtu starších zaměstnanců na pracovním trhu.

5. 3 Národní rozvojový plán ČR 2007 - 2013

Plán rozpracovává strategii rozvoje ČR pro období 2007 - 2013. Vychází z textů nařízení ke strukturálním fondům a Fondu soudržnosti a opírá se o klíčové evropské (*Strategické obecné zásady Společenství*) i domácí (*Strategie udržitelného rozvoje, Strategie hospodářského růstu, Strategie regionálního rozvoje pro léta 2007 - 2013 a další*) strategické dokumenty. Zajišťuje návaznost Strategických obecných zásad Společenství a národních strategických dokumentů, tj. povinnosti vyplývající z jejich textů. Prioritní osy a cíle plánu vycházejí z definované strategie a následně jsou promítnuty do struktury operačních programů. Plán dále popisuje nastavení systému koordinace politiky

³² <http://www.esfcr.cz/modules/download/file.php?rew=/1292/SUR.pdf> ze dne 11.10.2009

hospodářské a sociální soudržnosti. Klíčové body tohoto systému jsou pak promítnuty do Národního strategického referenčního rámce.³³

Seniorů se v tomto plánu týkají otázky sociálního začleňování, za jejichž účelem byly přijaty dva základní dokumenty - *Společné memorandum o sociálním začleňování* (2003) a *Národní akční plán sociálního začleňování 2004 – 2006*. Oba identifikují vážné problémy, zranitelné skupiny a priority v této oblasti. Neobsahují však strategické postupy a plány k dosažení těchto priorit s výjimkou oblasti zaměstnanosti, ani indikátory a dílčí cíle, kterými je možno sledovat plnění stanovených priorit.³⁴

5. 4 Národní strategický referenční rámec ČR 2007 - 2013

Zpracování Národního strategického referenčního rámce ČR 2007 - 2013 vychází z povinností, které jsou definovány v Nařízení Rady (ES) č. 1083/2006 ze dne 11. července 2006. Východiskem pro zpracování návrhu Národního strategického referenčního rámce byl Národní rozvojový plán České republiky, jenž byl vzat na vědomí usnesením Vlády České republiky č. 175/2006. Předpokládá se, že intervence zaměřené na infrastrukturu pro sociální služby jsou pro Národní strategický referenční rámec České republiky 2007 - 2013 nezbytné, nicméně jejich dopady se projeví pouze v těsném provázání s ostatními programy, které jsou zaměřeny na způsob užívání těchto zařízení.³⁵

5. 5 Národní akční plán sociálního začleňování

Plán pro období 2006 - 2008 konstatuje skutečnost, že v souvislosti s pokračujícími společenskými změnami a mění se socioekonomickou situací rodin klesá počet rodin ochotných a schopných se postarat o svého nesoběstačného člena rodiny. Tuto situaci komplikuje nedostatek sociálních služeb, které by umožnily pečujícím osobám (především ženám) zapojit se na trh práce a podpořily setrvání seniorů v přirozeném prostředí. Chybí rovněž zařízení poskytující komplexní zdravotně-sociální služby.

Pro období 2008 – 2010 jsou pak v oblasti sociálního začleňování vytyčeny tyto cíle:

³³ <http://www.strukturalni-fondy.cz/CMSPages/GetFile.aspx?guid=d5ad9c0e-0e67-464d-940d-361288fb7989> ze dne 23.3.2009

³⁴ <http://www.businessinfo.cz/cz/clanek/zdroje-financovani-z-eu-2007-2013/narodni-rozvojovy-plan-cr-2007-2013/1001573/39487/> ze dne 23.3.2009

³⁵ <http://www.strukturalni-fondy.cz/CMSPages/GetFile.aspx?guid=5a5a7a80-ae4c-48e2-add9-0719b2872d7a> ze dne 2.2.2009

- zajistit dostupnost zdrojů, práv a služeb potřebných k účasti ve společnosti, prevence a řešení sociálního vyloučení a boj se všemi podobami diskriminace, které vedou k sociálnímu vyloučení;
- zajistit aktivní sociální začlenění pro všechny jak prostřednictvím podpory účasti na trhu práce, tak potíráním chudoby a sociálního vyloučení;
- zajistit, že politiky sociálního začleňování budou dobře koordinovány, aby došlo k zapojení všech úrovní vlády a relevantních aktérů, včetně lidí, kteří zažívají chudobu;
- zajistit, aby politiky sociálního začleňování byly efektivní a účinné a aby byly zohledněny ve všech příslušných veřejných politikách, včetně hospodářských a rozpočtových politik, politik vzdělávání a odborné přípravy a programů strukturálních fondů (zejména Evropského sociálního fondu).³⁶

³⁶ <http://www.mpsv.cz/cs/5130> ze dne 3.2.2009

6. Sociální služby v České republice

6.1 Vývoj sociálních služeb v letech 1989 až 2008

V uplynulých dvaceti letech prošly sociální služby řadou významných změn. V souvislosti se společensko-politickými změnami na přelomu 80. a 90. let byly na řadu objektů, v nichž byly sociální služby poskytovány, uplatněny restituční nároky. Tato skutečnost si vyžádala nahradit stávající objekty výstavbou nových moderních zařízení. Tento krok přispěl k tomu, že alespoň část starých - pro účely poskytování sociálních služeb v naprosté většině nevyhovujících - objektů byla nahrazena novými moderními zařízeními.

Národní akční plán sociálního začleňování považuje za hlavní překážky úspěšného působení systému sociálních služeb:

- rozdíly ve vybavenosti jednotlivých regionů sociálními službami, které neodpovídají skutečné poptávce po sociálních službách;
- neexistenci systému celoživotního vzdělávání pro pracovníky v sociálních službách a pracovníky veřejné správy v dané oblasti;
- absenci systému vymahatelnosti a kontroly naplňování standardů kvality sociálních služeb;
- nevhodně a především omezeně zajištěné zavádění standardů kvality;
- nedostatečný rozsah alternativních služeb poskytovaných v přirozeném prostředí lidí ve vztahu ke službám lůžkovým;
- nedostatečnou investiční podporu transformace sociálních služeb v ČR pro města, obce a poskytovatele sociálních služeb (jedná se především o nedostatek finančních prostředků na investice potřebné k poskytování nerezidenčních služeb především s důrazem na zajištění samostatného bydlení znevýhodněných osob, rozvoje služeb poskytovaných v přirozeném prostředí uživatele a bezbariérovou úpravu veřejných prostor);
- postavení nestátních neziskových subjektů, které vyvíjejí veřejně prospěšnou činnost v sociální oblasti, jež nemají pro poskytování svých služeb dostatečnou oporu v legislativě a nemají rovnocenné postavení k získávání veřejných prostředků ve srovnání se zařízeními, která jsou zřizována veřejnou správou.

V České republice je politika sociálního začleňování prozatím popisem jednotlivých aktivit resortů. Nejedná se tudíž o propojené úsilí všech úrovní veřejné správy a dalších zainteresovaných partnerů směřující ke komplexním řešením. Dochází tak pouze k dílčím aktivitám, bez aktivního zapojení všech relevantních partnerů. Nevýhodou je také absence relevantních informačních zdrojů a statistik pro sledování vývoje jednotlivých zranitelných skupin osob včetně měření znevýhodnění těchto skupin. V oblasti tvorby legislativy pak chybí analýza dopadu chystaných legislativních úprav.

Ve vývoji sociálních služeb po roce 1989 můžeme sledovat tři hlavní fáze. První fáze probíhala v letech 1989 až 1999, neboť vedle politických změn nastaly v naší republice po roce 1989 také zásadní změny ekonomické a sociální.

Již v roce 1990 byl vládou ČSFR připraven tzv. Scénář sociální reformy jako program postupu reforem v jednotlivých částech systému sociální ochrany. V jeho rámci se kromě jiného předpokládala reforma celého systému sociální péče a jeho přetvoření v moderní systém sociální pomoci, přičemž se pracovalo s konceptem tzv. záchranné sociální sítě (tj. systémem podpory minimálních příjmů lidí, sloužícího k tomu, aby byly odstraněny či alespoň zmírněny negativní sociální důsledky tzv. "transformačního šoku"). V roce 1991 byl přijat zákon o životním minimu a zákon o sociální potřebnosti. Díky tomu byla cílená záchranná sociální síť skutečně rozprostřena (PRŮŠA, 2007: 21-23).

Méně úspěšné byly snahy o reformu systému sociální péče jako celku. Ač se na legislativních změnách začalo pracovat již v roce 1994 a v roce 1997 byl vládou schválen věcný záměr zákona o sociální pomoci, došlo k přijetí nových právních předpisů a nastavení nového systému sociální pomoci až v roce 2006.

Uvolnění poměrů po roce 1989 znamenalo v oblasti sociálních služeb rovněž vznik a veliký nárůst počtu nestátních neziskových organizací, které začaly tyto služby poskytovat. Pro nedostatek jiné právní úpravy byla většina těchto organizací založena jako občanská sdružení podle Zákona č. 83/1990 Sb., o sdružování občanů. Tento zákon však nerozlišuje subjekty poskytující služby veřejnosti od subjektů, které sdružují lidi stejných zájmů a slouží jen těmto. I když sdružení poskytovalo služby náročné na kvalifikaci personálu, nemuselo do roku 2007 zaměstnávat pracovníky s určitou kvalifikací, formulovat metodiky práce, ani se nemuselo zabývat kvalitou svých služeb.

Také církve u nás zřídily po roce 1989 organizace specializované na poskytování sociálních služeb (Charita, Diakonie aj.). Na rozdíl od občanských sdružení, která preferují služby neústavního charakteru, církevní organizace začaly provozovat domovy důchodců, azyly pro bezdomovce a pro matky s dětmi, hospice i denní, týdenní, měsíční stacionáře. Církevní instituce měly výhodu v tom, že jim metodické postupy i materiální podporu poskytovali církevní partneři ze zahraničí.

Situace v ústavních zařízeních se po roce 1989 také začala měnit, i když v některých přetrvávaly autokratické způsoby řízení a odborná veřejnost ještě v současné době míní, že model kolegiality, zvláště ve formě komunitního systému, není pravděpodobně dosud rozvíjen. Zároveň se prezentuje skutečnost, že vedoucí pracovníci mnohdy nejsou vůbec informováni o jiných možnostech řízení, než je tradiční byrokratický přístup (PRŮŠA, 2007: 21-23).

Financování nestátních poskytovatelů sociálních služeb bylo po roce 1989 ve velké míře závislé na centrálně rozdělovaných dotacích ze státního rozpočtu. Tyto dotace však nebyly řízeny žádnou jasně formulovanou vizí rozvoje sociálních služeb a byly poskytovány pouze na jeden rok. V tomto období jsou někteří klienti podporováni zvláštními typy chráněného či podporovaného bydlení, chráněného či podporovaného zaměstnávání. Vznikají modely osobní asistence zejména pro lidi s mentálním a tělesným postižením. Rozvíjejí se svépomocné skupiny a centra. Sociální poradenství poskytují nejen nestátní subjekty, ale i obecní úřady.

System financování sociálních služeb však nezaručoval jejich dostupnost. Bylo rozhodnuto ho tedy přehodnotit a v zájmu zajištění ochrany uživatele sociálních služeb eliminovat jeho největší rizika.

Druhá fáze spadá do období let 2000 až 2007. V roce 2000 dochází k převedení zřizovatelských funkcí 464 zařízení sociálních služeb z okresních úřadů do samosprávné působnosti jednotlivých krajů. Tento proces transformace trval do 31. 12. 2002. V současné době jich je dle registru MPSV ke dni 16. 9. 2009 celkem 628.

Již několik let je v souvislosti s vývojem pojetí moderních sociálních služeb naplňována potřeba existence definované normy v podobě standardů úrovně jejich poskytování. V dubnu 2002 vydalo MPSV ČR *Standardy kvality sociálních služeb*, které vyjadřují základní obecné minimum každé sociální služby. Tyto standardy se s drobnými

úpravami staly přílohou Vyhlášky č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách a kterou musí každý registrovaný poskytovatel naplňovat.

Současně se zaváděním tzv. národních standardů kvality však některé organizace cítily potřebu standardizovat rovněž svojí „specifickou odlišnost“. Vznikaly tak standardy, které navazují na obecné standardy sociálních služeb a dále definují svojí zvláštní odbornost určitého druhu sociální služby. V současné době existují např. Standardy kvality občanských poraden Asociace občanských poraden, Standardy podporovaného zaměstnávání České unie podporovaného zaměstnávání, Standardy odborné způsobilosti pro zařízení a programy poskytující odborné služby problémovým uživatelům a závislým na návykových látkách Rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky, dále standardy pro rodinné poradny, pro chráněné bydlení, pro ranou péči apod. Zastřešující organizace se tak snaží garantovat kvalitu svých členských organizací a různými metodami ji kontrolují.³⁷ Výsledky prvních dobrovolných inspekcí kvality, které proběhly v letech 2001 - 2002, ukázaly, že největší obtíže mají státní ústavní zařízení.

Třetí fáze vývoje sociálních služeb probíhá od roku 2007 až do současné doby. V roce 2006 byl schválen Zákon č. 108/2006 Sb. o sociálních službách, který nabyl účinnosti dnem 1. ledna 2007. Jeho vlivem došlo v systému sociálních služeb ke zcela zásadním změnám, jejichž cílem bylo posílit postavení osob, které jsou z důvodu věku nebo zdravotního stavu závislé na pomoci jiné osoby. K tomuto posílení měla sloužit sociální dávka – příspěvek na péči, který je poskytován přímo osobám, které pomoc potřebují. Z příspěvku je možné hradit profesionální sociální službu nebo jej použít k pokrytí nezbytných nákladů při zajištění péče v rodině (MATOUŠEK, 2007: 31).

Další změny v sociálních službách můžeme pozorovat od 1. ledna 2008. Především je odstraněno zdvojení výplaty dávek. Po dobu hospitalizace nebo pobytu v zařízení určeném pro výkon trestu či nařízené ústavní léčby, který trvá celý kalendářní měsíc, je výplata příspěvku na péči zastavena. Jde tedy o takové případy, kdy je objektivně dáno, že příspěvek na péči nemůže plnit svůj účel. K dalším významným změnám patří následující:

1. Zpřísňuje se kontrola využívání příspěvku na péči. V případě neuvedení způsobu využití této dávky je její výplata po předchozím písemném upozornění zastavena do doby, než oprávněná osoba uvede odpovídající způsob jejího využití. Jsou tak řešeny

³⁷ <http://www.sqss.cz/cz/redakce/standardy-kvality/druhove-standardy-kvality-socialnich-sluzeb/r57> ze dne 2.3.2009

situace, kdy je objektivní pochybnost o správném využití příspěvku na péči (je to zejména případ, kdy oprávněná osoba ani po opakované výzvě neuvede, jakým způsobem příspěvek využívá).

2. Je rozšířen okruh osob, na které přechází nárok na nevyplacené částky příspěvku na péči v případě úmrtí oprávněné osoby, o osoby blízké, které sice v době úmrtí nežily s oprávněnou osobou v domácnosti, avšak o tuto osobu pečovaly.
3. V ustanoveních týkajících se financování sociálních služeb se odkládá účinnost navrhovaného postupu při poskytování dotací poskytovatelům sociálních služeb na 1. července 2009. Současně bude do této doby zachován stávající právní stav, tj. aby o dotacích pro jednotlivé poskytovatele sociálních služeb rozhodovalo Ministerstvo práce a sociálních věcí, avšak s tím, že na finanční kontrole využití poskytnutých dotací se budou podílet i krajské úřady.
4. Rovněž je doplněno ustanovení, které se týká okruhu pracovníků působících v oblasti sociálních služeb a ustanovení o odborné způsobilosti. Současné vymezení pracovníků v sociálních službách nepostihuje řadu činností, které jsou nedílnou součástí sociálních služeb.³⁸

Obrátíme-li pozornost do historie, je zajímavé sledovat vztah mezi příjmy a střední délkou života. Vývoj lze teoreticky rozdělit do čtyř fází:

- fáze předindustriální (19. století) – úměrnost střední délky života přímo pozitivně koreluje s příjmy, neboť vyšší je ve městech vlivem infekčních chorob a špatné hygieny (a projevy jsou vyšší ve městech);
- fáze 1. industriální (přelom 19./20. století) – díky vyšším příjmům a daním jsou vynakládány vyšší investice do zdravotnictví a hygieny a úmrtnost se snižuje (platí jen pro Evropu);
- fáze 2. industriální (1910–1950) – v oblastech s vyššími příjmy se ujímá rozšiřování zdravotnické prevence, úmrtnost negativně koreluje s příjmy;
- fáze soudobá - dalším rozvojem lékařských technologií a zdravotnických systémů se rozšiřuje snižování úmrtnosti ve venkovských regionech, tj. s nižšími příjmy

³⁸ http://www.skok.biz/_download/projekty/zakon-o-socialnich-sluzbach-koncepce-podpory.pdf ze dne 3. 3. 2009

(negativní korelace je již méně výrazná) (volně zpracováno dle RABUŠIC, 1995: 30-33).

6. 2 Postavení sociálních služeb v systému sociálního zabezpečení

Postavení sociálních služeb v systému sociálního zabezpečení je v České republice založeno na pěti pilířích, které na sebe vzájemně navazují a doplňují se.

A) *Prvně jde o systém sociálního pojištění*, kam se řadí důchodové pojištění (starobní důchod, invalidní důchod, vdovský a vdovecký důchod, sirotčí důchod, starobní penze, výluhová penze, invalidní penze, pozůstalostní penze) nemocenské pojištění (nemocenské, ošetrovné, peněžitá pomoc v mateřství, vyrovnávací příspěvek v těhotenství a mateřství) a podpora v nezaměstnanosti (pojištění v nezaměstnanosti).

B) *Za druhé jde o systém dávek státní sociální podpory* jako druhého pilíře.

„Sociální dávky a sociální výpomoci jsou běžné, pravidelné i nepravidelné, jsou to peněžní i naturální platby (transfery) občanům z fondů sociálního zabezpečení, včetně dávek z rozpočtů ústředních orgánů pro tzv. necivilní složky a dávek ze zahraničí“.³⁹ „V současné době je otázka nedostatků sociálních dávek velmi diskutovaná. Celý systém se dlouhodobě potýkal a do jisté míry i dnes s roztříštěností. Do 31.12.2008 existovalo celkem 11 různých dávek státní sociální podpory, které nebyly vypláceny na jednom místě. Rozhodovaly o nich různé úřady, které se obvykle nenacházely v téže obci a měly různě stanoveny správní obvody. Například dávky pomoci v hmotné nouzi poskytovaly pověřené obecní úřady, se žádostí o dávky pro zdravotně postižené se však žadatelé musely obracet na obecní úřady s rozšířenou působností, které jsou ve městech (tzv. malé okresy). Podporu v nezaměstnanosti nebo státní sociální podporu zase vyřizovaly úřady práce sídlící v okresních městech. Ty také prováděly posouzení zdravotního stavu pro účely přiznání příspěvku na péči.“⁴⁰

Žádosti o dávky státní sociální podpory se v současné době podávají příslušnému úřadu práce podle místa trvalého pobytu občana. Při zjišťování nároku na státní sociální podporu se nebere v úvahu majetek rodiny, nýbrž pouze se berou v úvahu celkové příjmy. Bez ohledu na příjmy rodiny se poskytuje rodičovský příspěvek, dávky pěstounské péče,

³⁹ http://www.spcr.cz/statistika/soc_davky.htm ze dne 12.3.2009

⁴⁰ <http://www.ochrance.cz/dokumenty/dokument.php?doc=1432> ze dne 12.3.2009

porodné a pohřebné. Zákonem č. 261/2007 Sb., o stabilizaci veřejných rozpočtů, došlo od počátku r. 2008 k výrazným změnám v systému státní sociální podpory, když došlo k odstranění valorizace dávek s tím, že výše téměř všech dávek byla pevně stanovena.

C) *Třetím pilířem systému sociální péče České republiky je pak pomoc v hmotné nouzi,* která řeší případy, kdy se jedinec či rodina ocitne v situaci, která je sociálně ohrožuje a nejsou schopni ji sami bez pomoci řešit. Tuto problematiku upravuje Zákon č. 111/2006 Sb. o pomoci v hmotné nouzi. V tomto případě je zkoumán případ od případu a v současné době sem patří **příspěvek na živobytí, doplatek na bydlení a mimořádná okamžitá pomoc.**

D) *Čtvrtým pilířem jsou pak sociální služby,* jejichž smyslem a cílem je pomoc a podpora jedincům, kteří s ocitli v nepříznivé sociální situaci z důvodu zdravotního postižení, věku nebo sociální potřebnosti. Systém sociálních služeb je upraven Zákonem č. 108/2006 Sb. o sociálních službách a prováděcí právní normou, kterou je Vyhláška MPSV č. 505/2006 Sb., kterou se provádí některá ustanovení zákona o sociálních službách. Sociální služby se dle zákona dělí na:

- služby sociální péče;
- služby sociální prevence;
- sociální poradenství.

Podle místa poskytování sociálních služeb tyto dělíme na:

- ambulantní služby;
- terénní služby;
- pobytové služby.

V současné době jsou sociální služby poskytovány více jak 720 tisícům klientům, což je 6,95 % populace České republiky. Sociální služby zaujímají bezesporu v celém systému sociálního zabezpečení velmi významnou roli, neboť se přímo dotýkají každého jedince a mají podstatný vliv na jeho ekonomickou i společenskou roli včetně jeho začleňování do společenských vztahů. Nastavení sociálních služeb by pak mělo být

významnou prioritou MPSV při plnění jeho úkolů ve vztahu k veřejné správě a k občanům ČR.

Nejvýznamnější roli podle zákona o sociálních službách při realizaci jeho úkolu a samotného účelu má příspěvek na péči, který nahradil od 1.1.2007 důchody pro bezmocnost a příspěvek při péči o blízkou nebo jinou osobu.

K tomu nutno uvést, že ve vztahu k příspěvku na péči by jejich žadatelé měli být příslušným obecním úřadem s rozšířenou působností (těmto je svěřena k vyřizování tato agenda) poučeni o možnosti seznámit se s jejich celým posudkem a o stupních závislosti, včetně úkonů, které se počítají do stanovení příslušného stupně závislosti. Posudkoví lékaři a posudkové komise při vydávání posudků však mnohdy nepostupují důsledně podle základních zásad správního řízení, předmětná rozhodnutí řádně neodůvodňují a neobjasňují, např. jakým způsobem vyhodnotili rozdílné výsledky posudkového lékaře a sociálního šetření. Tímto nedůsledným jednáním dochází pak v praxi i k situacím, že jsou u obdobných případů vydávána různá rozhodnutí.

V průběhu rozhodování se v některých řízeních o příspěvku na péči často setkáváme s rozdílnými výsledky posouzení stupně závislosti sociálním pracovníkem a posudkovým lékařem. V případě, že není odlišné hodnocení posudkového lékaře řádně zdůvodněno, vzbuzují tyto rozdíly u žadatelů nedůvěru a pochybnosti o správnosti výše přiznaného příspěvku. Jestliže posudkový lékař nedostatečně zjistí potřebu pomoci při některých úkonech, může být žadateli přiznán příspěvek v nižší částce, než by mu měl podle zákona náležet.

Jedním z problémů jsou i průtahy ve vyřizování žádostí o příspěvek na péči. Mnohaměsíční čekání na výplatu dávky žadatele citelně postihuje a uvrhuje je do značných sociálních potíží. Jak zástupkyně ochránce zjistila, průtahy jsou někdy tak dlouhé, že dochází k případům, že žadatel o příspěvek ještě před vydáním rozhodnutí zemře.⁴¹

E) *Pátým pilířem jsou pak dávky sociální péče osobám zdravotně postiženým.* Tyto dávky jsou upraveny ve Vyhlášce MPSV ČR č. 182/1991 Sb., kterou se provádí zákon o sociálním zabezpečení a zákon o působnosti orgánů ČR v sociálním zabezpečení.

Sem patří jednorázové příspěvky na opatření zvláštních pomůcek, příspěvek na úpravu bytu, příspěvek na zakoupení, na celkovou opravu motorového vozidla a zvláštní

⁴¹ <http://www.ochrance.cz/dokumenty/dokument.php?doc=1432> ze dne 12.3.2009

úpravu motorového vozidla, příspěvek na provoz motorového vozidla, příspěvek na individuální dopravu, příspěvek na úhradu za užívání bezbariérového bytu a garáže, příspěvek úplně nebo prakticky nevidomým občanům, mimořádné výhody průkazy (TP, ZTP, ZTP/P) a bezúročné půjčky. Velmi významným mezníkem při vypočítávání dávek je tzv. sociálně-ochranná veličina v podobě životního a existenčního minima. Životní minimum a existenční minimum je ve své podstatě jakousi společensky uznanou a přesně danou hranicí peněžního příjmu dotčené osoby, která je nezbytná k zajištění výživy a ostatních nezbytně nutných, respektive základních potřeb jednotlivce. Jinými slovy jde o finanční částku, která je zapotřebí k přežití. V současné době činí tato hranice částku 3.126,- - Kč na jednu osobu na jeden měsíc. U nezaopatřených dětí je tato částka do 6 let určená ve výši 1.600,- Kč měsíčně, u dětí od 6 do 15 let činí tato výše 1.960,- Kč a u dětí od 15 do 26 let činí tato výše 2.250,- Kč. Nutno poznamenat, že ve společné domácnosti se tyto výše sčítají.

Právní úprava je stanovena v Zákoně č. 110/2006 Sb., o životním a existenčním minimu. V současné době v r. 2009 se též potýkáme s otázkou, na jaké úrovni mají být služby zřízeny. Skoro polovina obyvatel, přesněji celých 43,18 % (viz tab. č. 4 a 5) žije v České republice v obcích čítajících méně než 3 000 osob, v nichž by bylo mnohdy neekonomické sociální služby zřizovat.

Tabulka č. 4: Počet obyvatel v krajích ČR k 1. 1. 2009

Hlavní město Praha	1 233 211
Středočeský	1 230 691
Jihočeský	636 328
Plzeňský	569 627
Karlovarský	308 403
Ústecký	835 891
Liberecký	437 325
Královéhradecký	554 520
Pardubický	515 185
Vysočina	515 411
Jihomoravský	1 147 146
Olomoucký	642 137
Zlínský	591 412
Moravskoslezský	1 250 255
Celkem	10 467 542

Zdroj: ČSÚ⁴², 2009

Pozn. vlastní zpracování autora

Tabulka č. 5: Počet obyvatel v obcích ČR k 1. 1. 2009

Praha	1 233 211	11,78 %
Obce do 3 000 obyvatel	3 287 316	31,40 %
Obce nad 3 000 obyvatel	5 947 015	56,82 %
Celkem	10 467 542	100,00 %

Zdroj: ČSÚ⁴³, 2009

Pozn. vlastní zpracování autora

V malých obcích je však podíl starších lidí vyšší než v obcích jiného druhu. Zároveň je žádoucí zabezpečit dostupnost služeb všem občanům, včetně těch, kteří nemají vlastní dopravní prostředek.

Mezi jednotlivými kraji jsou nemalé rozdíly pramenící z urbanizace, věkové, kvalifikační profesní a sociální struktury obyvatelstva, z velikostí obcí a struktury osídlení.

Ještě na počátku roku 2007 stát neměl ani evidenci sociálních služeb poskytovaných nestátními subjekty. Dotace nestátním subjektům jsou však poskytovány jen na roční provoz, a to v nepředpověditelné výši, což téměř znemožňuje strategické plánování. MATOUŠEK (2007: 108) uvádí, že většina existujících sociálních služeb se nyní nachází v obcích, které vedle své samostatné působnosti vykonávají také tzv. přenesenou působnost, což znamená, že jsou státem pověřeny k výkonu některých pravomocí. Podle platné legislativy se rozlišují dva typy obcí: obce s pověřenými obecnými úřady a obce s rozšířenou působností. Je pravděpodobné, že v těchto typech obcí s rozšířenou působností budou sociální služby soustředěny i v budoucnu. Dále pak spatřuje problém v tom, že do plánování rozvoje služeb nejsou přímo zapojeni poskytovatelé služeb ani jejich uživatelé, kterými jsou senioři.

Přijetím Zákona o sociálních službách č. 108/06 Sb. nastala změna ve financování sociálních služeb, v zákonem stanovené povinnosti fakturovat zdravotním pojišťovnám provedené zdravotní úkony, v nové formě dotačního řízení ze státního rozpočtu a v neposlední řadě v nové výši příspěvků na péči. S ohledem na výši tohoto příspěvku

⁴²⁻⁴³ ČSÚ: Počet obyvatel v krajích ČR k 1.1.2009. In: <http://www.czso.cz/csu/2009edicniplan.nsf/p/1301-09> ze dne 21.10.2009

MPSV předpokládá zvýšený zájem o péči v domácím prostředí za pomoci nakoupených profesionálních sociálních služeb. O finanční zdroje z rozpočtu kraje i o dotaci ze státního rozpočtu mohou požádat ti poskytovatelé sociálních služeb, kteří jsou jako poskytovatelé těchto služeb registrováni.

Od konce 20. století se v České republice zavádí tzv. komunitní plánování. Jedná se o postup, jenž má zmapovat místní potřeby sociálních služeb a ty potom porovnat s místními zdroji a organizacemi, které služby poskytují. Dalším zdrojem jsou i veřejné peníze, které se na služby vynakládají, pomoc občanů, finančních fondů a projektů, které jsou určeny k rozvoji sociálních služeb.

Na financování sociálních služeb mohou být poskytnuty dotace ze státního rozpočtu a dotace z rozpočtů obce nebo kraje. S účinností od 1. 1. 2008 mají krajské úřady povinnost podílet se na finanční kontrole využití dotací a na zajištění poskytování sociálních služeb poskytovatelům zapsaným v registru. Ze státního rozpočtu jsou poskytovány tyto dotace:

- a) na zajištění poskytování sociálních služeb poskytovatelům sociálních služeb, kteří jsou zapsáni v registru poskytovatelů;
- b) na zajištění povinnosti krajského úřadu poskytnout sociální službu v případě, kdy poskytovatel sociální služby ukončil poskytování sociální služby z důvodu zrušení jeho registrace, pozbytí její platnosti, popřípadě z jiného důvodu a kdy osoby, kterým tento poskytovatel dosud poskytoval sociální služby, se nacházejí v bezprostředním ohrožení jejich práv a zájmů a nejsou schopny samy si zajistit pokračující poskytování sociálních služeb;
- c) na zajištění povinnosti obecního úřadu obce s rozšířenou působností zajistit v nezbytném rozsahu poskytnutí sociální služby nebo jiné formy pomoci osobě, které není poskytována sociální služba, a je v takové situaci, v níž by neposkytnutí okamžité pomoci ohrozilo její život nebo zdraví;
- d) na zajištění financování běžných výdajů souvisejících s poskytováním 50 ti sociálních služeb poskytovatelům, kteří jsou zapsáni v registru poskytovatele intervenčního centra, a to na tyto činnosti:
 - na podporu sociálních služeb, které mají celostátní či nadregionální

charakter;

- na činnosti, které mají rozvojovou povahu, zvláště na vzdělávání pracovníků v sociálních službách, na podporu kvality sociálních služeb a na zpracování střednědobých plánů krajů a plánů obcí v oblasti sociálních služeb;
- v případě mimořádných situací - živelní pohroma, požár, ekologická nebo průmyslová havárie (KRÁLOVÁ, RÁŽOVÁ, 2008: 160-161).

6.3 Právní úprava sociálních služeb

Mezi základními právními předpisy úpravy sociálních služeb řadíme především Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů a Vyhlášku č. 505/2006, kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách, včetně příloh č. 1 a 2, ve znění pozdějších předpisů.

Samotná právní úprava služeb sociální péče v sobě zahrnuje zejména oblasti právních kategorií: „Standardů kvality sociálních služeb“, „Postavení lidských práv v sociálních službách“.

Pojem standardy kvality sociálních služeb zavádí nový Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. Jejich dodržování je dle § 88 tohoto zákona jednou z povinností poskytovatelů sociálních služeb a je rovněž předmětem inspekce u poskytovatelů sociálních služeb. Obsah těchto standardů stanovuje Vyhláška MPSV č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách.⁴⁴ Uvedené standardy kvality sociálních služeb představují soubor kritérií, jejichž prostřednictvím je definována úroveň kvality poskytování sociálních služeb v oblasti personálního a provozního zabezpečení sociálních služeb a dále v oblasti vztahů mezi poskytovatelem a uživateli služeb. Popisují cíle a způsoby poskytování sociálních služeb. Vzhledem k tomu, že se týkají všech sociálních služeb, jsou formulovány obecně. Tato obecnost je nezbytná pro to, aby standardy byly použitelné pro jakoukoli sociální službu bez ohledu na její charakter, velikost a právní formu poskytovatele. Z toho důvodu jsou standardy rozloženy na jednotlivá kritéria, která jsou měřitelná. To z důvodu jejich srozumitelnosti a také proto, aby bylo možno posoudit, zda služba daný požadavek standardu splňuje. Velký význam standardů lze spatřovat i pro

⁴⁴ <http://www.kr-stredocesky.cz/portal/odbory/socialni-oblast/socialni-sluzby/standardy-kvality-soc-sluzeb/> ze dne 3.4.2009

poskytovatele usilující o poskytování kvalitních sociálních služeb, které respektují a podporují rovný přístup ke vzdělání, práci a k dalšímu občanskému a osobnímu uplatnění a jsou tak základním předpokladem plnohodnotného, důstojného a svobodného života. Jejich posláním je zajistit poskytování sociální služby tak, aby respektovalo a chránilo práva jak uživatelů, tak i občanů, kteří ji poskytují – pracovníků.

Rozdělení standardů kvality sociálních služeb:

1) Procedurální standardy:

Standard č. 1: Cíle a způsoby poskytování sociálních služeb.

Standard č. 2: Ochrana práv osob.

Standard č. 3: Jednání se zájemcem o službu.

Standard č. 4: Smlouva o poskytování sociálních služeb.

Standard č. 5: Individuální plánování průběhu sociálních služeb.

Standard č. 6: Dokumentace o poskytování sociálních služeb.

Standard č. 7: Stížnosti na kvalitu nebo způsob poskytování sociálních služeb.

Standard č. 8: Návaznost poskytované sociální služby na další dostupné zdroje.

2) Personální standardy:

Standard č. 9: Personální a organizační zajištění sociálních služeb.

Standard č. 10: Profesní rozvoj zaměstnanců.

3) Provozní standardy:

Standard č. 11: Místní a časová dostupnost poskytované sociální služby.

Standard č. 12: Informovanost o poskytované sociální službě.

Standard č. 13: Prostředí a podmínky.

Standard č. 14: Nouzové a havarijní situace.

Standard č. 15: Zvyšování kvality sociální služby.⁴⁵

Právní úpravy sociálních služeb v České republice se týká také postavení lidských práv v sociálních službách. V České republice jsou lidská práva garantována mnoha právními předpisy. Vedle Listiny základních práv a svobod jde i o řadu mezinárodních úmluv, které Česká republika ratifikovala, tudíž jsou pro ni závazné.⁴⁶

Zákon o sociálních službách v § 2 mimo jiné stanoví, že sociální služby musí být poskytovány tak, aby bylo vždy důsledně zajištěno dodržování lidských práv a základních svobod osob/klientů. Přesto, že lidská práva náleží každému bez rozdílu, ukazuje se, že některé skupiny osob (osoby se zdravotním či mentálním postižením, senioři, osoby nacházející se v tíživé sociální situaci) jsou schopny je realizovat pouze s pomocí ostatních občanů. Mezi tato práva patří:

a) právo na osobní svobodu

- svoboda volby místa pobytu (nikdo by neměl být nucen žít na určitém místě proti své vůli);
- svoboda pohybu (respektování osobní svobody);
- svoboda v pohybu v zařízení i mimo zařízení (nikdo nemůže být omezen v pohybu v rámci budovy, v rámci areálu i mimo areál);
- svoboda možnosti volby (do této oblasti patří rozhodování klienta o jeho čase a o aktivitách, kterým se chce či nechce věnovat, o svém oblečení, ale i rozhodování všeobecně o sobě samém, např. jak se bude stravovat, zda bude kouřit, konzumovat alkohol, s kým bude bydlet, co bude dělat v budoucnu apod.).

b) právo na ochranu soukromí

- právo na nedotknutelnost svého obydlí a na ochranu soukromí (zaručuje uživateli kontrolu nad jeho teritoriem, ať už to je pokoj nebo byt, který obývá sám nebo spolu s dalšími uživateli - kontrola vstupu do obydlí, odepření přístupu do obydlí,

⁴⁵ Pozn. Výše uvedené údaje jsou čerpány z Průvodce poskytovatele sociálních služeb, MPSV 2003, Zavádění standardů kvality SS do praxe, kolektiv autorů, 2002)

⁴⁶ Např. Mezinárodní pakt o občanských a politických právech a Mezinárodní pakt o hospodářských, sociálních a kulturních právech (vyhl. č. 120/1976 Sb.), Úmluva o ochraně lidských práv a základních svobod (sdělení FMZV č. 209/1992 Sb.), Úmluvě o právech dítěte (sdělení FMZV č. 104/1991 Sb.). Úmluva proti mučení a jinému krutému, nelidskému či ponižujícímu zacházení nebo trestání (sdělení MZV č. 143/1988 Sb.) a Evropská úmluva o zabránění mučení a nelidskému či ponižujícímu zacházení (sdělení MZV č. 9/1996 Sb.). Uvedené úmluvy jsou součástí právního řádu.

zamykání, samostatné či společné bydlení, možnost vlastního vybavení a výzdoby, nemožnost personálu manipulovat s osobními věcmi);

- nedotknutelnost osoby (zaručuje uživateli právo rozhodovat o svém vzhledu, o tom, kdo mu bude pomáhat s osobní hygienou, právo, aby byly v choulostivých situacích používány zástěny a aby se klient mohl v koupelně či na WC zamknout či jinak upozornit na to, že je obsazeno).

c) právo na osobní a rodinný život zahrnuje:

- právo na kontakt se svoji rodinou, s přáteli, kamarády, na navazování a zachování vazeb s přirozeným prostředím, včetně vazeb z místa bydliště;
- právo účastnit se společenského života, právo na partnerský a sexuální život, na soukromí při osobním či telefonickém kontaktu s rodinou či svými blízkými, na zaručení soukromí partnerským dvojicím či manželům.

d) právo na důstojné zacházení

- právo na zacházení přiměřené věku jedince;
- právo na respektování intimity a studu klienta při osobní hygieně, převlékání klienta do civilního oblečení apod. (ČERMÁKOVÁ, HOLEČKOVÁ, 2009: 2).

Výběr zákonů a souvisejících právních předpisů v oblasti sociálních dávek, pomoci v hmotné nouzi, životního a existenčního minima, sociálních služeb a sociální péče viz příloha č. 2.

6. 4 Sociální služby pro seniory

Ve Všeobecné deklaraci lidských práv (1948) je mj. uvedeno právo na systémovou ochranu při určitých sociálních událostech, což se v české odborné terminologii stále ještě označuje souhrnným termínem „sociální zabezpečení“. Základní druhy sociálních služeb jsou stanoveny v Zákoně č. 108/2006 Sb. o sociálních službách v platném znění. Zákon sociální služby (jež se všechny týkají alespoň do určité míry také seniorů) dělí podle cíle a zaměření sociálních služeb do tří základních skupin:

1. služby sociální péče;
2. služby sociální prevence;
3. sociální poradenství.

MPSV ČR na svých webových stránkách zdůrazňuje skutečnost, že prostřednictvím sociálních služeb je zajišťována pomoc při péči o vlastní osobu, zajištění stravování, ubytování, pomoc při zajištění chodu domácnosti, ošetřování, pomoc s výchovou, poskytnutí informace, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, psycho a socioterapie a pomoc při prosazování práv a zájmů.⁴⁷ Cílem přitom je:

- podporovat rozvoj nebo alespoň zachování stávající soběstačnosti uživatele, jeho návrat do vlastního domácího prostředí, obnovení nebo zachování původního životního stylu;
- rozvíjet schopnosti uživatelů služeb a umožnit jim, pokud toho mohou být schopni, vést samostatný život;
- snížit sociální a zdravotní rizika související se způsobem života uživatelů.

MPSV ČR vytyčuje jako základní činnosti při poskytování sociálních služeb pomoc při zvládnutí běžných úkonů péče o vlastní osobu, pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu, poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy, poskytnutí ubytování nebo pomoc při zajištění bydlení, pomoc při zajištění chodu domácnosti, výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti, poradenství, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, terapeutické činnosti a pomoc při prosazování práv a zájmů. Náplň základních činností u jednotlivých druhů sociálních služeb je stanovena prováděcím předpisem.

Sociální služby jsou poskytovány jednotlivcům, rodinám i skupinám obyvatel. Zaměřují se na zachování co nejvyšší kvality a důstojnosti jejich života. Sociální služby pomáhají lidem žít běžným životem - umožňují jim pracovat, nakupovat, navštěvovat školy, navštěvovat místa víry, účastnit se aktivit volného času, starat se sám o sebe a o domácnost apod. K nejčtetnějším skupinám příjemců sociálních služeb patří zejména senioři, dále lidé se zdravotním postižením, rodiny s dětmi, ale také lidé, kteří z různých důvodů žijí "na okraji" společnosti.

Odhlédneme-li pro zajímavost v dané problematice vně České republiky i EU, stojí za zmínku odlišný systém poskytování sociálních služeb na Bermudách, který je založen na systému tzv. „pečovatelů.“

⁴⁷ <http://www.mpsv.cz/cs/9> ze dne 4.5.2009

„Bermudy mají unikátní pohled na systém sociální a zdravotní péče o seniory. I tato země se potýká se stárnutím společnosti, ale přitom zkoumá způsob, jak nejlépe poskytovat seniorům vhodnou zdravotní a sociální péči. Jejich koncept je v rozporu se zavedeným způsobem personálního zajištění ve většině zemí, v kterých mají určení jedinci limitované a definované povinnosti, než jak je tomu na Bermudách, kde každý jednotlivec poskytuje péči seniorům a tím je udržuje ve společnosti. Cílem je získání znalostí vlastními zkušenostmi, které by pomohly splnit požadavky místních seniorů“ (EDNESS, CHAPPELL, 1991: 28-32).

6. 4. 1 Služby sociální péče

Zákonem jsou tyto služby definovány jako služby, které napomáhají osobám zajistit jejich fyzickou a psychickou soběstačnost s cílem umožnit jim v nejvyšší možné míře zapojení do běžného života společnosti a v případech, kdy toto vylučuje jejich stav, zajistit jim důstojné prostředí a zacházení (viz § 38 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách) (MATOUŠEK, 2007: 44).

Zákonem je stanoven i výčet základních činností u jednotlivých druhů sociálních služeb, jejich obsah je uveden ve Vyhlášce č. 505/2006 Sb., části druhé. Těmito základními činnostmi jsou:

- pomoc při zvládnutí běžných úkonů péče o vlastní osobu;
- pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu;
- poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy;
- poskytnutí ubytování nebo pomoc při zajištění bydlení;
- pomoc při zajištění chodu domácnosti, výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti;
- poradenství;
- zprostředkování kontaktu se společenským prostředím;
- terapeutické činnosti;
- pomoc při prosazování práv a zájmů.⁴⁸

Tyto činnosti jsou obsahem čtrnácti druhů služeb sociální péče:

⁴⁸ http://socialnipece.praha.eu/jnp/cz/socialni_sluzby/index.html ze dne 20.11.2009

1. Osobní asistence je terénní služba poskytovaná zejména lidem se zdravotním postižením a seniorům, kteří mají sníženou soběstačnost z důvodu věku, chronického onemocnění nebo zdravotního postižení, jejichž situace vyžaduje pomoc jiné fyzické osoby. Osobní asistenti pomáhají člověku zvládnout péči o sebe v přirozeném sociálním prostředí a umožňují jim účastnit se života společnosti. Služba se poskytuje bez časového omezení.
2. Pečovatelská služba je převážně terénní služba poskytovaná především v domácnosti lidem se zdravotním postižením, seniorům a případně i rodinám s dětmi. Pečovatelé pomáhají klientům zvládnout péči o sebe a o domácnost.
3. Tísňová péče je nepřetržitá telefonická nebo jiná elektronická komunikace s lidmi, kteří jsou vystaveni vysokému riziku ohrožení zdraví nebo života. Za pomoci této komunikace je možné zprostředkovat neodkladnou pomoc v případě náhlého zhoršení zdravotního stavu.
4. Průvodcovské a předčitatelské služby jsou určeny lidem se sníženou schopností komunikovat či se orientovat v prostoru (zejména o osoby se smyslovým postižením). Služba pomáhá zejména při obstarávání osobních záležitostí.
5. Podpora samostatného bydlení je služba podobná pečovatelské službě, zaměřuje se však více na posilování osobních schopností člověka samostatně bydlet.
6. Odlehčovací či respitní služby jsou různou kombinací činností péče, které mají za cíl umožnit pečujícím osobám nezbytný odpočinek, tj. sdílí péči či na určitou dobu převezmou péči o člověka, který má sníženou soběstačnost. Obvykle je tato služba nabízena i v rámci jiných druhů služeb.
7. Centra denních služeb poskytují ambulantní službu, kterou mohou v průběhu dne (pravidelně i občasně) využívat osoby se sníženou soběstačností s cílem zajištění pomoci s osobní hygienou a současně pomoci s vyřízením osobních záležitostí či nabídkou sociálně terapeutických činností.
8. Denní stacionáře jsou ambulantní službou, kterou pravidelně navštěvují osoby se sníženou soběstačností z důvodu věku nebo zdravotního postižení a osobám s chronickým duševním onemocněním, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby. V průběhu dne je zde zabezpečována komplexní péče s ohledem

na potřeby uživatelů a současně nabízí výchovné, aktivizační a sociálně terapeutické činnosti.

9. Týdenní stacionáře poskytují pobytové služby pro osoby se sníženou soběstačností, které potřebují pravidelnou pomoc jiné osoby. Pobyt je zabezpečován obvykle po dobu pracovních dnů. Služba nabízí komplexní péči a současně nabízí výchovné, aktivizační a sociálně terapeutické činnosti.
10. Domovy pro osoby se zdravotním postižením jsou pobytovou službou s celoročním provozem, které zabezpečují osobám se sníženou soběstačností z důvodu zdravotního postižení komplexní péči a současně nabízejí výchovné, aktivizační a sociálně terapeutické činnosti. Tato služba je určena především těm lidem, kterým z objektivních důvodů již nelze zabezpečit pomoc v jejich přirozeném sociálním prostředí.
11. Domovy pro seniory jsou pobytovou službou s celoročním provozem. Zajišťují seniorům se sníženou soběstačností (zejména z důvodu věku) pravidelnou komplexní péči a současně nabízejí aktivizační a sociálně terapeutické činnosti. Tato služba je určena především těm seniorům, kterým z objektivních důvodů již nelze zabezpečit pomoc v jejich přirozeném sociálním prostředí.
12. Domovy se zvláštním režimem jsou pobytovou službou s celoročním provozem s obdobnou nabídkou jako domovy pro osoby se zdravotním postižením či seniory. Jejich služby jsou však uzpůsobeny zvláštním potřebám osob, které trpí duševní nemocí, jsou závislé na návykových látkách nebo trpí Alzheimerovou chorobou či jiným typem demence. Provoz této služby může být součástí domova pro seniory či domova pro osoby se zdravotním postižením. Režim v těchto zařízeních při poskytování sociálních služeb je přizpůsoben specifickým potřebám těchto osob.
13. Chráněné bydlení je moderním typem pobytové služby pro osoby se zdravotním postižením, jež mají sníženou soběstačnost z důvodu zdravotního nebo chronického onemocnění, včetně duševního onemocnění, jejichž situace vyžaduje pomoc jiné osoby, ale mají schopnost žít víceméně samostatně v prostředí, které je svým charakterem fakticky totožné s běžným bytem.
14. Sociální služby ve zdravotnických zařízeních ústavní péče (nemocnice, léčebny dlouhodobě nemocných, psychiatrické léčebny) zajišťují služby osobám, které

se neobejdou bez pomoci jiné osoby a současně nemohou být propuštěny ze zdravotnického zařízení, neboť není v danou chvíli možné zabezpečit jim péči v domácnosti či v zařízení sociálních služeb.

6. 4. 2 Služby sociální prevence

V první polovině roku 1993 přijala vláda první program sociální prevence. V následujících letech se stavem sociální prevence průběžně zabývala především v souvislosti s otázkami prevence kriminality. Sociální prevencí se rozumí soubor aktivit ovlivňujících proces socializace a sociální integrace, které jsou zaměřeny na změnu nepříznivých sociálních, případně sociálněekonomických podmínek vedoucích ke vzniku a šíření sociálně patologických jevů (KREBS, 2007: 215). Sociální prevence směřuje především k ochraně společnosti před sociálně patologickými jevy (zejména před kriminalitou, toxikomanií, xenofobií, rasismem, sociálním parazitizmem a násilím), které ohrožují její základní hodnoty. Tento typ sociálních služeb není určen seniorům tolik, jako typ předchozí.

Rozlišují se následující druhy služeb sociální prevence: raná péče, telefonická krizová pomoc, tlumočnické služby, azylové domy, domy na půl cesty, kontaktní centra, krizová pomoc, nízkoprahová denní centra, nízkoprahová zařízení pro děti a mládež, noclehárny, služby následné péče, sociálně aktivizační služby pro rodiny s dětmi, sociálně aktivizační služby pro seniory a osoby se zdravotním postižením, sociálně terapeutické dílny, terapeutické komunity, terénní programy, sociální rehabilitace. Z uvedených blíže charakterizujeme jen ty, které slouží seniorům:

1. Telefonická krizová pomoc je terénní služba poskytovaná na přechodnou dobu osobám, které se nacházejí v situaci ohrožení zdraví nebo života nebo v jiné obtížné sociální situaci, kterou přechodně nemohou řešit vlastními silami.
2. Intervenční centra. Pomoc intervenčního centra může být poskytnuta buď na základě rozhodnutí o vykázaní ze společného obydlí, nebo 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. Sociální služby v intervenčním centru jsou poskytovány jako služby ambulantní, terénní nebo pobytové.

3. Nízkoprahová denní centra poskytují ambulantní, popřípadě terénní služby pro osoby bez přístřeší.
4. Noclehárny poskytují ambulantní služby osobám bez přístřeší, které mají zájem o využití hygienického zařízení a přenocování.
5. 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 abstínují.
6. Sociálně aktivizační služby pro seniory a osoby se zdravotním postižením jsou ambulantní, popřípadě terénní služby poskytované osobám v důchodovém věku nebo osobám se zdravotním postižením ohroženým sociálním vyloučením.
7. Sociálně terapeutické dílny jsou ambulantní služby poskytované osobám se sníženou soběstačností z důvodu zdravotního postižení, které nejsou z tohoto důvodu umístitelné na otevřeném ani chráněném trhu práce. Jejich účelem je dlouhodobá a pravidelná podpora zdokonalování pracovních návyků a dovedností prostřednictvím sociálně pracovní terapie.
8. Sociální rehabilitace představují soubor specifických činností směřujících k dosažení samostatnosti, nezávislosti a soběstačnosti osob a to rozvojem jejich specifických 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.⁴⁹

6. 4. 3 Sociální poradenství

Sociální poradenství poskytuje osobám v nepříznivé sociální situaci potřebné informace přispívající k řešení jejich situace. Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, rozděluje sociální poradenství na základní a odborné. Základní poradenství v sobě zahrnuje poskytování potřebných informací přispívajících k řešení nepříznivé sociální situace.

⁴⁹ <http://www.ops.cz/index.php?akce=kompla&kod=6&ids=2&table=kompla> ze dne 4.4.2009

Odborné sociální poradenství je pak poskytováno se zaměřením na potřeby jednotlivých okruhů sociálních skupin ve specializovaných poradnách. Podle příručky aplikovaného práva pro seniory je základní sociální poradenství součástí všech druhů sociálních služeb. V této příručce jsou podány informace o stávající právní úpravě v jednotlivých právních oblastech týkajících se práv seniorů. Umožňují tak seniorům základní orientaci v rámci občanského práva, v oblasti správního práva, kde se pojednává o postavení poškozeného v přestupkovém řízení, a soustřeďuje se i na poskytnutí základní orientace v oblasti práva sociálního zabezpečení, v jejímž rámci informuje o možnostech seniorů při uplatňování nároků na dávky a služby sociální péče a státní sociální podpory.

Odborné sociální poradenství zahrnuje občanské poradny, manželské a rodinné poradny, sociální práci s osobami společensky nepřizpůsobenými, poradny pro oběti trestných činů a domácího násilí, sociálně právní poradenství pro osoby se zdravotním postižením a seniory. V současné době je sociální poradenství poskytováno i prostřednictvím internetu. O těchto službách jsou senioři informováni např. prostřednictvím serveru: www.poradnaprouzivatele.cz. Jde o internetovou poradnu, jež disponuje zázemím více než 250 sociálních pracovníků, právníků, lékařů, psychologů a dalších odborníků, kteří jako dobrovolníci odpovídají na dotazy z oblastí zrakového, sluchového, tělesného a mentálního postižení, drog a závislostí, zaměstnanosti, menšin a cizinců, občanského, duchovního a psychologického poradenství.⁵⁰ Vedle internetového poradenství jsou seniorům k dispozici bezplatné telefonní linky, které poskytují informace o výši příspěvků, o výhodách a pomůckách pro zdravotně postižené.

6. 5 Příspěvek na péči

Poskytování příspěvku na péči (PnP) je základním nástrojem pro fungování nového modelu sociálních služeb. Nárok na příspěvek na péči má osoba, která z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu potřebuje pomoc při péči o vlastní osobu a při zajištění soběstačnosti v rozsahu, který odůvodňuje její zařazení do některého ze stupňů závislosti. Nárok na příspěvek mají osoby starší jednoho roku a poskytuje se za zákonných podmínek. Úkony, jejichž činnost lze hradit z příspěvku na péči jsou uvedeny v příloze č. 1 k Vyhlášce č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách.

⁵⁰ <http://www.helpnet.cz/poradenstvi> ze dne 4.2.2009

Všechny úkony péče o vlastní osobu a úkony soběstačnosti jsou pro účely stanovení stupně závislosti rovnocenné. Hodnotí se funkční dopad dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu na schopnost zvládat jednotlivé úkony péče o vlastní osobu a úkony soběstačnosti. To znamená, že musí být prokázáno, že neschopnost zvládnout některý z úkonů je důsledkem nepříznivého zdravotního stavu. Dlouhodobě nepříznivým zdravotním stavem rozumíme nepříznivý zdravotní stav, který podle poznatků lékařské vědy má trvat déle než jeden rok a který omezuje duševní, smyslové nebo fyzické schopnosti a má vliv na péči o vlastní osobu a soběstačnost.

Při hodnocení schopnosti osoby zvládat úkony péče o vlastní osobu a úkony soběstačnosti se posuzuje, zda je osoba schopna dlouhodobě, samostatně, spolehlivě a opakovaně rozpoznat potřebu úkonu, úkon fyzicky provádět obvyklým způsobem a kontrolovat správnost provedení úkonu (KRÁLOVÁ, RÁŽOVÁ, 2008: 25).

Schopnost zvládnout péči o vlastní osobu a být soběstačný je u každého člověka různá, proto Zákon č.108/2006 Sb., o sociálních službách rozeznává čtyři stupně závislosti na pomoci jiné osoby, a to od mírné závislosti až po závislost úplnou. Těmto stupňům následně odpovídá také výše příspěvku v korunách. Výše příspěvku na péči je stanovena ve čtyřech stupních odpovídajících stupni závislosti osoby a dále jsou rozdílně stanoveny výše příspěvku pro děti do 18 let a pro dospělé.

Výše příspěvku pro osoby do 18 let věku činí za kalendářní měsíc:

- 3 000 Kč, jde-li o stupeň I (lehká závislost);
- 5 000 Kč, jde-li o stupeň II (středně těžká závislost);
- 9 000 Kč, jde-li o stupeň III (těžká závislost);
- 11 000 Kč, jde-li o stupeň IV (úplná závislost).

Výše příspěvku pro osoby starší 18 let činí za kalendářní měsíc:

- 2 000 Kč, jde-li o stupeň I (lehká závislost);
- 4 000 Kč, jde-li o stupeň II (středně těžká závislost);
- 8 000 Kč, jde-li o stupeň III (těžká závislost);
- 11 000 Kč, jde-li o stupeň IV (úplná závislost).

Pozn.: Od 1.8.2009 byl příspěvek na péči u stupně IV. závislosti stanoven na výši

12.000,-Kč. O příspěvku na péči rozhoduje obecní úřad obce s rozšířenou

působností, odvolání pak vyřizuje krajský úřad. Řízení je dvoustupňové (sociální šetření pracovníce odboru sociálních věcí a zdravotnictví) a posouzení zdravotního stavu lékařem v rámci posudkové služby úřadu práce. Od přidělení musí její příjemce do 15-ti dnů oznámit, kdo a jakým způsobem mu bude pomoc poskytovat.

Nárok na výplatu PnP vzniká:

- a) u stupně závislosti I. vzniká u osoby, která potřebuje každodenní dohled nebo pomoc při více než 12 úkonech péče o vlastní osobu a úkonech soběstačnosti, nebo u osoby do 18 let věku při více než 5 úkonech péče o vlastní osobu a úkonech soběstačnosti;
- b) u stupně závislosti II. vzniká u osoby, která potřebuje každodenní dohled nebo pomoc při více než 18 úkonech péče o vlastní osobu a úkonech soběstačnosti, nebo u osoby do 18 let věku při více než 10 úkonech péče o vlastní osobu a úkonech soběstačnosti;
- b) u stupně závislosti III. vzniká u osoby, která potřebuje každodenní dohled nebo pomoc při více než 24 úkonech péče o vlastní osobu a úkonech soběstačnosti, nebo u osoby do 18 let věku při více než 15 úkonech péče o vlastní osobu a úkonech soběstačnosti;
- c) u stupně závislosti IV. vzniká u osoby, která potřebuje každodenní dohled nebo pomoc při více než 30 úkonech péče o vlastní osobu a úkonech soběstačnosti, nebo u osoby do 18 let věku při více než 20 úkonech péče o vlastní osobu a úkonech soběstačnosti.⁵¹

Vyšší částka příspěvku na péči pro děti je dána zejména tím, že děti nemají obvykle svůj vlastní příjem (mzda, plat, důchod či jiné příjmy) a současně má motivovat rodiny k tomu, aby děti zůstávaly v domácí péči.

Nárok na výplatu příspěvku vzniká podáním žádosti o přiznání příspěvku. Příspěvek může být přiznán a vyplácen nejdříve od počátku kalendářního měsíce, ve kterém bylo

⁵¹ Pozn. autora: Úkony, které se hodnotí při zjišťování stupně závislosti žadatele jsou uvedeny v příloze č. 1 vyhlášky č. 505/2006Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách. Celkově se hodnotí celkem 36 úkonů, z nichž je 18 úkonů, týkajících se péči o vlastní osobu a 18 úkonů týkajících se soběstačnosti.

zahájeno řízení o přiznání příspěvku. První výplata příspěvku tak bude zahrnovat výplatu příspěvku i za období, ve kterém probíhalo správní řízení o posouzení nároku na příspěvek. Tato doba se bude obvykle pohybovat v rozmezí 2 až 3 měsíců.

Podle Zákona č. 110/2006 Sb., o životním a existenčním minimu, se příspěvek na péči nepovažuje za příjem, a to jak v případě samotného příjemce příspěvku, tak i v případech, kdy je hodnocena příjmová situace osob, které o příjemce příspěvku pečují.

Změní-li se skutečnosti rozhodné pro výši příspěvku tak, že příspěvek má být zvýšen, provede se zvýšení příspěvku od prvního dne kalendářního měsíce, ve kterém tato změna nastala. Změní-li se skutečnosti rozhodné pro výši příspěvku tak, že příspěvek má být snížen, provede se snížení příspěvku od prvního dne kalendářního měsíce následujícího po kalendářním měsíci, ve kterém bylo vydáno rozhodnutí o snížení příspěvku. Vydáním rozhodnutí se podle § 71 odst. 2 písmo a) správního řádu rozumí v případě písemného vyhotovení rozhodnutí jeho předání k poštovní přepravě, event. jiný úkon, pokud by příslušný obecní úřad obce s rozšířenou působností doručoval rozhodnutí sám, např. elektronickou poštou.

Skutečností rozhodnou pro nárok na příspěvek a jeho výši je například vždy dosažení 18 let věku. Pro osoby starší 18 let je stanoven jiný rozhodný počet úkonů pro účely stanovení stupně závislosti a je stanovena i jiná výše příspěvku. Pro změnu výše příspěvku v souvislosti s dosažením 18 let věku je od 1. ledna 2008 stanovena v § 14a odst. 2 zákona o sociálních službách zvláštní úprava. Dosáhne-li oprávněná osoba 18 let věku, vyplácí se jí příspěvek od následujícího kalendářního měsíce podle dosavadního stupně závislosti, avšak ve výši stanovené v § 11 odst. 2 pro dospělé osoby. S výjimkou stupně závislosti IV (úplná závislost) tak dochází ke snížení výše příspěvku.

Meziročně v roce 2007 oproti roku 2008 jde o nárůst výdajů na PnP o 3.644.987,-- Kč, což představuje meziroční nárůst o 24,95 %. Odhadem dalšího tohoto vývoje v reálných číslech pak dojde ke katastrofickému zvýšení výdajů úhrad příspěvků na péči za 4 roky o necelých 100%. Bezesporu pak bez zásadních reforem financování výdajů na sociální péči dojde ke kolapsu veřejných financí.

Od 1. 1. 2008 se pak zastavuje výplata příspěvku v případech, kdy je oprávněné osobě po dobu celého kalendářního měsíce zajištěna komplexní péče z jiného důvodu,

než je poskytování sociálních služeb. Smyslem této úpravy je zamezit duplicitnímu financování péče v případech, kdy potřeby oprávněné osoby jsou uspokojeny jiným způsobem, než k jakému je určen příspěvek. Výplata příspěvku může být zastavena tehdy, jestliže oprávněná osoba je po celý kalendářní měsíc:

- v ústavní péči zdravotnického zařízení;⁵²
- ve školském zařízení pro výkon ústavní výchovy nebo ochranné výchovy (podle § 2 zákona č. 109/2002 Sb., o výkonu ústavní výchovy nebo ochranné výchovy ve školských zařízeních a v preventivně výchovné péči ve školských zařízeních, přičemž těmito zařízeními jsou diagnostický ústav, dětský domov, dětský domov se školou a výchovný ústav);
- ve výkonu vazby nebo výkonu trestu odnětí svobody.

Nárok na výplatu příspěvku zaniká uplynutím jednoho roku ode dne, od kterého příspěvek náleží. Vzhledem k tomu, že příspěvek je měsíční pravidelně se opakující dávkou, jednorocní prekluzivní lhůta se počítá vždy od každé splátky příspěvku. Pro případy, kdy byl příspěvek přiznán nebo je vyplácen v nižší částce, než v jaké náleží, nebo byl neprávem odepřen anebo přiznán od pozdějšího data, než od jakého náleží, je stanovena tříletá prekluzivní lhůta.

Příspěvek se vyplácí měsíčně, a to v kalendářním měsíci, za který náleží. Výplatní termín v kalendářním měsíci si určuje obecní úřad obce s rozšířenou působností sám. Příspěvek musí být vyplácen do konce kalendářního měsíce, za který náleží. Příspěvek se vyplácí způsobem, který si příjemce příspěvku sám určí. Způsob výplaty příspěvku je oprávněná osoba povinna uvést v žádosti o příspěvek. Příjemce příspěvku může kdykoliv požádat obecní úřad obce s rozšířenou působností o změnu ve způsobu výplaty příspěvku. Obecní úřad obce s rozšířenou působností je povinen této žádosti vyhovět a provést změnu ve způsobu výplaty příspěvku od kalendářního měsíce následujícího po kalendářním měsíci, v němž mu byla taková žádost doručena.

V poskytování příspěvku na péči došlo k zásadní změně, která byla provedena novelou zákona o sociálních službách, který nabyl účinnosti dnem 1.8.2009. Jde o Zákon č. 206/2009 Sb. Zejména šlo o zvýšení výše příspěvku u osob úplně závislých (IV. stupeň) a to jak u dětí, tak i u osob dospělých z 11.000,-- Kč na 12.000,-- Kč za kalendářní měsíc. Dále

⁵² <http://www.ochrance.cz/dokumenty/dokument.php?doc=1432> ze dne 12. 3. 2009

byla učiněna změna u výplaty PnP v lehké závislosti (I. stupeň) a to tím způsobem, že s nově zavedl od 1.1.2010 kombinovaný způsob výplaty. Z částky 2.000,-- Kč se tedy 1.000,-- Kč vyplácí peněžně a zbylá částka v výši 1.000,-- Kč je hrazena formou poukázek, které budou uplatnitelné výlučně u registrovaných poskytovatelů služeb sociální péče. Z tohoto způsobu vyplácení však jsou možné výjimky a to v případě, když není v blízkosti potřebné osoby registrovaný poskytovatel požadované služby, tak může obecní úřad obce s rozšířenou působností rozhodnout o tom, že PnP bude vyplácen v plné hodnotě. Obecním úřadům obcí s rozšířenou působností je pak svěřena větší kontrolní pravomoc. Další změnou, která má své opodstatnění, je již popsání způsobu v žádosti dotčené osoby informace, jakým způsobem bude osoba PnP využívat k úhradě služeb sociální péče.

Výše uvedená změna může být významným krokem k zamezení odlivu finančních prostředků ze systému sociálního zabezpečení, když v současné době podle Ladislava Průši a jeho zprávy: „*Efektivnost sociálních služeb: vybrané prvky a aspekty*“ za rok 2007 zhruba až 75% vyplácených PnP se nedostává zpět do systému sociálního zabezpečení, ač by tam de iure i de facto měly správně patřit.

6. 6 Financování sociálních služeb

Existují tři zásadní otázky, které se v souvislosti s prodlužováním lidského věku pokládají a řeší:

- posunování hranice odchodu do důchodu – samotné není řešením, odborníci se shodují na nezbytné zásadní reformě důchodového pojištění vytvořením tzv. třípilířového systému s převahou řešení soukromého spoření na důchod a s participací soukromých fondů;⁵³
- propopulační politika – kompenzace stárnoucí generace vysokou porodností je natolik nákladné, že by toto řešení bylo politicky neprůchodné;⁵⁴
- zvýšení imigrace – toto řešení by mohlo přinést pouze krátkodobý účinek, neboť nikdy není jasné, zda imigranti chtějí v hostitelské zemi setrvat, pokud ano, brzy přijímají místní reprodukční chování, a navíc jsou připojené problémy s kulturní

⁵³ ATCHLEY (in RABUŠIC, 1995) výstižně shrnuje, že pravidelné příspěvky účastníků penzijních fondů tvoří důležitý prvek kapitálové formace, i když se jejich spravování neděje vždy v jejich nejlepším zájmu.

⁵⁴ Na toto téma probíhala v časopisu Demografie diskuse demografů a sociologů v období 1990–1992

inkluzí a přijetím většinou společností (volně zpracováno dle RABUŠIC, 1995, 105-109, 130-136).

V souvislosti s prodlužováním lidského věku se jeví jako nanejvýš důležité zefektivňovat systém financování sociálních služeb. Zvláště to platí v současné době, v době ekonomické krize, která se promítla a následně bude i nadále negativně promítat ve financování služeb sociální péče a to nejen v domovech seniorů. Spolu s naznačeným vývojem demografie v ČR v návaznosti na stabilizaci systému financování sociálních služeb je nezbytné se zabývat též makroekonomickou projekcí růstu produktivity práce a HDP ve vztahu k populaci starší nad 65 let. Očekávaný demografický vývoj totiž podstatně zvýší podíl osob důchodového věku na ekonomicky aktivním obyvatelstvu a udržitelnost veřejných financí, včetně dostatečnosti pokrytí výdajů sociálního zabezpečení, které se dostane za hranu své únosnosti.

Tabulka č. 6: Makroekonomické předpoklady projekcí

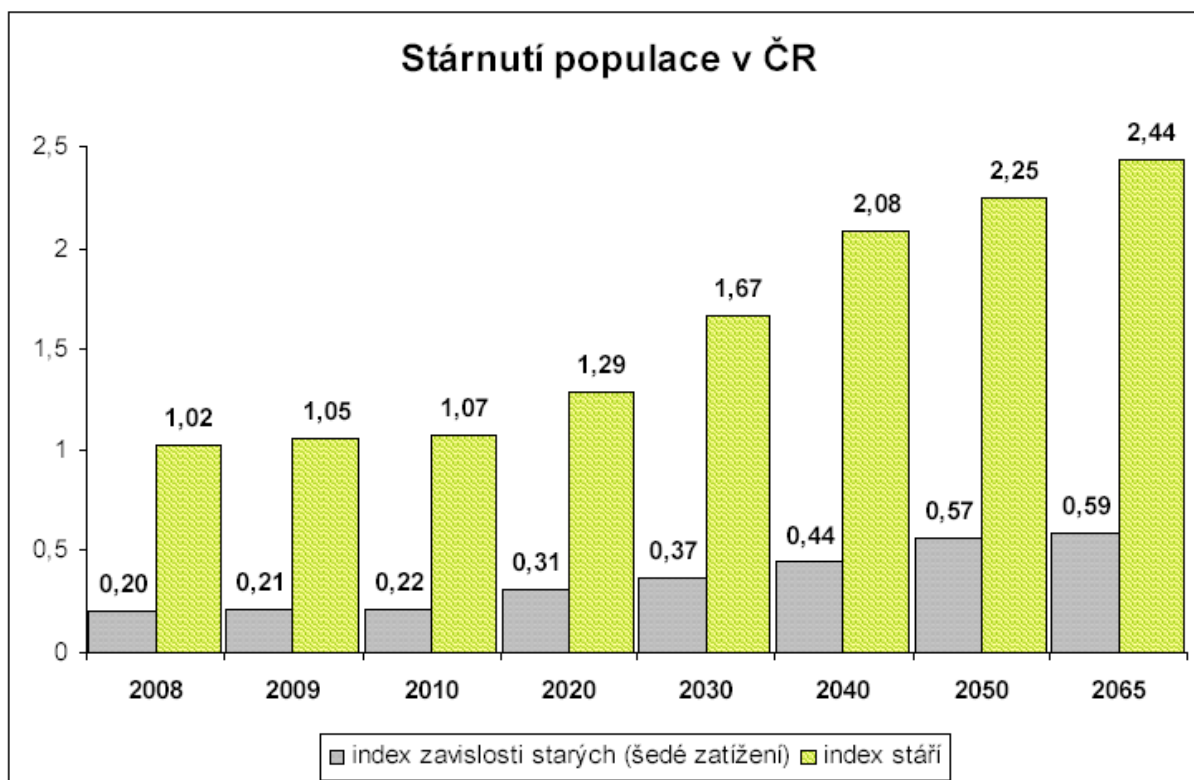
v % HDP	Rok					
	2005	2010	2020	2030	2040	2050
Růst produktivity práce	4,8	3,4	3	2,7	1,9	1,7
Reálný růst HDP	6,1	3,6	2,5	1,9	0,4	0,8
Míra participace mužů (ve věku 20 - 64)	83,5	84,6	87,4	87,1	84,4	85,6
Míra participace žen (ve věku 20 - 64)	68,2	70,6	76,4	76,1	72,9	74
Celková míra participace (ve věku 20 - 64)	75,8	77,6	81,9	81,6	78,7	79,8
Míra nezaměstnanosti	7,9	7,3	6,5	6,5	6,5	6,5
Podíl populace starší 65 let na celkové populaci	14,2	15,5	20,8	23,6	26,8	31

Zdroj: Konvergenční program ČR, ze dne 2.4.2010,
http://www.mfcr.cz/cps/rde/xbcr/mfcr/KoPr_200811_komplet_doc.doc

Podle tabulky č. 6 uvedené výše je možné sledovat nárůst podílu osob starších nad 65 let a zároveň snižování reálného růstu HDP a to až do roku 2050. V České republice je zaveden důchodový systém na principu průběžného financování. Z mezd zaměstnaných osob je odváděno pojistné, ze kterého se financují důchody stávajících důchodců, to nazýváme tzv. mezigenerační solidaritou. Prodlužující se střední délka života však vede k růstu průměrné doby pobírání důchodu a tím i k růstu celkových nákladů na důchody. V budoucnu lze na základě výše uvedených propočtů předpokládat pokles zaměstnaných osob a tím i příjmů do důchodového systému.

Z následujícího grafu č. 6 je patrné, jak roste index závislosti „starých“ v České republice a protože je demografie neústupná, průběžný penzijní systém se dostává do finanční nerovnováhy a přestává vyhovovat. Pokud nebude provedena v co nejbližší době zásadní reforma tak po odchodu početně silných ročníků do důchodu se bude ročně vytvářet deficit 4-5 % HDP.⁵⁵

Graf č. 6: Index stáří a závislosti starých



Zdroj: Zdeněk Lhota, *Česko, svět netušených možností*, ze dne 2.4.2010,

http://www.zdeneklhota.cz/_img/dokumenty/2009-08-28-00-cesko-svet-netusenych-moznosti.pdf

Mezi finanční příjmy domovů seniorů patří dotace, finanční prostředky vybírané od klientů – seniorů, dále příjmy z veřejných rozpočtů - příspěvek na péči, platby od zdravotních pojišťoven a sponzorské dary. Domovy seniorů jsou v převážné většině postaveny před situací, kdy mají, či očekávají nedostatek finančních prostředků na poskytování služeb sociální péče a je zcela na nich, jakým způsobem jsou schopni tuto situaci řešit. Jistě, že významným finančním příjmem pro domovy seniorů by byly finanční příspěvky rodiny, či přátel umístěných seniorů, nicméně tyto finanční příspěvky nejsou povinné, to však vyjma povinností dětí ve vztahu k rodičům (seniorům), kteří mají stejnou

⁵⁵ Šíma, J. VŠE Praha, http://www.zdeneklhota.cz/_img/dokumenty/2009-08-28-00-cesko-svet-netusenych-moznosti.pdf ze dne 2. 4. 2010

vyživovací povinnost, jako rodiče k dětem.

Na financování běžných výdajů souvisejících s poskytováním sociálních služeb poskytovatelům sociálních služeb, kteří jsou zapsáni v registru, se podílejí rovněž obce a kraje poskytováním dotací ze svých rozpočtů podle Zákona č. 250/2000 Sb., o rozpočtových pravidlech územních rozpočtů, ve znění pozdějších předpisů.

Výsledky dotační politiky v relaci na 1 místo v DS podle krajů v letech 2007 až 2009 uvádí níže uvedená tabulka č. 7.

Tabulka č. 7: Dotace poskytnuté domovům seniorů v relaci na 1 místo podle krajů v letech 2007– 2009

Kraj	Počet lůžek		Rok (údaje jsou uváděny v tis. Kč)					
			2007		2008		2009	
	Absolutní	Relativní (v %)	Dotace	Dotace na lůžko	Dotace	Dotace na lůžko	Dotace	Dotace na lůžko
Jihočeský kraj	2 927	7,2	219 790	75,1	216 060	73,8	135 814	46,4
Jihomoravský kraj	4 370	10,8	263 018	60,2	208 854	47,8	133 844	30,6
Karlovarský kraj	981	2,4	60 569	61,7	54 498	55,6	38 825	39,6
Královéhradecký kraj	2 924	7,2	184 894	63,2	170 967	58,5	110 885	37,9
Liberecký kraj	1 324	3,3	145 602	110	125 043	94,4	55 687	42,1
Moravskoslezský kraj	5 303	13,1	363 966	68,6	300 724	56,7	191 626	36,1
Olomoucký kraj	2 689	6,7	229 625	85,4	217 302	80,8	118 503	44,1
Pardubický kraj	1 908	4,7	146 113	76,6	136 917	71,8	79 075	41,4
Plzeňský kraj	996	2,5	115 631	116,1	100 261	100,7	71 818	72,1
Praha	2 577	6,4	107 978	41,9	105 336	40,9	82 150	31,9
Středočeský kraj	4 918	12,2	353 928	72	267 614	54,4	190 203	38,7
Ústecký kraj	4 240	10,5	259 191	61,1	256 255	60,4	164 593	38,8
Vysočina	2 446	6,1	157 000	64,2	157 723	64,5	98 815	40,4
Zlínský kraj	2 790	6,9	206 348	74	208 242	74,6	135 933	48,7
Celkem	40 393	100	2 813 653		2 525 796		1 607 771	
Minimum	981	2,4						
Maximum	5 303	13,1						
Průměrný počet	2 885	7,1						

Zdroj: MPSV ČR 2007-2009

Zdroj: Registr poskytovatelů sociálních služeb (<http://iregistr.mpsv.cz>) ze dne 16.9.2009, stránky krajů a e-mailová komunikace se sociálními odbory jednotlivých krajských úřadů ve dnech 10. – 20. 9. 2009

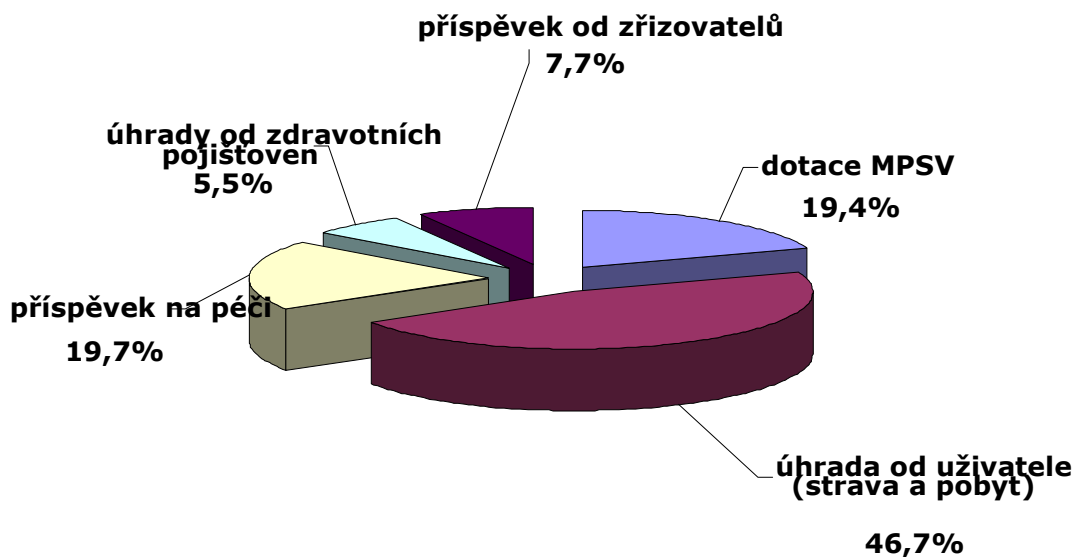
Pozn. vlastní zpracování autora

Podle výše uvedené tabulky je zřejmá značně vysoká rozdílnost přidělovaných dotací jednotlivým domovům seniorů. Dotace v přepočtu na jedno lůžko v domovech seniorů pak dosahují zásadního diametrálního rozdílu. Řádově lze hovořit až o 3 x násobku rozdílu mezi jednotlivými domovy seniorů v rámci jednotlivých krajů. Podle L. Průši je rozdíl dotací na jedno lůžko v Libereckém kraji o 1x násobek vyšší, než v kraji Jihomoravském. V rámci vlastního šetření nebyly zjištěny pravidla či metodika rozdělování dotačních prostředků MPSV jednotlivým domovům seniorů. V této oblasti nejsou pevně stanovena transparentní pravidla pro rozdělování dotací. Oproti tomu stojí faktické vykazované náklady domova seniorů na jedno lůžko na jeden rok. Podle kontrolního závěru 09/03 NKÚ s názvem: „Dotace ze státního rozpočtu poskytované prostřednictvím rozpočtů krajů poskytovatelům sociálních služeb regionálního charakteru“ ze dne 18.7.2009 byl rozdíl nákladů na jedno lůžko za rok u domovů seniorů zjištěn v částce až o 372.000,--Kč. Jinými slovy náklady na jedno lůžko se všemi výdaji, včetně nákladů na zaměstnance apod. se u domovů seniorů pohybovaly od 37.000,--Kč do 409.000,--Kč. Tyto uvedené náklady na jedno lůžko v kontrolním závěru 09/03 NKÚ však nekorespondují se zjištěnými údaji zjištěnými ze zdroje MPSV ČR a z Registru poskytovatelů sociálních služeb a z e-mailové komunikace se sociálními odbory jednotlivých krajských úřadů, kde byl zjištěn na základě dostupných informací za rok 2009 rozdíl nákladů na jedno lůžko v max. výši 41,5 tis. Kč, přičemž nejvyšší dotaci v roce 2009 obdržel Plzeňský kraj (72,1 tis. Kč) a nejnižší Jihomoravský kraj (30,6. tis. Kč), což činí rozdíl dotace v relaci na jedno místo 41,5 tis Kč. Za rok 2008 byl zjištěn rozdíl nákladů na jedno lůžko 59,8 tis. Kč a v roce 2007 byl zjištěn rozdíl ve výši 74,2 tis. Kč.

Podle níže uvedeného grafu č. 7 je zřejmé, že struktura krytí provozních nákladů v domovech pro seniory v roce 2008 byla v největší míře tvořena úhradou od samotných uživatelů (strava a pobyt) a to ve výši 46,7 %. Podle vyhlášky MPSV ČR 505/2006 Sb. *kteřou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách, včetně příloh č. 1 a 2*, ve znění pozdějších předpisů § 15, odst. 2, písm. a), je maximální výše úhrady za ubytování 180,--Kč denně, což představuje finanční částku 5.400,--Kč měsíčně a podle písm. b) téhož odstavce je maximální výše úhrady za stravování 150,--Kč za celodenní stravu a 75,--Kč pouze za oběd. V případě celodenní stravy pak činí měsíční úhrada za stravu finanční částku ve výši 4.500,--Kč, což s ubytováním činí dohromady 9.900,--Kč měsíčně a v případě

stravování v podobě obědů pak činí měsíční úhrada za stravu finanční částku ve výši 2.250,--Kč, což s ubytováním činí dohromady 7.650,--Kč měsíčně. K těmto úhradám autor práce uvádí, že domov seniorů musí na základě § 73, odst. 3. Zák.č. 108/2006 Sb. o sociálních službách ponechat seniorovi minimální částku ze starobního důchodu ve výši 15% Kč. Zde následně vzniká problém v případě, když senior pobírá nižší starobní důchod než činí úhrada za ubytování a stravu. Poté nastupují možnosti dofinancování uvedených nákladů z jiných zdrojů, pokud senior nemá jiných finančních příjmů či možností. Do jisté míry cenová regulace daná výše uvedenou právní normou působí jako nástroj ochrany uživatele služby sociální péče, nicméně metodicky neřeší otázky dofinancování těchto služeb. Dalšími zdroji krytí provozních nákladů v domovech pro seniory je příspěvek na péči, který se na těchto úhradách podílí 19,7%, dále to jsou dotace od MPSV ČR, které představovaly úhradu ve výši 19,4 %, příspěvek od zřizovatelů, který činil 7,7 % a úhrady od zdravotních pojišťoven, které představovaly 5,5 %.

Graf č. 7: Struktura krytí provozních nákladů v domovech pro seniory v roce 2008



Zdroj: Průša, L., Jak zefektivnit systém financování sociálních služeb, Šlapanice, 21. ledna 2010, VÚPSV, v. v. i., Palackého nám. 4, Praha 2

Podle L. Průši v návaznosti na šetření VÚPSV za rok 2009 byly celkové náklady zdravotních pojišťoven za úhrady zdravotní péče vyčísleny na 5,2 mld. Kč a z toho bylo

28,5 % určeno pro DS v ČR, 45,1 % úhrad bylo určeno domovům pro osoby se ZP a 42,1 % pro domovy se zvláštním režimem.

6. 6. 1 Poskytovatelé sociálních služeb

V České republice existuje poměrně široká síť zařízení sociální péče, jejichž počet a kapacita se postupně rozšiřuje podle potřeb vyplývajících z podmínek a možností každého regionu. Jako nástroj pro zlepšení situace v této oblasti slouží komunitní plánování.

Poskytovateli sociálních služeb jsou obce a kraje, nestátní neziskové organizace a fyzické osoby a MSPV ČR. Mezi nejvýznačnější zařízení sociálních služeb patří zejména domovy seniorů, penziony pro seniory, ústavy sociální péče pro dospělé, ústavy sociální péče pro mládež, pečovatelská služba, azylové domy, domy na půl cesty apod. I když převažujícím typem sociálních služeb v ČR je ústavní péče, v poslední době se prosazuje snaha podporovat rozvoj alternativních služeb k ústavní péči, které umožňují, aby klient zůstal ve svém přirozeném prostředí, uvnitř své rodiny a komunity.

Klíčovým místem poskytování sociálních služeb se stávají základní územní samosprávné společenství občanů – obce a územní společenství občanů – kraje, které ve své samostatné působnosti pečují o vytváření podmínek pro rozvoj sociální péče. Některé obce resp. kraje po získání kompetencí k poskytování sociálních služeb začaly usilovat o zefektivnění sítě sociálních služeb pomocí metod komunitního plánování, o kvalitu sociálních služeb a o modernizaci systému sociální ochrany.

V sociální ekonomice je hlavní pozornost soustředěna na místní spolupráci a konzultace různých partnerů při zabezpečování služeb. Subjekty sociální ekonomiky jsou jedním z mnoha aktérů lokální ekonomiky, přičemž družstevní forma vlastnictví je rovnocenná ostatním. Podpora sociální ekonomiky je nástrojem sociálního začleňování, zvyšování místní zaměstnanosti, ekonomického rozvoje přispívajícího k vyváženému rozvoji a prosperitě lokalit.⁵⁶

⁵⁶ V současné době neexistuje v ČR jasný, explicitní vládní dokument hlásící se k pojmu sociální ekonomika. A to i přesto, že tento koncept je součástí sociálních politik a politik místního rozvoje v zemích EU. V české společnosti je zatím jen omezené povědomí o tom, co znamená sociální ekonomika a k čemu slouží. Některá témata sociální ekonomiky jsou podporována prostřednictvím Iniciativy EQUAL.

Nejčtenějším poskytovatelem sociálních služeb jsou kraje, které se na těchto službách podílejí téměř 30 %. Dále to jsou obce a města (asi 24 %) a následují církve (cca 21 %). Stát je prostřednictvím MPSV ČR v současné době zřizovatelem pěti specializovaných ústavů sociální péče. Zhruba 25 % z celku poskytovatelů pak tvoří nestátní neziskové organizace a fyzické osoby, které nabízejí široké spektrum služeb. Tabulka č. 8 uvádí stav participace poskytovatelů ubytovací služby sociální péče- domovů seniorů v roce 2008. Nelze předpokládat, že by se během následujících let tento stav podstatně změnil, ač by změna byla nejenom vítaná, ale i s odkazem na již uvedené údaje v části 6. 7. 2 této práce, kde bylo zkonstatováno, že do budoucna k roku 2050 bude nutnost zvýšit počet míst v domovech seniorů v relaci na 1 000 osob starších 80 let o cca 170 % (L. Průša). Podle sledovaného vývoje je zřejmé, že největší zátěž ve zvýšení kapacity domovů seniorů zůstane na krajích, poté na obcích a městech.

Tabulka č. 8: Poskytovatelé ubytovací služby – domovy seniorů v r. 2008

Poskytovatelé ubytovací služby – DS	Počet	%	Kapacita	%
Stát	0	0,0	0	0,0
Kraje	195	43,1	19 520	51,7
Obce a města	163	36,1	14 821	39,3
Církve	70	15,5	2 517	6,7
Ostatní	24	5,3	875	2,3
Celkem	452	100,0	37 733	100,0

*Zdroj: Základní ukazatele z oblasti práce a sociálního zabezpečení ve vývojových řadách a grafech 2008“ MPSV ČR, odbor analýz a statistik, ISBN 978-80-7421-005-1, str. 32
Pozn. vlastní zpracování autora*

Podle Zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách se musí poskytovatel sociální služby zaregistrovat a tyto služby může poskytovat pouze na základě oprávnění tzv. registrace. O registraci poskytovatele sociálních služeb je možné od 1.1.2007 žádat v místě u příslušného krajského úřadu. Místní příslušnost se řídí místem sídla organizace, pokud jde o osobu právnickou nebo místem trvalého bydliště, pokud je poskytovatelem fyzická osoba.

O sociální službu musí senior sám požádat. U některých typů sociálních služeb vydávají obce a kraje rozhodnutí o poskytnutí služby, a to ve správním řízení. Jedná se především o pečovatelskou službu a pobytové služby v domovech pro osoby se zdravotním postižením a seniory. Podle zákona o sociálních službách lze sociální služby poskytovat zásadně jen na smluvním základě a poskytovatel tak s uživatelem o tom sjednává příslušnou smlouvu. Tato smlouva musí mít náležitosti požadované občanským zákoníkem a zejména zákonem o sociálních službách. Forma takové smlouvy je písemná, nevylučuje se však i forma ústní a to v mimořádných případech, kdy hrozí účastníkovi smlouvy akutní zdravotní újma. Následně je však nutno tuto nahradit písemnou formou.

Ke zvyšování kvality a odbornosti sociálních služeb se v současné době otevírá příležitost využít tzv. "strukturální pomoc." MPSV ČR pro tyto potřeby zajišťuje čerpání prostředků z Evropského sociálního fondu. Čerpat tyto finanční prostředky na sociální péči mohou samospráva (obce, kraje), nestátní neziskové organizace a další organizace, a to především na následující aktivity:

- vzdělávání svých zaměstnanců s cílem posílit jejich schopnosti a dovednosti při poskytování sociálních služeb;
- podporu a pomoc skupinám ohroženým sociálním vyloučením - jedná se například o příslušníky romské komunity, oběti trestné činnosti, osoby komerčně zneužívané, osoby bez přístřeší apod.⁵⁷

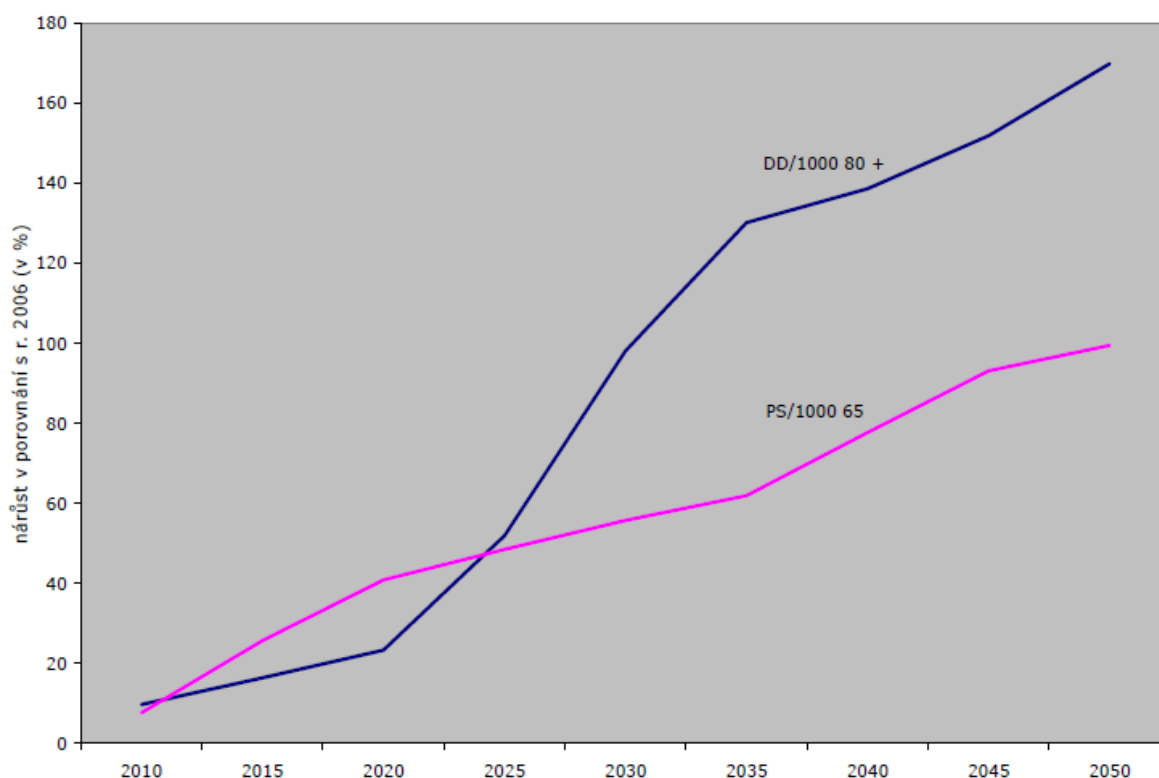
6. 6. 2 Věková struktura seniorů v DS

V souvislosti s demografickým vývojem v ČR je příhodné se zmínit o možném odhadovaném nárůstu počtu míst v DS v relaci na 1000 osob starších 80 let a počtu osob, kterým bude poskytována pečovatelská služba v relaci na 1000 osob starších 65 let při zachování vybavenosti na úrovni r. 2006. Odraz tohoto vývoje pak odpovídá rostoucímu významu pobytové služby sociální péče, kterým ve smyslu § 49 zák. č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, domovy seniorů jsou. Podle zprávy docenta L. Průši, ředitele výzkumného ústavu MPSV ČR, o efektivnosti sociálních služeb v roce 2006 zajišťovaly sociální péči o seniory z 23,70 % právě DS. Je tedy zřejmé, že DS jsou největší ubytovací

⁵⁷ <http://www.mpsv.cz/cs/9#zkss> ze dne 12.3.2009

službou sociální péče a co do svého objemu největší ubytovací službou zůstanou i nadále. Tato skutečnost byla jedním z důvodů se v této práci zaměřit právě na seniory umístěné v domovech seniorů.

Graf č. 8: Odhadovaný nárůst počtu míst v domovech pro seniory v relaci na 1000 osob starších 80 let a počtu osob, kterým bude poskytována pečovatelská služba v relaci na 1000 osob starších 65 let při zachování vybavenosti na úrovni r. 2006



*Zdroj: Ladislav Průša, Efektivnost sociálních služeb: vybrané prvky a aspekty, 2007
dostupná na: http://praha.vupsv.cz/Fulltext/vz_245.pdf*

Podle výše uvedeného grafu č. 8 L. Průši je zřejmé, že lze do budoucna k roku 2050 odhadnout nutnost zvýšit počet míst v domovech seniorů v relaci na 1 000 osob starších 80 let o cca 170 %. Tato skutečnost vzhledem k popsanému vývoji demografie v ČR v závislosti na prodlužování lidského věku je více než alarmující. Již v současné době je nezbytné přijmout opatření, která by nastalou situaci řešila.

V následující tabulce č. 9 je pro komplexnost této práce na základě vlastního šetření uveden přehled počtu domovů seniorů a lůžek podle jednotlivých krajů a to v relaci na 1000

obyvatel starších 65 let a 80 let. Údaje o počtech domovů seniorů v jednotlivých krajích byly získány ke dni 14. 5. 2010 ze zdroje <http://www.czso.cz> (Český statistický úřad).

Tabulka č. 9: Vybavenost krajů místy v DS v relaci na 1000 obyvatel starších 65 let a 80 let

Kraj	Počet obyvatel starších 65 let	Vybavenost místy v DS v relaci na 1000 osob starších 65 let	Počet obyvatel starších 80 let	Vybavenost místy v DS v relaci na 1000 osob starších 80 let
Jihočeský	94 248	31	21 351	137
Jihomoravský	178 198	25	43 120	101
Karlovarský	42 119	23	8 508	115
Královéhradecký	86 858	34	20 851	140
Liberecký	60 702	22	14 463	92
Moravskoslezský	180 942	29	38 838	136
Olomoucký	97 156	28	14 949	180
Pardubický	77 795	25	17 773	107
Plzeňský	86 754	12	12 771	78
Praha	195 159	13	52 201	49
Středočeský	175 369	28	40 470	122
Ústecký	111 074	38	23 664	179
Vysočina	78 266	31	17 944	136
Zlínský	91 512	31	15 180	184
CELKEM	1 556 152		342 083	

Zdroj: Český statistický úřad (údaje k 1.1.2009)
<http://www.czso.cz>

Pozn. vlastní zpracování autora, 2010

Pro úplnost disertační práce ve vztahu k výše uvedené tabulce č. 9 byly zjišťovány počty obyvatel v DS podle věku. Níže uvedená tabulka č. 10 uvádí počet obyvatel v DS podle krajů ve dvou věkových kategoriích. První kategorií jsou senioři ve věku od 65 do 80 let a druhou kategorií jsou senioři starší 80 let. Z této tabulky vyplývá skutečnost spočívající ve zjištění, že věková kategorie seniorů starších 80 let v DS představuje cca 44 % ze všech seniorů. Tato skutečnost je dána mezi jinými prodlužováním lidského věku kvalitní lékařskou péčí.

Tabulka č. 10: Počet obyvatel v DS podle věku seniorů

Kraj	Počet obyvatel v DS dle věku		Počet lůžek	
	65-80	Starších 80 let	Absolutní	Relativní (v %)
Jihočeský	1 639	1 288	2 927	7,2
Jihomoravský	2 448	1 922	4 370	10,8
Karlovarský	580	401	981	2,4
Královéhradecký	1 668	1 256	2 924	7,2
Liberecký	927	397	1 324	3,3
Moravskoslezský	3 182	2 121	5 303	13,1
Olomoucký	1 708	981	2 689	6,7
Pardubický	1 069	839	1 908	4,7
Plzeňský	598	398	996	2,5
Praha	1 541	1 036	2 577	6,4
Středočeský	2 951	1 967	4 918	12,2
Ústecký	2 544	1 696	4 240	10,5
Vysočina	1 459	987	2 446	6,1
Zlínský	1 674	1 116	2 790	6,9
Celkem	23 988	16 405	40 393	100,0

*Zdroj: Registr poskytovatelů sociálních služeb (<http://iregistr.mpsv.cz>) ze dne 16.9.2009, stránky krajů a e-mailová komunikace se sociálními odbory jednotlivých krajských úřadů ve dnech 10. – 20. 9. 2009
Pozn. vlastní zpracování autora, 2009*

6. 6. 3 Starobní důchod jako finanční zdroj úhrady sociálních služeb

U seniorů často dochází k nepříznivé sociální situaci, u mnohých pak i v důsledku této i k sociálnímu vyloučení. Pro podporu a pomoc začlenit se zpátky do společnosti a udržet důstojné stáří byl přijat Zákon č.108/2006 Sb., o sociálních službách, který nabyl účinnosti dnem 1.1.2007. Jedním z problémů, jak se ale ukazuje, se stává udržitelnost financování sociálních služeb. Důležitým zdrojem financování jsou dotace ze státního rozpočtu, ale i zavedení nové dávky – příspěvek na péči, který by měl řešit nepříznivou sociální situaci nakupováním právě sociálních služeb. Vzhledem ke stárnutí populace a růstu počtu seniorů bude čím dál více potřeba financovat tyto služby z vlastních prostředků uživatelů těchto služeb. Z tabulky č. 11 jsou patrné stávající finanční problémy.

Tabulka č. 11: Finanční prostředky na sociální služby (v tis. Kč)

	2006	Schválený rozpočet 2007	Skutečnost 2007	Schválený rozpočet 2008	Upravený rozpočet 2008	Návrh 2009	očekávaná skutečnost 2009
Dotace soc. služby*	7 994 156	7 036 440	7 121 935	6 918 440	7 437 440	4 775 459	6 200 000
Příspěvek na péči**	5 147 693	8 817 000	14 961 182	12 088 000	19 013 000	15 588 000	18 500 000
Celkem	13 141 849	15 853 440	22 083 117	19 006 440	26 450 440	20 363 459	24 700 000

Zdroj: http://www.crho.org/files/financni_analyza.doc ze dne 14.5.2010

* v roce 2006 je započítána dotace na lůžko a dotace krajům na zřizovatelské funkce

** vyplácen od roku 2007, rok 2006 zvýšení důchodu pro bezmocnost a příspěvek při péči o osobu blízkou

V letech 2008 a 2009 došlo k významnému navýšení v oblasti úhrad za služby ze strany jejich uživatelů (2008 – 7 368 mil. Kč; 2009 – 9 142 mil. Kč), tj. o 24 %.⁵⁸ V oblasti služeb sociální péče se i v dalších letech dá předpokládat, že úhrada uživatele bude nejsilnějším zdrojem financování.

Je jisté, že k zajištění plnohodnotného života a důstojného stáří je zcela nezbytné i dostatečné hmotné zabezpečení seniorů. Toto zabezpečení předpokládá ekonomickou nezávislost seniorů a mělo by být výsledkem jejich celoživotních aktivit.

Vzhledem ke smyslu penzí, kterým jsou především ochrana před chudobou ve stáří a udržení životní úrovně, jsou modely penzijních systémů často založeny na principu solidarity a mezigenerační redistribuce. Zatímco cíl ochrany před chudobou předpokládá solidaritu a může být financován jinak než z příspěvků na důchodové pojištění, cíl zachovat určitou životní úroveň po ukončení ekonomické aktivity vychází z principu ekvivalence a je obvykle vázán na placení pojistného. Český základní důchodový systém je dávkově definovaný, což znamená, že výše důchodů je odvozena od výdělků pojištěných osob a závisí na délce získané doby pojištění; nicméně tento princip zásluhovosti je výrazně omezen způsobem stanovení výše důchodu, do něhož se promítá princip solidarity mezi příjmovými skupinami (POLLNEROVÁ, 2008: 9).

⁵⁸ Česká rada humanitárních organizací, [online], dostupné z http://www.crho.org/files/financni_analyza.doc ze dne 14.5.2010

V tabulce č. 12 můžeme pozorovat postupný nárůst příjemců nejen všech vyplácených důchodů v České republice, ale i příjemců důchodů starobních, kde i prognózy na další roky jsou stále rostoucí.

Tabulka č. 12: Počet důchodců a poplatníků pojistného v ČR

Rok	2005	2006	2007	2008	2009
Počet důchodců celkem	2 629 434	2 648 782	2 685 884	2 722 809	2 758 799
Počet starobních důchodců	1 946 573	1 964 557	1 996 710	2 030 636	2 069 168
Počet poplatníků pojistného	4 817 037	4 938 025	5 059 698	5 203 531	5 142 182
Počet poplatníků na jednoho důchodce	1,83	1,86	1,88	1,91	1,86
Počet poplatníků na jednoho starobního důchodce	2,47	2,51	2,53	2,53	2,49

Zdroj: <http://www.noviny-mpsv.cz/cs/3645ze dne 14.5.2010>

Ke konci ledna 2010 Česká správa sociálního zabezpečení vyplatila celkem 2 220 211 starobních důchodů. Osob pobírajících důchody invalidní a pozůstalostní i seniorů pobírajících důchod starobní evidovala ČSSZ celkem 2 792 060. Průměrná výše starobního důchodu činila v lednu 2010 celkem 10033 Kč, z toho u mužů 11152 Kč a u žen 9109 Kč.

V roce 2005 ke stejnému datu byl průměrný starobní důchod 7 686 Kč (u mužů činil 8 595 Kč a u žen 6 979 Kč). Průměrný věk seniorů, kteří jsou uživateli starobního důchodu byl v lednu 2010 69 let (u mužů je to 70 a u žen 67 let). Nejvyšší průměrný starobní důchod byl pobírán v Praze a to 10 694 Kč (u mužů – 11 715 Kč a u žen – 9 915 Kč), naopak

nejnižší průměrný starobní důchod byl vyplácen v Olomouckém kraji v částce 9 754 Kč (u mužů činí 10 777 Kč, u žen 8 929 Kč).⁵⁹

Tabulka č. 13: Průměrné výše důchodů v Kč podle krajů k 12/2009

V Kč	Důchody celkem	v tom důchody						
		starobní plné	starobní poměrné	invalidní plné	invalidní částečné	vdovské ¹	vdovecké ¹	sirotčí
Česká republika	9 803	10 045	5 800	9 681	6 076	10 653	11 814	5 145
v tom kraje:								
Hl. m. Praha	10 519	10 730	5 878	9 600	5 988	11 372	12 432	5 235
Středočeský	9 851	10 101	5 953	9 748	6 066	10 603	11 840	5 163
Jihočeský	9 699	9 942	5 992	9 664	6 064	10 640	11 546	5 140
Plzeňský	9 817	10 009	5 498	9 665	6 021	10 627	11 787	5 118
Karlovarský	9 682	9 855	6 100	9 530	5 955	10 592	11 671	5 048
Ústecký	9 678	9 968	5 981	9 614	5 972	10 647	11 929	5 007
Liberecký	9 714	9 984	5 946	9 662	5 996	10 651	11 545	5 109
Královéhradecký	9 743	9 932	5 885	9 669	6 074	10 676	11 591	5 141
Pardubický	9 638	9 835	6 260	9 619	6 066	10 571	11 594	5 169
Vysočina	9 639	9 771	5 799	9 726	6 139	10 539	11 461	5 148
Jihomoravský	9 639	9 941	5 845	9 583	6 022	10 538	11 660	5 079
Olomoucký	9 591	9 766	5 825	9 439	6 030	10 519	11 453	5 098
Zlínský	9 614	9 833	5 938	9 643	6 114	10 456	11 533	5 211
Moravskoslezský	9 820	10 084	5 486	9 975	6 322	10 453	12 260	5 230

¹ včetně kombinovaných

	nejvyšší částka
	nejnižší částka

Zdroj: CSÚ, [http://www2.czso.cz/xl/redakce.nsf/i/d39a51c73b3ad7e5c125771400388590/\\$FILE/tab3.xls](http://www2.czso.cz/xl/redakce.nsf/i/d39a51c73b3ad7e5c125771400388590/$FILE/tab3.xls)
ze dne 14. 5. 2010

Z analýzy vývoje dávek důchodového pojištění vyplynul vykázaný nárůst objemu těchto dávek, které ovlivnila zejména vyšší průměrná úroveň vyplacených důchodů, ale na druhé straně je nutno vzít v úvahu i vzrůstající počet důchodců.

Podle prognóz z tabulky č. 14 je patrné, že jsou již znát pozitivní důsledky již probíhající I. fáze důchodové reformy, která spočívá především v dalším prodlužování věkové hranice odchodu do důchodu.

⁵⁹ Noviny Práce a sociální politika 4/2010, online, dostupné z: http://www.noviny-mpsv.cz/files/clanky/8634/Prace_socpol_04_10_web.pdf
ze dne 14.5.2010

Tabulka č. 14: Dlouhodobá udržitelnost veřejných financí (v % HDP)

	Rok	Rok	Rok	Rok	Rok	Rok	Rok
	2007	2010	2020	2030	2040	2050	2060
Celkové výdaje	42,4	41,1	40,1	41,8	44,6	49,5	54,5
z toho: Výdaje závislé na věkové struktuře	19,2	18,7	18,8	20,1	21,9	24,8	26,5
Důchody	8,2	7,7	7,7	8,1	9,6	11,5	12,4
Důchody v rámci soc. zabezpečení	8,2	7,7	7,7	8,1	9,6	11,5	12,4
Starobní a předčasné důchody (55+)	7,5	7,1	7,1	7,4	9	10,9	11,8
Ostatní důchody (do 54)	0,7	0,6	0,6	0,7	0,6	0,6	0,6
Zaměstnanecké důchody	0	0	0	0	0	0	0
Zdravotní péče	6,3	6,3	6,7	7,3	7,8	8,5	8,9
Dlouhodobá péče	0,2	0,3	0,3	0,4	0,5	0,5	0,7
Vzdělání	3,6	3,4	3,1	3,3	3,1	3,1	3,4
Ostatní výdaje	1	1	1	1	1	1,1	1,1
z toho: Úroky	1,1	1,1	0,8	1,2	2,1	4,2	7,5
Celkové příjmy	41,4	39,6	39	39	39	39	39
z toho: Důchod z vlastnictví	0,8	0,7	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5
z toho: Pojistné na důchodové zabezpečení	8,6	8,6	8,6	8,6	8,6	8,6	8,6
Aktiva fondů důch. zabezpečení	0,4	2,9	13,2	22,9	26,3	9,8	0

Zdroj: MF ČR, http://www.mfcr.cz/cps/rde/xchg/mfcr/xsl/konvergen_programy_43981.html
ze dne 14.5.2010

Očekávané populační změny by tedy měly mít vzhledem k těmto opatřením menší dopad na veřejné finance. Přesto i tak je znatelný velmi citelný nárůst výdajů souvisejících s věkovou strukturou populace na HDP, z nichž největší objem mají výdaje související se starobními důchody.⁶⁰

Problémem bude zejména silná generace 70. let, kdy se výrazně zvýší výdaje na starobní důchody vzhledem k vývoji HDP, což je nejvíce viditelné v období 2030 až 2050. Z těchto důvodů by i nadále měly pokračovat změny v systému, protože bude potřeba vytvořit rezervy na další období.⁶¹

6.7 Aktuální situace v České republice

Do popředí zájmu se i u nás dostává otázka zabezpečení důstojného a plnohodnotného stáří. Usnesením vlády ze dne 14. 11. 2001⁶² byl schválen návrh základních principů Národního programu přípravy na stárnutí populace v ČR a uloženo

⁶⁰ MF ČR, [online], dostupné z:
http://www.mfcr.cz/cps/rde/xchg/mfcr/xsl/konvergen_programy_43981.html
ze dne 15.5.2010

⁶¹ MPSV, [online], dostupné z: http://www.mpsv.cz/files/clanky/5886/zprava_2008_cz.pdf
ze dne 15.5.2010

⁶² http://kormoran.vlada.cz/usneseni/usneseni_webtest.nsf/web/cs?Open&2001&11-14 ze dne 7.2.2009

místopředsedovi vlády a ministru práce a sociálních věcí předložit návrh Národního programu přípravy na stárnutí populace v ČR na období let 2003 - 2007. Jeho naplnění se denně dotýká života 1,85 milionu současných seniorů.

Rada seniorů při Českém helsinském výboru si klade za cíl monitorovat plnění Národního programu a v případech jeho nedodržování veřejně upozorňovat na dané skutečnosti a problémy s vyžadováním od zodpovědných institucí nápravy.

Výzkumný ústav práce a sociálních věcí v souvislosti s přijetím tohoto dokumentu provedl v roce 2002 "Komplexní analýzu sociálně ekonomických podmínek života ve stáří."⁶³ Nezahrnuje sice celé spektrum témat Národního programu, ale obsahuje všechny jeho stěžejní oblasti. Patří mezi ně zdraví a zdravotní péče, otázky zabezpečení sociální péče, vývoj ekonomické aktivity seniorů a přechod z produktivní do postproduktivní životní fáze, materiální základ života seniorů se zaměřením na příjmovou situaci a bydlení, sociálně patologické jevy v jejich životě, jako je osamělost a zneužívání apod. Obecně můžeme konstatovat, že právní řád České republiky neobsahuje diskriminační ustanovení, a že tedy existují zákonné předpoklady pro naplňování principů lidských práv. Problém jejich ochrany a dodržování vzniká zejména při aplikaci těchto principů v praxi. KUNSTOVÁ (2003: 2) upozorňuje, že přesto narážíme na velmi diskutabilní ustanovení v dosavadním Zákoně o péči o zdraví lidu č. 20/1966 Sb., kde se v článku IV praví: "*Péče o zdraví lidu se zaměřuje především preventivně k ochraně a soustavnému upevňování a rozvíjení tělesného i duševního zdraví lidu; zvláštní pozornost je přitom věnována péči o novou generaci a ochraně zdraví pracujících.*" Možnost přehlížení zdravotní péče o seniory je evidentní.

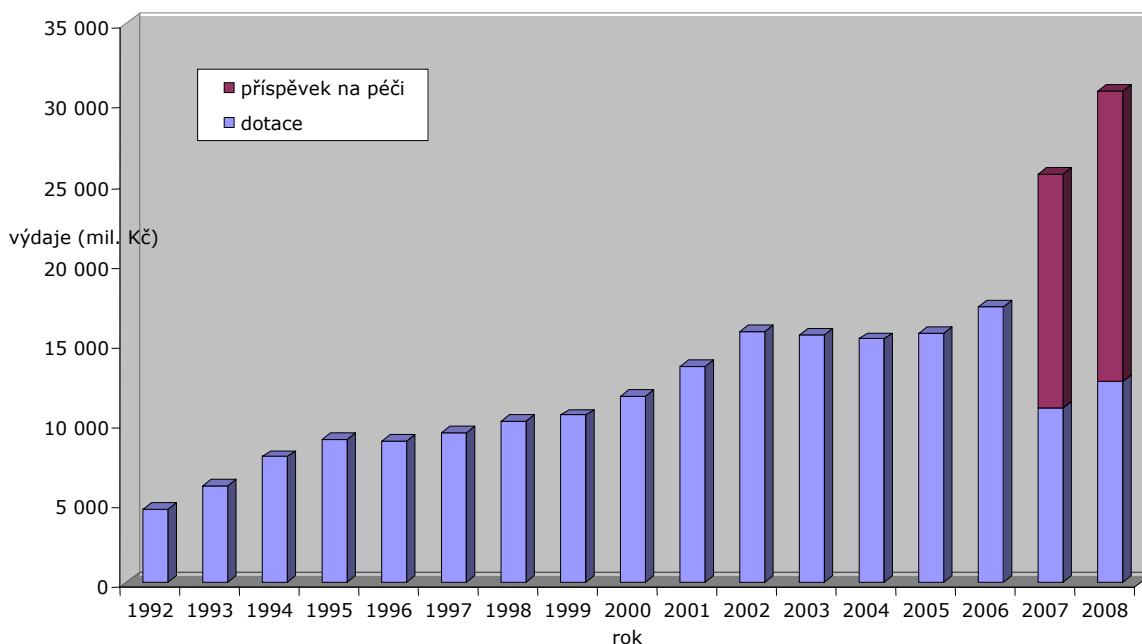
Ze studia příslušných materiálů MPSV ČR vyplývá, že vzrůstající četnost starších lidí představuje v důsledku zvyšujícího se vzdělání a zlepšujícího se zdraví populace potenciál pro sociální a ekonomický rozvoj. Politika přípravy na stárnutí by měla reagovat na dvě základní výzvy: integrovat starší osoby do ekonomického a sociálního rozvoje a vytvořit věkově inkluzivní společnost. Důležité je probíhajícím sociálním a demografickým změnám přizpůsobit politiku zaměstnanosti, důchodovou politiku a další politiky a služby. Jedna z nejzásadnějších otázek při přípravě společnosti na stárnutí a vytváření věkově inkluzivní společnosti je zabránění diskriminaci na základě věku a ageistickým stereotypům

⁶³ <http://aplikace.isvav.cvut.cz/projectDetail.do?rowId=HS90%2F02> ze dne 7.2.2009

ve společnosti. Jednou z výzev je proto poukázat na potenciál, přínos a roli starších lidí v rodině, ekonomice a celé společnosti a dále je rozvíjet a podporovat (MPSV ČR, 2009).

V souvislosti s otázkami financování sociálních služeb lze z níže uvedeného grafu č. 9 L. Průši vysledovat vývoj výdajů na sociální služby v letech 1992 – 2008 včetně vývoje výdajů příspěvku na péči za rok 2007 a za rok 2008 po jeho zavedení. Z grafu je zřejmé, že došlo na jedné straně k podstatně menším výdajům na sociální služby od doby zavedení PnP, na straně druhé však došlo k podstatnému nárůstu PnP, což při celkovém součtu nemůže odpovídat faktickému stavu. Otázkou tedy zůstává efektivnost financování sociálních služeb, když nelze předpokládat skutečnost, že za období roku 2006 až 2007 vzrostl výdaj na sociální služby s PnP o necelých 6 mil. Kč oproti předchozím nárůstům cca o 2 mil. Kč (období 2002, 2003, 2004, 2005, 2006).

Graf č. 9: Vývoj výdajů na sociální služby v letech 1992 – 2008



Zdroj: Průša, L., Jak zefektivnit systém financování sociálních služeb, Šlapanice, 21. ledna 2010, VÚPSV, v. v. i., Palackého nám. 4, Praha 2

Ukazatelem měření celkového produktu, respektive výkonnosti národního hospodářství je hrubý domácí produkt (dál jen HDP). HDP rozumíme souhrn statků a

služeb, který je vyjádřený v penězích a je vytvořený za určité období výrobními faktory na území ČR. To bez ohledu na to, zda tyto výrobní faktory vlastní občan ČR nebo cizinec. Čím vyšší HDP, tím více může stát investovat do výdajů sociálního zabezpečení. Přehled vývoje HDP v ČR na jednoho obyvatele od roku 1998 do roku 2008 ukazuje tabulka č. 15.

Tabulka č. 15: Vývoj HDP v ČR na jednoho obyvatele v letech 1998-2008

Ukazatel	HDP	HDP na 1 obyvatele	HDP na 1 obyvatele v PPS	HDP
Rok	mld. Kč, b. c.	Kč/obyv., b. c.	PPS/obyv., b. c.	%, r/r, reálně
1998	1996,5	193929	11961	-0,8
1999	2080,8	202357	12385	1,3
2000	2189,2	213110	13036	3,6
2001	2352,2	230064	13891	2,5
2002	2464,4	241593	14419	1,9
2003	2577,1	252617	15215	3,6
2004	2814,8	275770	16257	4,5
2005	2983,9	291561	17133	6,3
2006	3222,4	313868	18412	6,8
2007	3535,5	342494	20117	6,1
2008	3689	353701	20150	2,5
2009	3627,2	345727	neudáno	-4,2

Zdroj: Český statistický úřad, 2009, <http://www.mpsv.cz/files/clanky/2237/srovnani-demografie.pdf> ze dne 23.6.2005; vlastní zpracování

Následující tabulka č. 16 ukazuje přehled výdajů na sociální ochranu podle funkcí sociální ochrany. Informace jsou čerpány ze základního systému ESSPROS (Evropský systém jednotných statistik sociální ochrany). Tabulka ukazuje nárůst výdajů „na stáří“ v roce 2007 oproti roku 2006 cca o 27.445 (mil. Kč), kdežto v roce 2006 oproti roku 2005 byl nárůst o 13.640 (mil. Kč). Jde tedy po srovnání vývoje výdajů na sociální ochranu o nárůst dvojnásobný v roce 2007 než v roce 2006.

Na straně druhé ve srovnání podílu celkových výdajů na sociální ochranu k HDP s využitím dat ESSPROS, jak ukazuje tabulka č. 17, je vývoj v ČR od roku 1998 do roku 2007 poměrně stabilní a pohybuje se od 18,5 % do 20,2 %. Ve srovnání s členskými státy

EU, kde je podíl celkových výdajů na sociální ochranu k HDP v procentech 26,2 je to sice podstatně nižší výdaj, nicméně ČR se tímto výdajem neřadí mezi státy s nejnižším procentem. Mezi státy EU s nejnižším procentem celkových výdajů na sociální ochranu k HDP v procentech patří Lotyšsko (11 %), Rumunsko (12,8 %), Estonsko (12,5 %), Bulharsko (15,1 %), Litva (14,3 %), Slovensko (16 %). Mezi státy EU s nejvyšším procentem celkových výdajů na sociální ochranu k HDP v procentech patří Švédsko (29,7 %), Holandsko (28,4 %), Francie (30,5 %), Dánsko (28,9 %), Belgie (29,5 %), Rakousko (28 %), Švýcarsko (27,3 %), Německo (27,7 %).

Tabulka č. 16: Vývoj výdajů na sociální ochranu podle funkcí sociální ochrany

Funkce sociální ochrany	Rok (v mil. Kč)					
	1997	1998	1999	2000	2001	2002
Nemocenská/zdravotní péče	112 736	120 068	128 129	139 075	151 884	168 804
Invalidita	25 817	28 634	30 661	32 037	35 302	37 479
Stáří	123 576	140 002	150 247	160 644	169 625	182 541
Pozůstalí	16 308	17 484	18 204	18 663	20 632	22 120
Rodina/děti	32 589	32 626	33 904	34 984	36 452	38 738
Nezaměstnanost	9 395	10 908	14 444	14 271	14 355	16 469
Bydlení	938	1 818	2 458	2 710	2 720	3 038
Sociální vyloučení	4 287	6 563	9 116	11 178	11 818	12 803
Výdaje celkem	325 646	358 103	387 163	413 562	442 788	481 992

Funkce sociální ochrany	Rok (v mil. Kč)				
	2003	2004	2005	2006	2007
Nemocenská/zdravotní péče	178 920	185 298	195 067	199 876	215 487
Invalidita	40 685	41 493	43 040	49 752	51 566
Stáří	185 229	193 614	211 897	225 545	252 990
Pozůstalí	22 589	22 764	23 697	24 901	26 778
Rodina/děti	38 477	44 164	41 765	44 040	58 787
Nezaměstnanost	20 254	20 596	19 735	18 559	22 030
Bydlení	2 904	2 623	2 547	2 389	2 205
Sociální vyloučení	14 742	14 780	14 676	15 645	6 722
Výdaje celkem	503 800	525 332	552 424	580 707	636 565

Zdroj: MPSV ČR, Základní systém ESSPROS = Evropský systém jednotných statistik sociální ochrany

Pozn.: Údaje jsou zpracovány dle metodiky Eurostatu pro základní systém ESSPROS

Tabulka č. 17: Podíl celkových výdajů na sociální ochranu k HDP) v EU, ČR s využitím dat ESSPROS*)**

	Rok									
	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006***)	2007***)
EU27-současné členské státy EU	.	.	.	.	.	.	.	27,1	26,7	26,2
EU25-EU27 bez Bulharska a Rumunska	.	.	26,5	26,7	27,0	27,4	27,2	27,3	26,9	26,4
EU15-členové EU do rozšíření v r. 2004	27,0	26,9	26,8	27,0	27,3	27,7	27,6	27,7	27,3	26,9
EA15-státy s měnou Euro(eurozóna)	.	.	26,7	26,8	27,4	27,8	27,7	27,7	27,4	27,0
CZ-Česká republika	18,5	19,2	19,5	19,4	20,2	20,2	19,3	19,2	18,7	18,6

Zdroj: Eurostat (CIRCA) – dostupný z

http://circa.europa.u/Public/irc/dsis/esspros/info/data/esspros_public_data/publication (-) údaj není k dispozici

*) ESSPROS = Evropský systém jednotných statistik sociální ochrany

**) údaje hrubého domácího produktu dle metodiky Eurostatu harmonizované se standardy definovanými Evropským systémem účtů (ESA 1995)

***) předběžné údaje

Na základě výše uvedených údajů s odkazem na předešlá zjištění v části 6. této práce je nanejvýš potřebné se zabývat otázkami spojenými se zvýšením efektivity systému financování sociálních služeb v ČR. Je nutné provést základní šetření v otázkách financování služeb sociální péče a v souvislosti s tímto předložit soubor návrhů vedoucích ke stabilizaci financování sociálních služeb. Autor dizertační práce se v její praktické části zabývá některými vybranými ekonomickými souvislostmi, které navazují na tuto problematiku a v závěru práce navrhuje řešení zjištěné situace.

7. Praktická část práce

Obsahem praktické části disertační práce je empirické šetření vybraných ekonomických souvislostí při poskytování služeb sociální péče seniorům v domovech seniorů. Konkrétní stanovené dílčí cíle předložené disertační práce včetně jejích výstupů jsou uvedeny v části 1.1 této práce.

Na základě empirického výzkumu za použití metodiky uvedené v části 1.2 disertační práce je posouzen další možný vývoj zkoumané problematiky, případně je doporučena změna přístupu k řešení otázek souvisejících s poskytováním služeb sociální péče v domovech seniorů.

S ohledem na vytyčené cíle práce a výsledky předvýzkumu byly v práci k vybrané problematice stanoveny praktické hypotézy, jimž odpovídají otázky kladené v dotazníkovém šetření a v záznamovém archu. Tyto byly rozčleněny do pěti následujících obsahových okruhů:

Okruh A - Otázky spojené se službami sociální péče v domovech seniorů.

Okruh B - Otázky spojené s evidencí poskytovaných služeb sociální péče v domovech pro seniory a jejich oddělení od poskytovaných služeb zdravotní péče, evidence příspěvku na péči.

Okruh C - Otázky spojené s finančními náklady na úhradu služeb sociální péče seniorům v domovech pro seniory se zaměřením na zdroje jejich dofinancování.

Okruh D - Otázky spojené s rozvojem a významem informačně komunikační technologie v domovech seniorů.

Okruh E - Otázka spojená se sociální prevencí a jejího významu při snížení sociální potřebnosti seniorů.

V rámci každého okruhu jsou pak uvedeny jednotlivé hypotézy, týkající se dané tematiky. Poté jsou uvedeny hypotézy, na které odpovídají senioři a následně je k dané

problematice uveden výsledek výzkumného šetření. Dále je uvedena diskuse s návrhy na řešení, souhrn praktické části práce a závěr, kde jsou prezentovány zjištěné výsledky s návrhy autora disertační práce na optimalizaci zjištěného stavu.

Testování hypotéz

Testování statistických hypotéz je důležitou součástí analýzy dat. Statistickou hypotézou se rozumí určitý předpoklad o parametrech či tvaru rozdělení zkoumaného statistického znaku v základním souboru. Na základě náhodného výběru, pořízeného ze zkoumaného základního souboru, budeme chtít posoudit, zda vytýčená statistická hypotéza je pravdivá či nikoliv. Úkolem teorie testování (ověřování) statistických hypotéz je konstrukce adekvátních matematických metod, pomocí nichž budeme posuzovat platnost či neplatnost zkoumané statistické hypotézy.

Testovaná statistická hypotéza se nazývá nulová hypotéza (někdy také testovaná hypotéza). Nulová hypotéza tvrdí, že parametr základního souboru se statisticky významně neliší od hypotetické hodnoty. Proti nulové hypotéze (H_0) stavíme tzv. alternativní hypotézu (A), která popírá platnost nulové hypotézy a kterou přijímáme, jestliže jsme nulovou hypotézu zamítli jako nesprávnou.

Pro test nulové hypotézy (H_0) proti alternativní hypotéze A použijeme speciální náhodnou veličinu, kterou nazýváme testovací (testové) kritérium.

Při testování statistických hypotéz nesmíme zapomínat na to, že rozhodnutí o přijetí nulové hypotézy nebo alternativní hypotézy provádíme na základě náhodného výběru. Je tedy zřejmé, že toto rozhodnutí nelze provést s absolutní jistotou a že vždy existuje riziko chybného rozhodnutí.

7.1 Formulace praktických hypotéz pro výzkumné šetření u poskytovatelů služeb sociální péče a seniorů

Pro výzkumné šetření ke splnění části cílů této práce a zjištění ovlivňujících faktorů, byly stanoveny okruhy A, B, C, D a E s následujícími hypotézami:

Legenda: H x DS = hypotézy pro domovy seniorů (dále jen DS)

H x S = hypotézy pro seniory (dále jen S)

Okruh A - Otázky spojené se službami sociální péče v domovech seniorů.

Hypotézy pro poskytovatele služeb sociální péče

H 1 DS DS poskytují i jiné pobytové služby sociální péče, než stanoví zákon o sociálních službách (tj. ubytování, stravu, aj.).

H 2 DS Význam třetích subjektů při poskytování služeb sociální péče v DS je malý.

H 3 DS Outsourcing není při poskytování služeb sociální péče v domovech seniorů vůbec využíván.

H 4 DS Více jak 10 % DS poskytuje služby chráněného bydlení.

Hypotézy pro seniory

- H 5 S Nadpoloviční většina seniorů umístěných v DS je informována o novém zákoně č. 108/2006 Sb., o sociálních službách.*
- H 6 S Nadpoloviční většina seniorů umístěných v DS má dostatečné informace o službách sociální péče v DS.*
- H 7 S Informace o službách sociální péče v DS jsou pro nadpoloviční většinu seniorů srozumitelné.*
- H 8 S Nadpoloviční většina seniorů umístěných v DS zná obsah pojmu služby sociální péče chráněného bydlení.*
- H 9 S Nadpoloviční většina seniorů umístěných v DS využívá služeb sociální péče i mimo DS třetími subjekty.*

Okruh B - Otázky spojené s evidencí poskytovaných služeb sociální péče v domovech pro seniory a jejich oddělení od poskytovaných služeb zdravotní péče, evidence příspěvku na péči.

Hypotézy pro poskytovatele služeb sociální péče

- H 10 DS Vymezení obsahu služeb sociální péče na služby základní a na ostatní služby sociální péče, jejichž cílem je pomoci seniorovi při péči o jeho osobu a zajištění jeho soběstačnosti, má praktický význam.*
- H 11 DS DS vedou přehledy o počtech seniorů podle přiznaných stupňů závislosti.*
- H 12 DS Více jak 80 % DS odděluje po formální-evidenční stránce služby sociální péče od služeb zdravotních.*
- H 13 DS Nadpoloviční většina DS nevede údaje o nákladovosti služeb sociální péče odděleně u seniorů, kteří příjemcem PnP jsou a kteří příjemcem PnP nejsou.*

H 14 DS Nadpoloviční většina DS nevede údaje o nákladovosti služeb sociální péče odděleně u seniorů podle jejich přiznaného stupně závislosti.

H 15 DS Nadpoloviční většina DS vede evidenci o vynaložených nákladech na služby sociální péče podle jednotlivých úkonů dle přílohy č. 1 Vyhl. MPSV ČR č. 505/2006 Sb.

Okruh C - Otázky spojené s finančními náklady na úhradu služeb sociální péče seniorům v domovech pro seniory se zaměřením na zdroje jejich dofinancování.

H 16 DS Nadpoloviční většina DS vede evidenci o roční nákladovosti služeb sociální péče na jednoho seniora.

H 17 DS Stanovení fixních plateb za provedené úkony služeb sociální péče v DS je důležitou podmínkou z hlediska jejich finančního účtování.

H 18 DS Vypracování finančního sociálně-ekonomického programu komplexní péče na každého seniora má dopad na financování služeb sociální péče seniorům.

H 19 DS Nadpoloviční většina DS chybějící finanční prostředky k dofinancování služeb sociální péče čerpá z dotací.

Okruh D - Otázky spojené s rozvojem a významem informačně komunikační technologie v domovech seniorů.

H 20 DS V každém DS je k dispozici počítačová technika.

H 21 S Nadpoloviční většina seniorů umístěných v DS má zájem se seznámit s počítačovou technikou a s internetem.

H 22 S Nadpoloviční většina seniorů umístěných v DS je schopna pracovat samostatně s počítačovou technikou.

Okruh E - Otázka spojená se sociální prevencí a jejího významu při snížení sociální potřebnosti seniorů.

H 23 DS Sociální prevence má významný vliv na předcházení sociální potřebnosti seniora.

7.2 Zvolené výzkumné prostředí a výzkumný soubor

Základním souborem pro výběr jednotek šetření (domovů seniorů) byl registr poskytovatelů sociálních služeb MPSV ČR dostupný na stránkách <http://iregistr.mpsv.cz>. ke dni 31.3.2009. Takových domovů seniorů bylo registrováno na centrální stránce k datu 30. dubna 2009 celkem 465. V navazujících oknech tohoto registru na stránkách jednotlivých krajů bylo však registrováno 628 domovů seniorů. Rozdíl mezi celkovým počtem a počtem všech domovů seniorů na stránkách krajů je způsobený tím, že při volbě jednoho z krajů se bere v úvahu rozšířená působnost sociální služby a uvedený počet u krajů pak znamená celkový počet domovů seniorů pro seniory, které mohou využívat klienti z vybraného kraje. Například Domov důchodců Bystřany má uvedenou působnost ve všech krajích České republiky, proto je de facto započítán 14x (počet krajů v ČR včetně Prahy).

Jednotliví dotazovaní senioři umístění v domovech seniorů byly speciálně proškolenými tazateli vybráni náhodně, vždy však s jejich souhlasem a projeveným zájmem a to v těch zařízeních, která byla ochotná spolupracovat a umožní provést tento výzkum. Kritériem výběru respondentů-seniorů byla i jejich zdravotní schopnost se účastnit empirického výzkumu. Bylo počítáno se souborem čítajícím cca do 200 osob-seniorů. Při výběru respondentů byly vzaty v úvahu doporučení vedení domovů seniorů.

Ze všech dotázaných domovů seniorů formou písemného dotazníků bylo vráceno zpět celkem 96 vyplněných dotazníků, což z celkového počtu domovů seniorů představuje 20,6 %.

7.3 Pilotní výzkum

Pilotáž probíhala v roce 2008 u seniorů v Domově seniorů ve Smečně u Slaného a v r. 2009 v Domově sv. Karla Boromejského v Praze. Od započetí pilotáže a šetření s tímto spojeným byl autor v průběžném intenzivním styku i s dalšími domovy seniorů, zejména s Domovem seniorů v Černošicích u Smiřic či s Domovem seniorů Justynka v Hronově. Během roku 2008-2009 pak byla uskutečněna řada návštěv vedení domovů seniorů, aby bylo možné ověřit správnost výběru zvolené techniky sběru dat a doladění obsahu dotazování. Dále byla ověřována dostupnost zjišťovaných dat u DS a seniorů. Pilotáž potvrdila správnost výběru zvolené techniky i dostupnost zjišťovaných dat.

7.4 Technika sběru informací

Pro provedení pilotního výzkumu bylo rozhodnuto:

- **u seniorů použít záznamový arch za přítomnosti tazatele;**

Záznamový arch pro seniory (viz příloha č. 4) zahrnoval celkem 38 otázek, včetně identifikačních znaků, vážících se k cílům této práce. V úvodní části obsahoval průvodní dopis s nezbytnými informacemi o empirickém šetření a část pro zjištění identifikačních údajů respondentů. Zároveň obsahoval i tzv. „vypisovací otázky“, u nichž měli senioři umístění v domovech seniorů možnost vyjádřit vlastní názory, postřehy a přání.

Pro větší přehlednost byl záznamový arch rozdělen na tři části. Část A byla zaměřena zejména na obecnou informovanost o službách sociální péče, které jsou klientům v domově seniorů poskytovány a na finanční náklady, které za tyto služby hradí. Otázky byly též orientovány na dostupnost informací seniorů o službách sociální péče a jejich srozumitelnost.

Část B byla zaměřena na konkrétní informace o službách sociální péče a jejich komplexnost. Byly zjišťovány otázky týkající se zájmu seniorů o službu chráněného bydlení, pracovní a další aktivity a zájem o informačně-komunikační technologii.

Část C byla zaměřena na identifikační znaky seniorů.

- **u domovů seniorů použít dotazník pro reprezentanty těchto zařízení**

Dotazník pro poskytovatele služeb sociální péče v domovech seniorů (viz příloha č. 5) obsahoval 46 otázek, které byly uspořádány do dvou částí.

Část A byla zaměřena na identifikační údaje poskytovatele služeb sociální péče. Zahrnovala současně i informace o území, na kterém se tyto služby poskytují, dále popis cílové skupiny uživatelů těchto služeb, jejich četnost, pohlaví, věk a zdravotní stav.

Část B obsahovala dotazy týkající se zejména poskytovaných služeb sociální péče, otázek spojených s financováním poskytovaných služeb sociální péče, vedení oddělené evidence sociálních služeb, vedení evidence příspěvku na péči dle stupňů závislosti. Zahrnuty byly i otázky týkající se vybavení domova seniorů počítačovou technikou a připojením k internetu, podílu tzv. třetích subjektů při poskytování služeb v domově seniorů a názoru vedení domovů seniorů na sociální prevenci.

7.5 Předvýzkum

Ve stejných domovech seniorů, kde byla uskutečněna pilotáž, probíhal v r. 2009 předvýzkum, ověřující vypracované nástroje. Autor práce měl také v rámci tohoto předvýzkumu ve dnech 14. – 15. ledna 2009 možnost uskutečnit rozhovory a vyplnit dotazníky se seniory v Domově seniorů Die Buytenweye v Delftu u Rotterdamu v Nizozemí. Zkušenosti získané z této zahraniční stáže byly jednak využity pro konečnou korekci obsahu dotazovacích nástrojů (pro reprezentanty domovů seniorů i pro seniory samotné) a dále byly významným komparačním měřítkem.

8. Výzkumná část - empirické šetření

Koncipování i vlastní realizace empirického šetření byly poznamenány částečnou absencí naší odborné literatury, jež by oblast služeb sociální péče se zaměřením k problematice příspěvku na péči a finančních nákladů spojených se službami sociální péče v domovech seniorů přímo postihovala.

Zjištěné skutečnosti získané empirickým výzkumem vedly k vyslovení některých úsudků a predikcí, jež nelze při současném stavu vědění ověřit či vyvrátit, ale které se jeví jako pravděpodobné.

Předložené výzkumné šetření je primárně přizpůsobeno konkrétnímu užití v praxi. Výzkum má tedy význam a své opodstatnění nejen pro poskytovatele služeb sociální péče v domovech seniorů, ale i pro jejich příjemce, kterými jsou v tomto výzkumu senioři umístění v domovech seniorů. Výsledky šetření do jisté míry dopadají i na ostatní seniory, kteří nepobývají v domovech seniorů, nebo jsou internováni v jiných zařízeních.

Zjištěné výsledky by mohly přispět značnou měrou k řešení důležitých otázek financování služeb sociální péče, čímž by se mohly stát významným podkladem pro důležitá politická i ekonomická rozhodnutí všech řídicích stupňů orgánů veřejné správy, to včetně ústředního orgánu státní správy, kterým je Ministerstvo práce a sociálních věcí České republiky.

8.1 Jednorozměrná analýza výsledků výzkumného šetření a diskuse s návrhy na řešení

V této části práce je provedeno zjištění četností odpovědí, které jsou dále diferencovány podle vybraných proměnných. Pro přehlednost této práce a prezentaci výsledků výzkumného šetření v souladu s metodikou empirické části je cíl práce s dílčími cíli rozdělen do pěti okruhů „A“, „B“, „C“, „D“ a „E“, které spolu obsahově souvisí, či na sebe navazují.

8. 1. 1 Okruh A – Otázky spojené se službami sociální péče v domovech seniorů

Hypotézy pro poskytovatele služeb sociální péče

- H 1 DS DS poskytují i jiné pobytové služby sociální péče, než stanoví zákon o sociálních službách (tj. ubytování, stravu, aj.).*
- H 2 DS Význam třetích subjektů při poskytování služeb sociální péče v DS je malý.*
- H 3 DS Outsourcing není při poskytování služeb sociální péče v domovech seniorů vůbec využíván.*
- H 4 DS Více jak 10 % DS poskytuje služby chráněného bydlení.*

Závěry pro hypotézy H 1 DS až H 4 DS:

- H 1 DS** lze na základě zjištěných skutečností přijmout.
- H 2 DS** nelze na základě zjištěných skutečností přijmout.
- H 3 DS** nelze na základě zjištěných skutečností přijmout.
- H 4 DS** nelze na základě zjištěných skutečností přijmout.

Hypotézy pro seniory

- H 5 S Nadpoloviční většina seniorů umístěných v DS je informována o novém zákoně č. 108/2006 Sb., o sociálních službách.*
- H 6 S Nadpoloviční většina seniorů umístěných v DS má dostatečné informace o službách sociální péče v DS.*
- H 7 S Informace o službách sociální péče v DS jsou pro nadpoloviční většinu seniorů srozumitelné.*
- H 8 S Nadpoloviční většina seniorů umístěných v DS zná obsah pojmu služby sociální péče chráněného bydlení.*
- H 9 S Nadpoloviční většina seniorů umístěných v DS využívá služeb sociální péče i mimo DS poskytovaných třetími subjekty.*

Závěry pro hypotézy H 5 S až H 9 S:

- H 5 S** nelze na základě zjištěných skutečností přijmout.
- H 6 S** lze na základě zjištěných skutečností přijmout.
- H 7 S** lze na základě zjištěných skutečností přijmout.
- H 8 S** nelze na základě zjištěných skutečností přijmout.
- H 9 S** nelze na základě zjištěných skutečností přijmout.

Diskuse s návrhy na řešení:

V rámci okruhu „A“ bylo zjišťováno, zda domovy seniorů poskytují i jiné služby sociální péče, než stanoví Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. Tato hypotéza směřovala ke zjištění rozsahu poskytovaných služeb v DS. **Z výsledků dotazníkového šetření vyplynuly závěry, že takové služby DS poskytují a především jde o služby odborného rázu jako je geriatric (lékařský obor zabývající se diagnózou a léčbou chorob starých osob a péčí o ně), gerontologie (zabývá se změnami lidského organismu ve stáří a zdravotními, psychologickými, sociálními důsledky stárnutí), diabetologie, psychologie, rehabilitace a dále jsou ze strany seniorů využívány služby kadeřníka, kosmetické služby, manikúra apod. Tyto služby jsou ze strany seniorů hrazené, neboť jsou fakultativního rázu. Vedle výše uvedeného bylo zjištěno, že 5,21 % dotázaných DS uvedlo, že mají nedostatek služeb v podobě respitní péče (odlehčovací služby), 4,17 % dotázaných uvedlo, že mají nedostatek canisterapie (terapie založená na působení psa na zdraví člověka), 4,17 % uvedlo, že chybí psycholog (viz tabulka: Absence služeb sociální péče a náměty DS v příloze č. 1). Absence služeb sociální péče a náměty DS jsou uvedeny v části 8. 1. 6 této práce. **Byla zjištěna skutečnost v tom směru, že u 20,83 % dotazovaných respondentů absentuje služba zdravotní péče, kterou je rehabilitace. Otázka chybějící rehabilitace je bezesporu úzce spojena se zvýšenou potřebností poskytování služeb sociální péče.** Jinými slovy, pokud by byla poskytována rehabilitace odpovídajícím způsobem dle zdravotní potřebnosti každého seniora, jistě by to mělo odraz v menší faktické i finanční náročnosti na poskytování služeb sociálních v domovech seniorů, které svým způsobem při absenci rehabilitací tuto zdravotní službu do jisté míry nahrazují a doplňují.**

Z výsledků výzkumu je patrné, že role třetích subjektů při poskytování služeb sociální péče je bezesporu velmi významná. Celých 52,1 % respondentů odpovědělo, že role třetích subjektů při poskytování služeb je velká. Jen 29,2 % respondentů odpovědělo, že tato role je malá a 7,3 % odpovědělo, že tuto roli spatřují jako nedostatečnou. **Celý výzkum však prokazuje nezbytnost a důležitost třetích subjektů.** Je zcela zřejmé, že jejich význam bude i nadále růst. V současné době, kdy se podstatnou měrou zvyšují nároky na státní rozpočet v podobě vyplácení příspěvků na péči a dotací na služby sociální péče, (za rok 2007 a rok 2008 bylo nad rámec plánovaných finančních prostředků do služeb sociální péče odčerpáno 17,1 miliard Kč) **je nezbytné nastavit systém výplaty příspěvku na péči tak, aby se skutečně vynakládal na tyto služby formou úhrad jejich poskytovatelům. Není od věci navrhnout na místo finančního ohodnocení příspěvku na péči rozvinutí již přijatého řešení v podobě přidělování poukázek na potřebné služby sociální péče, které by po prokázání jejich výkonu, byly propláceny na základě předložených poukázek ze strany jejich poskytovatelů. Mimo jiné v současné době je tento systém uváděn do praxe.** Role třetích subjektů při poskytování služeb sociální péče se v současné době zvyšuje, když bylo výzkumem prokázáno, že respondenti využívají při poskytování služeb sociální péče v domovech seniorů outsourcing z 24 %. 64,6 % respondentů outsourcingu nevyužívá a 11,5 % respondentů odpověď nevedlo. Outsourcingem rozumíme využívání nabízených služeb třetími odbornými subjekty.

V otázce služby sociální péče chráněného bydlení **pouhých 3,1 % respondentů odpovědělo, že poskytuje služby chráněného bydlení, 92,7 % odpovědělo, že nikoliv, a 4,2 % neodpovědělo na tuto otázku vůbec.** Výsledky, které byly zjištěny, poukazují na **opomíjení této služby sociální péče, která by, dle názoru autora, měla nabývat na svém významu. To zejména proto, že jde o jednu z cest zkvalitnění života každého seniora zároveň s přenesením na tohoto více samostatnosti, což v souvislosti s psychikou každého jedince podporuje aktivitu ve stáří související i s prodloužením jeho života.** Zároveň touto službou mohou být do jisté míry (záleží na formě chráněného bydlení) šetřeny finanční prostředky za služby sociální péče, popř. finanční prostředky z dotací. Chráněným bydlením rozumíme komplexní residenční službu, která poskytuje klientům podle jejich individuálních potřeb takovou podporu, aby mohli v maximální míře vést běžný způsob života. Klienty chráněného bydlení mohou být lidé, kteří jsou v důsledku nemoci nebo postižení dlouhodobě či trvale znevýhodněni, ale jejich schopnost

není snížena natolik, aby byli upoutáni na lůžko. **Cesta rozvoje služby sociální péče chráněného bydlení je v každém případě cestou správnou, neboť se senioři společně učí pod dohledem DS žít buď samostatně či ve dvou, třech či ve více osobách s cílem se postarat, za odborného dohledu pracovníků DS, sami o sebe.**

Ve vztahu výzkumného šetření k seniorům o jejich informovanosti o novém Zákoně o sociálních službách č. 108/2006 Sb., o dostatečné informovanosti a srozumitelnosti poskytovaných služeb sociální péče, o znalosti pojmu služby sociální péče chráněného bydlení a využívání služeb sociální péče mimo DS seniory vyplynuly následující zjištění. Pouze 14,1 % dotázaných seniorů ví, že byl vydán Zákon o sociálních službách č. 108/2006 Sb., který řeší otázky související s poskytováním sociálních služeb, zbylých 85,4 % není s tímto zákonem seznámeno a 0,5 % respondentů neodpovědělo. Zjištěná neznalost tohoto zákona u vybraného vzorku seniorů umístěných v domovech seniorů je velmi vážným problémem. Dle názoru autora je to způsobeno zejména neochotou seznámit seniory s touto problematikou, která pramení zejména z nedostatku času, finančních prostředků a v neposlední řadě i z nedokonalé osvěty. Je nutno poznamenat i skutečnost, že velkou roli při neinformovanosti způsobuje i generační zvyklost stávajících seniorů s nezájmem se již o nové informace a změny zajímat. Svoji roli zde sehrává i skutečnost neustálých změn a zvrátů nejen v oblasti služeb sociální péče, ale i v celé společnosti, která je v současné době podtržena ekonomickou krizí spojenou se zásadním nedostatkem finančních prostředků pro oblast sociálních služeb.

Celých 93,4 % respondentů odpovědělo na otázku, zda jsou dostatečně informováni o možnosti využití služeb sociální péče v domově seniorů kladně a pouze 5,5 % respondentů uvedlo, že dostatečné informace o službách sociální péče v domovech seniorů nemá. Z těchto výsledků vyplývá skutečnost, že senioři jsou v domovech seniorů o možnostech využití služeb sociální péče informováni velmi dobře. Zde je nutno zdůraznit, že je to odrazem odpovědného a kvalifikovaného přístupu vedení a zaměstnanců domovů seniorů, i když z hypotézy 5 **vyplynul závěr, že informovanost seniorů o novém Zákoně č. 108/2006 Sb. o sociálních službách je nedostatečná.** Pravdou ale zůstává, že znalost možnosti využití služeb sociální péče v domově seniorů není odrazem znalosti seniora kde a jakým způsobem jsou tyto informace o službách sociální péče zakotveny. **Dle autora této práce lze přisuzovat znalosti zákona o sociálních službách k potřebě seniora v DS v tomto případě malou důležitost.**

Dále z výsledků vyplynulo, že **94 % respondentů považuje svoji informovanost o pobytových službách sociální péče v domově seniorů za srozumitelnou**. Pouze 5,5 % respondentů pak tyto informace považuje za nesrozumitelné. Tento závěr tak, jak již bylo řečeno v hypotéze 6, je odrazem zcela jistě **odpovědné a kvalitní práce vedení a zaměstnanců domova seniorů**.

Z výzkumného šetření vyplývá, že **z dotazovaných respondentů neví celých 96,5 %, co poskytuje služba chráněného bydlení. Pouze 3 % respondentů ví, co tato služba poskytuje**. Tato situace se následně odráží i v odpovědích respondentů na navazující otázky, kdy by v průměru pouze 2,5 % z těchto projevila zájem o chráněné bydlení samostatně, či s jinými osobami - seniory. Při vlastním šetření významnosti chráněného bydlení, zejména v domově seniorů Pod Lipami ve Smečně, byla zjištěna významnost této služby, která je schopna zabránit deaktivaci osobnosti seniora po nástupu do domova seniorů a dále **rozvoj této služby bezesporu vede k finančním úsporám ve výdajích za služby sociální péče v domově seniorů. Vedle tohoto službou chráněného bydlení je prodlužována kvalita stáří a prodlouženo časové dožití seniorů s posilováním jejich soběstačnosti**.

Z výzkumu vyplynul závěr, že 95,5 % dotazovaných seniorů v DS využívá služeb sociální péče pouze v domově seniorů. Jen 4,5 % respondentů využívá tyto služby i mimo domov seniorů. **Zjištěné výsledky odrážejí faktickou skutečnost, že je v nedostatečné míře využíván outsourcing a senioři jsou tímto do jisté míry omezováni ve využívání služeb pouze v domově seniorů, čímž kvalita poskytované služby může být snižována** odstraněním možnosti výběru, respektive konkurence. Nutno poznamenat, že ne všechny služby lze podřadit pod ty, které lze poskytovat touto formou. Zároveň s využíváním služeb mimo domov seniorů by docházelo ke snižování deaktivace osobnosti seniorů. **Je žádoucí pak postupovat ve směru nabízení služeb sociální péče i mimo domov, to zejména z důvodu zkvalitnění těchto služeb**.

8. 1. 2 Okruh B – Otázky spojené s evidencí poskytovaných služeb sociální péče v domovech pro seniory a jejich oddělení od poskytovaných služeb zdravotní péče, evidence příspěvku na péči

Hypotézy pro poskytovatele služeb sociální péče

- H 10 DS Vymezení obsahu služeb sociální péče na služby základní a na ostatní služby sociální péče, jejichž cílem je pomoci seniorovi při péči o jeho osobu a zajištění jeho soběstačnosti, má praktický význam.*
- H 11 DS DS vedou přehledy o počtech seniorů podle přiznaných stupňů závislosti.*
- H 12 DS Více jak 80 % DS odděluje po formální-evidenční stránce služby sociální péče od služeb zdravotních.*
- H 13 DS Nadpoloviční většina DS nevede údaje o nákladovosti služeb sociální péče odděleně u seniorů, kteří příjemcem PnP jsou a kteří příjemcem PnP nejsou.*
- H 14 DS Nadpoloviční většina DS nevede údaje o nákladovosti služeb sociální péče odděleně u seniorů podle jejich přiznaného stupně závislosti.*
- H 15 DS Nadpoloviční většina DS vede evidenci o vynaložených nákladech na služby sociální péče podle jednotlivých úkonů dle přílohy č. 1 Vyhl. MPSV ČR č. 505/2006 Sb.*

Závěry pro hypotézy H 10 DS až H 15 DS:

- H 10 DS** lze na základě zjištěných skutečností přijmout.
- H 11 DS** lze na základě zjištěných skutečností přijmout.
- H 12 DS** nelze na základě zjištěných skutečností přijmout.

- H 13 DS** lze na základě zjištěných skutečností přijmout.
H 14 DS lze na základě zjištěných skutečností přijmout.
H 15 DS nelze na základě zjištěných skutečností přijmout.

Diskuse s návrhy na řešení:

Z výsledků výzkumu vyplynul převažující názor respondentů o tom, že **přesné určení a vymezení obsahu služeb sociální péče na služby základní a ostatní služby, jejichž cílem je pomoci seniorovi při péči o vlastní osobu a zajištění jeho soběstačnosti dle stanoveného stupně závislosti, má podstatný význam.** Pro toto vymezení služeb bylo celkem 62,5 % dotázaných respondentů, 28,1 % respondentů tento význam neshledalo a 9,4 % respondentů neodpovědělo. V praxi jsou základní služby a ostatní služby sociální péče v domovech seniorů běžně spojovány, což způsobuje nedostatečný přehled sociálních pracovníků a domovů seniorů o počtu provedených úkonů služeb sociální pomoci i o jejich nezbytnosti. Zároveň s tím dochází k automatickému rutinnímu čerpání služeb sociální péče a to i v případě, že senior dané služby nepotřebuje. **Z tohoto důvodu je tedy nutné přesně vymezit obsah služeb sociální péče na služby základní a ostatní. Toto vymezení by pak v praxi znamenalo v případě stanovení fixních ohodnocení jednotlivých úkonů jasně danou finanční náročnost služeb sociální péče jak základních tak i ostatních služeb sociální péče.**

Výzkumné šetření potvrdilo **u všech domovů seniorů vedení přehledů o počtech seniorů podle přiznaných stupňů závislosti.** Příjem finančních prostředků z příspěvků na péči podle přiznaných stupňů závislosti je totiž vedle dotací a povinných plateb ze strany seniorů za pobytové služby sociální péče jedním z důležitých zdrojů domovů seniorů k financování těchto služeb. **Příjemcem příspěvku na péči je domov seniorů a již z přijaté výše je zřejmé kolik seniorů** a v jakém stupni závislosti příspěvek na péči pobírají. Domovy seniorů mají významnou úlohu i při sledování zdravotního stavu seniora, když v případě změn u osoby seniora ve vztahu k zvládnání jeho úkonů soběstačnosti a péče o svoji osobu, je především v jejich zájmu navrhopvat za seniory případné zvýšení příspěvků na péči přechodem na následující stupeň závislosti. Návrhy na případnou změnu

stupně závislosti je pak nutno podávat s předstihem, neboť běžná lhůta vyřízení je až 6 měsíců a senior tuto dávku potřebuje v podstatě okamžitě.

Výsledky výzkumu ukazují, že respondenti po formálně-evidenční stránce zdravotní péči od péče sociální oddělují. V tomto smyslu se vyjádřilo 80,2 % dotázaných, 12,5 % respondentů odpovědělo, že zdravotní péči od péče sociální neoddělují a 7,3 % respondentů neodpovědělo vůbec. **Lze tedy usoudit, že se v převážné většině domovů seniorů po formálně-evidenční stránce se zdravotní péče od péče sociální odděluje. Oddělování zdravotní péče od péče sociální má podstatný význam zejména ve vztahu financování zdravotních služeb a služeb sociální péče. Pouze oddělením lze zkvantifikovat jejich skutečnou nákladovost a následně přijímat opatření při jejich snižování.** Nutno však poukázat na skutečnost, že zdravotní péče je spojená nádoba s péčí sociální a v souvislosti s nedostatkem poskytování zdravotní péče v podobě rehabilitací v domovech seniorů potřebným seniorům (podle výzkumu se více jak 20,83 % dotázaných DS vyjádřilo, že tato služba absentuje) pak nákladově vzrůstá potřeba péče sociální. V praxi pak **zdravotní pojišťovny nechtějí zdravotní péči domovům seniorů hradit a když je vykázána, tak tuto péči nepřiměřeně krátí.** Například jde o podávání léků dementním klientům, když toho nejsou schopni sami a léky je jim nutno podat. Zdravotní pojišťovny pak tyto úkony nehradí a následně musí být tedy financovány z jiných finančních zdrojů, které pak zatěžují a zvyšují nákladovost jednoho lůžka. **Pokud by zdravotní pojišťovny hradili řádně a včas odvedené úkony, dovolují si tvrdit, že by se podstatně snížily finanční výdaje i na jedno lůžko.**

Výsledky výzkumu ukazují, že pouze 2 % respondentů vedou údaje o nákladovosti služeb sociální péče odděleně u seniorů, kteří příjemcem PnP jsou a kteří příjemcem PnP nejsou. Z toho 47 % respondentů odpovědělo, že tyto údaje odděleně nevedou. Velmi vysoké procento – 51 % respondentů odpověď nevedlo a lze tedy předpokládat, že tyto údaje též odděleně nevedou. Z dosažených výsledků se v praxi ukazuje, že domovy seniorů nevedou v praxi údaje o nákladovosti služeb, což ve své podstatě zásadním způsobem stírá jakýkoliv rozdíl v poskytování služeb sociální péče seniorům, kteří na jedné straně jsou příjemci PnP a na straně druhé mezi těmi, kteří příjemci PnP nejsou. **V praxi byly zjištěny i případy, kdy jsou finanční prostředky určeny všem seniorům bez rozdílu, zda jsou či nejsou příjemcem PnP, a finanční úhrada služeb sociální péče je realizována podle**

faktické potřeby každého seniora. Tyto skutečnosti vnášejí do dané problematiky vážný problém, který lze řešit pouze tím, že bude **po právní stránce dána povinnost domovům seniorů tyto údaje vést odděleně.** Jenom pak bude možno reálně kvantifikovat výši nutných finančních nákladů na poskytování služeb sociální péče, které by teoreticky měly být u seniorů, kteří pobírají PnP, vyšší, než u těch, kteří PnP nepobírají.

Výsledky výzkumu ukazují, že pouze 1 % respondentů vede údaje o nákladovosti služeb sociální péče odděleně u seniorů podle jejich přiznaného stupně závislosti. Z toho 48 % respondentů odpovědělo, že tyto údaje odděleně nevede. Velmi vysoké procento – 51 % respondentů odpověď nevedlo. U těch respondentů, kteří odpověď nevedli, lze mít za to, že údaje odděleně nevedou. Tak, jako v předcházející hypotéze, problém nebude vyřešen do doby, **než bude po právní stránce dána povinnost domovům seniorů tyto údaje vést odděleně.** Jenom tak bude možno reálně kvantifikovat výši nutných finančních nákladů na poskytování služeb sociální péče, které by teoreticky měly být u seniorů s vyšším stupněm závislosti vyšší, než u těch, kteří mají přiznán nižší stupeň. Na stránce druhé nelze neuvést, že tato evidence je dobrovolná a je toliko stanovena v individuálním plánu každého klienta. **Vedení přehledů, které autor této práce doporučuje, by přineslo realističtější přehled a náhled na požadavky služeb sociální péče podle stupňů závislosti včetně finanční náročnosti a to by sloužilo zejména ke stanovení fixních plateb za jednotlivé úkony. Jinými slovy by se údajů metodicky využívalo ke stanovení fixního ohodnocení úkonů tak, jak autor v závěru své práce k řešení dané problematiky navrhuje.**

Výsledky výzkumu ukazují na to, že pouze 2,1 % respondentů vede evidenci vynaložených nákladů na služby sociální péče podle jednotlivých úkonů na seniora dle přílohy č. 1 k Vyhlášce č. 505/2006 Sb. části I. písm. a) až r) a části II., písm. a) až r). Celých 87,5 % respondentů pak tuto evidenci nevede a 10,4 % respondentů neodpovědělo. Z výsledků výzkumu vyplývá jednoznačná skutečnost o tom, **že evidence ve smyslu výše uvedené vyhlášky není ze strany domovů seniorů vedena.** To samo o sobě pak znemožňuje v praxi stanovení reálné výše finanční nákladovosti jednotlivých úkonů služeb sociální péče. **V tomto směru je právní úprava dané problematiky zcela nezbytná, neboť návazně na uvedenou přílohu č. 1 k Vyhlášce 505/2006 Sb. se neváže povinnost**

poskytovatelů služeb sociální péče tuto evidenci vést. Z tohoto důvodu bude nutno v oblasti právních předpisů učinit zásadní změny spočívající v zakotvení této povinnosti tuto evidenci vést.

8. 1. 3 Okruh C – Otázky spojené s finančními náklady na úhradu služeb sociální péče seniorům v domovech pro seniory se zaměřením na zdroje jejich dofinancování

Hypotézy pro poskytovatele služeb sociální péče

H 16 DS Nadpoloviční většina DS vede evidenci o roční nákladovosti služeb sociální péče na jednoho seniora.

H 17 DS Stanovení fixních plateb za provedené úkony služeb sociální péče v DS je důležitou podmínkou z hlediska jejich finančního účtování.

H 18 DS Vypracování finančního sociálně-ekonomického programu komplexní péče na každého seniora má dopad na financování služeb sociální péče seniorům.

H 19 DS Nadpoloviční většina DS chybějící finanční prostředky k dofinancování služeb sociální péče čerpá z dotací.

Závěry pro hypotézy H 16 DS až H 19 DS:

H 16 DS nelze na základě zjištěných skutečností přijmout.

H 17 DS nelze na základě zjištěných skutečností přijmout.

H 18 DS nelze na základě zjištěných skutečností přijmout.

H 19 DS lze na základě zjištěných skutečností přijmout.

Diskuse s návrhy na řešení:

Z výsledků výzkumného šetření, dále z osobních konzultací a návštěv domovů seniorů vyplynul závěr o tom, že **evidence o roční nákladovosti služeb sociální péče na jednoho seniora je vedena, i když jsou v těchto tzv. nákladech na 1 lůžko/1 rok uvedeny vedle nákladů na poskytované služby sociální péče i náklady zdravotního, režijního a personálního charakteru.** V době výzkumu v roce 2009 bylo i vlastním šetřením potvrzeno, že náklady na 1 lůžko/1 rok jsou diametrálně odlišné v jednotlivých DS a pohybují se podle kontrolního závěru 09/03 NKÚ s názvem: „Dotace ze státního rozpočtu poskytované prostřednictvím rozpočtů krajů poskytovatelům sociálních služeb regionálního charakteru“ od 37.000,-- Kč do 409.000,-- Kč. Tak jak je v práci uvedeno v části 6. 7, dle dostupných údajů od MPSV ČR byl zjištěn menší rozdíl těchto nákladů, které za rok 2009 ukazovaly na rozdíl v dotacích na jedno lůžko 41,5 tis. Kč, za rok 2008 tento rozdíl činil 59,8 tis. Kč a za rok 2007 tento rozdíl činil 74,2 tis. Kč. **Analýza rozdílů těchto nákladů pak není ze strany MPSV ČR mapována ani zjišťována. V těchto rozdílech, ať jsou jakékoliv výše, které se podstatně liší (za podstatné považujeme rozdíly více jak 10 %), je z těchto nutno učinit závěry, vedoucí ke stanovení reálné výše nákladů popř. ve stanovení konkrétního maximálního rozpětí.** Tomuto nahrává i skutečnost zjištěná výzkumem – nevedení samostatné evidence skutečných nákladů služeb sociální péče, respektive vedle jiného, neoddělení služeb sociálních od zdravotních. **Fakticky tedy nelze z této evidence vyčlenit čistý náklad v DS vynaložený na služby sociální péče. V podstatě byla vlastním šetřením ověřena v praxi skutečnost, že PnP pouze doplňuje dotaci na lůžko v době před účinností zákona o sociálních službách.** Před touto účinností byl vyplácen příspěvek pro bezmocnost, který nedosahoval výše příspěvku na péči a hlavním finančním zdrojem byla dotace na lůžko, která byla velmi vysoká. Dotace na lůžko představovala zhruba 70 tis. Kč/1 rok a příspěvky na péči od 400 Kč do cca 1.200,-- Kč. Jedinou starostí bylo tedy zajištění naplněnosti lůžek v DS z důvodu inkasa dotace na lůžko. Po účinnosti zákona o sociálních službách je situace obrácená, neboť dotace jsou mizivé a příspěvky na péči podstatně vyšší než dříve příspěvky pro bezmocnost.

Z výsledků je zřejmé, že **za významný krok by považovalo stanovení fixních plateb za jednotlivé úkony služeb sociální péče pouze 35,4 % respondentů. Z toho**

54,2 % respondentů tomuto případnému stanovení fixních plateb pak význam nepřikládá. Výzkumné šetření ukázalo na jakousi apatii stavu řešení otázky finančního ohodnocení jednotlivých úkonů služeb sociální péče, když právě toto ohodnocení by mohlo vnést jednoznačný a shodný systém oceňování těchto služeb a odstranilo by problémy s jejich dofinancováním. **Právě zde je nutné učinit změnu dle názoru autora a přijmout politické rozhodnutí, které by ve svém důsledku vedlo ke stanovení hodnoty jednotlivých úkonů služeb sociální péče v DS s jejich následnou přesnou evidencí o jejich poskytování. Pokud se tak nestane, nebude dle autora možnost získat informace nejen o poskytnutých úkonech sociálních služeb, ale i o počtech a jejich náročnosti u každého seniora. Nebude též ani přehled o skutečné reálné nákladovosti poskytnutých služeb sociální péče.** Hypotéza o významu stanovení fixních plateb nebyla přijata z důvodu, že DS v převážné většině, tj. v 54,2 % význam ve stanovení fixních plateb za jednotlivé úkony sociálních služeb nespatřují. Toto může být zapříčiněno ale i tím, že DS nechtějí měnit stávající systém, tento jim vyhovuje. Roli zde může sehrávat i skutečnost nemožnosti v současné době zkontrolování skutečných poskytnutých úkonů služeb sociální péče v DS, kdy je obecně přijímána zkušenost, že by se jakákoliv iniciativa v případě opaku mohla obrátit proti DS.

Z celkového počtu respondentů na otázku významu vypracování komplexního programu péče na každého seniora odpovědělo kladně 35,4 % a 54,2 % respondentů odpovědělo, že dle jejich názoru to význam nemá. Celých 10,4 % respondentů neodpovědělo. **Z výsledků je zřejmý převažující názor, že vypracování programu komplexní péče na každého seniora nemá význam.** Procento respondentů, kteří však tento význam spatřují, není zanedbatelný. Nutno poznamenat, že **právě vypracování programu komplexní péče, tak jak se o tomto mohl autor přesvědčit v Nizozemí, je jednou z cest, která by vedla k odstranění dotační politiky a veškeré problematiky spojené s nedostatkem finančních prostředků na úhradu služeb sociální péče.** Tento stav nezájmu je zřejmě způsoben nejen apatií k řešení současného stavu, **ale i nedostatečnou časovou dispozicí k zamyšlení se nad tímto problémem, když prioritně je třeba denně zajišťovat jiné nezbytné náležitosti řádného chodu domova seniorů.** V tomto případě by autor, i přes zamítnutí hypotézy, navrhoval na každého seniora vypracování programu komplexní péče s promítnutím všech jeho potřeb, jak zdravotních, tak i sociálních. Hypotéza o vlivu finančního sociálně-ekonomického

programu komplexní péče na každého seniora na financování služeb nebyla přijata na základě šetření v DS, nicméně autor, jak uvedl výše, je opačného názoru. Výsledky, na základě kterých je hypotéza zamítnuta, byly zpracovány z dotazníků pro DS a s ohledem na skutečnost, že DS nemohou mít ani zkušenosti s takovýmto programem komplexní péče **z důvodu malé informovanosti o jeho výhodách či nevýhodách,** je zřejmé, že dotazované DS se k významu takového programu i z tohoto důvodu postavily záporně. Možné je i to, že tím, když dochází k neustálým neprincipiálním mnohdy zbytečným změnám v oblasti služeb sociální péče (**neexistuje např. jasná metodika a pravidla při přidělování dotací, nejsou stanoveny přesně náklady na jedno lůžko v jejich min. a max. výši**) mají necht' cokoliv nového a neosvědčeného přijímat, to pak zvláště v současné době ekonomické krize.

Při uskutečnění konzultací v domovech seniorů bylo v rámci výzkumného šetření potvrzeno, že **mezi finanční příjmy domovů seniorů patří dotace, finanční prostředky vybírané od klientů – seniorů, dále příjmy z veřejných rozpočtů - příspěvek na péči, platby od zdravotních pojišťoven a sponzorské dary** (více viz. část 6.6 této práce). Z výzkumného šetření této hypotézy vyplynul závěr, že domovy seniorů z 60,7 % využívají jako zdroje k dofinancování služeb sociální péče dotace státu, z 50 % pak je využíván příspěvek zřizovatele na provoz domova, z 42,7 % jsou pak využívány platby za hrazené služby, z 34,4 % jsou využívány finanční prostředky z tržeb za poskytnuté fakultativní služby, z 30,2 % jsou využívány k dofinancování služeb sociální péče dotace krajského, městského, obecního úřadu, z 14,6 % jsou využívány sponzorské dary, z 11,5 % jiné zdroje a pouze z 4,2 % jsou využívány finanční prostředky pocházející z grantů. Z výsledků lze tedy učinit závěr, že u všech domovů seniorů je nedostatek finančních prostředků k hrazení nákladů na poskytované služby sociální péče. Je sice pravdou, že tyto náklady tak, jak bylo již výše uvedeno v hypotéze 16 jsou zahrnuty v jednom ukazateli nákladů s ostatními výdaji za zdravotní, režijní a jiné služby, nicméně objektivně pojato nedostatečnost finančních prostředků se prolíná do všech nákladových položek domovů seniorů. Stanovit poměry mezi těmito nákladovými položkami je pak při nevedení evidence a nejednotnosti systému zcela nemožné. **K dotační politice je nutno uvést, že do současné doby neexistuje metodika, která by řešila otázku pro poskytování dotací ze státního rozpočtu těm subjektům, které poskytují sociální služby. Též není stanovena zpětná kontrola, která by přidělené**

dotační prostředky podle předem daných zásad rozdělila a jejich použití vyhodnocovala a kontrolovala. **V současné době je v této oblasti nedostatečná právní úprava a autor této práce navrhuje přijmout prováděcí právní předpis, který by byl naplněním ustanovení § 101 odst. 7 zákona č. 108/2006 Sb., který by měl stanovit bližší podmínky výše, účelu dotace, její členění a způsob jejího poskytnutí.** Jednotlivé žádosti o dotace předkládá MPSV ČR krajský úřad, který taktéž hodnotí žádost DS o dotaci a MPSV ČR doporučí či nedoporučí tuto udělit. Jde o výkon přenesené působnosti na kraje, respektive jde o dekoncentraci dotačního řízení v tzv. „programu A“. V souvislosti s ekonomickou krizí bylo velkou pohromou prohlášení bývalého ministra zdravotnictví Šimerky o tom, že DS obdrží na rok 2010 pouze jednu třetinu z celkového objemu dotačních prostředků za rok 2009. Následně však bylo ze strany MPSV přislíbeno, že dotační prostředky zůstanou na rok 2010 ve stejném objemu jako byly přiděleny v roce 2009.

8. 1. 4 Okruh D – Otázky spojené s rozvojem a významem informačně komunikační technologie v domovech seniorů

Hypotézy pro poskytovatele služeb sociální péče

H 20 DS V každém DS je k dispozici počítačová technika.

Závěr pro hypotézu H 20 DS:

H 20 DS nelze na základě zjištěných skutečností přijmout.

Hypotézy pro seniory

H 21 S Nadpoloviční většina seniorů umístěných v DS má zájem se seznámit s počítačovou technikou a s internetem.

H 22 S Nadpoloviční většina seniorů umístěných v DS je schopna pracovat samostatně s počítačovou technikou.

Závěry pro hypotézy H 21 S až H 22 S:

H 21 S nelze na základě zjištěných skutečností přijmout.

H 22 S nelze na základě zjištěných skutečností přijmout.

Diskuse s návrhy na řešení:

Autor disertační práce uvádí níže výsledky a závěry z výzkumného šetření ke zjištění rozvoje informačně komunikační technologie v domovech seniorů a schopnosti seniorů s touto pracovat.

Ve vybraných domovech seniorů, které daly souhlas s výzkumem u svých seniorů, byly zjišťovány informace a znalosti seniorů o ICT. Výsledky jsou znázorněny v tabulce č. 19 a v tabulce č. 20.

Tabulka č. 19: Schopnost seniorů pracovat s počítačovou technikou

Jste schopen/a pracovat s počítačovou technikou?	Počet respondentů	Vyjádření v procentech
ANO	8	4,0
NE	189	95,0
Nevyplněno	2	1,0
Celkem	199	100,0

Pozn. vlastní zpracování autora

Ze zjištěných skutečností uvedených v tabulce č. 19 vyplývá, že pouhá 4 % z dotazovaných seniorů jsou schopna samostatně pracovat s počítačovou technikou. Zbývajících 96 % odpovědělo na danou otázku záporně. Z výzkumného šetření vyplynul neradostný závěr o skoro absolutní neschopnosti respondentů samostatně pracovat s počítačovou technikou. Právě znalost informačně-komunikační technologie je však velmi důležitá při informovanosti seniorů o službách sociální péče a je i velmi důležitým komunikačním spojovacím prostředkem s prostředím vně domova seniorů. Je zcela nezbytné v této oblasti přehodnotit dosavadní přístup a seniorům ve větší míře poskytovat informace o počítačové technice, zpřístupnit jim kurzy o informačně-komunikačních technologiích.

Jednou z možností rozvoje ICT v návaznosti na snižování sociální chudoby a rozvíjení příležitostí pro aktivní trávení volného času je vzdělávání seniorů, tzv. Univerzita

třetího věku. Toto vzdělávání zahrnuje ucelené 1-3 leté vzdělávací programy, které jsou po splnění všech povinností zakončeny certifikátem o absolvování Univerzity třetího věku. V současné době je možnost zapojit se do tohoto vzdělávání na téměř všech českých univerzitách, mezi které již dlouhá léta patří i Česká zemědělská universita v Praze. Určitou nevýhodou je to, že studium je téměř vždy vázáno na univerzitní města. Proto byla zavedena i nová forma výuky, se kterou přišel Ing. Jan Jarolímek, Ph.D. z provozně ekonomické fakulty ČZU v Praze, kterou nazval „virtuální Univerzita třetího věku.“ Toto vzdělávání je založeno především na využití nových telekomunikačních technologií a internetu a má prvky distančního vzdělávání a e-learningu. Velkou předností virtuální Univerzity je to, že umožňuje studium i seniorům, kteří by se kvůli překážkám, jako je vzdálenost, zdravotní či finanční důvody, nemohli zúčastnit prezenčního studia. V letošním roce 2010 bylo na provozně ekonomické fakultě ČZU v Praze ukončeno dvouleté presenční studium, které úspěšně absolvovalo celkem 30 seniorů. Taktéž ve virtuální Univerzitě třetího věku proběhlo ukončení 4. semestru, kde podmínky pro udělení Pamětních listů splnilo 324 seniorů. Nedílnou součástí tohoto vzdělávání je zároveň i nenásilné získání základních počítačových znalostí.⁶⁴

Tabulka č. 20: Zájem seniorů o ICT

Velmi rád/a bych se seznámil/a s počítačovou technikou a naučil/a se zacházet s internetem	Počet respondentů	Vyjádření v procentech
ANO	6	3,0
NE	188	94,5
Nevyplněno	5	2,5
Celkem	199	100,0

Pozn. vlastní zpracování autora

Podle výše uvedené tabulky č. 20 pouze 3 % dotázaných seniorů projevilo zájem o seznámení se s informační a komunikační technologií, vyvstává do popředí otázka dosaženého stupně rozvoje ICT u skupiny seniorů umístěných v domovech seniorů. Je zcela zřejmé, že rozvoj ICT u této skupiny obyvatel zaostává a z tohoto hlediska je nutno učinit zásadní změnu v této oblasti. Kroky, které byly v této oblasti učiněny se ukázaly zcela nedostatečné a nebyly dotaženy do konce. S ohledem na progresivitu vývoje v této

⁶⁴ <http://www.e-senior.cz> ze dne 15. 5. 2010

oblasti lze očekávat, že bez znalostí a dovedností pracovat s počítačovou technikou se během několika let senioři neobejdou. Není pak ani žádoucí, aby v rámci služeb sociální péče pro seniory byla zřizována služba, která by jim neznalosti v této oblasti nahrazovala.

U domovů seniorů byla zjišťována otázka jejich vybavenosti technikou ICT pro seniory. Zjištěné závěry jsou uvedeny v tabulce č. 21.

Tabulka č. 21: Vybavenost ICT v domovech seniorů

Kolik počítačů s připojením na internet je seniorům k dispozici?	Počet respondentů	Vyjádření v procentech
Je k dispozici PC s internetem	59	61,5
Není k dispozici PC s internetem	28	29,2
Nevyplněno	9	9,4
Celkem	96	100,0

Pozn. vlastní zpracování autora

Podle výsledků výzkumu je zřejmé, že není adekvátní materiálně technické zabezpečení domovů seniorů počítačovou technikou, kterou by mohli senioři využívat. Z celkového počtu 96 domovů seniorů jich 29,2 % nemá pro seniory k dispozici ani jediný počítač. V době rozvoje ICT je tento stav nepřijatelný a nežádoucí. Na straně druhé je nutno uvést, že například v Domově seniorů Smečno jsou k dispozici pro seniory dva počítače, v Hronově a ve Vrchlabí po jednom. Není od zajímavosti ani skutečnost, že z rozsáhlého výzkumu v rámci disertační práce bylo zjištěno, že některé domovy seniorů mají i více počítačů, jako např. Domov seniorů Hostim v počtu dvanácti, Domov seniorů Elišky Purkyňové v Praze, Domov seniorů v Českém Těšíně a Domov seniorů „Hvězda“ ve Zlíně po čtyřech, Domov seniorů v Hranicích má k dispozici pro seniory pět počítačů a Domov seniorů v Lanškrouně dokonce šest.

8. 1. 5 Okruh E – Otázka spojená se sociální prevencí a jejího významu při snížení sociální potřeby seniorů

Hypotéza pro poskytovatele služeb sociální péče

H 23 DS Sociální prevence má významný vliv na předcházení sociální potřeby seniora.

Závěr pro hypotézu H 23 DS:

H 23 DS lze na základě zjištěných skutečností přijmout.

Diskuse s návrhy na řešení:

Výsledky výzkumu zcela **jednoznačně potvrzují významnost a důležitost sociální prevence před vznikem sociálních potřeb, neboť celých 86,5 % respondentů považuje tuto prevenci za významnou.** Pouhých 7,3 % respondentů význam v prevenci nevidí a 5,2 % respondentů danou otázku nezodpovědělo. Sociální prevence má své nezastupitelné místo v předcházení potřebnosti ubytování v domově seniorů. **Spočívá především ve zvýšení informovanosti seniorů o poskytovaných službách sociální péče, v aktivizační činnosti pro seniory, podpoře vzniku a působení nestátních organizací pro zkvalitňování života seniorů ve stáří apod.** Veškerá sociální prevence pak významnou měrou snižuje sociální potřebnost a tím i finanční prostředky vynakládané státem v podobě dotací či příspěvku na péči seniorům. Je nutné však zmínit skutečnost, že financování služeb nejen sociální prevence, ale i sociálního poradenství, je nutno řešit na jiných principech než poskytování služeb sociální péče. Zejména by sociální prevence a sociální poradenství nemělo podléhat tržnímu prostředí, ale mělo by být financováno jinou formou.

8. 1. 6 Význam a potřebnost služeb sociální péče pro seniory

Následující část kapitoly bude věnována vypisovacím otázkám. Tyto byly do dotazníku určeného seniorům umístěným v domovech seniorů zařazeny za účelem

zjištění jejich aktuálních potřeb a přání a taktéž zde byly zúročeny jejich připomínky a návrhy.

Identifikace služby sociální péče, kterou by senior rád využíval mimo domov seniorů, nebo mu tuto zajišťuje jiná osoba

Diskuse s výsledky šetření:

Tato vypisovací otázka se týkala uvedení názvu služeb sociální péče, které by senior rád využíval mimo domov seniorů, nebo které mu jsou zajištěny jinými poskytovateli (církve, děti, příbuzní, přátelé apod.). K dané otázce se ze 199 dotázaných seniorů vyjádřilo pouze 44 respondentů což představuje 22,1 % ze všech dotazovaných respondentů.

Empirickým šetřením, které je prezentováno v tabulce č. 22 byl zjištěn **největší zájem o služby církevního charakteru** a o aktivity církve, o něž mělo zájem celkem 18 respondentů, což představuje 9 % ze všech dotazovaných respondentů. **Dále byl ještě zjištěn zájem o poskytnutí stravy, o kulturní programy (soutěže, koncerty, vystoupení dětí)**, o výlety (procházky po lese, do cukrárny, na historické památky, apod.) a o návštěvy přátel a známých a další péči o seniorovu osobu.

Tabulka č. 22: Zájem seniorů o konkrétní služby sociální péče třetích osob

Název služby	n	%
Aktivity a služby, které poskytuje církev	18	9,0
Kultura (zábava)	11	5,5
Poskytnutí stravy	9	4,5
Výlety	2	1,0
Návštěvy přátel	2	1,0
Péče o seniorovu osobu	2	1,0
Celkem	44	22,1
Neuvedeno	155	77,9
Celkem	199	100,0

Zdroj: vlastní výzkum autora, 2009

Identifikace osoby, společnosti či subjektu, od kterých by respondenti měli zájem přijímat služby sociální péče

Diskuse s výsledky šetření:

Z celkového počtu 199 seniorů tuto otázku vyplnilo pouze 16 respondentů, což představuje celkem 8 % odpovědí od dotazovaných respondentů. Z těchto odpovědí je zřejmé, že **největší zájem tak jak ukazuje tabulka č. 23 mají seniori o služby poskytované ošetrovatelským personálem v samotném domově seniorů**, což představuje 4 % odpovědí. Dále 1 % seniorů projevilo zájem o služby pedikérky, kadeřnice, charity či církve. Výsledky šetření této otázky jsou však ovlivněny vysokým nezájmem respondentů tuto otázku zodpovědět.

Tabulka č. 23: Zájem seniorů o poskytovatele služby sociální péče

Subjekt poskytující služby	n	%
Ošetrovatelský personál	8	4,0
Pedikúra	2	1,0
Kadeřnice	2	1,0
Charita	2	1,0
Církev	1	0,5
Seniorsa zajímá pouze personál DS	1	0,5
Celkem	16	8,0
Neuvedeno	183	92,0
Celkem	199	100,0

Zdroj: vlastní výzkum autora, 2009

Identifikace služby sociální péče, o které si myslí respondent, že si ji je schopen zajistit samostatně bez pomoci jiné osoby

Diskuse s výsledky šetření:

Ve této otázce měli dotazovaní seniori uvést sociální službu, která je jim poskytována a o které si myslí, že jsou schopni si ji zajistit samostatně bez pomoci jiné osoby. Tak jak ukazuje tabulka č. 24, tak z celkového počtu 199 respondentů vyplnilo

odpověď na tuto otázku 71 seniorů, což představuje 35,7 % odpovědí všech respondentů. 10,1 % respondentů by samostatně zvládlo vykonat osobní hygienu, 5,5 % by samostatně zvládlo oblékání, 5 % respondentů by zvládlo samostatně nákupy, 3,5 % respondentů by se bylo schopno samo stravovat, 2,5 % respondentů by bylo schopno si samo vařit, 1 % respondentů by si samo zajistilo návštěvu lékaře, koupání a péči o domácnost, 0,5 % respondentů by zvládlo částečnou péči o svou osobu, vyřizování úřadů, stlaní, částečně nákupy a oblékání, procházky, úklid malé vaření a zjištění si kulturních akcí. Výsledky šetření této problematiky ukazují na již zjištěné a ověřené závěry v tom, **že seniori, kteří obývají domovy seniorů, jsou skutečně z podstatné části schopni se sami o sebe postarat.** Lze mluvit na základě výzkumu o minimálně 10 % obyvatel domova seniorů, kteří by zvládli úkony péče o svoji osobu a byli by zcela soběstační.

Tabulka č. 24: Zvládání služeb sociální péče seniory svépomocí

Sociální služba	n	%
Osobní hygiena	20	10,1
Oblékání	11	5,5
Nákupy	10	5,0
Podání jídla (stravování)	7	3,5
Vaření	5	2,5
Většinu úkonů zvládá sám	2	1,0
Lékař (návštěva, zajištění atd.)	2	1,0
Koupání	2	1,0
Péče o domácnost	2	1,0
Částečná péče o svou osobu	1	0,5
Úřady (vyřizování)	1	0,5
Stlaní	1	0,5
Částečně nákupy	1	0,5
Částečně oblékání	1	0,5
Procházky	1	0,5
Úklid	1	0,5
Malé vaření	1	0,5
Ujistit si kulturní akce	1	0,5
Vše zvládá sám	1	0,5
Celkem	71	35,7
Neodpovědělo	128	64,3
Celkem	199	100,0

Zdroj: vlastní výzkum autora, 2009

Identifikace služby sociální péče, která je dle respondenta pro jeho psychickou i zdravotní spokojenost nejdůležitější

Diskuse s výsledky šetření:

Výše uvedená otázka se týká služby sociální péče, která je pro psychickou i zdravotní spokojenost seniorů umístěných v domově pro seniory nejdůležitější. Tuto otázku zodpovědělo celkem 197 respondentů ze 199, což představuje 99 %. Z uvedených odpovědí v tabulce č. 25 vyplývá, **že nejvíce důležité je pro seniory umístěné v domovech seniorů stravování a to pro celých 30,2 % respondentů. Pro 12,1 % respondentů je pak důležitá veškerá péče a služby jim poskytované v domově seniorů, pro 11,1 % respondentů jsou důležité kulturní akce, pro 9 % dotazovaných seniorů je důležitá ošetrovatelská služba**, pro 8 % respondentů je důležité kvalitní bydlení, pro 4,5 % respondentů je důležitá zdravotní péče, pro 4 % respondentů jsou důležité sociální kontakty s obyvateli domova seniorů a péče o tělo, pro 3,5 % respondentů je důležitá rehabilitace, pro 1,5 % respondentů je důležitá pedikúra, praní prádla a úklid, pro 1 % dotazovaných seniorů je důležitá pomoc při oblékání a kadeřník. 6 % respondentů uvedlo ostatní služby (zájmové kroužky, kurzy, možnost dalšího vzdělávání, pocit bezpečí, klid, zázemí, četba, psychoterapeutická pomoc, osvětová činnost, náboženské akce, nákupy, podávání léků, komunikace s pracovníky DS).

Tabulka č. 25: Procentuální důležitost služeb sociální péče pro seniory

Sociální služba	n	%
Stravování (zprostředkování stravy)	60	30,2
Veškerá péče a služby	24	12,1
Kulturní akce	22	11,1
Ošetrovatelská služba	18	9,0
Zajištěné bydlení	16	8,0
Zdravotní péče (lékař)	9	4,5
Sociální kontakty s obyvateli DS (společnost)	8	4,0
Péče o tělo (osobní hygiena)	8	4,0
Rehabilitace	7	3,5
Pedikúra	3	1,5
Praní prádla	3	1,5
Úklid	3	1,5
Pomoc při oblékání	2	1,0
Kadeřnice	2	1,0
Ostatní	12	6,0
Celkem	197	99,0
Neodpovědělo	2	1,0
Celkem	199	100,0

Zdroj: vlastní výzkum autora, 2009

Identifikace dalších poznatků a připomínek seniorů

Diskuse s výsledky šetření:

Poslední otázka byla zaměřena na poznatky a zkušenosti seniorů. Zde se objevily **stížnosti na nedostatek soukromí, nedostatečně prováděné rehabilitační služby či nemožnost nákupu od externích prodejců v areálu domova. Dále byl zaznamenán požadavek na menší časové vytížení pracovníků DS, zlepšení kolektivních vztahů a navození domácí atmosféry, zajištění základních potřeb hygienického charakteru (umyvadlo a vana) na každém pokoji a větší množství kulturních akcí.** Mezi další poznatky patří i to, že někteří senioři nemají možnost využít příspěvek na péči a po uhrazení sociálních služeb jim pak nezbývají finanční prostředky na léky. Otázka dostatku finančních prostředků vydávaných za léky se u seniorů začíná stávat v současné době velmi důležitou a to zejména v jejich postavení s ohledem na desítky farmaceutických preparátů a léků ovlivňujících kvalitu jejich stáří. Většina seniorů však má dle svého vyjádření podstatné věci zajištěny a s pobytem v domově seniorů je vcelku spokojena.

9. Zjištěné výsledky a návrhy na optimalizaci zjištěného stavu

9.1 Financování služeb sociální péče

Hlavními zdroji financování služeb sociální péče jsou dotace a příspěvky z veřejných rozpočtů, dotace z MPSV a jiných resortů, úřadů práce, ze strukturálních fondů, úhrada od samotných uživatelů služeb, platby od zdravotních pojišťoven a sponzorské dary. Pokud jsou přidělovány dotační prostředky ze státního rozpočtu, tyto se poskytují pouze registrovaným poskytovatelům sociálních služeb, kterými jsou v rámci pobytové služby sociální péče domovy seniorů. I přes využití všech možných způsobů financování nákladů služeb sociální péče domovům seniorů, finanční prostředky chybí a domovy seniorů nejsou schopni své služby poskytovat bez finančních úhrad formou dotačních prostředků, popřípadě z jiných zdrojů. Podle údajů v části 6. 7 této práce jsou **výdaje na jedno lůžko na jeden rok dotovány v domovech seniorů od částky 37.000,-- Kč až do částky 409.000,-- Kč** (upozorňuji na nekorespondenci údajů ze zdrojů tak, jak je též uvedeno v části 6. 7). Při přidělování těchto dotací nejsou stanovena pevná pravidla ani metodika. To poté vede k naprosto diametrálním rozdílům v dotacích na jedno lůžko. V rámci zjištěných výsledků autor navrhuje ke sjednocení přidělování dotací v současné době následující rámcovou metodiku:

1. Stanovit rozmezí standardních finančních nákladů od minimální do maximální částky na jedno lůžko v DS, přičemž k určení tohoto rozmezí finanční nákladovosti by bylo využito:
 - a) stanovení přesného obsahu „spotřebního koše“ na základě průzkumu faktických zdravotních, sociálních, režijních a ostatních nákladů na provoz domova seniorů;
 - b) stanovení maximálního počtu zdravotního a sociálního personálu, včetně stanovení mezí administrativní zatíženosti domovů seniorů a jejich finanční nákladovosti a to systémem k počtu klientů.
2. Zjistit a identifikovat reálnou potřebu dotací, jejich účelnost a v návaznosti na to jejich použití s následnou zpětnou kontrolou. K tomu pak vytvořit:

- a) elektronický systém napojený na centrální elektronický systém s potřebným vybavením se sledováním daných ukazatelů použitím dotačních prostředků.

Výše uvedená rámcová metodika by přinesla jasně daná pravidla ve vztahu k dotačním finančním prostředkům a odstranila by diametrální rozdíly v přidělování dotací v současné době. Je nutno vzít ještě i v úvahu dnes již obecně uznávanou skutečnost, že služby sociální péče se nemohou rozvíjet, pokud budou závislé na poskytování dotací.⁶⁵ Naproti tomu však bez přidělování dotací by nebylo možné seniorům poskytovat služby sociální péče v DS.

Velmi významnou otázku, kterou si autor této práce pokládá, je otázka samotného významu a účelu dotací, respektive dotační politiky, která ve své podstatě nemůže být nikdy objektivním ani spravedlivým finančním nástrojem v našem případě při dofinancování poskytování služeb sociální péče a dalších nákladů v domovech seniorů. To jednak proto, že neexistuje jednotná metodika jejich přidělování a jednak i proto, že lze v otázkách přidělování dotací nalézat vždy subjektivní náhled rozhodujících osob. V závěru výzkumné části této práce je autorem navrženo zrušení celého systému dotační politiky a je navrhována zcela nová metodika ve financování služeb sociální péče v DS zcela odlišným systémovým způsobem. Mezi jinými je navrhováno zřízení orgánu veřejné správy s názvem Centrum pro indikaci péče (shodně v Nizozemí), který by zhodnotil veškeré finanční potřeby seniora po jeho zdravotní a sociální stránce a stanovil by jeho finanční potřebnost. Poté by financování poskytovaných služeb sociální péče v DS probíhalo bez finanční nedostatečnosti a bez stresových situací chybějících finančních prostředků.

Význam poskytované ubytovací služby v DS vzrůstá, neboť jde o největší ubytovací službu sociální péče, která v r. 2006 dle L. Průši zajišťovala sociální péči až 23,70 % seniorů. Při předpokladu nutnosti zvýšení počtu míst v DS v relaci na 1 000 osob starších 80 let až o 170 % do roku 2050 význam této ubytovací služby bezesporu dále poroste.

⁶⁵ Průša, L., Jak zefektivnit systém financování sociálních služeb, Šlapanice, 21. ledna 2010, VÚPSV, v. v. i., Palackého nám. 4, Praha 2

Dále autor navrhuje přijmout prováděcí právní předpis, který by byl naplněním ustanovení § 101 odst. 7 zákona č. 108/2006 Sb., jinými slovy, aby byly dány bližší podmínky pro čerpání dotace lhůty pro výplatu dotace, lhůty pro jejich podání a další důležitá pravidla.

9.2 Stabilizace systému financování sociálních služeb

Podle autora je nutno zdůraznit, že dosažení stability systému financování sociálních služeb je podmíněno dosažením stabilizace veřejných rozpočtů. Rozpočty v České republice jsou v dynamické nestabilitě a deficit se prohlubuje. Pokud však srovnáme deficit ČR se zadlužením ostatních zemí, lze dojít k závěru, že zadlužení ČR je ještě malé.

Významnou úlohu při stabilizaci systému financování sociálních služeb sehrává efektivnost financování sociálních služeb. Autor disertační práce se shodně přiklání k názoru L. Průši o determinátorech efektivnosti financování sociálních služeb, mezi které L. Průša zařazuje:

- kritéria pro stanovení míry závislosti;
- struktura uživatelů jednotlivých typů sociálních služeb z hlediska míry jejich závislosti;
- kritéria pro přiznávání dotací ze strany státu (MPSV) a zřizovatele;
- přístup zdravotních pojišťoven k financování poskytované zdravotní péče v pobytových zařízeních;
- "cenová regulace" výše úhrad za pobyt a stravu v pobytových zařízeních;
- vybavenost jednotlivých regionů sociálními službami;
- výše provozních nákladů jednotlivých zařízení (stáří budovy, personální vybavení zařízení);
- velikost jednotlivých sídel a regionů.⁶⁶

Efektivností pak L. Průša rozumí takovou službu sociální péče, kdy výše úhrady klienta za poskytovanou službu sociální péče spolu s výší příspěvku na péči a úhradou

⁶⁶ Průša, L., Jak zefektivnit system financování sociálních služeb, Šlapanice, 21. ledna 2010, VÚPSV, v. v. i., Palackého nám. 4, Praha 2

zdravotní péče od zdravotní pojišťovny uhradí průměrné celostátní náklady daného typu poskytované služby.⁶⁷

Jedním z možných způsobů řešení stabilizace systému financování sociálních služeb, ke kterým se autor této práce přiklání, je tzv. „záporná daň“ (negative income tax). V podstatě jde o jakousi konstrukci *náhrady* za některé sociální dávky. Prezident USA Nixon v srpnu r. 1969 navrhnul tento způsob řešení formou tzv. garantovaného ročního příjmu.

Otcem této myšlenky byl věhlasný profesor ekonomie z University Chicago, Milton Friedman, který razil teorii co nejmenšího přerozdělování finančních prostředků, neboť jinými slovy utrácet by měl ten, kdo si finanční prostředky „vydělal“. Milton Friedman v podstatě navrhoval, aby stát zaručil každému jedinci jakýsi „daňový kredit“, který by obdržel každý občan státu v plné výši. Pokud by jedinec byl výdělečně činný, tak by se od kreditu následně odečítala daň a stát by zároveň vyplácel kredit o tuto daň snížený. Mzda by však zůstala nezdaněna. Tento systém by fungoval až do výše mzdy, respektive jejího zdanění, které by se rovnalo kreditu. Výsledkem tohoto by byla skutečnost, že by jedinec nezaplátil žádnou daň ze mzdy, ale neobdržel by žádný kredit. Pokud by mzda, respektive daň převýšila kredit, platil by jedinec pouze daň ze mzdy z rozdílu vypočtené daně a kreditu

Výše uvedený systém by na straně jedné mohl vést k zájmu nepracujících osob si nalézt práci, neboť tím by se jim zvyšoval příjem a na straně druhé by při správně nastaveném zvýhodnění konkrétních skupin obyvatelstva znamenal jejich sociální zajištění. Jinými slovy výše uvedený systém by vedl bezesporu i ke stabilizaci financování sociálního zabezpečení, potažmo ke stabilnímu financování služeb sociální péče - v našem případě i v domovech seniorů. Při tomto by postačovalo pouze nastavit výši kreditu u seniorů s odstupňováním jejich finanční potřeby do jednotlivých skupin, či tříd, kterých by autor navrhoval stanovit pro tento účel celkem 12. Každá skupina či třída kreditu by pak v sobě zahrnovala zdravotní stav dotčeného jedince, jeho sociální postavení, majetkové a finanční poměry. Je zřejmé, že by zde nemohl fungovat systém finančního zvýhodnění, tak jako u občanů práce schopných.

⁶⁷ Průša, L., Jak zefektivnit systém financování sociálních služeb, Šlapanice, 21. ledna 2010, VÚPSV, veřejná výzkumná instituce, Palackého nám. 4, Praha 2

V tomto způsobu řešení, ke kterému se autor přiklání by pak odpadlo v systému sociálního pojištění důchodové pojištění, bylo by možno zrušit přídavky na děti, sociální příplatek, příspěvek na bydlení, rodičovský příspěvek, dávky pěstounské péče a zůstalo by toliko porodné a pohřebné. Dále by se zcela zrušila pomoc v hmotné nouzi (příspěvek na živobytí, doplatek na bydlení, mimořádná okamžitá pomoc). Pokud by byly stanoveny kredity ve vztahu k potřebným jedincům z důvodu jejich snížené soběstačnosti, či závislosti na pomoci jiných osob, mohly by se sociální služby zaměřit pouze na specifické skupiny obyvatel. To samé by pak autor navrhoval ve vztahu ke zdravotně postiženým osobám.

Vedle těchto navrhovaných opatření je jednou z cest stabilizace financí v službách sociální péče vymezení PnP v prvním stupni závislosti jako nároku s možností jeho čerpání v poukázkách tak, aby finanční prostředky byly vráceny zpět do systému sociálního zabezpečení. V úvahu by mohl přicházet i případně druhý stupeň závislosti, který by též byl vyplácen tímto způsobem. První kroky k této změně byly již podniknuty a u PnP v prvním stupni od 1.1.2010 se používá již tzv. kombinovaný způsob výplaty. Z tohoto jsou však stanoveny tak, jak je uvedeno v části 6. 5 této práce vyjimky. Zcela jistě jde o správný směr řešení stabilizace systému financování sociálních služeb, neboť tyto finance budou využity skutečně na služby sociální péče, nikoliv tak, jak do současné doby na zcela jiné finanční výdaje seniora, či jiné finanční výdaje domova seniorů.

Významným opatřením ke stabilizaci financí by byla možnost podstatného zvýšení PnP ve třetím a čtvrtém stupni závislosti v případě poskytování této péče rodinným příslušníkem, nebo osobou blízkou, která by na tomto základě mohla celodenně pečovat o takovouto osobu a zároveň by této osobě byla uznána doba této péče jako náhradní doba pro účely důchodového pojištění.

Dalším opatřením by bylo přijetí novely zákona o sociálních službách s tím, že by příspěvek na péči v případě domovů pro seniory byl přímo ze zákona finančním příjmem konkrétního domova pro seniory.

Jedním z opatření, které by mohlo vést k řešení dané situace od svého základu je i důchodová reforma, která by mohla mít zásadní vliv a dopady na financování služeb sociální péče. Při této úvaze je zcela zřejmé, že privatizace důchodů je ekonomicky předem

určena k neúspěchu, neboť jak již bylo uvedeno, soukromý sektor by musel zhodnocovat uložené finanční prostředky tak, aby pokryl inflaci a vytvořil zisk, neboť v opačném případě by šlo pouze o konzervování finančních prostředků. Navíc by určitou nosnou páteř nesl i stát. Klient by pak nesl riziko v tom, že by nemusel získat žádný výnos za celoživotní spoření na důchod, ale také by mohl uložené finanční prostředky zcela ztratit. V této fázi se jeví doporučení světové banky v podobě přijetí systému NDC – Nefinančního příspěvkového definovaného systému jako aktuální.

Ve vztahu k řešení otázky vhodnosti zřizování domovů seniorů ke zvýšení jejich počtů k uspokojení poptávky seniorů by autor navrhoval a příkláněl se k řešení jejich zřizování v obcích do 3 000 obyvatel. Důvodem k této úvaze je skutečnost, že v těchto obcích žije cca 31,40 % všeho obyvatelstva České republiky a dále zde hraje významnou roli i ta skutečnost, že domovy seniorů by byli v nejtěsnější blízkosti seniorů jejich bývalého domova a tím by nebyli senioři tzv.,,vysazeni ze svých kořenů.“

V neposlední řadě lze zvažovat otázku příspěvku na bydlení při vzetí v úvahu daného stropu maximálně možného inkasa za pobyt a stravu v domovech seniorů. Tento strop je regulován ze strany státu a domovy seniorů čerpají z dotačních prostředků i finanční prostředky na douhrazení pobytu a stravy. Deregulací tohoto stropu, respektive novelizací Vyhlášky č. 505/2006, kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách (§ 15), která by zrušila tyto stanovené mezní finanční hranice, by došlo k výpočtu reálné výše nákladů na pobyt a stravu každého seniora a ve vhodném propojení s příspěvkem na bydlení by profinancování těchto nákladů nebylo kryto z finančních prostředků určených k úhradě služeb sociální péče, ale z dávek státní sociální podpory, respektive z příspěvku na bydlení, který by byl uplatňován příslušným domovem seniorů.

9.3 Stav rozvoje ICT v domovech seniorů a její význam

Významný vliv na financování služeb sociální péče má podle autora vliv rozvoj informačně komunikační technologie, v našem případě jednak pro potřeby seniorů v domovech seniorů a jednak pro domovy seniorů samotné. Jde o skutečnost, že senior ovládající ICT, v našem případě počítačovou techniku nepožaduje obsahově služby sociální péče, týkající se získání informací jeho práv a povinností, možností, léčby,

zajištění komunikace uvnitř i vně DS a podobně. Zároveň by dle názoru autora došlo k aktivizaci seniora a zkvalitnění jeho stáří. Senior by mohl ve vnitřní síti DS získávat běžné informace o chodu DS. Ze strany poskytovatelů by rozvoj ICT znamenal při používání vhodně zvolených počítačových programů evidenci úkonů poskytovaných služeb sociální péče přes čipové karty, zjednodušila by se evidenční stránka věci a byl by v kterémkoliv okamžiku přehled o čerpání služeb klienta ve stanoveném období. Rozvoj ICT by přispěl i ke zpětné kontrole financování a poskytování služeb sociální péče ze strany nadřízených orgánů.

Informační společnost na jedné straně přináší stále nové možnosti získávání informací o komunikačních technologiích, na straně druhé však s sebou nese i některá úskalí. Především zhorší možnosti pro uplatnění méně kvalifikovaných a nekvalifikovaných jedinců. Současně však budou zapotřebí opatření, která by upravila legislativu ve smyslu boje proti informační kriminalitě, tj. nedovolenému pronikání do cizích IS a dat, podvodům s elektronickými dokumenty a šíření závadných dat. Zjištěné údaje poukazují na poměrně nízkou informovanost seniorů v oblasti ICT. Rovněž vybavení domovů seniorů neodpovídá požadavkům současné společnosti. Je nezbytné do této oblasti zaměřit zvýšené úsilí k podstatně většímu rozvoji ICT u seniorů v domovech seniorů s akcentem na podněcování jejich zájmu o vzdělávání se tímto směrem. Bezesporně je totiž ICT a její znalostní rozvoj jedním z významných nástrojů zejména pro zkvalitnění stáří v podobě možnosti komunikace s rodinnými příslušníky, pro zvýšení informovanosti seniorů a tím i snížení požadavků seniorů o poskytnutí informací. To vše má následný význam pro zmírnění deaktivačních účinků na seniory při jejich umístění do domovů seniorů, snižuje jejich nároky po služby sociální péče a udržuje je v celkové životní kondici.

Výsledky výzkumného šetření o vztahu rozvoje ICT v domovech seniorů a u seniorů samotných jsou uvedeny ve výzkumné části této práce (viz kap. 8. 1. 4).

10. Souhrn praktické části práce

Na základě provedeného šetření a uskutečněného výzkumu (viz obsahy diskusí a závěrů v části 8 této práce) bylo prokázáno, že financování služeb sociální péče v domovech seniorů není v současné době zajištěno takovým způsobem, aby případná nedostatečnost finančních prostředků zásadním způsobem neohrozila řádný chod těchto zařízení. Z tohoto důvodu poskytovatelům této služby (DS) nezbyvá nic jiného, než chybějící finanční prostředky zajišťovat z jiných možných zdrojů, kterými jsou například dotace, sponzorské dary, tržby z vlastní činnosti a jiné. Řada poskytovatelů ve vyplněném dotazníku z tohoto důvodu navrhovala uzákonění vyživovací povinnosti dětí vůči rodičům (v tomto případě ve vztahu dětí a jejich rodičů umístěných v domovech seniorů). Nicméně k tomuto návrhu je nutné uvést danou skutečnost, že vyživovací povinnost mezi dětmi a rodiči je již zakotvena v ustanovení § 85 - § 87 zákona č. 94/1963 Sb., o rodině v novelizovaném znění, kdy je v § 87 přímo uvedeno: *„Děti, které jsou schopny samy se žít, jsou povinny zajistit svým rodičům slušnou výživu, jestliže toho potřebují. Každé dítě plní tuto vyživovací povinnost takovým dílem, jaký odpovídá poměru jeho schopností, možností a majetkových poměrů k schopnostem, možnostem a majetkovým poměrům ostatních dětí.“* V praxi je však toto ustanovení opomíjeno a případná žaloba rodičů vůči dětem s uplatněním této vyživovací povinnosti je výjimkou. Ani autor se s takovouto žalobou dosud nesetkal. A právě tato skutečnost je více než zarážející, když o obdobných případech z okolí víme, ale jednoduše je prostě nikdo neřeší. Příčin k tomuto stavu může být hned několik. Jednou z nich je postavení seniora jako dožívajícího člena rodiny, který je ve své podstatě osamocen, je ve znatelném úbytku sil a někdy je i silně odkázán alespoň na minimální pomoc právě od svých dětí. Může je tedy pak vůbec morálně žalovat? Bude moci věřit tomu, že pak k němu jednou ještě alespoň přijdou, ukážou mu vůbec někdy ještě vnoučata, postarají se o náležitosti s jeho pohřbem? Pokud si pak položíme i otázku, zda na to vůbec senior má dostatek finančních prostředků, tak sami dojdeme k odpovědi, že postavení seniora a jeho finanční prostředky mu podat žalobu na zajištění své výživy proti dětem neumožňují. Nic by tímto nezískal, naopak by se **stal terčem kritiky a opovržení celé rodiny, že se tímto způsobem domáhá svých práv. V uvedeném případě by dle autora měla být zesílena úloha veřejné správy v podobě samosprávy a to nejen obcí s přenesenou působností, ale i krajů, které by měli tyto**

skutečnosti sledovat a sami svým vstupem se zasazovat o nápravu zjištěného stavu. V součinnosti by měli být i poskytovatelé služeb sociální péče, v našem případě domovy seniorů, které by měly na takovéto případy poukazovat a sami činit opatření k jejich nápravě, např. v podobě rozhovorů s rodinnými příslušníky seniora, zajištění právní pomoci apod. K dané problematice by mohla zaujímat významný postoj i osvětová činnost v podobě vhodného nadnášení tohoto ustanovení zákona o rodině a tím jeho připomínání, zviditelňování a uvádění ho do reálného života. Od věci by nebyla i bezplatná pomoc advokáta přiděleného na návrh domova seniorů Českou advokátní komorou konkrétnímu seniorovi. Takovýto advokát by si mohl pak např. učiněné úkony dle advokátního tarifu odečíst přímo z daňového základu.

S poskytováním služeb sociální péče seniorům v domovech seniorů **souvisí i zdravotní péče**, která je však hrazena příslušnou zdravotní pojišťovnou. Při úvaze zdravotního stavu seniorů, který se s jejich rostoucím věkem zhoršuje, by pak zdravotní pojišťovna měla hradit finanční náklady za poskytnutou zdravotní péči pracovníky v sociálních službách domova seniorů. Jak bylo výzkumem a vlastním šetřením zjištěno, je situace v této otázce značně napjatá, když v současné době zdravotní pojišťovny seškrtávají a nehradí domovům seniorů zdravotní úkony např. při poskytnutí pomoci při podávání léků mentálně postiženým seniorům pracovníkem v sociálních službách DS. Do jisté míry lze říci, že pokud **by zdravotní pojišťovny hradily řádně a včas vykázané úkony a především v dostatečné výši (tím by finanční prostředky určené na úhradu služeb sociální péče nemusely být užívány k úhradě těchto úkonů)**, podstatně by se snížil tlak na dostatečnost financí k úhradě služeb sociální péče. V této oblasti je dle autora nezbytné formou politického rozhodnutí (např. tak jak je to navrženo v níže uvedeném odstavci) **zajistit návaznost zdravotních a sociálních služeb. To by poté zákonitě vyústilo ve zvýšení efektivnosti financování sociálních služeb v domovech seniorů.**

K řešení otázky stabilizace financování služeb sociální péče **autor navrhuje postup v podobě zřízení jediné sociální pojišťovny, která by ohodnotila jednotlivé úkony služeb sociální péče fixním způsobem s následným umožněním její úpravy koeficientem v případě inflace, či zdražení vstupů.** Domovy seniorů, případně jiní poskytovatelé služeb sociální péče, **by pak byli povinni vést přesnou evidenci poskytnutých služeb sociální péče** a na základě těchto přehledů by následně sociální

pojišťovna hradila tyto úkony přímo poskytovateli. V podstatě by šlo o obdobný systém, jaký je praktikován u zdravotního pojištění. Do jisté míry by mohly tuto agendu zajišťovat i zdravotní pojišťovny zřízením příslušné instituce či správního orgánu, který by měl na základě přijatého zákona tuto problematiku na starosti. V tomto případě by tedy nemusel vznikat nový orgán veřejné správy Sociální pojišťovna, ale výkon této činnosti **by se mohl přenést na nově zřízenou část či větev zdravotní pojišťovny**. Bezesporu by se tím šetřila i značná část finančních prostředků oproti navrhované cestě v případě založení nové SOCIÁLNÍ POJIŠŤOVNY. **Autor disertační práce v příloze č. 7 provedl podle vlastního šetření výpočet jím výše uváděného tzv. bodového systému v případě zřízení Sociální pojišťovny. Jde jednak o stanovení bodového ohodnocení s převodem na Kč úkonů služeb sociální péče při účastnění se sociálního života (hodnoceno prostřednictvím úkonů soběstačnosti) a jednak jde o stanovení bodového ohodnocení úkonů souvisejících se základní schopností seniora.** Výpočet je nastaven pro PnP ve 4. stupni závislosti (pomoc při více než 30 úkonech služeb sociální péče). Z uvedené přílohy vyplývá možnost realizace autorem navrhovaného řešení.

Není od věci v této souvislosti odkázat i na poznatky z Nizozemí, které jsou rozvedeny v kapitole č. 4. 3. 3, kde k tomuto účelu byl zřízen zvláštní orgán veřejné správy v podobě „CIZ“ (Centrum Indicatiestelling zorg) – Centrum pro indikaci péče. CIZ byl v Nizozemí zřízen v roce 2005 a je centrálním správním orgánem pro celou zemi (předtím tuto záležitost řešily lokální komise). Jde o instituci, která zjistí veškeré zdravotní, sociální, finanční nároky, které senior nezbytně potřebuje pro zajištění kvality stáří jako plnohodnotného obyvatele Nizozemí. V případě zřízení obdobného orgánu v ČR by pak vznikla následná úvaha o zrušení nadbytečných orgánů, jejichž působnosti i pravomoci by byly vztáhnuty na nově zřízenou Sociální pojišťovnu. **Za zmínku by stála i úvaha o dalším možném ústředním orgánu státní správy, který by mohl převzít agendu úhrady služeb sociální péče. Velmi důležitou změnou, která by byla významným krokem vpřed by bylo, tak jak autor v této práci již navrhuje, zrušení daných stropů plateb za ubytování a stravu (stanoveno v § 15 Vyhl. č. 505/2006 Sb.) a ponechat tuto otázku k řešení domovům seniorů, které by stanovily skutečnou faktickou výši těchto plateb. Následně by se pak úhrada za ubytování měla řešit prostřednictvím příspěvku na bydlení a strava by nepředstavovala tak vysokou výdajovou položku, která by nebyla řešitelná jiným vhodnějším způsobem, např. možností přijímání stravy dle**

potřeby seniora, nikoliv celodenním stravováním, jak to konečně umožňuje i ustanovení § 15, odst. 2 Vyhl. č. 505/2006 Sb. S odkazem na část 6.6 této práce nastává finanční problém v podobě empirickým výzkumem zjištěné skutečnosti a to, že pokud se výzkumu zúčastnilo 71,9 % respondentů s příjmem do 9.999,--Kč, tak je zcela jasné, že při úvaze platby respondenta za ubytování a celodenní stravu v celkové výši 9.900,--Kč, nemá domov seniorů uhrazeny plně tyto poskytované úkony, neboť 15% z uvedeného příjmu musí dle § 73, odst. 3 Zák. č. 108/2006 Sb. o sociálních službách zůstat seniorovi. Tedy z příjmu 9.999,--Kč seniora musí zůstat netknutých 1.485,--Kč, tzn. že k úhradě úkonů služeb ubytování a přijímání celodenní stravy zbývá toliko 8.514,--Kč, namísto potřebných 9.900,--Kč. V současné době není dán metodický pokyn, který by řešil tento problém. Autor disertační práce pak vidí řešení v deregulaci plateb za úkony a ubytování a stravu (zrušením § 73, odst. 3 Zák.č. 108/2006 Sb.) a douhradu čerpat z doplatku na ubytování (pomoc v hmotné nouzi).

Výraznou a dá se říci, že bezesporu **nejdůležitější úlohu při financování služeb sociální péče v ČR bezesporu sehrává příspěvek na péči, který je základním nástrojem pro fungování nového modelu sociálních služeb.** Nárok na příspěvek na péči má osoba, která z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu potřebuje pomoc při péči o vlastní osobu a při zajištění soběstačnosti v rozsahu, který odůvodňuje její zařazení do některého ze stupňů závislosti. Nárok na příspěvek mají osoby starší jednoho roku a poskytuje se po splnění zákonných podmínek, tj. při nezvládnání stanoveného počtu předepsaných úkonů. Tyto úkony, jejichž činnost lze hradit z příspěvku na péči jsou uvedeny v příloze č. 1 k Vyhlášce č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách.

Při hodnocení úkonů pro účely stanovení stupně závislosti se hodnotí funkční dopad dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu na schopnost zvládat jednotlivé úkony péče o vlastní osobu a úkony soběstačnosti. To znamená, že musí být prokázáno, že neschopnost zvládnout některý z úkonů je důsledkem nepříznivého zdravotního stavu. Správnost stanovené výše příspěvku na péči, která v současné době pro osoby starší 18 let 2.000,-- Kč až 12.000,-- Kč, je pak velmi důležitým finančním nástrojem právě pro krytí výdajů na služby sociální péče.

Výzkumným šetřením bylo prokázáno, že **výše příspěvku na péči není u seniorů umístěných v domovech seniorů adresná**, nýbrž že dochází k jejich soustředění na účtu domova seniorů, z kterého jsou pak **v rámci solidarity jednotlivé úkony služby sociální péče hrazeny dle potřeby** seniorů bez ohledu na přijímanou výši příspěvku na péči. V tomto případě je k nápravě tohoto stavu nezbytné zavést povinnou evidenci takto odváděných úkonů u každého seniora zvlášť. Takováto evidence není v domovech seniorů vedena, není však ani vedena u seniorů, kteří pobírají PnP a o tyto je pečováno v místě jejich bydliště. Na straně jedné je tento stav způsoben nedostatkem pracovních sil a v návaznosti na tom nedostatkem finančních prostředků a na straně druhé při plošném stanovování PnP a jeho soustředování na jednom účtu v domovech seniorů bez rozdílu a následného čerpání dle potřeby kteréhokoliv seniora je tento stav způsoben „zjevnou“ anonymitou rozdělování těchto prostředků. **Pokud by však bylo povinností v domovech seniorů vést evidenci úkonů služeb sociální péče a výše PnP u každého seniora zvlášť, a výše by byla dána skutečnou potřebností seniora, nemohlo by docházet k absenci finančních prostředků na výdaje spojené s poskytováním služeb sociální péče.**

V případě adresného určení PnP by bylo **nutno reorganizovat státní finance v tomto směru takovým způsobem, aby nedocházelo k zeslabování finančního toku směrem ke zdravotním úkonům** např. v omezování operací či transplantací orgánů a aby tyto finanční prostředky nebyly podmiňovány a navázány u konkrétního seniora na výši odebíraného PnP. Situace, kdy by tomu tak mohlo být, by mohla hrozit v případě nedostatku státních finančních prostředků. Je nutno zmínit, že v současné době probíhající ekonomické krize je zvýšená tendence zkracování výdajů na služby sociální péče a **zejména je silný tlak na snížení příspěvků na péči**. Takovýto návrh zazněl i ve vládním balíčku opatření proti krizi na podzim v r. 2008, neprošel však odmítnutím tohoto návrhu ze strany ČSSD.

Je od věci zde uvést i zjištěné skutečnosti čerpané ze základního systému ESSPROS (Evropský systém jednotných statistik sociální ochrany), kde nárůst výdajů „na stáří“ se v ČR v roce 2007 oproti roku 2006 se zvýšil o cca 27.445 (mil. Kč), kdežto v roce 2006 oproti roku 2005 byl zaznamenán nárůst o 13.640 (mil. Kč). Jde tedy po srovnání vývoje výdajů na sociální ochranu o nárůst dvojnásobný v roce 2007 než v roce 2006.

Na straně druhé ve srovnání podílu celkových výdajů na sociální ochranu k HDP s využitím dat ESSPROS, jak ukazuje tabulka č. 16 v této práci je vývoj v ČR od roku 1998 do roku 2007 poměrně stabilní a pohybuje se od 18,5 % do 20,2 % a tím se ČR neřadí mezi státy s nejnižším procentem.

Na základě výše uvedeného **je nutné provést zásadní reformu systému sociálního zabezpečení** tak, aby systém sloužil potřebným a nikoliv aby potřební zde byli pro systém. Reforma systému sociálního zabezpečení pak úzce souvisí s reformou důchodového systému tak, jak to již bylo okrajově naznačeno a více rozvinuto v části 6. 6 a 6. 7. 2 této práce.

S ohledem na učiněná zjištění v rámci výzkumného šetření není ani možné stanovit reálné výše příspěvku na péči u jednotlivých stupňů závislosti. **Zcela zde totiž absentuje dle autora spotřební koš, v němž by byly zahrnuty zprůměrované finanční náklady za jednotlivé úkony služeb** sociální pomoci fixní sazbou upravovanou koeficientem v souladu s postupující inflací a zdražováním vstupů. Dalším důvodem tohoto **stavu je dle autora této práce nedostatečná škála výše jednotlivých stupňů PnP**, když např. v Rakousku existuje 7 stupňů a v Nizozemí celkem 10 stupňů a dále je to i nesystematičnost stanovování výše jednotlivých stupňů PnP. Výše jednotlivých stupňů závislosti je v ČR dána objemem finančních prostředků, nikoliv skutečnou potřebou seniora. Zkoumání potřebnosti seniora se omezilo do jisté míry pouze na vyplnění formuláře pouze referentkou z příslušného odboru sociálních věcí (nikoliv odborníkem – lékařem) a následným určením stupně příspěvku na péči bez přihlédnutí k osobě žadatele, jeho finančním schopnostem a možnostem, dalším příjmům, rodinnému zázemí a jiným skutečnostem. **Skutečná sociální potřeba seniora nemůže být ani ve své podstatě zkoumána, neboť stanovenou závislostí se neřeší otázka plné úhrady poskytovaných služeb sociální péče v domovech seniorů seniorům, když vedle PnP má každý senior na úhradu své sociální potřebnosti další příjmy a vedle toho domovy neselektují seniory při finančních výdajích na úhrady služeb sociální péče dle jejich přiznaného stupně závislosti.**

Pouze v případě zavedení již zmíněné povinné evidence odváděných úkonů služeb sociální péče u každého seniora, jak je tomu např. v Nizozemí, by mělo význam navrhnout

metodikou výpočtu příspěvku na péči tak, aby jeho výše byla pro úhradu služeb sociální péče ve vztahu ke stanoveným stupňům závislosti „dostatečná“.

Pro přijetí uvedené metodiky je nezbytné odlišné teoretické pojetí právní kategorie „příspěvku na péči“ z pouhého „příspěvku“ na „nástroj ke komplexnímu douhrazení“ služeb sociální péče. Pro tento případ pak autor navrhuje níže uvedenou metodiku výpočtu příspěvku, kterou lze použít u každého žadatele individuálně:

- každý senior při umístění do domova seniorů, respektive senior žádající o příspěvek na péči v konkrétním stupni závislosti, by předstupoval před komisí složenou z odborníků (lékařů, psychologů, sociálních pracovníků aj.), která by na základě již soustředěných písemností o zdravotním, ekonomickém a rodinném stavu a na základě vlastního osobního šetření zhodnotila potřebnost služeb sociální péče i zdravotních úkonů každého jednotlivého seniora (například s využitím jeho schopností zvládat úkony, jež jsou již v současné době dostatečně specifikovány v příloze č. 1 k Vyhlášce č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách);
- každý úkon uvedený ve zmíněné příloze č. 1 by měl stanovenou finanční hodnotu (bodovou hodnotu), která by byla fixní a součtem by byla stanovena celková výše příspěvku na péči u každého seniora tak, aby odpovídala jeho skutečným potřebám (stanovení finanční/bodové hodnoty každého úkonu by pak vycházelo z normy přijaté nově zřízeným orgánem státní správy či instituce, jež by také zhodnotil a stanovil rozsah potřebnosti zdravotní pomoci);
- výše příspěvku na péči by nebyla stanovena pevnou částkou, jako je tomu v současné době, ale šlo by o částku proměnlivou, v závislosti na vývoji zdravotního stavu seniora, jež by byla navíc každých 6 měsíců upravena koeficientem v závislosti na inflačních a dalších vlivech.

Takto stanovená výše příspěvku by pokrývala v plné výši služby sociální péče, které by dle rozhodnutí odborné komise seniorovi přináležely. Stejným způsobem by bylo postupováno z hlediska poskytnutí zdravotní péče.

Výše uvedenou metodikou by byla odstraněna dotační politika ve vztahu k domovům seniorů ze strany státu či jejich zřizovatele, byla by zajištěna v plné výši sociální potřebnost každého seniora a tím by byla zvýšena i jistota bytí každého jedince

s následným zkvalitněním jeho stáří. To vyjma dotační politiky, směřující k službám sociálního poradenství a sociální prevenci, které by neměly být postaveny na tržních principech.

Senioři v domovech seniorů nejsou seznámeni s dofinancováváním služeb z dotací, ze sponzorských darů, z tržeb domovů seniorů či z jiných zdrojů. Zde se odráží i vysoký profesionální přístup k této otázce ze strany vedení domovů seniorů, které jsou schopny i bez přenášení odpovědnosti za zajištění finančních prostředků na seniory tyto úspěšně pro své klienty zajišťovat. Tato situace však vyvolává značně depresivní nervositu u všech těchto poskytovatelů, která v žádném případě nepřispívá k bezporuchovému chodu domovů seniorů.

Významným aspektem, který by jistě přispěl ke snížení nákladovosti služeb sociální péče, je tzv. chráněné bydlení. To poskytuje seniorovi, který je umístěn v domově seniorů samostatné bydlení buď v areálu či mimo areál domova, kam dochází sociální pracovník, který zajišťuje průběžně kontrolu bydlení seniora, popřípadě mu poskytuje jím vyžádané služby sociální péče. Tímto způsobem dochází k odstranění deaktivace seniora při nástupu do domova seniorů a k prodlužování kvality jeho života a stáří a přispívá k jeho návratu do původního samostatného prostředí z něhož odešel. Na základě výsledků šetření výzkumu lze prozatím říci, že tímto způsobem dochází ke snižování finančních výdajů na poskytování služeb sociální péče a tím i k úspoře finančních prostředků vydávaných státem na úhradu příspěvku na péči. Tato situace by však platila pouze v případě adresnosti příspěvku na péči, jeho přesně stanovené výše a evidence u každého seniora.

Velký význam při snížení finanční nákladovosti, např. při poskytování aktivizačních služeb sociální péče v domovech seniorů, by v případě svého podstatného rozšíření měly sehrát informačně-komunikační technologie. Senioři by řadu informací získávali z internetu a taktéž by byla zintenzivněna jejich komunikace s vnějším prostředím, což by vedlo ke zkvalitnění jejich života ve stáří.

Významnou roli při snižování finančních nákladů na poskytované služby sociální péče zde by podle výsledků šetření sehrála i sociální prevence, která je v současné době nedostatečná. Stále totiž v praxi převládá přežitý názor, že do domova seniorů musí nastoupit každý senior, který nemá vytvořeno svoje samostatné zázemí, nemá se o něj kdo

postarat, či vyžaduje zvýšenou péči, nebo se nesžil s jinými generacemi v rodině ve společném bydlišti. V neposlední řadě nechce senior mladším generacím „překážet“.

Významnou úlohu, která byla silně podceněna po roce 1989, má bezesporu plánování. V současné době je z odkazem na vývoj nutné zavést plánování ve službách sociální péče na krátkou a středně dlouhou dobu.

Veškeré výše uvedené zjištěné poznatky pro jejich fungování v praxi nezbytně vyžadují změnu, případně přijetí nové legislativy, která by je zakotvila právních předpisech. Jen tak by bylo možno učinit kvalitativní posun řešení této problematiky k žádoucímu a společností uznávanému výsledku.

Závěr

V závěru práce stručně shrnují její význam s možnými dopady do praxe. Především byla v této práci navržena rámcová metodika přidělování dotací jednotlivým domovům seniorům tak, aby byla všem žadatelům zaručena stejná příležitost, možnost, včetně přináležející a odpovídající výše poskytnuté dotace. Vedle tohoto byly navrženy právní normy, které by vedly k jednotnému ohodnocení úkonů služeb sociální péče.

V praktické rovině se předložená práce zabývá postavením seniorů v DS v životě naší společnosti a řeší otázky žadatelů-seniorů o příspěvek na péči, či jejich všech příjemců, kdy by stanovením jeho reálné výše, včetně výpočtu, byly zabezpečeny nezbytné potřeby seniorům a bylo jim tak umožněno prožít kvalitní stáří bez toho, aby u nich docházelo k případným depresím či stresům, vedoucích až k sebeújmě na zdraví z důvodu nedostatku finančních prostředků. V návaznosti na tomto by následně došlo ke stabilizování financování služeb sociální péče. V rámci tohoto práce navrhuje pojmout PnP nikoliv jako „příspěvek“, ale jako douhradovou platbu k zajištění péče potřebnému seniorovi z důvodu dlouhodobého nepříznivého zdravotního stavu.

V pedagogické rovině jsou řešeny otázky veřejné správy v oblasti sociálního zabezpečení a též okrajově jsou řešeny otázky v předmětech souvisejících s právem a makroekonomií. Výsledky této práce včetně navrhovaných změn jsou zpracovávány do monografie a do odborných časopisů formou článků..

Disertační práce poukazuje na vybrané možnosti řešení problematiky stabilizace financování služeb sociální péče v domovech seniorů, popř. snižování jejich nákladovosti, Je nutné se však i nadále této oblasti, tj. oblasti služeb sociální péče věnovat, tuto rozvíjet v dalších např. disertačních a diplomových pracích se zaměřením na jednotlivé problémy, které byly zjištěny výzkumným šetřením. Mezi tyto navazující problémy lze zařadit např. otázky spojené s reálným ekonomickým výpočtem PnP, který by odrážel inflaci a jehož výše by byla dostatečná k úhradě nezbytných služeb sociální péče.

Závěrem je nutné též dodat, že by se člověk a společnost měli více zabývat přípravou na stáří. Vždyť tato etapa našeho života je vyvrcholením všech našich zkušeností, zážitků, našeho úsilí a veškeré činnosti pro sebe i pro společnost. Bohužel v současné době ekonomické krize, kdy je zcela zřejmé, že problémů bude přibývat

nejenom v hospodářské oblasti, ale i v oblasti sociální, je pozornost od této závažné problematiky, která se dotýká každého občana, odváděna mimo hlavní priority státu a celé společnosti. A právě v současné době, kdy je ekonomika založena na tržním mechanismu je nezbytné se zabývat otázkou stáří a kvalitního dožití každého člověka. Být starý totiž jistě není žádný med. Nejen, že ve stáří člověku ubývá sil, člověk slábne, ale vedle tohoto ztrácí i své postavení v zaměstnaní a někdy i ve svém nejbližším okolí, kterou je rodina. Je pak alarmující zjišťovaná skutečnost provedená výzkumem v rámci této práce, a to že v současné společnosti není pro starší spoluobčany důstojného místa. Stáří jsou totiž připisována negativa spočívající ve zbytečnosti a bezmoci. Na straně druhé je mládí v dnešní době spojováno s úspěchem, rozkvětem a se štěstím každého jedince. Stáří je pak odsunováno do ztracena.

Významné místo s otázkami spojenými se stářím sehrávají i finanční prostředky, které jsou nezbytné pro kvalitní dožití a spokojené stáří. Zde je pak nutné řešit problematiku stáří spojenou nejen s výší starobního důchodu, ale i s reálnou výší příspěvku na péči, který by měl být na takové úrovni, která by odpovídala nezbytně nutným potřebám každého seniora. Tato práce se snaží na tomto poli metodicky stanovit postupy, které by vedly právě k reálnému stanovení výše příspěvku na péči a jeho pojmání jako „důhradové platby“. Bývá totiž nepsaným pravidlem, že se stářím, kdy dochází k úbytku fyzických sil se stává senior méně pohyblivějším a více závislým na svém okolí a tím mu vzniká nárok na příspěvek na péči. Současná výše příspěvků na péči je dle autora nepostačující.

Při vzetí v úvahu výše uvedeného je nutné změnit společenské náhledy a vztah společnosti jako celku k její významné části, kterou část seniorů bezesporu je. Vždyť podle současných výpočtů lze hovořit o tom, že v roce 2030 bude Evropa podle demografického vývoje národem „seniorů“ a až se tomu tak stane, bude již cokoli řešit, či připravovat žádané změny pozdě. Vedle tohoto je významným faktorem tak jak je v této práci prezentováno i prodlužování lidského života, což hraje nemalou roli při řešení těchto otázek. I když se v současné době hodně mluví o otázkách souvisejících se stárnutím a se stářím, praktické řešení žádoucí změny postavení seniorů však není realizováno. Samozřejmě, že to neznamena naprostou ignoranci a neaktivitu naší společnosti ke stáří jako takovému, ale pouze to, že vyvíjená činnost v současné době je nedostatečná.

Je žádoucí učinit vše k tomu, aby nazírání společnosti na stáří doznalo podstatným změn a to hlavně u mladé generace. Stáří by mělo být oceňováno svoji celoživotní moudrostí, vyzrálostí a nezastupitelností v nadhledu a ve schopnosti rozeznávat podstatné od nepodstatného.

Seznam tabulek a grafů

Seznam tabulek:

- Tabulka č. 1: Jak stárne Evropa - procento obyvatel ve věku nad 65 let v %
- Tabulka č. 2: Věková struktura populace ČR (v %)
- Tabulka č. 3: Vybrané charakteristiky z projekce obyvatelstva ČR do roku 2050
- Tabulka č. 4: Počet obyvatel v krajích ČR k 1. 1. 2009
- Tabulka č. 5: Počet obyvatel v obcích ČR k 1. 1. 2009
- Tabulka č. 6: Makroekonomické předpoklady projekcí
- Tabulka č. 7: Dotace poskytnuté domovům seniorů v relaci na 1 místo podle krajů v letech 2007– 2009
- Tabulka č. 8: Poskytovatelé ubytovací služby – domovy seniorů v r. 2008
- Tabulka č. 9: Vybavenost krajů místy v DS v relaci na 1000 obyvatel starších 65 let a 80 let
- Tabulka č. 10: Počet obyvatel v DS podle věku seniorů
- Tabulka č. 11: Finanční prostředky na sociální služby (v tis. Kč)
- Tabulka č. 12: Počet důchodců a poplatníků pojistného v ČR
- Tabulka č. 13: Průměrné výše důchodů v Kč podle krajů k 12/2009
- Tabulka č. 14: Dlouhodobá udržitelnost veřejných financí (v % HDP)
- Tabulka č. 15: Vývoj HDP v ČR na jednoho obyvatele v letech 1998-2008
- Tabulka č. 16: Vývoj výdajů na sociální ochranu podle funkcí sociální ochrany
- Tabulka č. 17: Podíl celkových výdajů na sociální ochranu k HDP**) v EU, ČR s využitím dat ESSPROS*)
- Tabulka č. 19: Schopnost seniorů pracovat s počítačovou technikou
- Tabulka č. 20: Zájem seniorů o ICT
- Tabulka č. 21: Vybavenost ICT v domovech seniorů
- Tabulka č. 22: Zájem seniorů o konkrétní služby sociální péče třetích osob
- Tabulka č. 23: Zájem seniorů o poskytovatele služby sociální péče
- Tabulka č. 24: Zvládání služeb sociální péče seniory svépomocí
- Tabulka č. 25: Procentuální důležitost služeb sociální péče pro seniory

Seznam grafů:

- Graf č. 1: Světová populace v závislosti na světových událostech v letech 2000 – 2300
- Graf č. 2: Stárnutí ve velkých světových regionech
- Graf č. 3: Věková skladba obyvatelstva České republiky v roce 1995 a v roce 2003
- Graf č. 4: Věková skladba obyvatelstva České republiky v roce 2010
- Graf č. 5: Naděje dožití při narození v letech 1990 - 2005
- Graf č. 6: Index stáří a závislosti starých
- Graf č. 7: Struktura krytí provozních nákladů v domovech pro seniory v roce 2008
- Graf č. 8: Odhadovaný nárůst počtu míst v domovech pro seniory v relaci na 1000 osob starších 80 let a počtu osob, kterým bude poskytována pečovatelská služba v relaci na 1000 osob starších 65 let při zachování vybavenosti na úrovni r. 2006
- Graf č. 9: Vývoj výdajů na sociální služby v letech 1992 – 2008

Použité prameny

Publikace

1. ANTLOVÁ, K.: *Strategie příležitostí ICT pro malé a střední podniky*. E+M Ekonomie a Management, 2007, roč. X, č. 1, s. 47-54. ISSN 1212-3609
2. BECKER, G.: *Teorie preferencí*. Vyd. 1. Praha : Grada, 1997. 350 s ISBN 8071694630
3. BROWN, L.: *Stav světa 1998: zpráva o cestě k trvale udržitelné společnosti*. Praha, Hynek, 1998. 356 s. ISBN 80-86202-29-1
4. BRDEK, M.: *Trendy v evropské sociální politice*. Praha, ASPI Publishing, 2002. 251 s. ISBN: 80-86395-25-1
5. BUDIŠ, P., ŠTĚDRONĚ, B.: *Elektronické komunikace*, Magnet Press, 2008, ISBN 978-80-89169-11-5
6. ČERNÁ, M., POULOVÁ, P.: *Návštěvnost portálů a míra využití jejich nástrojů a služeb – případová studie*. E+M Ekonomie a Management, 2008, roč. XI, č. 4, s. 132-143. ISSN 1212-3609
7. DOMES M.: *Word pro seniory*. Computer Press, 2008, Brno, ISBN 978-80-251-1906-8
8. EDNESS, L. Q., CHAPPELL, N. L.: *Health and social services for seniors in Bermuda*. Ageing Internacional, 1991, Volume 18, Number 1, s. 28-32. ISSN 0163-5158
9. ESPING-ANDRESEN, G.: *Social Foundations of Postindustrial Economies*. Oxford, Oxford University Press, 1999. ISBN 0-19-874291-0
10. FRIEDLOVÁ, K.: *Bazální stimulace v základní ošetrovatelské péči*. Praha, Grada Publishing a. s., 2007. 170 s. ISBN 978-80-247-1314-4
11. GIDDENS, A.: *Sociologie*, 1 vydání nakladatelství ARGO 2000, 596 s., ISBN 80-7203-124-4
12. HASENKNOPF, A., MORITZ, E. F., STREHLER, M.: *Movement, Health and Quality of Life for Senior Citizens — Prerequisites, Approaches, Concepts*. The Engineering of Sport 6, 2006, Part 6, s. 279-284. ISBN 978-0-387-34680-9

13. KALVACH, Z.: *Úvod do gerontologie a geriatrie: integrovaný text pro interdisciplinární studium*. Praha, Karolinum, 1997. 193 s. ISBN 8071843660
14. KLAASSEN, L. H., VAN DER VLIST, J. A.: *Senior citizens: A burden?*. De Economist, 1990, Volume 138, Number 3, s. 302-320. ISSN 0013-063X
15. KLAUS, V.: *Principy zdravé sociální politiky*. Sondy, 1995, č. 31, s. 1.
16. KLIKOVÁ, CH., KOTLÁN, I.: *Hospodářská politika: teorie a praxe*. Ostrava, Sokrates, 2006. 275 s. ISBN 80-86572-01-3
17. KOMÁRKOVÁ, J., MÁCHOVÁ, R., BEDNARČÍKOVÁ, I.: *Požadavky uživatelů na kvalitu webových stránek městského úřadu*. E+M Ekonomie a Management, 2008, roč. XI, č. 3, s. 116-126. ISSN 1212-3609
18. KRÁLOVÁ, J., RÁŽOVÁ, E.: *Sociální služby a příspěvek na péči*. Ostrava, ANAG, 2008. 374 s. ISBN 978-80-7263-462-0
19. KREBS, V. a kol.: *Sociální politika*. Praha, ASPI, 2007. 503 s. ISBN 978-80-7357-276-1
20. KUBÍČEK, J. a kol.: *Hospodářská politika*. Praha, Linde, 2006. 304 s. ISBN: 80-86898-99-7
21. KÜNEMUND, H., PEACOCK, S. E.: *Senior citizens and Internet technology*. European Journal of Ageing, 2007, Volume 4, Number 4, s. 191-200. ISSN 1613-9372
22. MAREŠ, P.: *Sociální reprodukce a integrace: ideály a meze*. Brno, Masarykova univerzita, 2007. 152 s. ISBN 978-80-210
23. MATOUŠEK, O. a kol.: *Sociální služby: legislativa, ekonomika, plánování, hodnocení*. Praha, Portál, 2007. 184 s. ISBN 978-80-7367-310-9
24. MPSV: *Základní ukazatele z oblasti práce a sociálního zabezpečení v České republice ve vývojových řadách a grafech*. Praha, MPSV, 2007. 54 s
25. KOLEKTIV: *Průvodce procesem komunitního plánování sociálních služeb*. Praha, MPSV, 2004, 60 s. ISBN 80-86878-03-1
26. MUSIL, L.: *Vývoj sociálního státu v Evropě*. Brno, Doplněk, 1996, 256 s. ISBN 80-85765-65-9

27. *Národní program přípravy na stárnutí na období let 2008 až 2012 (Kvalita života ve stáří). Usnesení vlády ze dne 9. ledna 2008 č. 8.* Praha, MPSV, 2008.
28. POLLNEROVÁ, Š.: *Některé aspekty vnitrogenerační redistribuce v základním důchodovém systému.* Fórum sociální politiky, 2008, ročník 2, s. 9-12. ISSN 1802-5854
29. POTŮČEK, M.: *Sociální politika.* Praha, Sociologické nakladatelství, 1995. 128 s. ISBN 80-85850-01-X
30. POTŮČEK, M.: *Křižovat české sociální reformy.* Praha, Sociologické nakladatelství, 1999. 317 s. ISBN 80-85850-70-2.
31. POTŮČEK, M. a kol.: *Veřejná politika.* Praha, SLON, 2005. 399s . ISBN 80-86429-50-4
32. PRŮŠA, L.: *Ekonomie sociálních služeb.* Praha, ASPI Publishing, 2007. 180 s. ISBN 978-80-7357-255-6
33. RABUŠIC, L.: *Česká společnost stárne.* Brno, GEORGETOWN, Masarykova univerzita, 1995. 192 s. ISBN: 80-210-1155-6
34. TOMEŠ, I.: *Sociální politika: Teorie a mezinárodní zkušenost .* Praha, Socioklub, 2001. 264 s. ISBN: 80-86484-00-9
35. VÁGNEROVÁ, M.: *Vývojová psychologie II. Dospělost a stáří.* Praha: Karolinum, 2007, 461 s. ISBN 978-80-246-1318-5
36. VEČEŘA, M.: *Sociální stát - východiska a přístupy.* Praha: Sociologické nakladatelství, 2001. 112 s. ISBN: 80-85850-16-8
37. ŽÁK, M.: *Velká ekonomická encyklopedie.* Praha, Linde, 2002, 888 s. ISBN80-72013815
38. ŽÁK, M.: *Hospodářská politika.* Praha, Vysoká škola ekonomie a managementu, 2007. 200 s. ISBN 978-80-86730-04-2

Internetové zdroje

1. BARTOŠ, F.: *Sociální soudržnost, vyloučenost a tvorba sociální politiky kraje a obce.*
<http://bartos.kdu.cz/zajimav.html> ze dne 4. 2. 2009
2. BECKER, G.: *Přednáška.*
http://tucnak.fsv.cuni.cz/~hajek/Methodologie/texty_seminar/Becker.doc
ze dne 24. 3. 2010
3. Biotika: *Modlitba ve stáří.*
<http://www.bioetika.cz/u3vmodlitba.html> ze dne 23. 2. 2010
4. BusinessInfo: *Národní rozvojový plán ČR 2007 – 2013.*
<http://www.businessinfo.cz/cz/clanek/zdroje-financovani-z-eu-2007-2013>
ze dne 23. 3. 2009
5. Český helsinský výbor: *Příručka aplikovaného práva pro seniory.*
<http://www.helpnet.cz/seniori/publikace-studie-o-seniorech> ze dne 30. 3. 2009
6. Český statistický úřad: *Demografický vývoj.*
<http://www.mpsv.cz/files/clanky/2237/srovnani-demografie.pdf> ze dne 23.6.2005
7. Český statistický úřad: *Počet obyvatel v krajích ČR k 1. 1. 2009.*
<http://www.czso.cz/csu/2009edicniplan.nsf/p/1301-09> ze dne 21. 10. 2009
8. ČERMÁKOVÁ, K., HOLEČKOVÁ, M.: *Standardy kvality sociálních služeb. Výkladový sborník pro poskytovatele.*
<http://www.kr-stredocesky.cz/portal/odbory/socialni-oblast/socialni-sluzby/standardy-kvality-soc-sluzeb> ze dne 15. 3. 2009
9. ČSSD: *Střednědobý program. Poslední aktualizace 2007*
<http://www.cssd.cz/nas-program/strednedoby-program/informacni-spolecnost.html>
ze dne 2. 2. 2009
10. Demografický informační portál: *Prognózy a projekce.*
http://www.demografie.info/?cz_prognozyobecne ze dne 4. 2. 2009
11. Demografický informační portál: *Stárnutí.* http://www.demografie.info/?cz_starnuti
ze dne 22. 1. 2007

12. HERDON, M., VÁRALLYAI, L.: *Digital Europe – Chance for Job in Hungary*.
http://online.agris.cz/files/2010/agris_on-line_2010_1_varallyai_herdon.pdf
ze dne 13.5.2010
13. JERMANOVÁ, A., BJAČKOVÁ, L., BOBROVÁ, E.: *Důchodová reforma*.
<http://www.slideshare.net/Lynxlynxx/duchodova-reforma-hotova>
ze dne 30. 3. 2010
14. Eur-lex: *Hodnocení strategie udržitelného rozvoje EU v roce 2005: Výchozí rekapitulace a budoucí směry vývoje*.
<http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=CELEX:52004DC0038:CS:HTML> ze dne 12. 2. 2009
15. EXNEROVÁ, V., ČERMÁK, Z., VOLFOVÁ, A.: *Demografický vývoj ve světě*.
http://www.rozvojovka.cz/demograficky-vyvoj-ve-svete_226_14.htm ze dne 22. 12. 2008
16. GIDDENS, A.: *Tělo, přijímání potravy, nemoc a stárnutí*.
http://www.kamama.estranky.cz/clanky/sociologie/a_-giddens---telo_-prijimani-potravy_-nemoc-a-starnuti ze dne 30. 3. 2010
17. Helpnet: *Poradenství*.
<http://www.helpnet.cz/poradenstvi> ze dne 4. 2. 2009
18. HOREHLEŘ, P.: *Edukativní dimenze gerontopedagogiky*.
http://is.muni.cz/th/105566/pdf_b/EDUKATIVNI_DIMENZE_GERONTOPELAGOGIKY.txt ze dne 4. 2. 2009
19. Info Systém. *Počítač pro seniory od Nadačního fondu manželů Livie a Václava Klausových*.
<http://www.oblast.cz/public/kapitola.phtml?kapitola=128086> ze dne 1. 2. 2009
20. JÍROVÁ, H.: *Sociální politika v Evropské unii*.
http://fse1.ujep.cz/materialy/KLZS_jirova_prednaska05.pdf ze dne 1. 11. 2007
21. KUNSTOVÁ, H.: *Práva seniorů*.
<http://www.helcom.cz/view.php?cisloclanku=2004022607> ze dne 18. 4. 2009

22. LOUŽEK, M.: *Je stárnutí populace tragédií?*
<http://www.virtually.cz/index.php?art=14122> ze dne 18. 4. 2007
23. MACHÁČKOVÁ, R.: *Práva starších osob v České republice pohledem právníka.*
<http://www.pecujici.cz/priruckyonline.shtml?x=200271%20ze%20dne%204.%20202009> ze dne 8. 2. 2009
24. MANNOVÁ, B.: *Senioři v informační společnosti.*
http://www.csvs.cz/konference/NCDiV2006_sbornik/Mannova.pdf
ze dne 1. 2. 2009
25. Medicína: *Charta práv a svobod starších občanů.*
http://nova.medicina.cz/verejne/clanek.dss?s_id=2545&s_rub=136&s_sv=2&s_ts=39877,025 ze dne 2. 2. 2009
26. MMR ČR: *Národní strategický referenční rámec ČR 2007-2013.*
<http://www.strukturalni-fondy.cz/CMSPages/GetFile.aspx?guid=5a5a7a80-ae4c-48e2-add9-0719b2872d7a> ze dne 2. 2. 2009
27. MMR ČR: *Národní rozvojový plán ČR 2007 – 2013.*
<http://www.strukturalni-fondy.cz/CMSPages/GetFile.aspx?guid=45fc8d6d-7007-4bc9-8f17-d172d12e2fa0> ze dne 23. 3. 2009
28. MPSV ČR: *Demografie.*
<http://www.mpsv.cz/files/clanky/2237/srovnani-demografie.pdf> ze dne 23.6.2005
29. MPSV ČR: *Ministerská deklarace.*
<http://www.mpsv.cz/cs/4995> ze dne 11. 1. 2008
30. MPSV ČR: *Národní akční plán sociálního začleňování 2008 – 2010.*
<http://www.mpsv.cz/cs/5130> ze dne 3. 2. 2009
31. MPSV ČR: *Kvalita života ve stáří. Národní program přípravy na stárnutí na období let 2008 – 2012.*
http://www.mpsv.cz/files/clanky/5045/starnuti_cz_web.pdf ze dne 24. 3. 2010
32. MPSV ČR: *Sociální služby.*
<http://www.mpsv.cz/cs/9> ze dne 4. 5. 2009

33. MPSV ČR: *Vzdělávání v zavádění standardů kvality sociálních služeb: druhové standardy kvality sociálních služeb.*
<http://www.sqss.cz/cz/redakce/standardy-kvality/druhove-standardy-kvality-socialnich-sluzeb/r57> ze dne 2. 3. 2009
34. MPSV ČR: *Základní ukazatele z oblasti práce a sociálního zabezpečení v České republice.*
http://www.mpsv.cz/files/clanky/6049/casove_rady.pdf ze dne 3. 4. 2009
35. MPSV ČR: *Zvyšování odbornosti a kvality sociálních služeb.*
<http://www.mpsv.cz/cs/9#zkss> ze dne 12. 3. 2009
36. MŽP ČR: *Strategie udržitelného rozvoje České republiky.*
[http://www.env.cz/AIS/web-pub.nsf/\\$pid/MZPISF7Z6L7V/\\$FILE/SUR%20%-C4%8CR_FINALlistopad2004.pdf](http://www.env.cz/AIS/web-pub.nsf/$pid/MZPISF7Z6L7V/$FILE/SUR%20%-C4%8CR_FINALlistopad2004.pdf) ze dne 12. 2. 2009
37. NEŠPOROVÁ, O. a kol.: *Zajištění potřeb seniorů s důrazem na roli nestátního sektoru*, VÚPSV, v.v.i. Praha, 2008
<http://www.email.cz/getAttachment?session> ze dne 30.3.2010
38. Novinky: *Na český trh přicházejí počítače pro seniory.*
<http://www.novinky.cz/clanek/138259-na-cesky-trh-prichazeji-pocitace-pro-seniory.html> ze dne 2. 2. 2009
39. OPS Hradec Králové: *Typologie sociálních služeb.*
<http://www.ops.cz/index.php?akce=kompla&kod=6&ids=2&table=kompla> ze dne 4. 4. 2009
40. Portál pro sociální oblast města Prahy: *Sociální služby.*
http://socialnipece.praha.eu/jnp/cz/socialni_sluzby/index.html ze dne 20. 11. 2009
41. Portál vzdělávání seniorů.
<http://www.e-senior.cz> ze dne 15.5.2010
42. PRŮŠA, L.: *Efektivnost sociálních služeb: vybrané prvky a aspekty.* Praha, 2007.
<http://aleph.vkol.cz/pub/svk01/00085/76/000857606.htm> ze dne 4. 4. 2009
43. RYCHTAŘÍKOVÁ, V.: *Reportáž: Konference v senátu.*
http://www.demografie.info/?cz_detail_clanku&artclID=471 ze dne 12. 2. 2009

44. Seniorcentrum: *Špatné zacházení se seniory a násilí v rodině.*
http://www.seniorcentrum.cz/new_www/detail.php?parent_id=&id=16&pobocka=%C3%9Ast%C3%AD%20n%20ad%20Labem&kod=C03_INFOCENTRUM
ze dne 2. 2. 2009
45. Sociální péče: *Sociální péče 1/2006.*
http://www.socialni-pece.cz/pdf/SP_1_2006.pdf ze dne 24.03.2010
46. SPCR: *Vývoj sociálních dávek a příspěvků.*
http://www.spcr.cz/statistika/soc_davky.htm ze dne 12. 3. 2009
47. SKOK: *Koncepce podpory transformace pobytových sociálních služeb v jiné typy sociálních služeb, poskytovaných v přirozené komunitě uživatele a podporující sociální začlenění uživatele do společnosti.*
http://www.skok.biz/_download/projekty/zakon-o-socialnich-sluzbach-koncepce-podpory.pdf ze dne 3. 3. 2009
48. Strážičtěst: *Kurzy na PC pro seniory.*
<http://www.straziste.cz/clanek/novinky-aktuality/kurzy-na-pc-pro-seniory-pokracuji-az-v-lednu-2009> ze dne 2. 2. 2009
49. Středočeský kraj: *Standardy kvality sociálních služeb.*
<http://www.kr-stredocesky.cz/portal/odbory/socialni-oblast/socialni-sluzby/standardy-kvality-soc-sluzeb/> ze dne 3. 4. 2009
50. Veřejný ochránce práv: *Systém sociálních dávek vykazuje řadu nedostatků.*
<http://www.ochrance.cz/dokumenty/dokument.php?doc=1432> ze dne 12. 3. 2009
51. Vláda České republiky: *Usnesení vlády ze dne 14. 11. 2001*
http://kormoran.vlada.cz/usneseni/usneseni_webtest.nsf/web/cs?Open&2001&11-14
ze dne 7. 2. 2009
52. VOSTATEK, J.: *Výsledky vědecko-výzkumné práce na úseku penzijní teorie a politiky*
<http://www.vfsf.cz/?id=1013&z=108> ze dne 2.4.2010
53. Výzkumný ústav práce a sociálních věcí: *Komplexní analýza sociálně ekonomických podmínek života ve stáří.*

<http://aplikace.isvav.cvut.cz/projectDetail.do?rowId=HS90%2F02>
ze dne 7. 2. 2009

Právní předpisy

Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů

Vyhláška MPSV ČR č. 505/2006, kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách, včetně příloh č. 1 a 2, ve znění pozdějších předpisů

Zákon č. 155/1995 Sb., o důchodovém pojištění, ve znění pozdějších předpisů

Zákon č. 117/1995 Sb., o státní sociální podpoře, ve znění pozdějších předpisů

Zákon č. 111/2006 Sb., o hmotné nouzi, ve znění pozdějších předpisů

Zákon č. 100/1988 Sb., o sociálním zabezpečení, ve znění pozdějších předpisů

Zákon č. 110/2006 Sb., o životním a existenčním minimu, ve znění pozdějších předpisů

Zákon č. 83/1990 Sb., o sdružování občanů, ve znění pozdějších předpisů

Zákon č. 463/1991 Sb., o životním minimu, ve znění pozdějších předpisů

Zákon č. 109/2002 Sb., o výkonu ústavní výchovy nebo ochranné výchovy ve školských zařízeních, ve znění pozdějších předpisů

Zákon č. 94/1963 Sb., o rodině, ve znění pozdějších předpisů

Zákon č. 42/1994 Sb., o penzijním připojištění se státním příspěvkem, ve znění pozdějších předpisů

Zákon č. 306/2008 Sb., o změně zákona o důchodovém pojištění, ve znění pozdějších předpisů

Novela zákona o důchodovém pojištění č. 178/2008 Sb., ve znění pozdějších předpisů

Vyhláška MPSV ČR č. 182/1991 Sb., kterou se provádí zákon o sociálním zabezpečení a zákon o působnosti orgánů ČR v sociálním zabezpečení, ve znění pozdějších předpisů

Ostatní nastudované materiály:

Národní program přípravy na stárnutí na období let 2003 až 2007

*Národní program přípravy na stárnutí na období let 2008 až 2012
(Kvalita života ve stáří)*

*Usnesení vlády ze dne 9. ledna 2008 č. 8 o Národním programu přípravy na stárnutí
na období let 2008 až 2012*

Diskuse demografů a sociologů v období 1990 – 1992 v časopise Demografie

Strategie udržitelného rozvoje Evropské unie (2005)

Národní program pro starší pracující - Finsko

Integrovaný program podpory seniorů – Portugalsko

Pecáková, I.: *Statistika v terénních průzkumech*. Profesional Publishing, Praha, 2008.
ISBN 978-80-86946-74-0

Průša, L.: *Efektivnost sociálních služeb: vybrané prvky a aspekty*.
http://praha.vupsv.cz/Fulltext/vz_245.pdf

Průša, L., *Jak zefektivnit system financování sociálních služeb*, Šlapanice, 21. ledna
2010, VÚPSV, v. v. i., Palackého nám. 4, Praha 2

Čermáková, K. a kol.: *Průvodce poskytovatele, MPSV 2003*

Čermáková K.: *Zavádění standardů kvality do praxe, Focus, Praha 2002*
<http://www.sniorcentrumuh.cz/aktuality/zmeny-v-poskytovani-prispevku-na-peci/>

*Kontrolní závěr NKÚ na rok 2009 pod č. 09/03: Dotace ze státního rozpočtu poskytované
prostřednictvím rozpočtů krajů poskytovatelům sociálních služeb regionálního
charakteru*

Odpovědi: Co to znamená záporná daň?
<http://www.odpovedi.cz/otazky/co-to-znamena-zaporna-dan> ze dne 4.4.2010

Řezánková, H.: *Analýza kategoriálních dat*. 1.vyd. Vysoká škola ekonomická v Praze.
Praha, 2005. ISBN 80-245-0926-1

Řezánková, H.: *Analýza dat z dotazníkového šetření*, Profesional Publishing, Praha, 2007.
ISBN 978-80-86946-49-8

Jindrová, A., Prášilová, M., Zeipelt, R.: *Statistika I*. Česká zemědělská univerzita v Praze.
Praha 2008. ISBN 978-80-213-1839-7

Virtually: *Záporná daň aneb Jak ušetřit na úřednictvu*.

<http://virtually.cz/?art=17964> ze dne 4. 4. 2010

Přílohy

- Příloha č. 1: Tabulky a grafy k hypotézám k DS a S
- Příloha č. 1a: Okruh A – Otázky spojené se službami sociální péče v domovech seniorů
- Příloha č. 1b: Okruh B – Otázky spojené s evidencí poskytovaných služeb sociální péče a jejich vzájemného oddělení, služby zdravotní péče, evidence příspěvků na péči
- Příloha č. 1c: Okruh C – Otázky spojené s finančními náklady na úhradu služeb sociální péče ze strany domovů seniorů se zaměřením na zdroje při zajišťování chybějících finančních prostředků
- Příloha č. 1d: Okruh D – Otázky spojené s rozvojem a významem informačně komunikační technologie v domovech seniorů
- Příloha č. 1e: Okruh E – Otázka spojená se sociální prevencí před vznikem sociální potřeby a její vliv na finanční náročnost služeb sociální péče
- Příloha č. 1f: Identifikační údaje respondentů - seniorů
- Příloha č. 2: Výběr zákonů a souvisejících právních předpisů v oblasti sociálních dávek, pomoci v hmotné nouzi, životního a existenčního minima, sociálních služeb a sociální péče
- Příloha č. 3: Úkony hrazené z příspěvku na péči
- Příloha č. 4: Záznamový arch pro seniory
- Příloha č. 5: Dotazník pro poskytovatele služeb sociální péče v domovech seniorů
- Příloha č. 6: Seznam domovů seniorů, které poskytly údaje k výzkumnému šetření
- Příloha č. 7: Výpočet měsíčních nákladů za služby sociální péče na jednoho seniora v domově seniorů za jeden měsíc

Příloha č. 1: Tabulky a grafy k hypotézám k DS a S

Legenda k tabulkám:

Termín	Význam
Valid	Odpovědi
Frequency	Četnost
Valid percent	Významné procento
Missing	Nezodpovězeno
Percent	Procent (%)
Cumulative percent	Kumulativní součet procent

**Příloha č. 1a: Okruh A – Otázky spojené se službami sociální péče
v domovech seniorů**

*H 2 DS Význam třetích subjektů při poskytování služeb sociální péče
v DS je malý.*

Tabulka: Význam třetích subjektů při poskytování služeb sociální péče

**Jakou roli dle Vás sehrávají třetí subjekty při poskytování služeb sociální péče
ve Vašem domově seniorů?**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Výjimečně velkou	3,0	3,1	3,5	3,5
	Velkou	47,0	49,0	55,3	58,8
	Malou	28,0	29,2	32,9	91,7
	Nedostatečnou	7,0	7,3	8,3	100,0
	Total	85,0	88,5	100,0	
Missing	0	10,0	10,4		
	System	1,0	1,0		
	Total	11,0	11,5		
Total		96,0	100,0		

Zdroj: Vlastní zpracování autora, 2009

H 3 DS Outsourcing není při poskytování služeb sociální péče v domovech seniorů vůbec využíván.

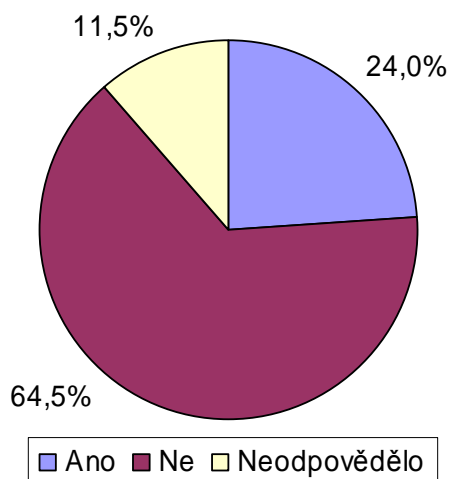
Tabulka: Outsourcing při poskytování služeb sociální péče

Využíváte outsourcingu při poskytování služeb sociální péče?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ano	23,0	24,0	27,1	27,1
	Ne	62,0	64,5	72,9	100,0
	Total	85,0	88,5	100,0	
Missing	0	10,0	10,4		
	System	1,0	1,0		
	Total	11,0	11,5		
Total		96,0	100,0		

Zdroj: Vlastní zpracování autora, 2009

Graf: Outsourcing při poskytování služeb sociální péče



Zdroj: Vlastní zpracování autora, 2009

H 4 DS *Více jak 10 % DS poskytuje služby chráněného bydlení.*

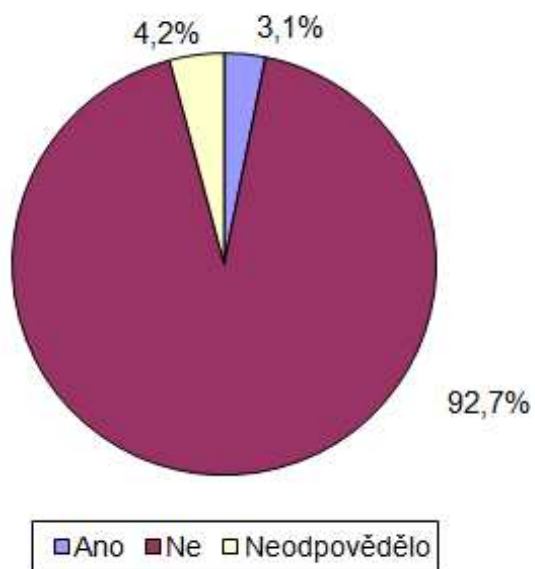
Tabulka: Služba chráněného bydlení v DS

Poskytujete služby chráněného bydlení?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ano	3	3,1	3,3	3,3
	Ne	89	92,7	96,7	100,0
	Total	92	95,8	100,0	
Missing	0	3	3,1		
	System	1	1,0		
	Total	4	4,2		
Total		96	100,0		

Zdroj: Vlastní zpracování autora, 2009

Graf: Služba chráněného bydlení v DS



Zdroj: Vlastní zpracování autora, 200

H 5 S *Nadpoloviční většina seniorů umístěných v DS je informována o novém zákoně č. 108/2006 Sb., o sociálních službách.*

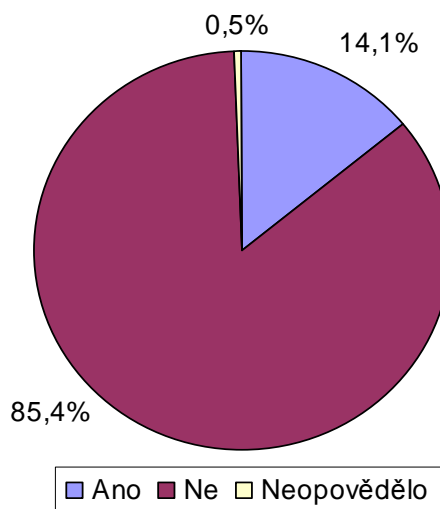
Tabulka: Informovanost seniorů o zákoně o sociálních službách

Víte, že byl vydán nový zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, který řeší otázky související s poskytováním sociálních služeb?

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Ano	28	14,1	14,1	14,1
Ne	170	85,4	85,9	100,0
Total	198	99,5	100,0	
Missing	1	0,5		
Total	199	100,0		

Zdroj: Vlastní zpracování autora, 2009

Graf: Informovanost seniorů o zákoně o sociálních službách



Zdroj: Vlastní zpracování autora, 2009

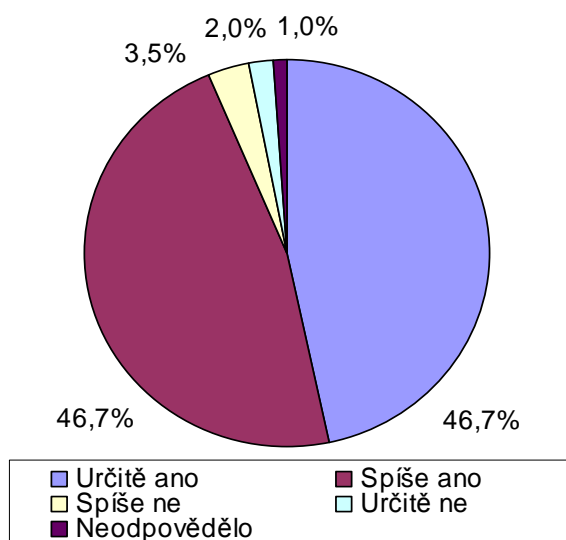
Tabulka: Informovanost seniorů o službách sociální péče

Jste dostatečně informován/a o možnosti využití služeb sociální péče v domově seniorů?

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Určitě ano	93	46,7	47,2	47,2
Spíše ano	93	46,7	47,2	94,4
Spíše ne	7	3,5	3,6	98,0
Určitě ne	4	2,0	2,0	100,0
Total	197	99,0	100,0	
Missing	2	1,0		
Total	199	100,0		

Zdroj: Vlastní zpracování autora, 2009

Graf: Informovanost seniorů o službách sociální péče



Zdroj: Vlastní zpracování autora, 2009

H 7 S *Informace o službách sociální péče v DS jsou pro nadpoloviční většinu seniorů srozumitelné.*

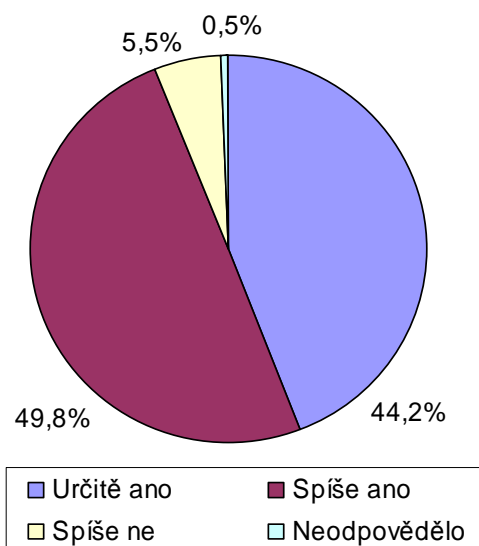
Tabulka: Srozumitelnost informací o službách sociální péče

Jsou pro Vás informace o pobytových službách sociální péče v DS srozumitelné?

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Určitě ano	88	44,2	44,4	44,4
Spíše ano	99	49,8	50,0	94,4
Spíše ne	11	5,5	5,6	100,0
Total	198	99,5	100,0	
Missing	1	0,5		
Total	199	100,0		

Zdroj: Vlastní zpracování autora, 2009

Graf: Srozumitelnost informací o službách sociální péče



Zdroj: Vlastní zpracování autora, 2009

H 8 S Nadpoloviční většina seniorů umístěných v DS zná obsah pojmu služby sociální péče chráněného bydlení.

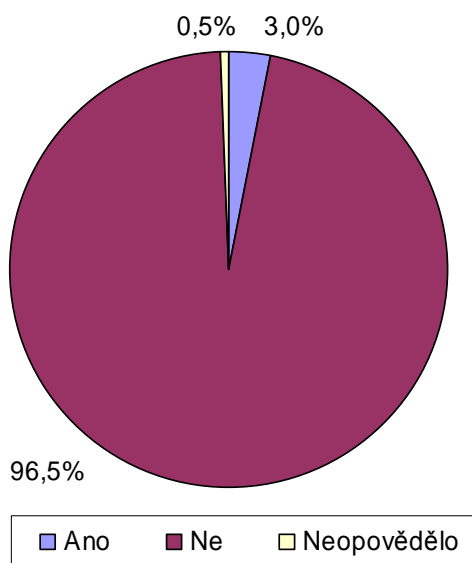
Tabulka: Znalost seniorů o službě chráněného bydlení

Víte, co poskytuje služba chráněného bydlení?

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Ano	6	3,0	3,0	3,0
Ne	192	96,5	97,0	100,0
Total	198	99,5	100,0	
Missing	1	0,5		
Total	199	100,0		

Zdroj: Vlastní zpracování autora, 2009

Graf: Znalost seniorů o službě chráněného bydlení



Zdroj: Vlastní zpracování autora, 2009

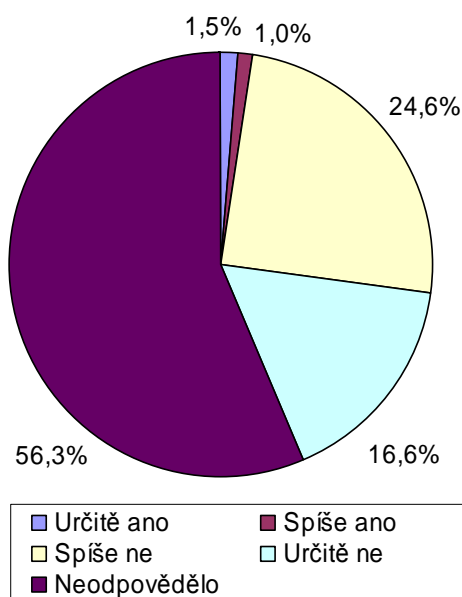
Tabulka: Zájem seniorů o chráněné bydlení.

Máte zájem o samostatné bydlení ve svém bydlišti (bytě) s
možností využívat služby sociální péče dle mé osobní potřeby
(chráněné bydlení)?

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Určitě ano	3	1,5	3,4	3,4
Spíše ano	2	1,0	2,3	5,7
Spíše ne	49	24,6	56,3	62,1
Určitě ne	33	16,6	37,9	100,0
Total	87	43,7	100,0	
Missing	112	56,3		
Total	199	100,0		

Zdroj: Vlastní zpracování autora, 2009

Graf: Zájem seniorů o chráněné bydlení



Zdroj: Vlastní zpracování autora, 2009

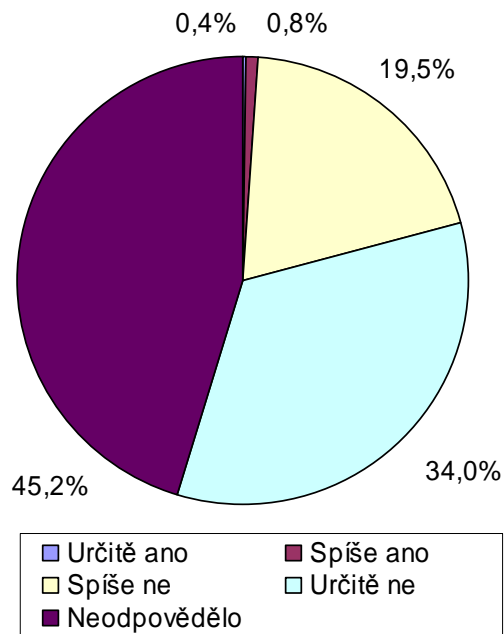
Tabulka: Zájem seniorů o chráněné bydlení s více osobami.

Máte zájem o službu chráněného bydlení s více známými vrstevníky, či jinými vhodnými osobami?

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Určitě ano	1	0,5	1,1	1,1
Spíše ano	2	1,0	2,3	3,4
Spíše ne	48	24,1	54,5	58,0
Určitě ne	37	18,6	42,0	100,0
Total	88	44,2	100,0	
Missing	111	55,8		
Total	199	100,0		

Zdroj: Vlastní zpracování autora, 2009

Graf: Zájem seniorů o chráněné bydlení s více osobami?



Zdroj: Vlastní zpracování autora, 2009

H 9 S Nadpoloviční většina seniorů umístěných v DS využívá služeb sociální péče i mimo DS třetími subjekty.

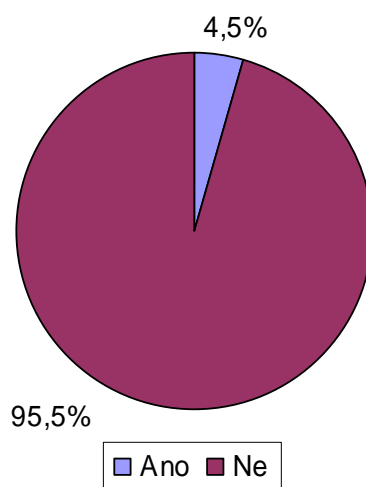
Tabulka: Míra využívání služeb sociální péče i mimo DS

Využíváte služeb sociální péče i mimo domov seniorů?

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Ano	9	4,5	4,5	4,5
Ne	190	95,5	95,5	100,0
Total	199	100,0	100,0	

Zdroj: Vlastní zpracování autora, 2009

Graf: Míra využívání služeb sociální péče i mimo DS



Zdroj: Vlastní zpracování autora, 2009

Tabulka: Absence služeb sociální péče a náměty DS

Vyjádření vedení DS	Počet DS z celkového počtu 96 respondentů	% z celkového počtu 96 respondentů
Chybí rehabilitace	20	20,83
návrh na finanční pomoc příbuzných seniorů	15	15,63
nedostatečné služby v terénu	14	14,58
nedostatek zaměstnanců DS	9	9,38
návrh na zvýšení důchodů	7	7,29
malá kapacita DS	7	7,29
zrevidovat finanční možnosti seniorů (úspory, majetek)	6	6,25
nedostatek odlehčovacích služeb	5	5,21
chybí stacionáře pro seniory	5	5,21
nedostatek DS	5	5,21
nedostatek canisterapie	4	4,17
podporovat dobrovolnictví	4	4,17
chybí psycholog	4	4,17
umožnit financování od jiných subjektů	3	3,13
při přijetí seniora do DS hodnotit i stránku duševní a smyslovou	3	3,13

Zdroj: Vlastní zpracování autora, 2009

Příloha č. 1b: Okruh B – Otázky spojené s evidencí poskytovaných služeb sociální péče v domovech pro seniory a jejich oddělení od poskytovaných služeb zdravotní péče, evidence příspěvků na péči

Otázky spojené se službami sociální péče v domovech seniorů.

Okruh B - Otázky spojené s evidencí poskytovaných služeb sociální péče v domovech pro seniory a jejich oddělení od poskytovaných služeb zdravotní péče, evidence příspěvku na péči.

Okruh C - Otázky spojené s finančními náklady na úhradu služeb sociální péče seniorům v domovech pro seniory se zaměřením na zdroje jejich dofinancování.

Okruh D - Otázky spojené s rozvojem a významem informačně komunikační technologie v domovech seniorů.

Okruh E - Otázka spojená se sociální prevencí a jejího významu při snížení sociální potřeby seniorů.

H 10 DS *Vymezení obsahu služeb sociální péče na služby základní a na ostatní služby sociální péče, jejichž cílem je pomoci seniorovi při péči o jeho osobu a zajištění jeho soběstačnosti, má praktický význam.*

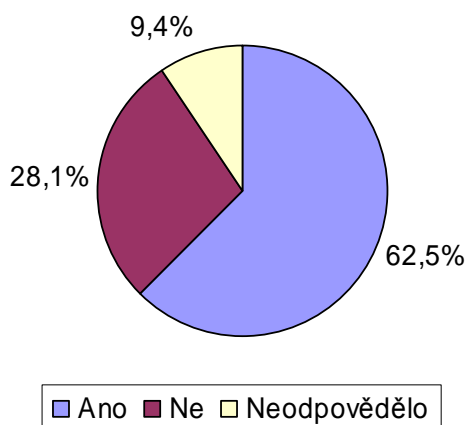
Tabulka: Určení obsahu služeb sociální péče na základní a ostatní

Mělo by dle Vás praktický význam přesné určení a vymezení obsahu služeb sociální péče na služby základní a ostatní služby, jejichž cílem je pomoc seniorovi při péči o vlastní osobu a zajištění jeho soběstačnosti dle stanoveného stupně závislosti?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ano	60	62,5	69,0	69,0
	Ne	27	28,1	31,0	100,0
	Total	87	90,6	100,0	
Missing	0	8	8,3		
	System	1	1,0		
	Total	9	9,4		
Total		96	100,0		

Zdroj: Vlastní zpracování autora, 20097

Graf: Určení obsahu služeb sociální péče na základní a ostatní



Zdroj: Vlastní zpracování autora, 2009

H 12 DS Více jak 80 % DS odděluje po formální-evidenční stránce služby sociální péče od služeb zdravotních.

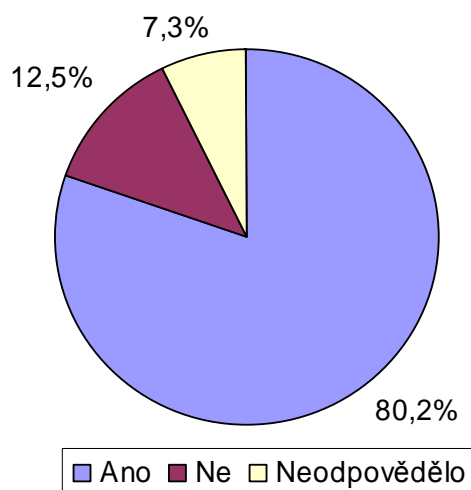
Tabulka: Oddělenost služeb sociálních od služeb zdravotních

Je ve Vašem domově seniorů po formálně-evidenční stránce zdravotní péče oddělena od péče sociální?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ano	77,0	80,2	86,5	86,5
	Ne	12,0	12,5	13,5	100,0
	Total	89,0	92,7	100,0	
Missing	0	6,0	6,2		
	System	1,0	1,0		
	Total	7,0	7,3		
Total		96,0	100,0		

Zdroj: Vlastní zpracování autora, 2009

Graf: Oddělenost služeb sociálních od služeb zdravotních



Zdroj: Vlastní zpracování autora, 2009

H 13 DS *Nadpoloviční většina DS nevede údaje o nákladovosti služeb sociální péče odděleně u seniorů, kteří příjemcem PnP jsou a kteří příjemcem PnP nejsou.*

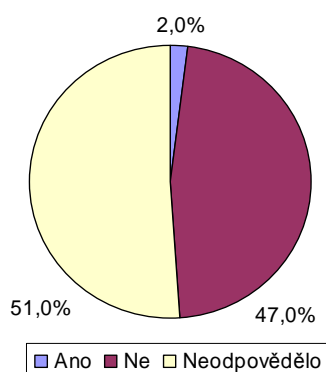
Tabulka: Evidence nákladovosti služeb sociální péče u seniorů pobírajících a nepobírajících PnP

Vedete údaje o nákladovosti služeb sociální péče odděleně u seniorů, kteří příjemcem PnP jsou a kteří příjemcem PnP nejsou?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ano	1,0	2,0	3,1	3,1
	Ne	46,0	47,0	96,9	100,0
	Total	47,0	49,0	100,0	
Missing	0	48,0	50,0		
	System	1,0	1,0		
	Total	49,0	51,0		
Total		96,0	100,0		

Zdroj: Vlastní zpracování autora, 2009

Graf: Evidence nákladovosti služeb sociální péče u seniorů pobírajících a nepobírajících PnP



Zdroj: Vlastní zpracování autora, 2009

H 14 DS Nadpoloviční většina DS nevede údaje o nákladovosti služeb sociální péče odděleně u seniorů podle jejich přiznaného stupně závislosti.

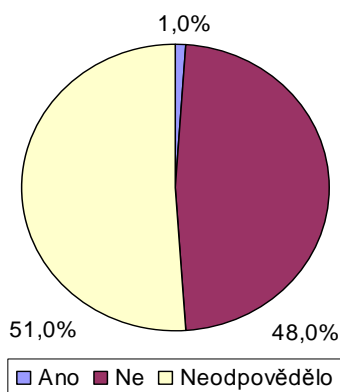
Tabulka: Evidence nákladovosti služeb sociální péče u seniorů podle přiznaných stupňů závislosti

Vedete náklady služeb sociální péče uvedených v otázce č. 2 a 3 odděleně u seniorů s přiznaným příspěvkem na péči podle jejich přiznaného stupně závislosti?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ano	1,0	1,0	2,1	2,1
	Ne	46,0	48,0	97,9	100,0
	Total	47,0	49,0	100,0	
Missing	0	48,0	50,0		
	System	1,0	1,0		
	Total	49,0	51,0		
Total		96,0	100,0		

Zdroj: Vlastní zpracování autora, 2009

Graf: Evidence nákladovosti služeb sociální péče u seniorů podle přiznaných stupňů závislosti



Zdroj: Vlastní zpracování autora, 2009

H 15 DS *Nadpoloviční většina DS vede evidenci o vynaložených nákladech na služby sociální péče podle jednotlivých úkonů dle přílohy č. 1 Vyhl. MPSV ČR č. 505/2006 Sb.*

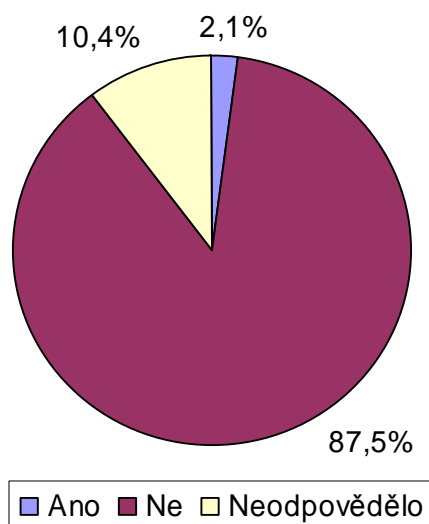
Tabulka: Evidence nákladů na služby sociální péče dle úkonů

Vedete evidenci vynaložených nákladů na služby sociální péče podle jednotlivých úkonů dle přílohy č.1, k vyhl. č. 505/2006 Sb. části I. písm. a až r a části II., písm. a až r?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ano	2,0	2,1	2,3	2,3
	Ne	84,0	87,5	97,7	100,0
	Total	86,0	89,6	100,0	
Missing	0	9,0	9,4		
	System	1,0	1,0		
	Total	10,0	10,4		
Total		96,0	100,0		

Zdroj: Vlastní zpracování autora, 2009

Graf: Evidence nákladů na služby sociální péče dle úkonů



Zdroj: Vlastní zpracování autora, 2009

Příloha č. 1c: Okruh C – Otázky spojené s finančními náklady na úhradu služeb sociální péče v domovech pro seniory se zaměřením na zdroje jejich dofinancování

H 17 DS Stanovení fixních plateb za provedené úkony služeb sociální péče v DS je důležitou podmínkou z hlediska jejich finančního účtování.

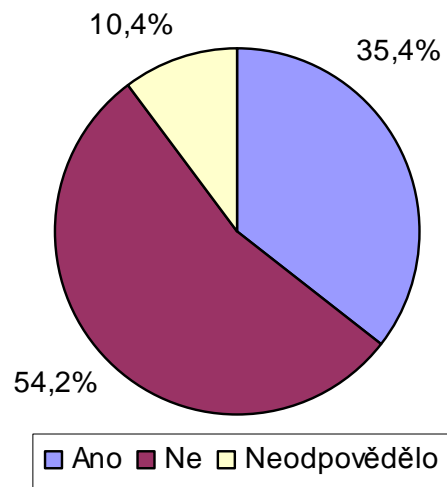
Tabulka: Význam stanovení fixních plateb za provedené úkony služeb sociální péče

Mělo by dle Vás význam stanovení fixních plateb za úkony služeb sociální péče v jejich dělení dle otázky č. 2 a 3 v praxi a tyto účtovat dle předem stanovených sazebníků úhrad?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ano	34	35,4	39,5	39,5
	Ne	52	54,2	60,5	100,0
	Total	86	89,6	100,0	
Missing	0	9	9,4		
	System	1	1,0		
	Total	10	10,4		
Total		96	100,0		

Zdroj: Vlastní zpracování autora, 2009

**Graf: Význam stanovení fixních plateb za provedené úkony
služeb sociální péče**



Zdroj: Vlastní zpracování autora, 2009

H 18 DS *Vypracování finančního sociálně-ekonomického programu komplexní péče na každého seniora má dopad na financování služeb sociální péče seniorům.*

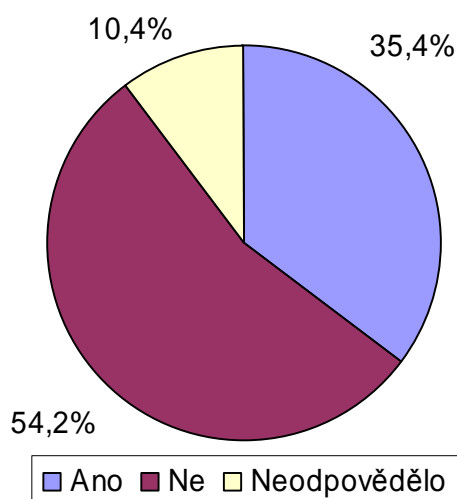
Tabulka: Význam finančního sociálně-ekonomického programu

Mělo by dle Vašeho názoru význam vypracovat na každého seniora sociálně-ekonomický program komplexní péče (zdravotní i sociální), včetně jeho finančních potřeb?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ano	34,0	35,4	39,5	39,5
	Ne	52,0	54,2	60,5	100,0
	Total	86,0	89,6	100,0	
Missing	0	9,0	9,4		
	System	1,0	1,0		
	Total	10,0	10,4		
Total		96,0	100,0		

Zdroj: Vlastní zpracování autora, 2009

Graf: Význam finančního sociálně-ekonomického programu



Zdroj: Vlastní zpracování autora, 2009

H 19 DS Nadpoloviční většina DS chybějící finanční prostředky k dofinancování služeb sociální péče čerpá z dotací.

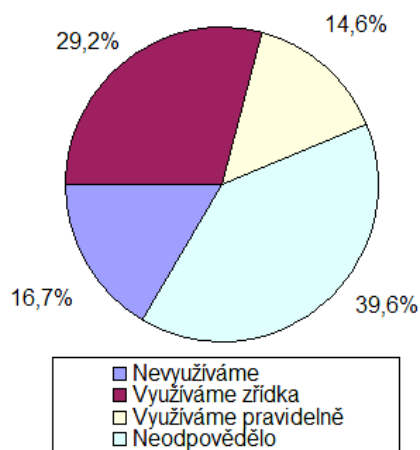
Tabulka: Zdroje ze sponzorských darů k douhrazení nákladů na služby sociální péče

Ze sponzorských darů

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Nevyužíváme	16	16,7	27,6	27,6
	Využíváme zřídka	28	29,2	48,3	75,9
	Využíváme pravidelně	14	14,6	24,1	100,0
	Total	58	60,4	100,0	
Missing	0	37	38,5		
	System	1	1,0		
	Total	38	39,6		
Total		96	100,0		

Zdroj: Vlastní zpracování autora, 2009

Graf: Zdroje ze sponzorských darů k douhrazení nákladů na služby sociální péče



Zdroj: Vlastní zpracování autora, 2009

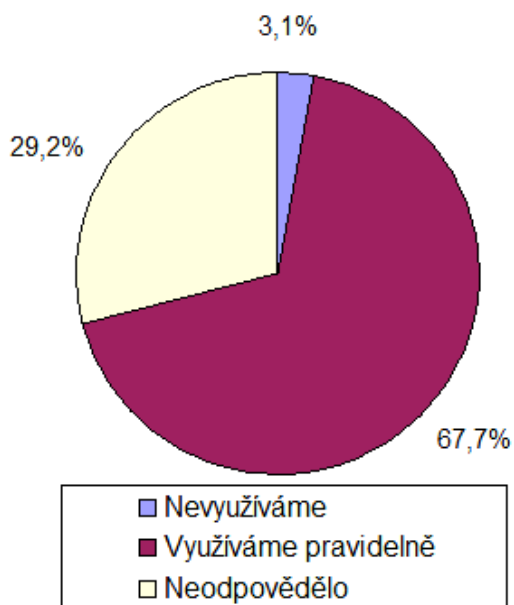
Tabulka: Zdroje z dotací státu k douhrazení nákladů na služby sociální péče

Z dotací státu

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Nevyužíváme	3	3,1	4,4	4,4
	Využíváme zřídka	0	0,0	0,0	4,4
	Využíváme pravidelně	65	67,7	95,6	100,0
	Total	68	70,8	100,0	
Missing	0	27	28,1		
	System	1	1,0		
	Total	28	29,2		
Total		96	100,0		

Zdroj: Vlastní zpracování autora, 2009

Graf: Zdroje z dotací státu k douhrazení nákladů na služby sociální péče



Zdroj: Vlastní zpracování autora, 2009

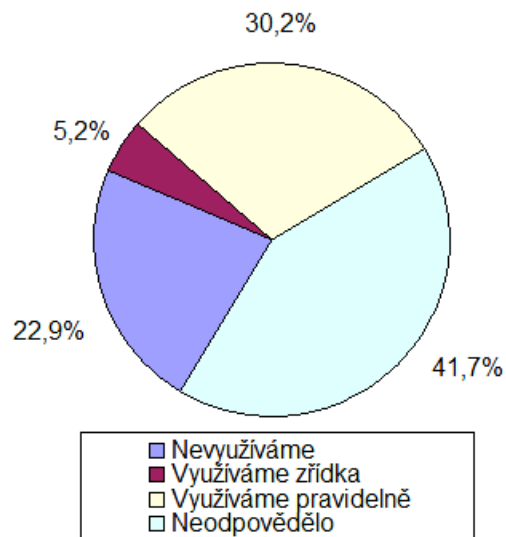
**Tabulka: Zdroje z dotací krajského, městského, popř. obecního úřadu
k douhrození nákladů na služby sociální péče**

Z dotací krajského, městského, popř. obecního úřadu

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Nevyužíváme	22	22,9	39,3	39,3
	Využíváme zřídka	5	5,2	8,9	48,2
	Využíváme pravidelně	29	30,2	51,8	100,0
	Total	56	58,3	100,0	
Missing	0	39	40,6		
	Systém	1	1,0		
	Total	40	41,7		
Total		96	100,0		

Zdroj: Vlastní zpracování autora, 2009

**Graf: Zdroje z dotací krajského, městského, popř. obecního úřadu
k douhrození nákladů na služby sociální péče**



Zdroj: Vlastní zpracování autora, 2009

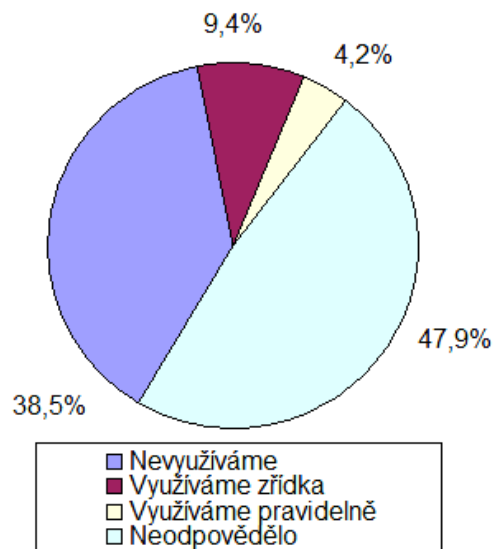
Tabulka: Zdroje z grantů k douhrazení nákladů na služby sociální péče

Z grantů

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Nevyužíváme	37	38,5	74,0	74,0
	Využíváme zřídka	9	9,4	18,0	92,0
	Využíváme pravidelně	4	4,2	8,0	100,0
	Total	50	52,1	100,0	
Missing	0	45	46,9		
	System	1	1,0		
	Total	46	47,9		
Total		96	100,0		

Zdroj: Vlastní zpracování autora, 2009

Graf: Zdroje z grantů k douhrazení nákladů na služby sociální péče



Zdroj: Vlastní zpracování autora, 2009

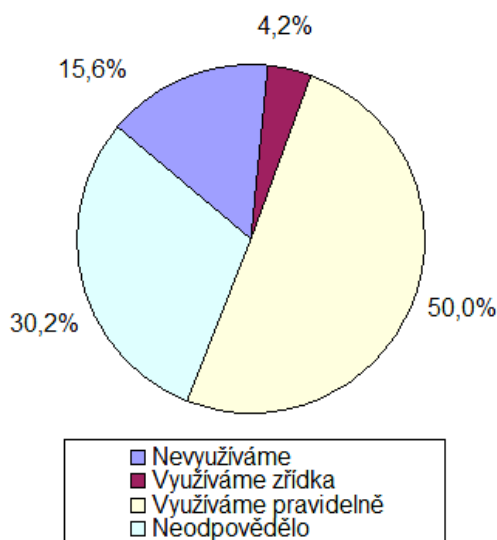
**Tabulka: Zdroje z příspěvku zřizovatele na provoz DS k douhrazení
nákladů na služby sociální péče**

Z příspěvku zřizovatele na provoz domova

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Nevyužíváme	15	15,6	22,4	22,4
	Využíváme zřídka	4	4,2	6,0	28,4
	Využíváme pravidelně	48	50,0	71,6	100,0
	Total	67	69,8	100,0	
Missing	0	28	29,2		
	Systém	1	1,0		
	Total	29	30,2		
Total		96	100,0		

Zdroj: Vlastní zpracování autora, 2009

**Graf: Zdroje z příspěvku zřizovatele na provoz DS k douhrazení
nákladů na služby sociální péče**



Zdroj: Vlastní zpracování autora, 2009

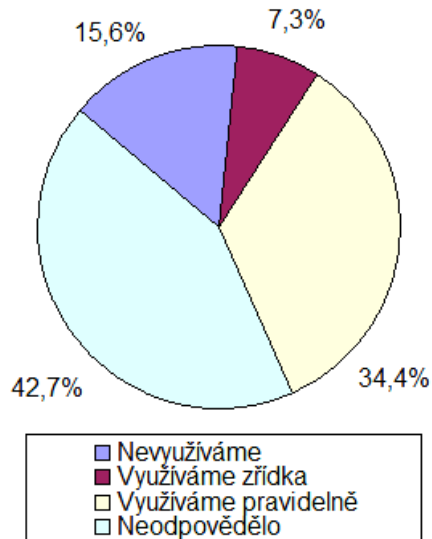
Tabulka: Zdroje z tržeb k douhrazení nákladů na služby sociální péče

Z tržeb

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Nevyužíváme	15	15,6	27,3	27,3
	Využíváme zřídka	7	7,3	12,7	40,0
	Využíváme pravidelně	33	34,4	60,0	100,0
	Total	55	57,3	100,0	
Missing	0	40	41,7		
	System	1	1,0		
	Total	41	42,7		
Total		96	100,0		

Zdroj: Vlastní zpracování autora, 2009

Graf: Zdroje z tržeb k douhrazení nákladů na služby sociální péče



Zdroj: Vlastní zpracování autora, 2009

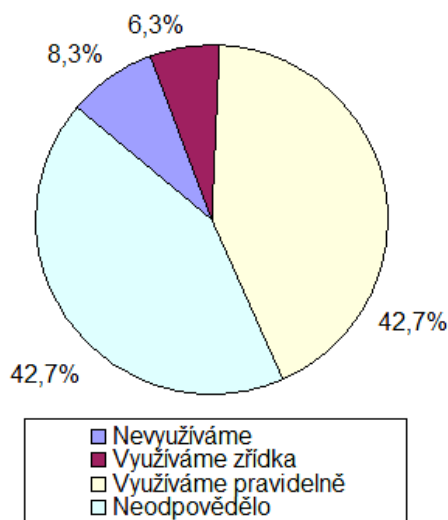
**Tabulka: Zdroje z plateb za hrazené služby k douhrazení nákladů
na služby sociální péče**

Z plateb za hrazené služby

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Nevyužíváme	8	8,3	14,5	14,5
	Využíváme zřídka	6	6,3	10,9	25,5
	Využíváme pravidelně	41	42,7	74,5	100,0
	Total	55	57,3	100,0	
Missing	0	40	41,7		
	System	1	1,0		
	Total	41	42,7		
Total		96	100,0		

Zdroj: Vlastní zpracování autora, 2009

**Graf: Zdroje z plateb za hrazené služby k douhrazení nákladů
na služby sociální péče**



Zdroj: Vlastní zpracování autora, 2009

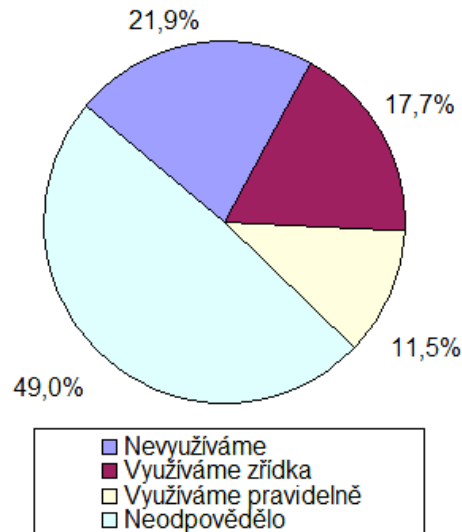
Tabulka: Jiné zdroje k douhrození nákladů na služby sociální péče

Jiné zdroje

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Nevyužíváme	21	21,9	42,9	42,9
	Využíváme zřídka	17	17,7	34,7	77,6
	Využíváme pravidelně	11	11,5	22,4	100,0
	Total	49	51,0	100,0	
Missing	0	46	47,9		
	System	1	1,0		
	Total	47	49,0		
Total		96	100,0		

Zdroj: Vlastní zpracování autora, 2009

Graf: Jiné zdroje k douhrození nákladů na služby sociální péče



Zdroj: Vlastní zpracování autora, 2009

**Příloha č. 1d: Okruh D – Otázky spojené s rozvojem a významem
informačně komunikační technologie v domovech seniorů**

H 21 S Nadpoloviční většina seniorů umístěných v DS má zájem se seznámit s počítačovou technikou a s internetem.

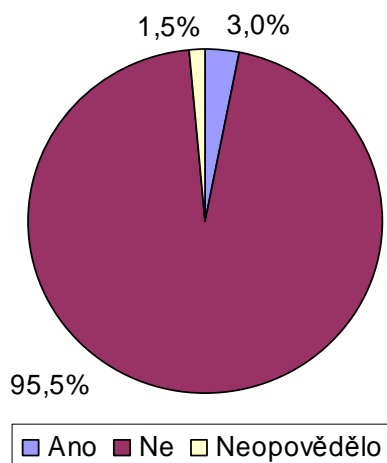
Tabulka: Zájem seniorů o práci s počítačovou technikou a internetem

Seznámil/a byste se ráda s počítačovou technikou a naučil/a se zacházet s internetem?

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Ano	6	3,0	3,1	3,1
Ne	190	95,5	96,9	100,0
Total	196	98,5	100,0	
Missing	3	1,5		
Total	199	100,0		

Zdroj: Vlastní zpracování autora, 2009

Graf: Zájem seniorů o práci s počítačovou technikou a internetem



Zdroj: Vlastní zpracování autora, 2009

H 22 S Nadpoloviční většina seniorů umístěných v DS je schopna pracovat samostatně s počítačovou technikou.

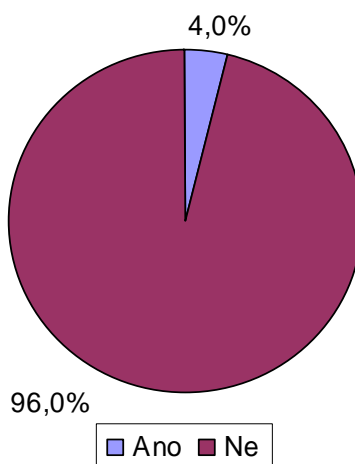
Tabulka: Schopnost seniorů práce s počítačovou technikou

Jste schopen/a pracovat s počítačovou technikou?

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Ano	8	4,0	4,0	4,0
Ne	191	96,0	96,0	100,0
Total	199	100,0	100,0	

Zdroj: Vlastní zpracování autora, 2009

Graf: Schopnost seniorů práce s počítačovou technikou



Zdroj: Vlastní zpracování autora, 2009

Příloha č. 1e: Okruh E – Otázka spojená se sociální prevencí a jejího významu při snížení sociální potřeby seniorů

H 23 DS Sociální prevence má významný vliv na předcházení sociální potřeby seniora.

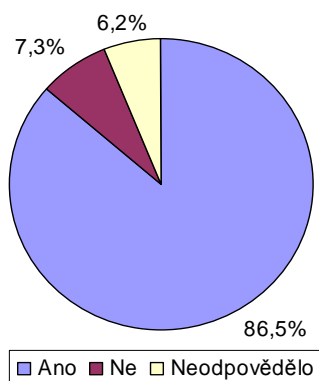
Tabulka: Sociální prevence před vznikem sociální potřeby

Je podle Vašich zkušeností důležitá sociální prevence před vznikem sociálních potřeb?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ano	83,0	86,5	92,2	92,2
	Ne	7,0	7,3	7,8	100,0
	Total	90,0	93,8	100,0	
Missing	0	5,0	5,2		
	System	1,0	1,0		
	Total	6,0	6,2		
Total		96,0	100,0		

Zdroj: Vlastní zpracování autora, 2009

Graf: Sociální prevence před vznikem sociální potřeby



Zdroj: Vlastní zpracování autora, 2009

Příloha č. 1f: Identifikační údaje respondentů

Pohlaví respondentů:

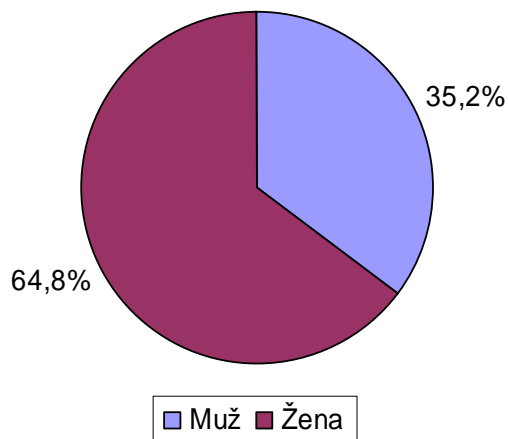
Celkem bylo o spolupráci požádáno 199 seniorů žijících v domovech seniorů, z nichž 64,8 % tvořily ženy a 35,2 % muži.

Tabulka: Pohlaví respondentů

Pohlaví	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Muž	70	35,2	35,2	35,2
Žena	129	64,8	64,8	100,0
Total	199	100,0	100,0	

Zdroj: vlastní výzkum autora, 2009

Graf: Pohlaví respondentů



Zdroj: vlastní výzkum autora, 2009

Vzdělání respondentů:

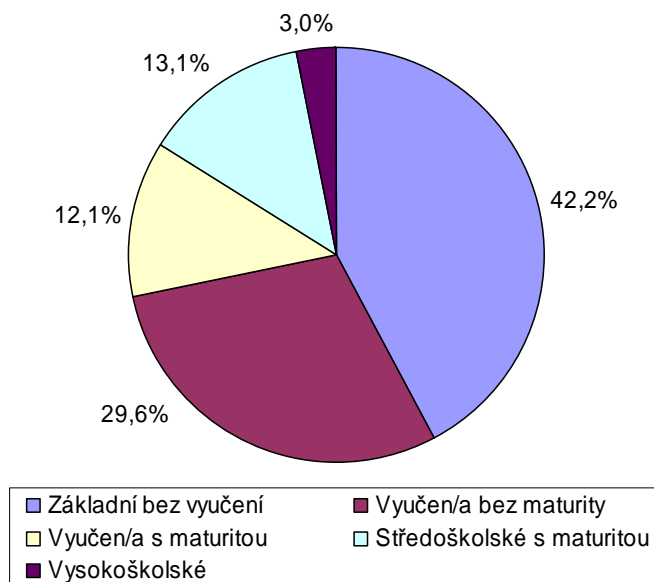
Zúčastnění seniori měli z 42,2 % základní vzdělání bez vyučení, 29,6 % bylo vyučeno bez maturity, 12,1 % seniorů bylo vyučeno s maturitou, 13,1 % bylo středoškolsky vzdělaných a pouhá 3 % seniorů byla vysokoškolsky vzdělaných.

Tabulka: Vzdělání respondentů

Vzdělání	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Základní bez vyučení	84	42,2	42,2	42,2
Vyučen/a bez maturity	59	29,6	29,6	71,9
Vyučen/a s maturitou	24	12,1	12,1	83,9
Středoškolské s maturitou	26	13,1	13,1	97,0
Vysokoškolské	6	3,0	3,0	100,0
Total	199	100,0	100,0	

Zdroj: vlastní výzkum autora, 2009

Graf: Vzdělání respondentů



Zdroj: vlastní výzkum autora, 2009

Respondenti žili převážnou část svého života:

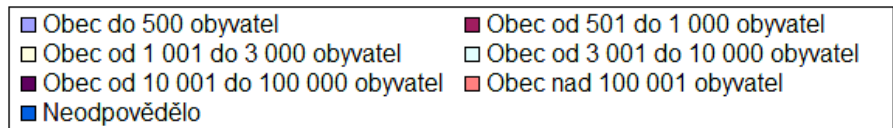
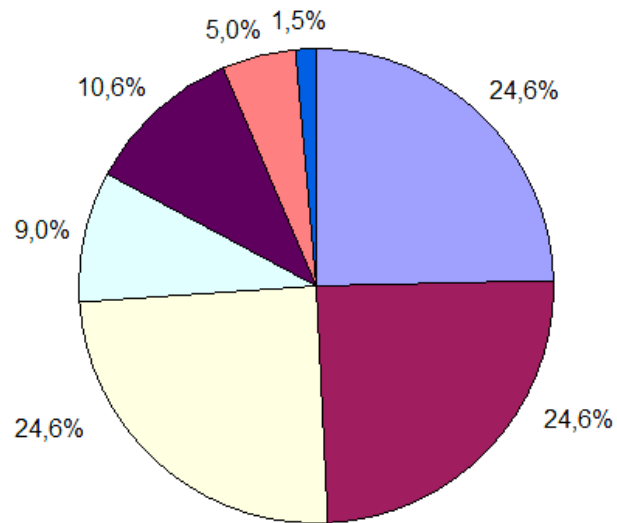
Na otázku, kde respondent žil převážnou část svého života, odpovědělo celkem 73,8 % seniorů, že v obci do 3 000 obyvatel. Převážná část zúčastněných seniorů tedy prožila převážnou část svého života na vesnici či v menších městech. Pouze 5 % respondentů žilo převážnou část života v obci s počtem obyvatel větším než 100 001.

Tabulka: Převažující místo bydliště respondentů

Obec původu s počtem obyvatel	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
do 500	49,0	24,6	25,0	25,0
od 501 do 1 000	49,0	24,6	25,0	50,0
od 1 001 do 3 000	49,0	24,6	25,0	75,0
od 3 001 do 10 000	18,0	9,0	9,2	84,2
od 10 001 do 100 000	21,0	10,6	10,7	94,9
nad 100 001	10,0	5,0	5,1	100,0
Total	196,0	98,5	100,0	
Missing	3,0	1,5		
Total	199,0	100,0		

Zdroj: vlastní výzkum autora, 2009

Graf: Převažující místo bydliště respondentů



Zdroj: vlastní výzkum autora, 2009

Převažující pracovní činnosti respondentů:

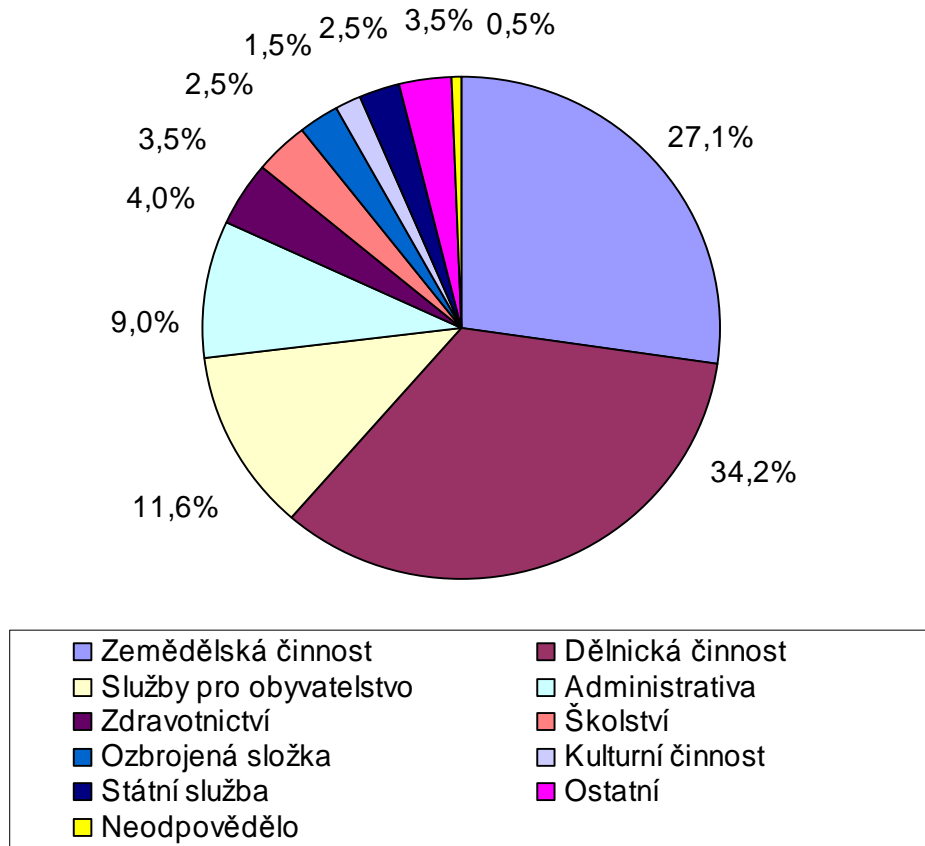
Převažující pracovní činností - u 61,3 % respondentů byla manuální (zemědělská a dělnická) činnost. Mezi další převažující činnosti lze zařadit služby pro obyvatelstvo, administrativu a jiné-viz tabulka.

Tabulka: Převažující pracovní činnosti respondentů

Převažující pracovní činnost	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Zemědělská činnost	54	27,1	27,3	27,3
Dělnická činnost	68	34,2	34,3	61,6
Služby pro obyvatelstvo	23	11,6	11,6	73,2
Administrativa	18	9,0	9,1	82,3
Zdravotnictví	8	4,0	4,0	86,4
Školství	7	3,5	3,5	89,9
Ozbrojená složka	5	2,5	2,5	92,4
Kulturní činnost	3	1,5	1,5	93,9
Státní služba	5	2,5	2,5	96,5
Ostatní	7	3,5	3,5	100,0
Total	198	99,5	100,0	
Missing	1	0,5		
Total	199	100,0		

Zdroj: vlastní výzkum autora, 2009

Graf: Převažující pracovní činnosti respondentů



Zdroj: vlastní výzkum autora, 2009

Respondenti podle finančních příjmů:

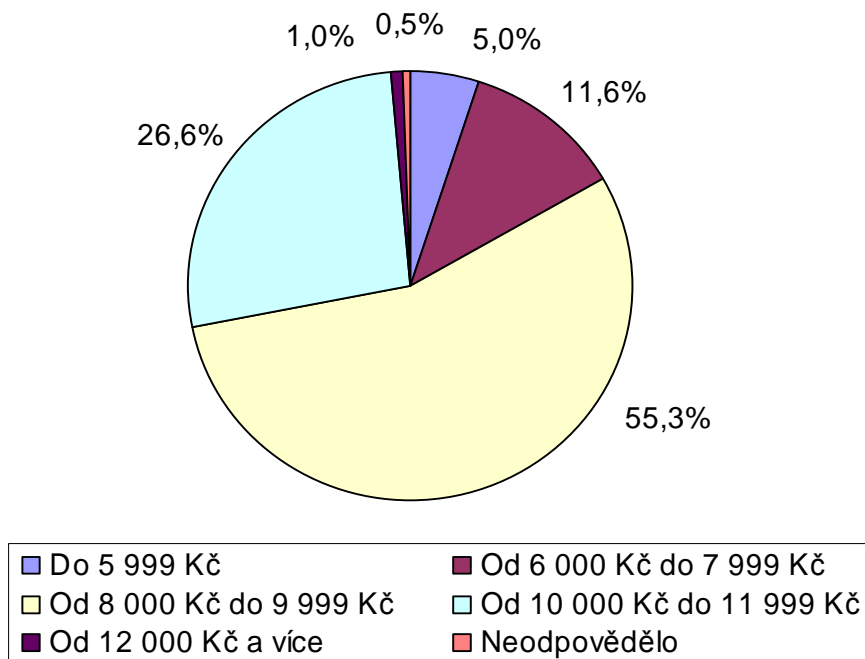
Výzkumu se zúčastnilo 71,9 % respondentů s celkovým měsíčním finančním příjmem (starobní důchod, příspěvek na péči, penzijní připojištění, pravidelný příjem od rodiny, známých) do 9 999 Kč. Příjem ostatních dotazovaných seniorů tuto částku přesahoval.

Tabulka: Finanční příjem respondentů

Celkový měsíční finanční příjem	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Do 5 999 Kč	10	5,0	5,1	5,1
Od 6 000 Kč do 7 999 Kč	23	11,6	11,6	16,7
Od 8 000 Kč do 9 999 Kč	110	55,3	55,6	72,2
Od 10 000 Kč do 11 999 Kč	53	26,6	26,8	99,0
Nad 12 000 Kč	2	1,0	1,0	100,0
Total	198	99,5	100,0	
Missing	1	0,5		
Total	199	100,0		

Zdroj: vlastní výzkum autora, 2009

Graf: Finanční příjem respondentů



Zdroj: vlastní výzkum autora, 2009

Rodinný stav respondentů:

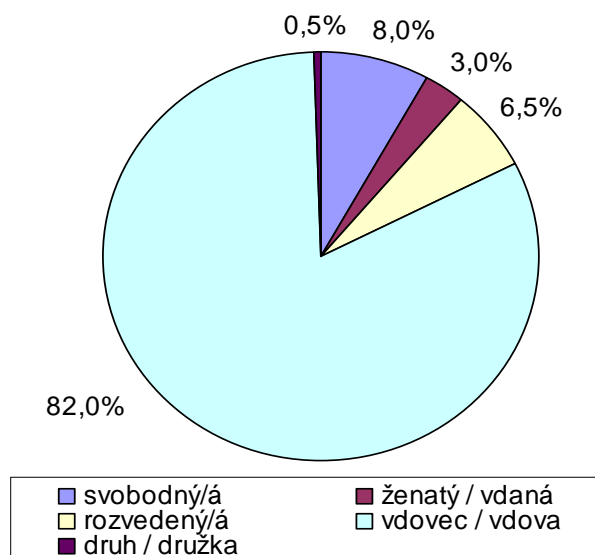
Na otázku týkající se současného rodinného stavu odpovědělo 81,9 % respondentů, že ovdověli. Svobodných respondentů bylo 8 %, rozvedených 6,5 % a v manželství žijí 3 % respondentů.

Tabulka: Rodinný stav respondentů

Současný rodinný stav	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
svobodný/ svobodná	16	8,0	8,0	8,0
ženatý / vdaná	6	3,0	3,0	11,1
rozvedený/ rozvedená	13	6,5	6,5	17,6
vdovec / vdova	163	81,9	81,9	99,5
druh / družka	1	0,5	0,5	100,0
Total	199	100,0	100,0	

Zdroj: vlastní výzkum autora, 2009

Graf: Rodinný stav respondentů



Zdroj: vlastní výzkum autora, 2009

Počet dětí vychovaných respondenty:

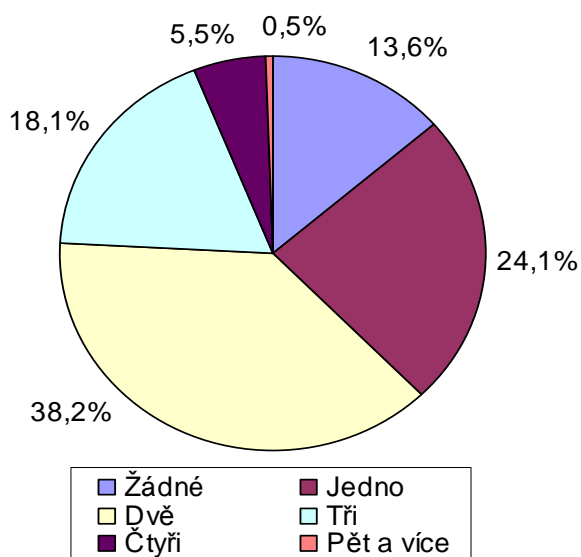
Během svého života vychovalo 24,1 % respondentů jedno a 38,2 % respondentů dvě děti. Tři a více dětí vychovalo celkem 24,1 % dotazovaných seniorů a žádné dítě nevychovalo 13,6 % respondentů.

Tabulka: Počet dětí vychovaných respondenty

Počet vychovaných dětí	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Žádné	27	13,6	13,6	13,6
Jedno	48	24,1	24,1	37,7
Dvě	76	38,2	38,2	75,9
Tři	36	18,1	18,1	94,0
Čtyři	11	5,5	5,5	99,5
Pět a více	1	0,5	0,5	100,0
Total	199	100,0	100,0	

Zdroj: vlastní výzkum autora, 2009

Graf: Počet dětí vychovaných respondenty



4

Zdroj: vlastní výzkum autora, 2009

Počet lůžek na pokojích respondentů:

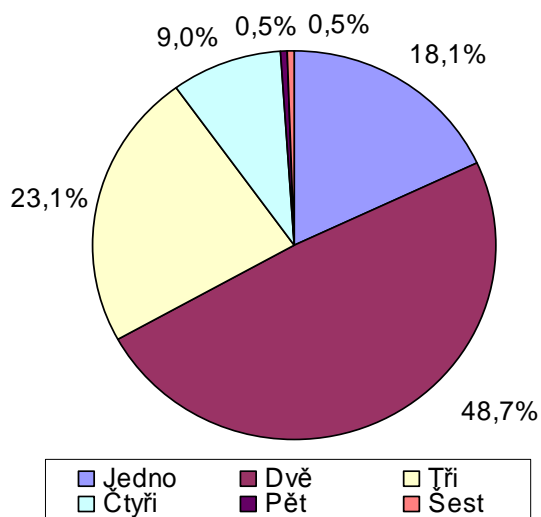
Jednolůžkový pokoj obývá v domově seniorů 18,1 % z celkového počtu respondentů. Celkem 71,8 % dotazovaných respondentů bydlí na pokoji po dvou či po třech a pouze 10 % po čtyřech a více.

Tabulka: Počet lůžek na pokojích respondentů

Počet lůžek na pokoji	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Jedno	36	18,1	18,1	18,1
Dvě	97	48,7	48,7	66,8
Tři	46	23,1	23,1	89,9
Čtyři	18	9,0	9,0	99,0
Pět	1	0,5	0,5	99,5
Šest	1	0,5	0,5	100,0
Total	199	100,0	100,0	

Zdroj: vlastní výzkum autora, 2009

Graf: Počet lůžek na pokojích respondentů



Zdroj: vlastní výzkum autora, 2009

Důvody odchodů respondentů do domova seniorů:

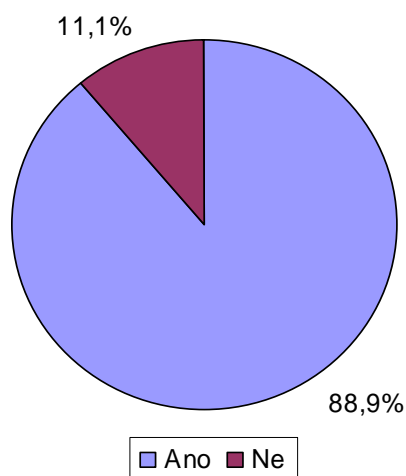
Odchod z rodinného prostředí do domova seniorů byl u 88,9 % zapříčiněn vlastním rozhodnutím, u zbylých 11,1 % respondentů nikoliv.

Tabulka: Důvody odchodů respondentů do DS

Dobrovolný odchod do DS	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Ano	177	88,9	88,9	88,9
Ne	22	11,1	11,1	100,0
Total	199	100,0	100,0	

Zdroj: vlastní výzkum autora, 2009

Graf: Důvody odchodů respondentů do DS



Zdroj: vlastní výzkum autora, 2009

Výdělečná činnost dotazovaných respondentů:

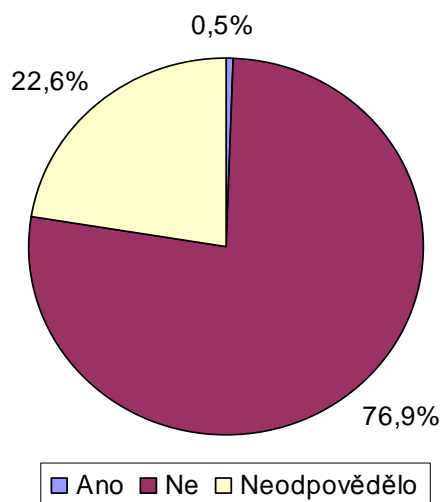
Z výdělečné činnosti má z dotazovaných seniorů příjmy pouze 0,5 %. Ostatních 76,9 % respondentů tyto příjmy nemá a zbylých 22,6 % respondentů na tuto otázku neodpovědělo.

Tabulka: Výdělečná činnost respondentů

Příjmy z výd. činnosti	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Ano	1	0,5	0,6	0,6
Ne	153	76,9	99,4	100,0
Total	154	77,4	100,0	
Missing	45	22,6		
Total	199	100,0		

Zdroj: vlastní výzkum autora, 2009

Graf: Výdělečná činnost respondentů



Zdroj: vlastní výzkum autora, 2009

Přehled přiznání PnP a jejich stupňů u dotazovaných respondentů:

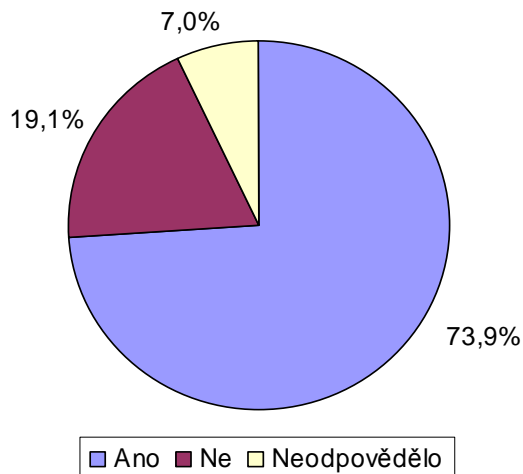
Celkem 73,9 % respondentů pobírá příspěvek na péči. Z toho 36,7 % respondentů pobírá příspěvek na péči v I. stupni, 21,6 % respondentů pobírá příspěvek na péči ve II. stupni, 11,1 % respondentů pobírá příspěvek na péči ve III. stupni a 2,5 % respondentů pobírá příspěvek na péči ve IV. stupni.

Tabulka: Přiznání PnP u respondentů

Pobírání PnP	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Ano	147	73,9	79,5	79,5
Ne	38	19,1	20,5	100,0
Total	185	93,0	100,0	
Missing	14	7,0		
Total	199	100,0		

Zdroj: vlastní výzkum autora, 2009

Graf: Přiznání PnP u respondentů



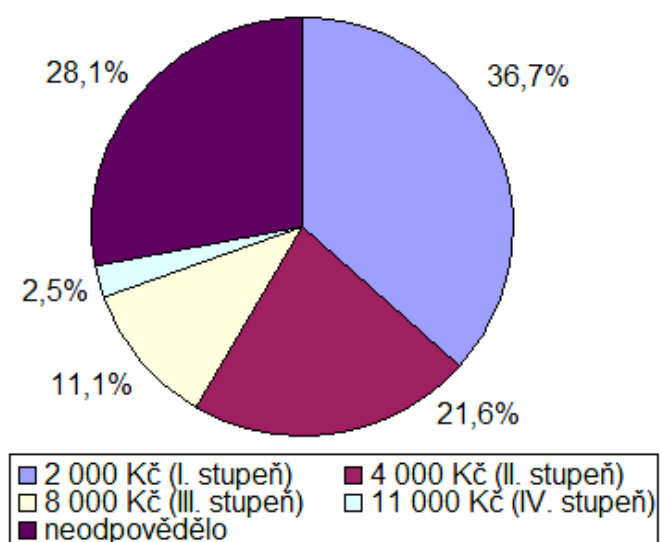
Zdroj: vlastní výzkum autora, 2009

Tabulka: Přiznané stupně závislosti respondentů

Výše příspěvku na péči	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
2 000 Kč	73	36,7	51,0	51,0
4 000 Kč	43	21,6	30,1	81,1
8 000 Kč	22	11,1	15,4	96,5
11 000 Kč	5	2,5	3,5	100,0
Total	143	71,9	100,0	
Missing	56	28,1		
Total	199	100,0		

Zdroj: vlastní výzkum autora, 2009

Graf: Přiznané stupně závislosti respondentů



Zdroj: vlastní výzkum autora, 2009

Příloha č. 2: Výběr zákonů a souvisejících právních předpisů v oblasti sociálních dávek, pomoci v hmotné nouzi, v oblasti životního a existenčního minima, sociálních služeb a sociální péče

A) Oblast státní sociální podpory

Zákon č. 117/1995 Sb., o státní sociální podpoře v platném znění

- zákon upravuje přídavek na dítě, sociální příplatek, příspěvek na bydlení, rodičovský příspěvek, dávky pěstounské péče, porodné, pohřebné.

Vyhláška č. 207/1995 Sb. v platném znění

- vyhláška stanoví stupně zdravotního postižení a způsob jejich posuzování pro účely dávek státní sociální podpory.

Vyhláška č. 322/2005 Sb. v platném znění

- vyhláška o dalším studiu, popřípadě výuce, které se pro účely státní sociální podpory a důchodového pojištění považují za studium na středních nebo vysokých školách.

Zákon č. 111/2006 Sb., o hmotné nouzi v platném znění

- zákon upravuje příspěvek na bydlení, doplatek na bydlení, mimořádnou okamžitou pomoc a dále organizaci a řízení v oblasti dávek hmotné nouze.

Vyhláška č. 504/2006 Sb. v platném znění

- vyhláška, kterou se provádějí některá ustanovení zákona o pomoci v hmotné nouzi.

Zákon č. 110/2006 Sb., o životním a existenčním minimu v platném znění

- zákon stanoví životní minimum fyzických osob k zajištění výživy a ostatních základních osobních potřeb a existenční minimum jako minimální hranici příjmů osob, která se považuje za nezbytnou k zajištění výživy a ostatních základních osobních potřeb na úrovni umožňující přežití.

Sdělení MPSV č. 490/2006 Sb., a 137/2007 Sb. v platném znění

- sdělení upravuje částku průměrné měsíční mzdy pro účely státní sociální podpory a životního a existenčního minima.

B) Oblast sociálních služeb

Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách v platném znění

- zákon upravuje podmínky nároku na příspěvek na péči, výši a výplatu příspěvku, řízení o příspěvku a kontrolu jeho využívání; druhy sociálních služeb a úhradu nákladů za jejich poskytování; podmínky poskytování sociálních služeb a registraci poskytovatelů; inspekci poskytování sociálních služeb; financování sociálních služeb; předpoklady pro výkon povolání sociálního pracovníka a další činnosti v sociálních službách.

C) Oblast sociální péče

Zákon č. 100/1988 Sb., o sociálním zabezpečení v platném znění

- zákon zaručuje všem občanům právo na sociální zabezpečení, jež zahrnuje sociální péči a nemocenské pojištění osob samostatně výdělečně činných

Vyhláška MPSV ČR č. 505/2006 Sb. kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách v platném znění

Vyhláška č. 149/1988 Sb. v platném znění

- vyhláška, kterou se provádí zákon o sociálním zabezpečení

Vyhláška č. 182/1991 Sb. v platném znění

- vyhláška, kterou se provádí zákon o sociálním zabezpečení a zákon ČNR o působnosti orgánů České republiky v sociálním zabezpečení

Zákon č. 114/1988 Sb., o působnosti orgánů ČR v sociálním zabezpečení v platném znění

- stanovuje orgány sociálního zabezpečení, jejich úkoly a působnost.

Příloha č. 3: Úkony hrazené z příspěvku na péči

a) Příprava stravy:

- 1) rozlišení jednotlivých druhů potravin a nápojů;
- 2) výběr nápojů;
- 3) výběr jednoduchých hotových potravin podle potřeby a účelu;
- 4) vybalení potravin;
- 5) otevírání nápojů.

b) Podávání a porcování stravy:

- 1) podávání stravy v obvyklém denním režimu;
- 2) schopnost dát stravu na talíř nebo misku a jejich přenesení;
- 3) rozdělení stravy na menší kousky za používání alespoň lžice;
- 4) míchání, lití tekutin;
- 5) uchopení nádoby s nápojem;
- 6) spolehlivé a bezpečné přenesení nápoje, lahve, šálku nebo jiné nádoby.

c) Přijímání stravy, dodržování pitného režimu:

- 1) přenesení stravy k ústům alespoň lžící;
- 2) přenesení nápoje k ústům;
- 3) konzumace stravy a nápojů obvyklým způsobem.

d) Mytí těla:

- 1) umytí rukou, obličeje;
- 2) utírání se.

e) Koupání nebo sprchování:

- 1) provedení celkové hygieny včetně vlasů;
- 2) péče o pokožku.

f) Péče o ústa, vlasy, nehty, holení:

- 1) čištění zubů nebo zubní protéz;
- 2) česání vlasů;
- 3) čištění nehtů, stříhání nebo opílování nehtů;
- 4) holení.

g) Výkon fyziologické potřeby včetně hygieny:

- 1) regulace vyprazdňování moče a stolice;
- 2) zaujetí vhodné polohy při výkonu fyziologické potřeby;
- 3) manipulace s oděvem před vyprázdněním a po vyprázdnění;
- 4) očista po provedení fyziologické potřeby;
- 5) vyhledání WC.

h) Vstávání z lůžka, uléhání, změna poloh:

- 1) změna polohy těla z polohy v leže do polohy v sedě nebo ve stoji a opačně, popřípadě s přidržováním nebo s oporou;
- 2) změna polohy ze sedu a do sedu;
- 3) změna polohy z boku na bok.

i) Sezení, schopnost vydržet v poloze v sedě:

- 1) schopnost vydržet v poloze v sedě po dobu alespoň 30 minut;
- 2) udržování polohy těla v požadované poloze při delším sezení.

j) Stání, schopnost vydržet stát:

- 1) stání, popřípadě s přidržováním nebo s oporou o kompenzační pomůcku;
- 2) setrvání ve stoji, popřípadě s přidržováním nebo s oporou po dobu alespoň 10 minut.

k) Přemísťování předmětů denní potřeby:

- 1) vykonávání koordinovaných činností při manipulaci s předmět;
- 2) rozlišení předmětů;
- 3) uchopení předmětu rukou nebo oběma rukama;
- 4) zdvihnutí předmětu ze stolu, ze země;
- 5) přenášení předmětu z jednoho místa na druhé, 6. vyhledání předmětů.

l) Chůze po rovině:

- 1) chůze, popřípadě s použitím kompenzačních pomůcek krok za krokem;
- 2) chůze v bytě;
- 3) chůze v bezprostředním okolí bydliště;
- 4) udržení požadovaného směru chůze;
- 5) chůze okolo překážek.

m) Chůze po schodech nahoru a dolů:

- chůze po stupních směrem nahoru a dolů, popřípadě s použitím opory o horní končetiny nebo kompenzační pomůcky.

n) Výběr oblečení, rozpoznání jeho správného vrstvení:

- 1) výběr oblečení odpovídajícího situaci, prostředí a klimatickým podmínkám;
- 2) rozeznání jednotlivých částí oblečení;
- 3) vrstvení oblečení ve správném pořadí.

o) Oblékání, svlékání, obouvání, zouvání:

- 1) oblékání spodního a vrchního oděvu na různé části těla ;
- 2) obutí vhodné obuvi;
- 3) svlékání oděvu z horní a dolní části těla;
- 4) zouvání.

p) Orientace v přirozeném prostředí:

- 1) orientování se v prostoru bytu, popř. i s použitím kompenzační pomůcky;
- 2) orientování se v okolí domu, popř. i s použitím kompenzační pomůcky;
- 3) poznávání blízkých osob;
- 4) opuštění bytu nebo zařízení, ve kterém je osoba ubytována ;
- 5) opětovný návrat do bytu nebo do zařízení, ve kterém je osoba ubytována;
- 6) rozlišování zvuků a jejich směru.

q) Provedení si jednoduchého ošetření:

- 1) ošetření kůže ;
- 2) použití nebo výměna ortopedické nebo kompenzační pomůcky nebo jiného zdravotnického prostředku;
- 3) dodržování diety;
- 4) provádění cvičení ;
- 5) měření tělesné teploty;
- 6) vyhledání nebo přivolání pomoci.

r) Dodržování léčebného režimu:

- 1) dodržování pokynů ošetřujícího lékaře;
- 2) příprava léků, rozpoznání správného léku;
- 3) pravidelné užívání léků;
- 4) aplikace podkožních injekcí;
- 5) provádění inhalací, převazů;
- 6) rehabilitace nebo provádění logopedických cvičení.

Schopnost osoby účastnit se sociálního života se hodnotí prostřednictvím úkonů soběstačnosti. Jedná se o následující úkony a v jejich rámci o tyto činnosti:

a) Komunikace slovní, písemná, neverbální:

- 1) přijímání a vytváření smysluplných mluvených zpráva srozumitelné řeči s použitím kompenzačních pomůcek, například naslouchadel;
- 2) přijímání a vytváření smysluplných písemných zpráv, popř. s použitím kompenzační pomůcky, například brýlí;
- 3) pochopení významu a obsahu přijímaných a sdělovaných zpráva informací;
- 4) komunikace prostřednictvím gest a zvuků.

b) Orientace vůči jiným fyzickým osobám, v čase a mimo přirozené prostředí:

- 1) rozlišování známých osob a cizích osob;
- 2) znalost hodin;
- 3) rozlišení denní doby;
- 4) orientování se v místě bydliště, prostředí školy nebo školského zařízení nebo zaměstnání, dosažení cíle své cesty;
- 5) rozlišení zvuků mimo přirozené prostředí.

c) Nakládání s penězi nebo jinými cennostmi:

- 1) znalost hodnoty peněz;
- 2) rozpoznání jednotlivých bankovek a mincí;
- 3) rozlišení hodnoty věcí.

d) Obstarávání osobních záležitostí:

- 1) styk a jednání se školou nebo školským zařízením, zájmovými organizacemi; jednání se zaměstnavatelem, orgány veřejné moci, zdravotnickými zařízeními, bankou;
- 2) obstarání si služeb;
- 3) rozlišení a vyplnění dokumentů a tiskopisů.

e) Uspořádání času, plánování života:

- 1) dodržování denního a nočního režimu;
- 2) plánování a uspořádání osobních aktivit během dne a během týdne;
- 3) rozdělení času na pracovní a domácí aktivity a na volný čas.

f) Zapojení se do sociálních aktivit odpovídajících věku:

- 1) předškolní vzdělávání a výchova, školní vzdělávání a výchova, získávání nových dovedností;

- 2) aktivity podle zájmů a možností, zejména hry, sport, kultura, rekreace;
- 3) vstupování a udržování vztahů s jinými osobami podle potřeb a zájmů.

g) Obstarávání si potravin a běžných předmětů (nakupování):

- 1) plánování nákupu;
- 2) vyhledání příslušného obchodu;
- 3) výběr zboží;
- 4) zaplacení nákupu;
- 5) přinesení běžného nákupu,
- 6) uložení nákupu.

h) Vaření, ohřívání jednoduchého jídla:

- 1) sestavení plánu jídla;
- 2) očištění a nakrájení potřebných surovin;
- 3) dávkování surovin a přísad;
- 4) vlastní příprava jednoduchého teplého jídla s malým počtem surovin a přísad, na jehož úpravu jsou potřebné jednoduché postupy za použití spotřebiče;
- 5) ohřívání jednoduchého jídla.

i) Mytí nádobí:

- 1) umytí a osušení nádobí;
- 2) uložení použitého nádobí na vyhrazené místo.

j) Běžný úklid v domácnosti:

- mechanická nebo přístrojová suchá a mokrá očista povrchů, nábytku, podlahy v bytě.

k) Péče o prádlo:

- 1) třídění prádla na čisté a špinavé;
- 2) skládání prádla;
- 3) ukládání prádla na vyhrazené místo.

l) Přepírání drobného prádla:

- 1) rozlišení jednotlivých druhů prádla;
- 2) praní drobného prádla v ruce, sušení prádla.

m) Péče o lůžko:

- 1) ustlání, rozestlání lůžka;
- 2) výměna lůžkovin.

n) Obsluha běžných domácích spotřebičů:

- 1) zapnutí, vypnutí běžných domácích spotřebičů, například rozhlasu, televize, ledničky, varné konvice, mikrovlnné trouby;
- 2) telefonování.

o) Manipulace s kohouty a vypínači:

- 1) ovládání manipulace s kohouty a vypínači;
- 2) rozlišení kohoutů a vypínačů;
- 3) ruční ovládání vodovodních kohoutů nebo pákových baterií a elektrických vypínačů.

p) Manipulace se zámky, otevírání, zavírání oken a dveří:

- 1) zamykání a odemykání dveří;
- 2) ovládání klik, otevíracích a zavíracích mechanismů u oken.

q) Udržování pořádku v domácnosti, nakládání s odpady:

- 1) udržování vybavení domácnosti v čistotě;
- 2) třídění odpadů;
- 3) vynášení odpadů na vyhrazené místo.

r) Další jednoduché úkony spojené s chodem a udržováním domácnosti:

- 1) obsluha topení;
- 2) praní prádla;
- 3) žehlení prádla.

Příloha č. 4: Záznamový arch pro seniory

Část A

(Tato část záznamového archu je zaměřena na Vaši obecnou informovanost o službách sociální péče, které jsou Vám poskytovány v domově seniorů, na Vaše finanční příjmy a finanční náklady, které za tyto služby hradíte.)

1. Víte, že byl vydán nový zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, který řeší otázky související s poskytováním sociálních služeb?

1	Ano
2	Ne

2. Slyšel/a jste o současné povinnosti Krajských úřadů (dříve Krajských národních výborů) vést REGISTR všech oprávněných poskytovatelů sociálních služeb?

1	Ano
2	Ne

3. Cítíte se dostatečně informován/a o možnosti využití služeb sociální péče v domově seniorů?

1	Určitě ano
2	Spíše ano
3	Spíše ne
4	Určitě ne

4. Jsou pro Vás informace o pobytových službách sociální péče v domově seniorů srozumitelné?

1	Určitě ano
2	Spíše ano
3	Spíše ne

5. Víte, co poskytuje služba chráněné bydlení?

1	Ano
2	Ne

6. Služby sociální péče, které jsou Vám v domově seniorů poskytovány, jsou:

1	Zcela dostačující
2	Dostačující
3	Nedostačující

7. Máte dostatečné množství vlastních finančních prostředků (starobní důchod, příspěvek na péči, popř. penzijní připojištění, výdělečná činnost a jiné pravidelné opakující se příjmy) k úhradě služeb sociální péče v domově seniorů?

1	Určitě ne
2	Spíše ne
3	Tak akorát
4	Spíše ano
5	Určitě ano

8. Kolik činí Vaše přibližné měsíční finanční výdaje za všechny služby sociální péče v domově pro seniory oproti všem Vaším příjmům?

1	Přibližně 60 %
2	Přibližně 70 %
3	Přibližně 80 %
4	Přibližně 85 %
5	Přibližně 90 %
6	Přibližně 95 %

9. Máte v současné době příjmy z výdělečné činnosti (i částečné jako např. práce v domově seniorů, nebo domácí práce – lepení kartonů pro firmu apod.)?

1	Ano
2	Ne

10. Byl Vám přiznán příspěvek na péči?

1	Ano
2	Ne

11. Jaká je výše Vašeho příspěvku na péči?

1	2.000,--Kč
2	4.000,--Kč
3	8.000,--Kč

4	11.000,--Kč
---	-------------

12. Žádost o příspěvek na péči jste podával/a:

1	Sám/a
2	Prostřednictvím domova seniorů
3	Prostřednictvím jiné osoby

13. Za jak dlouho po podání žádosti o příspěvek na péči Vám byl tento přiznán?

1	Ihned
2	Do 6 měsíců
3	Od 7 do 12 měsíců
4	Od 25 měsíců a více

Část B

(Tato část je zaměřena na konkrétní informace o službách sociální péče, je zjišťovány otázky o zájmech seniorů ke službě chráněného bydlení, k pracovním a dalším aktivitám a k seznámení se s počítačovou technikou a s internetem).

Služby sociální péče podle zákona č. 108/2006 Sb. (informace pro tazatele):

- poskytnutí stravy, popřípadě donášky stravy;
- pomoc při péči o vlastní osobu (oblékání, pohybu, podpora při podávání jídla atd.);
- pomoc při osobní hygieně (péče o vlasy, nehty, pomoc při použití toalet atd.);
- zprostředkování kontaktu s rodinou a se společenským prostředím (doprovod na orgány, úřady – notářství, policie, poštu atd.);
- poradenství a sociálně-terapeutická pomoc (právní, psychologická pomoc atd.);
- nabídky kulturních a společenských akcí (aktivizační činnost, např. nácvik a upevňování motorických psychických schopností);
- pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a obstarávání osobních záležitostí (nákupy, odesílání dopisů atd.).

1. Jak dlouho jste čekal na umístění v domově seniorů:

Počet měsíců	
--------------	--

Jiné vyjádření (pro případ, že o umístění nežádal senior sám, nebo je bez zájmu, případně požádal/a rodina):

.....
.....
.....

2. Měl/a byste zájem o bližší informace o službách sociální péče, které by Vám umožnily setrvání co nejdéle ve Vašem přirozeném prostředí (např. návštěva sociální pracovnice ve Vašem bydlišti k výpomoci v domácnosti s vařením, úklidem, případně donáška jídel, pomoc při mytí, hygieně, ošetření aj.)

1	Ano
2	Ne

3. Využíváte služeb sociální péče i mimo domov seniorů (např. canisterapie, chráněné bydlení, informační služba, kondiční fyzioterapie a přístrojová rehabilitace)?

1	Ano
2	Ne

4. Mám zájem využívat služby sociální péče, poskytované mi jinými osobami nebo jinými poskytovateli (společnostmi, konkrétními osobami, církví, rodinou, známými, příbuznými) mimo domov seniorů?

1	Ano
2	Ne

5. Vypište prosím název jakékoliv služby sociální péče, kterou byste rádi využívali mimo domov seniorů, nebo jsou pro Vás případně zajišťovány jinými osobami (církví, dětmi, příbuznými, kamarádkami, přáteli apod.).

Služba:

Kdo zajišťuje:

.....

6. Uveďte prosím název sociální služby, která Vám je poskytována, a o které si myslíte, že jste schopni si tuto službu zajistit samostatně bez pomoci jiné osoby.

.....

7. Uveďte prosím název služby sociální péče, která je pro Vaši psychickou i zdravotní spokojenost v domově pro seniory nejdůležitější. (Lze uvést i více služeb sociální péče a i ty služby, které jsou Vám poskytovány jinými osobami mimo domov seniorů.)

.....

8. Máte zájem o samostatné bydlení ve svém bydlišti (bytě) s možností využívat služby sociální péče dle své osobní potřeby?

1	Určitě ano
2	Spíše ano
3	Spíše ne
4	Určitě ne

9. Máte zájem o službu chráněného bydlení s více známými vrstevníky, či jinými vhodnými osobami?

1	Určitě ano
2	Spíše ano
3	Spíše ne
4	Určitě ne

10. Máte zájem o pracovní činnost (zaměstnání) v domově pro seniory nebo mimo domov seniorů?

1	Velmi se zajímám
2	Občas se zajímám
3	Spíše se nezajímám
4	Vůbec se nezajímám

11. Máte zájem o další aktivity (např. sportovní, vzdělanostní, kulturní)?

.....
.....
.....

12. Jste schopen/a pracovat s počítačovou technikou?

1	Ano
2	Ne
3	Nevím

13. Seznámil/a byste se rád/a s počítačovou technikou a naučil/a se zacházet s internetem:

1	Ano
2	Ne
3	Nevím

14. Máte nějaké další zkušenosti, poznatky, názory, které byste rádi poznamenali?

.....

.....

.....

.....

Část C

Identifikační údaje seniora:

Vaše pohlaví:

1	Muž
2	Žena

Váš věk:

--	--

Vaše nejvyšší dosažené vzdělání:

1	Základní bez vyučení
2	Vyučen(a) bez maturity
3	Vyučen(a) s maturitou
4	Středoškolské s maturitou
5	Vysokoškolské

Převážnou část svého života jste žil/a v obci s přibližným počtem obyvatel:

1	Do 500
2	Od 501 do 1 000
3	Od 1 001 do 3 000
4	Od 3 001 do 10 000
5	Od 10 001 do 100 000
6	Nad 100 000

Převažující pracovní činností Vašeho života byla:

1	Zemědělská činnost
2	Dělnická činnost
3	Služby pro obyvatelstvo (obchod, fin. služby a ostatní)
4	Administrativa
5	Zdravotnictví
6	Školství
7	Ozbrojená složka
8	Kulturní činnost
9	Státní služba
10	Ostatní - nevyjmenované

Váš celkový měsíční finanční příjem činí (starobní důchod, příspěvek na péči, výdělečná činnost, penzijní připojištění, pravidelný příjem od rodiny, známých apod.):

1	Do 5 999 Kč
2	Od 6 000 Kč do 7 999 Kč
3	Od 8 000 Kč do 9 999 Kč
4	Od 10 000 Kč do 11 999 Kč
5	Nad 12 000 Kč

Váš současný rodinný stav:

1	Svobodný/á
2	Ženatý / vdaná
3	Rozvedený/á
4	Vdovec / vdova
5	Druh / družka

Kolik dětí jste vychoval/a?

1	Žádné
2	Jedno
3	Dvě
4	Tři
5	Čtyři
6	Pět a více

Od kterého roku pobýváte v domově seniorů?

--	--	--	--

Počet obývaných lůžek na jednom pokoji, včetně Vás:

1	jednolůžkový
2	dvojlůžkový
3	třilůžkový
4	čtyřlůžkový
5	pětilůžkový
6	šestilůžkový

Váš odchod z rodinného prostředí do domova seniorů nastal z vlastního přesvědčení a podnětu?

1	Ano
2	Ne

Příloha č. 5: Dotazník pro poskytovatele služeb sociální péče v domovech seniorů

A) Identifikační údaje poskytovatele

Název domova seniorů:

.....

pozn.: uvedení údaje je dobrovolné (nemusí být vyplněn)

Adresa domova seniorů:

.....

pozn.: uvedení údaje je dobrovolné (nemusí být vyplněn)

Telefonické spojení na kontaktní osobu v domově seniorů a její jméno:

.....

pozn.: uvedení údaje je dobrovolné (nemusí být vyplněn)

Území, pro které se služby poskytují:

.....

Statut domova seniorů:

.....

Cílová skupina uživatelů:

.....

Počet seniorů v domově a celkový průměrný věk:

.....

Přibližná věková struktura klientů domova seniorů:

Struktura klientů domova seniorů v % z celkového počtu seniorů			
Věk	2007	2008	01 - 03/ 2009
do 55 let	%	%	%
od 55 do 75 let	%	%	%
nad 75 let	%	%	%

Zdravotní stav klientů domova důchodců z hlediska mobility a duševního stavu:

Zdravotní stav seniorů v % k celkovému počtu seniorů			
Zdravotní stav	2007	2008	01 - 03/ 2009
Mobilní	%	%	%
částečně mobilní	%	%	%
Imobilní	%	%	%
z toho u mobilních, částečně mobilních, imobilních trpí duševní poruchou	%	%	%

Složení zaměstnanců domova seniorů dle vybraných profesí:

Složení zaměstnanců domova seniorů dle vybraných profesí			
Profese	2007	2008	01 - 03/ 2009
zdravotní personál	%	%	%
personál služby sociální péče	%	%	%

Využíváte outsourcingu při poskytování služeb sociální péče?

1	Ano
2	Ne

Máte vypracovaná kritéria, případně preference, která jsou nutností, či je na ně brán zřetel při nástupu seniora do domova?

1	Ano
2	Ne

Pokud odpovíte ANO, přiložte, prosím, tato kritéria či preference při nástupu přílohou.

B) Domov seniorů, senioři, služby a jejich náklady

1. Máte naplněnou kapacitu Vašeho domova seniorů?

1	Ano
2	Ne

2. Označte, prosím, všechny služby sociální péče, které jsou Vámi v rámci pobytu ve Vašem domově pro seniory poskytovány.

	Poskytujeme trvale	Poskytujeme jen podle požadavků
Ubytování	1	2
Strava	1	2
Pomoc při zvládnání běžných úkonů péče o vlastní osobu	1	2
Zprostředkování kontaktu se společenským prostředím	1	2
Sociálně terapeutické činnosti	1	2
Aktivizační činnosti	1	2
Pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání běžných záležitostí	1	2
Pomoc při řešení osobních záležitostí	1	2
Zprostředkování kontaktu s rodinou, se společností	1	2
Zprostředkování pomoci při nalézání psychické rovnováhy	1	2
Pomoc při najetí pracovní náplně v domově seniorů i mimo domov seniorů	1	2

3. Poskytujete služby chráněného bydlení?

1	Ano
2	Ne

4. Mělo by dle Vás praktický význam přesné určení a vymezení obsahu služeb sociální péče na služby základní (např. ubytování, strava) a ostatní služby, jejichž cílem je pomoc seniorovi při péči o vlastní osobu a zajištění jeho soběstačnosti dle stanoveného stupně závislosti?

1	Ano
2	Ne

5. Pokuste se o odhadnout, jaká část seniorů z Vašeho domova by byla schopna se ještě o sebe postarat, anebo bydlet ještě ve svém domácím prostředí za využití jiných služeb sociální péče (mobilní sociální služby, donáška jídel, úklid a jiné)?

1	10 %
2	20 %
3	30 %
4	35 %
5	40 %
6	Více jak 45 %

6. Mají senioři ve Vašem domově zájem o pracovní činnost (zaměstnání) přímo v domově nebo mimo domov seniorů?

1	Ano
2	Ne

7. Projevili senioři ve Vašem domově zájem naučit se pracovat s počítačem a internetem?

1	Ano
2	Ne

8. O jaké další aktivity (mimo poskytované služby) senioři projevují zájem?

.....

.....

.....

.....

9. Projevují senioři ve Vašem domově zájem naučit se pracovat s počítačem a internetem?

1	Ano, poměrně dost
2	Ano, ale ojediněle
3	Spíše ne
4	Ne

10. Kolik počítačů s připojením na internet je seniorům k dispozici?

.....

11. Jakou roli dle Vás sehrávají třetí subjekty při poskytování služeb sociální péče ve Vašem domově seniorů?

1	Výjimečně velkou
2	Velkou
3	Malou
4	Nedostatečnou

12. Považujete tuto jejich roli za dostatečnou?

1	Ano
2	Ne

13. Je podle Vašich zkušeností důležitá sociální prevence pro předcházení sociální potřebnosti seniorů?

1	Ano
2	Ne

14. Pokud si myslíte, že jsou z hlediska této sociální prevence nutné změny, uveďte v které oblasti (zvolte libovolný počet možností):

1	V legislativě
2	Ve výkonu státní správy a samosprávy
3	V činnostech třetích subjektů
4	V poradenské činnosti a osvětě
5	Ve školství
6	Jinde

15. Uveďte počet seniorů ve Vašem domově, kterým je přiznán příspěvek na péči:

	Muži	Ženy	Celkem
I. stupně závislosti			
II. stupně závislosti			
III. stupně závislosti			
IV. stupně závislosti			

16. Uveďte, za kolik procent seniorů ve Vašem domově jste sami podávali žádost o přiznání příspěvku na péči:

..... %

17. Vedete údaje o nákladovosti služeb sociální péče uvedených v otázkách č. 2 a 3 u seniorů, kteří nejsou příjemcem příspěvku na péči odděleně od seniorů, kteří příjemci příspěvku na péči jsou?

1	Ano
2	Ne

18. Vedete náklady služeb sociální péče uvedených v otázkách č. 2 a 3 odděleně u seniorů s přiznaným příspěvkem na péči podle jejich přiznaného stupně závislosti?

1	Ano
2	Ne

19. Je ve Vašem domově seniorů po formálně-evidenční stránce zdravotní péče oddělena od péče sociální?

1	Ano
2	Ne

20. Uveďte způsob, jakým ohodnocujete úkony u služeb sociální péče poskytované seniorům?

.....
.....
.....

21. Mělo by podle Vás význam jednotné stanovení finanční nákladovosti poskytovaných služeb sociální péče podle stupňů závislosti (např. prostřednictvím sazebníku úhrad)?

1	Ano
2	Ne

22. Uveďte náklady v Kč na jednoho seniora za roční období (na lůžko):

Senior / rok			
Náklad v Kč	2007	2008	01-03/ 2009
ubytování			
Strava			
Péče			

23. Vedete evidenci vynaložených nákladů na služby sociální péče podle jednotlivých úkonů dle přílohy č. 1, k vyhl. č. 505/2006 Sb. části I. písm. a) až r) a části II., písm. a) až r)?

1	Ano
2	Ne

pozn.: Pokud ano, přiložte prosím ekonomické nákladovosti těchto služeb do přílohy k tomuto dotazníku dle Vašeho členění a evidence

24. Mělo by dle Vás význam stanovení fixních plateb za úkony služeb sociální péče v jejich dělení dle otázky č. 2 a 3 v praxi a tyto účtovat dle předem stanovených sazebníků úhrad?

1	Ano
2	Ne

25. Mělo by dle Vašeho názoru význam vypracovat na každého seniora sociálně-ekonomický program komplexní péče (zdravotní i sociální), včetně jeho finančních potřeb?

1	Ano
2	Ne

26. Plní dle Vás příspěvek na péči svoji úlohu, danou mu v § 73, odst. 4, písm. a) zák. č. 108/2006 Sb.? (Tímto je míněna 100% úhrada služeb sociální péče k zajištění soběstačnosti jedince dle přiznaného stupně závislosti.)

1	Ano
2	Ne

27. Z jakých zdrojů v případě, že finance nepostačují, uhrazujete rozdíl mezi skutečnými náklady na poskytované služby sociální péče seniorům ve Vašem domově a celkovou úhradou ze strany seniora?

	Nevyužíváme	Využíváme zřídka	Využíváme pravidelně
Ze sponzorských darů	1	2	3
Z dotací státu	1	2	3
Z dotací krajského, městského, popř. obecního úřadu	1	2	3
Z grantů	1	2	3
Z příspěvku zřizovatele na provoz domova	1	2	3
Z tržeb	1	2	3
Z plateb za hrazené služby	1	2	3
Jiné zdroje	1	2	3

Pokud jste označili odpověď „Z dotací“, pokračujte otázkou č. 28, jinak přejděte na otázku č. 29.

28. Uveďte odhadem, v jaké výši za období jednoho roku dočerpáváte dotaci k dofinancování plné úhrady služeb sociální péče? (U seniorů, kteří mají přiznaný stupeň závislosti, pokud neoddělujete seniory, tak u všech seniorů.)

Čerpání dotací k dofinancování služeb sociální péče (v Kč)

Rok	Senioři		Senioři celkem
	s příspěvkem na péči	bez příspěvku na péči	
2007			
2008			
01 - 03/2009			

29. Uveďte, prosím, dle Vašich praktických zkušeností, vědomostí a znalostí ukazatel nebo kritérium, dle kterého by se dala vyhodnocovat správnost státem stanovené výše příspěvku na péči. Mám na mysli zpětnou vazbu k ověření správnosti výpočtu jeho stanovené výše, aby byl efektivní, dostatečný, účelný i společensky opodstatněný.)

.....

.....

.....

.....

30. veďte případně další důležité informace a poznatky, které se týkají nákladovosti, rozvoje a zabezpečování služeb sociální péče či stanovení výše příspěvku na péči, kde je dle Vás cesta řešení finanční samostatnosti seniorů k úhradě jejich nezbytně nutných potřeb v domově seniorů. Jakou roli v tom sehrávají či by měly sehrát správní orgány.

.....

.....

.....

.....

31. V případě, že máte poznatky např. k problému dlouhé čekací doby seniorů před nástupem do domova, uveďte jakým způsobem lze tento nedostatek řešit:

.....

.....

.....

.....

32. Jaké služby ve Vašem domově seniorů, podle Vás, chybí?

.....

.....

.....

.....

33. Máte nějaké další zkušenosti, které byste rádi poznamenali?

.....

.....

.....

.....

34. Máte nějaké další připomínky, které byste rádi sdělili?

.....

.....

.....

.....

Příloha č. 6: Seznam domovů seniorů, které poskytly údaje k výzkumnému šetření

Č.	Název domova seniorů	E-mail	Počet lůžek
1.	DS Dobříš	dd-dobris@seznam.cz	91
2.	DS Borohrádek	vasicek@ddbtorohradek.cz	126
3.	DS Havlíčkův Brod	reditel.ddhb@hbnet.cz	68
4.	DS Lukov u Zlína	reditelka@ds-lukov.cz	217
5.	DS Velké Hamry	ddvhamry@volny.cz	133
6.	Neuvedeno	neuvedeno	neuvedeno
7.	DS Skalice	info@domovskalice.cz	66
8.	DS Vrchlabí	dd.vrchlabi@volny.cz	84
9.	DS Blahoslavené Bronislavy	sestry.humpolec@seznam.cz	33
10.	DS Věstonická	info@ves.brno.cz	241
11.	DS Milevsko	reditelka@socsluzbymilevsko.cz	32
12.	CSS Jindřichův Hradec ⁶⁸	dd.jhradec@tiscali.cz	153
13.	DS Lampertice	ddlampertice@quick.cz	63
14.	DS České Velenice	dd.cv.vecerova@seznam.cz	80
15.	DS Horní Stropnice	dd.stropnice@post.cz	45
16.	DS Sedlčany	antonin.pesek@dd-sedlcany.cz	300
17.	DS Jablonecké Paseky	reditel@dd-jablonec.cz	85
18.	DS Budíškovice	info@ddbudiskovice.cz	140
19.	DS Březnice	reditelka@domovbřeznice.cz	34
20.	DS Panenské Břežany	ddbřezany@quick.cz	38
21.	DS Třeboň	ddtrebon@tiscali.cz	58
22.	ÚSS Milíčeves	uss.miliceves@seznam.cz	70
23.	DS Hranice	info@domovsenioruhranice.cz	61
24.	DS Pod Kavčí skálou	socialni@domovpks.cz	45
25.	DS ChD - Zdislava	ddzdislava@volny.cz	48
26.	DS Mistra Kříšťana	domov@domovseniorupt.cz	100
27.	Neuvedeno	neuvedeno	neuvedeno
28.	S-centrum Hodonín	ucetni@dshodonin.cz	141
29.	DS Břeclav	domov.breclav@worldonline.cz	168
30.	DS Božice	dd.bozice@quick.cz	100
31.	DS Lanškroun	reditel@soslla.cz	85
32.	DS Hořice	ddhorice@horice.org	152
33.	DS Znojmo	domovproseniory.znojmo@seznam.cz	85
34.	DS Sloupnice	dd.sloupnice@tiscali.cz	107
35.	Lázně Letiny, nestátní zdravot. zařízení	lazneletiny@centrum.cz	22
36.	Domov V Zahradách Zdice	rabochova.ivana@seniori-zdice.cz	70

⁶⁸ Součástí Centra jsou: DS Budíškovice, Budíškovice 1, Marie Tománková; DS J. Hradec, Otín 103, J.Hradec, Ing. Jiří Kubát; DS České Velenice, Vitorazská 54, Č.Velenice, Mgr. Kamila Večeřová; DS Třeboň, Daskabáty 306/II., Třeboň, Jaroslav Lehman; SS Česká, Česká 1175, J. Hradec, Mgr. Věra Füllsacková

37.	DS Kurojedy	dsk.vedouci@csstachov.cz	68
38.	DS Dobrá Voda	reditel@domov-dobravoda.cz	300
39.	DS Jindřichův Hradec	dd.jhradec@tiscali.cz	153
40.	DS Libina	reditel@ddlibina.cz	73
41.	Neuvedeno	neuvedeno	neuvedeno
42.	Domov odpočinku ve stáří Justynka Hronov	do_justynka@cmail.cz	53
43.	DS Buchlovice	dd.buchlovice@ouss-uh.cz	220
44.	CSS města Letovice	kubin@cssletovice.cz	72
45.	(není uveden název a adresa), pošta: Kladno	domov.svermov@volny.cz	247
46.	DS Vlašim	reditel@dd-vlasim.cz	104
47.	DS Okružní, p.o. Brno	info@okr.brno.cz	66
48.	DSS Litvínov	ddjanov@ddjanov.cz	181
49.	DS Kobylisy	lelakova@ddkobylysy.cz	211
50.	Senior Otrokovice	chd.otrokovice@caritas.cz	48
51.	DS Elišky Purkyňové	info@dsepurkynove.cz	272
52.	DS Humpolec	domov.bronislavy@seznam.cz	33
53.	DS Úvaly	jordanova@dduvaly.cz	49
54.	DS Javorník	dd.jav@tiscali.cz	55
55.	DS Meziboří	ticha.h@ddmezibori.cz	130
56.	CSP Vodňany	csp_vodnany@quick.cz	80
57.	DS Český Těšín	reditel@domov-ctesin.cz	72
58.	Diakonie ČCE – Myslibořice	diakonie@domovmysliborice.cz	135
59.	Senior C Otrokovice	chd.otrokovice@caritas.cz	50
60.	DS Pavlovice u Přerova	ddpavlovice@iol.cz	122
61.	DS Roudnice nad Labem	vaclav.svoboda@ domovsenioru.cz	132
62.	DS Bechyně	info@ddbechyne.cz	65
63.	DS Vojkov,	info@dd-vojkov.cz	112
64.	DS IHS, Ostrava, Mariánské hory	info@iris-ostrava.cz	108
65.	DS Na Zátíší Rakovník	reditel@dpsr.cz	40
66.	DS Radkova Lhota	reditel@domovrl.cz	129
67.	DS Vesna p.o.	dpd.vesna@seznam.cz	182
68.	DS Vážany, PO	vejvodova@sskm.cz	120
69.	Seniorcentrum OASA, s. r. o.	m.borkova@seznam.cz	24
70.	Dům klidného stáří (Žďár nad Sázavou)	soc.sluzby@raz-dva.cz	54
71.	Neuvedeno	neuvedeno	neuvedeno
72.	DS Pod Lipami Smečno	sojka@dpodlipami.cz	133
73.	DS Benešov	info@dd-benesov.cz	100
74.	DS u Jezera (Hlučín)	reditel@ddhlucin.cz	91
75.	Dům pokojného stáří Bohuslavice	dps.bohuslavice@centrum.cz	39
76.	DS Jindřichovice pod Smrkem	dd.reditel@volny.cz	67
77.	Domov odpočinku ve stáří (středisko DIAKONIE ČCE v Rýmařově)	rymarov@diakoniecce.cz	34
78.	DS Cheb	dd.cheb@seznam.cz	105
79.	DS Zahradní Město (Pha 10)	holan@dssnezenkova.cz	301

80.	DS „Efata“	DPS_zlin@volny.cz	19
81.	DS Světlo (Drhovle-Zámek) ⁶⁹	socialdrhovle@dps-svetlo.cz	68
82.	DS Světlo (Písek)	social@dps-svetlo.cz	84
83.	DS Černožice	info@doduce.cz	50
84.	DS Háje	info@dshaje.cz	200
85.	DS Hostim	ddhostim@tiscali.cz	67
86.	DS Třebíč	info@dpstrebic.cz;	172
87.	DS Drachtinka	info@drachtinka.cz	87
88.	Gerontocentrum ČČK	geroect@volny.cz	33
89.	Char. domov - ČKCH ⁷⁰	domovy@charita.cz	45
90.	DS Mladá Boleslav		82
91.	DS pro řeholní sestry	domovy@charita.cz	55
92.	DS Zelená lípa, Hostivice	tomsu@seniori-hostivice.cz	65
93.	Hvězda – obč. sdr	sekretar.hvezdazlin@seznam.cz	65
94.	DS Česká Třebová		94
95.	DS Kolečovice	socialni@domovkolesovice.cz	94
96.	DS Sokolnice		140

Zdroj: Vlastní zpracování autora, 2009

⁶⁹ Součástí DS Světlo je DS Drhovle a DS Písek

⁷⁰ Charitativní domov nelze vyhledat, email odpovídá organizaci Česká katolická charita, jejichž součástí je několik domovů pro seniory. Charita poskytuje sociální služby ve 32 vlastních domovech a v 9 domech s pečovatelskou službou (ve vlastnictví měst a obcí) s kapacitou 1 125 míst.

**Příloha č. 7: Výpočet měsíčních nákladů za služby sociální péče
v domovech seniorů na jednoho seniora za jeden měsíc**

Základní schopnosti	Body	Kč
Příprava stravy	1 bod	120,-
Podávání a porcování stravy	5 bodů	600,-
Přijímání stravy, pitný režim	3 body	360,-
Mytí těla	10 bodů	1 200,-
Koupání nebo sprchování	10 bodů	1 200,-
Péče o ústa, vlasy, nehty, holení	8 bodů	960,-
Výkon fyziologické potřeby včetně hygieny	10 bodů	1 200,-
Vstávání z lůžka, uléhání, změna poloh	3 body	360,-
Sezení, schopnost vydržet v poloze v sedě	1 bod	120,-
Stání, schopnost vydržet stát	1 bod	120,-
Přemísťování předmětů denní potřeby	1 bod	120,-
Chůze po rovině	2 body	240,-
Chůze po schodech nahoru a dolů	2 body	240,-
Výběr oblečení, jeho správné vrstvení	2 body	240,-
Oblékání, svlékání, obouvání, zouvání	1 bod	120,-
Orientace v přirozeném prostředí	1 bod	120,-
Provedení si jednoduchého ošetření	1 bod	120,-
Dodržování léčebného režimu	2 body	240,-
Celkem max. dosažitelných bodů	64 body	7 680,-

Úkony soběstačnosti (schopnosti)	Body	Kč
Komunikace slovní, písemná, neverbální	1 bod	120,-
Orientace vůči jiným fyzickým osobám, v čase	2 body	240,-
Nakládání s penězi nebo jinými cennostmi	5 bodů	600,-
Obstarávání osobních záležitostí	3 body	360,-
Uspořádání času, plánování života	3 body	360,-
Zapojení se do sociálních aktivit odpovídajících věku	3 body	360,-
Obstarávání si potravin a běžných předmětů (nákup)	3 body	360,-
Vaření, ohřívání jednoduchého jídla	3 body	360,-
Mytí nádobí	2 body	240,-
Běžný úklid v domácnosti	1 bod	120,-
Péče o prádlo	2 body	240,-
Přepírání drobného prádla	2 body	240,-
Péče o lůžko	1 bod	120,-
Obsluha běžných domácích spotřebičů	1 bod	120,-
Manipulace s kohouty a vypínači	1 bod	120,-
Manipulace se zámkem, otevírání, zavírání oken a dveří	1 bod	120,-
Udržování pořádku v domácnosti, nakládání s odpady	1 bod	120,-
Drobné věci v domácnosti	1 bod	120,-
Celkem max. dosažitelných bodů	36 bodů	4 320,-

Pozn: NASTAVENO pro PnP ve IV. stupni..... pomoc při více než 30 úkonech péče.

KONEC PŘÍLOHOVE ČÁSTI DISERTAČNÍ PRÁCE