Vysoká škola ekonomická v Praze

Národohospodářská fakulta

Hlavní specializace: Národní hospodářství



SELF-DIRECTED SUPPORT: ŘÍZENÍ SOCIÁLNÍCH SLUŽEB SAMOTNÝM UŽIVATELEM

bakalářská práce

Autor: Eva Mesteková

Vedoucí práce: Ing. Dalibor Dočkal

Rok: 2012

Prohlašuji na svou čest, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a s použitím uvedené literatury.

Eva Mesteková

V Praze, dne 27. 8. 2012

Poděkování

Na tomto místě bych ráda poděkovala vedoucímu mé bakalářské práce Ing. Daliboru Dočkalovi za jeho otevřený přístup, který mi umožnil zpracovat tak náročné téma. Dále bych ráda poděkovala své rodině a Ondřejovi za podporu a trpělivost při psaní této bakalářské práce i při jiných důležitých životních zkouškách.

Vysoká škola ekonomická v Praze
Katedra hospodářské a sociální politiky

Národohospodářská fakulta
Akademický rok: 2011/2012

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Zpracovatelka **Eva Mesteková**

Studijní program Ekonomie a hospodářská správa

Obor Národní hospodářství

Název tématu: **Self-directed support: Řízení sociálních služeb samotným uživatelem**

Zásady pro vypracování:

1. Cíl práce
   Hlavním cílem této práce je představit koncept self-directed support a analýza jeho fungování ve Velké Británii. Součástí této analýzy bude otázka, zda tento systém naplňuje současné cíle poskytování sociálních služeb. Závěrečným cílem práce pak bude zjistit možnosti implementace principů self-directed support do českých podmínek.
2. Současný stav poznání
   V oblasti sociální a zdravotní politiky je praktické uplatnění principu individualismu relativní novinkou. Koncept self-directed support funguje ve Velké Británii od roku 2003 pod nevládní neziskovou organizací In Control. Organizace pracuje na základě zpracovávání svých zkušeností, pravidelně zveřejňuje své zprávy o fungování a provádí průzkumy. Její vůdčí členové, jako je Simon Duffy, přispívají svými články do britských odborných časopisů a tím podněcují k širší odborné diskuzi. V České republice tento projekt není téměř znám. Zájem o myšlenky self-directed support projevuje občanské sdružení Quip – společnost pro změnu, které z prostředků Evropského sociálního fondu uspořádalo v roce 2010 konferenci „Pro změnu" na téma individualizace služeb.
3. Použité metody
   V práci na základě citací budu extrahovat veškeré použité materiály na zvolené téma. Kontinuálně historickou metodou se dostanu přes vývojové proměny a názory na poskytování sociálních služeb až ke konkrétní ukázce současnosti. Představím společensky a ekonomicky pozitivní i kritickou analýzu koncepce self-directed support. Argumentace bude založena jak na praktických datech a zkušenostech, tak na teoretických východiscích. Jelikož komparace britského minoritního a českého jednotného sytému organizace sociálních služeb zde není možná, tak pouze volně naváži situací v České republice. Využiji také konkrétní příklad „stínově fungujícího" uživatele služeb. Závěr bude částečnou subjektivní syntézou.
4. Postup řešení
   Na základě historicko-společenských proměn vysvětlím příčiny vzniku obdobných na člověka zaměřených projektů. Stručně vyjmenuji problémy, s kterými se potýkají sociální systémy vyspělých zemí, abych mohla představit prosazující se tendence v organizaci sociálních služeb. Tímto postupem zamířím až ke konkrétní podobě systému self-directed support, jak ji provozuje britská organizace In Control, která představuje průkopníka a tedy i cenný zdroj poznání v této oblasti. V reakci na fungování podpory řízené jednotlivcem v praxi, odkryji kritické obavy odborné veřejnosti. Následně zhodnotím vybrané aspekty systému individuální organizace služeb vybranými ekonomickými teoriemi. Před závěrem ještě zhodnotím jaké je zázemí v České republice pro implementaci takových principů a představím unikátní příklad projevených preferencí.
5. Předběžná osnova
   Úvod
   1. Vývojové tendence poskytování sociální pomoci
   2. Principy Self-directed support
   2.1. Fungování sytému ve Velké Británii
   2.2. Výhody a rizika
   2.3. Pohledem ekonomických teorií
   3. Návaznost na situaci v České republice
   3.1. Příklad projevených preferencí
   Závěr
6. Abstrakt
   Práce spadá tematicky do oblasti sociální politiky. Konkrétně se zabývá u nás dosud nepříliš známým avšak v zahraničí se rozvíjejícím systémem zajišťování sociálních služeb. Self-directed support, tedy podpora řízená jednotlivcem, je určena pro lidi s postižením, seniorům a dlouhodobě nemocným. Klíčovou roli zde zastává individuální rozpočet, který je vázaný na uživatele sociálních služeb a umožňuje mu tak alokovat finanční prostředky podle svých potřeb, neboli efektivní kontrolu nad jejich užitím. Cílem práce je analýza konceptu self-directed support. Britská organizace In Control je příkladem realizace v praxi. Autorka prozkoumává i možnosti implementace principů tohoto systému do českých podmínek a zcela unikátně využívá reálného příkladu „self-directed" uživatele služeb.

Rozsah práce: 40 stran

Seznam odborné literatury:

1. DUFFY, Simon. The Economics of Self-Directed Support. Journal of Integrated Care. Brighton: Pier Professional Ltd., April 2007, vol. 15, no. 2; p. 26-37. ISSN 14769018
2. GAYLORD, Vicky, MOSELEY, Chas, LAKIN, Charlie & HEWITT, Amy (Eds.). (2004). Feature Issue on Consumer-Controlled Budgets and Persons with Disabilities. Impact. Minneapolis: University of Minnesota, Institute on Community Integration, spring 2004, vol. 17, no 1.
3. HAUKE, Marcela. Pečovatelská služba a individuální plánování: Praktický průvodce. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, 2011. 136 s. ISBN 978-80-247-3849-9
4. JONES, RAY: Self-directed support: Watching out for the Pitfalls. Journal of Integrated Care. Brighton: Pier Professional Ltd., February 2008, vol. 16, no. 1, p. 44-47. ISSN 14769018
5. MOLEK, Jan. Marketing sociálních služeb. 1. vydání. Praha: VÚPSV, 2009. 163 s. ISBN 978-80-7416-026-4.
6. PRIDEAUX, Simon; ROULSTONE, Alan; HARRIS, Jennifer; BARNES, Colin: Disabled people and self-directed support schemes: reconceptualising work and welfare in the 21st century. Disability & Society. Abingdon: Routledge, August 2009, vol. 24, no. 5, p. 557-569. ISSN 09687599
7. ROULSTONE, Alan; MORGAN, Hannah. Neo-Liberal Individualism or Self-Directed Support: Are We All Speaking the Same Language on Modernising Adult Social Care?. Social Policy and Society. Cambridge: Cambridge University Press, July 2009, vol. 8, no. 3, p. 333-345. ISSN 14747464

Datum zadání bakalářské práce: březen 2012

Termín odevzdání bakalářské práce: červen 2012

L. S.

Eva Mesteková
Řešitelka

Ing. Dalibor Dočkal
Vedoucí práce

doc. Ing. Miroslav Ševčík, CSc.
Vedoucí ústavu

doc. Ing. Miroslav Ševčík, CSc.
Děkan NF VŠE

Abstrakt

Práce spadá tematicky do oblasti sociální politiky. Konkrétně se zabývá u nás dosud nepříliš známým avšak v zahraničí se rozvíjejícím systémem zajišťování sociální péče. Self-directed support (SDS), tedy podpora řízená jednotlivcem, je určena pro lidi s postižením, seniorům a dlouhodobě nemocným. Klíčovou roli zde zastává osobní rozpočet, který je vázaný na uživatele sociálních služeb a umožňuje mu tak alokovat finanční prostředky podle svých potřeb. Britská organizace In Control je příkladem realizace v praxi. Práce analyzuje model SDS v kontextu historického vývoje i současného systému sociální péče v Anglii a dochází k závěru o velkém potenciálu efektivnosti.

Abstract

This Bachelor′s thesis falls thematically into field of Social Policy. Specifically, it deals with, in Czech Republic yet not known, but abroad evolving system of Social Care provision. Self-Directed Support (SDS) is a support led by an individual and is designed for people with disabilities, the elderly and long-term sick. A fundamental role is set for personal budget, which is closely linked with the users of Social Services, and grants them possibility to allocate funds according to their needs and wishes. British organization In Control is an example of implementation SDS in practice. The thesis analyses the SDS model in the context of the historical development and current Social Care system in England and concludes to the great potential of effectiveness.

Klíčová slova

self-directed suppoprt, sociální služby, sociální péče, vývojové tendence, individualizace, Velká Británie, Anglie, řízení péče, osobní rozpočet, plán podpory, podpůrné brokerství, efektivnost

Keywords

self-directed support, personal social services, adult social care, trends, personalization, United Kingdom, England, care management, personal budget, support plan, support brokerage, efficiency

JEL klasifikace

I310, D610, D690, D700, D730, D780, D 800, H110, D710, J110

Obsah

Úvod 1
1 Terminologický rámec 3
2 Systém sociální péče v Anglii 5
2.1 Vývojové tendence 5
2.1.1 Vývojové tendence do vzniku sociálního státu 6
2.1.2 Sociální stát 8
2.2 Současná charakteristika 13
2.2.1 Uživatelé 13
2.2.2 Služby a poskytovatelé 14
2.2.3 Správa, řízení a dohled 16
2.2.4 Financování 17
2.3 Problémy 18
3 Self-directed support 22
3.1 In Control 23
3.1.1 Etické principy 23
3.1.2 Forma, vznik a cíle 24
3.2 Funkční principy SDS 27
3.2.1 Osobní rozpočet 27
3.2.2 Sedm kroků 28
3.3 Dopady/analýza 33
3.3.1 Povrchní zhodnocení 34
3.3.2 Rozvoj trhu sociálních služeb 36
3.3.3 Podpůrné brokerství 38
3.3.4 Rozvoj komunity 43
3.3.5 Naplnění současných cílů? 44
3.3.6 Dostupnost - hranice nároku 45
3.3.7 Výzva 46
Závěr 48

Seznam zdrojů 53

Úvod

Vzhledem k tíživému demografickému vývoji a neudržitelným veřejným rozpočtům v současnosti euroamerické státy věnují velkou pozornost svým důchodovým systémům. Zatímco v tomto sociálním systému je velmi snadné kvantifikovat dopady stárnutí populace, při různých parametrech, které odráží podobu reformy důchodového pojištění, u služeb sociální péče můžeme kvantifikovat pouze jistý růst poptávky. Polemika o připravenosti systému sociálních služeb na tyto nové výzvy, s nimiž se pojí vyšší požadavky kvality, není téměř slyšet, a v ojedinělých vyjádřeních na toto téma zaznívá převážně kritika. Budoucí podoba sociálních služeb, způsob jakým budou organizovány a financovány jsou při tom určující.

Nestačí přitom ustrnout v nekonstruktivní a populistické kritice nevedoucí k řešení. Proto je důležité zabývat se prověřováním nových modelů sociálních služeb, což je motivem i této bakalářské práce, která se vzdálila povaze srovnávací studie předjaté v zadání. Důvodem opuštění českého prostředí sociální péče byl především omezující rozsah práce.

Cílem práce ale nadále zůstává představit a analyzovat koncept self-directed support (dále také jen SDS). Přičemž ústřední otázkou je, zda tento nový britský koncept řízení služeb sociální péče je řešením současných problémů systému sociální péče.

Self-directed support je název pro celkovou změnu stávajícího systému sociální péče v systém, v němž lidé získají maximální možnou kontrolu nad vlastní podporou. Ačkoliv se ve světě objevuje více takových konceptů prosazujících individualizovaný přístup, tato práce se zabývá výlučně anglickou nejrozšířenější verzí self-directed support koncepčně propracovanou dobročinnou resp. charitativní organizací nazvanou „In Control Partnerships“ (dále také jen In Control).

Výkladové schéma této práce je rozčleněno do tří kapitol resp. tematických bloků. V rámci první kapitoly jsou vymezeny klíčové pojmy zprostředkovávající anglický terminologický kontext českému prostředí sociálních služeb. Druhá kapitola vykládá stávající anglický systém sociální péče, a to nejdříve v sekci 2.1 sledováním určujících historických trendů ve vývojové řadě, následně v sekci 2.2 charakteristikou určujících subjektů a struktur

systému sociální péče a konečně v sekci 2.3 problémy, které nás podmětně přivádějí ke kapitole tři, jakožto reakci na tyto problémy. Třetí kapitola představuje v sekci 3.1 koncept self-directed support prostřednictvím organizace In Control a jejich etických principů. V následující sekci 3.2. je definován osobní rozpočet, jež je hlavním nástrojem self-directed support modelu sedmi kroků. Po celkovém popisu funkčního mechanismu se nabízí nejprve zhodnotit přínosy SDS pro uživatele a poté důsledky i na ostatní subjekty. Teprve všechny předchozí znalosti umožňují objektivně a komplexně zanalyzovat efektivnost systému SDS, především ve vztahu k stávajícímu systému sociální péče Anglie. Prokázaný potencionál efektivnosti je před závěrem podmíněn změnou přístupu celého aparátu sociální péče.

Výběr tématu této práce v neposlední řadě odráží autorčinu potřebu napsat obsahově zajímavou, originální a nikoli bezvýznamnou práci, a také vlastní autorčinu zkušenost s vážně zdravotně postiženým člověkem, jenž svým způsobem života dokazuje, že self-directed support nevyžaduje velké systémové změny, aby pak tento jiný přístup lépe akcentoval zájmy osob specificky postižených.

1 Terminologický rámec

Význam ostatních termínů sociální politiky tato práce přebírá z poslední učebnice I. Tomeše,[3] který klade na pojmosloví důraz u jiných autorů postrádaný.

Tato práce, jako ostatně každá komparativní studie v oblasti sociální péče, se musí vypořádat se základním problémem, jímž je nejednotnost používané terminologie a základních pojmů, plynoucí z odlišnosti státních systémů sociální ochrany. Přitom v mezinárodním kontextu chybí všeobecně přijatá definice, co všechno mohou sociální služby zahrnovat.[4] Přístup k sociálním službám se liší nejen v různých modelech sociálního státu ave státní legislativě, ale i u různých autorů odborné literatury. Proto pouhý překlad, který by hledal nejbližší slovní ekvivalent, by byl značně zkreslující.

Ve Velké Británii výraz „social services" historicky označuje celou oblast sociální ochrany, která je zde rozčleněna do pěti kategorií: vzdělání, zdraví, bydlení, sociální zabezpečení a osobní sociální služby („personal social services"). Tato kategorie „osobní sociální služby" se vyvinula po roce 1948 jako reziduální, protože tyto sociální služby nejsou spojené s potřebami, které má nevyhnutelně každý, ale se zvláštními potřebami znevýhodněných osob.[5] Teprve tyto „osobní" sociální služby mohou být ztotožněny s naším širším pojetím sociálních služeb.

V širším pojetí jsou sociální služby poskytovány „lidem společensky znevýhodněným, 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."[6] Takto vymezené sociální služby spadají pod více rezortů státní správy, upravuje je řada právních norem a jsou poskytovány mnohým skupinám obyvatel (staří lidé[7], tělesně nebo

[3] TOMEŠ, I., Úvod do teorie a metodologie sociální politiky, 2010, s. 25-38.

[4] BJALKOVSKI, Ch., FRÜHBAUER, O., Sociální služby v zemích Evropské unie, 2000, s. 4.

[5] např. DEAN, H., Social policy, 2006, s. 53-54.

[6] MATOUŠEK, O., Sociální služby, 2007, s. 9.

[7] Přičemž řešenou sociální událostí v tomto schématu není samotný vysoký věk, ale též oslabení nebo ztráta soběstačnosti v jeho důsledku.

mentálně postižení, dlouhodobě nemocní, ale také dlouhodobě nezaměstnaní, etnické menšiny, bývalí pachatelé, závislý, děti, mladiství a jejich rodiny).

Užší rezortní pojetí odpovídá české legislativě. Sociální služby se v státním systému sociálního zabezpečení řadí pod sociální pomoc. S**ociální pomoc,** na rozdíl od ostatních oblastí zabezpečení, je podmíněná potřebností, nikoliv cílenými předchozími příspěvky (pojištění) ani splněním zákonných podmínek (podpora).

Sociální služby přestavují nástroj sociální pomoci. Jsou poskytovány v důsledku stavu sociální nouze, tedy neschopnosti člověka zabezpečit své potřeby vlastními silami z jiných důvodů než hmotných (neboť pak by šlo o hmotnou nouzi)[8] a upravuje je zákon o sociálních službách č. 108/2006 Sb., v němž je jejich forma stanovena jako fyzická aktivita a v němž má zvláštní postavení finanční dávka (příspěvek na péči). V následujícím textu, s přihlédnutím k zahraničnímu kontextu, však bude nutné nahlížet na sociální služby z komplexnější perspektivy, jako na souhrn sociální péče a podpory v rámci daného schématu bez ohledu na to, zda jde o finanční nebo fyzickou pomoc.

Sociální služby mohou být poskytovány bezúplatně nebo za úplatu, veřejnoprávními institucemi nebo soukromoprávními (ziskovými nebo neziskovými) organizacemi. Mohou být členěny na služby sociální péče, služby sociální prevence a poradenství, nebo jinak, podle místa poskytování na služby pobytové, terénní a ambulantní (v Anglii pouze „residential and community“).[9]

Sociální poradenství je obvykle specializováno pro cílovou skupinu nebo situaci, avšak základní poradenství je vždy nedílnou součástí všech poskytovaných sociálních služeb. Služby sociální péče zahrnují služby, jejichž hlavním cílem je zabezpečovat lidem základní životní potřeby, které nemohou být zajištěny bez péče a pomoci jiné osoby. Dále mají umožnit lidem v nejvyšší možné míře zapojení do běžného života společnosti, a v případech, kdy toto není možné s ohledem na jejich fyzický a psychický stav, zajistit

[8] TOMEŠ, I., Sociální politika: Teorie a mezinárodní zkušenost, 1996, s. 26, 156.

[9] viz dále kapitola 2.2.2

jim důstojné prostředí a zacházení. Služby sociální prevence slouží zejména k předcházení sociálnímu vyloučení osob, které jsou ohroženy sociálně negativními jevy.[10]

Tato práce se zaměřuje pouze na **služby sociální péče pro dospělé („adult social care“)**, které jsou kritickou oblastí, jež musí čelit demografické výzvě v podobě stárnutí populace při současném přetížení veřejných rozpočtů. S tím souvisí požadavky efektivity a kvality, v rámci hledání nejvhodnějšího schématu pro poskytování těchto sociálních služeb.

Zvláštní vypovídací schopnost má proměna **označení příjemce** sociálních služeb. Od prvotní chudiny a nemocných, přes konkrétní označení dle specifického postižení, se dostáváme k uživateli, blíže specifikovanému jako klient, zákazník, nebo dokonce spotřebitel. Jako klient bývá označován pasivní příjemce sociálních služeb. Na rozdíl od klienta, spotřebitel se aktivně podílí na rozhodování o podobě a formě sociální služby. Mezi klientem a spotřebitelem má střední postavení zákazník, jenž má možnost výběru z různých nabídek poskytovatelů.[11]

2 Systém sociální péče v Anglii

2.1 Vývojové tendence

Záměrem této části není zmapovat kompletní historický vývoj sociálních služeb v Anglii, ale sledovat hlavní evropské vývojové tendence sociální péče zřejmé z konkrétních projevů v této oblasti kultury. Autorka této práce se proto nebude zabývat celými dějinami lidstva, ale historický exkurz odvine až od evropského středověku. Vývoj k současné podobě systému sociální péče ostatně nemá vždy a všude lineární charakter, protože odráží střet dvou motivů kolísajících mezi restrikcí a podporou, což je dáno místním společensko-politickým prostředím a akutní potřebou řešit společenské problémy.

[10] MPSV, Vybrané statistické údaje o financování sociálních služeb a příspěvku na péči, 2010, s. 2.

[11] KOLDINSKÁ, K., Britská právní úprava a praxe sociálních služeb jako inspirace pro ČR?, 2004, s. 69.

2.1.1 Vývojové tendence do vzniku sociálního státu

Až do poloviny 20. století bylo poskytování sociálních služeb součástí všeobjímající chudinské péče. Chudoba tehdy byla považována za nejzávažnější sociální problém, jenž dopadal i na osoby zdravotně postižené.

Institucionalizace

Počátky institucionalizace chudinské péče sahají do raného středověku k zřízení církve. **Křesťanství** jako státní náboženství svými přikázáními dalo vzniknout první organizované pomoci, která se soustředila v klášterech a farnostech. Služby se omezovaly na poskytnutí přístřeší, stravy a zdravotnické péče. Milosrdné skutky zároveň pomáhaly utvrdit víru v Boha. Ze strany světské moci se vůči chudým uplatňovala **represe.** Společnost měla tendenci odhánět všechny nepříslušné standartním sociálním strukturám.[12]

Jednotná politika státu

Se vznikem centralizovaných států Evropy se začala centralizovat i politika státu vůči lidem v nouzi.

Poprvé se chudinská péče objevuje ve státní institucionalizované podobě v Anglii, kde byl na rozdíl od kontinentální Evropy tradiční slabý vliv katolické církve. Problém chudých se snažili potlačit silně restriktivní zákony, případně nazývané „krvavé zákony". Významného nárůstu chudých se Anglie dočkala s procesem ohrazování v 16. století. Sílící odvětví zpracování vlny si žádalo stále více půdy pro chov ovcí a tak byli drobní rolníci vyvlastňování a vyhnáni na nepřipravený trh práce. Masivní chudoba se s jejich přechodem koncentrovala do měst. Protože za vlády Jindřicha VIII. byly zrušeny kláštery, nezbylo než řešit tento problém na vyšší úrovni měst a poté i státu. Odrazem toho je vůbec první celostátně platná legislativa chudinské péče, kterou vydala **Alžběta I.** v roce 1597 pod

[12] MATOUŠEK, O., Sociální služby, 2007, s. 18 – 19: „např. bylo běžné vsazovat tuláky, chudé a blázny na lodi, které pluly od města k městu jako jakési pohyblivé ústavy, nebo je v rámci zábavných akcí vymrskávat z města."

názvem Kodex chudých. O čtyři roky později zakládá **Chudinským zákonem** novodobou chudinskou péči, která je financována z veřejných prostředků získaných z obecních přímých daní a ukládá povinnost hrabstvím postarat se o své obyvatele.[13]

Ústavy

Pomoc měla různou lokálně odlišnou formu a úroveň. Kromě finanční nebo naturální podpory, byli staří a postižení v menších komunitách opečovávání v obecních domovech (tzv. pastouškách). Ve městech o znevýhodněné lidi v 17. století měly dlouhodobě pečovat ústavy, které byly podobně jako starší církevní zařízení **nediferencovanými útulky**, kde žili pohromadě chudí, staří, nemocní, tuláci, děti a mládež. Až na přelomu 18. – 19. století vznikala specializovaná zařízení: sirotčince, blázince, chudobince a starobince.[14]

Diferencovaný přístup

V industriální společnosti panoval přísný názor, že chudoba je morálním selháním a neschopností. V roce 1834 byl Chudinský zákon doplněn prvkem **přezkoumávání nároku na službu**, v tom smyslu, že chudí byli rozlišování na práceschopné, kteří byli umisťování v donucovacích pracovnách („workhouses“) a na práceneschopné, kterým byly zajištěny elementární podmínky k přežití. Zároveň se sledovalo, zda nejhůře placený pracující člověk v dané oblasti nemá menší příjem než člověk žijící z příspěvku. Poskytnutá zdravotní a pobytová péče byla pro **chudé zdarma, ostatní byli zpoplatnění**.[15]

Princip subsidiarity

Chudinská péče ze strany státu byla poskytována až do vzniku sociálního nebo socialistického státu jako **krajní řešení situace**. Primárně se měla starat **rodina**, dále bylo možné zabezpečení se strany spolků, fondů a dalších soukromoprávních subjektů. Teprve

---

[13] TOMEŠ, I., Sociální politika: Teorie a mezinárodní zkušenost, 1996, s. 45.

[14] viz tamtéž, s. 20-21.

[15] THANE, P., History & Policy Memorandum: social care, 2009, s. 2-4.

po vyčerpání těchto zdrojů pomoci nastupovala chudinská péče povinně poskytovaná správními orgány v jejich hierarchii postupně od obce přes okres až ke státu.[16]

Dobrovolné iniciativy

Tvrdá liberální politika státu, jako přístup mj. odstrašující práceschopné obyvatelstvo od lenosti, odsunula skutečné potřeby chudých do sféry soukromé filantropie. Nezávislé organizace, jež vznikaly ve Viktoriánských časech prodchnutých humanitárním cítěním, často **spolupracovali s místními autoritami** při zajišťování zdravotní a sociální péče starším a postiženým lidem, sice měly charitativní charakter, přesto ale vybíraly poplatky od těch, kdož si to mohli dovolit. Ke konci 19. století narůstal počet církevních i jiných dobrovolných organizací, pro něž byly typické komunitní projekty. Příslušníci anglické Charity Organization Society založené roku 1869 navštěvovali potřebné v jejich domovech, vedeni záměrem spojovat pastoraci s přímou materiální pomocí. Novinkou se tak stává **služba, která jde za uživatelem do jeho přirozeného prostředí.**[17]

Tyto spolky nejen že se zaměřovaly na **lokální potřeby komunity**, ale snažili se tyto potřeby **řešit globálně**, jednak snahami ovlivňovat místní politiku, jednak zaměřením na poradenství a prevenci.

Sociální stát

Ve 20. století je všude v Evropě postupně opouštěna koncepce chudinského zákonodárství,[18] jež má řešit veškeré sociální problémy, a hlavní význam nabývá **pojistný systém** sociální bezpečnosti tvořící součást sociální politiky státu. Organizace sjednocující se za práva na důstojný život jednotlivých skupin přispívají k zásadní změně principu poskytování sociální péče. V sociálním státu není potřebný odkázán na dobrovolně

---

[16] MATOUŠEK, O., Sociální služby, 2007, s. 23.

[17] MATOUŠEK, O., Sociální služby, 2007, s. 22.

[18] V Anglii bylo z chudinského zákonodárství postupně odňato vzdělání (1870), zdravotnictví (1930) a předáno do rukou místních orgánů. Starobní důchod byl vyplácen od roku 1908 a možnost nemocenského pojištění a pojištění proti nezaměstnanosti tu byla od roku 1911.

poskytovaných zdrojích pomoci, ale je mu na ně přiznán **nárok.** Zásadním dokumentem přitom je Všeobecná deklarace lidských práv z roku 1948.

Typologie

V zásadě lze veškeré vyspělé státy označit za sociální, jejich koncepce se ale v jednotlivých regionech Evropy rozvíjely různými způsoby a s různým důrazem. Odlišnosti jednotlivých států blahobytu nejvýznamnějším způsobem ucelil **G. Esping-Andersen** ve své typologii základních modelů. Podle jeho vlivné teorie z roku 1990 můžeme rozlišovat následující tři modely sociálního státu:

a) *Anglosaský reziduální model* má kořeny ve filozofii „laissez-faire" a vyvinul se v anglických podmínkách, v nichž nepříliš početná střední vrstva neměla velký vliv ve srovnání s množstvím pracujících a chudých.[19] V tomto modelu přebírá stát odpovědnost za sociální situace občanů v minimální míře a teprve v případě, kdy subjekty trhu a rodiny selžou. Dávky, které takto stát poskytuje, jsou relativně skromné a jejich poskytování je testováno příjmem žadatele. Tento typ zdůrazňuje **individuální odpovědnost** každého za uspokojování jeho sociálních potřeb. [20]

b) *Korporativní model,* jehož představiteli jsou především Německo a Rakousko, je naopak značně ovlivněn střední třídou. Sociální potřeby mají být primárně uspokojovány na základě výkonu a produktivity. Významným zdrojem financování dávek jsou v tomto případě prostředky **pojistných fondů**. Stát garantuje pouze základní společensky uznaná minima potřeb. Poskytování sociálních služeb je ponecháno zcela v rukou nestátního sektoru.[21]

c) *Skandinávský redistributivní model* je úzce spojen s vlivem sociálního pojetí demokracie. Důraz klade na štědrý, i když nákladný sociální stát, na rozvoj široké

---

[19] KOLDINSKÁ, K., Právní úprava sociálních služeb v evropských zemích, in MATOUŠEK, O., Sociální služby, 2007, s. 53.

[20] KREBS, V., Sociální politika, 2010, s. 55.

[21] KREBS, V., Sociální politika, 2010, s. 54-55.

> škály sociálních služeb poskytovaných veřejným sektorem a na všestrannou podporu rodiny. Jeho nosnou myšlenkou je, že **sociální potřeby lidí vnímá jako sociální práva.**[22]

Tyto kategorizace jsou diskutabilním zobecněním podstatných znaků uspořádání sociální ochrany jako celku. V případě výňatku minoritního systému sociálních služeb a s menším časovým odstupem panuje na mezinárodním poli odborná diskuze o možnosti identifikovat různé režimy sociální péče a přiřadit k nim konkrétní státy. Někteří autoři se pokusili o zavedení vlastních typologií, mnoho výzkumníků ale zdůrazňuje **spíše podobnosti než odlišnosti**. Evropské země vykazují stále více stejnosti ve svých systémech sociální péče i vzhledem k jejich problémům. Anttonen, Sipila a Baldock v roce 2003, po široké analýze proměn sociální péče v pěti zemích z celého světa, přišli dokonce s myšlenkou lineárního vývoje, podle níž jednotlivé státy nereprezentují různé modely sociální péče, ale jsou pouze v odlišných stadiích vývoje vedeného ideou pokroku.[23]

Sociální stát Velké Británie

Sociální stát Velké Británie významně ovlivnila koncepce ekonoma Williama **Beveridge**, jíž přednesl v parlamentu roku 1942 a kterou se rozhodl bojovat proti „sociálním zlům“, jež se plně projevily po II. světové válce. Hlavním nástrojem při tom mělo být Národní pojištění, které mj. předpokládalo podporu rodiny, národní zdravotnictví a po vzoru Keynese plnou zaměstnanost. Navržený systém národního pojištění byl koncipován komplexně a univerzálně, poskytoval možnost účasti všem občanům. [24]

V roce 1948 vstoupily v platnost zákony upravující oblast vzdělání, zdravotnictví, pojištění (The National Insurance Act z roku 1946, jenž implementoval Beveridgovo schéma sociálního zabezpečení), dále rodiny a v poslední řadě péči o děti a ostatní znevýhodněné

---

[22] KOLDINSKÁ, K., Právní úprava sociálních služeb v evropských zemích, in MATOUŠEK, O., Sociální služby, 2007, s. 53.

[23] JOKINEN, K. KURONEN, M., a KROGER, T., Social Care and Social Services, 2010, s. vi-vii.

[24] SPICKER, P., Introduction to social policy: Social Policy in the UK, část The Welfare state in Britain.

(The Childrens Act a The National Assistence Act z roku 1948). Každou oblast řídil státní úřad a správu provozovaly místní úřady.[25]

Okolnosti vzniku dokládají, že **systém sociální pomoci (National Assistance**), jenž převzal to, co zbylo z chudinského zákonodárství, byl méně zaměřen na výstavbu britského sociálního státu. Nejen z tohoto důvodu je v současné době označován za velmi stigmatizující. Centrální úřad („Board") poskytoval pouze příjmově testované dávky pro nezajištěné a veškerá zodpovědnost přešla na nepřipravené **místní samosprávné jednotky**.

Komunitní péče

Pojem komunitní péče je prvotně spojen s britským trendem 50. a 60. let 20. století, a to **transformací** péče o duševně nemocné, v jejímž rámci byla rušena velká ústavní zařízení a byly budovány menší alternativní zařízení bližší normálnímu společenskému životu. Důvodem byla především vize úspor, zdůrazňované škodlivé účinky hospitalismu a snad i objevení nových léků (psychotika).

Pojem komunitní péče se ale rozšířil tím, že pod tímto názvem byly rovněž uváděny zákony s cílem celkové **deinstitucionalizace péče.** S tímto trendem je v dalších dekádách 20. století paradoxně spojen růst jiných institucí – veřejné správy. Poskytování sociálních služeb bylo předmětem činnosti veřejného sektoru. Sociální oddělení místních orgánů měla koordinovat potřeby lidí s poskytováním sociální péče a podporou rodiny. Řada opatření podporovala setrvání starých a postižených lidí ve svém přirozeném prostředí – komunitě, úřady měly zajistit zpoplatněné stravování, donáškové služby a pomoc v domácnostech i v ostatních pobytových zařízeních. Byl zaveden invalidní důchod, doplněný příjmově testovaným invalidním příspěvkem. Za určitých podmínek mohla být příspěvkem odměněna i pečující osoba.[26]

---

[25] Viz tamtéž.

[26] THANE, P., History & Policy Memorandum: social care, 2009, s. 8-10.

Implementace těchto opatření narazila na omezené zdroje, a tak, přestože nejen mentálně postižení lidé masivně opouštěli velké instituce, nebyla jim v dostatečné míře, natož kvalitě, dostupná uspokojivá alternativa komunitní pobytové péče. Je otázkou, nakolik bylo nedostatečné financování zapříčiněno podceněním celého procesu a nakolik ekonomickou krizí; jisté je, že chyběly i odborné personální kapacity k efektivnímu řízení alternativní péče i k práci s klienty.

Trh a soukromý sektor

Rozsáhlá reforma systému sociálních služeb **v 80. – 90. letech** 20. století, kladoucí důraz na financování a privatizaci, se vzhledem ke skutečným žalostným podmínkám a konzervativní politice **Margaret Thatcherové** jeví jako jediné nutné řešení. Neoliberální restriktivní politika se dotknula všech oblastí „štědrého" sociálního státu. V rámci sociální pomoci byly **zavedeny tzv. kvazi trhy („quasi markets").** Systém kvazi trhů spočívá v zavedení tržních mechanismů do systému poskytování sociálních služeb, a to s cílem zvýšit kvalitu poskytovaných služeb prostřednictvím zavedení určité podoby konkurenčního prostředí. Řízení systému sociálních služeb se ujali **manažeři péče („care managers")**, kteří jsou především zprostředkovateli služeb. Stát přitom plní funkci subjektu, jenž služby od poskytovatelů nakupuje a jenž svou roli poskytovatele přenesl na nestátní organizace. [27]

Ve volném prostředí sociální služby dokázaly rozvíjet svoji rehabilitační funkci. Vznikaly terapeutické komunity, stacionáře a komunitní centra, terénní služby, chráněné či podporované bydlení a zaměstnávání.

Tento reformní krok, jehož podobu utvářela především Griffithova zpráva, omezil roli veřejné správy na roli kontrolora a poskytovatele finančních dávek. Nicméně ponechaná ústřední role sociálních oddělení místních úřadů v zprostředkování sociálních služeb klientům dlouho bránila další etapě rozvoje systému sociální péče.

---

[27] KOLDINSKÁ, K., Právní úprava sociálních služeb v evropských zemích, in MATOUŠEK, O., Sociální služby, 2007, s. 55.

Individualizace

Individualizace, nebo také personalizace sociálních služeb, je současným trendem v přístupu k poskytování sociálních péče. Pro sociální péči přestává být klíčová služba, ale člověk, který ji potřebuje. Zásadní přitom je zaměření se na komplexní situaci a přání konkrétního klienta, jenž by se měl stát spotřebitelem služeb. Jednotlivec je hlavním rozhodovacím činitelem v procesu zajištění sociálních služeb. Má tak **větší kontrolu a odpovědnost** nad svým životem. Sociální služby díky zapojení uživatele do rozhodovacího procesu získávají motivační resp. aktivizační charakter.

O počátky prosazování individuálního přístupu v profesionální péči se v 90. letech 20. století zasadila především hnutí bojující za práva postižených („Independent Living Movement“). Dosud sice neexistuje jasné schéma realizace individuálních sociálních služeb, přesto však lze v těchto snahách nalézt společné znaky, ať už jsou vyjádřeny v zákonných normách, nebo je deklarují koncepty konkrétních organizací. Ústřední roli zastává individuální rozpočet a plánování. Naplnění individuálního přístupu je zásadním **kritériem kvality** poskytovaných sociálních služeb.

2.2 Současná charakteristika

Předchozí historické porovnání vývoje mělo objasnit kontinuitu současného systému sociálních služeb v Anglii se zaměřením na poskytování sociální péče pro dospělé, probíraného v této kapitole.

2.2.1 Uživatelé

Při náhledu na sociální služby je zásadní představa, jak velké cílové skupiny obyvatelstva se tyto služby týkají, což se neobejde bez nediskriminační leč věcné specifikace osob, jimž jsou tyto služby určeny. V Anglii bylo v roce 2010 9,3[28] milionů postižených osob, což tvoří 17,8% podíl 52,234[29] milionové populace, přičemž celkový počet evidovaných

[28] The Office for Disability Issues, Disability Prevalance Estimates 2009/2010, 2011, s. 3.

[29] The Office for National Statistics, Annual Mid-year Population Estimates, 2010, s. 6.

dospělých (starších 18 let) uživatelů služeb sociální péče byl v roce 2010/11[30] 1,575 milion. V tomto čísle tedy nejsou zahrnuti ti, jež si své služby zcela sami vyhledali a financovali, ale jejich počet se odhaduje na dalších 270 tisíc.[31]

Z téměř 1,6 milionů dospělých uživatelů sociální péče v Anglii je přes milion osob (67%) starších 65 let a v zastoupení těchto uživatelů podle primární příčiny jejich znevýhodnění převažují lidé s tělesným postižením (68%), pětina trpí poruchou duševního zdraví a necelou desetinu tvoří lidé s poruchou učení.[32]

2.2.2 Služby a poskytovatelé

Typologie

V zásadě lze služby sociální péče členit podle dvou kritérií: podle způsobu resp. místa poskytování péče nebo podle právní formy poskytovatele péče. Veškeré statistiky dokládají trend (popsaný v kapitole 2.1 této práce), jenž směřuje od institucionální péče ke komunitním službám a jenž vyjadřuje zvyšující se podíl soukromých poskytovatelů.

Podle způsobu poskytování se služby sociální péče v Anglii člení pouze na **pobytové („residential") a komunitní („community based – day and domicilary"**). Česká kategorizace uznávaná i jinde v zahraničí uvádí tři typy sociálních služeb, a to služby pobytové, ambulantní a terénní. **Pobytové služby** jsou poskytovány v zařízeních, v nichž člověk v určitém období svého života fakticky celoročně žije. Jedná se především o domovy pro seniory či pro osoby se zdravotním postižením, ale patří sem také tzv. chráněné bydlení pro osoby se zdravotním postižením. Za **ambulantními službami** člověk dochází do specializovaných zařízení, jako jsou například denní stacionáře. **Terénní** služby jsou poskytovány v prostředí, kde člověk žije, tj. v domácnosti, či v místě, kde pracuje, vzdělává se nebo tráví volný čas. Příkladem může být pečovatelská služba,

[30] Rok 2010/11 představuje finanční rok, tedy období od 1. dubna 2010 do 31. března 2011.

[31] The Health and Social Care Information Centre, Community Care Statistics 2010-11, 2012, s. 5, 9.

[32] The Health and Social Care Information Centre, Community Care Statistics 2010-11, 2012, s. 25.

osobní asistence a odlehčovací služby nebo podporované samostatné bydlení.[33] Dále v textu bude na služby sociální péče nahlíženo v anglickém dvojím členění.

Typ a počet služeb

V Anglii kupodivu služby osobní asistence („PA´s“) nejsou vůbec sledovány, na druhou stranu jsou mezi komunitní služby zahrnuty i přímé finanční výplaty a rozpočty („direct payments“ a „personal budgets“), díky nimž jsou osobní asistenti často zaměstnáni.

Škála poskytovaných služeb sociální péče se na státní úrovni příliš neliší, i když v Anglii můžeme v tomto ohledu ve více rozvinutých regionech zpozorovat českému prostředí neznámé prvky. Na oficiální úrovni seznamuje s **novými modely podporovaného bydlení** Komise kvality péče (CQC) registrující celkem cca 12000 poskytovatelů s více než 24000 provozními místy. Mezi novinky patří „bydlení se zvláštní péčí“ (Extra care housing), účelový komplex obytných jednotek především pro staré s různou úrovní péče a podpory, dávající uživateli výsadní právo prostor užívat, jako by byl jeho vlastníkem. Poněkud zvláštně působí „koncept soužití“ (Shared lives dříve Adult Placement), založený na tom, že vyškolený jednotlivec, pár nebo rodina pomáhá přidělené osobě ve svém domově. Ošetřovatelské agentury (Nursing Agencies) fungují na principu agenturního zaměstnávání, takže krátkodobě propůjčují vyškolený ošetřovatelský personál nemocnicím i domácnostem, čímž umožňují nahradit pobyt pacientů v nemocnici.[34]

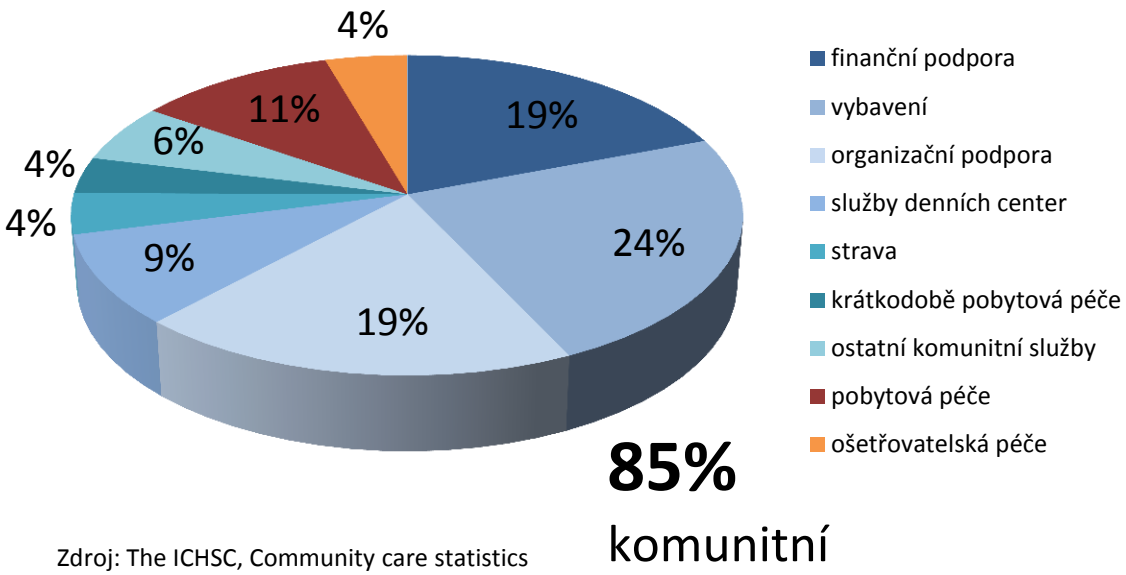
Podle Národní statistiky o počtu uživatelů dle typu služby (graf č. 1) využívá naprostá většina uživatelů sociální služby komunitního typu.[35]

[33] MPSV, Vybrané statistické údaje o financování sociálních služeb a příspěvku na péči, 2010, s. 3.

[34] CQC, Essential standards of quality and Safety, 2010, s. 26, 28, 29.

[35] The Health and Social Care Information Centre, Community Care Statistics 2010-11, 2012, s. 31.

Graf č. 1 **Podíl uživatelů služeb sociálních péče pro dospělé v Anglii podle typu služby v roce 2010/11 v %**



Zdroj: The ICHSC, Community care statistics

Anglické statistiky porovnávají **velikost soukromého a veřejného sektoru** počtem kontaktních hodin domácí péče a u rezidenční péče počtem uživatelů. Počet kontaktních hodin domácí péče přímo poskytovaných samosprávnými orgány klesl od roku 2005/06 téměř o polovinu a tomto pokračujícím trendu tuto domácí péči zajišťovaly soukromé organizace (ziskové i neziskové) v roce 2010/11 již z 87%[36] Pouze 7% uživatelů pobytových služeb bylo v roce 2011 umístěno v domovech přímo zřizovaných úřady veřejné správy (v roce 2001 to bylo 17% uživatelů).[37]

2.2.3 Správa, řízení a dohled

Ve Velké Británii se v roce 1988 politiku sociální péče utvářelo samostatné **Ministerstvo zdravotnictví**, čímž by měla být zajištěna větší koordinace obou služeb. Za zdravotní služby v Anglii je zodpovědná Národní zdravotní služba (NHS) a za sociální služby zodpovídají tradičně již od roku 1948 **Oddělení sociálních služeb regionálních**

[36] The Health and Social Care Information Centre, Community Care Statistics 2010-11, 2012, s. 42, 43.

[37] Viz tamtéž s. 51.

samospráv.[38] V Anglii přitom neexistuje moderní komplexní zákon o sociálních službách, dílčí úpravy jsou součástí více než tuctu zákonů a vyhlášek o zdravotní a sociální péči.

Tradičně se jedná o **systém orientovaný na službu**, protože místní oddělení státní správy v podstatě předkoupí určité množství sociálních služeb a na základě posuzovacího procesu, při němž jsou vyhodnocovány potřeby a prostředky jednotlivce, je klient k určitým službám přidělen, pokud se prokáže hodným veřejně podporované péče.

Individuální potřeby jsou národním rámcem odstupňovány na nízké, střední, závažné a kritické. Každá **místní správa rozhoduje, který stupeň** je schopna a ochotna finančně podporovat, a osoby, jež mají menší potřeby, se veřejně financované péče nedočkají. Ostatním potřebným osobám je na základě **testu příjmů** vyměřen podíl spolufinancování nákladů péče.[39] Tímto procesem si musí projít každý, kdo nemá dostatek úspor na uhrazení veškeré své potřebné péče.

V roce 2009 byla v Anglii sjednocena **Komise kvality péče** kontrolující naplnění vládních standardů sociální i zdravotní péče, a to prostřednictvím registrace, inspekce a hodnocení poskytovatelů. Komise je financována nejen z vládních dotací, ale také z registračních poplatků poskytovatelů.[40]

2.2.4 Financování

Služby sociální péče v Anglii jsou financovány jednak z dotací centrální vlády místním úřadům, které pak samy rozhodují o jejich alokaci na sociální péči, jednak z místních daňových příjmů, a dále též z příspěvků jednotlivců a ostatních soukromých subjektů.

---

[38] Veřejná správa je zde všeobecně velmi orientovaná na místní správu. 152 regionálních zastupitelstev (Councils with Adult Social Services Responsibilities) spravuje poměrně velká území bývalých hrabství, které odpovídají zhruba velikosti našich krajů a pod nimi fungují místní orgány (Local Councils).

[39] POOLE, T., Funding adult social care in England, 2009, s. 2.

[40] CQC, About us. Dostupné online.

Dobrovolné organizace se mohou navíc ucházet o speciální granty Ministerstva zdravotnictví.[41]

Celkové výdaje na služby sociální péče v Anglii byly v roce 2010/11 19,65 miliard liber, tj. asi necelých 1,6% HDP Anglie[42]. Místní úřady přitom vynaložily téměř 15 miliard a uživatelé přispěli téměř 2,5 miliardami (pokud si je nehradili zcela bez účasti místních úřadů), Národní zdravotní služba se spolupodílela 1,56 miliardami. Reálně společné výdaje místních správ a uživatelů za posledních pět let narostly o 4% a za celou dekádu téměř o 40%.[43]

Výdaje na přímé platby pro dospělé tvoří 6% celkových výdajů a v roce 2010/11 čítaly 960 milionů liber, což je 15% meziroční nárůst v reálných cenách. Průměrná výše platby je 167 liber týdně, přičemž u starších (94£) a duševně nemocných (115£) je nižší a u fyzicky (221£) a mentálně postižených (230£) zas vyšší. **Průměrné náklady** na dospělého, o nějž je intenzivně pečováno v pobytových zařízeních nebo domácnosti, činily 623 liber týdně, přičemž se také velmi lišily podle konkrétního typu znevýhodnění. Hodina domácí péče stojí v Anglii kolem 17 liber.[44]

2.3 Problémy

Oblast sociálních služeb v Evropě, ve Spojeném království, České republice a jistě i v dalších rozvinutých státech naráží na víceméně **společné systémové problémy**. V zásadě není možné dlouhodobě poskytovat adekvátní sociální péči současným způsobem její organizace ze třech důvodů, jimiž jsou: rostoucí poptávka po sociálních službách, vyšší požadavky na jejich kvalitu a přetížení veřejných financí.

---

[41] DH, Social Care, Funding, Dostupné online.

[42] odvozené HDP Anglie z HDP UK za období 2Q 2010-1Q2011 včetně podle počtu obyvatel (1472,049 mld. £/62,262 mil. obyvatel UK = HDP per capita UK: 23642,816 * 52,234 mil. obyvatel Anglie = HDP Anglie: 1234,959 mld. £).

[43] The Health and Social Care Information Centre, Personal Social Services: Expenditure and Unit Costs – England – 2010-11, 2012, s. 1, 4.

[44] viz tamtéž, s. 17

Rostoucí poptávka

Nejvýznamnějším faktorem rostoucí poptávky po službách sociální péče je **prodlužující se délka života** populace, ke které přispívají především kvalitní zdravotní služby. Zatímco ve Spojeném království byla v roce 2010 střední délka života u mužů 78,5 let a u žen 82,4 let (tedy o několik let vyšší než v ČR), ve střednědobém horizontu patnácti let by mohla být o pět let vyšší a v nejzazší projekci roku 2071 by mohla dosáhnout u mužů hranice 88 let a u žen překročit hranici 91 let, přičemž už třetina nyní narozených dětí by se mohla dožít 100 let.[45]

Vysoký věk spojený s křehkým zdravím a úbytkem sil vede k závislosti stárnoucích osob na pomoci druhých. Tradiční funkci rodiny v péči o staré ale poznamenávají sociologické změny společnosti, často vedoucí k **rozpadu vícegeneračního soužití.**[46]

Požadavky kvality

V souladu s mezinárodně přijímaným procesem **sociální integrace** dochází k přiblížení života osob se sníženou soběstačností normálnímu životu jejich vrstevníků a zároveň k **přenášení standardu života** v produktivním věku i do období života, v němž je člověk postupně stále více závislý na pomoci jiné osoby.[47] Čím více jsou osoby závislé na poskytovaných sociálních službách, tím více platí, že **měřítkem kvality života uživatelů je kvalita služeb**. Přičemž v současnosti je kvalita sociálních služeb ztotožněna s individualizací, tedy schopností uspokojovat individuální potřeby.

Finanční udržitelnost

Vyšší nároky spojené s náklady naráží na omezené zdroje, především finanční. Spojené království nevybočuje z řady vyspělých států, **procházejícími krizí veřejných financí.** Dlouhodobě totiž tyto státy nejsou schopné příjmy pokrýt své nestřídmé výdaje,

---

[45] Office for National Statistics, National Population Projections, 2010-based reference volume, Chapter 4: Mortality. Dostupné online.

[46] PRŮŠA, L., Efektivnost sociálních služeb, 2007, s. 18.

[47] PRŮŠA, L., Poskytování sociálních služeb pro seniory a osoby se zdravotním postižením, 2010, s. 39.

a tak kumulují veřejný dluh. Přechodně **u hrubého vládního dluhu** Spojeného království můžeme v letech 2007–2011 zaznamenat obrovskou dynamiku, díky níž v roce 2011 HDP ve výši 85,7% překonal průměr EU o 3,2 procentní body. **Celkové vládní výdaje** Spojeného království se v roce 2011 snížily na 49% HDP, tedy na průměr všech 27 zemí EU. Vládní škrty Anglie omezující celkový objem univerzálních dotací, určených místním úřadům pro roky 2011-2015 o 28%, se promítly v posledních dvou letech do rozpočtů na služby sociální péče v celkové výši necelých 2 miliard, tedy snížením rozpočtu o 17%.[48]

Regionální rozdílnost

Vedle těchto demografických a socioekonomických aspektů, jež přivedly Anglii na cestu celosystémové transformace sociální péče, se Anglie v současnosti potýká s problematikou regionální rozdílnosti poskytovaných sociálních služeb. Ačkoliv na celostátní úrovni jsou služby sociální péče relativně dostupné, variabilní a kvalitní, **nejsou lokálně poměrně zastoupené**. Příčiny odlišné vybavenosti sociálními službami sice vystupují z objektivních charakteristik daného území, k nimž patří míra urbanizace, velikost obcí a jejich vzdálenost od center, věková a kvalifikační struktura či míra realizace tradiční funkce rodiny v péči o staré,[49] ty ale určují pouze predispozice – poptávku. Problémem ovšem zůstává neuspokojující nabídka. Ta je determinována nejen celkově nastaveným současným systémem organizace a financování sociálních služeb, ale i jeho minulým vývojem (v této práci již probraným).

V Anglii jsou regionální rozdíly v dostupnosti **způsobené silnými politickými pravomocemi místních úřadů**, rozhodujících o zajištění určitých veřejných služeb svých občanů podle volby vlastních priorit v rámci zákonem stanovených kompetencí. V případě sociální péče si stanovuje místní úřad **vlastní hranici nároku** žadatele pro její veřejné financování, takže se hovoří o tzv. „postcode loterii“, při níž lidé se stejnými potřebami mohou získat velmi odlišnou podporu veřejných orgánů, podle místa, kde žijí. Po stanovení nároku na veřejně financovanou pomoc podle potřeb následuje

[48] ADASS, Making progress with Putting People First, 2009. Dostupné online.

[49] PRŮŠA, L., Poskytování sociálních služeb pro seniory a osoby se zdravotním postižením, 2010, s. 10-11.

vyhodnocování finančního spolupodílu žadatelů, přičemž kritéria pro přiznání sociální pomoci nejen že jsou místně rozdílná, ale na služby komunitního typu není uplatňována žádná regulace výše jejich zpoplatnění.[50]

Protože z hlediska poskytovatelů služeb sociální péče funguje v Anglii v podstatě trh[51], jeho nabídku ovlivňují také **provozní a mzdové náklady**, působící na regionální variabilitu typů poskytovaných služeb. V investičním sektoru je však větší vliv přikládán budoucím příjmům poskytovatele, které sice negarantují ani v**ýznamnější kontrakty s místními úřady**, jež ale přesto pozitivně přispívají k jejich očekávaní příjmové prognózy žadatele ve smyslu snižování rizika.[52] Místní úřady, jakožto majoritní odběratel sociálních služeb od soukromoprávních poskytovatelů, tedy disponují silnou tržní mocí.

Koordinace se zdravotní péčí

Další problematickou oblastí je koordinace služeb sociální péče se zdravotní péčí. Ačkoliv z hlediska lidských potřeb mají k sobě tyto služby velmi blízko, jejich provázání již od jejich ustanovení komplikují zcela odlišné systémy financování.

Právní rámec

Zásadním důvodem ke změně systému sociální péče v Anglii se jeví zejména jeho roztříštěnost a nesrozumitelnost. Chybějící jednotný moderní právní rámec znamená pro všechny zainteresované subjekty složitost stupňující se s přibývajícími legislativními úpravami, které se většinou zaměřují na krátkodobá řešení. Lidé, kteří služby sociální péče vyžadují, často kvůli neznalosti nerozpoznají všechny možnosti, jež by jim mohly být dostupné. Informační centra fungují jen v omezené míře.

---

[50] The Commission on Funding of Care and Support, Fairer Care Funding, 2011, s. 15.

[51] Struktura trhu na celostátní úrovni: nabídka jako konkurence soukromých poskytovatelů v ceně a kvalitě maximalizujících zisk, poptávka značně deformována přenesenou rolí poptávajícího na místní úřady. Dále viz kapitola 3.3.2

[52] CQC, Market profile, quality of provision and commissioning of adult social care services, 2010, s. 9.

3 Self-directed support

„Jestliže existuje sociální naděje, spočívá v imaginaci a lidech popisujících budoucí události termíny, které minulost nepoužila.“

Richard Rorty[53]

Pojem „self-directed support“ byl dosud v České republice ojediněle překládán jako podpora řízená jednotlivcem/člověkem, a to občanským sdružením Quip – společnost pro změnu. Současná odborná praxe společenských věd ovšem nevyžaduje doslovné překládání odborných pojmů, naopak, je-li doslovný překlad zavádějící a pojem vybočuje ze zavedené terminologie, ústrojně takový pojem přejímá v jazykovém originálu a aplikuje jeho definici. Je třeba zdůraznit, že podpora řízená jednotlivcem neznamená, že si sami lidé musí zorganizovat veškerou péči o vlastní osobu. Pojem „podpora“ je záměrně preferovaný oproti „péči“, která předznamenává pasivitu na straně člověka, o něhož je „pečováno“[54]. Vzhledem k tomu, a také vzhledem k odchylnosti českých termínů zavedených v odlišném kontextu České republiky, se zdá vhodnější v této práci i nadále užívat termín „self-directed support“, třeba i v již zavedené zkratce „SDS“.

Koncept self-directed support vznikl jako reakce na tradiční anglický systém sociální péče pro dospělé, jenž začal počátkem 21. století vykazovat řadu selhání, včetně nedostatečné flexibility a neschopnosti reagovat na specifické a unikátní požadavky jednotlivců. Ústředním záměrem charitativní organizace In Control, jež s tímto pilotním projektem přišla v roce 2003, bylo **posílit občanství lidí**, potřebujících služby sociální péče mj. k tomu, aby měli skutečnou možnost volby služeb a získali tak kontrolu nad svým životem.[55] Jinými slovy, novým systémem bylo třeba prosadit personalizaci sociálních služeb.

---

[53] RORTY, R., *Objectivity, Relativism, and Truth. Philosophical Papers*, 1991, s. 186 (český překlad MADZIA, R..), In *Pragmatismus a dekonstrukce v anglo-americké filozofii*, 2010, s. 266.

[54] DUFFY, S., Care Management and Self-Directed Support, in *Journal of Integrated care*, 2007 ,s. 8.

[55] POLL, C. a kol., Report on in Control´s first phase 2003-2005, 2006, s. Foreword.

3.1 In Control

3.1.1 Etické principy

In Control klade ve své praktické činnosti značný **důraz na filozofické pozadí** převratných organizačních změn. Tato organizace vytyčila dále uvedený soubor sedmi klíčových etických principů, které nový systém sociální péče – self-directed support musí dodržovat, má-li prosazovat vytvoření podmínek občanství postižených lidí. Tyto etické principy se člení na[56]:

1. **Právo na nezávislý život**

   „*Pokud mohu získat potřebnou podporu, mohu být nezávislým občanem.*“

Pokud má člověk poškození vedoucí k tomu, že potřebuje pomoc, aby mohl plnit svou roli občana, měl by potřebnou pomoc dostávat.

2. **Právo na osobní rozpočet**

   „*Vím, kolik peněz mohu využít na zajištění podpory pro sebe.*“

Pokud člověk potřebuje dlouhodobou placenou podporu jako součást svého života, měl by mít možnost rozhodovat o tom, jak peníze vydávané na tuto podporu jsou užívány.

3. **Právo na sebeurčení**

   „*Mohu se rozhodovat nebo mám podporu či zastupování, abych mohl/a dělat svá vlastní rozhodnutí.*“

Pokud člověk potřebuje pomoc při rozhodování, pak by se rozhodování mělo odehrávat co nejblíže člověku, jak je to možné, a mělo by odrážet jeho zájmy a priority.

4. **Právo na dostupnost**

   „*Rozumím pravidlům a systému a jsem schopen/schopna získat pomoc jednoduše.*

Systém či pravidla, v jejichž rámci se musí lidé pohybovat, musí být jasná a musí lidem s postižením umožňovat maximální kontrolu nad podporou, která je jim poskytována.

5. **Právo na volné financování**

   „*Mohu své peníze využít pružně a tvůrčím způsobem, aby mi to vyhovovalo.*

---

[56] DUFFY, S., POLL, C., Report on in Control´s second phase 2005-2007, 2008, s. 3-4. Převzetí překladu z podkladového materiálu o.s. Quip - Podpora řízená jednotlivcem.

Pokud někdo využívá svůj individuální rozpočet, měl by mít možnost bez zbytečných omezení využít jej způsobem, který mu bude dávat smysl.

6. **Princip odpovědnosti**

   „*Měl bych říct lidem, jak jsem použil své peníze a co jsem se naučil.*“

Lidé s postižením a vláda odpovídají za to, že si vzájemně vysvětlí svá rozhodnutí a budou sdílet, co se naučili.

7. **Princip způsobilosti**

   „*Dejte mi dost pomoci, ale ne příliš; mohu se také na něčem podílet / něčím přispět.*“

Lidé s postižením, jejich rodiny a komunity nesmějí být vnímány jako osoby neschopné řídit svoji vlastní podporu a rozhodnutí učit se a být platným členem společnosti.

3.1.2 Forma, vznik a cíle

Ačkoliv In Control myšlenkově navazuje na tradiční hnutí bojující za práva sociálně znevýhodněných a jejich začleňování, funguje jako **společenství mnoha zainteresovaných subjektů**, jež aktivně provádějí změnu konkrétním nástrojem, jímž je právě self-directed support. In Control není ani hnutím určité skupiny, ani jednotnou organizací, jako spíše partnerstvím všech subjektů, kteří mají zájem podílet se na změně postavení člověka, a to prvotně v systému sociální péče pro dospělé a následně i v mnohem širších oblastech předem nějak nelimitovaných.

In Control se zformovalo na základě Bílé knihy „Valuing people“ z roku 2001, s podtitulem této knihy výmluvně znějícím „nová strategie 21. století pro mentálně postižené“, jejímž cílem bylo zlepšit nejen sociální služby, ale i vzdělávání, bydlení nebo zaměstnávání pro tuto skupinu, tak, aby byly naplněny čtyři vytčené klíčové principy: občanská práva, nezávislost, možnost volby a inkluze, umožňující lidem s mentálním postižením vést hodnotný a smysluplný život.[57] Následné diskuze upřesnili, že je potřeba zavést nový systém při zajišťování sociálních služeb tak, aby odpovídal vládnímu dokumentu.

[57] DH, Valuing people: a new stratégy for learning disability for the 21st century, 2001. Dostupné online.

Spojením národního akčního týmu za implementaci Bílé knihy, charitativní organizace Mencap a jejich financí ve spolupráci s odborníky v roce 2003 vzniklo sdružení In Control, které mohlo přizvat místní úřady k prvnímu otestování nového modelu.[58]

Skeptikové nutnosti celkové systémové změny mohli poukazovat na **předchozí inovace**, které již dříve měly nabídnout větší kontrolu klientům sociální péče, zejména jako přímé platby uživatelům („direct payments“) a plánování zaměřené na člověka („person-centered planning“). Proti těmto námitkám však bylo namítáno, že tyto velmi důležité iniciativy nebyly úspěšné, protože se nemohly dostatečně rozšířit v kontextu zavedeného systému. Přímé finanční dávky se stávají atraktivní až tehdy, když jsou flexibilně využity; navíc se ukázalo, že přímé finanční dávky nejsou vhodné pro každého.[59]

Vytyčeným cílem In Control bylo zavést model, rozvíjející **potenciál finanční dávky**, jakožto nástroje poskytujícího jednotlivci kontrolu nad financováním i samotnou podporou. Tedy systém, v němž by naprostá většina osob disponovala svým osobním finančním rozpočtem na sociální služby.[60] Což znamená uvolnit existující zdroje tak, aby byly alokovány a aby služby byly z těchto zdrojů zajišťovány způsobem, který personalizuje odpovědnost a poskytuje zdravotně postiženým a zestárlým možnost volby pro naplnění jejich potřeb.

Operační systém

Název této subkapitoly se záměrně přibližuje počítačové terminologii, protože **inovativní přístup**, který organizace In Control při výstavbě modelu self-directed support zvolila, se skutečně **inspiroval softwarovým inženýrstvím**, podle něhož počítačová technologie po spuštění beta verze počítačového programu opravuje jeho chyby, reaguje na uživatelské

---

[58] Dr. Simon Duffy pracoval na vývoji praktického systémového rámce pro individualizované financování od počátku 90. let. Model 7 kroků SDS jím byl poprvé vyvinutý v roce 2000 na skotské akademické půdě. POLL, C. a kol., Report on in Control´s first phase 2003-2005, 2006, s. 8.

[59] V roce 2003/2004 pobíralo přímé platby pouhé 1% lidí s nárokem na zajištění sociální péče. POLL, C. a kol., Report on in Control´s first phase 2003-2005, 2006, s. 10.

[60] POLL, C. a kol., Report on in Control´s first phase 2003-2005, 2006, s. 11.

požadavky a neustále pracuje na vylepšení, čímž vznikají nové vylepšené (update) a rozšířené verze.

Self-directed support je koordinován jako **otevřeně přístupný univerzální model**, jejž mohou místní úřady využít a podílet se tak na celkové a všeobecně vítané změně poskytování sociální péče. Protože zde fungovala i zpětná reakce s vládou, která v rámci své polity nový systém velmi pozitivně kvitovala, bylo krajům pilotujícím tento projekt poskytnuto doplňkové financování. SDS a osobní rozpočet byly stavebními kameny vládního plánu na transformaci sociální péče v Anglii.

Šestileté období intenzivního zavádění modelu SDS rozděluje In Conrol do tří dvouletých fází. Ačkoliv se jedná o činnost kontinuálního charakteru, toto rozdělení má praktický důvod, jímž je postupné zpětné vykazování a dokumentování rozvoje v písemných zprávách. Odpovědnost za rozvoj modelu podpory přitom nesla redakční, následně správní rada, tvořená ze zástupců rozličných agentur.

Rozšíření

Do prvního testování koncem roku 2003 se v Anglii zapojilo 6 hrabství nebo menších okresů a celkem 60 dobrovolných osob postižených poruchou učení. Během druhé fáze mezi roky 2005 až 2007 se rozrostl počet místních úřadů z 60 na 107, a ty aplikovaly model SDS již u mnohem početnější skupiny lidí (2 500) s rozličným znevýhodněním, tedy i u starších osob, mentálně nemocných, fyzicky postižených dospělých a výjimečně i dětí.[61] Na konci třetí fáze v roce 2009 využívalo osobní rozpočet u 75 místních úřadů asi 30 000 osob, z nichž přes 53% z nich bylo starších 65 let. Tato čísla o rozšíření pilotního projektu ovšem přestávají být tak působivá, s přihlédnutím k faktu, že v roce 2009 70% sledovaných příjemců osobního rozpočtu žilo pouze v 10 samosprávných

[61] DUFFY, S., Self-Directed Support is for everyone, in *Report on in Control´s second phase 2005-2007*, 2008, s. 29, 31-32.

územích.[62] V roce 2010-11 dosáhl počet uživatelů SDS počtu 377 000 (což je 24% všech příjemců veřejně financované sociální péče).[63]

V souvislosti s poměrně úspěšným zavedením a rozšířením modelu SDS, kdy po druhé fázi a politické diskuzi se SDS stala v roce 2007 **ústředním bodem sociální politiky** díky dokumentu „Lidé především" („Putting People first"), lze velmi pozitivně hodnotit důraz, který In Control klade na **šíření informací a jejich zpětný odběr**. In Control nad rámec neustálé inovativní výměny informací s místními úřady velmi individuálně přijímá zpětnou reakci a prezentuje zkušenosti jednotlivců se svým novým přístupem v zajištění sociální péče a podpory.

In Control se velmi soustřeďuje na to, aby její nový model byl **všeobecně srozumitelný**, a to i osobám cílové skupiny. Za tím účelem vydává množství zjednodušených a graficky vybavených brožur s velmi konkrétním popisem jednotlivých kroků, připomínajících manuál. Přístup zaměřený na jednotlivce se promítá do všech sdělení. In Control se odpoutává od odborné dikce i ve svých oficiálních zprávách, ačkoliv je píší skuteční odborníci. Některé jejich formulace získávají povahu hesel, jež se neformálně šíří celou společnosti, tedy nejen ve vládních dokumentech, ale i ve výpovědích hendikepovaných osob.

3.2 Funkční principy SDS

3.2.1 Osobní rozpočet

Osobní rozpočet („personal budget"[64]), jako jeden z klíčových nástrojů SDS, je určen lidem se stálou potřebou sociální péče. Jedná se o finanční částku, sloužící plnému nebo částečnému pokrytí finančních nákladů spojených s touto péčí a podporou. Výše osobního rozpočtu se přitom vypočítává na základě posuzovacího procesu potřeb, do kterého

[62] POLL, C. a kol., Report on in Control´s third phase 2007-2009, 2010, s. 36.

[63] The Health and Social Care Information Centre, Community Care Statistics 2010-11, 2012, s. 4.

[64] Osobní rozpočet v praxi nebývá terminologicky odlišen od individuálního rozpočtu („individual budget"), jenž má představovat souhrn finančních prostředků ze všech zdrojů.

je zapojen přímo uživatel a neměnně z testu příjmu. Osobní rozpočet je čerpán v souladu s plánem podpory, na němž se shodne osoba vyžadující péči se zástupcem místního úřadu podporu vyplácejícího. Oprávněná osoba může pobírat osobní rozpočet **buď ve formě přímé platby** ve prospěch vlastního účtu („direct payment"), **nebo jako účet spravovaný třetí stranou** v souladu s přáním takto podporované osoby.[65]

Odlišnost osobního rozpočtu od známých finančních příspěvků vyplývá z **definice In Control** a jeho zasazení osobního rozpočtu do celého procesu SDS: „Podstatné je, aby osoba rozhodující o rozpočtu věděla předem, kolik peněz má, dále aby byla schopná tyto peníze utratit způsobem, který je pro ni smysluplný a aby tato osoba věděla, jakých výsledků má být prostřednictvím peněz dosaženo." Tato definice zachycuje důležité prvky osobního rozpočtu: **jasnost zdrojů, kontrolu zdrojů** (blízkým) člověkem, který potřebuje podporu **a účely**, které jsou zřejmé jednotlivci i místnímu úřadu.[66] Osobní rozpočet není omezen bližším určením, jeho prostředky lze využít ke koupi jakéhokoliv legálního zboží nebo služby.

3.2.2 Sedm kroků

Self-directed support se svým modelem 7 kroků pokouší nahradit stávající britský proces zajištění potřebné podpory, v němž rozhodující roli hrají úřady, manažeři péče a poskytovatelé sociálních služeb. Přetváří tím model profesionálního dárcovství[67], v jehož rámci je péče nabízena jako jakési předbalené dárkové balení služeb, na model podpory řízené jednotlivcem – uživatelem. Klient tak **není úřadem přidělen** k určitým dostupným službám poskytovatelů, ale jako spotřebitel proniká se svým osobním rozpočtem a připraveným plánem podpory na trh sociálních služeb a do okolní společnosti, aby si zde zvolil kombinaci optimálních řešení.

---

[65] ADASS, Making progress with Putting People First: Self-directed support, 2009, s. 5. Dostupné online.

[66] POLL, C. a kol., Report on in Control´s third phase 2007-2009, 2010, s. 38.

[67] terminologie Simona Duffyho, např. POLL, C. a kol., Report on in Control´s first phase 2003-2005, 2006, s. 27.

1. Ustanovení osobního rozpočtu

K určení osobního rozpočtu je využíváno **nového systému alokace zdrojů („Resource Allocation Systém“ - RAS**[68]), který uchazeč, na základě sebehodnotícího obodovaného dotazníku, vyplňuje sám nebo s něčí pomocí, aby tak mohl být přiřazen k předdefinované úrovni financování. Tento systém tedy nejenže rychle a snadno umožňuje dotyčnému, jenž potřebuje nějakou sociální podporu, a tím i místnímu úřadu zjistit částku, kterou bude osobní rozpočet představovat, ale tento systém také určí, k jakým výsledkům se má plán adresné podpory vázat.[69]

Dotazník („Self-assessment Questionnaire - SAQ“) kvantifikuje dopad znevýhodnění na život postižené osoby v několika oblastech. Konkrétní podobu dotazníku si určují správní úřady standardně tak, že obsahuje několik oblastí, které jsou s různou váhou různě obodovány a které se zaměřují na samotnou osobu, na její život a na pomoc, jíž potřebuje. Konkrétně se dotazníkové otázky zaměřují na soběstačnost v běžných denních úkonech, na vztahy, na zapojení se v místní komunitě, na zaměstnání a volný čas, a obecně tak vlastně na rozhodování anebo na rizika chování vyhodnocované osoby. Přitom by dotazník měl být praktický a jednoduchý k pochopení a brát v potaz nejen potřeby dotyčné osoby, ale také její rodiny. V neposlední řadě by měl dotazník dotyčného žadatele odkázat rovněž k dalším finančním příspěvkům, pokud na ně má nárok.[70]

2. Plán podpory

Plán podpory je dalším významným nástrojem self-directed support, utvářejícím celkovou podobu potřebné pomoci na základě osobně vytyčených životních změn a dostupných finančních zdrojů. V plánu podpory se tak promítá využití finančních prostředků k uspokojení potřeb dotyčné osoby v optimální podobě. Ukázkový plán podpory je součástí přílohy č. 1.

---

[68] RAS byl od roku 2003 neustále zdokonalován až v současnou verzi RAS 5.

[69] FERGUSON, P., RAS5. 2011. Dostupné online.

[70] In Control, fact sheet 03, Money: finding out how much money get, s. 4. Dostupné online.

Plán podpory by měl obsahovat odpovědi na následujících sedm osobních otázek[71]:

a) *Co je pro tebe důležité?*
b) *Co chceš změnit nebo čeho chceš dosáhnout?*
c) *Jak si sjednáš svou podporu?*
d) *Jak utratíš své peníze?*
e) *Jak budeš řídit svou podporu?*
f) *Jak si udržíš kontrolu nad svým životem?*
g) *Co uděláš, aby byl tento plán naplněn?*

V tomto kroku ale vyvstává **pochybnost o schopnosti** často vážně zdravotně postižených lidí, včetně lidí s kognitivními poruchami, samostatně si zorganizovat podporu optimálním způsobem nejtíživěji. Aby byly dodrženy praktické náležitosti plánu, tedy aby byl plán podpory smysluplný, nabízí se zde několik řešení. **Kdykoliv je to možné, měl by se na sestavení plánu podpory v co největší míře podílet samotný aktér** anebo lidé z jeho nejbližšího okolí – rodina, přátelé, přičemž k tomu mohou využít mnoha průvodních materiálů. Dalším řešením je využít profesionální pomoci – široce vymezené jako podpůrné brokerství.[72] Tato nezbytná součást systému SDS je ale dosti problematickou oblastí, a proto je její vymezení odloženo až do analytické kapitoly 3.3.3.

3. Odsouhlasení plánu podpory

Smyslem tohoto kroku je ujistit oddělení sociálních služeb místního úřadu, že poskytnuté finanční prostředky ve formě osobního rozpočtu budou **efektivně využity** způsobem, který zlepšuje život osoby v sociální nouzi.

Obecně by měl být plán podpory[73]:

a) *zaměřený na předmětnou osobu* – musí dotyčnému vyhovovat a odpovídat preferencím jeho životního stylu,
b) *jasný* – musí z něj jasně vyplývat, jakých cílů má být dosaženo,

---

[71] In Control, fact sheet 05, How to make a support plan, s. 2. Dostupné online.

[72] POLL, C. a kol., Report on in Control´s first phase 2003-2005, 2006, s. 31.

[73] POLL, C. a kol., Report on in Control´s first phase 2003-2005, 2006, s. 32.

c) *praktický* – dotyčná osoba musí vědět, jakým způsobem má být těchto cílů dosaženo,
d) *bezpečný* – nesmí představovat riziko pro dotyčnou osobu ani pro její okolí,
e) *sebeurčující* – dotyčné osobě musí být poskytnuta maximální možnost rozhodovat,
f) *řízený* – musí z něj vyplývat jasný systém řízení a odpovědnosti,
g) *v rámci rozpočtu* – dotyčná osoba nesmí přečerpat smluvenou částku rozpočtu.

4. Hospodaření s osobním rozpočtem

Teprve po odsouhlasení plánu podpory je možné disponovat osobním rozpočtem v původně navržené výši nebo v upraveném rozsahu jeho krytí, způsobeném podceněním nebo přeceněním potřeb dotyčné osoby, které by mělo se projevit nejpozději při schvalování plánu dotyčné podpory.[74]

Finanční prostředky osobního rozpočtu mohou být spravovány[75]:

a) *samotným uživatelem* – místní úřad přímo přesune částku osobního rozpočtu na zvláštní osobní účet, jenž bude izolován od ostatních finančních zdrojů jednotlivce. Toto je preferovaný způsob nejen ze strany vládní politiky a tvůrců modelu SDS, ale i ze strany více než poloviny uživatelů[76].
b) *zástupcem* – jenž se smluvně zaváže k správě osobního rozpočtu postiženého; zástupcem přitom může být jakákoli pověřená fyzická nebo právnická osoba, resp. profesionální organizace („financial brokerage“). 28% ze vzorku více než tisíce příjemců osobního rozpočtu pověřilo správou finančních prostředků zástupce[76].
c) *poskytovatelem služby* – který ke správě osobního rozpočtu svého klienta využívá speciálně zřízený fond („Individual Living Fund“). “). Tuto metodu využilo 6%[76].

---

[74] HAWORTH, K., Self-directed support in Lancashire, 2009, s. 6.

[75] POLL, C. a kol., Report on in Control´s first phase 2003-2005, 2006, s. 33.

[76] Uvádí ve shodě se staršími i nejnovější průzkum. HATTON, CH., WATERS, J., The National personal budget survey, 2011, s. 13.

d) *manažerem péče nebo jiným sociálním pracovníkem místní správy* – pak jsou služby organizovány tradičním způsobem přidělení klienta k službě a úhradu provádí místní úřad, což vyhovuje asi 10% uživatelů[76].

5. Zorganizování podpory

Způsob řízení podpory se ve velké míře odvíjí od stupně kontroly, kterou si dotyčný zvolil nad jejím financováním. Při využití klasických služeb sociální péče může jejich zákazník přenechat mnoho detailů konkrétního uspořádání péče na poskytovateli, přitom ale se jeho **vyjednávací pozice** jeví, vzhledem k přímému financování, jako výhodnější oproti klasickému systému, v němž úřad službu předplatil u jejího poskytovatele. Lokálně dostupné služby ale nemusí být pro každého vyhovujícím řešením, a právě proto self-directed support umožňuje osobám **chopit se velení a zorganizovat si vlastní podporu zcela dle svých představ**. Nicméně, jak již bylo zmíněno v souvislosti s druhým krokem,
i přes svou vůli tito lidé často nemají plné schopnosti a znalosti k zcela samostatnému řízení své péče, a tak mohou vyžadovat pomoc podpůrného brokerství.[77]

6. Žít život

Tento krok vlastní realizace SDS nabývá jedinečných podob, protože individualizované financování poskytuje volnost v zajištění si potřebné podpory a ruší omezení plynoucí z tradičně dostupných typů a forem péče. Přesto lze ale vypozorovat **určité preferované způsoby využití osobního rozpočtu**[78]:

a) *osobní asistence,*
b) *podpory místní komunity*,
c) *bydlení*,
d) *vybavení,*
e) *zaměstnání,*

---

[77] POLL, C. a kol., Report on in Control´s first phase 2003-2005, 2006, s. 34.

[78] POLL, C. a kol., Report on in Control´s first phase 2003-2005, 2006, s. 35.

f) dovednosti.

7. Přezkoumání a ponaučení.

Zpravidla jednou za rok probíhá zhodnocení, do jaké míry se daří plán podpory naplňovat a zda současné aranžmá podpory vede k pozitivním životním změnám sledované osoby. Přezkoumání by mělo být v SDS systému **nejdůležitější funkcí sociálního pracovníka**, oproti posuzování manažera péče. Při setkání s manažerem péče nebo jiným sociálním pracovníkem se kontroluje spokojenost uživatele, jsou zvažovány možnosti a úpravy plánu, je ověřováno skutečné využití finančních zdrojů. Ústřední otázkou je, zda konkrétní služba uspokojuje vhodným způsobem potřeby člověka, a pokud ne, vyvstává potřeba danou podporu změnit, včetně případné změny primárního správce rozpočtu. Dobře fungující a organizované podpory by úřad naopak měl využít jako příkladu dobré praxe a ozřejmit jím širší společnosti, jakých úspěchů nebo inovací bylo dosaženo.[79]

3.3 Dopady/analýza

Budoucnost SDS v Anglii

Systém sociální péče v Anglii prochází tou nejradikálnější reformou od roku 1948. V létě tohoto roku vydalo Ministerstvo zdravotnictví **sjednocující návrh zákona** o sociální péči a podpoře („Draft Care and Support Bill"), jenž doprovází dokument vládní vize „Staráme se o svou budoucnost: reforma péče a podpory". Výše představených 7 kroků self-directed support zformulovaných organizací In Control představuje originální etický a praktický mechanismus prosazení individualizace, a to nejen v sociálních službách pro dospělé. In Control do sféry svého zájmu postupně zahrnuje také zdravotnické služby a péči o děti. Ačkoliv nová Bílá kniha zcela nepřejímá model SDS, přesto **využívá nástroje osobního rozpočtu**, především v podobě přímé finanční platby a plánu podpory; setrvalým požadavkem je maximalizace role jednotlivce v utváření podoby péče s důrazem

[79] DUFFY, S., Care Management and Self-Directed Support, in *Journal of Integrated care*, 2007, s. 11.

na zjednodušení posuzovacího procesu, do něhož budou zahrnuti i uživatelé systému sociální péče nebo jejich opatrovníci.[80]

Východiska analýzy

Veškeré dopady zatím nebylo možno zaznamenat a je nemožné je předvídat, přesto však jsou již do jisté míry ověřeny předpoklady na základě dosavadních zkušeností In Control. Doposud ovšem neproběhl **žádný rozsáhlejší formální výzkumný projekt, jenž by prošetřoval efektivnost modelu SDS v porovnání s převládajícím systémem sociální péče.** Nejvíce jsou sledovány přímé dopady osobního rozpočtu na životy lidí, jimž má systém sloužit, tedy u osob starších nebo postižených a u jejich rodin. Náklady na péči a podporu uživatele, přestože by měly být sledovány podobně jako přímé dopady osobního rozpočtu, nejsou již sledovány s náležitou pozorností.

3.3.1 Povrchní zhodnocení

Lepší život uživatele

S jistotou lze tvrdit, že **osobní rozpočet je pro uživatele sociálních služeb přitažlivou nabídkou, vedoucí k jeho spokojenosti**. Poslední a nejrozsáhlejší dotazníkové šetření vedené organizací In Control a Lancasterskou univerzitou sesbíralo začátkem roku 2010 data od více než 2000 držitelů osobního rozpočtu nebo od jejich opatrovníků z 10 spolupodílejících se správních území a zhruba 70 dalších správních území na tomto šetření participujících pouze částečně. Výsledky průzkumu po několikáté prokázali, že osobní rozpočet má u většiny pozitivní vliv na jejich život.[81]

---

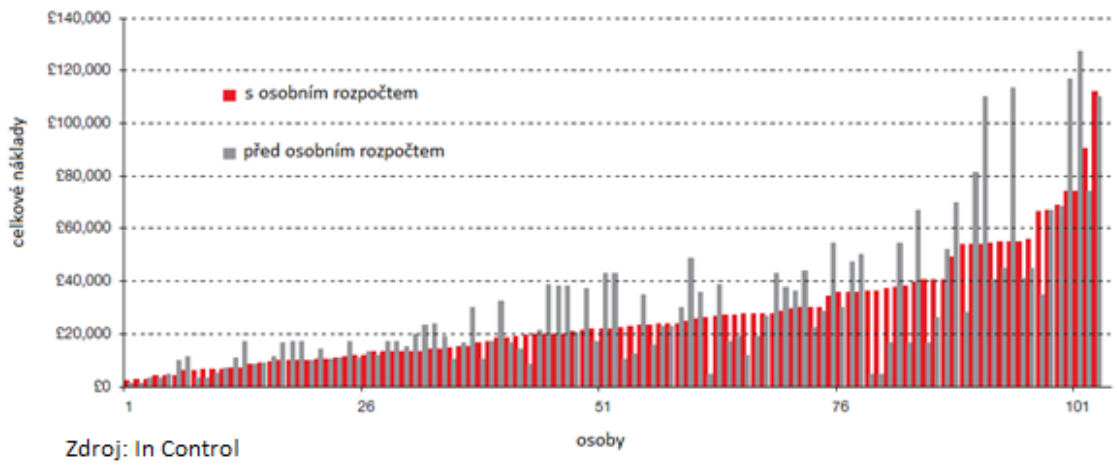
[80] HM Goverment, Caring for our future: reforming care and support, 2012, s. 54-55.

[81] V 10 ze 14 aspektů: duševní a fyzické zdraví; rodinné vztahy, vtahy s lidmi placenými za péči a podporu; že jsou podporováni důstojně a s úctou; zůstávají nezávislý; mají kontrolu nad svou péčí a podporou; cítí se bezpečně aj. V získání a udržení si placené práce, dobrovolnictví a pomoci jejich místní komunitě, výběru místa bydlení a spolubydlících, vztahu s přáteli většina nezaznamenala změnu. Negativní vliv osobního rozpočtu v jakékoliv oblasti se celkově pohyboval mezi 3% - 8% respondentů.
HATTON, CH., WATERS, J., The National personal budget survey, 2011, s. 2-3.

Úspory uživatele

Otázkou zůstává, za jakou cenu je v systému SDS dosaženo pozitivního vlivu na držitele osobního rozpočtu. V podobném, leč mnohem menším průzkumu In Control z roku 2007 byly u 128 vybraných případů zjišťovány náklady jednotlivce na péči a podporu, přičemž 104 z nich již před zavedením osobních rozpočtů užívalo služby sociální péče. Jejich průměrné náklady klesly o 9% z 29 319 liber na 26 615 liber. Rozdíl je zřejmý z grafu č. 2. Celkový efekt na průměrné náklady, při zahrnutí zbylých 14 lidí předtím nepožadujících sociální péči, je ještě větší. S výslednými průměrnými náklady 24 857 liber se jedná o 15% snížení. Jinak řečeno, počet obsloužených lidí vzrostl o 24%, zatímco celkové náklady pouze o 6%.[82]

Graf č. 2 **Náklady péče a podpory na jednotlivce před a po Self-directed Support**



Zdroj: In Control

Potřeba hlubší analýzy

Na první pohled vypadá vše jasně. Základní ekonomickou analýzou porovnávající výnosy a náklady lze zjistit, že díky systému SDS je dosahováno lepších výsledků v životě sociálně znevýhodněných za nižší náklady. Na první pohled je tedy SDS efektivní. Jenže tento parciální empirický podklad nelze považovat za dostatečný argument

[82] DUFFY, S., WATERS, J., The Economics of Self-Directed Support, in *Report on in Control´s second phase 2005-2007*, 2008, s. 47-48.

efektivnosti SDS. Taková změna systému sociálních služeb má totiž přímý **dopad na všechny zainteresované subjekty**. Tedy nejen na uživatele a jejich rodiny, ale také na poskytovatele a potencionální poskytovatele a především na sociální oddělení místních úřadů. Mění se tím povaha trhu, otevírá se tím zcela nový sektor nezávislých podpůrných služeb tzv. brokerství. Nicméně při analýze systému SDS z dnešního pohledu se již lze zabývat jeho odlišnostmi od stávajícího systému, a to jak výhodami SDS, tak komplikacemi způsobenými přechodem k SDS.

3.3.2 Rozvoj trhu sociálních služeb

Zavedení osobních rozpočtů znamená **změnu na straně subjektu poptávajícího** sociální službu. V stávajícím majoritním veřejně financovaném systému byl totiž odběratelem sociálních služeb od poskytovatelů místní úřad, který je dále zprostředkovával cílovým klientům. Nabízející poskytovatelé se tedy snažily cenou, kvalitou i formou péče přizpůsobit požadavkům zprostředkovatele, který možná odrážel požadavky klientů, ale spíše se snažil dosáhnout co nejjednoduššího zabezpečení základních potřeb osob nejvíce postižených sociální nouzí, s přihlédnutím k omezenému rozpočtu dotyčného správního orgánu.

Vedle toho, že rozhodování o veřejných prostředcích ve prospěch někoho jiného je z hlediska alokační efektivnosti, a to i podle Friedmana nejhorší možnou situací[92], (neboť systém, který neumožňuje lidem, jimž je poskytována služba, utvářet podobu této služby podle jejich skutečné potřeby natož přání), takový systém vedl trh sociálních služeb k deformaci, resp. stagnaci nebo dokonce k degresi, jak dokazují následující empirická zjištění. 82% uživatelů sociální péče změnilo po přijetí osobního rozpočtu typ sociální služby. Poptávka místních úřadů byla omezená jen na velmi omezený počet typů služeb (denní centra, pečovatelské domy, domácí pečovatelské služby, odlehčovací služby).[83]

---

[83] DUFFY, S., WATERS, J., The Economics of Self-Directed Support, in Report on in Control´s second phase 2005-2007, 2008, s. 50. Podle vzorku skoro 140 příjemců osobního rozpočtu ze 17 správních území, kteří předtím byli uživateli služeb sociální péče.

Produktivita systému sociální péče pro dospělé mezi roky 1996 a 2005 klesla celkem o 17%.[84]

V systému SDS ovšem uživatel disponuje vlastním osobním rozpočtem, jenž mu poskytuje **možnost samostatně rozhodovat** o konkrétní podobě péče a podpory a vybírat mezi službami jednotlivých poskytovatelů (soukromých nebo veřejných), ale i ostatními aktivitami komunitního typu podle jeho vlastních preferencí a v rámci předem daného a jeho potřebami omezeného osobního rozpočtu. Vedle toho, že už samotné přijetí klíčové kontrolní role může některým uživatelům přinášet značné uspokojení[85], proměňuje klienty sociálních služeb v potencionální zákazníky disponující tržní mocí. Poskytovatelé sociálních služeb, jakožto subjekty nabízející své sociální služby na otevřeném trhu, jsou totiž v delším období motivováni přizpůsobovat své služby potřebám a přáním koncových zákazníků. V dynamickém prostředí se tak prosadí **inovativní poskytovatelé**, kteří budou nejúspěšněji, tedy s nejnižšími náklady, konkurovat specifickou kvalitou ostatním. Pro citlivé fungování trhu a možnost rozhodování je však nutné splnění podmínek konkurenčního trhu, tedy zajištění dostatečného množství poskytovatelů[86] i uživatelů a jejich kupní síly.

---

[84] National Statistics, Public Service Productivity, Adult social care, 2007, s. 13.

[85] Ačkoliv také nemusí, jak upozorňuje Jones v článku *Self-Directed Support: Watching out for the Pitfalls* z roku 2008 na s. 45: „Opportunity goes together with responsibility. …Not everyone, especially at points of crisis and traumatic change in their lives, wants the stress of having to find solution and the way forward." anebo Roulstone a Morgan v článku z roku 2009 *Neo-Liberal Individualism or Self-directed support: Are we all speaking the same language on modernising adult social care? na s. 343:* „…modernisation policy has to account for a diversity of disabled people who may be at very different vantage points in terms of readiness for self-determination."

[86] V souvislosti s redukcí role státu v oblasti sociální ochrany v 90. letech přestali být dostupné některé typy služeb, jejichž poskytování nebylo dostatečně lukrativní. Nedostatek těchto služeb uvedl mnoho klientů do nepříjemné situace, příklad Britů, kteří jezdí za lékařskou péčí do Francie. Stát by měl v oblasti sociálních služeb hrát roli garanta. Srv.: KOLDINSKÁ, K., Právní úprava sociálních služeb v evropských zemích, in Matoušek, O., Sociální služby, 2007, s. 56.

Informace a podpora

Další podmínkou pro fungování trhu je transparentnost, přístup obou stran k přesným informacím, ochrana ve smluvních vztazích a v kontextu systému SDS dostupná podpora pro uživatele při plánování a bezpečné provedení celým procesem SDS shrnutým do sedmi kroků (v této práci již specifikovaných). Uživatelé systému, jakožto lidé často vážně zdravotně postižení včetně kognitivních poruch, toho všeho však nemusí být sami schopni[87], a tak jsou vystaveni riziku sociální exkluze. Dostupná profesionální pomoc je strategií snižující takové riziko.[88]

3.3.3 Podpůrné brokerství

Přestože tzv. podpůrné brokerství je nedílnou součástí všech systémů individualizovaného financování a nejedná se o nový pojem (neboť pochází ze Severní Ameriky ze 70. let 20. století)[89] není ustálené jeho použití. I to je jedním z problémů diskuze o podpůrném brokerství. V této práci je **definováno** „podpůrné brokerství" v jeho široké funkci podpory, jíž může vykonávat kdokoliv včetně „nezávislého profesionálního brokera" („support brokerage"), na nějž můžeme nahlížet jako na specialistu nezapojeného do poskytování sociální služby nebo do přidělování veřejných finančních dávek. **Balíček funkcí a úkolů** podpůrného brokerství obsahuje[90]:

a) podporovat uživatele ve zdokonalování představy, jak by chtěli žít,
b) revidovat, připravovat a identifikovat předpokládané výdaje na vytvoření a implementaci plánu osobní podpory,

---

[87] Výsledkem průzkumu In Control mezi 196 příjemci osobního rozpočtu ze 17 správních území bylo mj., že 65% využilo externí pomoci v plánování podpory, tedy využití finančních prostředků
SENKER, J., Enabling people to plan and arrange support, in *Report on in Control´s second phase 2005-2007*, 2008, s. 61

[88] CARR, S., Enabling risk and ensuring safety: self-directed support and personal budgets, 2011, s. 131.

[89] National Brokerage Network. Dostupné online.

[90] SENKER, J., Enabling people to plan and arrange support, in *Report on in Control´s second phase 2005-2007*, 2008, s. 63.

c) objasnit uživateli jeho potřeby a očekávání, které může vyjádřit v souvislosti s posuzovacím procesem,
d) identifikovat a následně zažádat o veškeré možné vládní i nevládní příspěvky,
e) poskytnout plnou podporu v procesu odvolání proti zamítnutí žádosti od „FACS“,[91]
f) zprostředkovat uživateli přístup ke komunitním zdrojům,
g) být prostředníkem a jednatelem v kontaktu s poskytovateli sociální péče,
h) spravovat individuální rozpočet,
i) sledovat a vyhodnocovat dopady uspořádaní péče a podpory na život uživatele,
j) upravovat uspořádání péče a podpory nebo přijít s novým uspořádáním,
k) urovnávat a řešit vzniklé problémy na základě instrukcí uživatele.

Z toho vyplývá, že podpůrné brokerství má skutečně významnou podpůrnou a průvodcovskou roli pro uživatele SDS, přičemž potenciál k jejímu třeba i jen částečnému vykonávání má v zásadě pět následujících subjektů:

1. *lidé z přirozeného prostředí uživatele,*
2. *jiní zkušení uživatelé a místní dobrovolné organizace,*
3. *poskytovatelé sociálních služeb,*
4. *sociální pracovníci,*
5. *nezávislé profesionální brokerství.*

Pro funkční systém SDS je potřeba, aby se podpůrné brokerství **strategicky rozvíjelo**. Otázkou ale zůstává, jaká strategie by to měla být. Kolem každého okruhu subjektů totiž existují určité limitace, **výhody a nevýhody** nebo dokonce rizika, spojená s obavami, jak jsou představeny dále. Nejednoznačně se navíc předpokládá, že služby podpůrného brokerství budou placeny přímo z osobního rozpočtu.

ad 1. Všestranná shoda panuje v názoru na ústřední rozhodovací roli uživatele, jenž by měl v co největší možné míře využít **svých přirozených schopností** a vědomostí **anebo**

[91] „Fair Access to Care Services“ je tradiční systém Ministerstva zdravotnictví, v rámci něhož se identifikují potřeby uživatele a následně je rozhodnuto, zda místní správa bude tyto potřeby dotovat. SCIE, FACS: your questions answered, 2010, s. 2.

podpory rodiny, přátel a jinak blízkých, kteří dotyčného znají a jsou schopni nejlépe identifikovat skutečné potřeby, přání a zájmy uživatele a definovat nejlepší výslednou podobu péče a podpory, která toto zajistí, takže bude o využití osobního rozpočtu rozhodováno na nejefektivnější možné úrovni[92]. V tomto případě je potřeba strategicky rozvíjet formální i neformální informační síť s jednoduše dostupnými materiály a manuály[93]. Podpory rodiny nebo blízkých přátel v plánování o využití osobního rozpočtu ostatně využívá asi 46% příjemců.[95]

ad 2. Lze považovat za účelné jak využívání zavedených dobrovolných organizací, které mají odbornou zkušenost s pomocí lidem v sociální tísni, tak **využití zkušeností stávajících uživatelů SDS** systému, jež mohou inspirovat „nováčky" v systému, pomoci jim při tvorbě plánu podpory, nabídnout jim doporučení na konkrétní poskytovatele nebo je odkázat na jiného brokera. Tyto komunitní projekty, integrující do společenského a pracovního života lidi vystavené riziku sociálního vyloučení, nicméně vyžadují veřejné spolufinancování, které se může a nemusí zdát místním úřadům jako vhodná investice[94].

ad 3. Přímí poskytovatelé služeb sociální péče nad rámec své praxe s uživateli disponují odbornými zkušenostmi také ve smluvních vztazích a v individuálním plánování, jakož i ve finančnictví, k čemuž obvykle mají dostatečnou personální základnu. Z povahy poskytovatele tradičně vyplývá zastání mnoha funkcí podpůrného brokerství. Kritikové ale spatřují ve vztahu poskytovatele, jakožto poradního orgánu ve využití osobního rozpočtu, a uživatele **střet zájmu.**

---

[92] Jak vysvětluje Friedman prostřednictvím klasifikační tabulky využití finančních zdrojů v modelových situacích lišících se efektivností: I., kdy jsou alokovány vlastní finanční prostředky ve vlastní prospěch oproti všem ostatním situacím: II. kdy dochází k rozhodování o využití vlastních finančních prostředků ve prospěch někoho jiného, III. kdy jsou užity cizí zdroje ve vlastní prospěch, IV. kdy dochází k rozhodování o cizích finančních prostředcích pro někoho jiného, včetně různých forem podpůrného brokerství,. FRIEDMAN, M. a R., Svoboda volby, 1992, s. 118-119.

[93] V tomto ohledu je zajímavý projekt In Control „shop4support", který je informačním, é vyhledávacím a referenčním serverem konkrétních poskytovatelů a služeb nebo místních aktivit, včetně možnosti vytvoření vlastního online profilu a plánu podpory.

[94] Rozvojem komunitních projektů se zabývá dále kapitola 3.3.4

ad 4. Z průzkumu In Control vyplývá, že příjemci veřejně financované sociální péče **spoléhají na sociální pracovníky místního úřadu** a manažery péče **jako na nejpovolanější pomocníky** při plánování podpory. Jejich podpory při tom využilo 71% především starších a fyzicky postižených ze všech ne zcela v plánování samostatných příjemců osobního rozpočtu[95]. S transformací systému sociální péče **končí institut manažera péče jakožto zprostředkovávajícího subjektu, čímž se objevuje potenciál pro úsporu transakčních administrativních nákladů byrokracie**, které jsou zejména pro několikastupňové řízení odhadovány na více než 30% podíl z celkového rozpočtu sociální péče.[96] Ačkoliv rozpuštění byrokratického aparátu se nezdá být možné, jednak z povahy byrokracie a politické neprůchodnosti, jednak z potřeby profesionálního personálu při zavádění nových procesů SDS do běžné praxe, nabízí se **využití kapacit sociálních oddělení** orgánů místní veřejné správy právě k podpůrnému brokerství, což je nezbytné především při schvalování a závěrečném přezkoumávání plánu podpory. Takto pozměněná pracovní náplň sociálního pracovníka se ostatně více přibližuje představě, která vede studenty k výběru této specializace.[97] Avšak model, v němž by podpůrné brokerství vykonávala dominantně sociální oddělení, v sobě skrývá rizika. Rizikem je **zbrzdění potenciálu SDS**, jež může způsobit kontinuita přechodu ze stávajícího na služby zaměřeného rozhodování a racionalizace zdrojů místo invenční podpory při rozvoji plánu podporu nebo odkázání uživatele na jiné subjekty podpůrného brokerství.[98] Další riziko

---

[95] SENKER, J., Enabling people to plan and arrange support, in *Report on in Control´s second phase 2005-2007*, 2008, s. 61.

[96] DUFFY, S., WATERS, J., The Economics of Self-Directed Support, in Report on in Control´s second phase 2005-2007, 2008, s. 53.

[97] DUFFY, S., Care Management and Self-Directed Support, in *Journal of Integrated care*, s. 11.

98 SENKER, J., Enabling people to plan and arrange support, in Report on in Control´s second phase 2005-2007, 2008, s. 69.

představuje případné další navýšení nákladů byrokracie, pokud nedojde ke skutečné restrukturalizaci systému sociální péče v co nejkratší době a podle principů SDS[99].

ad 5. V souvislosti se zaváděním modelu SDS vzrostl zájem o **rozvoj nezávislého profesionální brokerství** jako nového podpůrného sektoru systému sociální péče, v němž mohou vystupovat specializované brokerské organizace nebo brokeři jednotlivci. Nezávislé profesionální brokerství ovšem není v Anglii zatím příliš rozšířené, protože prostor pro jeho existenci se objevil teprve před pár lety. Podpory nezávislého profesionálního brokera při plánování využití osobního rozpočtu využilo v roce 2007 pouze 18% lidí, a to především osob s poruchou učení patřících ke sledovanému vzorku příjemců[95]. Argumenty zastánců nezávislého profesionálního brokerství, jakožto dominantního modelu podpůrného brokerství, lze shrnout do **zdůraznění nezávislosti**, jíž nelze shledat u předchozích dvou subjektů. Oproti tomu kritika souhrnně spočívá v tom, že nezávislé profesionální brokerství **vytváří iluzi potřebnosti**[100].

Ideální strategii rozvoje podpůrného brokerství **nelze stanovit**, ale jistě by neměla být direktivní ani jednosměrná, ale naopak by měla lidem zajistit možnost výběru mezi jednotlivými možnostmi a především garantovat její všeobecnou dostupnost. Silně liberální přístup by ale s vysokou pravděpodobností vyústil v dominantní zastoupení funkcí podpůrného brokerství velkými poskytovateli a manažery péče, protože tyto subjekty jsou k tomu tradičně podbízeny a disponují investičními zdroji.[101] Vzhledem k jejich institucionalizované a paternalistické historii poskytování služeb sociální péče bude pro profesionální sociální pracovníky velmi těžké motivovat uživatele k samostatnému

---

[99] „Practitioners (jakož i byrokracie pozn. autora) often find it easy to identify new work they should be doing but much harder to do less work.“ DUFFY, S., Care Management and Self-Directed Support, in Journal of Integrated care, s. 12.

[100] Zastánci přirovnávají nezávislého profesionálního brokera í k právníkovi, realitnímu agentovi, nebo finančnímu poradci. Z kritického pohledu tyto příklady vedou ke třem typům ambivalence:: k potřebě závislosti, složitosti a konfliktu. Blíže viz. DUFFY, S., FULTON, K., Měli bychom zakázat brokerství?, 2011, s. 46.

[101] SENKER, J., Enabling people to plan and arrange support, in *Report on in Control´s second phase 2005-2007*, 2008, s. 63.

plánování a organizaci své podpory.[102] Čím úspěšnější budou strategie podpory využití přirozených schopností uživatelů a jejich blízkého okolí, tím lépe budou alokovány finanční zdroje osobních rozpočtů. Čím rozšířenější bude tento model, tím spíše bude dosahováno úspory nákladů, jinak určených na infrastrukturu podpůrného brokerství[103].

3.3.4 Rozvoj komunity

Široká pozornost věnována tomuto tématu, a to nejen v souvislosti se službami sociální péče naznačuje, že se jedná o významný komponent anglického společenského státu. Praxe SDS ukázala, že tento systém sice nepřímo, ale v důsledku vede mj. k posílení společenských vztahů a k rozvoji dané komunity. V souvislosti s rozšířením SDS modelu se v Anglii šířily nadšené zprávy o porůznu vznikajících a fungujících komunitních projektech, kterým ke vzniku stačil často drobný impuls místního správního úřadu ve formě menšího finančního povzbuzení. Z hlediska analýzy systému SDS má opodstatnění zmínit se o těchto projektech kvůli jejich potencionální aktivizační a do jisté míry **preventivní funkci**. Současný systém sociální péče má tendenci starat se pouze o krizové sociální případy a organizace komunitního typu za současného stavu zase nevnímají osoby se zdravotním postižením a osoby staré jako svou cílovou skupinu, neboť těmto osobám jsou určeny sociální a zdravotní péče. To znamená, že těmto lidem je v podstatě nepřístupná aktivní prevence, jakožto: „činnost, která umožňuje lidem využívat komunitního vybavení a vyhnout se specializovaným službám.“ Otevřený a inovativní přístup některých místních úřadů však překlenul tento nedostatek neprovázanosti obou oblastí prostřednictvím tzv. malé jiskry („small sparks“), účelného příspěvku na rozvoj projektů komunitního typu, např. divadelního souboru s účastí starších nebo zdravotně postižených.[104]

---

[102] DUFFY, S., Care Management and Self-Directed Support, in *Journal of Integrated care*, s. 13.

[103] DUFFY, S., FULTON, K., Měli bychom zakázat brokerství?, 2011, s. 41.

[104] POLL, C., Community, in Report on in Control´s second phase 2005-2007, 2008, s. 95-107.

3.3.5 Naplnění současných cílů?

Na otázku, zda analyzovaný systém SDS naplňuje současné cíle poskytování sociálních služeb, **nelze odpovědět zcela přesvědčivě**. Jelikož univerzální cíle všech systémů sociální ochrany, k nimž patří **„přístupná, kvalitní a především finančně udržitelná** (zdravotní a) **sociální péče**“[107], jak je zmiňuje Průša, můžeme ztotožnit s řešeními současných problémů systému sociální péče nejen Anglie, pak se jedná o skutečně nelehkou otázku o **celkové efektivnosti** nového systému SDS.

Efektivností je přitom nutné rozumět: „absenci plýtvání, neboli co nejefektivnější užívání zdrojů ekonomiky k uspokojování potřeb a přání lidí“.[108] Je to: „takové použití ekonomických zdrojů, které přináší maximální úroveň uspokojení dosažitelnou při daných vstupech a technologiích“.[109] Přičemž nás zajímá spíše **srovnání efektivnosti nového systému SDS oproti „starému“** systému sociální péče a zda reaguje na současné problémy této oblasti lépe, nežli zkoumání, zda SDS dosahuje maximální možné efektivnosti a definitivně řeší současné problémy. SDS pak můžeme shledat efektivním, pokud je úroveň celkových nákladů systému sociální péče snížena nebo zachována a pokud je přitom dosaženo stejné nebo vyšší úrovně uspokojení potřeb a přání (potencionálních) uživatelů.

Slovo „potencionálních“ uvedené v předešlé závorce má důležitý význam. Ačkoliv argumenty kvality a finanční udržitelnosti systému SDS byly implicitně obsahem celé této kapitoly 3.3, ve výkladovém schématu této práce je dále třeba věnovat pozornost také otázce dostupnosti systému SDS. Doposud nebylo v této práci zodpovězeno, **zda lze shledat efektivitu systému SDS v dosažení lepších výsledků uspokojení života těch lidí, kteří mají k SDS přístup při stejných nákladech, nebo zda navíc systém SDS umožňuje dosahovat úspory nákladů**. Teprve za obou těchto podmínek by byl systém

---

[107] Např. PRŮŠA, L., Poskytování sociálních služeb pro seniory a osoby se zdravotním postižením, 2010, s. 17.

[108] SAMUELSON, P. A., NORDHAUS, W. D., Ekonomie, 1991, s. 27.

[109] Viz tamtéž s. 968.

SDS schopný finanční udržitelnosti při růstu poptávky po službách sociální péče. V opačném případě se opětovně jedná o péči pro „privilegované“ nejvyšším krizovým stupněm.

3.3.6 Dostupnost - hranice nároku

SDS nemění, a ze svého postavení ani nemůže přímo změnit nastavení kritéria hranice nároku na veřejně podporovanou pomoc[110], ať už se jedná o přímé zprostředkování pomoci od poskytovatele (jako tomu bylo doposud), nebo prostřednictvím osobního rozpočtu (jak to nabízí SDS), toto je **nadále v kompetenci konkrétní místní správy**, jež si kritéria určuje sama vzhledem ke svým finančním možnostem. Změnu v tomto ohledu může provést pouze centrální vláda nařízením, podle něhož by finanční zdroje musely místní orgány najít a přesunout z rozpočtu určeného na jinou oblast, anebo účelným navýšením rozpočtu na sociální péči, což je budoucí realitou podle nejnovějšího vládního návrhu[111].

V důsledku vysoce nastavených kritérií nároku na veřejně financovanou péči dochází k **„paradoxu přepečování“.** U některých lidí ucházejících se o pomoc ze strany veřejného subjektu se projevila „racionální“ strategie zveličování krize dotyčné osoby, jakožto minimalizace pomoci od jejích bližních a minimalizace její snahy zůstat soběstačným. Tato neblahá strategie vede jednak k tomu, že dotyčnému je opatřen soubor služeb větší, než by normálně potřeboval a také k tomu, že mu služby nevyhovují, protože ho nutí být závislým. Naopak u jedinců „nepřizpůsobivých“ autoritativním pravidlům může dojít k přenesení veškeré zátěže v péči o svou osobu pouze na rodinu.[112]

Pokud by se SDS prokázal jako systém **schopný vytvořit úspory z efektivity**, resp. pokud by dosahoval větší produktivity a držel by krok s 3% ročním růstem poptávky po službách

---

[110] V současnosti tři čtvrtiny místních úřadů umožňují přístup k veřejné financované sociální péči pouze lidem na úrovni závažných“ a kritických potřeb (viz kapitola 2.2.3) BBC, Q&A: Social care, 2012. Dostupné online.

[111] HM Goverment, Caring for our future: reforming care and support, 2012, s. 32.

[112] DUFFY, S., WATERS, J., The Economics of Self-Directed Support, in Report on in Control´s second phase 2005-2007, 2008, s. 51-52.

sociální péče[113], pak by se postupně v dlouhodobém horizontu mohly rozšířit počty veřejně podporovaných uživatelů a byly by uspokojovány i potřeby lidí v méně vážné sociální situaci. Není třeba dokazovat přínosy prevence. V souvislosti s atraktivitou systému sociální péče a péče jako takové vyvstává ovšem **velké riziko** toho, že se **projeví skrytá poptávka** uživatelů, které neuspokojivost současného systému odrazuje od zažádání si veřejné pomoci.[114]

3.3.7 Výzva

Prokázat, zda je systém SDS skutečně efektivní a schopný dosáhnou úspory nákladů, může až čas a praxe. Do značné míry budou tyto výsledky záviset na tom, zda společnost, tedy především subjekty místní správy a poskytovatelů, skutečně prokáží **snahu změnit systém: v tom tkví výzva**. S tím jsou spojena i veškerá rizika, která proměňují tuto myšlenku v utopii.

In Control vždy chápala, že implementace SDS vyžaduje **nejen významnou technickou, ale především kulturní změnu** na úrovni místních úřadů. Zvládnutí takového rozsáhlého transformačního procesu, provázeného vysokými očekáváními a významnými politickými investicemi, **není bez rizik**. Je tu velké nebezpečí, že funkční principy SDS získají podobu technicko-byrokratického mechanismu, který bude jen kontraproduktivně **napasován na zavedené úřední procesy a struktury**, takže SDS by pak bylo možné přirovnat k starému vínu v nové láhvi. V současném finančním a politickém prostředí budou muset místní úřady prokázat velkou vytrvalost při adaptaci na nutné změny, aby byla zachována podstata a étos SDS. Hlavním rizikem spojeným s rozsáhlou a rychlou implementací SDS je, že jeho ústřední myšlenka (jíž je efektivní využití nástroje osobního rozpočtu pro účelné uspokojení potřeb lidí v sociální nouzi vycházející z jejich osobních preferencí a rozhodování) bude zneužita a zdeformována. Proto In Control tak důsledně propracovávala definici osobního rozpočtu a vnesla ji do kontextu celého procesu 7

[113] GARDAM, J., ADASS Budget Survey, 2012.

[114] DUFFY, S., WATERS, J., The Economics of Self-Directed Support, in Report on in Control´s second phase 2005-2007, 2008, s. 54.

kroků[117] (viz kapitola 3.2 této práce). Pokud místní úřady plně přijmou tuto definici, budou muset zcela změnit způsob práce.

[117] POLL, C. a kol., Report on in Control´s Third Phase, Evaluation and learning 2008-2009, s. 37-38.

Závěr

Anglický koncept self-directed support (s ustálenou zkratkou: SDS) od roku 2003 vykazuje vzrůstající životaschopnost. Z pilotních 60 uživatelů osobního rozpočtu poskytnutého podle zásad SDS je nyní 377 000 uživatelů, tj. čtvrtina veškerých příjemců sociální péče. Ačkoliv vláda nespojuje termín SDS se svojí vizi transformace sociální péče, přejímá ústřední myšlenky a nástroje, takže již nemůže být pochyb o budoucí podobě systému sociální péče v Anglii.

S ohledem na teorii, že v oblasti sociální péče nelze spatřovat modely ale spíše vývojová stádia a s přihlédnutím k historickému vývoji, v němž Anglie vždy byla nositelem pokrokových tendencí ve sféře sociálních služeb, si SDS zaslouží si jistě SDS širší světovou pozornost.

Na otázku, zda SDS naplňuje současné cíle kladené na systémy sociální péče, jakožto přístup, kvalitu a finanční udržitelnost, si tato práce - vzhledem k stále minoritnímu postavení a nedostatku přesvědčivých empirických důkazu - netroufá odpovědět definitivně, avšak na základě dostupných poznatků zdůrazňuje potencionál celkové efektivnosti tohoto přístupu, oproti tradičnímu anglickému způsobu zajišťování sociální péče.

Sociální služby České republiky a jejich uživatelé se doposud přizpůsobují poslední transformaci, k níž došlo zákonem o sociálních službách č. 108/2006 Sb. ve znění pozdějších právních předpisů, a tak si lze jen těžko představit prosazení dalších převratných změn inspirovaných zahraničními novinkami. Je třeba zdůraznit, že sociální péče v ČR se nepotýká s takovými strukturálními problémy jako stávající anglický systém, ale spíše bojuje s určitými omezeními rozvoje, která plynou z dílčích zákonných opatření. V neposlední řadě je, v linii nastoupené touto prací, zapotřebí prozkoumat i ostatní neanglické zahraniční iniciativy individualizace sociální péče Bylo by záslužné zabývat se možnostmi aplikace vybraných přístupů a mechanismů konceptu SDS do stávajícího systému sociální péče v České republice, avšak to je již podmětem pro další samostatnou práci.

Další možné cesty bádání provázané s tématikou sociální péče a SDS spatřují v rešerši studií, které se dohadují o možnosti vymezení určitých modelů sociální péče, dále v komparaci systémů sociální péče Anglie, České republiky a i kontextu Evropské unie, jež je ovšem velmi limitována dostupnými daty, dále také v zahrnutí návaznosti na ostatní systémy a dávky sociálního zabezpečení. V neposlední řadě je, v linii nastoupené touto prací, zapotřebí prozkoumat i ostatní neanglické zahraniční iniciativy individualizace sociální služeb jejich spojitostech a odlišnostech a nezanedbat kontinuální sledování aktivit In Control, jež své pole pozornosti rozšiřuje i na zdravotní péči a péči o děti.

Můj dědeček Ing. Jaroslav Mestek, který vzdělával na půdě Národohospodářské fakulty VŠE budoucí středoškolské učitele ekonomiky pedagogy a sám publikoval několik učebnic pro střední ekonomické školy, vždy říkal: „Chceš-li se něčemu naučit, tak o tom piš. Ono si tě to naučí samo.“ Nyní mohu jeho slova potvrdit, protože objem získaných znalostí při psaní bakalářské práce daleko převyšuje mé výchozí představy o vymezení sociální politiky.

Přílohy

Příloha č. 1 Příklad plánu podpory v anglickém jazyce[118]

Mr P is getting on in years, and in addition to his deafness, he suffers from very painful feet, making daily tasks such as taking a shower and preparing breakfast difficult. He would also like to learn how to lip read, which will make it easier for him to interact with other people.

The assessment indicated that Mr P is going to need £180 a week for his care. Because of his financial circumstances, his own contribution was established to be £50 a week, meaning £130 a week will be paid by Oxfordshire County Council.

This is the plan Mr P wrote with the help of his daughter and support broker:

1. **What is important to you?**
   - To remain living at home as independently as possible
   - Maintaining good personal hygiene
   - Maintain a clean and tidy home
   - Increase social interaction
   - Build a good relationship with carers
   - Relationship with four my children
   - Lip reading skills (I would like to attend local classes)

2. **What do you want to change or achieve?**
   - Assistance with personal care (showering/dressing)
   - Domestic clean once a week
   - Laundry once a week
   - Help maintaining the garden
   - Window cleaning

---

[118] Tento i další příklady plánu podpory jsou dostupné z Oxfordshire: <http://www.takingcontroloxon.org.uk/wps/wcm/connect/occ/Taking+control/I+use+social+care+services/TC+-+Use+-+examples+of+other+plans>.

- Delivery of prescriptions
- Visit to chiropodist
- Attend lip reading classes

3. How will you be supported?

Support broker/care manager to regularly review my needs are being met

- My children to continue with weekly support
- Care agency to provide personal care in the mornings only (8am call) plus laundry/cleaning once a week
- Regular footcare
- Repeat prescriptions delivered as and when
- Weekly lip reading classes

4. How will you use your personal budget?

- I prefer a Direct Payment, managed by the Direct Payments Support Service

5. How will your support be managed?

- Direct Payments Support Service to manage budget
- Weekly support of son
- Neighbour checks on me daily

Contingency Plan - My son to register with care agency's emergency carers support service

6. How will you stay in control of your life?

I am able to make informed choices with the support of my care manager/support broker and my son and daughters.

7. What are you going to do to make this plan happen: your action plan?

WHAT needs to happen?	WHO will do it?	WHEN does it need to be done by?
- Care agency to provide 45 minute morning call to assist with showering, dressing and preparing breakfast	Support Broker	Jan 09
- Care agency to provide domestic cleaning and laundry service once a week (approx 1 hour)	Support Broker	Jan 09
- Prescriptions to be delivered	Support Broker	Jan 09
- Foot care treatments to be arranged	Support Broker	Jan 09

Seznam zdrojů

1. ADASS: Making progress with Putting People First: Self-Directed Support, 2009, 12 str. Online dostupné z: <http://tinyurl.com/9txrvds>.
2. BBC: Q&A: Social care, citace 15.7.2012, Online dostupné z: <http://www.bbc.co.uk/news/health-1345441>.
3. BJALKOVSKI, Christo - FRÜHBAUER, Ondřej: Sociální služby v zemích Evropské unie. 1. vyd. Praha, VÚPSV, 2000, 37 str., ISBN 80-238-7116-1. Online vydání také dostupné z VÚPSV: <http://praha.vupsv.cz/Fulltext/Bjalk.pdf>.
4. CARR, Sarah: Enabling risk and ensuring safety: self-directed support and personal budgets, 2010, 69 str., ISBN 978-1.904812-49-4. Online vydání také dostupné z SCIE: <http://www.scie.org.uk/publications/reports/report36/files/report36.pdf>.
5. Care Quality Commission: Essential standards of quality and Safety, London, CQC, 2010, 273 str., ISBN 978-1-84562-264-0. Online vydání také dostupné z CQC: <http://www.cqc.org.uk/content/essential-standards-quality-and-safety>.
6. Care Quality Commission: Market profile, quality of provision and commissioning of adult social care services, London, CQC, 2010, 23 str. Online dostupné z CQC: <http://archive.cqc.org.uk/_db/_documents/Adult_social_care_market_BRIEFING.pdf>.
7. DEAN, Hartley: Social Policy. Cambridge: Polity Press, 2006, 176 str., ISBN 978-0-7456-3434-0.
8. Department of Health: Valuing people: a new strategy for learning disability for the 21st century - a White Paper, London, Crown Copyright, 2001, citace 26.6.2012. Online dostupné z: <http://tinyurl.com/8ebh8xf>.
9. Department of Health, National Archives, Social care: Funding, citace: 27.6.2012. Online dostupné z: <http://webarchive.nationalarchives.gov.uk/+/dh.gov.uk/en/SocialCare/Funding/index.htm>.
10. DUFFY, Simon: Care Management and Self-Directed Support, in Journal of Integrated care, Vol. 15, Iss. 5, 2007. ISSN1476-9018. Online vydání také dostupné z ProQuest Central.

11. DUFFY, Simon - FULTON, K.: Měli bychom zakázat brokerství? Praha, Quip, 2011, 60 str. Online vydání také dostupné z QUIP: <http://www.kvalitavpraxi.cz/res/data/017/002025.pdf>

12. DUFFY, Simon – POLL, Carl a kol: Report on in Control´s second phase 2005-2007, 2008, 150 str., ISSN 1359-5474. Online vydání také dostupné z In Control: <http://www.in-control.org.uk/publications/reports-and-discussion-papers.aspx>.

13. FERGUSON, Paul: RAS5, London, 2011, citace: 30.6.2012. Online dostupné z: <http://tinyurl.com/9ltdxan>.

14. FRIEDMAN, Milton – FRIEDMAN, Rose: Svoboda volby, Praha, Liberální institut, 1992, 318 str., ISBN 978-8-085467-8-57.

15. GARDAM, Jonathan: ADASS Budget Survey 2012, citace 24.6.2012. Online dostupné z: <http://tinyurl.com/9qv4ccb>.

16. HATTON, Chris - WATERS, John: The National personal budget survey, London, In Control Publications & Lancaster University, 2011, 54 str.. Online vydání také dostupné z In Control: < http://www.in-control.org.uk/4466.aspx>.

17. HAWORTH, Kim: Self-directed support in Lancashire, London, In Control Publications, 2009, 58 str. Online vydání také dostupné z In Control: <http://www.in-control.org.uk/resources/adult-social-care/self-directed-support-in-lancashire.aspx>.

18. HM GOVERNMENT: Caring for our future: reforming care and support, London, TSO, 2012, 70str., ISBN 978-0-1018-3782-8. Online vydání také dostupné z DH: <http://caringforourfuture.dh.gov.uk/ >.

19. In Control: How to make a support plan, Fact Sheet 05, s. 2., citace 1.7.2012. Online dostupné z: <http://tinyurl.com/9dozbwu>.

20. In Control : Money: finding out how much money get, Fact Sheet 03, s. 4., citace 1.7.2012. Online dostupné z: <http://tinyurl.com/9e54w9x>.

21. JONES, Ray: Self-Directed Support: Watching out for the Pitfalls, in: Journal of Integrated care, Vol. 16 Iss. 1, 2008, ISSN 1476-9018. Online vydání také dostupné z ProQuest Central.

22. KOLDINSKÁ, Kristina: Britská právní úprava a praxe sociálních služeb jako inspirace pro ČR?, Aplikované právo 2/2004, citace 15. 4. 2012. Online dostupné z: <http://www.aplikovanepravo.cz/clanky-pdf/22.pdf>.

23. KREBS, Vojtěch – DURDISOVÁ, Jaroslava - POLÁKOVÁ, Olga – ŽIŽKOVÁ, Jana: Sociální politika, 5. přepracované a aktualizované vydání. Praha, Wolters Kluwer ČR, 2010, 544 str., ISBN 978-80-7357-585-4.

24. KURONEN, Marjo - JOKINEN, Kimmo - KRÖGER, Teppo: Social Care and Social Services, 2010, 75 str.. Online vydání také dostupné z: <http://www.familyplatform.eu/en/1-major-trends/reports/6a-social-care-social-services>.

25. MATOUŠEK, Oldřich a kol.: Sociální služby, 2. vydání, Praha, Portál, 2007, 309 str., ISBN 978-80-7367-331-4.

26. MPSV: Vybrané statistické údaje o financování sociálních služeb a příspěvku na péči, Praha, 2010, 90 str. Online dostupné z MPSV: <http://www.mpsv.cz/files/clanky/9198/Analyza_fin_SS.pdf>.

27. National Brokerage Network. Citace: 3.7.2012.Online dostupné z: <http://tinyurl.com/9apkexr>.

28. POLL, Carl a kol.: Report on in Control´s first phase 2003-2005, London: In Control Publications, 2006, 109 str., ISBN 978-0-9554119-8-4. Online vydání také dostupné z z In Control: <http://www.in-control.org.uk/publications/reports-and-discussion-papers.aspx>.

29. Podpora řízená jednotlivcem - podkladový materiál pro účastníky semináře a členy tematické sítě, 5. - 6. května 2010, Praha, Quip,o.s., 2010, 9.str. Online dostupné z: < http://www.kvalitavpraxi.cz/podpora-rizena-jednotlivcem.html >.

30. POLL, Carl a kol. : Report on in Control´s third phase 2007-2009, London: In Control Publications, 2010, 178 str., ISBN 978-0-9554119-9-1 Online vydání také dostupné z z In Control: <http://www.in-control.org.uk/publications/reports-and-discussion-papers.aspx>.

31. POOLE, Teresa: Funding adult social care in England, 2009, 11 str. Online dostupné z: <http://www.kingsfund.org.uk/publications/briefings/funding_adult_social.html>.

32. PRŮŠA, Ladislav: Ekonomie sociálních služeb, Praha: ASPI, 2007, 179 str., ISBN 978-80-7357-255-6.

33. PRŮŠA, Ladislav: Efektivnost sociálních služeb: vybrané prvky a aspekty, Praha: VÚPSV, 2007, 38 str., ISBN 978-80-87007-73-0. Online vydání také dostupné z VÚPSV: < http://praha.vupsv.cz/Fulltext/vz_245.pdf >.

34. PRŮŠA, Ladislav: Poskytování sociálních služeb pro seniory a osoby se zdravotním postižením, Praha, VÚPSV, v.v.i., 2010, 244 str., ISBN 978-80-7416-048-6. Online vydání také dostupné z VÚPSV: <http://praha.vupsv.cz/Fulltext/vz_313.pdf>.

35. RORTY, Richard: Objectivity, Relativism, and Truth. Philosophical Papers Vol. 1. Cambridge: Cambridge University Press 1991, s. 186 (český překlad Roman Madzia). In: HROCH, Jaroslav - ŠÍP, Radim - MADZIA, Roman - FUNDA, Ondřej. Pragmatismus a dekonstrukce v anglo-americké filozofii. Brno: Paido 2010, 328 str., ISBN 978-80-7315-205-5.

36. ROULSTONE, Alan – MORGAN, Hannah: Neo-Liberal Individualism or Self-Directed Support: Are We All Speaking the Same Language on Modernising Adult Social Care?, in Social Policy & Society, Vol. 8, Iss: 3, 2009, Online vydání také dostupné z ProQuest Central.

37. SAMUELSON, Paul Anthony - NORDHAUS, William Dawbney: Ekonomie, Praha, Svoboda, 1991, 1011 str., ISBN 978-80-205019-2-9.

38. Social Care Institute for Excellence: Fair Access to Care services (FACS), 2010, citace 3.7.2012. Online dostupné z: <http://tinyurl.com/ccguz2w>.

39. SPICKER, Paul: Introduction to social policy: Social Policy in the UK, část The Welfare state in Britain, citace: 17.4.2012. Online dostupné z: <http://www2.rgu.ac.uk/publicpolicy/introduction/uk.htm#Welfare%20State%20in%20Britain>.

40. THANE, Pat: Memorandum submitted to the House of Commons' Health Committee inquiry: Social care, 2009, 15 str. Online dostupné z: <http://www.historyandpolicy.org/docs/thane_social_care.pdf >.

41. The Report of the Commission on Funding of Care and Support: Fairer Care Funding, 2011, 82 str. Online dostupné z DH: <https://www.wp.dh.gov.uk/carecommission/files/2011/07/Fairer-Care-Funding-Report.pdf >.

42. The Health and Social Care Information Centre, Adult Social Care Statistics: Community Care Statistics 2010-11: Social Services Activity Report, England, West Yorkshire (UK): HSCIC, 2012, 96 str., ISBN 978-1-84636-680-2. Online vydání také dostupné z IC NHS: <http://www.ic.nhs.uk/statistics-and-data-collections/social-care/adult-social-care-information>.

43. The Health and Social Care Information Centre, Adult Social Care Statistics: Personal Social Services: Expenditure and Unit Costs – England –2010-11 - Final Release. 2012, 30 str., ISBN 978-1-84636-682-6. Online vydání dostupné tamtéž IC NHS.

44. The Office for Disability Issues, HM Goverment: Disability Prevalence Estimates 2009/2010. 2011, 4 str. Online dostupné z: <http://odi.dwp.gov.uk/docs/res/factsheets/disability-prevalence.pdf>.

45. The Office for National Statistics: Annual Mid-year Population Estimates, 2010. Newport, Office for National Statistics, 2011, 18 str. Online dostupné z ONS: <http://www.ons.gov.uk/ons/publications/all-releases.html?definition=tcm:77-22371>.

46. The Office for National Statistics, National Population Projections, 2010-based NPP Reference Volume, Chapter 4: Mortality. Online dostupné z ONS: <http://www.ons.gov.uk/ons/rel/npp/national-population-projections/2010-based-reference-volume--series-pp2/mortality.html>

47. TOMEŠ, Igor: Úvod do teorie a metodologie sociální politiky, 2010, Praha, Portál, 2010, 440 str., ISBN 978-80-7367-680-3

48. TOMEŠ, Igor: Sociální politika: Teorie a mezinárodní zkušenost, 1996, Socioklub, Praha, 262 str., ISBN 978-80-8648-400-6.

49. UK Centre for Measurement of Government Activity: Public Service Productivity: Adult social care, 2007, 31 str. Online dostupné z: <http://tinyurl.com/8rm7t66>.