

Vysoká škola ekonomická v Praze

Národohospodářská fakulta

Hlavní specializace: Regionální studia



Sociální služby pro seniory
v Jihočeském kraji, případová studie
domova pro seniory v Bechyni

diplomová práce

Autor: Bc. Petr Kalousek

Vedoucí práce: RNDr. Jana Kouřilová, Ph.D.

Rok: 2016

Prohlašuji na svou čest, že jsem diplomovou práci vypracoval samostatně a s použitím uvedené literatury.

Petr Kalousek

V Praze, dne 17. 8. 2016

Poděkování:

Rád bych poděkoval paní RNDr. Janě Kouřilové, Ph.D. za její pomoc, vstřícnost a cenné připomínky při psaní mé diplomové práce. Dále děkuji ředitelce Domova pro seniory v Bechyni paní Mgr. Aleně Sakařové za pomoc při uskutečnění případové studie.



ZADÁNÍ DIPLOMOVÉ PRÁCE

Autor práce: Bc. Petr Kalousek
Studijní program: Ekonomie a hospodářská správa
Obor: Regionální studia

Vedoucí práce: RNDr. Jana Kouřilová, Ph.D.

Název práce: **Sociální služby pro seniory v Jihočeském kraji, případová studie domova pro seniory v Bechyni**

Rámcový obsah:

1. Cílem diplomové práce bude zmapovat pobytové sociální služby pro seniory v Jihočeském kraji a zhodnotit jejich dostupnost. Podrobněji se práce bude zabývat rozvojem těchto služeb v Jihočeském kraji v rámci případové studie krajského pobytového zařízení v Bechyni.
Téma sociálních služeb pro seniory je aktuální nejen s ohledem na demografické změny, ale také na hledání co nejefektivnějšího způsobu péče. Ten by měl skloubit finanční možnosti s požadavky na kvantitu a kvalitu, včetně dostupnosti služeb.
2. Teoretická část diplomové práce bude zaměřena na systém péče o seniory v České republice a vybraných evropských zemích. Následně bude provedena komparace těchto systémů. V souvislosti s péčí o seniory bude zkoumán demografický vývoj v České republice a Evropě.
3. Praktická část bude analyzovat pobytová zařízení pro seniory a jejich rozvoj v Jihočeském kraji v kontextu komunitního plánu a žádostí klientů o tyto služby. DP se konkrétně zaměří na nově vybudovaný domov pro seniory v Bechyni, jehož zřizovatelem je Jihočeský kraj. V rámci případové studie bude provedeno srovnání nákladů, kapacity lůžek a kvality péče se zrušenými menšími domovy pro seniory v Bechyni a Tučapech, které nový objekt nahradil. Pomocí terénního výzkumu budou vyhodnoceny dopady pro klienty, kteří byli přestěhováni z Tučap.
V diplomové práci budou použity metody literární rešerše, komparace, analýza a syntéza získaných poznatků a empirické šetření.

Rozsah práce:

75 stran + přílohy

Literatura:

1. KREBS, V. a kol. (2010): Sociální politika. 5. vydání. Praha: Wolters Kluwer. 542 str. ISBN 978-80-7357-585-4
2. MALÍKOVÁ, E. Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních, 1. vyd.; Praha: Grada Publishing, a.s., 2011
3. MUNKOVÁ, G. a kol. Sociální politika v evropských zemích, 1. vyd.; Praha: Karolinum, 2004
4. PRŮŠA, L. Efektivnost financování sociálních služeb v domovech pro seniory, 1. vyd.; Praha: VÚPSV, 2008
5. VIRONEN H., FERRY M., Dealing with Demographic Change: Regional Policy Responses, European policies research centre, 2010, No. 72, ISBN: 1-871130-78-6, Citováno 2014-11-29. Dostupné z:
http://www.eprc.strath.ac.uk/eprc/documents/PDF_files/EPRP_72_DealingwithDemographicChange-RegionalPolicyResponses.pdf

Datum zadání:

červen 2015

Datum odevzdání:

prosinec 2015

Bc. Petr Kalousek
Řešitel

RNDr. Jana Kouřilová, Ph.D.
Vedoucí práce

doc. Ing. Petr Toth, Ph.D.
Vedoucí ústavu

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

Abstrakt

Cílem diplomové práce je zmapovat pobytové sociální služby pro seniory v Jihočeském kraji a zhodnotit jejich dostupnost. Pozornost je věnována domovům pro seniory, které nabízejí komplexní sociální služby pro seniory.

V teoretické části jsou vymezeny základní pojmy a východiska péče o seniory v rámci sociálního zabezpečení. Dále je zmapováno financování českých domovů pro seniory a porovnáno s vybranými formami financování sociální péče ve Švýcarsku, Německu a Rakousku.

V praktické části je analyzována dostupnost domovů pro seniory v Jihočeském kraji na úrovni okresů a obcí s rozšířenou působností. V případové studii je provedeno srovnání nákladů, kapacity lůžek a kvality péče nově vybudovaného Domova pro seniory v Bechyni nahrazující zrušený menší domov pro seniory ve stejném městě. Pomocí terénního výzkumu jsou vyhodnoceny dopady na klienty, kteří byli do nového domova v Bechyni přestěhováni ze zrušeného Domova pro seniory v Tučapech.

Klíčová slova

Domov pro seniory, sociální služby, financování, kapacita služeb

JEL klasifikace

H55, J10, R00

Abstrakt

Aim of this master thesis is to map social housing services for elderly citizens in South Bohemian Region and assess its affordability availability. It focuses on senior houses offering complex social services for senior citizens.

In theoretical part are defined essential concepts and bases of care for senior citizens in social security framework. It continues with characterisation of homes for elderly' funding and compared with system of social care funding in Switzerland, Germany and Austria.

In practical part is analyzed affordability availability of homes for elderly in South Bohemian Region on level of districts or municipalities with extended authority. In case study there is a comparative analysis of costs, bed capacity and quality of care in newly constructed Home for elderly in Bechyně and former Home for elderly which was closed and replaced. Effects on clients transferred from former home for elderly in Tučapy to new home for elderly in Bechyně are evaluated with data from field research.

Keywords

Home for elderly, social services, financing, capacity of services

JEL Classification

H55, J10, R00

1 Obsah

Úvod	1
1. Základní pojmy a východiska zkoumání potřeb péče pro seniory	4
1.1. Stáří a senior	4
1.2. Demografický vývoj	7
1.3. Vliv demografického vývoje na zajištění péče o seniory	10
1.4. Komunitní plánování jako prostředek k zajištění sociálních služeb	13
2. Péče o seniory jako součást sociálního zabezpečení v České.....	16
2.1. Přístup k péči o seniory	19
2.2. Pobytová zařízení pro seniory – domovy pro seniory	20
2.2.1. Standardy kvality sociálních služeb	21
2.2.2. Personální zajištění péče v domovech pro seniory	22
2.2.3. Kapacita domovů pro seniory.....	23
3. Financování domovů pro seniory	26
3.1. Úhrady od klientů	26
3.2. Příspěvek na péči.....	28
3.3. Dotace	30
3.4. Úhrady od zdravotní pojišťovny	31
3.5. Porovnání financování sociální péče v České republice s vybranými evropskými zeměmi	32
4. Domovy pro seniory v Jihočeském kraji	36
4.1. Komunitní plán jako nástroj zabezpečení služeb pro seniory	36
4.2. Senioři v Jihočeském kraji.....	37
4.3. Kapacita a dostupnost domovů pro seniory v Jihočeském kraji	40
5. Případová studie domova pro seniory Bechyně.....	46
5.1. Domovy pro seniory v okrese Tábor	46
5.2. Domov pro seniory Bechyně	48
5.2.1. Zajištění zdravotní, ošetrovatelské, rehabilitační a sociální péče	49
5.2.2. Aktivizační činnosti v Domově pro seniory Bechyně.....	50
5.3. Porovnání vybraných finančních ukazatelů a personálního zajištění nového domova pro seniory v Bechyni se zrušenými domovy pro seniory.....	52
5.3.1. Výnosy tržeb za služby.....	52
5.3.2. Personální zajištění a mzdové náklady.....	55
5.3.3. Provozní náklady	58
5.3.4. Dotace	59

5.3.5.	Vyhodnocení sledovaných ukazatelů	60
5.4.	Terénní výzkum v domově pro seniory v Bechyni s klienty, kteří byli přestěhováni z domova pro seniory Budislav – Tučapy	61
5.4.1.	Metodika výzkumu a sběr dat	62
5.4.2.	Získaná data z rozhovorů s klienty	64
5.4.3.	Vyhodnocení terénního výzkumu.....	70
5.5.	Shrnutí případové studie	71
	Závěr	74
	Literatura:.....	77
	Seznam použitých zkratk:	83
	Přílohy:.....	84

Úvod

Úkolem sociálních služeb je poskytovat pomoc společensky znevýhodněným osobám za účelem zlepšení jejich životní situace, kterou nejsou schopni řešit samostatně vlastními silami a prostředky. Sociální služby by měly také dotčeným lidem pomáhat se začleňováním do společnosti a zohledňovat při své činnosti jak samotného uživatele služby, tak jeho rodinu, okolí a zájmy širšího okolí. Přestože oblast sociálních služeb je velmi široká a dotýká se mimo jiné rodin s dětmi, tělesně a mentálně postižených osob a mnoha dalších, největší skupinou, které jsou sociální služby poskytovány, jsou staří lidé neboli senioři. Demografické údaje ukazují, že populace v České republice i dalších státech, nejen Evropské unie, stárne. Proto jsou sociální služby a jejich rozvoj právě pro seniory stále aktuálnějším tématem. Poptávka po těchto službách, ať již terénních, ambulantních nebo pobytových má stoupající tendenci.

Nejobsáhlejší formou sociální služby pro seniory jsou domovy pro seniory. Jedná se o pobytová zařízení sociálních služeb, která svým klientům poskytují ubytování, stravu, sociální péči a také buď přímou nebo zprostředkovanou zdravotní péči. Poskytování sociálních služeb na co nejlepší úrovni vyžaduje jasná pravidla a dostatečné financování. Financování domovů pro seniory je vícezdrojové a patří k největším překážkám rozvoje těchto zařízení.

Cílem diplomové práce je zmapovat pobytové sociální služby pro seniory v Jihočeském kraji a zhodnotit jejich dostupnost. Podrobněji se práce zabývá rozvojem těchto služeb v Jihočeském kraji v rámci případové studie krajského pobytového zařízení v Bechyni v okrese Tábor. Zde byl od roku 2015 otevřen nový Domov pro seniory, který nahradil zrušené Domovy pro seniory v Bechyni a v Tučapech. Změnám v těchto konkrétních domovech se věnuje samostatná případová studie.

Práce si klade za cíl potvrdit nebo vyvrátit následující hypotézy:

- Dostupnost domovů pro seniory mezi obvody ORP bude více diferencovaná nežli mezi okresy Jihočeského kraje

- Vzhledem k většímu počtu klientů v novém domově v Bechyni oproti starému domovu dojde k poklesu pracovních míst v přepočtu na jednoho klienta a to větší měrou u ostatních pracovních pozic nežli u pracovních pozic přímé péče
- Přestěhovaní klienti ocení lepší komfort nového zařízení v Bechyni.
- Přestěhovaným klientům bude chybět původní prostředí, ve kterém bydleli a pro jejich návštěvy bude dostupnost do Bechyně horší nežli dostupnost do původního zařízení.

Diplomová práce vychází z teoretických poznatků odborné literatury v oblasti sociálních služeb a péče o seniory. V práci jsou využívána statistická data týkající se kapacit a financování domovů pro seniory, demografického vývoje a struktury obyvatelstva v Evropě, České republice a Jihočeském kraji. Zdrojem případové studie jsou především výroční zprávy zkoumaných domovů pro seniory a empirické šetření u dotčených klientů. Hlavní metody použité v diplomové práci zahrnují: analýzu, komparace, empirické šetření a jeho vyhodnocení a syntézu. V práci jsou použita data a informace ČSÚ, Eurostatu, Jihočeského kraje, MPSV a sledovaných domovů pro seniory.

Práce je rozdělena do sedmi částí. Po úvodu následuje pět kapitol, které nakonec shrnuje závěr.

První kapitola je věnována pohledu na stáří a stárnutí s ohledem na demografický vývoj, který je jedním ze základních ukazatelů potřeb rozvoje sociálních služeb pro seniory. Podle predikcí demografického vývoje, údajů o počtu závislých osob na pomoci druhé osoby a míře této závislosti můžeme odhadovat potřebu sociálních služeb pro seniory do budoucna. Tyto sociální služby je však potřeba také plánovat. Jedním z možných nástrojů k tomuto plánování je komunitní plán sociálních služeb, kterému se věnuje závěr kapitoly.

Druhá kapitola se zabývá samotným přístupem k péči o seniory, především v rámci sociálního zabezpečení a zákona o sociálních službách. Vzhledem k zaměření diplomové práce je kapitola dále cílena na domovy pro seniory, jejich funkci, nastavení standardů kvality, personální zajištění a kapacitu lůžek v České republice. Kapacita lůžek v domovech pro seniory je dále porovnávána s reálnou obsazeností těchto zařízení a s počtem žadatelů o umístění.

Následující část mapuje financování domovů pro seniory. Toto financování je vícezdrojové a závislé na dotačních prostředcích z veřejných rozpočtů. Skládá se z úhrad od klientů, příspěvku na péči (zavedeným zákonem o sociálních službách), z dotací a úhrad od zdravotních pojišťoven. Závěr této kapitoly porovnává vybrané zdroje financování sociálních služeb se systémem financování ve Švýcarsku, Německu a Rakousku.

Čtvrtá kapitola se zaměřuje již na domovy pro seniory v Jihočeském kraji včetně komunitního plánu Jihočeského kraje. Základními předpoklady ke zkoumání dostupnosti domovů pro seniory je počet seniorů v kraji v rámci struktury obyvatelstva podle věku a kapacity samotných domovů pro seniory. Důležité je také umístění těchto zařízení a s jakými spádovými oblastmi je počítáno. V rámci kraje můžeme spádová území základně členit na okresy a obce s rozšířenou působností. V této práci je použito členění dostupnosti domovů pro seniory na okresy i na obce s rozšířenou působností a data z těchto územních jednotek jsou vzájemně porovnána.

Poslední kapitola je samotnou případovou studií zaměřenou na nový Domov pro seniory v Bechyni. Studie je rozdělena na několik částí. Úvod se věnuje popisu původní a nastalé situace vzhledem k výstavbě nové budovy v Bechyni. Následuje popis nového domova pro seniory, jeho funkce, vybavení a činnosti, kterými se zabývá. Důležitá není však jen vybavenost a funkce zařízení, ale také náklady na provoz. Porovnávány jsou provozní a mzdové náklady v přepočtu na jednoho klienta původního Domova pro seniory v Bechyni za rok 2014 s novým Domovem pro seniory za rok 2015. Do nového zařízení byli přesunuti klienti ze zrušeného Domova pro seniory v Tučapech. Pomocí dotazníkového šetření u těchto klientů jsou zkoumány dopady přestěhování dotčených seniorů na změnu prostředí a služeb, na vazby s rodinami a okolím. Závěr případové studie nabízí rekapitulaci údajů všech zkoumaných částí.

Diplomová práce je zakončena závěrem, ve kterém jsou shrnuty a vyhodnoceny získané poznatky.

1. Základní pojmy a východiska zkoumání potřeb péče pro seniory

Od poloviny 20. století se celosvětově stává stárnutí obyvatelstva čím dál větším společenským problémem. Tento jev vede ke snižování relativního počtu obyvatel v produktivním věku a v souvislosti s vyšší dobou dožití také ke zvyšování obyvatel starší věkové skupiny (Holczerová, 2013). Je zřejmé, že i počet seniorů, kteří budou odkázáni na pomoc druhé osoby, poroste. Podle aktuálních poznatků lze předpokládat, že tato pomoc bude potřeba v rozsahu, na který v současné době není naše společnost pravděpodobně připravena (Průša 2015).

1.1. Stáří a senior

Stárnutí je přirozeným procesem lidského života, ale lze na něj nahlížet z více úhlů pohledu, stejně tak jako na vymezení etap života a samotného stáří. Pokud se jako proces stárnutí bere nevratný biologický proces, který trvá od narození až do smrti, je určování životních etap zbytečné a vymezení samotného stáří komplikované. (ERA, 2012) Postup stárnutí má u každého jedince individuální vývoj, jak v rychlosti, tak v rozsahu a intenzitě samotných příznaků stáří. (Holczerová, 2013) Lékařská věda chápe stárnutí jako „*plynulý proces snižování vitality a zvyšování zranitelnosti tkání vedoucí ke smrti. Změny vznikající při stárnutí jedince mají většinou ireverzibilní charakter. Jedním z důkazů pro toto tvrzení je, že mortalita u všech onemocnění stoupá s věkem*“. (Nečas, 2006, s. 356) Buňky, které se již dále nedělí (např. nervové) a které mají dělení geneticky omezeno, se s věkem sice zvětšují, ale jejich celkový počet klesá. Zároveň se totiž zmenšuje mezibuněčný prostor a tím se k buňce dostává hůře kyslík a glukóza, jejichž nedostatek vede v důsledku k odumření buňky. S věkem také dochází k mutacím DNA, tyto chyby předávání informací, které mají mimo jiné za následek zhoršování imunitního systému, jsou stárnutím organismu. (Nečas, 2006)

Kdy je člověk starým nevnímá však gerontologie, věda o stárnutí, jen z pohledu zdravotního stavu jedince, ale také ze společenského hlediska. Tedy, od kdy považuje daného člověka za starého jeho okolí a společnost. (Hrozenská, 2013) Tento sociální

aspekt vnímá stáří, jako čas změn v životě člověka, které souvisejí s odchodem do důchodu, úmrtím partnera, potřebou sociální, případně ústavní péče. Návazné je psychologické stáří, kdy dochází ke změnám vnímání, myšlení a chování. U staršího člověka se mění poznávací procesy, emoční vnímání, osobnost, zhoršuje se paměť (ERA, 2012).

Projevy stáří můžeme podle Dvořáčkové rozdělit na tělesné (biologické), psychické a sociální.

- Mezi tělesné projevy patří například snižování tělesné výšky, úbytek svalové hmoty, či změny postoje a chůze. Zásadní je omezení smyslového vnímání, tedy zhoršení zraku, sluchu (nejvíce u vysokých tónů) a poklesu čichu a chuti. Tyto tělesné změny ovlivňují nejen vzhled, ale také chování seniora, který se více zaobírá sám sebou a svým zdravím.
- Psychické změny vyvolávané stárnutím mění osobnost seniora, projevují se více negativní vlastnosti a rysy osobnosti. U změn chování je však nutné rozlišovat mezi změnami způsobenými stárnutím a těmi, které způsobují duševní, případně tělesné poruchy.
- Sociální změny jsou spojeny se změnou společenské role jedince a postoje okolí k němu samotnému. Nejčastěji tato změna nastává při odchodu do důchodu, tj., při ukončení ekonomicky aktivního života a v době kdy senior začíná potřebovat zaopatření. Dostává se tak z role nezávislého člověka do situace závislosti ((Dvořáčková, 2012).

Biologické, sociální i psychologické vlastnosti stárnutí však především fungují v souvislostech a všechno může souviset se vším. Například zhoršený zdravotní stav člověka může mít dopady na jeho psychické vnímání i pohled okolí. Tyto souvislosti ovlivňují průběh stárnutí a jeho vnímání daným jedincem (Malíková, 2011).

Každý jedinec se vyrovnává se stárnutím svým vlastním způsobem, který je odrazem jeho osobnosti vytvářené v průběhu předchozího vývoje. Na tento vývoj má největší vliv primární rodina, vztahy k lidem, životní zkušenosti a také schopnost zvládat zátěžové situace a vyrovnávání se s nimi. Klevetová a Dlabalová rozdělují vyrovnávání se seniorů se stárnutím na pět následujících strategií:

- a) Konstruktivní strategie: Senior se zvládá vyrovnávat se svými omezeními a akceptuje je. K životu přistupuje optimisticky a aktivně, dokáže navázat nové vztahy a je vůči ostatním lidem tolerantní a snášenlivý
- b) Strategie závislosti: U seniora převládá pasivita a nechutí samostatného rozhodování které nechává na partnerovi nebo na dětech. Tento postoj může být destruktivní, pokud přístup dětí nebo partnera je v rozporu s potřebami seniora.
- c) Strategie obranná: Senior se neumí vyrovnat se změnami, které přináší stáří a nechce si stáří připustit. Odmítá pomoc ostatních a snaží se dokázat svojí soběstačnost. Často bývá takový člověk konfliktní a nechce měnit nic na svých zvyklostech.
- d) Strategie hostility: Senior zaujímá nepřátelský postoj vůči všem a všemu. Věci kolem sebe vnímá negativně a nerozumí si s mladými lidmi. Bývá často konfliktní, agresivní a nedůvěřivý.
- e) Strategie sebenenávisti: Senior je kritický sám k sobě, svůj život hodnotí pesimisticky až kriticky a často je jeho hlavním tématem smrt. Tento přístup většinou pramení z neuspokojivých vztahů s lidmi v jeho okolí nebo s pocitem osamělosti (Kleťová, Dlabalová, 2008).

Je zřejmé, že určovat mezníky stáří, resp. kdy se člověk stává seniorem, pouze podle věku není přesné. Přesto, hlavně z praktických důvodů, existují členění věkových kategorií. Světová zdravotnická organizace používá hranice po patnácti letech, a to do skupin u stáří (Malíková, 2011):

- 60-74 let = senescence (časné neboli počínající stáří)
- 75-89 let = kmetství (vlastní stáří)
- 90 let a více = patriarchum (dlouhověkost)

Další členění uvádí například Mühlbacher (2004) :

- 65-74 let = mladí senioři
- 75-84 let = staří senioři
- 85 a více let = velmi staří senioři

Pro účely této práce budeme využívat pojem senior, kterým chápeme osoby starší 65 let. Tento pojem a věková hranice je používán i v demografických propočtech ČSÚ, z nichž práce vychází.

Odchod do důchodu je mimo jiné spojen s prudkým nárůstem volného času, který paradoxně často způsobuje problém, jak s tímto volným časem naložit. Je důležité, aby se senior nenechal svést nicneděláním a našel činnosti, které ho budou naplňovat, tj. budou pro něj smysluplné. Důležitá je tak přiměřená fyzická, mentální i sociální aktivita, která zpomaluje výše uvedené vlastnosti stárnutí (ERA, 2012). Seberealizace patří mezi potřeby seniora a souvisí také s určitou mírou svobody a soběstačnosti. Je důležité, aby jedinec nerezignoval na své ambice a cítil se užitečný. Důležitá je tak podpora rodiny a okolí, senior má potřeby sociálního kontaktu, citové jistoty a bezpečí. Čím je člověk starší, tím více upřednostňuje zaběhnuté stereotypy a nové podměty ho často unavují. Senior by měl přijímat nové podměty a těšit se z hodnot, které má. Strach z osamění, nemoci a nesoběstačnosti může velmi snižovat kvalitu života (Vágnerová, 2007).

1.2. Demografický vývoj

Demografický význam stárnutí se týká celé populace, která v celkovém měřítku nemusí jen stárnout, ale také naopak i omládnout. K omládnutí dochází v případě, že se zvyšuje poměr mladé generace oproti starší generaci. Demografické stárnutí může být vyvoláno dvěma faktory (DIC 2004-2014):

- a) „Stárnutí v základně věkové pyramidy“ znamená snížení relativního počtu mladé generace na obyvatelstvu.
- b) „Stárnutí ve vrcholu věkové pyramidy“, které je způsobováno prodlužováním naděje na dožití, a tím pádem dožívání se vyššího věku u širší skupiny jedinců.

Důvody procesu stárnutí rozděluje Tomeš (2011) na:

- Demografické: Dochází ke zvyšování zastoupení starší generace oproti generaci mladší
- Medicínské: Moderní doba přinesla lepší zdravotní péči a stále větší počet jedinců se dožívá vyššího věku
- Ekonomické: Technologický pokrok umožňuje postupné snižování manuální práce prováděné člověkem
- Sociální: Roste kvalita života.

Problém stárnutí obyvatelstva není pouze v delší době dožití obyvatel, ale také především ve snížení plodnosti a porodnosti. K přirozené obnově populace je potřeba plodnost alespoň 2,1 dítěte na jednu ženu (EUROSTAT, 2014). V České republice plodnost od nového tisíciletí sice pozvolně stoupá, z 1,17 v roce 2002 na 1,49 v roce 2010 (ČSÚ, 2011), avšak stále nedosahuje kýžené hodnoty 2,1. Této hodnoty v rámci zemí Evropské Unie k roku 2012 dosahuje pouze Francie a Irsko, kde je míra plodnosti přesně potřebných 2,1 dítěte na matku. Dále se této hodnotě blíží ještě Velká Británie (1,92) a Švédsko (1,91). Naopak nejnižší míra plodnosti je vykazována v Portugalsku (1,28). Rozdíly v plodnosti mezi státy jsou spojeny různými faktory, například socioekonomickou strukturou obyvatelstva, bydlištěm nebo kulturou (Eurostat, 2014).

Pokud je v populaci alespoň 7 % osob starších 65 let, považuje se dle stupnice OSN tato populace za starou (Hrozenská, 2013). V České republice byla tato hodnota za rok 2013 17,4 % a za rok 2014 17,8 %. Přitom o 10 let dříve, tedy v roce 2004, bylo v České republice 14 % osob starších 65 let (ČSÚ, 2015). Stále jsme však pod průměrem 28 států EU, který za rok 2014 činil 18,5 % (Eurostat, 2014). Dle předpokladů ČR průměr EU předběhne a v roce 2060 by mělo v ČR být 33,4 % populace nad 65 let a průměr EU 30 % obyvatel této věkové kategorie. Větší podíl seniorů by měli mít v EU pouze státy, které přistoupili k unii po roce 2004: Polsko (36,2 %) Slovensko (36,1 %), Rumunsko (35 %) Litva (34,7 %), Lotyšsko (34,4 %), Bulharsko (34,2 %) a stejně jako ČR, Slovinsko 33,4 %. I demografickou situací se ČR podobá spíše novým členským státům podle charakteristik odlišných od „starých“ států EU. Jsou to: nízká plodnost; relativně mladá věková struktura, která se promění ve starou a vyšší úmrtnost seniorů (Pikola, 2010). Předpoklad, že Evropská unie bude stárnout, dokládají i odhady očekávané doby dožití. V roce 2060 by měla být tato hodnota u mužů v rámci států EU 84,5 roku a u žen 89 let. Přitom hodnoty z roku 2008 vykazovaly u mužů dobu dožití 76 let a u žen 82,1 roku (Vironen, 2010).

Mezi další ukazatele, které popisují demografické posuny, patří indexy stárání, ekonomického zatížení a závislosti. Index stárání ukazuje počet osob nad 65 let věku ku 100 dětem do 14 let (Hrozenská, 2013). Index ekonomického zatížení je součtem počtu dětí do 14 let a seniorů nad 65 let na 100 obyvatel v produktivním věku 15-64 let. Indexem závislosti I se rozumí míra počtu seniorů nad 65 let ku 100 obyvatelům v produktivním věku a index závislosti II je míra počtu dětí do 14 let ku 100 obyvatelům v produktivním věku (Dimitrová, 2007). Tedy index ekonomického zatížení je součtem indexů závislosti.

Tabulka 1 udává zmíněné indexy v České republice za roky 2009 – 2014. Z uvedených dat je zřejmé, že počet seniorů k počtu dětí trvale a stabilně roste (index stáří), stejně tak index ekonomického zatížení a indexy závislosti. Podíly dětí do 14 let a seniorů nad 65 let rostou a podíl ekonomicky aktivního obyvatelstva klesá. Z růstu indexu stáří a rychlejšího růstu indexu závislosti II než indexu závislosti I je zřejmé, že podíl seniorů na obyvatelstvu roste rychleji než podíl dětí.

Tabulka 1 Indexy stáří, ekonomického zatížení a závislosti ČR 2009-2014

Rok	Počet obyvatel (v tis.)	Index stáří	Index ekonomického zatížení	Index závislosti I	Index závislosti II
2009	10 507	107	41,64	20,11	21,53
2010	10 533	107,64	42,65	20,54	22,11
2011	10 505	110,2	44,72	21,27	23,45
2012	10 516	113,51	46,2	21,63	24,57
2013	10 512	116	47,93	22,19	25,74
2014	10 538	117,1	49,25	22,69	26,56

(Zdroj: ČSÚ 2015 a vlastní výpočty dle ČSÚ 2015)

Tabulka 2 ukazuje srovnání vybraných evropských zemí a průměru členských států Evropské unie v podílu seniorů a indexu stáří v letech 2009 a 2014. Při porovnání s odhadovaným podílem seniorů pro rok 2060 je nejvýraznější rozdíl u Slovenska a Polska. V letech 2009 a 2014 byl podíl seniorů nad 65 let v obou státech výrazně pod průměrem EU a relativně nízký podíl seniorů na obyvatelstvu se projevoval i na indexu stáří. Odhad pro rok 2060 však přisuzuje Polsku a Slovensku nejvyšší podíly obyvatel nad 65 let. Potvrdila by se zde charakteristika nových členských států EU o mladé věkové struktuře, která se však promění ve starou.

Tabulka 2 Podíl seniorů na populaci a index stáří ve vybraných zemích EU

Státy 2009/2014	Podíl seniorů 65+ v %	Podíl seniorů 80+ v %	Index stáří
Německo	20,4 / 20,8	5 / 5,4	150 / 158,78
Francie	16,5 / 18	5,1 / 5,7	89,19 / 96,77
Polsko	13,4 / 15	3,1 / 3,9	87,58 / 100
Slovensko	12,3 / 13,5	2,7 / 3	78,85 / 88,24
Slovinsko	16,5 / 17,5	3,8 / 4,7	117,86 / 119,87
Průměr EU	16,2 / 18,5	4,5 / 5,1	103,18 / 118,56

(Zdroj: Eurostat 2015 a vlastní výpočty dle Eurostat 2015)

Demografický vývoj není ovlivněn jen přirozenou obnovou populace, tedy vznikem nových generací a úmrtími, ale svou roli hraje také migrace, a to jak migrace mezinárodní, tak i migrace vnitřní (DIC, 2004-2014). Před migrační vlnou ze středního východu se očekávalo, že v letech 2008 až 2060 přijde do zemí Evropské unie celkem přibližně 60 miliónů obyvatel. I tak mezinárodní migrace může jen částečně vyvážit proces stárnutí, který v Evropě probíhá. Cílovými zeměmi jsou především Německo, Velká Británie a Francie. Migrace, probíhající v rámci Evropské unie po přistoupení států střední a východní Evropy, směřuje především z těchto oblastí na západ a vykazuje prostorové vzorce. Například migrace z Polska směřuje převážně do Velké Británie a Irska nebo migrace z Rumunska do Itálie a Španělska. Šetření však v těchto případech ukazují pouze na převážně sezónní migraci a návrat do výchozích zemí (Vironen, 2010).

1.3. Vliv demografického vývoje na zajištění péče o seniory v České republice

Jak již bylo uvedeno výše, podíl seniorů na populaci se postupně zvyšuje, což bude mít stále větší dopad na potřebu péče o tuto věkovou skupinu. Podle „Projekce obyvatelstva ČR do roku 2100“ bude celkový počet obyvatel od roku 2019, kdy by měla mít ČR 10 535 782 obyvatel, nadále již klesat. Avšak podíl seniorů nad 65 let by měl růst

až do roku 2060, ve kterém má podle projekce podíl seniorů nad 65 let činit 33,4 % celkové populace. Od roku 2061 se předpokládá skokové snížení absolutního počtu seniorů nad 65 let a tím i mírné snížení podílu této věkové skupiny na počtu obyvatel mezi 32 a 33 %, což je skoro dvojnásobek dnešního stavu. Podíl seniorů nad 80 let však bude narůstat poměrově ještě rychleji a od roku 2060 by se měl pohybovat kolem 15 % populace, což je bez mála 4x více než v současnosti (ČSÚ, 2013).

I přesto, že většina seniorů zůstává po dosažení věkové hranice 65 let samostatná, společnost se neobejde bez ambulantní a lůžkové kapacity v sociální péči. Na konci 90. let dvacátého století se odhadovalo, že potřeba ústavní péče je u cca 3 % seniorů nad 65 let. O dekádu později již je odhad dvojnásobný (Jeřábková, 2009). Tento hrubý odhad je určován podle celkových kapacit zařízení sociální péče pro seniory a neuspokojených žadatelů o tuto službu k celkovému počtu seniorů v populaci. Nelze v něm tedy kalkulovat se skutečnou potřebou klientů a především žadatelů zařízení sociální péče.

Stárnutí populace přinese i vyšší nároky (zejména kapacitní) na zajištění péče pro seniory. Délka lidského života se prodlužuje především o fázi, kdy člověk potřebuje pomoc jiné osoby. Podle odhadů by do roku 2050 bylo potřeba zvýšit kapacitu domovů pro seniory, dle nárůstu počtu obyvatel nad 80 let, o zhruba 170 %, což by představovalo navýšení kapacit domovů pro seniory na zhruba 100 tis. lůžek (Průša, 2007a). Tento vysoký nárůst by byl velikou zátěží na finanční, materiální i personální zajištění sociálních služeb.

K zabezpečení financování sociálních služeb se začal od roku 2006 využívat tzv. příspěvek na péči, který tvoří bez mála polovinu výdajů na sociální služby. Tento nástroj je používán v řadě evropských zemí. V Německu například po zavedení příspěvku na péči došlo k výraznému zvýšení ambulantních sociálních služeb, kde vzniklo následně 75 tis. nových pracovních míst (Průša, 2007a; Průša, 2015).

Demografický vývoj v ČR se dotkne nemalou měrou i vyplacení příspěvku na sociální péči. Podle Průši (2015) bude v roce 2030¹ pobírat příspěvek na péči 523 tis. osob starších 65 let, tedy o 80 % více než tomu bylo v roce 2015. Nejvýrazněji se tento nárůst očekává u osob starších 90 let a zároveň i procentuálně nejvyšší nárůst příjemců nejvyššího IV.

¹ Počítáno dle demografické projekce obyvatelstva ČSÚ

stupně závislosti, který by měl pobírat více než dvojnásobný počet osob než v roce 2015. Podle žadatelů o příspěvek na péči ve věku nad 65 let, se dají dělat projekce potřeby sociálních služeb pro seniory, a to dle žadatelů o daný stupeň závislosti ku potřebným kapacitám daných sociálních služeb (Průša, 2015).

- Podle počtu osob pobírajících příspěvek na péči v I. stupni závislosti, tedy lehké závislosti, můžeme predikovat, kolik osob bude pravděpodobně potřebovat pomoc pečovatelské služby, a to ve své domácnosti, ať již od registrovaných poskytovatelů sociálních služeb nebo od rodinných příslušníků.
- Podle počtu osob pobírajících příspěvek na péči v II. stupni závislosti, tedy středně těžké závislosti, můžeme predikovat, kolik osob bude potřebovat výše uvedenou péči intenzivněji nejen v rámci domova, ale i v centru denních služeb nebo denních stacionářích.
- Podle počtu osob pobírajících příspěvek na péči v III. stupni závislosti, tedy těžké závislosti, můžeme predikovat, kolik osob bude potřebovat intenzivní a pravděpodobně celodenní péči v domovech pro seniory, v domovech se zvláštním režimem, v domovech pro osoby se zdravotním postižením nebo v týdenních stacionářích nebo v krajních případech ve svých domovech.
- Podle počtu osob pobírajících příspěvek na péči ve IV. stupni závislosti, tedy úplné závislosti, můžeme predikovat, kolik osob bude potřebovat komplexní a celodenní péči v zařízeních sociální a zdravotní péče, kde je v podstatě vyloučena péče o seniora jiným způsobem (Průša, 2015).

Tyto projekce společně s demografickým vývojem ukazují, že kapacity domovů pro seniory do budoucna nebudou stačit, že je nutná změna financování a rozvoj terénních sociálních služeb a péče v přirozeném domácím prostředí (Průša, 2015).

Na rozdíl od dopadů stárnutí populace na oblast důchodového pojištění, dopady stárnutí populace na oblast sociálních služeb jsou řešeny jen okrajově a nejsou řádně zpracovány komplexní studie, které by budoucí potřebu sociálních služeb v České republice řádně zmapovaly (Průša, 2010, s. 23). Potřebu sociálních služeb také velmi ovlivňuje zdravotní stav obyvatelstva, protože čím méně je senior soběstačný, tím větší péči potřebuje. Na druhou stranu se musí předcházet umísťování seniorů do zařízení institucionální péče v případech, kdy tento krok není nutný a je to řešení vyplývající ze

špatné bytové situace rodiny nebo nedostatečných terénních sociálních služeb v lokalitě (Průša, 2010). Rozvoj sociálních služeb je však silně závislý na poskytování dotací, cenové regulaci celkových úhrad klientů za poskytované sociální služby a dalším. V rámci demografického vývoje bude pro rozvoj sociálních služeb nutné zajištění dostatečného počtu vzdělaného personálu v oboru sociální služby, a to ve všech kategoriích (Dvořáčková, 2012).

1.4. Komunitní plánování jako prostředek k zajištění sociálních služeb

Systematicky rozvíjené komunitní plánování se začalo uplatňovat jako první ve Velké Británii a následně v Nizozemsku. S komunitním plánováním, které přejímá základní metodické prvky právě z Velké Británie (Komunitní plánování, 2013), se v České republice začalo na přelomu tisíciletí, přesněji v roce 1998 v Ústí nad Labem, a to nezávisle na MPSV, které spustilo pilotní projekt až v letech 2000-2003 na Písecku. Od roku 2006 je nařízeno zákonem O sociálních službách vytvářet střednědobé plány komunitního plánování sociálních služeb na úrovni krajů². Střednědobý plán rozvoje sociálních služeb reflektuje záměr zajistit základní dostupnost a kvalitu poskytovaných sociálních služeb, zohledňuje priority Evropské unie v sociální oblasti i deklaraci záměrů v oblasti sociální politiky státu. (Jihočeský kraj 2013). Plánování sociálních služeb, jako způsob zajištění dostupnosti sociálních služeb a rozhodování o jejich podobě, je v dnešní době již zcela nezbytné. K této problematice nelze přistupovat nahodile, ale je nutné pracovat metodicky. Plánování sociálních služeb začíná porovnáním již existující nabídky sociálních služeb s tím, jaké byly zjištěné potenciální potřeby uživatelů těchto služeb. Výsledné srovnání je podkladem pro vytyčení hlavních cílů v oblasti sociálních služeb. Tyto cíle je pak potřeba doplnit o další údaje, jako např. nákladovost služeb, rozmístění služeb v regionu, kapacitní možnosti poskytovatelů a podle všech informací rozhodnout jaké jsou možnosti kraje v oblasti sociálních služeb v návaznosti na ostatní související oblasti jako je školství, zdravotnictví, či bezpečnost. Úspěch plánování je možný pouze v případě, že je podporován také politickou reprezentací obce, a je nutné zabezpečit koordinaci v rámci celého tohoto procesu. Plán se vytváří na dobu několika let a během

² Na úrovni obcí je komunitní plánování sociálních služeb dobrovolné. Ve většině krajů probíhá běžně u obcí s rozšířenou působností nebo na úrovni mikroregionů

realizační fáze je nutné sledovat, jak je plán naplňován. Po jeho skončení by se mělo začínat znovu, což ve skutečnosti ovšem úplně tak neprobíhá. Plán se každoročně vyhodnocuje, je možné ho upravovat a během jeho životnosti již přinášet nové cíle a plán tak posunovat dále. Komunitní plánování představuje cyklický, spirálovitě se opakující proces (MPSV, 2005a; MPSV, 2012b).

Komunitní plánování přineslo také těsnější spolupráci zadavatelů sociálních služeb, což jsou většinou obce a kraje, s jejich poskytovateli, kteří mají znalosti o tom, jak služby ve všech ohledech fungují, dokáží popsat stávající poptávku i předpokládané trendy a jsou v kontaktu s klienty těchto služeb. Klienti sociálních služeb, kteří služby využívají a kterým jsou sociální služby určeny, mohou pomocí komunitního plánování vyjádřit své zájmy a pohled, přímo se vyjadřovat k tomu, co považují v této oblasti za nejpotřebnější, a tak se spolupodílet na utváření podoby sociálních služeb. Všichni uvedení se podílejí na vytváření plánu rozvoje sociálních služeb, jsou součástí vyjednávání o budoucí podobě služeb a mohou následně i kontrolovat realizaci konkrétních kroků. Cílem tohoto plánování jsou dostupné a kvalitní sociální služby v potřebném množství (MPSV, 2005a; MPSV, 2012b).

Plánování sociálních služeb probíhá na národní, krajské a obecní úrovni. Aby bylo komunitní plánování sociálních služeb smysluplné, je potřeba, aby tyto všechny tři úrovně byly propojeny. Zákon o sociálních službách v § 96 ukládá ministerstvu zpracovávat národní strategii rozvoje sociálních služeb, na jejímž plnění a parametrech dostupnosti sociálních služeb má spolupracovat s kraji. Právě na úrovni kraje je nejširší část komunitního plánování sociálních služeb. Na krajské úrovni je zpracováván střednědobý plán rozvoje sociálních služeb, který je vytvářen na několikaleté období, ve spolupráci s obcemi na svém území, s poskytovateli sociálních služeb a se zástupci klientů sociálních služeb. Při vytváření tohoto plánu musí kraj zohledňovat informace, které mu předávají obce. Obec sice podle zákona nemusí zpracovávat střednědobý plán sociálních služeb, ale má za úkol spolupracovat s krajem na vytváření krajského plánu, a to především předáním informací kraji o potřebách sociálních služeb pro osoby, resp. skupiny osob žijících v dané obci a možnostech tyto potřeby uspokojovat (Zákon č. 108/2006 Sb. o sociálních službách).

Proces komunitního plánování je pro každý region specifický, protože je stavěn na konkrétních znacích dané oblasti, pro které jsou určující místní možnosti, zdroje a zvolená

strategie. Metodika pro plánování sociálních služeb, kterou si nechalo vypracovat MPSV, dělí proces plánování na 8 milníků, které mají být výstupem jednotlivých fází plánovacího procesu (Skřičková, 2007):

- stanovení a formulace poslání plánování sociálních služeb
- získání politické podpory pro plánování sociálních služeb metodou komunitního plánování
- vytvoření organizační struktury a definování konkrétních kompetencí a odpovědností
- popsání sociální situace v daném území
- stanovení priorit
- zpracování plánu rozvoje sociálních služeb
- monitorování realizace opatření a aktivit
- vyhodnocení

. Komunitní plán je kompromisem mezi potřebami a možnostmi společnosti v poskytování sociálních služeb. Při jeho tvorbě je důležitá komunikace nejen mezi MPSV, kraji a obcemi, ale také s dalšími institucemi a veřejností, aby bylo zajištěno potřebné množství informací k vytvoření komunitního plánu (MPSV, 2005b).

2. Péče o seniory jako součást sociálního zabezpečení v České republice

Systém sociálního zabezpečení je jednou z nejdůležitějších součástí sociální politiky, avšak tento pojem bývá interpretován odlišnými způsoby. V souladu s Bělinou (1989) můžeme obecně říci, že se jedná o soubor institucí, opatření a zařízení, jejichž pomocí a prostřednictvím se dosahuje předcházení, zmírňování nebo dokonce odstraňování sociálních událostí osob. Jako sociální události, resp. sociální rizika, jsou takové životní situace, které mohou jedince nebo i skupinu osob zdravotně, finančně nebo sociálně zatěžovat. Jedná se například o nemoc, úraz, stáří, těhotenství, nezaměstnanost a další události, které mohou přinést těžkou životní situaci a jedinec má často problém toto období sám překonat (Krebs, 2007).

Sociální zabezpečení v České republice se skládá z následujících tří systémů: systému sociálního pojištění, systému státní sociální podpory a systému sociální pomoci.

Systémem sociálního pojištění se jedinec sám nebo zprostředkovaně (přes svého zaměstnavatele) zabezpečuje proti nepříznivé sociální události tím, že odkládá svou současnou spotřebu. Na tento systém se klade největší důraz v moderních společnostech s tržní ekonomikou. Sociální pojištění v ČR dělíme na důchodové pojištění, které je ochranou proti výpadu příjmů ve stáří, a nemocenské pojištění jako ochranu proti výpadku příjmů při nemoci nebo úrazu (Krebs, 2007). Na základě mezinárodní klasifikace je širší rozdělení na nemocenské, zdravotní, úrazové a důchodové. Principem systému je odpovědnost občanů a společenská solidarita. Sociální pojištění zahrnuje dávky nárokové a příspěvkové, které mají peněžitou podobu (Koldinská, 2007).

V systému státní sociální podpory se stát podílí na řešení sociálních situací, kdy je společensky potřebné podpořit rodiny, resp. děti (např. jejich narození). Podpora je poskytována ze státního rozpočtu, dle zákona v závislosti na výši příjmu (testované dávky). Nárok vzniká splněním zákonných podmínek, tedy není potřeba předem přispívat do systému pojistného jako u sociálního pojištění (Trostner, 2010).

Sociální pomoc se většinou dotýká jedinců v mimořádně tíživé hmotné a sociální situaci. Občan tyto situace není schopný řešit samostatně a často ani za pomoci rodinných příslušníků. Sociální pomoc se poskytuje základně buďto jako:

- sociální služba, kterou zajišťují převážně nestátní neziskové organizace, kraje a obce
- sociálně právní ochrana a dávky sociální pomoci, poskytované státem přes pověřené úřady. (Krebs, 2007) V systému sociální pomoci není právo na dávky přímo ze zákona, ale nárok na dávku vzniká úředním rozhodnutím, které hodnotí individuální okolnosti jednotlivých případů (Veselý, 2013).

Řadu významných změn vnesl do systému financování sociálních služeb zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, v důsledku čehož došlo k podstatnému ovlivnění fungování a financování systému sociálních služeb. Ke zmíněným změnám je možné zařadit jednak novou typologii sociálních služeb a jednak cenovou regulaci sociálních služeb. Také došlo k zavedení registrační povinnosti subjektu, který poskytuje sociální služby, do centrálního registru poskytovatelů sociálních služeb (Matoušek, 2007). Do uvedení nového zákona v praxi byli poskytovatelé sociálních služeb evidováni jen jako veřejně prospěšné společnosti, či sdružení. Registraci získá pouze poskytovatel sociálních služeb, který splní podmínky dle zákona o sociálních službách, a to bez ohledu na právní formu, či zřizovatele (Matoušek 2008). Registrovaní poskytovatelé jsou v souladu s výše uvedeným povinni uzavřít s uživateli smlouvu o poskytování služeb. Mimoto zákon stanovil splnění nezbytných předpokladů pro výkon práce pro pracovníky v sociálních službách. Současně bylo zavedeno vícezdrojové financování sociálních služeb. Konkrétně zavedením dávky příspěvek na péči – tzv. dotace na hlavu (Matoušek, 2007). Cílem této dávky je přispět nesoběstačným osobám k zabezpečení nezbytné péče. Dalším zdrojem pak je poskytování dotací registrovaným poskytovatelům sociálních služeb ze státního rozpočtu.

Nynější systém financování sociálních služeb v ČR je upraven zákonem č. 108/2006 Sb., o sociálních službách a je, jak bylo již výše uvedeno, založen na financování z více zdrojů. To znamená, že sociální služby jsou financovány ze zdrojů, které jsou nepřímo závislé a jsou ve vazbě na základní typy sociálních služeb. Jako zdroje pro financování služeb sociální péče tak slouží příspěvek na péči, úhrada z vlastních příjmů uživatelů, dotace z rozpočtu státu a z rozpočtů územních samospráv, příspěvky zřizovatele, úhrady hrazené zdravotními pojišťovnami za poskytnutou zdravotní péči, dary, příjmy od

sponzorů a vlastní příjmy poskytovatelů sociálních služeb získané z vedlejší hospodářské činnosti (MPSV, 2011).

Přestože Slovensko tvořilo s Českou republikou do roku 1993 společný stát, vývoj sociální péče po rozdělení republiky je rozdílný. V současnosti se systém sociální ochrany na Slovensku skládá ze čtyř částí: sociální pomoci, sociální pojištění, státní sociální podpory (které se dají shrnout jako sociální péče) a zdravotní péče. V realizaci sociální péče figuruje stát, obce a jimi zřizované organizace, sociální pojišťovna, národní úřad práce, charitativní organizace a další (Hrozenková, Dvořáčková, 2013).

Právní úprava poskytování služeb sociální péče je zakotvena hlavně v zákoně č. 448/2008 Zb. o sociálních službách. Jeho základním principem je, aby každá osoba mohla mít zajištěnou lidskou důstojnost, zabránilo se jejímu vyloučení ze společnosti a naopak bylo podporováno začleňování do společnosti a zachovávání soběstačnosti.

Zákon o sociálních službách nařizuje poskytovatelům sociálních služeb, stejně jako v České republice, aby byli zapsáni v registru poskytovatelů sociálních služeb, a také jako v ČR je financování sociálních služeb vícezdrojové. Slovenský zákon, na rozdíl od zákona o sociálních službách v České republice, rozděluje poskytovatele sociálních služeb na dvě kategorie:

- veřejné poskytovatele sociálních služeb: obce, právnické osoby zřizované obcemi nebo vyššími samosprávnými celky mají příjmy z rozpočtu samosprávného celku (či sdružení obcí), z úhrad od klientů, darů, zisků z vedlejší hospodářské činnosti, ze sociálního podnikání, finančních příspěvků z rozpočtu ministerstva na financování sociální služby.

- neveřejné poskytovatele sociálních služeb: soukromé právnické osoby nebo fyzické osoby mají příjmy z úhrad od klientů, vlastních zdrojů poskytovatele, darů, podnikatelské činnosti, příspěvku při odkázanosti. Tento příspěvek by měl sloužit k úhradě některých sociálních služeb pro občany se sníženou soběstačností, kteří jsou odkázáni na pomoc druhých.

Dávka finančního příspěvku je koncipována odlišně než v České republice. Příspěvek nenáleží, tak jako v ČR, osobě, o jejíž odkázanosti je rozhodováno, ale registrovanému subjektu sociálních služeb, který posuzovanou osobu služby zajišťuje. Nespornou výhodou

vyplácení těchto dávek na Slovensku je zajištění návratu vyplacených prostředků zpět do odvětví zajišťování sociálních služeb. Na druhou stranu však tento systém diskriminuje osoby v domácí péči, o které se stará rodina. V České republice vyplácení dávek přímo dotčeným osobám umožňuje, právě například rodinným příslušníkům, pečovat o své blízké osobně i na úkor pracovního výdělku, který tak může být příspěvkem na péči (částečně) kompenzován.

2.1. Přístup k péči o seniory

Koncept péče o seniory, tak jako celý koncept sociálních služeb, prošel od roku 1989 výraznými změnami, a to především pomocí zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. Dřívější praxe, kdy byli senioři umísťováni do ústavů, převážně domovů důchodců, z dnešního pohledu předchůdců domovů pro seniory, způsobovala izolaci a časté sociální vyloučení starších spoluobčanů. Stejně tak bylo v podstatě nemožné vybrat si, do kterého zařízení bude člověk umístěn a rozdělování lůžek probíhalo na základě spádovosti obyvatel. Chybějící terénní a ambulantní sociální služby neumožňovaly seniorům zůstat ve svém domácím prostředí, a tak do ústavní péče nastupovali i lidé, kteří by dnes mohli bez problémů žít ve svém vlastním domově (Malíková, 2011).

V problematice seniorů a jím poskytovaných sociálních služeb se začala zákonem o sociálních službách z roku 2006 uplatňovat deinstitutionalizace, která znamená poskytování sociálních služeb individuálním způsobem v přirozeném prostředí seniora, tedy většinou v jeho bydlišti (ať již přímo doma nebo např. v centru denních služeb) pomocí terénních a ambulantních sociálních služeb a ne pouze úplnou ústavní péčí. Terénní služby využívá potřebný senior ve svém domě a pracovník sociální péče za ním dochází. Nejčastěji se jedná o pečovatelskou službu a osobní asistenci (Malíková, 2011).

Za ambulantními sociálními službami senior dochází do specializovaných zařízení, jako jsou například denní stacionáře nebo centra denních služeb. Zde se seniorům se sníženou soběstačností dostane potřebné sociální péče a provádějí se zde aktivizační a terapeutické činnosti. Tyto sociální služby pomáhají udržet seniora v jeho přirozeném sociálním prostředí (Malíková, 2011).

Mezi další sociální služby pro seniory můžeme uvést například sociální poradenství, kde sociální pracovníci pomáhají seniorům se zařizováním úředních záležitostí nebo

odlehčovací služby. Tyto služby mohou být jak ambulantní, tak pobytové a pečují dočasně o osoby, o které se jinak stará osoba blízká, aby se pečující osobě dostalo nezbytného odpočinku (Pikola, Říha 2010). V připravované novele zákona O sociálních službách, jehož účinnost je plánována od dubna 2017, se navrhuje změna druhů sociální péče. Ve své podstatě by šlo o sloučení některých stávajících druhů sociálních služeb pod stejnou hlavičku³ (Sociální revue, 2016).

2.2. Pobytová zařízení pro seniory – domovy pro seniory

Za pobytové sociální služby se považují takové služby, které jsou spojené s ubytováním potřebných osob přímo v zařízení takovýchto služeb. Pobytová zařízení jsou zřizována specializovaně tak, aby mohly poskytnout co nejvyšší službu osobám, například s demencí, v domovech se zvláštním režimem nebo v domovech pro seniory. Domovy pro seniory, jež nahradily od roku 2006 předchozí formy pobytových zařízení pro seniory⁴, jsou nejčastější formou těchto pobytových služeb a slouží osobám se sníženou soběstačností, převážně z důvodu svého vyššího věku, kvůli které potřebují pomoc jiné osoby. Domovy pro seniory jsou zřízeny dle zákona č. 108/2006, o sociálních službách, který vymezuje i jejich základní činnosti k poskytování sociálních služeb (Malíková, 2011; Pikola, Říha, 2010) :

- **Poskytnutí ubytování**
- **Poskytnutí stravy:** Klient má zajištěnu celodenní stravu o třech hlavních a dvou vedlejších jídlech v jídelně zařízení a v případě imobility přímo na pokoji nebo na lůžku
- **Pomoc při běžných úkonech péče o vlastní osobu:** Klientovi je poskytnuta pomoc při pohybu, oblékání, manipulaci s pomůckami atd.
- **Pomoc při osobní hygieně nebo vytvoření podmínek pro osobní hygienu**
- **Zprostředkování kontaktu se společenským prostředím:** Poskytovatel služby musí zajistit, aby klienti mohli udržovat kontakt s rodinou a přáteli, pomoci jim využívat běžně dostupné služby a informace

³ Například „centra denních služeb“ a „denní stacionáře“ by nově podle novely zákona mělo být již jako jeden druh „denní centrum“

⁴ Jednalo se o domovy důchodců, domovy s pečovatelskou službou a domovy-penziony pro důchodce (Matoušek 2007)

- **Sociálně terapeutické činnosti:** Vedou k udržení nebo rozvoji sociálních a osobních schopností/dovedností, které klientovi pomáhají v sociálním začleňování
- **Výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti:** Jedná se o zájmové a volnočasové aktivity, zlepšování dovedností klientů, které vytvářejí pomoc při kontaktu s přirozeným sociálním prostředím
- **Pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí**

2.2.1. Standardy kvality sociálních služeb

Tak jako u všech sociálních služeb i v domovech pro seniory je důležitá kvalita poskytování těchto služeb. Mimo dodržení zákonných podmínek pro zapsání v registru sociálních služeb musí domovy pro seniory také dodržovat standardy kvality sociálních služeb, které zadávají povinnosti zařízení (poskytovatele) vzhledem k poskytované službě a vůči klientům. Standardy jsou formulovány v obecném pojetí a každý poskytovatel sociálních služeb si je musí rozpracovat tak, aby v maximální možné míře odpovídaly reálné situaci (Malíková, 2011). Standardy jsou významné také díky tomu, že popis jejich kvalitní sociální služby je přínosem pro uživatele i poskytovatele sociálních služeb a vzhledem k plošnému celonárodnímu použití umožňují porovnávat efektivitu zařízení stejného druhu služby, tedy domovů pro seniory mezi sebou (Herman, 2008).

Každý jednotlivý standard má svá zásadní a další kritéria. Zásadní kritéria musí být splněna poskytovatelem služeb v plném rozsahu, další kritéria jsou pouze doplňková a tedy i nepovinná. Standardů kvality sociálních služeb je celkem 15, ale můžeme je rozdělit do tří základních kategorií (Malíková, 2011 s. 70-75):

- a) **Procedurální,** které jsou považovány za nejdůležitější. Těchto osm standardů dává návod, jak mají samotné sociální služby vypadat, jaké musí být jejich zajištění a v jaké kvalitě. Zajišťují podmínky k ochraně práv klientů sociálních služeb.
- b) **Personální,** které stanovují personální zajištění sociálních služeb, včetně počtu pracovních míst, kvalifikace a profesní rozvoj pracovníků na jejich pozicích, které odpovídají danému typu zařízení, resp. sociální služby.
- c) **Provozní,** které stanovují podmínky k poskytování a rozvoji sociálních služeb. Jde o místní a časovou dostupnost služeb, informovanost o poskytovaných službách, či

plán řešení nouzové situace. Tato skupina standardů na rozdíl o dvou předchozích však nemá u standardů žádná zásadní kritéria a pro poskytovatele sociálních služeb tak není povinná.

2.2.2. Personální zajištění péče v domovech pro seniory

Personální zastoupení pracovníků v péči o klienty v domovech pro seniory je oborově a tedy i pracovně rozděleno mezi sociální pracovníky, pracovníky v sociálních službách a zdravotní pracovníky (Malíková, 2011).

Sociální pracovník musí mít dle sociálního zákona vysokoškolské vzdělání v oblasti sociálních věcí, absolvované vzdělávací kurzy a praxe. Je podřízen vedoucímu daného zařízení. Má na starosti organizační záležitosti a agendu týkající se sociální péče v domově, komunikace s klienty a jejich příbuznými, uzavření smlouvy s klienty a věci s tímto spojené, včetně vyřizování úředních záležitostí klientů, jako je například příspěvek na péči (Malíková, 2011).

Pracovník v sociálních službách již nemusí mít vysokoškolské vzdělání, ale je dostačující absolvování akreditovaného kurzu. Je podřízen vrchní nebo službu konající sestře. Pomáhá klientům s pohybem, osobní hygienou, příjmem potravy. Dále vykonává pro klienty nepedagogickou a zájmovou činnost, tvorbu volnočasových aktivit a dalších služeb (Malíková, 2011).

Zdravotničtí pracovníci (nelékařští) pracují v domovech pro seniory na pozicích následujících kategorií (Malíková, 2011):

- a) **Vrchní sestra**, která musí mít vysokoškolské vzdělání v oboru, je pracovní pozicí nejvýše v rámci ošetrovatelské péče a struktury nelékařských zdravotnických pracovníků. Mimo jiné vede zdravotnickou péči v zařízení a vykonává nejvýše specializovanou činnost všeobecné sestry (Malíková, 2011).
- b) **Všeobecná sestra**, nebo-li sestra v sociálních službách, která musí mít vzdělání v oboru všeobecná sestra, je podřízeným pracovníkem vrchní sestry a nadřízeným pracovníků v sociálních službách. Jejím hlavním úkolem je zajišťovat a provádět odbornou zdravotní a ošetrovatelskou péči o klienty. Důležitá je spolupráce s ostatními pracovníky v zařízení (Malíková, 2011).

- c) **Fyzioterapeut**, který musí mít vyšší odborné nebo vysokoškolské vzdělání v oboru rehabilitace, pečuje o klienty v oblasti problémů s pohybovým aparátem. Je podřízen vrchní sestře a provádí rehabilitaci dle ordinace lékaře (Malíková 2011).
- d) **Ergoterapeut**, který je vystudován v oboru rehabilitace, podléhá vrchní sestře a lékaři a spolupracuje s ostatním zdravotnickým personálem (Malíková, 2011). Ergoterapie pomocí zaměstnávání seniorů usiluje o zachování zvládání běžných denních, zájmových a dalších činností, a tak umožňuje seniorům účastnit se aktivit běžného života (ČAE, 2015).

2.2.3. Kapacita domovů pro seniory

V České republice bylo v roce 2014 provozováno 500 domovů pro seniory s celkovou kapacitou 37 327 lůžek. Ve srovnání s roky 2008 a 2011 se sice zvýšil počet domovů pro seniory, a to poměrně významně, ale celková kapacita těchto domovů mírně klesla. Pokles celkové kapacity mohl být způsoben více faktory. Mezi lety 2008 a 2011 byl pokles pravděpodobně způsoben snížením počtu krajských zařízení, která měla v průměru větší kapacitu. Naopak největší nárůst počtu domovů pro seniory je mezi ostatními zařízeními, která mají v průměru kapacitu nejmenší. K dalšímu snížení celkové kapacity mohlo dojít nahrazením více lůžkových pokojů za jedno a dvoulůžkové. Porovnání let 2008, 2011 a 2014 ukazuje tabulka č. 3 (MPSV, 2010; MPSV, 2012a; MPSV, 2015).

Tabulka 3: Počty a celková kapacita domovů pro seniory podle zřizovatele

Domovy pro seniory	Počet domovů; kapacita v roce 2008	Počet domovů; kapacita v roce 2011	Počet domovů; kapacita v roce 2014
Krajská zařízení	195 ; 19 520	184 ; 17 086	186 ; 16 710
Obecní zařízení	163 ; 14 821	171 ; 15 874	171 ; 14 791
Ostatní zařízení	114 ; 3 392	116 ; 4 656	143 ; 5 826
Celkem	452 ; 37 733	471 ; 37 616	500 ; 37 327

(Zdroj: Vlastní zpracování dle: MPSV, 2010; MPSV, 2012a; MPSV, 2015)

Souhrnná kapacita domovů pro seniory však neodpovídá počtu uživatelů v těchto zařízeních, který se za uvedená období pohybuje okolo 36 tisíc klientů. Podle údajů k 31. 12. sledovaných období, využívalo domovy pro seniory v roce 2008: 35 945 klientů, v roce 2011: 36 523 klientů a v roce 2014: 35 882 klientů. V porovnání s počtem neuspokojených žádostí o umístění do domova pro seniory jsou údaje, ať již ohledně počtu klientů nebo kapacit domovů pro seniory velmi nízké. Tabulka č. 4 znázorňuje poměr kapacit domovů pro seniory a čekatelů na umístění v těchto zařízeních za sledovaná období (MPSV, 2009; MPSV, 2012a; MPSV, 2014).

Tabulka 4 Počty žadatelů o umístění do domovů pro seniory

Rok	Kapacita domovů	Počet čekatelů na umístění	Počet čekatelů na jedno lůžko dle kapacity
2008	37 733	52 953	1,4
2011	37 616	58 490	1,55
2014	37 327	63 390	1,7

(Zdroj: MPSV, 2009; MPSV, 2012a; MPSV, 2014).

I přes nejprve optimisticky vypadající nárůst počtu domovů pro seniory až na celých 500 zařízení v roce 2014 je z uvedených dat patrné, že se výrazně zvyšuje počet čekatelů na jedno lůžko. Konkrétně se jedná o navýšení z 1,4 čekatele v roce 2008 na 1,7 čekatele v roce 2014. Důvodem je snížení celkové kapacity domovů pro seniory a nárůst počtu čekatelů na umístění do těchto zařízení o bezmála 20 %.

Tato situace je v rámci České republiky regionálně diferencovaná. Nejméně čekatelů na lůžko měly v roce 2008 kraje Vysočina (0,7), Jihočeský a Královehradecký (0,8) a naopak nejvíce čekatelů na lůžko bylo v kraji Jihomoravském (2,1), Libereckém (2,2) a Moravskoslezském (2,6). Počet neuspokojených žádostí v krajích povětšinou koresponduje s počtem obyvatel nad 65 let věku vůči kapacitě lůžek v domovech pro seniory. Mimo krajů Karlovarského a Zlínského platí do jisté míry nepřímá úměra, že čím více je kraj vybaven lůžky na počet obyvatel starších 65 let, tím je v kraji nižší počet čekatelů. Mimo těchto dvou zmiňovaných krajů platí, že pokud disponuje kraj větším počtem lůžek v domovech pro seniory na počet obyvatel starších 65 let než je celorepublikový průměr (2,4 v roce 2008), je v daném kraji méně čekatelů na jedno lůžko než je celorepublikový průměr (1,4 v roce 2008) (Jeřábková, 2009).

Žádost má však podanou velké množství seniorů, kteří péči přímo v domově pro seniory nepotřebují, resp. ji podávají s předstihem a tento krok jim často dodává pocit bezpečí, že mají zajištěné místo v domově pro seniory ve chvíli, kdyby se něco nenadálého stalo a oni ho opravdu potřebovali. Jedním z důvodů této situace může být také to, že senioři nejsou dostatečně informováni o možnosti terénních a ambulantních sociálních služeb. Druhým důvodem a zároveň problémem může být finanční nedostupnost terénních sociálních služeb pro seniory (Kotrusová, Dobiášová, 2012).

3. Financování domovů pro seniory

Sociální péče a s tím související služby nejsou služby stejného typu jako jiné komerční podnikatelské aktivity. Jak již bylo uvedeno, charakter těchto služeb je odlišný, jiné je i zřizování firem, které tyto služby poskytují a odlišné je i jejich financování. Tyto služby mají vícezdrojové financování, lze tedy hovořit o financování diverzifikovaném. Největším zdrojem financování domovů pro seniory jsou samotné platby klientů společně s jejich příspěvky na péči, viz. graf příloha č. 1. Tento zdroj financí tvoří více než 50 % všech příjmů. Další příjmy těchto subjektů tvoří dotace obcí a krajů, dotace MPSV a ostatních resortů státní správy a úhrada ze zdrojů veřejného zdravotního pojištění (Vostatek, 2013). Dalšími zdroji může být také vedlejší hospodářská činnost (např. praní pádla, pronájem nebytových prostor, prodej jídel mimo zařízení), dary nebo příspěvek zřizovatele samotného domova pro seniory (Malíková, 2011).

Sociální služby poskytované v pobytových zařízeních sociálních služeb, kam patří i domovy pro seniory, se dle zákona č. 108/2006 Sb. poskytují za úplatu. Vostatek uvádí, že „poskytovaná péče má sociální a zdravotní část. Sociální část hradí přímo uživatel služby, který má k dispozici příspěvek na péči a zdravotní část je placena z fondů veřejného zdravotního pojištění.“ (Vostatek, 2013 s. 41).

V roce 2014 činil součet příjmů všech 500 domovů pro seniory bez mála 11,5 mld. Kč (MPSV 2015). Oproti tomu v letech 2011 byly příjmy domovů pro seniory necelých 10,5 mld. Kč (Kalousek 2012) a v roce 2009 necelých 9,5 mld. Kč (Průša, Horecký, 2012), což znamená, že i při započítání inflace za uvedené období (ČSÚ, 2016) zaznamenaly domovy pro seniory nárůst příjmů. Je však otázkou, zda tento nárůst je z hlediska demografického vývoje dostatečný.

3.1. Úhrady od klientů

Klienti těchto zařízení si hradí ubytování, stravu a péči, kterou mají smlouvenou v uzavřené smlouvě o poskytnutí sociální služby. Maximální výše úhrady za ubytování a stravu byla novelou vyhlášky č. 505/2006, Sb. stanovena od 1. 1. 2014 v maximální výši za ubytování na 210 Kč za den. Tato částka v sobě zahrnuje i provozní náklady související s poskytnutím ubytování. Maximální výše částky za celodenní stravu byla stanovena na 170

Kč. V případě, že klient bude v zařízení konzumovat pouze oběd je tato částka stanovena na 75 Kč za den. Také tyto částky jsou konečné a jsou v nich započítány provozní náklady související s přípravou stravy. Celková maximální částka, kterou ze zákona zaplatí klient za pobyt, nemůže překročit 380 korun za den.

Konkrétní výše úhrady klienta se sjednává v již zmíněné smlouvě o poskytování sociálních služeb. Poskytovatel si stanovuje výši úhrady prostřednictvím vnitřních předpisů, podle svých podmínek, ale pouze do maximální částky, kterou umožňuje vyhláška (Králová, 2012). Tyto limity vyvolávají otázku týkající se změny financování sociálních služeb pro seniory. Maximální částky úhrad by mohly být určovány samotnými zřizovateli domovů pro seniory a řešeny ve smlouvách mezi domovy a klienty. Jako kontrolní prvek by limit byl uveden v registraci poskytovatele sociální služby. Limity úhrad tak v současné podobě v podstatě brání rozvoji samotných sociálních služeb. V případě, že by limity výše úhrad nemusely být u registrovaných poskytovatelů sociálních služeb striktně dodržovány, mohl by tento krok přinést do systému nejen více financí, ale i zvětšení kapacit. Možnost vybírat větší částku za úhradu od klientů a zároveň mít možnost čerpat dotace určené pro registrované poskytovatele sociálních služeb, by mohla umožnit vznik nových domovů pro seniory (Průša, 2007a). Zvýšilo by to ale nároky na přijímací řízení klientů do domovů pro seniory. Jednodušší možností navýšení finančních zdrojů by bylo zvýšení rozdílů u úhrad za jednolůžkové a dvoulůžkové pokoje, a to zdražením těchto služeb.

Klientům po zaplacení úhrad za ubytování a stravu musí zůstat podle zákona minimální zůstatek z jejich příjmu, který je opět stanoven zákonem. Odvozuje se od příjmu osoby a je stanoven v procentech. Podle současné právní úpravy musí klientům zůstat alespoň 15 % jejich příjmu. Částky tohoto zůstatku se u klientů liší, záleží na výši jeho příjmu. V případě, že klient má dostatečný příjem, výše jeho úhrady za pobyt je v plné výši a zůstává mu minimální zůstatek příjmů. Pokud je ovšem příjem klienta nižší, než plná výše úhrady, klient hradí pouze částku, od které se odečte 15 % jeho příjmu. Částka, která chybí do plné výše úhrady, kterou stanovil poskytovatel, není dlužnou částkou úhrady. Pokud klient nemá žádné příjmy (nemá nárok na důchod, protože nesplnil podmínky pro přiznání nároku) úhrada za ubytování a stravu se nestanovuje a také nemůže nárokovat kapesné, tedy oněch 15 % příjmu, ale v tomto případě je možné požádat o dávky pomoci v hmotné nouzi (Králová, 2012).

3.2. Příspěvek na péči

Příspěvek na péči je finanční částkou, stanovenou zákonem č. 108/2006 Sb., na níž mají nárok osoby s dlouhodobě nepříznivým zdravotním stavem, které potřebují pomoc od rodinných příslušníků, sociálních pracovníků apod. při obvyklých denních činnostech, jako je stravování, osobní hygiena a pohyb. Zákon těchto životních potřeb stanovuje celkem deset a podle počtu potřeb, ve kterých je osoba s nepříznivým zdravotním stavem nesamostatná, se určuje částka příspěvku na péči. Tento příspěvek náleží přímo osobám se špatným zdravotním stavem, nikoliv osobám, které se o potřebného starají. Předpokládá se však, že tyto prostředky budou vynaloženy právě na úhradu péče nebo jako částečná kompenzace mzdy pro pečujícího (Malíková, 2011).

V případě, že osoba s nepříznivým zdravotním stavem je klientem domova pro seniory, je tento příspěvek používán k hrazení sociální péče v daném zařízení, které klientovi poskytuje ústavní péči. Odstupňování výše příspěvku na péči by mělo být další motivací pro domovy pro seniory k přijímání klientů s horším zdravotním stavem. Tito klienti ale na druhou stranu potřebují vyšší péči, která je tím pádem pro domov nákladnější. Problémem příspěvku na péči je nedostatečné využívání příspěvku na péči ke zvyšování vlastní životní úrovně, namísto k hrazení sociální péče registrovaným poskytovatelům. Finanční prostředky vydávané státem v podobě příspěvků na péči se tak nevrací zpět do oblasti sociálních služeb a dochází tímto způsobem k jejich podfinancování (Průša, 2008).

Průša (2008) navrhuje, aby příspěvek na péči byl v I. a ve II. stupni úplně a ve III. a IV. stupni částečně vyplácen prostřednictvím poukázek na sociální služby, což by mělo zajistit návrat takto vyplácených prostředků do oblasti sociálních služeb. V případě domovů pro seniory by tento způsob nebyl nijak problematický, avšak u péče o blízké osoby v domácnosti by vznikl problém vyplácení těchto osob. Obdobná situace by nastávala i u osob, které péči vykonávají jako přivýdělek k povolání. Průša (2008) by tuto situaci řešil pomocí evidence těchto osob, mimo jiné i z důvodu, že doba péče o osobu blízkou se započítává jako náhradní doba do důchodového pojištění. Avšak i zde by mohl nastat problém v případě, že o jednu osobu se zhoršeným zdravotním stavem se stará větší počet lidí.

Výše příspěvků na péči pro osoby starší 18 let (zákon č. 108/2006, Sb. § 11, odst. 2):

Stupeň závislosti	Výše příspěvků na péči
I. stupeň – lehká závislost:	800 Kč
II. stupeň – středně těžká závislost:	4 000 Kč
III. stupeň – těžká závislost	8 000 Kč
IV. stupeň – úplná závislost	12 000 Kč

Novela zákona č. 108/2006 Sb. přináší navýšení těchto příspěvků u všech stupňů závislosti o 10 % a to s účinností od 1. 8. 2016. Příspěvek pro osoby starší 18 let bude nově ve výši:

Stupeň závislosti	Výše příspěvků na péči
I. stupeň – lehká závislost:	880 Kč
II. stupeň – středně těžká závislost:	4 400 Kč
III. stupeň – těžká závislost	8 800 Kč
IV. stupeň – úplná závislost	13 200 Kč

O příspěvek na péči se žádá na krajských pobočkách Úřadů práce České republiky, který provede sociální šetření, a zjistí tak schopnost samostatnosti posuzované osoby. Dále je žádost předána posudkové službě okresní správy sociálního zabezpečení, která na základě lékařské správy ošetřujícího lékaře sociálního šetření a případně vlastního zkoumání, určí stupeň závislosti posuzované osoby. Úřad práce má na posouzení žádosti o příspěvek na péči 60 dní, do kterých nejpozději musí rozhodnout o dávce. Správa sociálního zabezpečení má poté dalších maximálně 45 dní na posouzení stupně závislosti. V případě závažných důvodů, které znemožňují posudkovému lékaři dodržet lhůtu 45 dnů, posouvá se tato lhůta o dalších 30 dnů. Z toho tedy vyplývá, že posouzení žádosti může

trvat celkem až na 4,5 měsíce od chvíle podání. Nárok na příspěvek však vzniká dnem podání žádosti (Ochránce, 2016).

3.3. Dotace

Dalším důležitým zdrojem financování jsou dotace, na které se podle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách přidělují finance krajům prostřednictvím ministerstva ze státního rozpočtu a ty následně prostřednictvím krajů putují k registrovaným poskytovatelům sociálních služeb. Tyto účelové dotace jsou určeny k financování běžných výdajů, které vznikají v souvislosti s činností instituce. Dále je lze poskytnout na podporu sociálních služeb, které mají celostátní nebo nadregionální charakter, na činnosti, které mají rozvojovou povahu (např. vzdělávání pracovníků v sociálních službách) a také v případě mimořádných situací (např. požár). Jak ovšem uvádí zákon, na tyto dotace není právní nárok. V metodice udělování dotací poskytovatelům sociálních služeb tak nastala změna oproti dřívějším postupům, kdy byly dotace přímo poskytovány i na sociální služby, které mají místní nebo regionální charakter. Podle nové metodiky mohou být tyto dotace poskytnuty jen v případě, že poskytovatel služby přesahuje svou působností území alespoň tří krajů nebo systémově napomáhá zlepšení situace v dané oblasti na území celé ČR. Nově se žádosti posuzují dle střednědobých plánů rozvoje sociálních služeb krajů, ke kterým se přihlíží v procesu hodnocení přidělení dotace (MPSV, 2012; MPSV, 2015). Kalousek (2012) se obává, že změna dotačních pravidel povede k ještě větší nevyrovnanosti přidělování dotací krajských, obecních a ostatních poskytovatelů domovů pro seniory. Podle tabulky 5, porovnávající příjmy domovů pro seniory z dotací od státu a od zřizovatele za roky 2011 a 2014 se však velké rozdíly v dotačních příjmech neprojeví.

Tabulka 5 Domovy pro seniory - dotace dle zřizovatele

Domovy pro seniory	Státní a Krajská zařízení	Obecní zařízení	Ostatní zařízení
Dotace v tis celkem/ na jedno lůžko 2011	1 622 514 95	1 384 854 87,2	300 346 64,5
Dotace v tis celkem / na jedno lůžko 2014	1 577 725 94,42	1 338 515 90,5	363 256 62,35

(Zdroj: Vlastní zpracování dle: MPSV, 2012; MPSV, 2015)

Kraje v případě, že chtějí dotace získat, musí sestavit žádost, kterou podají na ministerstvo. Tato žádost musí obsahovat náležitosti, které udává zákon 108/2006 Sb. o sociálních službách. Nutností je stanovení výše požadovaných finančních prostředků na příslušný rozpočtový rok. Zároveň také musí být přiložen k žádosti i výhled výše požadovaných dotací na následující dva roky, podle činností, vyplývajících ze schváleného střednědobého plánu rozvoje sociálních služeb kraje. Výše dotace je pak stanovena ministerstvem, a to procentním podílem kraje na prostředcích, které jsou pro příslušný rozpočtový rok vyčleněny ve státním rozpočtu na podporu sociálních služeb.

3.4. Úhrady od zdravotní pojišťovny

Tato část příjmů, která se pobytových zařízení sociální péče a tedy i domovů pro seniory týká velkou měrou, je stálým střetem požadavků zařízení ústavní péče a zdravotních pojišťoven. Tyto spory trvají dodnes i přes výrok soudu ve sporu mezi domovem důchodců Sněženková 8, Praha 10 a Všeobecnou zdravotní pojišťovnou (Průša, 2008, s. 28) z roku 1997, který rozhodl, že zdravotní péče, je poskytovaná klientům ústavů sociální péče, musí být hrazena z veřejného zdravotního pojištění. Podle odhadů z roku 2008 bylo uhrazeno pouze 50-70 % nákladů na zdravotnickou péči klientů zařízení ústavní péče (Průša, 2008). Zdravotní péči, která je indikována lékařem a vykonávána ošetrovatelským personálem domovů pro seniory, hradí pojišťovny dokonce pouze z 10 % (Průša, Horecký, 2012).

K řešení plateb z veřejného zdravotního pojištění přispěl i zákon o sociálních službách č. 108/2006 Sb., který dává poskytovateli pobytových sociálních služeb za povinnost zajistit svým klientům zdravotní péči podle zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění. Zajištění zdravotní péče má probíhat prostřednictvím zdravotního zařízení nebo vlastními zaměstnanci pobytového poskytovatele sociálních služeb, kteří mají k takové péči odbornou způsobilost. Rozsah péče, hrazené z veřejného zdravotního pojištění, je určován vyhláškou pomocí bodového systému zdravotnických výkonů (Průša, 2007).

Zdravotní pojišťovny jsou obchodními partnery a nikoliv nadřízenými orgány domovů pro seniory. Pokud je lékařem naordinovaná zdravotní péče řádně zadokumentována, vyúčtována a provedena odborně způsobilým personálem, musí následovat úhrada, kterou lze zpochybnit jen nálezem pochybení. Veřejné zdravotní pojištění je tedy oprávněným zdrojem k proplacení zdravotní péče, která je ošetřujícím lékařem naordinována a odůvodněna (Píkola, Říha, 2010).

3.5. Porovnání financování sociální péče v České republice s vybranými evropskými zeměmi

Na vývoj sociálního zabezpečení i jeho financování má vliv mnoho faktorů, které se projevují v každém státě jiným způsobem. Síla vlivu každého z faktorů se také mění v čase během procesu vývoje. Faktory vlivu můžeme rozdělit na (Munková, 2004):

- a) Endogenní (vnitřní), kam patří především politický, sociologický, ekonomický a demografický faktor
- b) Exogenní (vnější), kam patří faktory akademického a sociálního myšlení, světové politické ideologie apod.

Jedním ze stěžejních důvodů srovnávání sociálních zabezpečení s jinými zeměmi je možnost poučit se z těchto systémů a hledat možné změny, které by domácí systém sociálního zabezpečení mohly vylepšit nebo obohatit. Nemusí jít však vždy o kopírování stejných bodů nebo postupu. Srovnávání sociálního zabezpečení také zvyšuje možnosti vytvoření alternativních řešení tvořených pro vlastní podmínky. Cenné může být i pochopení určitých vztahů mezi sociálními jevy (Munková, 2004).

Švýcarské systémy sociálních služeb mají dlouhou tradici, která není výrazně narušována politickými změnami, a zdroje financování švýcarských sociálních služeb pro seniory jsou od těch v České republice velmi rozdílné (Průša, Horecký, 2012). Od roku 2013 probíhají projekty programu švýcarsko-české spolupráce pro oblast sociálních služeb pro seniory. Pro Českou republiku bylo Švýcarskou stranou vyhraněno bez mála 110 miliónů švýcarských franků na konkrétní projekty. Jedná o 10 projektů, z nichž 8 je zaměřeno na modernizaci domovů pro seniory a využití nejnovějších poznatků v oblasti sociální práce. Zbylé dva projekty se týkají zlepšení dostupnosti a kvality terénních a ambulantních sociálních služeb (Zajacová, 2013). Německý a rakouský systém financování sociálních služeb využívá, podobně jako ten v České republice, formu příspěvku na péči, a to již od poloviny devadesátých let.

Ve Švýcarsku činí příjem ze zdravotního pojištění celou pětinu nákladů na sociální péči pro seniory, a je tak druhou největší položkou na tyto služby. Oproti tomu v České republice je tento podíl pouze necelých 6 %⁵, což představuje minoritní částku financování nákladů v domovech pro seniory. Švýcarský systém financování sociálních služeb pro seniory je mnohem více šetrnější k veřejným rozpočtům, mimo jiné tím, že zohledňuje například i majetkové poměry klientů vzhledem k platbám za sociální služby. Další velkou výhodou je zvyklost v pojištěních a připojištěních, ze kterých se tyto služby platí a z veřejných rozpočtů se tak podporují jen ti opravdu potřební (Průša, Horecký, 2012).

Švýcarský systém má jasně definované a predikované zdroje, které jsou v čase stabilní vzhledem k počtu osob, které potřebují sociální péči. Oproti tomu systém v České republice je i přesto, že má také diferencované financování, nestabilní a poskytovatelé sociálních služeb jsou přímo závislí na dotacích z veřejných rozpočtů, což veřejné rozpočty zatěžuje. V roce 2009 činily náklady domovů pro seniory v ČR 9 467,7 mil. Kč a z toho třetina byla z dotací veřejných rozpočtů. Tyto aspekty brání rozvoji sociálních služeb pro seniory v ČR, což je vzhledem ke zmiňovanému demografickému vývoji alarmující skutečnost (Průša, Horecký, 2012).

V Německu byl od roku 1995 zaveden Pflegeversicherungssystem, tedy pojištění na péči. Tento systém je povinný a slouží jako nadstavba systému zdravotního pojištění. Příspěvek se stejně jako v ČR proplácí osobě, která o příspěvek žádá, avšak ta nežádá skrze úřady státní správy nebo samospráv, nýbrž svojí pojišťovnu, u které má zřízeno

⁵ Struktura financování nákladů domovů pro seniory v České republice za rok 2009 je graficky znázorněna v příloze č. 1

pojištění na péči. Posudkový lékař dané pojišťovny následně rozhodne o nároku a výši příspěvku na péči. Podobně jako u nás je v Německu víceúrovňový systém sociální pomoci tedy i výplat příspěvků na péči, ale posuzování probíhá dle předpokládaného času, který je věnován opečovávané osobě v oblasti osobní péče, výživy a mobility. Do prvního stupně značné potřeby péče spadají osoby, které potřebují tuto péči nejméně ve dvou oblastech alespoň 1x denně a pomoc v domácnosti několikrát týdně, v minimální délce trvání 1,5 hodiny. Pro druhý stupeň vyšší potřeby péče osoby musí potřebovat péči ve všech třech úkonech, a to minimálně 3x denně a častější pomoc v domácnosti v délce trvání minimálně 3 hodin denně. Do třetího stupně nejvyšší potřeby péče patří osoby, které potřebují péči i v noci a to v minimální délce 5 hodin denně (Pikola, Říha, 2010; Vencálek, 2015). I když by se mohlo zdát, že zavedení podobného systému u nás by bylo příhodné, naráží tento názor na negativní zkušenosti s fungováním zdravotního pojištění a stálé propojení důchodového systému se státním rozpočtem. Dále změně paradoxně nenahrává ani demografický vývoj s očekáváním nárůstu příjemců příspěvku na péči (Průša, 2015).

Příspěvek na péči je vyplácen již od roku 1993 také v Rakousku. Je podobně jako v ČR hrazen ze státního rozpočtu a vyplácen prostřednictvím důchodových úřadů. Dávky jsou rozčleněny dokonce do 7 stupňů a o tom, do kterého stupně bude potřebná osoba patřit, rozhoduje odborný lékařský posudek (Pikola, Říha, 2010). Základním ukazatelem stupně dávky příspěvku na péči je, podobně jako v Německu, časová náročnost potřebné péče. Čas na péči, který je pro danou osobu potřebný, je počítán nikoliv v denním, ale v měsíčním součtu. V případě stupně péče 6 je potřeba pravidelné péče ve dne i v noci a nepřetržité pohotovosti, stupeň péče 7 se týká nepohyblivých osob (Help, 2016).

Tabulka 6 Stupně péče dle časové náročnosti a příspěvku na péči v Rakousku

Stupeň péče	Časová náročnost péče	Příspěvek na péči
Stupeň 1	65 hodin	157,30 Euro
Stupeň 2	95 hodin	290,00 Euro
Stupeň 3	120 hodin	451,80 Euro
Stupeň 4	160 hodin	677,60 Euro
Stupeň 5	180 hodin	920,30 Euro
Stupeň 6	180 hodin	1285,20 Euro
Stupeň 7	180 hodin	1688,90 Euro

(Zdroj: Vlastní zpracování dle: Help, 2016;)

Zahraniční systémy financování a fungování sociální péče mohou fungovat jako inspirace k návrhům pro tuzemské podmínky. Jedním takovým je například zřízení orgánu veřejné správy „Centrum pro indikaci péče“, který by měl za úkol hodnotit potřeby jednotlivých seniorů, co se zdravotní a sociální péče týče a přepočítávat je na finanční náklady. V úvahu by přicházela, podobně jako ve Švýcarsku, majetková situace každého jednotlivce, ale i početnost jeho rodiny a možnost této rodiny potřebnému pomoci. V tomto návrhu se počítá také s pravidelnou valorizací jedenkrát či dvakrát do roka. Tento systém by měl zajistit snížení nebo dokonce odstranění dotační závislosti domovů pro seniory v ČR. (Pikola, Říha 2010). Je však otázkou, kolik by takové posuzování a následné přezkoumávání zdravotního a stavu a majetkových poměrů stálo samo o sobě finančních prostředků, nemluvě o zásahu do soukromí. Stejně tak posuzování, jakým způsobem může pomoci rodina dle jejích finančních možností a počtu členů, by mohlo být hodnoceno pouze subjektivně a tím pádem pravděpodobně i velmi neobjektivně a u nemajetných jedinců by musely být finance vynaloženy nakonec stejně z dotací nebo sociální dávkou.

4. Domovy pro seniory v Jihočeském kraji

4.1. Komunitní plán jako nástroj zabezpečení služeb pro seniory

Jihočeský kraj má zpracovaný strategický materiál „Střednědobý plán rozvoje sociálních služeb Jihočeského kraje na období 2014 – 2016“. Na jeho tvorbě se podíleli jak zadavatelé, tak uživatelé a poskytovatelé sociálních služeb v rámci řídicí skupiny, koordinační skupiny a jednotlivých pracovních skupin. Cílem je zajištění optimální sítě sociálních služeb na území kraje. (Jihočeský kraj, 2013)

Oblastí sociální péče o seniory se zabývá Pracovní skupina pro seniory. Cílovou skupinu tedy tvoří senioři, kteří z důvodu nepříznivé sociální situace způsobené věkem, stanoveným nad 65 let a neuspokojivým zdravotním stavem potřebují částečnou nebo úplnou podporu při zvládání základních činností spojených s péčí o vlastní osobu. Pro potřeby tohoto dokumentu vycházel kraj z údaje, že věková skupina obyvatel starších 65 let tvoří 16,2 % populace Jihočeského kraje, přičemž na Milevsku je podíl těchto osob nejvyšší 19,5 % (Jihočeský kraj, 2013).

Jako priority si pracovní skupina zvolila služby sociální péče (pečovatelská služba, tísňová péče, odlehčovací služby, denní stacionáře, domovy pro seniory, domovy se zvláštním režimem, sociální služby poskytované ve zdravotnických zařízeních ústavní péče) a sociální poradenství (odborné sociální poradenství). V případě domovů pro seniory bylo udáváno v roce 2013 celkem 36 zařízení s kapacitou 2 978 uživatelů. Prioritou v této oblasti se v plánu stala podpora systému poskytovaných služeb (Jihočeský kraj, 2013). Cílem „Opatření“ pro tuto oblast je *„zajistit poskytování pobytové služby osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu věku nebo zdravotního postižení, a jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby, která nemůže být zajištěna v přirozeném prostředí. Kritériem je zachovat registrovanou kapacitu na území kraje z hlediska základní dostupnosti a dle odůvodněných potřeb v daném území.“* (Jihočeský kraj, 2013, s. 22)

V polovině roku 2015 byl schválen Akční plán Střednědobého plánu rozvoje sociálních služeb Jihočeského kraje pro rok 2016. Pro rok 2016 má Jihočeský kraj 2 889 míst v 39 domovech pro seniory. To znamená, že i přes navýšení počtu zařízení, nastal od roku

2013 pokles počtu lůžek⁶ a kraj nenaplnuje svoje cíle. Snížení kapacity může spočívat v tom, že se kraj snaží zvyšovat kvalitu ubytování a poskytovat pobytovou službu zpravidla v jednolůžkových a dvoulůžkových pokojích, aby bylo zajištěno soukromí uživatelů (Jihočeský, kraj 2015).

V roce 2015 zahájil provoz Domov pro seniory v Bechyni, který má kapacitu 122 míst, ale současně s tím ukončil provoz Domov pro seniory Budislav, pracoviště Tučapy a původní domov pro seniory v Bechyni v Klášterní ulici. V Domově pro seniory v Kaplici se začalo v roce 2015 s přístavbou na kapacitu 54 míst. Pro rok 2016 připravuje Jihočeský kraj realizaci rekonstrukce nevyužité budovy v areálu Nemocnice Dačice, a. s., kde budou vytvořeny vhodné prostory pro domov pro seniory s kapacitou 74 míst. Tímto krokem však nedojde k navýšení počtu zařízení v Jihočeském kraji, protože nový domov by měl sloužit uživatelům stávajícího Domova seniorů Budíškovice, který sociální službu pro seniory ukončí (Jihočeský kraj, 2015).

4.2. Senioři v Jihočeském kraji

Počet seniorů se zvyšuje v celé České republice a Jihočeský kraj není výjimkou. Zatímco v roce 2005 žilo na území kraje 88 322 osob starších 65 let z celkových 627 766 obyvatel, v roce 2014 to již bylo 114 731 seniorů z celkového počtu 637 300 osob. V přepočtu na procentuální vyjádření došlo k navýšení zastoupení seniorů starších 65 let na celé skupině obyvatelstva z 14,1% v roce 2005 na 18%⁷ v roce 2014. Za toto období se změnil i poměr mužů a žen ve věkové skupině nad 65 let. V roce 2005 připadalo v Jihočeském kraji na 100 žen pouze 66,29 muže, v roce 2014 to bylo již 73,42 (ČSÚ, 2015a).

Tabulka č.7 znázorňuje počty obyvatel a zastoupení seniorů v jednotlivých okresech Jihočeského kraje:

⁶ Stejný jev jako celorepublikovém měřítku za sledovaná období 2008-2014, kdy i přes navýšení počtu domovů pro seniory klesla jejich celková kapacita

⁷ Celorepublikový průměr činí 17,8%

Tabulka 7 Seniori v Jihočeském kraji dle okresů k 31.12.2014

Okres	Počet obyvatel	Počet seniorů	Podíl seniorů na obyvatelstvu
České Budějovice	189 861	32 979	17,37%
Tábor	102 464	19 553	19,08%
Jindřichův Hradec	91 778	17 101	18,63%
Písek	70 634	13 891	19,67%
Strakonice	70 653	12 985	18,38%
Český Krumlov	61 110	9 653	15,80%
Prachatice	50 800	8 569	16,87%
Celkem	637 300	114 731	18%

(Zdroj: Vlastní zpracování dle: ČSÚ, 2015a)

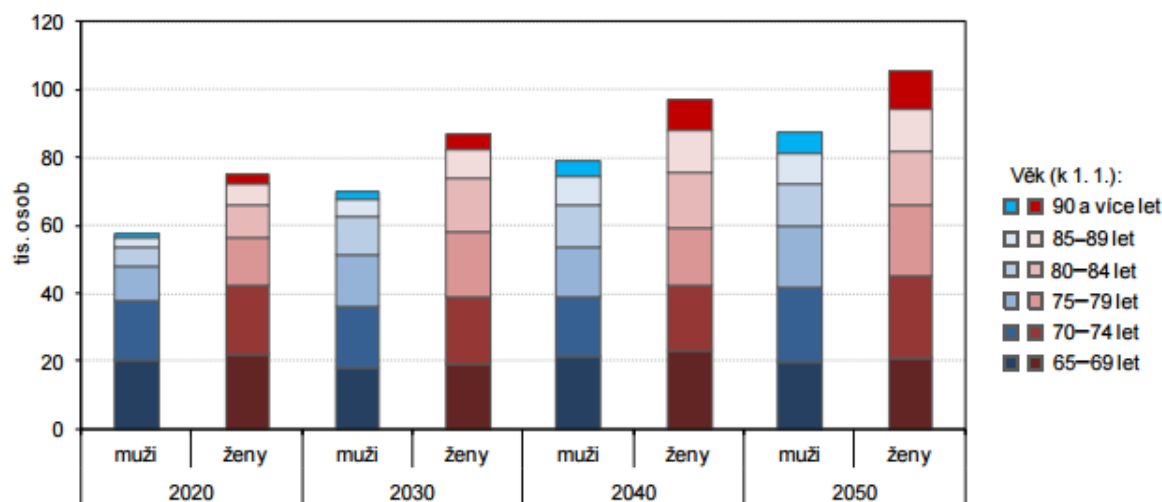
Největší podíl seniorů starších 65 let na obyvatelstvu Jihočeského kraje žije na území okresu Písek. Pokud bychom vycházeli z rozdělení kraje na obvody obcí s rozšířenou působností je tento údaj nejvyšší v obvodu Milevsko. Naopak nejnižší podíl seniorů starších 65 let žije v okrese Český Krumlov, resp. v obvodu s rozšířenou působností Kaplice. Avšak podíl seniorů starších 80 let na obyvatelstvu Jihočeského kraje je nejvyšší na území okresu Tábor a nejnižší stejně jako u seniorů starších 65 let v okrese Český Krumlov (ČSÚ, 2015a).

Podíl seniorů na obyvatelstvu Jihočeského kraje je do jisté míry závislý také na velikosti obcí. Osoby starší 65 let nejčastěji žijí v jihočeské metropoli České Budějovice a v malých obcích do 200 obyvatel. Index stáří činil v roce 2014 v Jihočeském kraji 118,4, což je o 1,3 bodu více než je republikový průměr. Tento index potvrzuje i rozložení obyvatelstva, protože je nejvyšší právě v Českých Budějovicích a v nejmenších obcích (ČSÚ, 2015a).

Podle projekce obyvatelstva bude, stejně tak jako v celorepublikovém měřítku, celkový počet obyvatel ubývat, ale počet seniorů naopak růst. V roce 2030 by mělo v Jihočeském kraji žít 157 023 osob starších 65 let a v roce 2050 dokonce 193 450 lidí této věkové kategorie. Počet seniorů se bude zvyšovat u všech věkových kategorií, ale poměrově nejvyšší nárůst seniorů se očekává u těch nejstarších. Grafické znázornění predikce vývoje

počtu seniorů v Jihočeském kraji je vidět na grafu č. 1. Index stáří by při tomto vývoji narostl na hodnotu 186 v roce 2030 a až na více než 245 v roce 2050 (ČSÚ, 2015a).

Graf 1 Projekce počtu obyvatel Jihočeského kraje ve věku 65 a více let podle pohlaví a věku do roku 2050



(Zdroj: ČSÚ, 2015a)

4.2.1. Příjemci příspěvku na péči

V Jihočeském kraji bylo v prosinci 2014 vyplaceno celkem 21 026 příspěvků na péči, což v přepočtu činí 33 příspěvků na 1000 obyvatel kraje. Za celou Českou republiku tento údaj činí 31,4 příspěvku na 1000 obyvatel. Jihočeský kraj je tak v počtu příspěvků na počet obyvatel těsně nad republikovým průměrem. Nejvíce příspěvků na péči na počet obyvatel bylo vyplaceno ve Zlínském kraji (37,8), naopak nejméně příjemců tohoto příspěvku bylo v Praze (22,3). Tyto příspěvky však nebyly vypláceny pouze seniorům. Osobám starším 65 let bylo vyplaceno celkem 14 717 příspěvků na péči. Počet jejich příjemců je značně diferenciován podle věku. Jak je vidět z tabulky č. 8 počet příjemců příspěvku na péči stoupá s věkem nejen relativně v přepočtu na 1000 obyvatel Jihočeského kraje daného věku, ale i absolutně (ČSÚ, 2015b).

Tabulka 8 Počet příjemců příspěvku na péči v prosinci 2014

Věková skupina	Počet příjemců příspěvku na péči (starších 65 let)	Podíl počtu vyplacených příspěvků všem osobám / osobám starších 65 let v %	Počet vyplacených příspěvků na 1000 obyvatel daného věku
65-69	1 310	6,2 / 8,9	31,7
70-74	1 673	8,0 / 11,4	58,3
75-79	2 203	10,5 / 15,0	115,6
80-84	3 775	18,0 / 25,6	253,1
85+	5 756	27,4 / 39,1	535,0
Celkem 65+	14 717	70 / 100	128,27

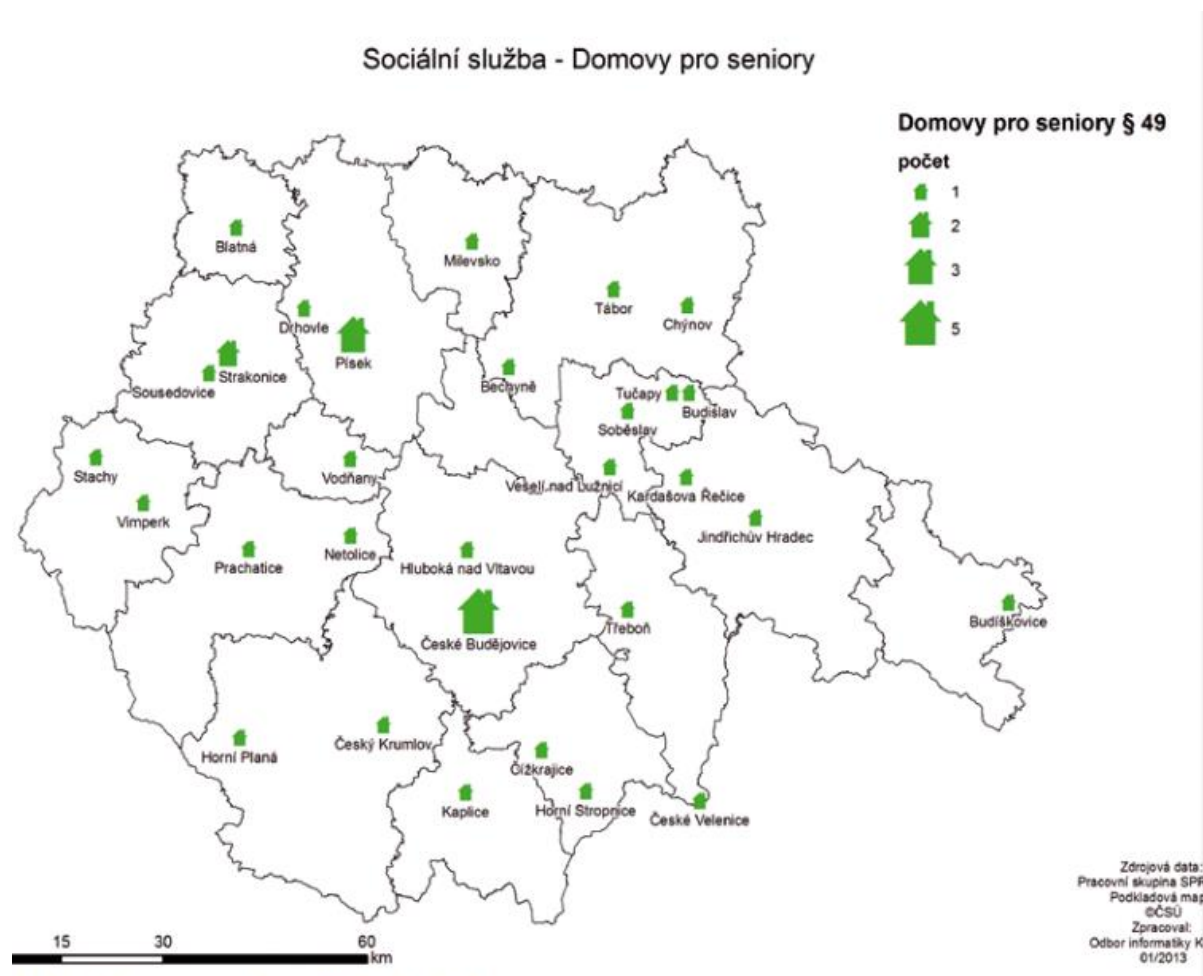
(Zdroj: Vlastní zpracování dle: ČSÚ, 2015a)

4.3. Kapacita a dostupnost domovů pro seniory v Jihočeském kraji

Jihočeský kraj zaujímá 12,8 % rozlohy České republiky, což činí 10 056 km². Na tomto území žije cca 637 300 obyvatel a hustota osídlení 63,4 obyvatele na 1 km² je nejnižší v rámci krajů České republiky. Geograficky je Jihočeský kraj poměrně rozmanitý, s povětšinou rovinatým terénem ve vnitřních částech kraje a kopcovitým až hornatým terénem na hranicích kraje. Tyto aspekty mohou mít mimo jiné vliv na poskytování služeb sociální péče (Bareš, Průša, 2016). V roce 2014 bylo v Jihočeském kraji 39 domovů pro seniory⁸, které nabízely kapacitu více než 3 039 míst (ČSÚ, 2015b). Z okresů mají největší kapacitu v domovech pro seniory České Budějovice a Tábor, tedy okresy s největším počtem seniorů (viz Tabulka 9). Rozložení umístění domovů pro seniory v rámci Jihočeského kraje znázorňuje mapa v obrázku č. 1.

⁸ Počty domovů pro seniory v jednotlivých krajích dle registru poskytovatelů sociálních služeb jsou znázorněny jako příloha č. 3.

Obrázek 1 Umístění domovů pro seniory v Jihočeském kraji v roce 2013



(Zdroj: Jihočeský kraj, 2013)

V přepočtu na 1 000 obyvatel ve věku 65 a více let však největší kapacitou disponuje okres Prachatice, který má tento primát i v celorepublikovém měřítku. Tabulka č. 8 znázorňuje počet lůžek na 1000 obyvatel starších 65 let a porovnáme-li tento údaj za Jihočeský kraj s rokem 2008, je znatelný pokles v počtu lůžek na 1 000 obyvatel nad 65 let, kdy tato hodnota byla 31 (Jeřábková, 2009).

Tabulka 9 Domovy pro seniory dle okresů v roce 2014

okres	zařízení	lůžka	lůžka/ na 1 000 obyv. 65+	lůžka/ na 1 000 obyv. 80+
Jihočeský kraj	39	3 039	26,5	115,2
České Budějovice	9	824	25,0	110,4
Český Krumlov	4	236	24,4	129,1
Jindřichův Hradec	5	427	25,0	111,4
Písek	5	325	23,4	99,8
Prachatic	4	355	41,4	201
Strakonice	5	373	28,7	132
Tábor	7	499	25,5	105,3

(Zdroj: Vlastní zpracování dle: ČSÚ, 2015b)

Nejčastějšími klienty v těchto domovech pro seniory jsou lidé ve věkové skupině 76 - 85 let a 86 - 95 let, přičemž ženy ve značné míře převyšují muže, což je dáno především jejich vyšším věkem dožití. Obyvatelé těchto zařízení starší 86 let tvoří cca 14 % celkové kapacity domovů pro seniory, což řadí Jihočeský kraj na druhé místo po Ústeckém kraji a překračuje i republikový průměr, který činí 10,6 %. Kapacity domovů pro seniory nestačí uspokojit všechny žadatele. Čekací doba na místo v domově pro seniory tak činí zhruba dva roky. Počet míst v domovech pro seniory na 1000 obyvatel ve věku nad 65 let je 26,5, což je nejvíce z celé České republiky. Naplněnost odpovídá celorepublikovému průměru 96 % (ČSÚ, 2015b). Ke konci roku 2014 bylo v těchto zařízeních 2893 klientů. Neuspokojených žádostí o umístění v domovech pro seniory v roce 2014 bylo 3644, což činí 1,2 čekatele na jedno lůžko. Tato hodnota je o 0,5 čekatele na lůžko nižší, než je celorepublikový průměr (MPSV, 2015). V roce 2008 byla tato hodnota pouze 0,8 (Jeřábková, 2009). Údaje o kapacitě, neuspokojených žádostech, počtu klientů a průměrném věku klientů v jednotlivých jihočeských domovech pro seniory podle registru sociálních služeb v roce 2016 jsou uvedeny v příloze č. 2.

V hodnocení dostupnosti sociálních služeb a i při jejich plánování je v současnosti problém s územně správním uspořádáním. Z dnešního pohledu bychom měli rozdělovat dostupnost sociálních služeb nikoliv podle okresů, ale podle správních obvodů obcí

s rozšířenou působností. Avšak zákon nijak obcím s rozšířenou působností neukládá povinnost zajišťovat sociální služby mimo svou vlastní obec. Pokud porovnáme dostupnost sociálních služeb podle spádových území, předpokládáme, že rozdíly v dostupnosti domovů pro seniory v jednotlivých obvodech obcí s rozšířenou působností Jihočeského kraje budou výrazně větší než v případě rozdělení podle bývalých okresů (Bareš, Průša, 2016):

Tabulka 10 Domovy pro seniory dle obcí s rozšířenou působností v roce 2013

Územní jednotka	Lůžka	Lůžka/ na 1 000 obyv. 80+
Jihočeský kraj	2 994	119,56
Blatná	89	150,59
České Budějovice	723	120,92
Český Krumlov	175	139,00
Dačice	138	183,27
Jindřichův Hradec	165	86,57
Kaplice	24	45,80
Milevsko	36	41,14
Písek	289	125,43
Prachatice	179	168,55
Soběslav	252	237,74
Strakonice	204	117,24
Tábor	246	68,43
Trhové Sviny	94	146,65
Třeboň	124	112,12
Týn nad Vltavou	0	0
Vimperk	176	261,13
Vodňany	80	182,65

(Zdroj: Bareš, Průša, 2016)

Z údajů uvedených v tabulce 10 vyplývá, že nejvyšší i nejnižší hodnoty vybavenosti domovy pro seniory vykazují ty správní obvody, které nejsou bývalými okresními městy. Například ve správním obvodu Týn nad Vltavou není žádné lůžko v domovech pro seniory, resp. se v obvodu nenachází žádný domov pro seniory. Na druhou stranu ve správním obvodu Vimperk je v přepočtu na obyvatele starších 80 let kapacita více než dvojnásobná oproti průměru Jihočeského kraje a 2,8 násobná než je republikový průměr činící 92,36 lůžek na 1000 obyvatel (Bareš, Průša, 2016). Správní obvod obce Vimperk však spadá do území okresu Prachatice, který vykazuje nadprůměrné hodnoty ve vybavenosti lůžky v domovech pro seniory podle okresů (viz. tabulka 9). Také druhý správní obvod tohoto okresu, obec s rozšířenou působností Prachatice vykazuje nadprůměrné hodnoty počtu lůžek na 1000 obyvatel starších 80 let. Naproti tomu okresy Písek a Tábor ve zkoumaných údajích vykazovaly v rámci Jihočeského kraje podprůměrné ukazatele. V případě členění vybavenosti domovy pro seniory na obvody s obcí s rozšířenou působností se stává obvod ORP bývalého okresního města Písek nadprůměrně vybaveným územím v počtu lůžek domovů pro seniory na počet obyvatel a obvod ORP Milevsko, které spadá také do okresu Písek, naopak silně podprůměrně vybaveným územím ve sledované statistice. Podobná situace je i v okrese Český Krumlov u obvodů ORP Český Krumlov a Kaplice. Opačná situace je v případě území okresu Tábor, kde se u obvodu ORP bývalého okresního města Tábor snižuje vybavenost počtem lůžek v domovech pro seniory a naopak výrazně se tento ukazatel zvyšuje u ORP Soběslav.

V některých správních obvodech jsou chybějící kapacity v domovech pro seniory nahrazovány větším počtem terénních sociálních služeb, především pečovatelskou službou. Tento případ se týká nejvíce Týna nad Vltavou a Milevska. Jak již bylo uvedeno, obvod Týn nad Vltavou nemá žádné kapacity domovů pro seniory, ale počet 98,54 osob na tisíc obyvatel starších 65 let, kterým je poskytována pečovatelská služba, řadí tento obvod na čtvrté místo ve vybavenosti pečovatelské služby v Jihočeském kraji. Milevsko jako druhý nejhorší obvod v počtu lůžek v domovech pro seniory poskytuje pečovatelskou službu dokonce 128,19 osobám na 1000 obyvatel starších 65 let, což je nejvyšší hodnota v Jihočeském kraji (Bareš, Průša, 2016). Na druhou stranu správní obvody Vimperk a Dačice, které mají společně se Soběslaví nejvyšší počet lůžek v domovech pro seniory na počet obyvatel starších 80 let, jsou v pořadí vybavenosti pečovatelskou službou na druhém (Vimperk 107,24), resp. třetím (Dačice 101,23) místě v Jihočeském kraji v počtu obyvatel nad 65 let, kterým je pečovatelská služba poskytována (Bareš, Průša, 2016).

Otevřením nového domova pro seniory v Bechyni od ledna roku 2015 vzrostla kapacita Domova pro seniory Bechyně o 60 míst (VZ Bechyně 2014) a navýšila se tak dostupnost domovů pro seniory v obvodu s rozšířenou působností Tábor z 68,43 na 85,12 lůžek na 1000 obyvatel starších 80 let. Naopak zrušením domova pro seniory v Tučapech ke konci roku 2014, který měl kapacitu 55 míst (VZ Budislav 2015), se snížila dostupnost domovů pro seniory v obvodu s rozšířenou působností Soběslav z 237,74 na 185,85 lůžek na 1000 obyvatel starších 80 let.⁹ Došlo tak ke sblížení kapacit domovů pro seniory na počet obyvatel starších 80 let ve dvou obvodech s rozšířenou působností, které oba původně spadaly pod okres Tábor.

⁹ Za jinak nezměněných okolností. Tedy přepočteno v údajích, které jsou k dispozici za rok 2013 v publikaci Bareš, Průša, 2016

5. Případová studie domova pro seniory Bechyně

5.1. Domovy pro seniory v okrese Tábor

Na území okresu Tábor se aktuálně nachází šest domovů pro seniory. Tři z těchto domovů pro seniory leží v obvodu obce s rozšířenou působností Tábor a tři domovy v obvodu obce s rozšířenou působností Soběslav. Výčet těchto domovů pro seniory se základními údaji je uveden v tabulce č. 11.

Tabulka 11 Domovy pro seniory v okrese Tábor dle zřizovatele

Domov pro seniory	Zřizovatel	Kapacita lůžek	Cílová skupina / Věková kategorie klientů
Domov pro seniory Bechyně	Jihočeský kraj	122	senioři / od 60 let
Domov pro seniory Budislav	Jihočeský kraj	56	osoby s tělesným postižením, osoby se zdravotním postižením, senioři / od 55 let
Domov pro seniory Chýnov	Jihočeský kraj	41	osoby s chronickým onemocněním, osoby se zdravotním postižením, senioři / od 50 let
G-centrum Tábor	Město Tábor	143	senioři / od 65 let
Senior-dům Soběslav	Město Soběslav	76	osoby s chronickým onemocněním, osoby s kombinovaným postižením, senioři / od 50 let
TEP, centrum sociálních služeb Veselí nad Lužnicí	Město Veselí nad Lužnicí	67	osoby s chronickým onemocněním, osoby s jiným zdravotním postižením, osoby s tělesným postižením, senioři / od 50 let

(Zdroj: Vlastní zpracování dle: MPSV 2016 a výroční zprávy domovů pro seniory)

Významnou událostí v oblasti domovů pro seniory v okrese Tábor byla výstavba a otevření zcela nové budovy domova pro seniory v Bechyni na sídlišti Na Libuši. Vystavění domova a pořízení příslušenství stálo 182 miliónů Kč (ÚZ Bechyně 2015) a provoz byl zahájen v lednu 2015. Další vybavení bylo do nové budovy přestěhováno z původního objektu domova pro seniory v ulici Klášterní, který byl pro zajišťování péče o seniory již nevyhovující. Přesunutím ze tří starých budov v ulici Klášterní do nové moderní budovy domova pro seniory v Bechyni se navýšila kapacita o 60 lůžek. Nová budova domova pro seniory v Bechyni však nenahrazuje pouze původní prostory v Klášterní ulici, ale také zrušený domov pro seniory v Tučapech, který měl kapacitu 55 lůžek, a jeho provoz byl ukončen ke konci roku 2014 (VZ Bechyně 2015; VZ Budislav 2015).

Do nové budovy Domova pro seniory v Bechyni na Libuši byli přestěhováni všichni klienti z budovy v Klášterní ulici a 30 klientů z Domova pro seniory Budislav - Tučapy. Konkrétně všech 27 seniorů z budovy v Tučapech a 3 senioři z budovy Budislav. Klienti z Budislavi byli přestěhováni do nového zařízení v Bechyni, dle ředitelky Domova pro seniory Bechyně Mgr. Sakařové, na vlastní žádost. Podle vyjádření vedoucího odboru sociálních věcí a zdravotnictví Jihočeského kraje Mgr. Petra Studenovského by rekonstrukce starých objektů s metrovými zdmi, velkým počtem bariér a nevyhovujícími místnostmi bylo jen mrhání finančními prostředky, proto také bylo rozhodnuto o výstavbě úplně nového objektu. Nová budova domova pro seniory v Bechyni tak neznamená razantní nárůst kapacity lůžek, ale spíše vylepšení zázemí a komfortu klientů tohoto domova pro seniory (VZ Bechyně 2014; Idnes, 2012).

Na základě zmíněného nahrazení původního domova pro seniory v Bechyni v Klášterní ulici a domova pro seniory v Tučapech novým zařízením v Bechyni Na Libuši byla vypracována tato případová studie porovnávající právě tato dvě zrušená zařízení s novým domovem pro seniory, který je nahradil. Součástí případové studie je také empirický výzkum, jehož respondenty byli klienti, kteří se přestěhovali ze zrušeného domova pro seniory v Tučapech do nového zařízení v Bechyni.

5.2. Domov pro seniory Bechyně

Domov pro seniory Bechyně je pobytové zařízení sociálních služeb pro seniory, kteří jsou ve velké části úkonů závislí na péči jiné osoby a nemohou již žít ve svém původním sociálním prostředí. Tedy pro seniory v tíživé situaci v důsledku stáří nebo zhoršení zdravotního stavu, jež potřebují pravidelnou ošetrovatelskou péči, a pro osoby s demencí. V zařízení se klientům dostává ošetrovatelské, zdravotní a sociální péče. Nedílnou součástí domova pro seniory jsou také zájmové a aktivizační činnosti. Prioritou zařízení je individuální přístup, který spočívá v poskytování služeb klientům a zároveň snaze podporovat jejich soběstačnost a využití volného času.

V domově pro seniory v Bechyni se neposkytují služby

- soběstačným seniorům,
- invalidům do 60 let věku,
- seniorům, kteří potřebují lékařskou péči poskytovanou zdravotnickým zařízením,
- osobám s celoživotním vážným postižením sluchu, zraku, závislým na návykových látkách, potřebných celodenního dohledu z důvodu psychiatrického onemocnění.

Kapacita 122 lůžek v domově je pokryta 80 jednolůžkovými a 21 dvoulůžkovými pokoji. Všechny pokoje mají vlastní sociální zařízení. Klientům je umožněno dovybavit si pokoj některými vlastními věcmi a také se v Domově pro seniory Bechyně mohou přihlásit k trvalému pobytu, který jim na žádost zařídí sociální pracovnice. V původním objektu v Klášterní ulici bylo pro seniory celkem 22 pokojů, avšak pouze 1 jednolůžkový a 5 dvoulůžkových pokojů. Dalších 13 pokojů bylo třílůžkových a 3 pokoje dokonce čtyřlůžkové. Všechny pokoje byly bez sociálního zařízení a koupelen, které byly umístěny pro společné užívání na chodbě.

Oproti původnímu zázemí v Klášterní ulici je nová budova vybavena moderními prostory pro rehabilitaci, lépe zařízenými společenskými místnostmi a především větším počtem výtahů, širšími chodbami a celkově lepším propojením všech částí pečovatelského zařízení. V původním domově byl k dispozici pouze jeden výtah a ve všech částech budovy nebyl zajištěn bezbariérový přístup. Podle ředitelky Domova pro seniory Bechyně paní Mgr. Sakařové neznamena přestěhování do nové budovy zvýšení komfortu jen pro klienty, ale také pro zaměstnance. V původním objektu v Klášterní byla na celý domov

pouze jedna ošetrovna a jedna místnost pro pracovníky v sociálních službách. V nové budově je na každém nadzemním podlaží soubor vzájemně propojených místností fungujících jako ošetrovna, místnost pro sociální pracovníky, kancelář a "dispečink" pro komunikaci s klienty na pokojích i s návštěvami.

5.2.1. Zajištění zdravotní, ošetrovatelské, rehabilitační a sociální péče

Zdravotní a ošetrovatelskou péči pro seniory zajišťuje v domově celkem 12 registrovaných všeobecných sester, 30 pracovníků přímé obslužné péče, tedy ošetrovatele a 1 zdravotnický asistent. Zdravotní sestry a ošetrovatelky jsou organizačně rovným dílem rozděleny do dvou nadzemních podlaží, které domov pro seniory má. Pro každé nadzemní podlaží je určena také vrchní sestra. V zařízení je také poskytována ošetrovatelská rehabilitace pro zlepšení zdravotního stavu klientů, kteří jsou po operaci pohybového ústrojí, po srdeční nebo mozkové příhodě. Rehabilitace je prováděna také jako prevence proti ochabnutí svalového aparátu seniorů. Stěžejní část ošetrovatelské rehabilitace vykonávají všeobecné zdravotní sestry, které absolvovaly certifikované kurzy zaměřené na rehabilitační ošetrování (VZ Bechyně, 2015).

Provádění veškeré zdravotní a rehabilitační péče je možné jen po indikaci této péče lékařem. Do domova pro seniory v Bechyni dochází praktický lékař přímo za pacienty, a to v pravidelných návštěvních hodinách v úterý a ve čtvrtek mezi 8 a 11 hodinou dopoledne (Domov pro seniory Bechyně 2016a). Dle vyjádření vrchní sestry Stejskalové se u tohoto praktického lékaře má možnost registrovat každý klient zařízení, ale senior stejně tak může zůstat u svého původního praktického lékaře. V praxi to funguje tak, že senioři, jejichž praktický lékař ordinuje v Bechyni, si svého původního praktického lékaře nechávají a senioři, kteří mají praktického lékaře mimo město Bechyně, se přehlašují k lékaři docházejícímu do zařízení. Domov pro seniory Bechyně komunikuje s praktickými lékaři svých klientů tak, aby seniorům byla zajištěna co nejlepší péče. Tedy i v případě, kdy klient má jiného praktického lékaře, než který dochází do zařízení, praktický lékař daného seniora provádí výkon přímo v domově pro seniory nebo někdo ze zaměstnanců domova klienta za lékařem doprovodí, případně dopraví vozidlem.

Domov pro seniory Bechyně nezajišťuje pouze běžné standardní cvičení či rehabilitace, ale od roku 2015 i individuální přístup pomocí biografické péče. Většina zaměstnanců

domova, kteří vykonávají přímou péči, byla proškolená certifikovaným kurzem "Aktivizace seniorů s využitím prvků z biografie klienta". Využívání této metody podporuje individuální přístup ke klientům a zohledňuje životní postoje, návyky a rituály každého jednotlivého seniora. Podle vyjádření vrchní sestry Stejskalové je vytváření biografické knihy klienta velmi prospěšné. Mimo jiné pomáhá personálu domova pochopit klientovo jednání a směřovat nabídku nebo přímo i vytváření aktivit, které by mohly být pro klienta nejzajímavější (VZ Bechyně, 2015).

V rámci ošetrovatelské péče je u klientů prováděna také tzv. bazální stimulace, která má za cíl podporovat zachovalé komunikační a pohybové schopnosti klienta pomocí smyslového vnímání. Vnímání sebe sama je důležitým předpokladem pro pohyb a komunikaci s okolím. Důležitou součástí uplatňování bazální stimulace je používání biografické knihy klienta a ideálně i spolupráce s rodinou, která je nositelem důležitých informací o klientovi. Důvěra klienta k ošetrovatelům je důležitou součástí nejen této péče (Friedlová, 2015). Bazální stimulaci provádějí v domově pro seniory pracovníci proškolení certifikovaným kurzem. Na obou nadzemních podlažích funguje koordinátorka, která určuje postup bazální stimulace u každého jednotlivého klienta. Podle vyjádření vrchní sestry Stejskalové je tato péče v zařízení velmi úspěšná a mezi klienty i jejich rodinami velmi ceněná.

5.2.2. Aktivizační činnosti v Domově pro seniory Bechyně

Domov pro seniory Bechyně nabízí mnoho aktivit a činností, kterými senioři mohou trávit svůj čas. Mimo základních aktivit, jako jsou například společenské hry, domácí práce a tvořivá činnost, trénování paměti, hudební výchova, filmy na velkoplošné projekci, společná četba denního tisku, oslavy narozenin klientů apod., nabízí domov pro seniory v Bechyni další aktivizační programy, při kterých je uplatňována spolupráce s organizacemi a osobami mimo domov pro seniory. Mezi takovéto programy například patří (VZ Bechyně, 2015; Domov pro seniory Bechyně, 2016a):

- Projekt "Mezi námi": Jedná se o setkávání lidí různých generací, především těch nejstarších s těmi nejmladšími. Cílem je rozvíjet komunikaci mezi věkovými skupinami a předávat tak moudrost mladším a energii do života starším (Mezi námi, 2015). Domov pro seniory Bechyně v tomto projektu spolupracuje od

zahájení školního roku 2015/2016 s mateřskou školou Jahůdka v Bechyni. Za doprovodu učitelského sboru docházejí děti z mateřské školky do domova pro seniory jedenkrát do měsíce. Již do původního objektu v Klášterní ulici docházely děti potěšit seniory nacvičenými písničkami a básněmi, ale i díky novým prostorám nové budovy se tento projekt podařilo posunout dál. Senioři jsou s dětmi v těsnějším a intenzivnějším kontaktu, mohou si navzájem předávat zážitky a tvořit spolu tvůrčí činnost. Projekt je vnímán pozitivně všemi zúčastněnými stranami (VZ Bechyně, 2015).

- Duchovní služby se konají v nezměněné podobě stejně jako v původním zařízení v Klášterní ulici. Jednou týdně se koná římskokatolická bohoslužba, jednou měsíčně slouží bohoslužbu farářka husitské církve. K těmto účelům slouží v nové budově samostatná místnost pro rozjímání, pro bohoslužby využívaná jako kaple. Dále do domova pro seniory v Bechyni už několik let dochází dobrovolník, který si se seniory povídá o životě z křesťanského pohledu (VZ Bechyně, 2015; VZ Bechyně, 2014).
- Canisterapie: Jedná se o kontakt klientů s vycvičenými psy, který má za cíl poskytnout klientům nové zážitky a zároveň se jedná o formu rehabilitace, jak motorické, tak smyslových vjemů. V Domově pro seniory Bechyně zajišťuje individuální i skupinovou canisterapii sdružení Hafík, z.s., které dále působí také v Senior domě Soběslav a dalších šesti domovech pro seniory v Jihočeském kraji (Hafík, 2016).

V Domově pro seniory Bechyně je z řad klientů složena tzv. Rada mudrců, která zastupuje zájmy seniorů, navrhuje aktivizační činnosti (především kulturní akce a výlety), přání na úpravy jídelníčku, případně podává stížnosti. Stížnosti na nekvalitní, či neodborné poskytování sociálních služeb v zařízení mohou podávat klienti, zaměstnanci i široká veřejnost, a to přímo ředitelce Domova pro seniory Bechyně. Stížnost je možné podat ústně, písemně, ale také anonymně. Ředitelka domova pro seniory je vázána mlčenlivostí o stěžovateli a ohledně vyřízení stížnosti musí postupovat předepsanými postupy (Bechyně, 2016b).

5.3. Porovnání vybraných finančních ukazatelů a personálního zajištění nového domova pro seniory v Bechyni se zrušenými domovy pro seniory

Důležitým faktorem porovnání zařízení sociálních služeb je také nákladnost jejich financování. Pro účely případové studie budeme počítat s vybranými ukazateli. Hlavně se jedná o provozní náklady sledovaných domovů pro seniory, nikoliv o náklady na výstavbu nové budovy v Bechyni, a případné náklady na rekonstrukci starých budov v Bechyni Klášterní a Tučapech.

Vzhledem k rozdílným kapacitám sledovaných domovů pro seniory byl jako základní ukazatel finančního porovnání určen přepočet na jednoho klienta domovů pro seniory. Předpokládáme, že v případě zrušení dvou budov a sloučení zařízení pouze do jedné budovy, by měly náklady na provoz domova pro seniory, pomocí úspor z rozsahu, klesnout. Koncipování nové budovy Domova pro seniory v Bechyni tak, že byly vybudovány pouze jedno a dvoulůžkové pokoje, bude naopak pravděpodobně navyšovat náklady na provoz budovy v přepočtu na jednoho klienta.

Domov pro seniory Tučapy patřil organizačně, a tedy i účetně pod Domov pro seniory Budislav. Z účetnictví tohoto zařízení nelze jednoznačně rozlišit náklady na správu jednotlivých objektů a na péči o klienty, jež jsou v nich ubytováni. Pro účely finančního porovnání byly nakonec tedy použity údaje Domova pro seniory v Bechyni Klášterní za rok 2014 a Domova pro seniory v Bechyni Na Libuši za rok 2015.

5.3.1. Výnosy tržeb za služby

Výnosy tržeb za služby rozumíme příjmy domova pro seniory z úhrad za pobyt a stravu, příspěvku na péči, z výnosů z fakultativních služeb, z úhrad zdravotních pojišťoven a z výnosů z další činnosti. Výnosy z další činnosti jsou hlavně příjmy za obědy, které jsou prodávány osobám, jež nejsou klienty domova pro seniory. Celkové tržby za služby starého a nového Domova pro seniory v Bechyni znázorňuje tabulka č. 12.

Tabulka 12 Celkové tržby za služby

Služba	Tržby starého domova pro seniory v Kč.	Tržby nového domova pro seniory v Kč.
Úhrad za pobyt a stravu	6 576 570	13 100 700
Úhrada za péči (příspěvek na péči)	5 907 580	10 290 400
Výnosy z fakultativních služeb	62 820	148 140
Úhrady zdravotních pojišťoven	1 053 400	2 384 760
Výnosy z další činnosti	215 650	416 930
Celkem	13 823 020	26 340 930

(Zdroj: VZ Bechyně, 2015; VZ Bechyně, 2014)

Celkové příjmy za příspěvek na péči jsou dány počtem klientů, kteří pobírají příspěvek a výši příspěvků na péči jednotlivých seniorů. Struktura příspěvků na péči klientů starého a nového domova pro seniory v Bechyni je znázorněna v tabulce č. 13.

Tabulka 13 Klienti domovů pro seniory podle příspěvku na péči

Stupeň příspěvku na péči	Počet klientů ve starém domově pro seniory v roce 2014	Počet klientů v novém domově pro seniory v roce 2015
Bez příspěvku na péči	1	3
I. stupeň	3	14
II. stupeň	12	25
III. stupeň	21	42
IV. stupeň	25	37
Celkem	62	121
Průměrný věk klientů	82,6 roku	82,2 roku

(Zdroj: VZ Bechyně, 2015; VZ Bechyně, 2014)

Z počtu příjemců na péči vyplývá, že ve starém domově žilo v roce 2014 celkem 62 klientů a v novém domově bylo v roce 2015 celkem 121 klientů. Avšak zatímco kapacita zařízení v Klášterní ulici byla zcela naplněna, v zařízení v ulici Na Libuši tomu bylo jen z 98,7%. V průměru bylo v novém zařízení ubytováno tedy nikoliv 121, ale 120,4 klienta. Pro přepočet výnosů domovů na jednoho klienta, který znázorňuje tabulka č. 14, budeme proto počítat s těmito průměrnými počty klientů (VZ Bechyně, 2015; VZ Bechyně, 2014).

Tabulka 14 Výnosy za služby v přepočtu na jednoho klienta v letech 2014 a 2015

Služba	Tržby starého domova pro seniory v Kč.	Tržby nového domova pro seniory v Kč.
Úhrad za pobyt a stravu	106 073	108 810
Úhrada za péči (příspěvek na péči)	95 284	85 468
Výnosy z fakultativních služeb	1 013	1 230
Úhrady zdravotních pojišťoven	16 990	19 807
Výnosy z další činnosti	3 478	3 463
Celkem	222 952	218 778

(Zdroj: Vlastní zpracování dle: VZ Bechyně, 2015; VZ Bechyně, 2014)

Největší rozdíl ve výnosech za služby je vidět u položky příspěvku na péči. Propad těchto příjmů o bezmála o 10 tis. Kč na jednoho klienta je způsoben změnou skladby klientů domovů pro seniory podle příspěvku na péči (viz tabulka č. 13). Proporcionálně přibýlo, po přesunu do nového domova pro seniory v ulici na Libuši, nejvíce příjemců příspěvku na péči prvního stupně a bez příspěvku na péči. Naopak nejméně přibýlo příjemců třetího a čtvrtého stupně příspěvku na péči. Přestože výnosy z úhrad za stravu a péči, úhrad od zdravotních pojišťoven a za fakultativní služby se v přepočtu na jednoho klienta zvýšily, celkově se kvůli v průměru nižším příspěvkům na péči celkové výnosy na jednoho klienta snížily o 1,87%.

5.3.2. Personální zajištění a mzdové náklady

Personální zajištění domovů pro seniory se skládá z mnoha pracovních pozic, které mají zajistit jak přímou péči o klienty, tak ostatní chod zařízení. Počet zaměstnanců na těchto pracovních pozicích se v čase mění v závislosti na potřebách organizace. Pro porovnání personálního zajištění srovnávaných domovů pro seniory byl vybrán soubor předepsaných pracovních pozic, který zároveň nejvíce odpovídal reálným pracovním pozicím z prosince 2014 u starého domova pro seniory a z června 2016 u nového domova. V starém domově pracoval nutriční terapeut na 0,2 úvazku. V novém domově je zaměstnán na dohodu o pracovní činnosti. Pro porovnání pracovních pozic bude tato dohoda o pracovní činnosti počítána stále jako 0,2 úvazku. Stejně tak bude postupováno v případě pracovní pozice metodik biografické péče. (VZ Bechyně, 2015; VZ Bechyně, 2014). Předpokládáme, že v novém Domově pro seniory Bechyně by v přepočtu na jednoho klienta měl počet pracovních pozic klesnout. Pro přepočet na jednoho klienta vycházíme z počtu 62 klientů v starém domově pro seniory a z počtu 121 klientů v novém domově .

Tabulka 15 Personální zajištění domova v letech 2014 a 2016

Zaměření pracovní pozice	Starý domov pro seniory k prosinci 2014	Nový domov pro seniory k červnu 2016
Ředitelka/Asistentka	1/1	1/1
Ekonomický úsek	1	3
Zdravotně sociální útvar	28	43
Stravovací úsek	5,2	9,2
Sociální úsek	3	3
Metodik biografické péče	0	0,2
Provozní útvar	7	16
Úsek údržby a správy objektu	2	3
Celkem	48,2	79,4
V přepočtu na jednoho klienta	0,777	0,656

(Zdroj: Vlastní zpracování dle: VZ Bechyně, 2015; VZ Bechyně, 2014)

Porovnání změny počtu pracovních pozic (viz. Tabulka 15) na jednoho klienta můžeme rozdělit na pracovní pozice, které jsou určeny k přímé péči o klienty a pracovní pozice zajišťující chod zařízení. Předpokládáme, že snížení počtu zaměstnanců na jednoho klienta bude u pracovních pozic přímé péče nižší než u ostatních pracovních pozic.

Tabulka 16 Personální zajištění přímé péče

Rozdělení pracovních pozic	Starý domov pro seniory k prosinci 2014	Nový domov pro seniory k červnu 2016
Celkem přímé péče	28	43,2
Přímá péče na 1 klienta	0,452	0,357
Celkem ostatních prac. pozic	20,2	36,2
Ostatních prac. pozic na 1 klienta	0,326	0,300

(Zdroj: Vlastní zpracování dle: VZ Bechyně, 2015; VZ Bechyně, 2014)

Z tabulek č. 15 a č. 16 je vidět, že v novém domově v ulici Na Libuši poklesl počet zaměstnanců v přepočtu na jednoho klienta oproti starému domovu v Klášterní ulici. Výraznější pokles sledované hodnoty není však u ostatních pracovních pozic, jak bylo předpokládáno, ale u počtu pracovníků přímé péče.

Mzdové náklady jsou největší položkou v celkových nákladech sledovaných domovů pro seniory. S poklesem zaměstnanců v přepočtu na jednoho klienta předpokládáme, že klesnou také mzdové náklady na jednoho klienta. Za sledovaná období, tedy roky 2014 a 2015 však byl průměrný počet zaměstnanců¹⁰ v roce 2014 ve starém domově 45,5 a v roce 2015 v novém domově 83,46. Z tabulky č. 17 je zřejmé, mzdové náklady na jednoho klienta byly v novém domově v roce 2015 vyšší než ve starém domově v roce 2014. Pro přepočet na jednoho klienta vycházíme z počtu 62 klientů ve starém domově pro seniory a z počtu 120,4 klienta v novém domově.

¹⁰ Přepočteno na plné úvazky

Tabulka 17 Mzdové náklady za období 2014 a 2015

Mzdové náklady	Starý domov pro seniory 2014	Nový domov pro seniory 2015
Mzdové náklady celkem v Kč	9 905 608	19 626 387
Mzdové náklady na 1 klienta v Kč	159 768	163 010

(Zdroj: Vlastní zpracování dle: VZ Bechyně, 2015; VZ Bechyně, 2014)

Průměrný počet 45,5 zaměstnance v roce 2014 ve starém domově by znamenal přepočten 0,758 zaměstnance na jednoho klienta. U nového domova s průměrným počtem 83,46 zaměstnance v roce 2015 by tato hodnota byla 0,693. Mezi roky 2014 a 2015 došlo ke zvýšení průměrné mzdy z 18 083 Kč na 19 441 Kč, které bylo příčinou zvýšení celkových mzdových nákladů i mzdových nákladů na jednoho klienta. V porovnání personálního zajištění byly použity údaje o pracovních pozicích z prosince 2014 ve starém domově a z června 2016 v novém domově pro seniory.

Pro orientační porovnání mzdových nákladů při personálním složení domovů pro seniory ve sledovaném období použijeme průměrné mzdy z let 2014 a 2015, které vynásobíme počtem zaměstnanců.¹¹ Pro přepočten na jednoho klienta vycházíme z počtu 62 klientů ve starém domově pro seniory a z počtu 121 klientů v novém domově.

Tabulka 18 Orientační mzdové náklady mzdové náklady za období 2014 a 2016

Mzdové náklady	Starý domov pro seniory 2014	Nový domov pro seniory 2016
Průměrná měsíční mzda v Kč	18 083	19 441
Předpokládané mzdové náklady celkem	10 459 207	18 523 385
Mzdové náklady na 1 klienta v Kč	168 697	153 086

(Zdroj: Vlastní zpracování dle: VZ Bechyně, 2015; VZ Bechyně, 2014)

Při orientačním porovnání mzdových nákladů (viz. tabulka 18), kdy bylo počítáno s předepsaným počtem pracovních pozic a průměrnou mzdou za roky 2014 a 2015, došlo k výraznému poklesu mzdových nákladů na jednoho klienta a to o bez mála 10 %.

¹¹ Starý domov 2014: 48,2. Nový domov 2015: 79,4 (viz tabulka 15)

5.3.3. Provozní náklady

Provozními náklady, pro účely porovnání nového a starého domova pro seniory, chápeme spotřebu materiálu a potravin, energie a náklady na opravy a údržbu budovy. Porovnání provozních nákladů starého domova za rok 2014 a nového domova za rok 2015 je znázorněno v tabulce č. 19.

Tabulka 19 Provozní náklady v letech 2014 a 2015

Provozní náklady	Starý domov pro seniory 2014	Nový domov pro seniory 2015
Spotřeba materiálu	3 419 260	5 026 000
Spotřeba energie	1 711 010	3 200 000
Opravy a udržování	199 690	95 000
Celkem	5 329 960	8 321 000

(Zdroj: Vlastní zpracování dle: VZ Bechyně, 2015; VZ Bechyně, 2014)

Pro porovnání provozních nákladů na jednoho klienta, které je znázorněno v tabulce č. 20, bylo počítáno s 62 klienty ve starém domově pro seniory v Bechyni a s 120,4 klientem v novém domově.

Tabulka 20 Provozní náklady v letech 2014 a 2015 na jednoho klienta

Provozní náklady	Starý domov pro seniory 2014	Nový domov pro seniory 2015
Spotřeba materiálu	55 149	41 744
Spotřeba energie	27 597	26 578
Opravy a udržování	3 221	789
Celkem	85 967	69 111

(Zdroj: Vlastní zpracování dle: VZ Bechyně, 2015; VZ Bechyně, 2014)

Z údajů je zřejmé, že provozní náklady na jednoho klienta výrazně klesly ve všech kategoriích. Náklady na opravy a udržování klesly dokonce i celkově, což je dáno výměnou starého objektu za novou budovu. Náklady na jednoho klienta klesly i v případě energií, a to i přesto, že nový domov je vybaven násobně větším množstvím pokojů.

Orientační srovnání nákladů na energie ve sledovaných domovech pro seniory v přepočtu na jeden pokoj¹² je znázorněno v tabulce č. 21.

Tabulka 21 Náklady na energie v letech 2014 a 2015 na jeden pokoj

Náklady na energie	Starý domov pro seniory 2014	Nový domov pro seniory 2015
Celkem	27 597	26 578
Na jeden pokoj	1 254	263

(Zdroj: Vlastní zpracování dle: VZ Bechyně, 2015; VZ Bechyně, 2014)

5.3.4. Dotace

Domov pro seniory Bechyně získává také finanční prostředky prostřednictvím dotací ze státního rozpočtu a od zřizovatele, tedy Jihočeského kraje. Dotace od zřizovatele činila v roce 2014 bezmála 3 mil. Kč a v roce 2015 činila 3,34 mil. Kč. Vzhledem k tomu, že tyto prostředky byly určeny na vybavení nové budovy v Libušině ulici, resp. na její odpisy, bude přepočet přidělených dotací na jednoho klienta využit v tabulce č. 22 jen u dotace ze státního rozpočtu, kapitoly MPSV.

Tabulka 22 Účelové neinvestiční státní dotace Domova pro seniory v Bechyni

Dotace od MPSV	Starý domov pro seniory 2014	Nový domov pro seniory 2015
Celková dotace	5 620 600	11 227 700
Dotace na 1 klienta	90 655	93 253

(Zdroj: Vlastní zpracování dle: VZ Bechyně, 2015; VZ Bechyně, 2014)

Účelová neinvestiční dotace ze státního rozpočtu byla v přepočtu na jednoho klienta v roce 2015 o 2,87% vyšší než v roce 2014. Ze státního rozpočtu plynuly dotace do Domova pro seniory v Bechyni i z jiných kapitol, především prostřednictvím úřadu práce. Navýšení dotací od úřadu práce bylo proporcionálně znatelně vyšší, a to z důvodu přijetí většího

¹² Ve starém domově pro seniory v Klášterní ulici bylo pro klienty celkem 22 pokojů. V novém domově v ulici Na Libuši mají klienti k dispozici celkem 101 pokojů

počtu nových zaměstnanců. Tyto dotace však nejsou přímo určeny na provoz domova pro seniory (VZ Bechyně, 2015; VZ Bechyně, 2014).

5.3.5. Vyhodnocení sledovaných ukazatelů

Nejzásadnější změnou ve výnosech za služby Domova pro seniory v Bechyni mezi lety 2014 a 2015 byl propad příjmů z příspěvku na péči o bezmála 10 tis. Kč v průměru na jednoho klienta. Snížení bylo způsobeno změnou skladby klientů. V roce 2015 bylo v novém domově poměrově větší zastoupení klientů s nižšími stupni závislosti než ve starém domově v roce 2014. Naopak navýšení dotace od MPSV, úhrady zdravotních pojišťoven a úhrady klientů za ubytování a stravu zvýšily příjmy domova pro seniory v průměru na jednoho klienta o více než 8 tis. Kč.

Tabulka č. 23 znázorňuje procentuální poměr výnosů obou zařízení v porovnání se strukturou financování v domovech pro seniory z roku 2009 (VZ Bechyně, 2015; VZ Bechyně, 2014; PRŮŠA, HORECKÝ, 2012).

Tabulka 23 Podíl vybraných příjmů Domova pro seniory v Bechyni na celkových výnosech v letech 2014 a 2015

Výnos	Starý domov pro seniory 2014	Nový domov pro seniory 2015	Struktura financování 2009
Úhrad za pobyt a stravu	29,76%	32,22%	30,50%
Úhrada za péči (příspěvek na péči)	26,74%	25,31%	25,30%
Úhrady zdravotních pojišťoven	4,76%	5,86%	5,60%
Dotace MPSV	25,44%	27,61%	23,80%

(Zdroj: Vlastní zpracování dle: VZ Bechyně, 2015; VZ Bechyně, 2014; PRŮŠA, HORECKÝ, 2012)

Podíl výnosů za služby na celkových výnosech v letech 2014 a 2015 přibližně odpovídá struktuře financování domovů pro seniory z roku 2009. Propad příjmů z příspěvků na péči,

který byl znatelný mezi lety 2014 a 2015 v přepočtu na jednoho klienta, znamenal snížení podílu těchto příjmů na celkových výnosech pouze o 1,43%. Podíl dotací od MPSV, jejichž podíl na celkových výnosech již u starého domova v roce 2014 činil 25,44% a byl vyšší než 23,80% v rámci struktury příjmů domovů pro seniory z roku 2009, se navýšil pro rok 2015 na 27,61% z celkových příjmů Domova pro seniory Bechyně. Vezmeme-li v úvahu, že v rámci struktury příjmů domovů pro seniory z roku 2009 jsou státní dotace myšleny nejen dotace MPSV, ale i ostatních rezortů státní správy, může být tento podíl ještě výraznější.

Mzdové náklady v novém Domově pro seniory Bechyně byly za rok 2015 v přepočtu na jednoho klienta vyšší než mzdové náklady ve starém domově za rok 2014, přestože průměrný počet zaměstnanců v přepočtu na jednoho klienta byl v roce 2015 nižší než v roce 2014. Nárůst mzdových nákladů byl způsoben vyšší průměrnou mzdou zaměstnanců domova v roce 2015 o 7,5% oproti průměrné mzdě za rok 2014.

U provozních nákladů byl v přepočtu na jednoho klienta zaznamenán pokles ve všech sledovaných ukazatelích. Náklady na energie v přepočtu na jednoho klienta se snížily, přestože nový domov pro seniory má skoro 5x více pokojů než starý domov.

Celkově lze tedy konstatovat, že snížení výnosů z příspěvku na péči bylo kompenzováno vyššími příjmy z ostatních tržeb za služby a dotací MPSV. Ačkoliv mzdové výdaje vzhledem k navýšení průměrné mzdy mezi lety 2014 a 2015 v přepočtu na jednoho klienta stouply, dá se předpokládat, že snížením počtu zaměstnanců dojde v roce 2016 v této oblasti k úsporám.

5.4. Terénní výzkum v domově pro seniory v Bechyni s klienty, kteří byli přestěhováni z domova pro seniory Budislav – Tučapy

Vzhledem ke zrušení domova pro seniory v Tučapech došlo k přemístění tamních klientů do nového domova pro seniory v Bechyni. Úkolem terénního výzkumu bylo analyzovat, zda přestěhovaným seniorům tato změna prostředí vadí, jak se změnily jejich životní podmínky a zda přemístění seniorů nezhoršilo možnosti jejich příbuzných a známých v četnosti navštěvování dotčených seniorů a dojezdové vzdálenosti těchto blízkých za seniory. Před zahájením výzkumu bylo předpokládáno, že klienti sice ocení

lepší vybavenost nového domova v Bechyni, ale budou postrádat své původní bydlení v Tučapech, či Budislavi.

5.4.1. Metodika výzkumu a sběr dat

Za metodu výzkumu byly určeny osobní rozhovory s dotčenými klienty. V jednom případě byl rozhovor proveden s klientkou, která trpí vážnou vadou sluchu, za asistence její dcery. Rozhovory byly prováděny v budově domova pro seniory v Bechyni 11.7.2016. U klientů není v této práci uváděno jméno, ale pouze pohlaví a věk. Tyto údaje byly poskytnuty vedením domova pro seniory se souhlasem klientů.

V domově pro seniory v Bechyni žije aktuálně celkem třináct seniorů, kteří byli přestěhováni ze zařízení Budislav – Tučapy. Rozhovory se podařilo uskutečnit celkem s deseti z nich. U dvou osob nebyl bohužel rozhovor možný uskutečnit vzhledem k jejich zdravotnímu stavu a jedna osoba žádost o rozhovor odmítla. Při přípravě i v průběhu samotných rozhovorů bylo postupováno v souladu s doporučenými metodami pro komunikaci se seniory.

Při komunikaci se seniorem je nutné brát ohled na to, že starší člověk může mít snížené smyslové vnímání, problémy s abstraktním myšlením, zhoršující se paměť a racionální myšlení, zhoršené vyjadřovací schopnosti a podobně. Je tedy nutné v rámci komunikace se seniory být trpělivý, hovořit pomaleji, hlasitěji, s dobrou artikulací a používat slovník, kterému starší člověk bude rozumět (Hauke, 2014). Dobře zvládnutá komunikace se staršími lidmi je nezbytná pro kvalitní poskytování sociálních služeb seniorům. Pokud se komunikace nedaří, vede to k nedorozuměním a nespokojenosti jak klientů, tak pracovníků a může se snižovat zájem další komunikaci. Chyby v komunikaci mohou mít pro seniory širší dopady, které rozhodují o spokojenosti seniora a následně jeho ochotě spolupráce, aktivním přístupu k životu a pocitu porozumění (Malíková, 2011). Nejčastějšími chybami v komunikaci se seniory jsou výrazná autoritativnost a netrpělivost k seniorovi, špatná interpretace sdělení seniora a unáhlené závěry (Přinosilová 2007, s. 33). V rámci komunikace se seniory se používají strukturované rozhovory s předem připravenými otázkami, které slouží pro dosažení konkrétních cílů (řešení stížností, změn), tedy pomoci nebo kontroly. Důležité je dodržovat danou strukturu a postupovat v jednotlivých fázích (Hauke, 2014).

1. Příprava rozhovoru: Před zahájením samotného rozhovoru je potřeba vytyčit cíle, kterých má být dosaženo, zvolit postupy a stěžejní otázky. Důležitý je také výběr vhodného místa k uskutečnění rozhovoru.
2. Otevření rozhovoru: Jedná se o začátek samotné komunikace se seniorem, ve kterém je vytvořen pocit důvěry a prostor k další spolupráci pomocí zájmu o seniora v rámci sociální komunikace.
3. Dojednávání a průběh rozhovoru: Samotné jádro rozhovoru, které má dosáhnout stanoveného cíle.
4. Ukončení: Shrnutí výsledků a zhodnocení rozhovoru se samotným seniorem, na jehož konci je potřeba se ujistit, že bylo oboustranně porozuměno plánovaným změnám nebo potřebám seniora.

Pro uskutečnění rozhovorů bylo zásadní, aby klienti na návštěvu výzkumného pracovníka byli připraveni a samotný rozhovor probíhal v pro ně nejpřirozenějším prostředí. Z těchto důvodů byli klienti již několik dní předem osloveni pracovníky Bechyňského domova pro seniory s žádostí, zda by byli ochotni pomoci při tvorbě diplomové práce studenta Vysoké školy ekonomické, který by je navštívil a položil několik otázek. Tento postup měl na průběh rozhovorů pozitivní vliv, protože senioři nebyli z oslovení výzkumného pracovníka překvapení, naopak projevovali většinou zájem, s čím mohou pomoci. Vzhledem k pobytu většiny klientů v jednolůžkových pokojích, byly vybrány, jako nepříhodnější místa ke konání rozhovorů, samotné pokoje seniorů.

Pro jádro samotného výzkumu bylo zvoleno pět základních otázek, které měly v rámci rozhovorů napomoci k dosažení potřebných informací.

- 1) Kde jste bydlel/a před nástupem do domova v Tučapech?
 - Tato otázka má přinést porovnání vzdálenosti bydliště s předchozím a současným bydlením v domově pro seniory. Zároveň by tento úvod měl přispět k otevřenosti seniora a jeho rozpovídání se.

- 2) Jak dlouho jste byl/a v domově v Tučapech/ Budislavi?
- Délka pobytu může ovlivňovat pohled na porovnávání domovů pro seniory. Slouží tedy jako podklad pro vyhodnocování zkoumaného srovnání. Zároveň má za cíl nasměrovat seniora předem k následující otázce.
- 3) Je něco, co Vám oproti domovu v Tučapech/ Budislavi schází a naopak jsou věci, které Vám v Bechyni přijdou lepší? Co se Vám na domově v Bechyni líbí?
- Formulace této otázky je pouze orientační. V rámci souvislého rozhovoru jde o pohled klienta na bývalý a současný domov pro seniory, jejich porovnání, sdělení příjemných a nepříjemných zkušeností s domovy, ohodnocení kvality zařízení a poskytovaných služeb, kterých klient využívá i případně naopak proč nabízených služeb nevyužívá.
- 4) Je pro Vaši rodinu a přátele dostupnost Vašeho nového domova v Bechyni stejná / horší / lepší?
- Zde má senior za úkol posoudit, zda jeho přestěhování mohlo ovlivnit nebo ztížit jeho příbuzným a blízkým možnost ho navštěvovat. Je tedy nutné vést rozhovor na téma, kdo klienta navštěvuje, odkud za ním jezdí a jaké má návštěvy ve srovnání s dobou, kdy bydlel v předchozím domově.
- 5) Ztratil/a jste kvůli přestěhování kontakt s někým blízkým?
- Změnou domova nemuselo dojít pouze ke zhoršení dostupnosti blízkých osob, ale také k úplnému přetrhání vazeb. A to s osobami, které v místě původního domova bydlí a nyní nemohou do Bechyně dojíždět nebo, zejména u klientů z Budislavi, ke ztrátě přátel, kteří s dotčenými klienti byli v původním domově.

5.4.2. Získaná data z rozhovorů s klienty

Jak již bylo zmíněno, základní otázky tvořily pouze osu vedených rozhovorů a často ve výsledku nebyly kladeny v přesném pořadí, ve kterém jsou v této práci uvedeny. Posloupnost hovorů byla měněna podle samotných výpovědí klientů, a to v případě, že se

klient sám ve svém povídání dostal k tématu týkajícího se až pozdější otázky. Výpovědi seniorů jsou uváděny v pořadí, ve kterém byly pořízeny.

Senior 1

Pohlaví	Věk	Předchozí domov / Doba ubytování	Počet lůžek na pokoji v novém / předchozím domově
Muž	66	Tučapy / 2 roky	1 / 3-4

Klient původně pochází z obce u Veselí nad Lužnicí, kde bydlí i jeho rodina. Dostupnost nového domova v Bechyni je tak pro ně zhruba stejná. Porovnání domovů pro seniory dopadlo jednoznačně pro nový domov v Bechyni. Nejvíce pozitivní byl názor na samostatný pokoj a sociální zařízení. Ze zájmových činností klient nejvíce oceňuje v Bechyni kino, které v Tučapech nebylo.

Senior 2

Pohlaví	Věk	Předchozí domov / Doba ubytování	Počet lůžek na pokoji v novém / předchozím domově
Žena	87,5	Tučapy / 4 roky	2 / 4

Klientka před nástupem do předchozího domova bydlela u dcery přímo v Tučapech. Tato část rodiny k ní má tedy dostupnost značně horší. Druhá dcera však pochází z obce 10 km daleko od Bechyně s dobrým dopravním spojením. Pro ni je tak dostupnost naopak mnohem lepší. Klientka je spokojená s aktivizačními činnostmi domova, především se cvičením, které v takové formě v předchozím domově nebylo. Změna prostředí však připravila klientku o řady přátel, které v Tučapech měla a z přátel se tak může běžně vídat jen s ostatními seniory přestěhovanými z Tučap do Bechyně.

Senior 3

Pohlaví	Věk	Předchozí domov / Doba ubytování	Počet lůžek na pokoji v novém / předchozím domově
Žena	73,5	Budislav / 6 let	1 / 6

Klientka pochází z Tábora, kde v současnosti žije i její rodina. Dostupnost mají příbuzní v případě, že jedou automobilem stejnou, v případě veřejné dopravy lepší. Domov v Budislavi klientce připadal však více rodinný, vícelůžkový pokoj měl své výhody i nevýhody, ale v Bechyni jí chybí přátelé, které v původním domově měla a společenské aktivity s nimi. V Bechyni klientka oceňuje širší nabídku služeb především pohybových aktivit. V Budislavi docházela pouze občas fyzioterapeutka.

Senior 4

Pohlaví	Věk	Předchozí domov / Doba ubytování	Počet lůžek na pokoji v novém / předchozím domově
Žena	80	Budislav / 3,5 roku	1 / 4

Klientka pochází z malé obce severně od Tábora. Dcera, která se rozhovoru zúčastnila, pochází však z Bechyně a je pro ni dostupnost navštěvování o mnoho lepší. Porovnání předchozího a současného bydlení dopadlo jednoznačně ve prospěch nového domova v Bechyni, přičemž důraz byl kladen především na výhodu vlastního pokoje a sociálního zařízení. Klientka se také účastní více aktivit než v předchozím domově. Podle dcery aktivity v domově v Budislavi byly, ale personál domova o nich klienty pouze informoval. „Tady maminku přemluví, aby se také zúčastnila, a já jsem za to moc ráda“. Sama klientka má nejraději zpívání a nebyla schopna odpovědět, proč se v předchozím domově aktivit neúčastnila.

Senior 5

Pohlaví	Věk	Předchozí domov / Doba ubytování	Počet lůžek na pokoji v novém / předchozím domově
Žena	83	Tučapy / 0,5 roku	1 / 3

I přestože klientka pochází přímo z Tučap, nevnímá případné zhoršení dostupnosti svých blízkých. Rodina má dojezdovou vzdálenost zhruba stejnou a známí z Tučap stejně jezdí. Porovnání domovů vyznělo jednoznačně pro Bechyni. Důraz byl kladen především na komfort, vlastní pokoj se sociálním zařízením a mnoho aktivit, s kterými v Bechyni „nedají pokoj“. Mezi její nejoblíbenější aktivity patří kuželky a cvičení. V Tučapech nebyly aktivity v podstatě žádné.

Senior 6

Pohlaví	Věk	Předchozí domov / Doba ubytování	Počet lůžek na pokoji v novém / předchozím domově
Žena	86,5	Tučapy / 11 let	1 / 3

Klientka původně pochází ze Sezimova Ústí, ale rodina za ní dojíždí z Prahy a dostupnost Bechyně je tak pro ně stejná jako předtím Tučap. Na novém domově klientka nejvíce oceňuje lepší bydlení, vlastní sociální zařízení. Ve starém domově se jí hůře dýchalo, s přestěhováním tyto problémy ustoupily. Klientka využívá podle svých slov mnoho aktivit, kterých v Tučapech tolik nebylo. Mezi její nejoblíbenější patří "Školka mezi námi" v rámci projektu "Mezi námi". Jediné, co klientce v Bechyni chybí, je hezké nádvoří zrušeného Tučapského domova pro seniory, který sama ještě pamatuje jako měšťanskou školu.

Senior 7

Pohlaví	Věk	Předchozí domov / Doba ubytování	Počet lůžek na pokoji v novém / předchozím domově
Muž	82	Tučapy / 2 měsíce	1 / 1

Klient původně pochází původně z Tábora, kde žije i jeho rodina. Tedy dostupnost příbuzných je do Bechyně stejná, jako byla do Tučap. Vzhledem k tomu, že klient byl v domově v Tučapech jen krátce a v době, kdy byl domov obsazen už jen zhruba z poloviny své kapacity, měl klient k dispozici vlastní pokoj stejně tak jako nyní. Žádné změny po přestěhování z domova pro seniory Tučapy do zařízení v Bechyni nepocítuje, protože je nejraději sám a venku.

Senior 8

Pohlaví	Věk	Předchozí domov / Doba ubytování	Počet lůžek na pokoji v novém / předchozím domově
Žena	66	Tučapy / 2 roky	1 / 3-4

Klientka původně pochází z Dražic, které leží zhruba 5 km západně od Tábora. Dostupnost rodiny však byla lepší do předchozího domova v Tučapech. Na novém domově v Bechyni klientka oceňuje lepší vybavenost a soukromí vlastního pokoje. Chybí ji však domáctější prostředí, které pocítovala v Tučapech. Aktivit domova se neúčastní z důvodů soukromých záležitostí, kvůli kterým raději teď tráví čas sama.

Senior 9

Pohlaví	Věk	Předchozí domov / Doba ubytování	Počet lůžek na pokoji v novém / předchozím domově
Muž	75	Budislav / 2 roky	1 / 5, ke konci 2

Klient pochází ze Sudoměřic u Tábora, odkud za ním příbuzní mají dostupnost do Bechyně stejnou jako do předchozího domova. Dále ho navštěvují pouze zaměstnankyně domova Budislav. Na novém domově klient nejvíce oceňuje soukromí vlastního pokoje a lepší vybavení celého objektu. Z aktivit nejvíce využívá cvičení, fitcentrum a poslech hudby, ale co do rozsahu a kvality klientovi přijde nabídka aktivit v Bechyni podobná, jako byla v Budislavi.

Senior 10

Pohlaví	Věk	Předchozí domov / Doba ubytování	Počet lůžek na pokoji v novém / předchozím domově
Žena	92	Tučapy / 10 let	1 / 4

Klientka původně bydlela v Hutích u Bechyně, kde se starala o svou maminku. Příbuzní za ní z Tábora mají dostupnost v podstatě stejnou, ale dle jejích slov za ní skoro vůbec nejezdí. Na novém domově nejvíce oceňuje soukromí vlastního pokoje, kde se s ostatními nemusí domlouvat na činnostech (např. ohledně poslechu rádia), tak jako v Tučapech. Aktivity domova pro seniory v Bechyni klientka v podstatě vůbec nevyužívá. V Tučapech chodila alespoň ráda ven, protože tam bylo hezké prostředí, které znala.

5.4.3. Vyhodnocení terénního výzkumu

Z provedeného šetření mezi deseti seniory přestěhovanými z domova pro seniory Budislav - Tučapy do nového domova pro seniory v Bechyni vyplývají následující poznatky:

- 1) Všichni dotazovaní senioři vnímají velice pozitivně soukromí a komfort vlastního pokoje, především pak zázemí vlastního sociálního zařízení, které mají k dispozici přímo na pokoji. Některým klientům z Tučap chybí venkovní okolí domova, které pro ně bylo v Tučapech příjemnější.
- 2) Klienti z Tučap převážně oceňují velké množství zajímavých aktivit, které jim nový domov v Bechyni nabízí. Z částí rozhovorů o aktivitách s klienty přestěhovanými z Tučap vyplývá, že bylo v Tučapech aktivit nejen mnohem méně než nyní v Bechyni, ale tyto aktivity byly ke konci fungování domova v Tučapech utlumovány. Tento postup byl klienty kritizován a můžeme ho považovat za chybný, protože péče o seniory by neměla být omezována z důvodu ukončování chodu zařízení i v případě, že jde "pouze" o aktivizační činnosti. Klienti z Budislavi velké rozdíly ohledně aktivit nabízených domovy pro seniory nepocítují. Nejčastěji klienti mezi oblíbenými aktivitami jmenovali cvičení.
- 3) Pro rodinné příslušníky sledovaných seniorů se dostupnost do nového domova pro seniory v Bechyni většinou nezměnila. Pouze u jedné klientky mají rodinní příslušníci dopravní spojení horší. Naopak pro řadu příbuzných je nyní cestování k seniorům lepší.
- 4) Omezení nebo znemožnění kontaktu s přáteli z důvodu přestěhování do Bechyně bylo zaznamenáno pouze u dvou klientek. U jedné klientky z Tučap, která přímo z Tučap pochází a u druhé klientky z Budislavi. Zároveň jsou tyto dvě klientky jediné z celkových deseti dotazovaných seniorů, u kterých se projevil v některém ze zkoumaných ohledů vážnější negativní postoj k jejich přesunu z bývalého domova pro seniory do Bechyně. Pozitivním jevem, který byl zaznamenán, je navštěvování přestěhovaných klientů jejich bývalými zdravotními sestrami a ošetřovatelkami z původního domova pro seniory Budislav – Tučapy.

- 5) Z terénního šetření také vyplynulo, že všichni dotazovaní senioři pocházejí z území bývalého okresu Tábor, ale není jednoznačná spádovost do obvodu s rozšířenou působností Soběslav, do kterého domov pro seniory Budislav - Tučapy patřil. Naopak většina z deseti seniorů, se kterými byly rozhovory uskutečněny, pochází původně z území obvodu obce s rozšířenou působností Tábor.

5.5. Shrnutí případové studie

V rámci případové studie byl zkoumán nový Domov pro seniory Bechyně, který je jedním ze šesti zařízení tohoto typu v okrese Tábor a od roku 2015 nahrazuje původní Domov pro seniory Bechyně a zrušený Domov pro seniory Tučapy. Nový Domov pro seniory Bechyně má kapacitu 122 lůžek, původní domov v Bechyni měl kapacitu 62 lůžek a zrušený domov v Tučapech pak 55 lůžek. K vybudování nového domova a zrušení dvou starých domovů pro seniory došlo z rozhodnutí Jihočeského kraje již staré budovy nerekonstruovat. Nový domov nevznikl z důvodu navýšení kapacity služeb, která je skoro stejná, ale z důvodu zvýšení komfortu bydlení klientů. Nová budova v Bechyni disponuje 80 jednolůžkovými a 21 dvoulůžkovými pokoji, na místo vícelůžkových pokojů ve zrušených domovech pro seniory. Dále je nový domov pro seniory vybaven rehabilitačními a cvičícími místnostmi, komplexnějším zázemím pro personál a je více bezbariérový než původní zařízení. Nový Domov pro seniory Bechyně poskytuje svým klientům ošetrovatelskou a sociální péči mimo jiné pomocí metod bazální stimulace a biografické péče. Dále mají klienti možnost široké škály aktivizačních činností, mezi které od roku 2015 patří také projekt "Mezi námi", v rámci kterého se setkávají s dětmi z mateřské školky.

V personálním zajištění a vybraných ukazatelích nákladů a výnosů byla porovnávána data nového Domova pro seniory Bechyně za rok 2015 se zrušeným původním domovem v Bechyni. Vzhledem k rozdílnému počtu klientů v domovech byla data přepočítávána pro srovnání na jednoho klienta. Personální obsazení pracovních pozic domova pro seniory se mění dle potřeb provozu a zdrojů pracovních sil. Počet pracovních míst tedy není v čase stabilní. V porovnání předepsaných pracovních pozic starého a nového domova pro seniory, které odpovídalo prosinci 2014, resp. červnu 2016, došlo ke snížení pracovních

míst o 15 %. V případě průměrného počtu zaměstnanců v letech 2014 a 2015 došlo ke snížení počtu pracovních pozic na jednoho klienta pouze o 8,5%. Při tomto průměrném stavu zaměstnanců mzdové náklady na jednoho klienta naopak vzrostly o 2%, což bylo dáno vyšší průměrnou mzdou. Za předpokladu předepsaného personálního obsazení a průměrných mezd v letech 2014 a 2015 by naopak došlo ke snížení mzdových nákladů o 10%. Provozní náklady v přepočtu na jednoho klienta byly přesunem ze staré do nové budovy sníženy o 20%, a to i přes násobné navýšení počtu pokojů pro klienty.

V rámci výnosů z tržeb za služby byl největší změnou v přepočtu na jednoho klienta mezi lety 2014 a 2015 pokles příjmů z příspěvku na péči o 10%. Pokles byl způsoben změnou struktury klientů dle stupně závislosti v nároku na příspěvek na péči. Přestože vzrostly úhrady za ubytování a stravu, úhrady od zdravotních pojišťoven i za fakultativní služby, celkové tržby za služby mezi lety 2014 a 2015 poklesly v přepočtu na jednoho klienta o 2%. Dotace od MPSV vzrostly v přepočtu na jednoho klienta za sledovaná období o bezmála 3%. Ve srovnání se strukturou financování v domovech pro seniory z roku 2009 je struktura financování Domova pro seniory Bechyně v obou obdobích ve sledovaných ukazatelích podobná. Výraznější odchylka je zaznamenána pouze u dotací, které jsou v letech 2014 i 2015 zastoupeny ve struktuře příjmů výrazněji, než jak uvádí struktura financování domovů pro seniory z roku 2009.

S klienty, kteří byli přestěhováni do nového Domova pro seniory v Bechyni ze zrušeného zařízení v Tučapech, byly uskutečněny řízené rozhovory s cílem analyzovat dopady přestěhování těchto klientů na srovnání změny domovů pro seniory a změny dostupnosti nového Domova pro seniory v Bechyni jejich příbuznými a známými. Celkem v Bechyni žije deset seniorů ze zrušeného zařízení Tučapy a tři senioři přestěhovaní na vlastní žádost ze zařízení v Budislavi. Rozhovory byly uskutečněny s deseti z nich. Všichni dotazovaní senioři oceňují zvýšený komfort nového domova, především soukromí na jednolůžkových pokojích a vlastní sociální zařízení. Pouze dle jedné klientky je dostupnost do Domova pro seniory v Bechyni horší nežli do původního zařízení. Nabídka aktivizačních činností je pro klienty, kteří původně byli v Domově pro seniory v Tučapech, nyní širší a zajímavější. Klienty přestěhovaní z Budislavi u aktivizačních činností velké rozdíly nevnímají.

Domov pro seniory Budislav - Tučapy se nachází v obvodu ORP Soběslav. Všichni senioři, s kterými byly uskutečněny rozhovory, pochází dle původního bydliště z okresu

Tábor, ale pouze 3 klienti pochází z obvodu ORP Soběslav a tedy 7 klientů je z obvodu ORP Tábor. Přestože tento vzorek klientů domovů pro seniory je velmi malý, můžeme i vzhledem k umístění domovů pro seniory v okrese Tábor předpokládat, že měřit dostupnost domovů pro seniory je vhodnější pro celý okres Tábor nežli pro obvody ORP Tábor a Soběslav zvlášť.

6. Závěr

Populace v EU stárne a Česká republika není výjimkou. Již nyní kapacity domovů pro seniory nejsou dostatečné a s přibývajícím počtem seniorů, zvláště seniorů vyššího věku, bude potřeba tyto služby rozvíjet. Částečným řešením je také neumísťovat seniorů, u kterých není nutná ústavní péče a mohou bydlet doma, do domovů pro seniory, ale poskytnout jim více ostatních sociálních služeb pro seniory. Plánováním sociálních služeb se zabývá komunitní plánování.

Významné změny do fungování sociálních služeb vnesl zákon č. 108/2006 Sb. o sociálních službách. Jednou z jeho částí je zavedení příspěvku na péči, který má financovat sociální péči o osoby odkázané na pomoc druhé osoby. Tato forma příspěvku se používá i v dalších státech, například v Německu, Rakousku a na Slovensku. Příspěvek na péči by měl být také motivací pro domovy pro seniory k přijímání klientů s co nejvyšším příspěvkem na péči. Tedy klientů, jejichž zdravotní stav vyžaduje ústavní péči nejvíce. Financování domovů pro seniory je velmi závislé na dotacích od zřizovatelů a MPSV. Tato závislost se projevila i ve struktuře financování sledovaného Domova pro seniory Bechyně. Změna systému financování na zásadní využití soukromého pojištění, tak jako např. v Německu, by pravděpodobně nebyla úspěšná vzhledem k současným specifickým podmínkám v České republice.

Stárnutí obyvatelstva se týká celé České republiky, Jihočeský kraj nevyjímaje. Cílem diplomové práce bylo zmapovat pobytové sociální služby pro seniory v Jihočeském kraji a zhodnotit jejich dostupnost. Podrobněji se práce zabývala nově vybudovaným Domovem pro seniory v Bechyni. V roce 2014 bylo v Jihočeském kraji provozováno 39 domovů pro seniory s celkovou kapacitou 3 039 lůžek. Dostupnost těchto služeb v kraji byla analyzována pro všech 7 okresů a 17 obvodů obcí s rozšířenou působností v rámci poměru počtu obyvatel starších 80 let ku počtu lůžek v oblasti.

Na základě této analýzy je možné potvrdit hypotézu 1, že dostupnost domovů pro seniory mezi obvody ORP je více diferenciovaná nežli mezi okresy Jihočeského kraje. Nejvyšší i nejnižší hodnoty vybaveností domovy pro seniory vykazují ty obvody ORP, které v minulosti nebyly okresními městy. V některých obvodech ORP hůře vybavených

domovy pro seniory jsou tyto služby nahrazovány terénními sociálními službami, jedná se o obvody ORP Milevsko a Týn nad Vltavou.

V rámci případové studie byl posuzován nově zbudovaný Domov pro seniory v Bechyni s kapacitou 122 lůžek. Je jedním ze šesti zařízení tohoto typu v okrese Tábor a vznikl namísto zrušených domovů pro seniory v Bechyni s kapacitou 62 lůžek a v Tučapech s kapacitou 55 lůžek. Kapacita domovů pro seniory v okrese Tábor byla tak navýšena pouze o 5 lůžek. Touto změnou došlo však ke sblížení ukazatelů dostupnosti domovů pro seniory v obvodech ORP Tábor a Soběslav.

Dle hypotézy 2 bylo předpokládáno, že vzhledem k většímu počtu klientů v novém domově v Bechyni oproti starému domovu, dojde k poklesu pracovních míst v přepočtu na jednoho klienta, a to větší měrou u ostatních pracovních pozic nežli u pracovních pozic přímé péče. Hypotéza 2 byla vyvrácena, protože k poklesu pracovních pozic sice opravdu došlo, ale oproti předpokladům byl zaznamenán větší pokles pracovních míst přímé péče nežli ostatních pracovních míst. Mzdové náklady mezi lety 2014 ve starém domově a 2015 v novém domově však v přepočtu na jednoho klienta mírně vzrostly z důvodu vyšších průměrných mezd.

V novém Domově pro seniory v Bechyni je menší podíl klientů s vyššími stupni závislosti nežli ve starém domově. Tato změna může být také důvodem poklesu pracovních pozic přímé péče o klienty. Struktura klientů snižuje výnosy domova pro seniory v příjmech z příspěvků na péči na jednoho klienta. Podíl státních dotací od MPSV na struktuře výnosů byl v novém domově v Bechyni za rok 2015 o více než dva procentní body vyšší než ve starém domově za rok 2014 a o bezmála o 4 procentní body nežli u struktury příjmů domovů pro seniory v roce 2009. V případě nového Domova pro seniory v Bechyni se potvrzuje klíčová role dotací MPSV na financování domovů pro seniory.

Provozní náklady dle očekávání v přepočtu na jednoho klienta byly v roce 2015 v novém domově nižší nežli v roce 2014 ve starém domově. Náklady na energie byly nižší, i přestože nový domov disponuje skoro pětinasobným počtem pokojů při zhruba dvojnásobném počtu klientů. Celkové náklady na údržbu budovy byly dokonce v novém domově v roce 2015 nižší než ve starém domově v roce 2014. To je nepochybně dáno výměnou staré budovy, kterou kraj již nechtěl rekonstruovat, za budovu úplně novou.

Součástí případové studie byly řízené rozhovory s 10 seniory přestěhovanými z Domova pro seniory Budislav - Tučapy do nového Domova pro seniory Bechyně, které měly odpovědět na hypotézy 3 a 4. Hypotéza 3 předpokládala, že přestěhovaní klienti ocení lepší komfort nového zařízení v Bechyni. Hypotéza byla potvrzena. Všichni oslovení klienti vnímají lepší vybavení domova velmi pozitivně. Dle hypotézy 4 bude přestěhovaným klientům chybět původní prostředí, ve kterém bydleli a pro jejich návštěvy bude dostupnost do Bechyně horší nežli dostupnost do původního zařízení. Tato hypotéza byla vyvrácena. Původní prostředí výrazně chybí pouze dvěma klientkám. Domov v Bechyni je ve srovnání s domovem v Tučapech hůře dostupný pro příbuzné jediné klientky. Negativní dopady přestěhování těchto klientů do Bechyně nejsou tedy zdaleka tak výrazné, jak se předpokládalo.

Za předpokladu, že nebyla již možná rekonstrukce budov zrušených domovů pro seniory v Tučapech a Bechyni, můžeme konstatovat, že ohledně nákladů na provoz a potřeb personálního zajištění došlo zřízením nového Domova pro seniory k úsporám. Vzhledem k výsledkům rozhovorů s přestěhovanými klienty a dostupnosti domovů pro seniory v okrese Tábor, resp. v obvodech ORP Tábor a Soběslav můžeme označit vybudování nového Domova pro seniory v Bechyni jako pozitivní. Do budoucna bude však potřeba více využívat kapacity tohoto domova pro osoby s vyššími stupni závislosti, u kterých je potřeba péče vyšší. Zároveň za péči o tyto osoby získává domov pro seniory vyšší výnosy z příspěvků na péči.

7. Literatura:

BAREŠ, P., PRŮŠA, L., Dostupnost sociálních péče ve správních obvodech obcí s rozšířenou působností v Jihočeském kraji, Praha: VÚPSV, v.v.i., 2016, FÓRUM sociální politiky 1/2016

BĚLINA, M.: Československé právo sociálního zabezpečení. 1. vyd. Praha: Univerzita Karlova, 1989

DVOŘÁČKOVÁ, D., Kvalita života seniorů v domovech pro seniory, 1.vyd.; Praha Grada Publishing, a.s., 2012

HAUKE, M. Zvládání problémových situací se seniory – nejen v pečovatelských službách, 1. vyd.; Praha: Grada Publishing, a.s., 2014

HERMAN, J., HERMANOVÁ, M., a kol. Základy managementu sociálních služeb. 1. vyd., Brno: T.I.G.E.R., 2008

HOLCZEROVÁ, V. - DVOŘÁČKOVÁ, D. Sociální péče o seniory, 1. vyd.; Praha: Grada Publishing, a.s., 2013

FRIEDLOVÁ, K., Bazální stimulace pro pečující, terapeutů, logopedů a speciální pedagogů (praktická příručka pro pracující v sociálních službách, dlouhodobé péči a ve speciálních školách). 2015. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR.

JEŘÁBKOVÁ, V., Zdravotně-sociální péče o seniory v České republice. In: Reprodukce lidského kapitálu I' vzájemné vazby a souvislosti I' II. ročník : Sborník z konference konané v rámci projektu 2D06026, financovaného MŠMT v rámci Národního programu výzkumu II. - Praha : VŠE v Praze, Nakladatelství Oeconomica, 2009. - ISBN 978-80-245-1434-5. - 8 s.

KALOUSEK, P. Existují možnosti zřízení domovů pro seniory v České republice v roce 2012?; Praha: Vysoká škola ekonomická v Praze, 2012

KLEVETOVÁ, D., DLABALOVÁ, I. Motivační prvky při práci se seniory, Praha: Grada Publishing, 2008.

KOLDINSKÁ, Kristina. Sociální právo. 2. vyd. Praha: C.H.Beck, 2007.

KRÁLOVÁ J. a RÁŽOVÁ E. Sociální služby a příspěvek na péči. Olomouc: Anag, 2012.

KREBS, V a kol. Sociální politika, 4. vyd.; Praha: ASPI, a.s., 2007, s 504

MALÍKOVÁ, E. Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních, 1. vyd.; Praha: Grada Publishing, a.s., 2011

MATOUŠEK, O. Sociální služby, 1. Vyd.; Praha: Portál, 2007

- M ÜHLERPACHR, P. Gerontopedagogika. 1. vyd.; Brno: Masarykova univerzita, 2004. 203 s.
- MUNKOVÁ, G. a kol. Sociální politika v evropských zemích, 1. vyd.: Praha: Karolinum, 2004
- NEČAS, E. a spolupracovníci, Obecná patologická fyziologie, Nakladatelství Karolinum Praha 2006, 2. Vydání, 377s.
- PIKOLA, P – ŘÍHA, M., Sociální péče v domovech pro seniory, 1. vyd.; Praha: Námořní akademie České republiky s.r.o., 2010
- PRŮŠA, L., Důsledky stárnutí populace na potřebu služeb sociální péče do roku 2030. In: Demografie, revue pro výzkum populačního vývoje, č. 3., Praha, ČSÚ, 2015
- PRŮŠA, L., Efektivnost financování sociálních služeb v domovech pro seniory, 1. vyd.; Praha: VÚPSV, 2008
- PRŮŠA, L., a HORECKÝ, J.: Poskytování služeb sociální péče pro seniory v České republice a ve Švýcarsku: mezinárodní komparace. 1. vyd. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb České republiky, 2012
- PRŮŠA, L., Efektivnost sociálních služeb: vybrané prvky a aspekty, 1. vyd.; Praha: VÚPSV, 2007a
- PRŮŠA, L., Ekonomie sociálních služeb, 2. vydání, Praha: ASPI, a.s., 2007b, s. 180
- PRŮŠA, L., a kol. Poskytování sociálních služeb pro seniory a osoby se zdravotním postižením. Praha: VÚPSV, v.v.i., 2010. s. 39.
- PŘINOSILOVÁ, D. Diagnostika ve speciální pedagogice. 2. vyd.; Brno: Paido, 2007. 178 s.
- TOMEŠ, I. Obory sociální politiky, 1. vyd.; Praha: Portál, 2011
- TROSTER, Petr a kol. Právo sociálního zabezpečení: 5. přepracované a doplněné vydání. Praha: C.H.Beck, 2010
- VESELÝ, Jiří a kol. Právo sociálního zabezpečení. Praha: Linde, 2013
- VOSTATEK, J. a kol. Financování a nákladovost sociálních služeb. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR, 2013
- ZAJACOVÁ, M. Program švýcarské-česko spolupráce a zavádění nových metod sociální práce se seniory, Tábor: APSS, 2013, Listy sociální práce. Číslo 0/2013

Internetové zdroje:

- Domov pro seniory Bechyně, Nabídka služeb poskytovaných v Domově pro seniory Bechyně, 2016a. Nepublikováno
- Domov pro seniory Bechyně, Účetní závěrka 2015, In [online]. justice.cz, 2016 [cit. 2016-07-31]. Dostupné z: <https://or.justice.cz/ias/ui/vypis-sl-detail?dokument=39469871&subjektId=73673&spis=441810>

Domov pro seniory Bechyně, Výroční zpráva 2014, In [online]. ddbechyne.cz, 2015 [cit. 2016-07-20]. Dostupné z: <http://www.ddbechyne.cz/vyrocni-zpravy/>

Domov pro seniory Bechyně, Výroční zpráva 2015, In [online]. ddbechyne.cz, 2016 [cit. 2016-07-22]. Dostupné z: <http://www.ddbechyne.cz/vyrocni-zpravy/>

Domov pro seniory Bechyně, Vnitřní pravidla společného soužití v Domově pro seniory Bechyně, 2016b. Nepublikováno

Domov pro seniory Budislav, Výroční zpráva 2015, In [online]. domovbudislav.cz, 2016 [cit. 2016-07-22]. Dostupné z: <http://www.domovbudislav.cz/index.php?nid=2962&lid=cs&oid=344468>

Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz, Höhe des Pflegegeldes, In [online]. help.gv.at, 2016 [cit. 2016-07-22]. Dostupné z: <https://www.help.gv.at/Portal.Node/hlpd/public/content/36/Seite.360516.html>

Česká asociace ergoterapeutů, Co je ergoterapie, In [online]. ergoterapie.cz, 2015 [cit. 2016-06-20]. Dostupné z: <http://www.ergoterapie.cz/Page.aspx?PageID=1>

Český statistický úřad, Inflace, spotřebitelské ceny, In [online]. czso.cz, 2016 [cit. 2016-06-30]. Dostupné z: https://www.czso.cz/csu/czso/mira_inflace

Český statistický úřad, Porodnost a plodnost 2006-2010, In [online]. czso.cz, 2011 [cit. 2015-10-29]. Dostupné z: <https://www.czso.cz/csu/czso/crj/porodnost-a-plodnost-2006-az-2010-bei2lxvhdf>

Český statistický úřad, Projekce obyvatelstva České republiky do roku 2100 - 2013, In [online]. czso.cz, 2013 [cit. 2015-12-30].

Český statistický úřad, Senioři v Jihočeském kraji 2015, 1. Demografické charakteristiky populace seniorů, In [online]czso.cz, 2015a [cit. 2016-07-10]. Dostupné z: <https://www.czso.cz/documents/10180/20537754/33015015kap1.pdf/5c7368c2-9e95-491b-8db4-385f190873da?version=1.10>

Český statistický úřad, Senioři v Jihočeském kraji 2015, 5. Důchody a sociální služby In [online]czso.cz, 2015b [cit. 2016-06-26]. Dostupné z: <https://www.czso.cz/documents/10180/20537754/33015015kap5.pdf/6fbe7166-ea40-4438-8577-7c9696e024d0?version=1.5>

Český statistický úřad, Vývoj obyvatelstva České republiky - 2014, In [online]. czso.cz, 2015 [cit. 2015-10-30]. Dostupné z: <https://www.czso.cz/csu/czso/vyvoj-obyvatelstva-ceske-republiky-2014>

Demografické informační centrum, Migrace, In [online]. demografie.info, 2004-2014 [cit. 2015-11-01]. Dostupné z: http://www.demografie.info/?cz_migrace=

Dimitrová, M. Demografické souvislosti stárnutí, In [online]. cvvm.soc.cas.cz, 2015 [cit. 2015-10-30]. Dostupné z:

http://cvvm.soc.cas.cz/media/com_form2content/documents/c3/a3964/f11/Dimitrov%C3%A1,%20Michaela.%20Demografick%C3%A9%20souvislosti%20st%C3%A1rnut%C3%AD.pdf

Eurostat, Population by age group , In [online]. europa.eu, 2015 [cit. 2015-10-31]. Dostupné z:

<http://ec.europa.eu/eurostat/web/population-demography-migration-projections/population-data/main-tables>

Eurostat, Statistika obyvatelstva na regionální úrovni, In [online]. europa.eu, 2014 [cit. 2015-10-29]. Dostupné z: http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Population_statistics_at_regional_level/cs

EVROPSKÁ ROZVOJOVÁ AGENTURA s.r.o., Manuál aktivního stárnutí, In [online]. eracr.cz, 2012 [cit. 2015-10-15]. Dostupné z: http://aktivne.eracr.cz/wp-content/uploads/2013/01/A5-manual_nahled.pdf

Idnes, V Bechyni se bude stavět moderní domov pro seniory za desítky milionů, In [online].

idnes.cz, 2012 [cit. 2016-07-16]. Dostupné z: Zdroj: http://budejovice.idnes.cz/v-bechyni-se-bude-stavet-moderni-domov-pro-seniory-za-desitky-milionu-1km-/budejovice-zpravy.aspx?c=A120102_135538_budejovice-zpravy_pp

Jihočeský kraj, Akční plán Střednědobého plánu rozvoje sociálních služeb Jihočeského kraje pro rok 2016, In [online] docplayer.cz 2015 [cit. 2016-06-25]. Dostupné z: <http://docplayer.cz/592257-Akni-plan-strednedobeho-planu-rozvoje-socialnich-sluteb-jihoceskeho-kraje-pro-rok-2016.html>

Jihočeský kraj, Střednědobý plán rozvoje sociálních služeb Jihočeského kraje na období 2014 – 2016 In [online] portalprace-jiznicechy.cz 2013 [cit. 2016-06-25]. Dostupné z WWW:

http://www.portalprace-jiznicechy.cz/e_download.php?file=data/editor/98cs_8.pdf&original=St%C5%99edn%C4%Bdob%C3%BD+pl%C3%A1n+rozvoje+soci%C3%A1ln%C3%ADch+slu%C5%BEeb+Jiho%C4%8Desk%C3%A9ho+kraje.pdf

KOMUNITNÍ PLÁNOVÁNÍ. I. Historie komunitního plánování. In [online]

komunitniplanovani.estranky.cz 2013 [cit. 2016-07-23]. Dostupné z:

<http://www.komunitniplanovani.estranky.cz/clanky/komunitni-planovani/i.-historie-komunitniho-planovani.html>

KOTRUSOVÁ, M., DOBIÁŠOVÁ, K., Česká republika na rozcestí mezi domácí a institucionální péčí o seniory, FÓRUM sociální politiky 6/2012. In [online] praha.vupsv.cz 2012 [cit. 2016-07-13]. Dostupné z: http://praha.vupsv.cz/Fulltext/FSP_2012-06.pdf

Mezi námi povídej. O nás, In [online] mezi-nami.cz 2015, [cit.2016-07-14]. Dostupné z WWW: <http://www.mezi-nami.cz/o-nas/>

MPSV. Co je komunitní plánování sociálních služeb a kdo jsou jeho hlavní aktéři In [online]

mpsv.cz 2005a, [cit.2016-06-25]. Dostupné z WWW: <http://www.mpsv.cz/cs/850>

MPSV. Komunitní plánování - věc veřejná In [online] mpsv.cz 2005b, [cit.2016-08-09]. Dostupné z WWW: <http://www.mpsv.cz/cs/847>

MPSV. Právní analýza II. Rozbor právního systému České republiky v oblasti sociálních služeb a jejich financování ve vztahu k právu Společenství v oblasti sociálních služeb v obecném zájmu. In [online]. podporaprocesu.cz, 2011 [cit. 2015-02-12]. Dostupné z: http://podporaprocesu.cz/wp-content/uploads/2013/01/Pravni_analyza_II.pdf

MPSV. Registr poskytovatelů sociálních služeb. In [online]. mpsv.cz, 2016 [cit. 2016-06-26]. Dostupné z: http://iregistr.mpsv.cz/socreg/hledani_sluzby.do?sd=domovy+pro+seniory&zak=Jiho%C4%8Desk%C3%BD&zaok=&SUBSESSION_ID=1468407512774_1

MPSV. Statistická ročenka z oblasti práce a sociálních věcí 2014, In [online]. mpsv.cz, 2015 [cit. 2016-05-22]. Dostupné z: http://www.mpsv.cz/files/clanky/22668/rocenka_prace_2014.pdf

MPSV. Statistická ročenka z oblasti práce a sociálních věcí 2011, In [online]. mpsv.cz, 2012a [cit. 2016-05-22]. Dostupné z: http://www.mpsv.cz/files/clanky/13613/rocenka_2011.pdf

MPSV. Statistická ročenka z oblasti práce a sociálních věcí 2008, In [online]. mpsv.cz, 2009 [cit. 2016-05-22]. Dostupné z: http://www.mpsv.cz/files/clanky/7870/rocenka_2008b.pdf

MPSV. Statistická ročenka z oblasti práce a sociálních věcí 2014, In [online]. mpsv.cz, 2015 [cit. 2016-05-22]. Dostupné z: http://www.mpsv.cz/files/clanky/22668/rocenka_prace_2014.pdf

MPSV. Základní informace o komunitním plánování sociálních služeb In [online] mpsv.cz 2012b, [cit.2016-06-25] Dostupné z WWW: <http://www.mpsv.cz/cs/858>

SKŘIČKOVÁ, Z. a kol. autorů., Metodiky pro plánování sociálních služeb, In [online] mpsv.cz 2007, [cit.2016-08-04] Dostupné z WWW: http://www.mpsv.cz/files/clanky/6480/Metodika_obecna.pdf

Sociální revue, Novela zákona o sociálních službách, In [online]. socialnirevue.cz, 2016 [cit. 2016-07-02]. Dostupné z: http://socialnirevue.cz/wp-content/uploads/2016/05/Novela_zakona_o_socialnich_sluzbach_pracovni_verze.pdf

Vencálek, L., Jak to chodí u Německých sousedů, In [online]. pecujdoma.cz, 2015 [cit. 2016-02-21]. Dostupné z: <http://www.pecujdoma.cz/zpravy/ze-zahranici/jak-to-chodi-u-nemeckych-sousedu/>

Veřejný ochránce práv, Příspěvek na péči, In [online]. ochrance.cz, 2016 [cit. 2016-06-29]. Dostupné z: <http://www.ochrance.cz/stiznosti-na-urady/chcete-si-stezovat/zivotni-situace-problemy-a-jejich-reseni/prispevek-na-peci/>

VIRONEN H., FERRY M., Dealing with Demographic Change: Regional Policy Responses, European policies research centre, 2010, No. 72, ISBN: 1-871130-78-6, Citováno 2015-10-29. Dostupné z: http://www.eprc.strath.ac.uk/eprc/documents/PDF_files/EPRP_72_DealingwithDemographicChange-RegionalPolicyResponses.pdf

Výcvikové canisterapeutické sdružení Hafík, z.s., In [online]. canisterapie.org, 2016 [cit. 2016-07-24]. Dostupné z: <http://www.canisterapie.org/>

Legislativní zdroje:

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

Zákon č. 128/2000 Sb. Zákon o obcích (obecní zřízení)

Zákon č. 129/2000 Sb. Zákon o krajích (krajské zřízení)

Zákon č. 448/2008 Z. z. o sociálních službách a o změně a doplnění zákona č. 455/1991 Zb. o živnostenském podnikání (živnostenský zákon) v znění neskorších předpisů

8. Seznam použitých zkratk:

MPSV- Ministerstvo práce a sociálních věcí

ČR – Česká republika

EU – Evropská unie

ORP – obec s rozšířenou působností

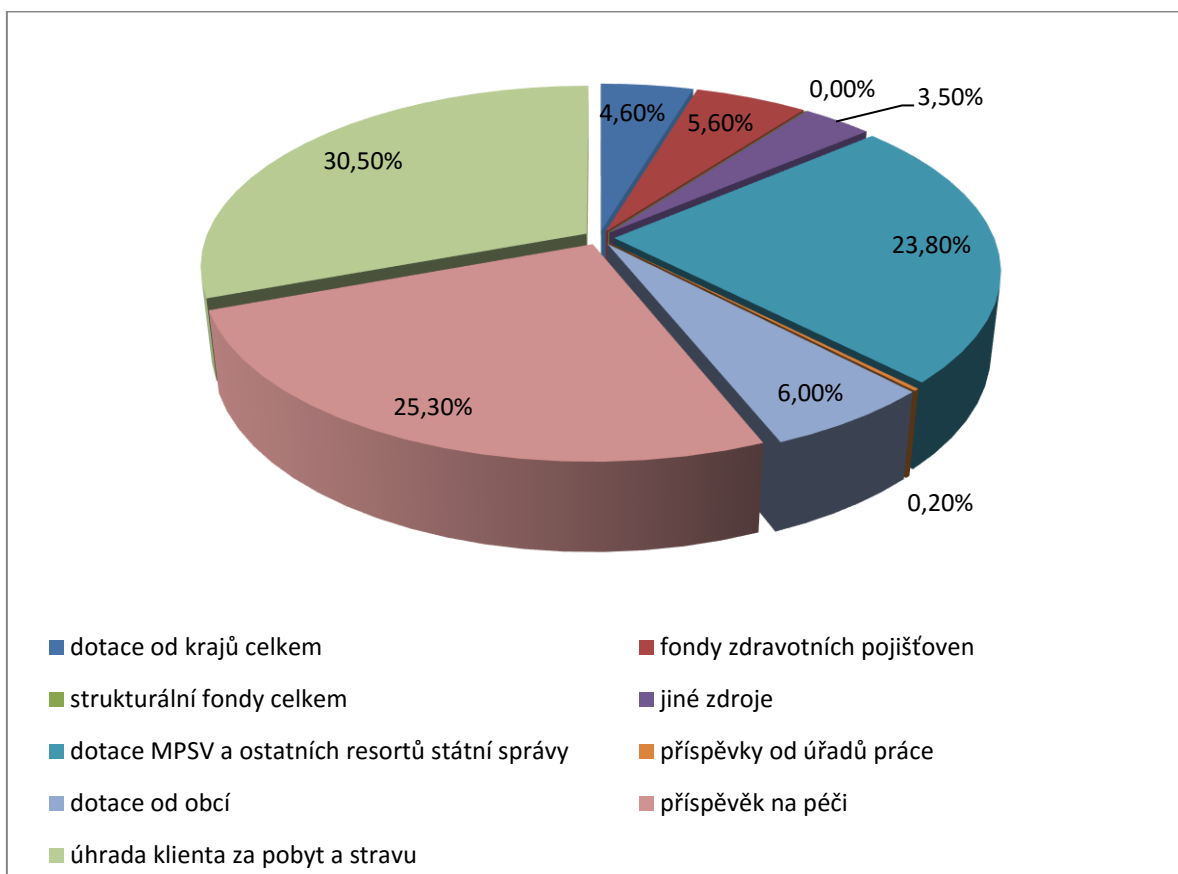
ČSÚ – Český statistický úřad

ERA – Evropská rozvojová agentura

DIC – Demografické informační centrum

9. Přílohy:

Příloha č. 1: Struktura financování nákladů v domovech pro seniory v ČR (r. 2009)



(Zdroj: PRŮŠA, HORECKÝ, 2012)

Příloha č. 2: Údaje o klientech v domovech pro seniory v Jihočeském kraji dle Registru poskytovatelů sociálních služeb v červnu 2016

název	lůžka	neusp. žádosti	počet klientů	průměrný věk
Dům pro seniory Wágnerka Český Krumlov*	74	50	74	nezj.
Charitní domov Kardašova Řečice**	nezj.	nezj.	nezj.	nezj.
Kněžský domov České Budějovice***	8 pokojů	nezj.	nezj.	nezj.
Domov pro seniory – Domovinka Písek	34	151	33	86,0
Domov pro seniory Dobrá Voda	204	358	202	82,1
Domov pro seniory Horní Planá	110	nezj.	102	81,1
Domov pro seniory "U Zlatého kohouta" Hluboká n. Vltavou	60	64	60	82,0
Domov pro seniory Blatná	89	47	88	83,5
Domov pro seniory Bechyně	122	231	120	82,2
Domov pro seniory Budislav	56	123	56	79,0
Domov pro seniory Horní Stropnice	45	35	43	83,3
Domov pro seniory Hvízdal České Budějovice, příspěvková organizace	171	67	171	84,9
Domov pro seniory Chvalkov	49	71	49	84,5
Domov pro seniory Chýnov	41	195	40	82,0
Domov pro seniory Kaplice, detašované pracoviště Český Krumlov	28	nezj.	28	84,2
Domov pro seniory Kaplice	24	nezj.	24	84,2
Domov pro seniory Máj České Budějovice, příspěvková organizace	201	650	201	82,4
Domov pro seniory Pohoda Netolice	84	35	81	83,7

Domov pro seniory Stachy - Kúsov	140	40	140	77,3
Domov pro seniory Světlo, pobočka Písek	83	252	82	83,6
Domov pro seniory Světlo, pobočka Drhove	60	47	59	77,0
Domov seniorů Mistra Křišťana Prachatice	95	nezj.	94	86,2
Domov pro seniory Tábor	143	332	142	84,7
Domov pro seniory MaM Rodinka České Budějovice	7	nezj.	7	nezj.
MěÚSS Strakonice - Domov pro seniory Rybníční	104	nezj.	nezj.	nezj.
MěÚSS Strakonice - Domov pro seniory Lidická	70	nezj.	nezj.	nezj.
Dům klidného stáří sv. Anny Strakonice	30	47	30	82,7
Dům klidného stáří Pravětín	36	10	36	85,0
Senior-dům Soběslav	76	403	76	83,8
Seniorský dům Písek	103	129	103	83,0
Sociální služby Města Milevska	36	nezj.	nezj.	nezj.
Domov pro seniory Veselí n. Lužnicí	67	250	67	84,0
CSP Vodňany, Domov pro seniory	80	nezj.	79	84,0
Domov seniorů Třeboň	62	nezj.	58	nezj.
Domov seniorů Jindřichův Hradec	130	70	130	80,0
Domov seniorů České Velenice	66	nezj.	66	75,0
Domov seniorů Budíškovice	110	nezj.	110	76,6
Centrum sociálních služeb Staroměstská České Budějovice, přísp. organizace	143	185	142	84,9
CSS Emausy Dobrá Voda	27	19	27	85,0

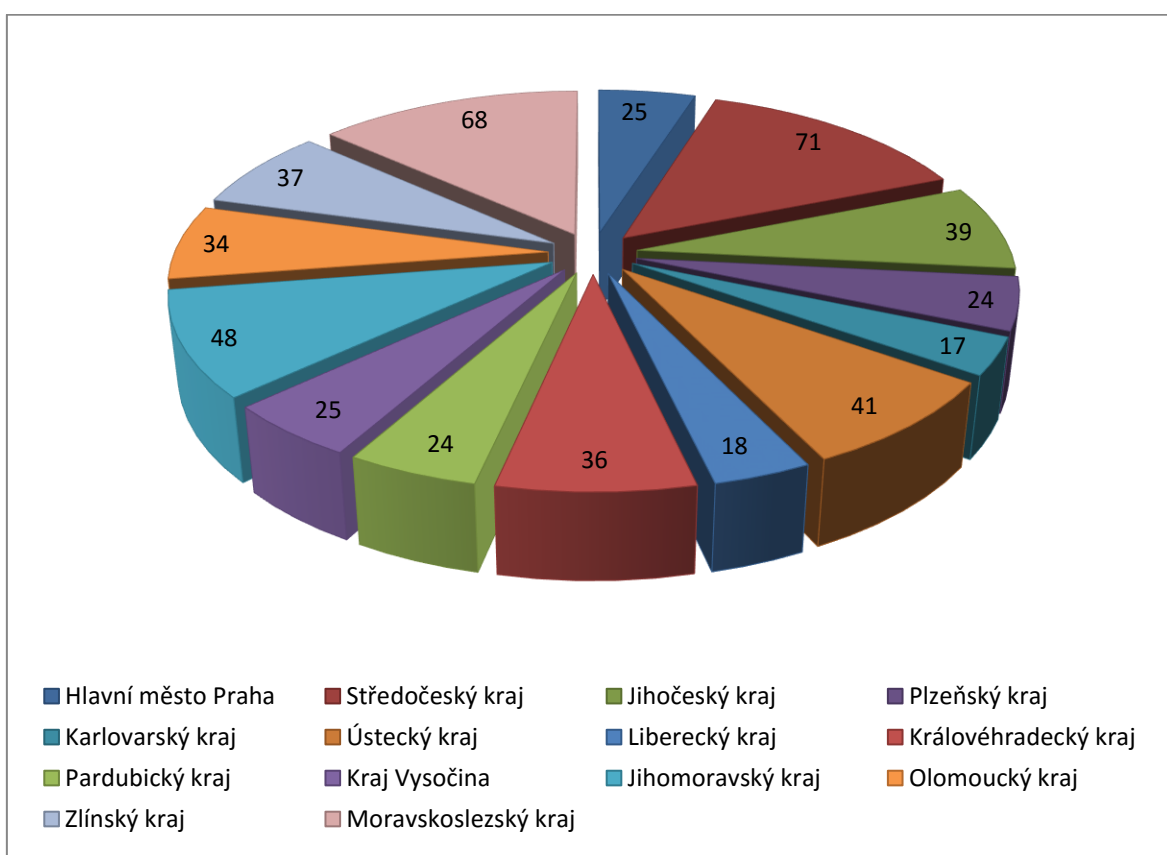
(Zdroj: MPSV 2016 a výroční zprávy domovů pro seniory)

*soukromé zařízení, sídlo poskytovatele mimo Jihočeský kraj

** pro řeholní sestry Kongregace Školských sester de Notre Dame a ženy s mentálním postižením, které se sestrami žily již před rokem 2007

*** pro duchovní

Příloha č. 3: Počty domovů pro seniory v krajích ČR



(Zdroj: MPVS 2016)