Vysoká škola ekonomická v Praze
Národohospodářská fakulta

Disertační práce

2018

Ing. Šárka Prudká

SOCIÁLNÍ SLUŽBY PRO SENIORY V ČESKÉ REPUBLICE V LETECH 2007-2016, PŘÍPADOVÁ STUDIE MĚSTO HAVÍŘOV

Disertační práce

Ing. Šárka Prudká

Školitel: *doc. Ing. Magdalena Kotýnková, CSc.*

Praha, srpen 2018

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem disertační práci s názvem *„Sociální služby pro seniory v České republice v letech 2007-2016, případová studie město Havířov“* vypracovala samostatně, pouze na základě uvedených pramenů a literatury.

V Praze dne 31. 8. 2018 *Podpis*

Poděkování

Mé poděkování patří doc. Ing. Magdaleně Kotýnkové, CSc. a doc. Ing. Jitce Pekové, CSc. za ochotu, vstřícnost a cenné rady, které mi při zpracování této práce poskytly. Můj vděk patří též PhDr. Jaroslavě Kadeřábkové, CSc., která se mnou tuto práci nedokončila, protože v roce 2014 zesnula.

Děkuji též své rodině za intenzivní podporu mého studia.

Abstrakt

Disertační práce se zabývá výzkumem poskytovaných sociálních služeb pro seniory ve městě Havířov, které je poznamenáno strukturálními změnami průmyslu s následným negativním dopadem do sociodemografické struktury obyvatel. Cílem disertační práce je zhodnocení kapacity a zdrojových možností financování sociálních služeb z hlediska uspokojování potřeb seniorů v České republice v letech 2007–2016, se zvláštním zřetelem na specifika jejich rozvoje ve strukturálně postiženém městě Havířov. Teoretická část obsahuje východiska pro zpracování praktické části, především definice a vymezení sociálních služeb v rámci sociální politiky. Praktická část předkládá vyhodnocení sociální služby a jejich financování v České republice se zvláštním zaměřením na strukturálně postižené město Havířov. Obsahuje analýzu demografického vývoje obyvatelstva České republiky, Moravskoslezského kraje a Havířova a vyhodnocení vícezdrojového financování sociálních služeb v České republice. Součástí praktické části je případová studie, v níž je vyhodnocen systém sociálních služeb, způsob jejich financování a návrhy budoucího vývoje ve městě Havířov. Praktická část je postavena na dvou empirických výzkumných šetřeních - na standardizovaných řízených rozhovorech a anketním šetření. Disertační práce potvrdila klíčovou roli rodiny v péči o seniory, ale také nenahraditelnost poskytování profesionálních sociálních služeb. Stávající systém sociálních služeb v České republice se potýká s řadou systémových nedostatků. Disertační prací byl zachycen jejich konkrétní projev na regionální úrovni. V závěru disertační práce jsou uvedena doporučení pro vývoj sociálních služeb v Havířově v kontextu s očekávaným vývojem v České republice.

Klíčová slova

Stárnutí obyvatel, sociální politika, sociální služby, vícezdrojové financování sociálních služeb, komunitní plánování, dlouhodobá péče, demografický vývoj, strukturálně postižený region

JEL klasifikace

J110, J140, J180, R110, R500, Z130

Abstract

This dissertation focuses on the social services provided to elderly people in the city of Havířov. This is an area affected by structural changes in industry, negatively impacting the population's socio-demographic structure. The goal of this dissertation is to evaluate the capacity and source possibilities of social services financing in the city of Havířov in terms of meeting the seniors´ needs in the Czech Republic in the years 2007-2016 with special attention to their development specifics in the structurally affected city of Havířov. The theoretical part contains the starting points for the practical part, especially the definition and classification of social services within social policy. The practical part presents the social services evaluation and its financing in the Czech Republic with a special focus on the structurally affected city of Havířov. There is implemented an analysa of demographic development of the Czech Republic, the Moravian-Silesian Region and Havířov population and a multi-source financing evaluation of social services in the Czech Republic. As a practical part embody there is a case study which evaluates the system of social services, the method of their financing and future development proposals in the city of Havířov. The practical part is built upon two empirical research studies - on standardized structured interviews and a survey. The dissertation has confirmed a keyrole of the family in care for the erderly, but also professional irreplaceability of the social services provision. The existing system of social services in the Czech Republic faces a series of systemic deficiencies. The dissertation has caught their specific speech at regional level. At the end of the dissertation work there are recommendations for the development of social services in Havířov in the context of the expected developments in the Czech Republic.

Key words

Aging population, social policy, social services, multi-source financing of social services, community planning, long-term care, demographic development, structurally affected region

JEL classification

J110, J140, J180, R110, R500, Z130

OBSAH

ÚVOD **10**

I TEORETICKÁ ČÁST **13**

1 Struktura, použité metody a prameny **13**

2 Sociální služby a jejich vymezení v rámci sociální politiky – historické kořeny a pojmový aparát **17**

2.1 Stáří jako sociální událost 18
2.2 Sociální politika jako širší rámec sociálních služeb 19
2.3 Mezinárodní rámec sociální politiky 20
2.4 Regionální rámec sociální politiky 22
2.5 Financování sociální ochrany 23
2.6 Makroekonomické ukotvení sociálních služeb v rámci systému sociálního zabezpečení 25

3 Sociální služby-jejich pojetí a specifika **28**

3.1 Cíl, pojetí a legislativní ukotvení sociálních služeb 28
3.2 Regionální rámec sociálních služeb 31
3.3 Plánování sociálních služeb 32
3.4 Sociální služby a jejich úloha v obcích se stárnoucím obyvatelstvem 35

SHRNUTÍ TEORETICKÉ ČÁSTI **39**

II PRAKTICKÁ ČÁST **41**

4 Problematika sociálních služeb a jejich financování v České republice **41**

4.1 Poptávka po sociálních službách v České republice 41
4.2 Nákladovost vybraných typů sociálních služeb 42
4.3 Základní zdroje financování sociálních služeb v České republice 44
4.3.1 Dotace ze státního rozpočtu 46
4.3.2 Příspěvek na péči 49
4.3.3 Ošetřovatelská péče 55
4.3.4 Úhrada klienta 57
4.3.5 Zdroje z Evropské unie 60
4.4 Návrhy změn systému financování sociálních služeb v České republice 61
4.5 Porovnání financování sociálních služeb podle typu zřizovatele 62
4.6 Financování sociálních služeb pro seniory soukromým sektorem 64
4.7 Dotační prostředky na investiční výstavbu zařízení sociálních služeb a bytovou výstavbu pro seniory 65

5 Sociální služby a zahraniční zkušenosti 67
5.1 Rakousko 67
5.2 Německo 68
5.3 Švýcarsko 69
5.4 Komparace systémů sociálních služeb vybraných zemí a inspirace pro Českou republiku 69

6 Dlouhodobá péče 71
6.1 Problematika dlouhodobé péče v České republice v kontextu EU 71
6.2 Dobrá praxe v České republice 72

PŘÍPADOVÁ STUDIE MĚSTO HAVÍŘOV 74

7 Stárnutí obyvatelstva a sociální služby ve strukturálně postiženém městě Havířově 74
7.1 Základní demografická charakteristika města Havířova z hlediska věkového složení v kontextu demografického vývoje ČR 74
7.1.1 Sociálně demografická analýza statutárního města Havířova 75
7.1.2 Projekce věkových skupin obyvatelstva Havířova do roku 2020 77
7.2 Komunitní plánování 79
7.2.1 Střednědobý plán rozvoje sociálních služeb Moravskoslezského kraje pro období 2015–2020 80
7.2.2 Aktualizace č. 1 a č.2 *Střednědobého plánu* 82
7.2.3 Komunitní plán rozvoje sociálních služeb ve městě Havířově 83
7.2.3.1 Sociální služby a jejich poskytovatelé v rámci komunitního plánování 84
7.2.3.2 Pracovní skupina Senioři 85
7.3 Sociální služby pro seniory ve statutárním městě Havířov 87
7.3.1 Analýza poskytovatelů sociálních služeb pro skupinu Senioři 89
7.3.1.1 Sociální služby města Havířova p. o. 89
7.3.1.2 Komplexní domácí péče Hestia s.r.o. 92
7.3.1.3 Domov seniorů Havířov 92
7.3.1.4 GrandPark 95
7.3.1.5 Dobrovolnické centrum ADRA 95
7.3.2 Modelování navrhovaných variant změny financování systému sociální péče v České republice na pobytovém zařízení pro seniory v Havířově 96
7.3.3 Financování rezidenčních zařízení pro seniory soukromým sektorem 98
7.4 Sociálně-zdravotní služby poskytované v Havířově 100
7.5 Analýza uživatelů sociálních služeb a jejich zdrojů 104
7.6 Komparace vybraných ukazatelů v oblasti sociálních služeb a jejich financování města Havířova s ČR 108

8 Výzkumná šetření 112
8.1 Standardizované řízené rozhovory 112

8.1.1 Postup šetření a zpracování řízených rozhovorů 112
8.1.2 Výsledky získané z řízených rozhovorů 115
8.1.3 Zjištění získaná řízenými rozhovory 119
8.2 Anketní šetření: „Analýza poptávky po pobytových službách pro seniory“ 124
8.2.1 Postup šetření a zpracování dat 124
8.2.2 Výsledky šetření 126
8.2.3 Zjištění získaná anketou 144

SHRNUTÍ PRAKTICKÉ ČÁSTI 146

ZÁVĚR 152

SEZNAM ZPRACOVANÝCH NEVYDANÝCH A VYDANÝCH PRAMENŮ, ODBORNÉ LITERATURY A STUDIÍ 162

SEZNAM TABULEK, GRAFŮ, OBRÁZKŮ A ZKRATEK 172
SEZNAM TABULEK 172
SEZNAM GRAFŮ 173
SEZNAM OBRÁZKŮ 174
SEZNAM ZKRATEK 174

PŘÍLOHY 1

Seznam příloh 1
Příloha č. 1 Sociální stát, jeho geneze a definice 2
Příloha č. 2 Legislativní ukotvení sociálních služeb v České republice 5
Příloha č. 3 Sociální služby a jejich struktura 8
Příloha č. 4 Dlouhodobá péče a její ukotvení v evropských dokumentech 10
Příloha č. 5 Demografický vývoj v České republice, Moravskoslezském kraji a v Havířově 16
Příloha č. 6 Sociální služby podle druhu zařízení v roce 2011 22
Příloha č. 7 Sociální služby podle druhu zařízení v roce 2016 24
Příloha č. 8 Popis cílů a opatření *Komunitního plánu,* pracovní skupina Senioři 26
Příloha č. 9 Tři varianty struktury financování Domova seniorů Havířov 30
Příloha č. 10 Soustava otázek pro řízený rozhovor 33
Příloha č. 11 Řízené rozhovory 34
Příloha č. 12 Řízené rozhovory: Vyhodnocení otázky č. 4 – Jaké je pořadí důležitosti těchto institucí? 63
Příloha č. 13 Anketní formulář: Analýza poptávky po pobytových službách pro seniory 64
Příloha č. 14 Výsledky ankety: Analýza poptávky po pobytových službách pro seniory 69

ÚVOD

Populace v Evropě stárne, a to díky prodlužování délky života a nižšímu počtu narozených dětí (Smrčka, Arltová, 2012). Naskýtá se otázka, jak se mění potřeby seniorů v oblasti bydlení, jakož i poskytování sociálních a zdravotních služeb s ohledem na prodlužování lidského věku a s nárůstem početnosti této skupiny obyvatel (Prudká, 2017).

Zralý seniorský věk je v současné době velmi aktuální a často diskutované téma, které stojí v centru pozornosti všech států Evropy i v dalších zemích světa. Hlavním faktorem, který především prodlužuje délku lidského života a ruku v ruce také zachovává jeho kvalitu, jsou všechny změny spojené s novými technologiemi, vědecké poznatky v různých oblastech života včetně zdravotnictví.

Tuto skutečnost ovlivňují kromě jiného nové postoje k problematice postavení seniorů v současné společnosti. Integrační a globalizační procesy spolu s novými problémy, které tyto procesy provázejí, dostávají do finančních problémů více států, které jsou založeny na tzv. welfare state. Ukazuje se, že bude třeba hledat nové zdroje financování sociálních problémů, a to nejen těch, které se týkají seniorů.

Závažnou otázkou je, jakými cestami a jakou formou zabezpečit obyvatelům naší země hodnotný život na stáří z hlediska lidského, důstojného a vhodného bydlení, společenského a kulturního vyžití a také jak jim zaručit odpovídající sociální, zdravotní a hmotné zajištění.

Již nyní žije v České republice bezmála dva milióny lidí starších 65 let. Spousta seniorů žije dnes aktivně a plnohodnotně, zajímá se o dění ve svém okolí, vzdělává se, navštěvuje společenské a kulturní akce a touží po tom předávat své zkušenosti a znalosti mladým lidem, aktivně jim pomáhat v domácnosti a s výchovou a péčí o děti. Nicméně přirozené je, že seniorský věk s sebou přináší postupné snižování soběstačnosti a zvýšení závislosti na druhých osobách. A právě zde nezastupitelnou roli hrají sociální služby.

Vedle měnících se potřeb stárnoucích občanů a jejich požadavků na sociální služby jsou příčinou nezbytných změn v poskytování sociálních služeb také omezené finanční možnosti společnosti. Z tohoto důvodu stát přistupuje k uskutečňování reforem a činí postupné kroky vedoucí k úsporám výdajů ze státního rozpočtu. Stále více se zaměřuje na preventivní a aktivizační činnosti jedinců. Nutně proto dochází ke změnám

v pojetí sociálních služeb. Postupně se mění také formy a rozšiřuje se variabilita jejich možností. Do jaké míry jsou tyto kroky efektivní a jak dopadají na regiony, obce i jednotlivé občany, je obsahem této disertační práce.

Náklady na sociální ochranu představovaly v posledních letech v České republice kolem 19 % HDP, avšak v celé Evropské unii to pak bylo v průměru téměř 29 % HDP (OECD, 2018). Problematika financování sociálních služeb je v dnešní složité ekonomické situaci státu velmi aktuální a je nutné hledat zdroje financování i z jiných oblastí, mezi něž patří: soukromý sektor, sponzoři (nadace), dobrovolnictví. Finanční krize a globální problémy dostávají sociální stát do velmi obtížné situace, neboť na spoustu služeb se nedostávají finance. Také Česká republika bude muset hledat způsob, jak tyto služby ze zákona, ale také ze solidárních a humánních aspektů zachovat. Půjde o hledání způsobu, jak finance státu **efektivně vynakládat** a jakým způsobem **kontrolovat** snížení finančních prostředků, a zároveň jakým způsobem zachovat nezbytné standardy poskytování sociálních služeb.

Snažíme-li se nalézt optimální ekonomický model, mám za to, že cesta vede přes hledání společné platformy kooperace mezi státem a soukromým sektorem. Tyto formy spolupráce jsou s to přinést ve svém dlouhodobém důsledku ekonomicky efektivněji fungující společnost, jež bude schopna se dobře postarat o zcela důstojné stáří i těm seniorům, kteří se již nacházejí ve fázi úplné závislosti na pomoci druhých osob.

Dalším předpokladem, rozpracovaným v této práci, je skutečnost, že vzhledem k regionálním rozdílům mezi kraji budou mít přijímaná opatření státu rozdílný dopad na jednotlivé kraje a obce. Pro účely disertační práce jsem vybrala město Havířov. Je umístěno v průmyslovém centru Moravskoslezského kraje, plně nesoucí historicky daná specifika tohoto kraje - jedná se o strukturálně postižený region. Ve městě Havířov dlouhodobě pracuji v oblasti sociálních služeb, a proto mohu praktickou část podložit bohatými osobními zkušenostmi.

Útlumem těžby černého uhlí a v této souvislosti i útlumem těžkého průmyslu ubylo od 90. let minulého století pracovních příležitostí. Objevil se principiální problém vzrůstající nezaměstnanosti. Pro mladé lidi se kraj stal málo atraktivním kvůli nedostatečné nabídce práce i průmyslem znečištěnému životnímu prostředí. Obyvatelstvo zestárlo. Z města s původně nejnižším věkovým průměrem obyvatel (Havířov vznikl v roce 1955) se rázem stal městem s jedním z nejvyšších věkových průměrů v České republice. Trend permanentně zužujícího se trhu práce a přibývajícího počtu obyvatel postproduktivního věku výrazně ovlivnil vývoj sociální politiky pro

seniory. Město Havířov musí již dnes čelit problémům, které se v jiných obcích a regionech projeví teprve v horizontu 5–10 let.

Hlavním cílem disertační práce je zhodnocení kapacity a zdrojových možností financování sociálních služeb z hlediska uspokojování potřeb seniorů v České republice v letech 2007–2016, se zvláštním zřetelem na specifika jejich rozvoje ve strukturálně postiženém městě Havířov. Při koncipování zaměření a cíle zpracovávaného tématu jsem stanovila následující **hypotézy,** obsahující sociální, ekonomickou a regionální dimenzi:

1. **Stárnutí obyvatelstva bude vyžadovat kvalitativní změny v koncepčním řešení státu, krajů i obcí, aby byla seniorům zajištěna odpovídající kvalita života. Tato skutečnost způsobí odklon od pobytových sociálních služeb v ústavních zařízeních ve prospěch efektivnějších forem sociálních služeb pro seniory, poskytovaných v přirozeném prostředí, což vyvolá nutnost racionálnější pomoci rodinám, na kterých bude ležet stále větší část zodpovědnosti.**
2. **Stárnutí bude přinášet stále větší problémy s financováním sociálních služeb ze strany státu, čímž poroste úloha soukromého sektoru a zodpovědnost jednotlivých občanů České republiky za tvorbu zdrojů, které si vytvoří pro svůj seniorský věk v produktivní fázi svého života.**
3. **Potřeby sociálních služeb pro seniory jsou odlišné v jednotlivých regionech a jsou závislé na specifických charakteristikách daného regionu. I v budoucnu bude v oblasti poskytování sociálních služeb nadále posilován princip subsidiarity, a to zvyšováním kompetencí především obcí a krajů.**

Disertační práce je rozdělena do dvou částí – teoretické a praktické. Teoretická část v prvních třech kapitolách stanovuje použitou metodologii, ukotvuje pojem sociální služby pro seniory v kontextu sociální politiky, a dále se podrobněji zabývá sociálními službami, jejich definicí, členěním a legislativní základnou.

Praktická část práce analyzuje problematiku sociálních služeb a její vývoj v České republice od doby přijetí zákona o sociálních službách v období 2007-2016. Věnuje se také zahraničním zkušenostem se sociálními službami a neopomíjí analýzu koncepce dlouhodobé péče, která je v Evropě již plně rozvinuta. Další kapitoly jsou zasvěceny empirickému výzkumu na regionální úrovni. Příklad Moravskoslezského kraje a případová studie statutárního města Havířova podrobně poukazuje na praktické

fungování sociálních služeb v České republice. Všechny získané poznatky jsou ověřeny dvěma kvalitativními empirickými výzkumy.

Teoretické podklady, jakož i praktické analýzy a výzkumy této disertační práce byly publikovány jako knižní monografie pod názvem
PRUDKÁ, Š. *Sociální služby pro seniory v kontextu sociální politiky*. Praha: Wolters Kluwer, 2015. ISBN 78-80-7478-839-0.

I TEORETICKÁ ČÁST

1 Struktura, použité metody a prameny

Disertační práce se skládá z části teoretické: *kapitola 1–3,* a z části praktické: *kapitola 4–9,* z toho *kapitola 7–9* obsahuje Případovou studii město Havířov.

Tématu a cíli disertační práce odpovídá zvolená metodologie.

Stěžejními **metodami teoretické části** jsou **rešerše[1], deskripce[2], analýza a syntéza[3].** *Druhá kapitola* objasňuje vymezení sociálních služeb v širším rámci sociální politiky a sociálního státu, jakož i její mezinárodní a regionální dimenzi. *Třetí kapitola* vysvětluje pojmosloví z oblasti sociálních služeb pro seniory v kontextu sociální politiky. V obou kapitolách je použita především metoda klasické literární výběrové rešerše, deskripce, obsahové analýzy dostupné literatury a pramenů, tzn. dokumentů, které nebyly vytvořeny za účelem předmětného výzkumu. Ve *třetí kapitole* byla navíc použita metoda literární rešerše. Shrnutí teoretické části bylo zpracováno metodou syntézy.

Nosnými **metodami praktické části práce** jsou **deskripce, analýza, syntéza, komparace[4]** a dvě kvalitativní empirické metody**: standardizované řízené rozhovory** a **anketní šetření.**

Čtvrtá kapitola popisuje a analyzuje problematiku sociálních služeb a jejich financování v České republice. *Pátá kapitola* je primárně komparativní a má za úkol porovnat systémy sociálních služeb vybraných evropských zemí s Českou republikou za účelem inspirace a následné implementace nejlepších zkušeností do českého systému. Předmětem *šesté kapitoly* je deskripce konceptu dlouhodobé péče

---

[1] **Literární rešerše** je *„text, jehož cílem je vytvořit kritický přehled současných znalostí o nějakém konkrétním tématu. Literární rešerše je obvyklou součástí vědecky orientované literatury a často předchází tvorbě návrhů výzkumných projektů a výběru vhodné metodiky. Jejím základním cílem je přinést čtenáři aktuální přehled současné literatury o daném tématu a poskytuje podklady, z nichž je možné vyhodnotit oprávněnost navrženého budoucího výzkumu.*“ (Jersáková, 2018)

[2] **Deskripce je** *„popis zkoumaného jevu vč. statistiky výskytu“ (Disman, 2002)*

[3] ***Analýza*** *„je myšlenkovým postupem, který je dekomponován na jednotlivé prvky. Ty jsou pak jednotlivě prozkoumávány s cílem dojít k vysvětlení daného problému.* ***Syntéza*** *je „rekonstrukce“ zkoumaného objektu, je tedy opačným postupem než analýza. Je postupem, kdy na základě výchozích zjištění formulujeme závěry.*“(Ochrana, 2010)

[4] **Komparace** je takové *„srovnávání, z něhož pak lze vyvozovat závěry o vlastnostech objektů nebo procesů. Předpokladem komparace je přesnost předešlých metod – pozorování, popisu a měření. Při komparaci dvou či více jevů můžeme využít ukazatele podílu (relativní rozdíl), rozdílu (absolutní rozdíl) nebo index (podíl dvou hodnot téhož ukazatele). Komparace je základní metodou hodnocení, srovnávací metody lze využít jak při získávání poznatků, tak při jejich zpracovávání.*“(Lorenz,2018)

a taktéž její komparace se zahraničím. Použitá metodologie v praktické části, uvedená výše, byla aplikována na zpracování poznatků z veřejně dostupných prací, dokumentů, analýz a statistik. Pozornost byla věnována také dokumentům vydávaným Evropskou komisí, státy EU a OECD.

Na tomto místě je nutno podotknout, že publikací zabývajících se problematikou sociálních služeb v České republice a v zahraničí je poměrně dostatečné množství. Při studiu této problematiky mi byly vodítkem publikace vypracované našimi předními odborníky na sociální politiku a sociální služby, nejvíce pak Igorem Tomešem, Vojtěchem Krebsem, Oldřichem Matouškem či Jiřím Molkem. Otázka efektivnosti financování sociálních služeb je naproti tomu již daleko méně zdokumentovaná (vyjma důvodových zpráv a materiálů MPSV). O to více jsem při svém studiu ocenila publikace Výzkumného ústavu práce a sociálních věcí, konkrétně práce Jaroslava Průši a také Petra Víška. V rámci ostatních zdrojů mi byly velkým přínosem publikace Jaroslava Vostatka, Tomáše Havláska a Jiřího Horeckého.

Počínaje *sedmou kapitolou* je formu případové studie popisována a analyzována regionální dimenze sociálních služeb pro seniory, a to ve městě Havířov, ležícím ve strukturálně postiženém Moravskoslezském kraji. Deskripce, obsahová a statistická analýza a komparace byla provedena na podkladech MPSV, MMR, Českého statistického úřadu, strategických dokumentů města Havířova (*Rozpočet statutárního města Havířova, Zpráva o plnění Komunitního plánu*) a Moravskoslezského kraje (*Střednědobý plán rozvoje sociálních služeb*). Kromě zmíněné deskripce a analýzy je zde použita metoda **modelování** variantních změn financování systému sociálních služeb na havířovském domově pro seniory.

V rámci empirického výzkumu obsaženého *v kapitole 8* jsem zvolila kombinaci dvou hlavních metod. První metodou je **metoda standardizovaných řízených rozhovorů** s odborně, profesně či politicky aktivními pracovníky zabývajícími se sociální sférou. Standardizovaný rozhovor je podle Mašindové (2003) takový rozhovor, který probíhá podle přesně stanoveného scénáře (dotazníku) a je pevně řízen tazatelem. Cílem standardizace je umožnit srovnávání a celkovou analýzu jednotlivých rozhovorů.

Za účelem získat co nejvíce kvalitativně hodnotných odpovědí jsem si stanovila za úkol oslovit v předem připraveném rozhovoru profesně erudované osoby, dotýkající se svou náplní činnosti ať už přímo či nepřímo sociální oblasti, a to na poli odborném, ekonomickém, politickém, veřejnosprávním či soukromoprávním, dále v církevní, dobrovolnické, zdravotnické sféře. Sestavila jsem soubor čtyř otázek, které jsem

pokládala vybraným respondentům v přímé osobní interakci. Vzhledem k regionálnímu zaměření jsem preferovala zástupce Havířova a výsledky těchto rozhovorů jsem porovnávala s respondenty z krajské a celostátní úrovně. Řízené rozhovory jsem se rozhodla provádět anonymně, abych získala co nejvěrohodnější odpovědi. Postupně jsem oslovila celkem 26 respondentů z těchto tematických skupin: opatrovníci, dobrovolníci, církev, zdravotní pojišťovny, poskytovatelé sociálních služeb, pobytová zařízení sociálních služeb, obecní samospráva, krajský úřad, MPSV, Poslanecká sněmovna a Senát, akademická půda. Výstupy jsem analyzovala po výše uvedených skupinách.

Dalším zvoleným nástrojem empirického šetření je **anketa**. Jedná se o výzkumnou techniku, používanou při průzkumných šetřeních. V porovnání s technikou dotazníkového šetření používá anketa spíše uzavřené otázky, které umožňují snadnou orientaci v problému a rychlou odpověď. Při použití ankety není kontrolován výběr respondentů, a nelze tudíž hodnotit reprezentativnost výběrového souboru, jak je tomu u metod pravděpodobnostního (náhodného) výběrového šetření. Závažným limitem ankety je její menší návratnost, která se pohybuje na úrovni 1-3 % nebo i nižší (Kozlová, 2012). Anketa měla za úkol oslovit co nejširší vrstvu obyvatel zkoumaného regionu a získat tak informace o jejich potřebách pro život a bydlení a také o finančních možnostech v seniorském věku. U této metody jsem se snažila ovlivnit rozšíření do zkoumaného města Havířova a jejího širšího rámce Moravskoslezského kraje, a dále získat kontrolní vzorek z regionu Praha a okolí. Díky internetu jsem získala anketní listy i z Plzeňska, z Brněnska, Vysočiny a ze Zlínska. Celkem jsem zkolektovala 843 platných anketních lístků – odpovědí na celkem 12 otázek. Agregátní výsledky, obsažené v *kapitole osmé,* vypovídají o požadavcích a představách, ale také o finančních možnostech občanů ohledně bydlení na stáří, a to jak ve zkoumaném městě Havířově, jakož i v rámci širšího celku strukturálně postiženého Moravskoslezského kraje. Dále umožňují orientační porovnání těchto potřeb s regionem ekonomicky rozvíjejícím se - perspektivním (Praha a okolí), případně s ostatními částmi České republiky, odkud jsem získala kontrolní vzorek vyplněných anket.

Kromě výše zmíněných metod jsem během zpracovávání této disertační práce provedla řadu neformálních rozhovorů. Užitečnou se jeví i moje mnohaletá znalost prostředí sociálních služeb v Havířově z pozice členky skupiny Senioři Komunitního plánu města Havířov.

2 Sociální služby a jejich vymezení v rámci sociální politiky – historické kořeny a pojmový aparát

V České republice probíhá v současnosti proces, kdy je posilována snaha o dosažení širší působnosti nestátních subjektů v sociální politice. Důvod je logický – stárnutí obyvatelstva a zvýšení počtu lidí v postproduktivním věku, ruku v ruce s nedostatkem finančních zdrojů a jejich vývojem do budoucna, který by byl při nezměněné státní koncepci financování sociální politiky dlouhodobě neudržitelný.

Vyvstává zásadní otázka, zda tímto dochází k oslabování úlohy státu v sociální politice. Podle obecného názoru nedochází k oslabení úlohy státu, ale o změnu jeho role. Stát by měl posilovat svou pozici tvůrce koncepčních dokumentů a pravidel pro samostatné sociální chování ostatních subjektů, a potažmo kontrolovat jejich konkrétní naplňování (Vysoká škola evropských a regionálních studií, 2003). „*Naopak je omezován význam státu jako přímého poskytovatele nejrůznějších sociálních dávek, podpor a služeb*“ (Vysoká škola evropských a regionálních studií 2003, s. 4). Přirozeně ale dochází k diskuzi, do jaké míry může vstoupit do sociálního systému volný trh, aby stát mohl stále naplňovat jednu ze svých základních vnitřních funkcí – funkci sociální. Konkrétně to znamená, zda stát bude moci i po markantním vstupu volného trhu zabezpečit důstojné stáří pro své seniory, kteří se ve svém produktivním věku podíleli na budování státního systému a v neposlední řadě vytvářeli fondy sociálního a zdravotního pojištění právě pro své zabezpečení v méně příznivých životních etapách.

Je to právě sociální stát, který již nemá tolik finančních prostředků, aby mohl zajistit všechny potřebné sociální služby v přiměřené kvalitě a rozsahu. V tomto smyslu je čím dál tím větší snaha vytvářet tyto služby společně se soukromým sektorem nebo neziskovým sektorem sociální nebo zdravotnické sféry. Definice sociálního státu, jakož i jeho stručný historický exkurz, je uveden v *Příloze č. 1*.

Sociální politika a její uplatňování je nedílnou součástí hospodářské politiky státu. Čili otázka dnes nezní, zda sociální stát ano nebo ne, ale jaká je míra sociální ochrany státu vůči svým občanům - zda je nastavena tak, aby pomáhala těm skupinám osob, které ji skutečně potřebují, a zároveň stále motivovala k práci a k individuální zodpovědnosti za svůj vlastní život. Definici sociální politiky a jejím cílům a nástrojům jsou věnovány navazující kapitoly, po vymezení definice stáří coby sociální události.

2.1 Stáří jako sociální událost

*„**Stárnutí** je celoživotní proces, jehož involuční projevy se stávají zřetelnějšími zhruba od přelomu 4. a 5. decenia, a to v závislosti na náročnosti prostředí. Tento složitý a individuální proces je provázen změnami fyzickými, sociálními i psychickými.“* (Mühlpachr 2004, s. 18)

Biologické stáří je charakteristické postupnými fyzickými, neboli *funkčními* změnami organizmu, například takovými, jako jsou dýchací obtíže, srdeční ochablost, zhoršené funkce smyslových orgánů a *anatomickými* změnami, vyznačujícími se atrofií svalstva i kůže a křehnutím kostí. To vše vede k postupnému snižování pracovních schopností jedince. **Stáří sociální** se týká souběhu několika sociálních změn, takových jako osamostatnění se dětí a jejich odchod z domova a hlavně dosažení věku pro přechod z ekonomicky aktivní fáze života do penze, tj. odchod do starobního důchodu.

Pavel Mühlpachr dělí stáří „*na **kalendářní (chronologické) stáří**, které se vyznačuje dosažením věku, od kterého se začínají významně projevovat involuční změny,*

*a **dlouhověkost,** která je označením pro pokročilý věk, obvykle nad 90 let* .“ (2004, s.17)

Faktem je, že s rostoucím věkem jsou starší lidé labilnější a snáze upadají do depresí. Role rodiny a nejbližšího okolí je nezastupitelná. Právě utužování rodinných a přátelských vazeb seniorům pomáhá překonávat výše zmíněné psychické obtíže.

Stáří je považováno za **sociální událost** až v důsledku změn ve způsobu života jedince, změn jeho společenského postavení a ekonomického zajištění. To také potvrzují slova prof. Igora Tomeše: *„Stáří se stává sociální událostí, teprve když vyvolá ztrátu zdrojů (příjmů) a zvýšenou potřebu zdravotních a sociálních služeb.“* (2010b, s. 132)

Stárnutím se zabývá vědecký obor gerontologie. *„Sociální gerontologie zkoumá společenské faktory stárnutí a následky tohoto jevu. Jedním ze základních úkolů gerontologie je vytvářet vhodné podmínky pro prevenci předčasného zestárnutí a pro aktivní stáří.“* (Tomeš 2010b, s. 232)

„Měřítkem společnosti je úroveň její péče o nejslabší občany.“ (J. F. Kennedy). S tímto citátem nelze nesouhlasit. Celkové zlepšování životní úrovně a podmínek pro život, zvyšování úrovně zdravotní a sociální péče výrazně přispívá k prodlužování věku obyvatel a k jejich důstojnějšímu a spokojenějšímu stáří. Do popředí se dostává pojem anti-ageing, čili „boj se stárnutím“. Jedná se o soubor metod potlačení projevů stárnutí

nebo prodlužování života, který je navíc socioekonomicky a genderově diferencován (Vidovićová in Gregorová, 2017).

V závěru této subkapitoly je použita výstižná citace autorek Kotýnkové a Červenkové: *„Stárnutí populace vyvolává řadu otázek týkajících se budoucího uspořádání stárnoucích společností a postavení seniorů v těchto společnostech. Jejich úspěšný sociálně ekonomický rozvoj i subjektivní spokojenost života ve stáří budou však možné jen tehdy, pokud si lidé v seniorském věku zachovají zdatnost, aktivitu a také zodpovědnost za sebe i za společnost, v níž žijí. Společnost však pro seniory musí vytvářet materiální i nemateriální podmínky pro svébytný aktivní život ve stáří.“* (2001, s. 3)

2.2 Sociální politika jako širší rámec sociálních služeb

V prvé řadě je nezbytné definovat, jaké místo obecně zaujímají sociální služby v rámci širšího pojmu sociální politika, jejíž nedílnou součástí jsou.

Sociální politika je pojem užívaný velmi často, avšak na jeho definici těžko nalezneme jednotný názor. Obecně lze sociální politiku charakterizovat jako politiku orientovanou na člověka, přispívající k jeho všestrannému rozvoji, neustálému zlepšování jeho životních podmínek, kvality života, důstojnosti jedince, kultivaci jeho osobnosti a tímto i prosperity společnosti jako celku. O její míře a obsahu by měl rozhodovat stát, který disponuje odpovídajícími nástroji k uplatňování sociální politiky.

Sociální politika není pojímána jednoznačně. Ve svém užším pojetí zahrnuje podle Evy Kučerové „*jen působení státu, jeho orgánů a organizací na poli sociální ochrany občanů (veřejná, veřejnoprávní politika). Širší pojetí neomezuje sociální politiku na příslušné aktivity státu, ale zahrnuje působení řady dalších, nestátních sociálních subjektů*.“ (2009, s. 12).

V soudobých evropských vyspělých společnostech je řešena otázka, do jaké míry a jakým způsobem má stát vstupovat do uplatňování sociální politiky. Všeobecně rozšířeným postojem je, že stát se má angažovat dvěma zásadními způsoby:

- jako konceptor sociální politiky (určuje legislativní rámec, pravidla hry a posléze jejich dodržování, *viz Příloha č. 1,*
- jako přímý vykonavatel sociálněpolitických opatření,

s tím, že v prvém případě je role státu nezastupitelná, ve druhém případě mohou být úspěšně angažovány i nestátní subjekty (Krebs 2007, s. 70-72).

Cíl sociální politiky

Jak již bylo dříve uvedeno, posláním sociální politiky je zajistit co nejvíce lidem ve společnosti základní podmínky k přiměřenému životu, i když k tomu sami nemají vytvořeny předpoklady. Příkladem jsou osoby různým způsobem handicapované či sociálně vyloučené.

Podle definice Vojtěcha Krebse základním cílem sociální politiky je:

- *„vytvoření lidsky důstojných podmínek života,*
- *zajištění rovného přístupu ke vzdělání, zdravotní péči, pracovním příležitostem, možnostem získání přiměřeného bydlení a také schopnost garantovat dostatečný minimální příjem, odpovídající lidsky důstojným podmínkám"* (2007, s. 37).

Základním rámcovým dokumentem sociální politiky České republiky je tzv. *Národní strategie rozvoje sociálních služeb na období 2016-2025* (MPSV, 2016). Dokument identifikuje několik fundamentálních bodů, které nejsou dlouhodobě systémově neřešeny. Zkoumané problematiky sociálních služeb pro seniory jsou především: **sociálně-zdravotní pomezí** coby klíčová hrozba, dále pak oblast **pečujících osob**, **víceleté financování sociálních služeb**, podmínkv **vstupu sociálních služeb do systému**, **poddimenzovanost a profesionální výkon sociální práce v obcích** a v neposlední řadě oblast **plánování a tvorby sítě sociálních služeb**. Vyjmenovanými oblastmi se zabývá praktická část této práce.

2.3 Mezinárodní rámec sociální politiky

Mezinárodní rámec sociální politiky je dlouhodobě všeobecně dán uznáním mezinárodních lidských práv, která jsou zakotvena již v Chartě OSN.

Sociální politika **Evropské unie** *„se v návaznosti na rozvíjející se ekonomickou integraci a politický a hospodářský vývoj v Evropě posouvá od orientace na zajištění práv souvisejících se zaměstnáním v podmínkách volného pohybu osob k širší dimenzi zajištění sociální ochrany obyvatel Unie, zejména těch skupin, které jsou ohroženy chudobou*

a sociálním vyloučením. Zásadní otázkou se stává míra sociální nerovnosti ve vztahu k ekonomické prosperitě." (Sociální politika v Evropské unii, 2009)

„Jako klíčový nástroj k realizaci evropské politiky zaměstnanosti byl založen ***Evropský sociální fond****. Jeho hlavním cílem je finanční podpora rozvoje zaměstnanosti,*

snižování nezaměstnanosti, sociálního začleňování osob a rovných příležitostí se zaměřením na rozvoj trhu práce a lidských zdrojů. Jako poradní orgán byl tehdy ustaven ***Evropský hospodářský a sociální výbor****."* (Sociální politika v Evropské unii, 2009)

Pro sociální politiku uplatňovanou v EU platí princip subsidiarity, „ *tj. zásada, že sociální otázky patří do pravomoci jednotlivých členských států. Pravomoc EU je tím pádem omezena: EU může zasahovat pouze do otázek, na kterých se členské státy dohodnou. Prakticky zasahuje pouze do oblasti týkající se volného pohybu pracovníků.*" (Tomeš 2010b, s. 156)

Působení EU se dále čím dál více přesouvá k osobám, které jsou ohroženy chudobou a sociálním vyloučením. *„Hlavními problémy soudobé evropské a světové ekonomiky jsou tedy* ***chudoba a nezaměstnanost****. Evropská komise umístila snížení chudoby do jádra svého programu pro hospodářství, zaměstnanost a sociální oblast –* ***strategie Evropa 2020****"* (Sdělení komise Evropskému parlamentu, 2014). Jedná se o komplexní strategii, kterou v roce 2010 navrhla Evropská komise nejen jako reakci na dolehnuvší hospodářskou krizi, a to na dalších deset let. Jejím cílem je *„zlepšit konkurenceschopnost EU a zároveň zachovat model sociálního tržního hospodářství a významně zlepšit efektivnost využívání zdrojů.*[5]*"* (Sdělení komise Evropskému parlamentu, 2014).

Co se týká České republiky, ta se v rámci EU řadí mezi státy s nízkou mírou relativní chudoby. Problémem je poměrně velká skupina obyvatel pohybujících se těsně nad touto hranicí (Sociální politika v Evropské unii, 2009).

V rámci tohoto cíle má být uplatňován mj. přístup založený na sociálních investicích. Byl zaveden pojem Aktivní stáří (Active ageing), který si klade za cíl pomoci lidem zůstat co nejdéle aktivní. Byl vyvolán fenoménem stárnutí evropského obyvatelstva, které probíhá velmi rychle. Očekává se, že v letech 2010 – 2060 počet lidí nad 65 let poroste ze 17,4 % na 29,5 % celkové populace. Počet lidí nad 80 let se skoro ztrojnásobí na 12 %. Během téže doby EU očekává pokles pracující populace o 14,2 %. Penzijnímu a zdravotnímu systému, jakož i systému dlouhodobé péče hrozí neudržitelnost (Active Ageing, 2014). Před EU stojí výzva vytvořit 16 milionů nových

[5] Jeden z pěti základních cílů **Boj proti chudobě a sociálnímu vyloučení** ukládá „*snížit alespoň o 20 milionů počet lidí, kteří žijí v chudobě a sociálním vyloučení nebo jsou na pokraji chudoby a hrozí jim sociální vyloučení.*" (Headline indicators, 2014)

pracovních míst a zajistit, aby jejich práce byla produktivnější a aby pracovali déle (Sdělení komise Evropskému parlamentu, 2014).

2.4 Regionální rámec sociální politiky

Na řešení sociálních problémů i realizaci sociální politiky je nutno pohlížet také regionálně. Vždyť jejím hlavním posláním je řešení sociálních problémů jak na státní, tak i regionální a lokální úrovni. Z diskuzí v odborných kruzích vyplývá, že se jedná o téma, které velmi úzce souvisí s možnostmi rozvoje regionu vlastními silami (Grospič, 2008). Jak dále uvádí Jaroslava Kadeřábková a Jana Kouřilová v této publikaci, *„regionální politika by měla přispívat k rovnoměrnému rozvoji území státu“* (Grospič 2008, s. 188).

Současné procesy transformace ekonomiky země vytvářejí významnou základnu pro propojování sociální a regionální politiky. To je podle mého soudu správné, protože obě politiky v sobě zahrnují široký soubor nástrojů, které umožňují řešit palčivé sociální problémy jak na úrovni státu, tak především s ohledem na specifické regionální problémy. Kraje a především obce dokážou daleko lépe analyzovat stávající sociální potřeby svých obyvatel a jejich vývojové tendence do budoucna. Tím pádem mohou lépe a konkrétněji reagovat na tyto potřeby. Je třeba posílit zvýšení kontroly transakčních nákladů, jakož i nároků a využívání sociálních dávek.

Nosnou normou regionální politiky je *zákon č. 248/2000 Sb. o podpoře regionálního rozvoje*. Tento zákon specifikuje oblasti podpory regionálního rozvoje, vybrané nástroje a působnosti hlavních subjektů. Rozvoj sociálních služeb je jednou z klíčových oblastí podpory regionálního rozvoje. V souvislosti s cílovou skupinou senioři na tuto oblast navazuje také podpora vybavení regionu infrastrukturou a zajištění dopravní obslužnosti, a dále zajištění dostupnosti a zlepšování úrovně poskytování zdravotnických služeb.

Na úrovni regionů jsou na základě této nosné normy vytvářeny další strategické materiály, konkretizující postupy v jednotlivých odvětvích a sektorech. V oblasti sociální politiky to jsou především komunitní plány v podobě střednědobých plánů rozvoje sociálních služeb, jejichž tvorba je na úrovni regionů legislativně závazná (MSK, 2014a) a není výjimkou, že dobrovolně je sestavují i některé obce. Komunitní plány mají za úkol vyřešit na úrovni regionů vzájemné postavení triády: zřizovatelů, poskytovatelů a uživatelů sociálních služeb.

Lidé seniorského věku se sice na první pohled nezdají být „infikováni“ přímými dopady nezaměstnanosti - jsou přece příjemci státem regulovaných důchodů. Starobní důchody jsou nicméně odvislé od výše příjmů v produktivním věku a od nich se také odvíjí výše úspor, jakož i majetek nashromážděný a použitelný v důchodovém věku. Přihlédneme-li k dalšímu faktu, že zvyšující se nezaměstnanost snižuje životní standard obyvatel v produktivním věku, a tito lidé již nejsou schopni takovou měrou přispívat na finanční zabezpečení svých rodičů a – s ohledem na prodlužující se délku života – mnohdy také prarodičů. Stáří tak v soudobých rozvinutých společnostech dostává zcela jinou kvalitativní dimenzi a vyžaduje tak změnu přístupu k této skupině obyvatel.

2.5 Financování sociální ochrany

V České republice v současné době existují následující subjekty financování sociální ochrany: *„stát, samospráva (region, obec), zaměstnavatel, sponzor, občan/účastník.“* (Tomeš 2010b, s. 355 a násl.).

Stát

Stát financuje sociální politiku z daní, z jiných veřejných příjmů a majetku. Nejčastějším zdrojem financování jsou daně, které jsou dále děleny na přímé a nepřímé. Míra, s jakou stát vstupuje do financování sociální ochrany, zaleží na uplatňovaném modelu financování v té dané zemi a době. Historicky jsou známy modely (i) klasické (Bismarckův model, liberální-anglosaský, moderní konzervativní, moderní liberální model sociální pomoci a skandinávský sociálně demokratický model), dále pak (ii) současné modely (jedno-, dvou- , tří- a vícepilířové; Peková 2008, str. 380-381).

Samospráva

Územní samospráva získává zdroje na financování sociální politiky především formou **dotací ze státního rozpočtu nebo formou daňových příjmů** dle zákona o rozpočtovém určení daní č. 243/2000 Sb. (přímo od finančních úřadů jako správců daní), a dále vlastním výběrem poplatků a z vlastní ekonomické činnosti. Marginálním zdrojem mohou být také sponzorské dary od firem a obyvatelstva.

Zaměstnavatel

Zákonem je stanovena je povinnost zaměstnavatelů přispívat na pojištění zaměstnanců a hradit náklady na sociální ochranu nařízenou státem[6]. Tyto platby jsou v účetnictví zaměstnavatelů nákladem na pracovní sílu. Stejně jako mzdové náklady se odpočítávají ze základu pro výpočet daně z příjmu obyvatelstva. Kromě této zákonné povinnosti mohou zaměstnavatelé - právnické osoby - přispívat poskytováním řady sociálních výhod. Některé jsou odečitatelné jako náklad, některé jsou hrazeny ze zisku společnosti (tam, kde stát nemá zájem podporovat tuto sociální výhodu).[7]

Sponzor

Sponzorské dary jsou na první pohled nahodilým zdrojem financování. Při bližším zkoumání je však zřejmé, že se postupem času staly - alespoň v určitém minimálním podílu - stálým zdrojem financování sociální politiky. V České republice jsou podle mého názoru zdrojem stále podceňovaným. Dá se však očekávat, že význam sponzorství do budoucna nutně stále poroste, tak jak se budou rozevírat nůžky mezi jednotlivými sociálními třídami. Dá se také očekávat, že stále více poroste společenská zodpovědnost velkých firem a její poslání na regionální a lokální úrovni. Dokazují to také zahraniční zkušenosti.

Činnost, která se zabývá získáváním peněz, se nazývá *fundraising*. Pro nadace a občanská sdružení je fundraising podnikatelským záměrem, tzn. zabývají se jím profesionálně. Příkladem je uspořádávání veřejných sbírek.

Granty, subvence a dotace

Zvláštní formou získávání prostředků, která v sobě obsahuje formy sponzorství, jsou granty, subvence a také dotace. Oproti spontánnímu charakteru předchozích typů je poskytování grantů, subvencí a dotací založeno nejen na prokázání účelovosti, ale také na dosažení ekonomického a/nebo společenského efektu (finanční analýza a cost benefit analýza), co nejvyšší hospodárnosti (veřejná obchodní soutěž), prokázání profesionality

---

[6] Podle současně platných zákonů povinnost zaměstnavatele je hradit zdravotní pojištění (celkově se odvádí 13,5% z hrubé mzdy, přičemž zaměstnanec se podílí 4,5 % a zaměstnavatel 9%) a sociální pojištění (celkem 31,5% hrubé mzdy, z toho zaměstnanec 6,5% a zaměstnavatel 25%). Zdravotní pojištění se musí hradit aspoň z minimální mzdy, tj. 1.647 Kč. Sociální pojištění je vypočítáváno pouze z vyměřovacího základu.

[7] Patří zde např. příspěvek na stravování, u kterého si zaměstnavatel dává do nákladů 55% z hodnoty jídla nebo stravenky. Další sociální výhodou může být příspěvek zaměstnanci na životní připojištění a penzijní pojištění, a to 50.000 Kč ročně. Zaměstnavatel také může přispět zaměstnanci na dovolenou do výše 20.000 Kč ročně. Zaměstnavatelé běžně poskytují příspěvek na kulturní, sportovní a společenské akce, jehož výše není zákonem omezena. Takže kupř. zaměstnavatel nakoupí službu typu fitness nebo masáže a jako nepeněžní odměnu dá svým zaměstnancům permanentní poukazy na půl nebo jeden rok.

lidí, kteří se projektem zabývají, a souladu projektu s platnou legislativou. Poskytovatelem grantů a subvencí bývá stát a veřejná samospráva. Účelové granty vypisují jednotlivá ministerstva. Granty vypisují také dále soukromé subjekty (Tomeš, 2010b). Co se týká dotací, soudobá Evropa i Česká republika je motivována získáním účelových **dotací z fondů Evropské unie**. Úskalím financování prostřednictvím dotací může být dodržování přísných podmínek jejich čerpání a užití nebo dlouhá doba udržitelnosti projektu.

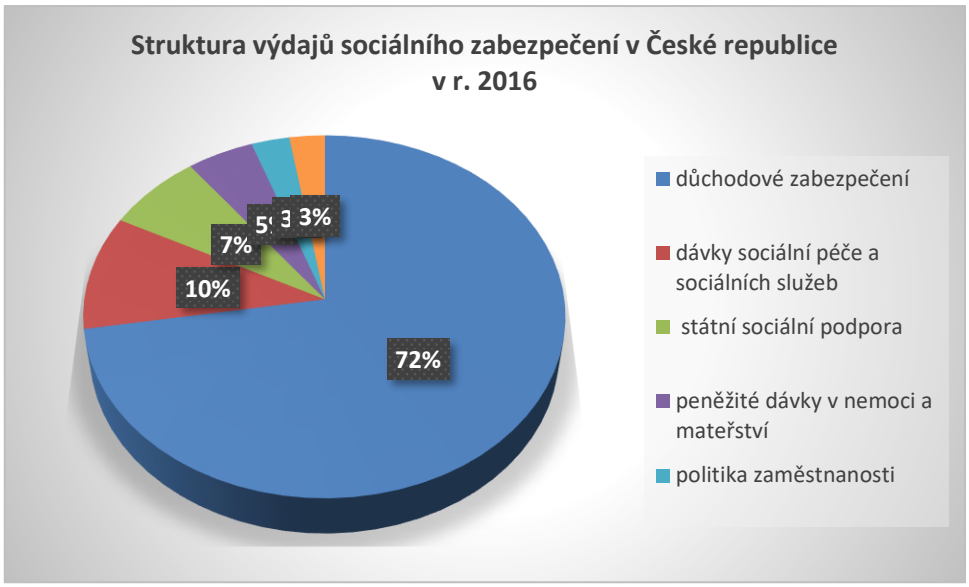
Občan/účastník

Nejenom v České republice, ale obecně ve světě je občan ze zákona **povinen přispívat** na solidaritu s jinými občany - jde o tzv. redistribuci v sociálním prostoru (Tomeš, 2010b). Stát může také zákonně požadovat po občanovi tzv. sociální redistribuci v čase. Jedná se o to, že občan povinně ušetří na své spotřebě a přispívá na vlastní budoucí sociální zabezpečení do zvláštního fondu, např. v sociálním spoření. Další forma účasti občana/účastníka může být **dobrovolná** - viz výše popisované sponzorství. Zvláštní forma financování ze strany občana je **odúmrtnost** (stát dědí v případě neexistence zákonného dědice a nezanechání závěti; Tomeš, 2010b). Naopak občan může závětí určit jako dědice stát. Toto téma již dále není rozebíráno, jelikož není předmětem disertační práce. Poslední zmíněnou formou je, kdy občan **může nebo musí přispívat na sociální služby**, což stanovuje *zákon o sociálních službách*.

2.6 Makroekonomické ukotvení sociálních služeb v rámci systému sociálního zabezpečení

Na sociální služby jsou vynakládány prostředky v rámci sociálně-zdravotního systému. Jak napovídá název, sociálně-zdravotní systém sestává z výdajů na systém zdravotní péče (v r. 2016 tvořil 38,5 % sociálně-zdravotního systému, VÚPSV, 2018) a systém sociálního zabezpečení. Většina výdajů je tedy vyplacena do systému sociálního zabezpečení. Ten je rozdělen do následujících pilířů: důchodové zabezpečení (to tradičně spotřebovává největší podíl, v r. 2016 činil 72,4 %), dávky sociální péče a sociálních služeb (10,2 %), státní sociální podpora (7,1 %), peněžité dávky v nemoci a mateřství (4,9 %), politika zaměstnanosti (2,8 %) a ostatní (např. náklady na správu systému).

Graf 1 Struktura systému sociálního zabezpečení v ČR v r. 2016



Zdroj: graf vlastní na základě VÚPSV, 2018

Následující tabulka ukazuje jak podíl výdajů sociálně-zdravotního systému a jeho vybraných pilířů k HPD, tak také vývoj ve sledovém období let 2007–2016.

Tabulka 1 Vývoj vybraných makroekonomických ukazatelů v období 2007 - 2016

rok	HDP běžné ceny v mld. Kč	Výdaje na sociálně zdravotní systém v mil. Kč	*Podíl výdajů na sociálně zdravotní systém k DPH v %*	Výdaje na systém sociálního zabezpečení v mil. Kč	*Podíl výdajů na systém sociálního zabezpečení k DPH v %*	Výdaje na sociální služby bez ESF v mil. Kč*	*Podíl výdajů na sociální služby k DPH v %*
2007	3 662,6	664 846	*18,2*	422 911	*11,55*	33 476	*0,91*
2008	3 848,4	702 892	*18,3*	438 372	*11,39*	39 925	*1,04*
2009	3 759,0	761 170	*20,2*	468 462	*12,46*	42 174	*1,12*
2010	3 790,9	761 525	*20,1*	472 490	*12,46*	42 900	*1,13*
2011	3 823,4	769 585	*20,1*	481 817	*12,60*	41 312	*1,08*
2012	3 845,9	783 581	*20,4*	490 275	*12,75*	42 225	*1,10*
2013	4 098,1	798 306	*19,5*	499 311	*12,18*	44 866	*1,09*
2014	4 313,8	824 882	*19,1*	513 041	*11,89*	49 847	*1,16*
2015	4 595,8	853 966	*18,6*	526 097	*11,45*	55 822	*1,21*
2016	4 773,2	874 664	*18,3*	538 272	*11,28*	59 715	*1,25*
Index růstu 2016/2007	***130,32 %***	***131,56 %***	***x***	***127,28 %***	***x***	***178,38 %***	***x***

Zdroj: VÚPSV, 2018 a *Průša, 2017a

Zdravotně-sociální systém se v roce 2016 podílel na tvorbě DPH 18,3 %. Z tabulky je patrné, je tato poměrová hodnota byla přibližně stejná jako v počátečním roce sledovaného období. V mezidobí, zvláště v letech 2009–2012 (období hospodářské krize) se tento podíl vyšplhal až k 20,4 %. Nárůst podílu výdajů na sociálně-zdravotní

systém byl zapříčiněn pomalejším růstem DPH (o 1,24 p. b.). Podobný vývoj v krizových letech je zřejmý také u podílu výdajů systému sociálního zabezpečení k DPH. Na rozdíl od podílu výdajů na sociálně-zdravotní systém byl však jejich růst ještě pozvolnější (o 3,04 p. b. než DPH)[8].

Zcela nesrovnatelný nárůst zaznamenaly výdaje na sociální služby: v letech 2007 až 2016 o 78,4%, čímž vzrostl i jejich podíl na DPH a v roce 2016 dosáhl rekordních 1,25 % na DPH. I přesto je tento podíl ve srovnání se státy EU stále poddimenzován.

O stále nedostatečném objemu kapacit v ČR hovoří např. Langhamrová (Langhamrová et al, 2018). Slovensko je na tom podobně jako ČR, ale např. Německo nebo Velká Británie vykazovaly v roce 2014 podíl 2,5 % a Švédsko či Dánsko tradičně okolo 6% (Langhamrová et al, 2018).

Vývoj poptávky po sociálních službách a jeho financování si proto zaslouží hlubokou a intenzivní pozornost odborné komunity při realizaci hospodářské a sociální politiky státu.

[8] Vlivem ekonomických, sociálních a institucionálních faktorů na úroveň sociálních výdajů se zabývá Vojtěch Roženský. Podle něj „*úroveň sociálních výdajů je pozitivně závislá na ekonomické úrovni, míře nezaměstnanosti a intenzitě procesu stárnutí populace*“ (Roženský, 2018).

3 Sociální služby - jejich pojetí a specifika

3.1 Cíl, pojetí a legislativní ukotvení sociálních služeb

Cílem sociálních služeb je řešit nepříznivou zdravotní i sociálně ekonomickou situaci seniorů, osob s handicapy fyzickými i mentálními, rodin s dětmi, nezaměstnaných, obětí trestných činů aj., omezující zapojení výše uvedených kategorií osob do ekonomického, kulturního a společenského života (Molek, 2011).

Toto sociální vyčlenění neumožňuje těmto občanům žít plnohodnotný a v dané společnosti standardní život. Aby byl sociální systém efektivní, musí zabezpečit všem sociálně vyloučeným a potřebným spoluobčanům adekvátní přístup k úplnému souboru služeb bez ohledu na individuální, fyzické či finanční možnosti a zároveň je motivovat k soběstačnosti a ochotě aktivně řešit svou nepříznivou situaci. Z výše uvedeného vyplývá, že sociální služby jsou zřizovány pro uspokojování zvláštních potřeb občanů starých, zdravotně postižených nebo občanů zasažených rozpadem rodiny.

Sociální služby sehrávají v naší společnosti zcela specifickou roli. Všechny druhy poskytovaných služeb, jak komerčního, tak i nekomerčního rázu, mají následující společné znaky:

- *„služba je nehmotná*
- *spotřebovává se ihned*
- *vyznačuje se variabilitou (např. školství se řídí jednotným výukovým rámcem, avšak kvalita výuky se může na různých školách značně lišit)*
- *neoddělitelnost služby od spotřeby (služba přináší užitek již svým průběhem, přičemž se nezhmotňuje v konkrétním předmětu – zboží, např. výklad turistického průvodce, doprava, výuka jazyků, léčba atd.).“* (Molek 2011, s. 8)

Z hlediska legislativy je daná oblast upravena základním ***zákonem č. 108/2006 Sb. o sociálních službách***, a dále ***prováděcí vyhláškou č. 505/2006 Sb.*** Podle § 3 a) *zákona č. 108/2006 Sb.* v platném znění jsou sociální služby definovány takto: *„Sociální službou se rozumí činnost nebo soubor činností zajišťujících pomoc a podporu osobám za účelem sociálního začlenění nebo prevence sociálního vyloučení.“* (Zákon č. 108/2006 Sb.).

Zákon č. 108/2006 Sb. byl několikrát změněn a upraven. Stěžejní byla změna platná od roku 2012. V té době byly převedeny kompetence posuzování a vyplácení příspěvku na péči obecních úřadů na úřady práce. Další zásadní změna zákona proběhla v roce 2015, kdy byla posílena role krajů na úkor státu tím, že kraje dostaly kompetence rozdělovat dotace ze státního rozpočtu. Od té doby se také akcentuje význam střednědobého plánu rozvoje sociálních služeb coby strategický dokument kraje a ukotvuje pojem síť sociálních služeb. Za velmi důležité považuji rovněž uzákonění významu podpory života jedince v jeho přirozeném sociálním prostředí, což znamená **posílení především terénních služeb** na úkor služeb pobytových.

Poslední, aktuálně platná změna *zákona č. 108/2006 Sb*. platná od 1. 10. 2017 přinesla především zvýšení částek příspěvku na péči, a to o 10 % ve všech stupních - viz *kapitola 4.3.2.*

Přelomovou se má stát systémová tzv. velká novela zákona o sociálních službách. Byla schválena vládou v březnu roku 2017 a měla nabýt platnost od 1. ledna 2018 (MPSV, 2017a). Neprošla však schválením Senátem a dodnes není účinná. Tato novela má za cíl upravit systém sociálních služeb, aby byl jednodušší a přehlednější a více odpovídal skutečným potřebám lidí. Deskripci obsahové náplně legislativních úprav sociálních služeb v České republice je podrobněji věnována *Příloha č. 2.*

Organizace, poskytující sociální služby, dělíme na **dva základní typy**:

- **Neziskové organizace** (Škarabelová, 2012)

  Podle české právní normy jsou neziskové organizace nejblíže vymezeny *zákonem č. 586/1992 Sb., o dani z příjmu*, který definuje neziskové organizace jako právnickou osobu, která nebyla zřízena nebo založena za účelem podnikání. Znamená to tedy, že jejich činnost není spojena s cílem produkovat zisk, který by byl rozdělován mezi členy organizace.

  Neziskové organizace jsou dále děleny do dvou skupin, a to na:

  - **vládní (státní, veřejné) neziskové organizace**, které zabezpečují zejména realizaci veřejné správy. Jejich právními normami jsou nejčastěji příspěvkové organizace zřizované obcí nebo krajem.
  - **nestátní neziskové organizace** (tzn. nevládní, soukromé, občanské, často označované jako NNO), založené *„na principu sebeřízení společnosti, což představuje schopnost určitého společenství lidí žijících a spolupracujících ve*

vymezeném prostoru, organizovat a vzájemně usměrňovat své jednání" (Škarabelová, 2012). V oblasti poskytování sociálních služeb zde řadíme občanská sdružení, nadace a nadační fondy, obecně prospěšné společnosti, církevní organizace a církevní právnické osoby.

- **Ziskové organizace**

  Tyto organizace se obvykle ve svém podnikání řídí tržními principy. Pro účely poskytování sociálních služeb jsou nejčastěji zřizovány společnosti s ručením omezeným, akciové společnosti a fyzické osoby podnikající dle *živnostenského zákona* (zákon č. 455/1991 Sb.) nezapsané v obchodním rejstříku.

Činnost daných organizací v sociálních službách musí respektovat ustanovení *zákona č. 108/2006 Sb.* a *prováděcí vyhlášky č. 505/2006 Sb.*

Vedle tradičního dělení sociálních služeb podle aktuálně platné legislativy (viz *Příloha č. 3)* na **ambulantní, terénní a pobytové** se do popředí dostává stále aktuálnější dělení služeb sociální péče na **formální a neformální** (Szudi et al, 2016). Zatímco formální péče je poskytována v ústavních zařízeních (ambulantní a pobytové) nebo i doma odbornými sociálními pracovníky (terénní služby), za neformální péči je považována péče člena rodiny - osoby blízké, která může za výkon služby pobírat příspěvek na péči. Buckner et al. (2013) ještě více rozšiřuje okruh poskytovatelů služeb sociální péče o asistované žití, asistenční a komunitní služby.

Přáním snad každého seniora je prožít vrcholnou fázi svého života v přirozeném, domácím prostředí. Žel s nástupem štědrého sociálního státu ve 2. polovině minulého století došlo k atomizaci rodiny a k potlačení mezigeneračních vazeb. Počet rodin, které by byly ochotny a schopny postarat se o nesoběstačného člena, klesá (Bruthansová, Červenková, 2004). Kučera (2002) hovoří o zhoršení kvality osobních kontaktů a komunikace.

Podle studie, srovnávající efektivnost a ekonomickou udržitelnost péče v ústavech sociální péče s péčí domácí (Mihić et al, 2014), náklady na ústavní péči jsou podstatně vyšší než na služby poskytované v domácím, přirozeném prostředí. Obě formy péče jsou však podle autora nezbytné. K poněkud odlišnému závěru ve smyslu jeho rozšíření dospěl Vostatek (Vostatek et al, 2013). Podle něj je - v souladu s výše uvedeným i obecně přijímaným názorem - ekonomicky optimální variantou neformální péče zkombinovaná s poskytováním terénních zdravotních nebo sociálních služeb. Pokud by však měla být péče svěřena pouze do rukou veřejné správy, existuje určitý bod zvratu,

kdy především ve vyšších stupních nesoběstačnosti se péče v domácnosti stává méně optimální a méně efektivní než péče ústavní (Vostatek et al, 2013).

3.2 Regionální rámec sociálních služeb

V České republice probíhá od roku 1990 odklon státu od přímého poskytování sociálních služeb a přesunutí váhy na místní samosprávy (na základě *zákona č. 100/1988*), ruku v ruce s výraznou redukcí financování pouze ze státního rozpočtu a přesun k vícezdrojovému financování z rozpočtu krajů, obcí, dotací, sponzoringu a samozřejmě z úhrad od příjemců služeb, kteří mají na sebe převzít větší zodpovědnost[9]. Tento trend je podle mého názoru správný v tom ohledu, že kraje a obce daleko přesněji a podrobněji definují potřeby poskytování sociálních služeb.

Legislativně je rozdělení kompetencí v České republice mezi stát, regiony a obce zakotveno opět v *zákoně o sociálních službách č. 108/2006 Sb.,* § 92 až § 96.

Podle tohoto zákona **Ministerstvo práce a sociálních věcí** má za úkol zabývat se řídící, kontrolní a plánovací činností:

- Řídit a kontrolovat výkon správy v oblasti sociálních služeb
- Zpracovávat národní strategii rozvoje sociálních služeb, sleduje a vyhodnocuje její plnění a ve spolupráci s kraji určuje parametry dostupnosti sociálních služeb.

Naproti tomu úkoly **kraje** jsou spíše evidenčního, informačního, koordinačního či plánovacího rázu, a to na regionální úrovni:

- Zjišťovat potřeby poskytování sociálních služeb na svém území
- Zajišťovat dostupnost informací o možnostech a způsobech poskytování sociálních služeb
- Spolupracovat s obcemi nebo s dalšími kraji a jinými poskytovateli sociálních služeb při zprostředkování sociální pomoci
- Zpracovávat střednědobý plán rozvoje sociálních služeb na úrovni kraje, sledovat jeho plnění, vyhodnocovat a informovat ministerstvo o plnění tohoto krajského plánu
- Zajišťovat dostupnost poskytování sociálních služeb na svém území v souladu se střednědobým plánem rozvoje sociálních služeb

[9] Na rozdíl od skupiny zemí Švédsko, Finsko, Dánsko, Nizozemí, kde odpovědnost za dlouhodobou sociální péči leží přímo na vládních institucích (Langhamrová et al, 2018). V rámci třetí skupiny zemí (Rakousko, Německo, Francie) sociální služby poskytují jiné subjekty a stát jim poskytuje finanční prostředky (Timonen, 2005).

- Určovat síť sociálních služeb na území kraje; přitom přihlížet k informacím obcí.

Tutéž činnost, ovšem v rozsahu působnosti nejmenší regionální jednotky - svého území, zajišťuje **obec.** Rozdílná je fakultativnost zpracování plánu rozvoje sociálních služeb na úrovni obce, o to více je zdůrazněna povinnost komplexně spolupracovat s krajem.

Zákon o sociálních službách v aktuálním znění staví na roveň krajské úřady a obecní úřady v oblasti poskytování sociálních služeb, viz § 92 a § 93: *"Na území svého správního obvodu koordinuje poskytování sociálních služeb a realizuje činnosti sociální práce vedoucí k řešení nepříznivé sociální situace a k sociálnímu začleňování osob*", na rozdíl od předchozí úpravy, kdy krajské úřady měly zákonnou povinnost zajistit sociální služby pouze v případě, kdy některý z poskytovatelů sociálních služeb v rámci regionu ukončil poskytování sociálních služeb a osoby, kterým dosud poskytoval služby, se ocitly v bezprostředním ohrožení jejich práv, a to navíc ve spolupráci s obecním úřadem s rozšířenou působností. Znamená to tedy, že zákonnou úpravou v roce 2015 došlo k posílení pozice krajů.

Na provádění výše uvedených zákonných povinností musí kraje a obce zabezpečit financování. Toto téma je opět rozvedeno *v kapitole 4.3.*

3.3 Plánování sociálních služeb

Již v předchozí kapitole je uvedeno, největší díl zodpovědnosti v poskytování sociálních služeb padá na regionální úroveň. Prvořadým úkolem a cílem regionů a obcí je vytvořit a udržovat pro občany, kteří se přirozeným způsobem ocitli v závislosti na sociální pomoci, prostředí příznivé a přívětivé pro život. V rámci plnění tohoto cíle je nezbytné nejprve zhodnotit a popsat stávající stav pomocí předem stanovených identifikátorů potřeb těchto lidí žijících v dané lokalitě a metod, podle kterých a pomocí kterých bude hodnocení provedeno. Následně jednotlivé kraje a případně obce zpracovávají střednědobé plány rozvoje sociálních služeb. Tato povinnost vyplývá ze *zákona č. 108/2006 Sb. o sociálních službách,* § 95, písm. d), případně § 94 d).

Proces plánování sociálních služeb pro seniory vychází z obecných pravidel plánování sociálních služeb, kterým se nyní budu věnovat.

Jak uvádí Oldřich Matoušek ve své monografii, potřeba nové koncepce plánování sociálních služeb v České republice vyvstala po roce 2002, kdy došlo k přechodu zřizovatelských funkcí na obce a na kraje. Oba typy subjektů byly najednou postaveny

před otázku, jaká je potřeba sociálních služeb v jejich regionálním celku a kolik takových potřeb mohou financovat (2011).

Další, neméně důležitou otázkou bylo, na jaké úrovni má být daná služba zřízena. Naprostá většina obyvatel České republiky totiž žije v obcích s méně než 1 000 obyvatel. Navíc v těchto obcích je podíl starších lidí vyšší než v ostatních obcích. Je sice méně ekonomické zřizovat v každé takovéto malé obci potřebnou sociální službu, na druhé straně je žádoucí, aby sociální služba byla dostatečně dostupná pro všechny občany. Na to již pamatuje připravovaná tzv. velká novela zákona *(kapitola 3.1).*

Ještě *„na počátku roku 2007 stát neměl evidenci sociálních služeb, poskytovaných nestátními subjekty. Dotace nestátním subjektům jsou dodnes poskytovány jen na roční provoz, a to v nepředpověditelné výši, což téměř znemožňuje strategické plánování.“* (Matoušek 2011, s. 118). Vlastní výzkumná šetření, uvedená v empirické části této práce, potvrzují, že tento stav se k prováděnému datu nezlepšil. Navíc negativní vývoj se dotýká nejen nestátních, ale také státních subjektů. I tento negativní jev by měl být ošetřen v tzv. velké novele zákona platné od roku 2012 *(kapitola 3.1).*

Oldřich Matoušek definuje několik postupů, jak odhadnout aktuální potřebu sociálních služeb a predikovat vývoj v blízké budoucnosti. Jsou jimi:

1. Sociálně demografická analýza
2. Komunitní plánování
3. Strategický plán rozvoje organizace (2011, s. 118).

Pro účely této disertační práce je blíže zpracován bod 2.

Ad 2 Komunitní plánování sociálních služeb

Komunitní plánování má své kořeny v anglosaských zemích pod pojmem *sociální plánování.*[10] Rozumí se jím proces, kdy k tomu určený pracovník koordinuje *„kontakt mezi těmi, kdo mohou dělat politická rozhodnutí, a těmi, kdo poskytují lidem služby, případně i lidmi z místního společenství.“* (Matoušek 2011, s. 123).

Jak již bylo zmíněno dříve, *zákon o sociálních službách* ukládá krajům povinnost zpracovávat ***střednědobý plán rozvoje sociálních služeb*** (§95 d). Obcím zákon ukládá povinnost spolupracovat s krajem při přípravě a realizaci tohoto plánu (§94 e), čímž, podle mého názoru, motivuje a dává možnost k jeho zpracování na obecní úrovni (§94 d), Zákon č. 108/2006 Sb.).

[10] Britští odborníci pomáhali zavádět komunitní plánování v České republice v polovině devadesátých let minulého století.

Jak vyplývá z článku *Komunitní plánování - web o komunitním plánování*, *„prostřednictvím komunitního plánování je plánován v daném časovém horizontu a na daném území rozvoj služeb pro skupiny sociálně znevýhodněných osob. Zahrnuje konkrétní cíle a navrhovaná opatření k řešení jak stávajících nepříznivých životních situací občanů, tak i situací, ve kterých se lidé v budoucnu ocitnout mohou.“* (Krbcová-Mašínová, Polesný, 2012).

Oldřich Matoušek definuje komunitní plánování jako *„postup, který má zmapovat místní potřeby sociálních služeb a porovnat je s místními zdroji.“* (Matoušek 2011, s. 123).

Ke zdrojům Oldřich Matoušek řadí v prvé řadě existující organizace, jež služby poskytují, dále veřejné peníze, finanční prostředky občanů ochotných a schopných přispět svou prací nebo kapitálem, subjekty produkující zisk nebo finanční fondy a projekty určené k rozvoji sociálních služeb (Matoušek, 2011). Problematika zdrojů financování sociálních služeb je podrobněji analyzována *v kapitole 4.3.*

Subjekty komunitního plánování je triáda: **zadavatelé, poskytovatelé a uživatelé služeb**.[11] Při řešení problémů vyžaduje komunitní plánování spolupráci a komunikaci mezi všemi uvedenými subjekty.

Na úrovni obcí, měst a krajů je významná otevřenost komunitního plánování rozvoje sociálních služeb, což znamená, že se **uživatelé** (nakupují služby a jsou jejich příjemci - lidé, kteří se ocitli v nepříznivé životní situaci), **poskytovatelé** (nabízejí a prodávají služby - odborníci v dané oblasti) i **zadavatelé** (jsou objednateli služeb a také za ně platí - jsou to představitelé veřejné správy, nesou politickou zodpovědnost) aktivně spoluúčastní na realizaci závěrů komunitního plánu prostřednictvím dialogu a vyjednávání. Takto pojaté komunitní plánování přináší nespornou výhodu v tom, že zapojuje široký okruh zainteresovaných subjektů. Naproti tomu tato široká škála angažovaných subjektů s sebou přináší rozpory. Například:

- Zadavatelé sociálních služeb se chovají autoritářsky vůči ostatním subjektům, a zdůrazňují, že nesou politickou zodpovědnost
- Poskytovatelé jsou na trhu konkurenty a vždy budou propagovat a hájit službu, kterou nabízejí
- Zadavatelé a poskytovatelé mohou být v převaze nad uživateli
- Nestátní organizace nemají takovou společenskou prestiž atd. (Matoušek, 2011).

[11] Některé odborné prameny uvádějí také 4. Subjekt, a to zaměstnavatelé (Krbcová - Mašínová, Polesný, 2012)

Nicméně pro poskytovatele sociálních služeb sehrává komunitní plán **významnou roli**, protože hodnotí stávající situaci v místě působení organizace z hlediska struktury, kvality a kvantity poskytovaných služeb, dále přináší názory uživatelů na kvalitu, úroveň, dostupnost a strukturu poskytovaných služeb, a v neposlední řadě stanovuje cíle rozvoje služeb v dané lokalitě, jejich potřebnost a možné způsoby dosažení komunitním plánem vytýčených cílů (Statutární město Havířov, 2014a).

Důležitou fází procesu je **plánování**. Realizátoři procesu (klíčové osoby, projektový či manažerský tým, řídící skupina atd.) *„by měli dokázat v této fázi formulovat cíl, prostředky vedoucí ke změně, odhadnout jeho časovou, finanční a personální náročnost … a zvolit či navrhnout vhodné metody implementace (např. způsoby, jak zapojit obyvatele komunity, jak spolupracovat s místní správou a místními podnikatelskými subjekty, jak zajistit publicitu). Všechna tato témata zahrnuje* ***projekt.*** *Vyžaduje to znalosti nejenom sociální práce, ale i managementu, práva, ekonomiky.“* (Matoušek 2008, s. 263).

Komunitní plán obvykle mimo jiné vychází z následujících zpracovaných informací a zdrojů:

- sociálně demografická analýza dané lokality včetně prognózy jejího vývoje,
- expertíza potřebnosti sociálních služeb a péče v dané lokalitě,
- analýza SWOT hodnotící silné stránky lokality, její slabé stránky, příležitosti a ohrožení,
- dotazníkové šetření (mezi občany, potencionálními zájemci, poskytovateli a aktivními uživateli služeb),
- plán rozvoje (cíle, způsob jejich financování a kroky vedoucí k dosažení, vyhodnocení a kontrola plnění; Statutární město Havířov, 2014a).

Teoretickým principem komunitního plánování je tedy rovnoprávné postavení tří subjektů – zadavatele, poskytovatele a uživatele. Otázkou je dosažení rovnocenného postavení uživatele v systému uvedené triády. Podrobnější pohled je zpracován *v kapitole 7.2.3 praktické* části této práce.

3.4 Sociální služby a jejich úloha v obcích se stárnoucím obyvatelstvem

Tato kapitola podchycuje regionální dimenzi služeb sociální péče. *„Stárnutí populace a urbanizace jsou dva globální trendy, které společně tvoří významné síly formující 21.*

století. ... Senioři v podpůrném a napomáhajícím prostředí jsou pro rodiny, komunity a ekonomiky zdrojem. Světová zdravotnická organizace (WHO) chápe aktivní stárnutí jako celoživotní proces formovaný různými faktory, které jednotlivě i ve vzájemné interakci přispívají ke zdraví, participaci a bezpečí ve vyšším věku. ... Město přátelské seniorům podporuje aktivní stárnutí optimalizací příležitostí pro zdraví, participaci a bezpečí s cílem zlepšení kvality života lidí v procesu stárnutí. V praxi to znamená, že město přátelské seniorům přizpůsobuje svou infrastrukturu a své služby tak, aby byly přístupné a začleňující pro seniory s různými potřebami a schopnostmi." (MPSV, 2009).

Potřeby a úroveň jejich uspokojování úzce souvisejí s individuálním chápáním kvality života seniora, dále infrastrukturou a podmínkami, které usnadňují občanům aktivní stárnutí. Obecně lze říci, že mezi základní prvky, prvořadé pro seniory, dle mezinárodního průvodce WHO nazvaného *Globální města přátelská seniorům*, mimo jiné patří:

- **Venkovní prostory, přístupné budovy a bezpečné prostředí –** mají vliv na mobilitu, nezávislost a možnost „stárnout v místě", tj. ve svém domácím prostředí.
- **Příjemné prostředí, dostatek zeleně a míst k odpočinku.**
- **Kvalita chodníků a komunikací.**
- **Bezpečné přechody pro chodce.**
- **Dostupnost veřejných toalet.**
- **Kvalitní služby**, které respektují potřeby seniorů.
- **Doprava –** dostupnost, finanční přístupnost, spolehlivost a četnost, nastupování a vystupování, přednostní místa a slušnost, bezpečí a komfort, zavedení autobusů speciálně upravených pro osoby se zdravotním postižením a jejich pečovatele.
- **Respekt ke starším řidičům, parkování -** vyhrazená parkovací místa pro seniory a osoby se zdravotním postižením v blízkosti budov, spolu s vyhrazenými prostory pro nástup a výstup.
- **Bydlení –** finančně přístupné bydlení, základní komunální služby, bytové úpravy podle potřeb seniorů a služby údržby domácnosti dostupné všem seniorům, umožnění stárnutí v komunitě a začlenění do komunity – v domovech a bytech je nabídka vhodných služeb, zařízení a aktivit, domácí prostředí, v bytech není příliš mnoho osob a senioři se cítí bezpečně.

- **Zapojení do společnosti** – účast na volnočasových, společenských, kulturních a duchovních aktivitách komunity.
- **Respekt a sociální začleňování –** mnoho seniorů má pocit, že jsou často respektováni, váženi a začleněni. Na druhé straně se setkávají s nedostatkem zájmu v komunitě, ve službách a v rodině. Tento rozpor se dá vysvětlit změnami ve společnosti a v normách chování, nedostatkem mezigeneračních kontaktů a obecnou neinformovaností o stárnutí a seniorech.
- **Občanské zapojení a zaměstnání –** příležitosti k tomu, aby senioři i po penzionování mohli nadále prospívat svým komunitám, buďto prostřednictvím placeného zaměstnání, dobrovolnické práce nebo zapojením do tvorby politiky v komunitě.
- **Komunikace a informace –** zachování kontaktu s událostmi a lidmi a přístup k aktuálním, praktickým informacím, umožňujícím zvládání životních situací a uspokojování osobních potřeb.
- **Komunitní sociální a zdravotní služby**
  - Zdravotní a sociální služby jsou dobře lokalizovány v jednotlivých částech města, jsou blízko sebe, jsou navzájem propojeny a jsou snadno dosažitelné všemi druhy dopravy.
  - Residenční zařízení, např. domovy pro seniory a ošetřovatelská zařízení, jsou umístěny v blízkosti dalších služeb a obydlených lokalit, takže jejich obyvatelé zůstávají integrováni v širší komunitě.
  - Budovy a zařízení, v nichž jsou služby poskytovány, jsou bezpečné a plně přístupné osobám se zdravotním postižením.
  - Informace o zdravotních a sociálních službách pro seniory jsou srozumitelné a přístupné.
  - Ekonomické překážky, bránící přístupu ke zdravotním a komunitním sociálním službám, jsou minimální.
  - Je dostupná dostatečná nabídka zdravotních a komunitních sociálních služeb zaměřených na posílení, zachování a navrácení zdraví.
  - Jsou dostupné služby domácí péče, které zahrnují zdravotní služby, osobní péči a pomoc v domácnosti.
  - Nabízené zdravotní a sociální služby reagují na potřeby a priority seniorů.
  - Odborní pracovníci ve službách mají potřebné dovednosti a jsou vzděláni pro

komunikaci se seniory a efektivní poskytování služeb seniorům.

- Dobrovolníci každého věku jsou motivováni a podporováni k pomoci seniorům ve zdravotních a komunitních službách v různých zařízeních a prostředích (MPSV, 2009).

Na tomto místě je vhodné zmínit, že ve velkých městech fungují sociální služby jinak než v malých obcích. Důvodem je, že v menších obcích žije mnoho seniorů v rodinách, kde je více generací pospolu a v rámci kterých si členové intenzivněji pomáhají a jsou schopni poskytnout svému rodiči či prarodiči odpovídající péči v přirozeném domácím prostředí. Dalšími významnými faktory jsou rozdíly ve věkové a vzdělanostní struktuře a také míře nezaměstnanosti mezi obyvatelstvem malých a velkých obcí a měst. Tytéž rozdíly jsou patrné mezi průmyslovými a zemědělskými regiony. Z výše uvedeného můžeme odvodit, že v obcích s vyšší mírou nezaměstnanosti se rodinní příslušníci častěji celodenně starají o svého bezmocného příbuzného a čerpají příspěvek na péči (jako zdroj svého příjmu) než ve větších městech, kde volí pracovní zařazení a svěří svého blízkého do péče v zařízení, poskytující sociální služby.

Obce by tedy měly zřizovat organizace poskytující sociální služby v adekvátním složení, návaznosti a kapacitě. Jedná se především o poskytování služeb typu denní stacionáře pro seniory, odlehčovací neboli respitní péči pro seniory, pobytové služby v domovech pro seniory, terénní služby poskytující domácí ošetřovatelskou péči, dovážku obědů, zavedení služeb sociální péče u propuštěných pacientů z nemocničního prostředí, aktivní depistáž seniorů a zdravotně postižených seniorů, rozvoj léčebné rehabilitace, rozvíjení volnočasových aktivit a ergoterapie seniorů, a v neposlední řadě budovat sociální bydlení určené pro seniory.

SHRNUTÍ TEORETICKÉ ČÁSTI

Teoretická část se zabývá změnami v úloze státu jako poskytovatele sociálních služeb, které jsou vyvolané celospolečenskými změnami, kdy přibývá seniorů a stejně také jejich nároky na sociální služby. Je namístě, že stát eliminoval svou roli přímého poskytovatele služeb sociální péče. Ponechává si roli konceptora, je však také plnou měrou zodpovědný za fungující systém kvalitních a dostupných sociálních služeb a jeho adekvátní dlouhodobě udržitelné financování. O tom ostatně hovoří i základní rámcový dokument sociální politiky, *Národní strategie rozvoje sociálních služebna období 2016-2025* (MPSV, 2015).

Sociální politika České republiky, stejně jako ostatních států, je v rámci EU vymezena principem subsidiarity, což znamená, že sociální otázky si každá členská země EU řeší autonomně. Zásada subsidiarity je v ČR striktně uplatňována i na regionální úrovni, protože každý region zná nejlépe specifické potřeby svých obyvatel. Dochází tak k propojení *zákona o sociálních službách č.108/2006 Sb*. se *zákonem o podpoře regionálního rozvoje č. 248/200 Sb.* a vyúsťuje v tvorbu komunitních plánů na úrovni krajů (obligatorně) a obcí (fakultativně).

Prostředky na sociální služby jsou vynakládány v rámci dvou pilířového sociálně-zdravotního systému (VÚPSV, 2018). Pilíř sociálního zabezpečení vykázal v roce 2016 výdaje ve výši 538,3 mil. Kč, tzn. podíl na HDP v běžných cenách činil 11,3 %. Výdaje na samotné sociální služby pak byly vykázány ve výši 59,6 mil. Kč (1,25 % podíl na HDP). Ve sledovaném období 2007-2016 došlo k absolutnímu nárůstu výdajů na sociálně-zdravotní systém a v rámci něho i ke zvýšení výdajů na systém sociálního zabezpečení. V porovnání s vývojem DPH však relativní hodnoty roku 2016 zhruba odpovídaly hodnotám ukazatelů na počátku sledového období 2007. Na rozdíl od předcházejících ukazatelů výdaje na sociální služby vykázaly strmý nárůst v absolutním i v relativním vyjádření. Důvodem bylo zavedení nové sociální dávky – příspěvku na péči – v roce 2017. Je však nezbytné konstatovat, že ani tento výrazný nárůst výdajů na sociální služby nezměnilo postavení ČR v rámci států EU – ČR stále zaujímá spodní příčky (naproti Švédsku nebo Dánsku se 6 %) a odborná komunita hodnotí objem vynaložených kapacit na sociální služby v ČR jako stále poddimenzovaný a nedostatečný.

Sociální služby v ČR se dělí na ambulantní, terénní a pobytové, přičemž za klíčové jsou považovány **terénní služby**, které jsou poskytovány v domácím

přirozeném prostředí. Do popředí se stále více dostává dělení na formální a neformální, aby bylo možno zdůraznit význam služeb **neformálních**, čili poskytovaných rodinnými pečujícími, osobami blízkými anebo známými. Podle Vostatka et al. (2013) ekonomicky nejefektivnější je kombinace neformálních služeb se službami terénními. Pokud by měla být péče svěřena pouze do rukou veřejné správy, pak především ve vyšších stupních závislosti je domácí péče méně efektivní než péče ústavní.

Z textu teoretické části práce je zřejmé, že demografické stárnutí populace permanentně vyvolává nárůst a variabilitu potřeb seniorů. Podle Průši et al. (2009) počet osob, které budou odkázány na pomoc druhé osoby, se v budoucnu bude stále zvyšovat a nárůst nemocí postihujících seniory včetně dlouhodobosti jejich léčení zřejmě povede k zásadním společenským změnám. To způsobuje neustálé posilování významu sociálních služeb, a to jak v jejich věcném plnění, tak také v nárůstu finanční náročnosti, což bude vyvíjet nezbytný tlak na změny ve struktuře financování.

Problematika systému vícezdrojového financování v České republice je předmětem analýzy v praktické části: *kapitola 4* se zabývá financováním sociálních služeb v ČR, *kapitola 5* se věnuje příkladům financování sociálních služeb v zahraničí (Rakousko, Německo a Švýcarsko) a *kapitola 6* neopomíjí koncepci dlouhodobé péče. Počínaje *kapitolou 7* je na případové studii provedena analýza fungování sociálních služeb a jejího finančního zajištění na regionální úrovni města Havířov.

II PRAKTICKÁ ČÁST

4 Problematika sociálních služeb a jejich financování v České republice

Systém sociálních služeb a jeho financování patří k náročněji uchopitelným odborným problémům. Tato problematika permanentně prochází mnoha změnami, které zásadnějším způsobem ovlivňují jejich podobu. Analýze předmětného systému a jeho vývoji je věnována tato kapitola.

4.1 Poptávka po sociálních službách v České republice

Při plánování sociálních služeb je potřebné vycházet z poptávky po jednotlivých druzích sociálních služeb.

Tabulka 2 Vývoj počtu neuspokojených žádostí o vybrané sociální služby

Počet neuspokojených žádostí	Forma služby (T-terénní, P-pobytová, A-ambulantní)	r. 2007	r. 2016
Pečovatelská služba	T, A	570	1 654
Osobní asistence	T	96	907
Tísňová péče	T	0	0
Průvodcovské a předčitatelské služby	T, A	0	0
Podpora samostatného bydlení	T	42	111
Odlehčovací služby	T, A, P	280	2 389
Týdenní stacionáře	P	105	164
Domovy pro osoby se zdravotním postižením	P	7 056	2 414
Domovy se zvláštním režimem (DZR)	P		21 334
Domovy pro seniory (DS)	P	48 131	65 764
DS + DZR	*P*	*x*	*21 334*

Zdroj: MPSV, 2008; MPSV, 2017b; vlastní zpracování

Z tabulky je evidentní, že nejvyšší převis poptávky nad nabídkou byl u pobytových sociálních služeb typu domovů pro seniory a domovů se zvláštním režimem[12]. Dále je zřejmé, že poptávka po všech službách sociální péče má od doby

[12] Ukazatele je nutno považovat za maximální, jelikož jsou zkresleny tím, že díky obecně dlouhé čekací době je zavedená praxe podat si žádost o umístění do pobytového zařízení v předstihu, když ještě potřeba není akutní, a mnohdy do více zařízení najednou. V každém případě i toto vysvětlení znamená extrémně neuspokojenou poptávku.

přijetí *zákona č. 108/2006 Sb*. rostoucí trend. U žádné vybrané sociální služby poptávka není zcela uspokojena (Prudká, 2017).

Zákon č. 108/2006 Sb. přisuzuje klíčovou pozici terénním službám: kromě toho, že umožňují ponechat seniora co nejdéle v domácím prostředí, jsou nákladově méně náročné (Prudká, 2017). Vývoj dostupnosti vybraných pobytových a terénních služeb je zřejmý z následující tabulky:

Tabulka 3 Vývoj počtu uživatelů vybraných terénních a pobytových sociálních služeb a intenzita převisu poptávky nad nabídkou

Druh sociální služby	Forma služby (T-terénní, P-pobytová, A-ambulantní)	Počet uživatelů vybraných sociálních služeb		Intenzita převisu poptávky nad nabídkou	
		r. 2007	r. 2016	r. 2007	r. 2016
Pečovatelská služba	T, A	98 383	106 601	1,01	1,02
Osobní asistence	T	2 302	7 559	1,04	1,12
Odlehčovací služby	T, A, P	3 885	9 416	1,07	1,25
Domovy pro seniory (DS)	P	39 665	35 829	2,21	2,84
Domovy se zvláštním režimem (DZR)	P	3 668	16 856	x	2,27
DS + DZR	*P*	*43 333*	*52 685*	x	1,40

Zdroj: MPSV, 2008; MPSV, 2017b; vlastní zpracování

Od doby platnosti zákona o sociálních službách (od r. 2007) evidentně vzrostl počet uživatelů terénních služeb. Nicméně je významný i nárůst uživatelů pobytových služeb, a to v domovech se zvláštním režimem. Z tabulky je dále zřejmé, že poptávka po vybraných sociálních službách byla vyšší než nabídka, přičemž v roce 2016 byl rozdíl mezi poptávkou a nabídkou vyšší než v roce 2007. Evidentní je také to, že poptávka po terénních službách převyšovala nabídku mírněji než po pobytových službách - byla více než dvojnásobná (DZR v r. 2016) až téměř trojnásobná (DS v r. 2016) vyšší.

4.2 Nákladovost vybraných typů sociálních služeb

Jak již bylo zmíněno výše, jednotlivé sociální služby jsou rozdílně finančně náročné, což se odráží do agregátních výdajů na danou službu. Nejvyšší výdaje zaznamenaly pobytové sociální služby. Naopak výdaje na nejrozšířenější terénní službu - pečovatelskou službu - byly výrazně nižší než výdaje na pobytové služby (tabulka 4).

Tabulka 4 Vývoj výdajů na vybrané terénní a pobytové sociální služby

Výdaje na sociální službu v tis. Kč	Forma služby (T-terénní, P-pobytová, A-ambulantní)	r. 2007	r. 2016
Pečovatelská služba	T, A	1 590 781	2 632 793
Osobní asistence	T	87 291	598 680
Tísňová péče	T	14 481	38 299
Odlehčovací služby	T, A, P	130 282	709 374
Domovy pro seniory (DS)	P	9 597 146	11 596 193
Domovy se zvláštním režimem (DZR)	P	981 199	6 108 318
DS + DZR	*P*	*10 578 345*	*17 704 511*
Ostatní služby v pobytových zařízeních	P	1 688 195	4 201 887

Zdroj: MPSV, 2008; MPSV, 2017b; vlastní zpracování

Z tabulek 3 a 4 vyplynuly průměrné měsíční náklady na jednotlivé formy služeb:

Tabulka 5 Průměrné měsíční náklady na jednoho klienta

Průměrné měsíční náklady vybraných sociálních služeb v Kč	Forma služby (T-terénní, P-pobytová, A-ambulantní)	r. 2007	r. 2016
Pečovatelská služba	T, A	1 347	2 058
Osobní asistence	T	3 160	6 600
Tísňová péče	T	1 845	1 537
Průvodcovské a předčitatelské služby	T, A	218	1 159
Podpora samostatného bydlení	T	6 197	6 010
Odlehčovací služby	T, A, P	2 795	6 278
Domovy pro osoby se zdravotním postižením	P	28 402	36 028
Domovy pro seniory (DS)	P	20 163	26 971
Domovy se zvláštním režimem (DZR)	P	22 292	30 199
DS + DZR	*P*	20 343	28 004

Zdroj: vlastní zpracování na základě údajů z tabulek 3 a 4

Nejnákladnějšími službami jsou pobytové sociální služby typu domovy se zvláštním režimem a domovy pro seniory. Méně náročnými jsou terénní a ambulantní služby. Řádný finanční manažer tedy logicky vyhodnocuje, zda nejsou nejnákladnější služby nadužívány na úkor levnějších forem. Vezmeme-li v potaz i přirozený zájem každého z nás zůstat co nejdéle soběstačný a ve svém přirozeném prostředí, pak je odůvodněná snaha každého jednotlivce a státu prioritně upřednostňovat levnější terénní služby, poskytované v přirozeném domácím prostředí, před pobytovými službami. Existuje však více faktorů, které ovlivňují poptávku po jednotlivých formách sociálních služeb. Ty mohou být regionálního charakteru (např. stárnoucí region, odchod mladých

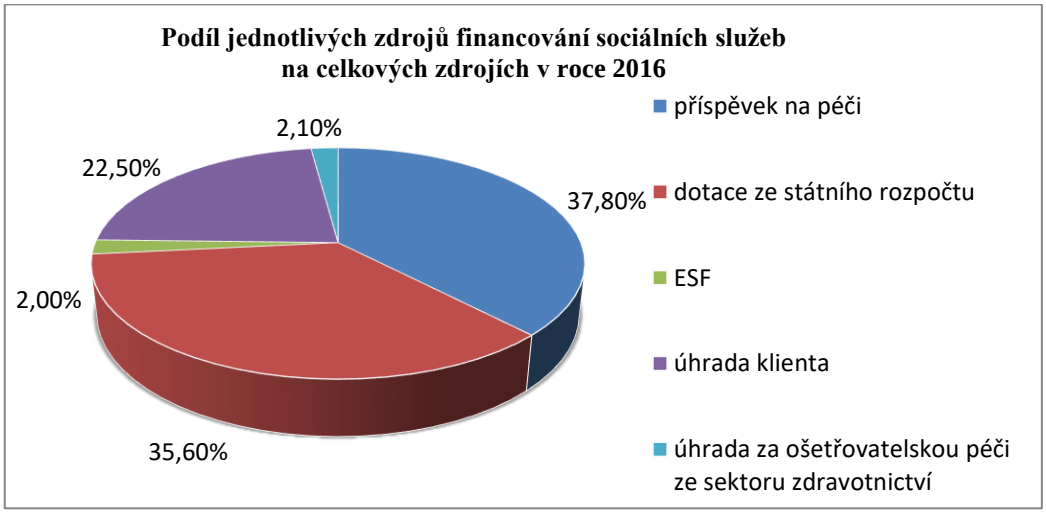
lidí z regionu, míra nezaměstnanosti, míra migrace, viz *kapitola 6*). Jsou také dány limitními schopnostmi rodinných příslušníků dlouhodobě poskytovat služby sociální péče v domácím prostředí (fyzická zdatnost, psychická odolnost, syndrom vyhoření, nedostatky v odbornosti poskytování speciálních úkonů péče, časová náročnost).

4.3 Základní zdroje financování sociálních služeb v České republice

Financování sociálních služeb v České republice je vícezdrojové. Zdroje je možno rozdělit na veřejné a soukromé. Jak vyplývá z příspěvku *Co chybí sociálním službám aneb sociální služby v číslech* (Průša, 2017a), zásadním zdrojem financování sociálních služeb v roce 2016 byl **stát a územně samosprávné celky** (73,4 %). Dalším zdrojem byli klienti – uživatelé sociálních služeb (čili **soukromé zdroje**), kteří se podíleli z 22,5 %. Na financování sociálních služeb od roku 2007 participuje sektor zdravotnictví, a to formou úhrad za ošetřovatelskou péči, marginálními 2,1 %. Z hlediska forem financování sociálních služeb bylo v r. 2016 pořadí podle poskytovaného finančního objemu následující:

1. příspěvek na péči (37,8 %)
2. dotace ze státního rozpočtu (35,6 %)
3. úhrada klienta (22,5 %)
4. úhrada za ošetřovatelskou péči ze sektoru zdravotnictví (2,1 %) a
5. ESF (2,0 %).

Graf 2 Podíl jednotlivých zdrojů financování sociálních služeb na celkových zdrojích v roce 2016



Zdroj: graf vlastní

Z historie přibližně od roku 1995 dodneška je patrné, že výdaje na sociální služby permanentně rostou. Příčiny tohoto růstu spatřuje Oldřich Matoušek (Matoušek, 2011) především v následujících aspektech:

- *„prakticky stabilní úroveň státní dotace na lůžko v ústavních zařízeních po celou druhou polovinu devadesátých let a na počátku tohoto století,*
- *výrazné zvyšování výše úhrad za pobyt a stravování v ústavech sociální péče ve druhé polovině devadesátých let, kdy jejich zvýšení bylo vyšší než zvýšení příjmů důchodců v rámci valorizace důchodů,*
- *zvyšování úhrad za poskytování jednotlivých úkonů pečovatelské služby,*

a od roku 2007 především

- *přijetí zákona č. 108/2006 Sb. o sociálních službách, který zásadně změnil systém financování sociálních služeb (koncipování příspěvku na péči, zavedení úhrad za ošetřovatelskou a rehabilitační péči ze systému veřejného zdravotního pojištění).“* (Matoušek 2011, s. 66).

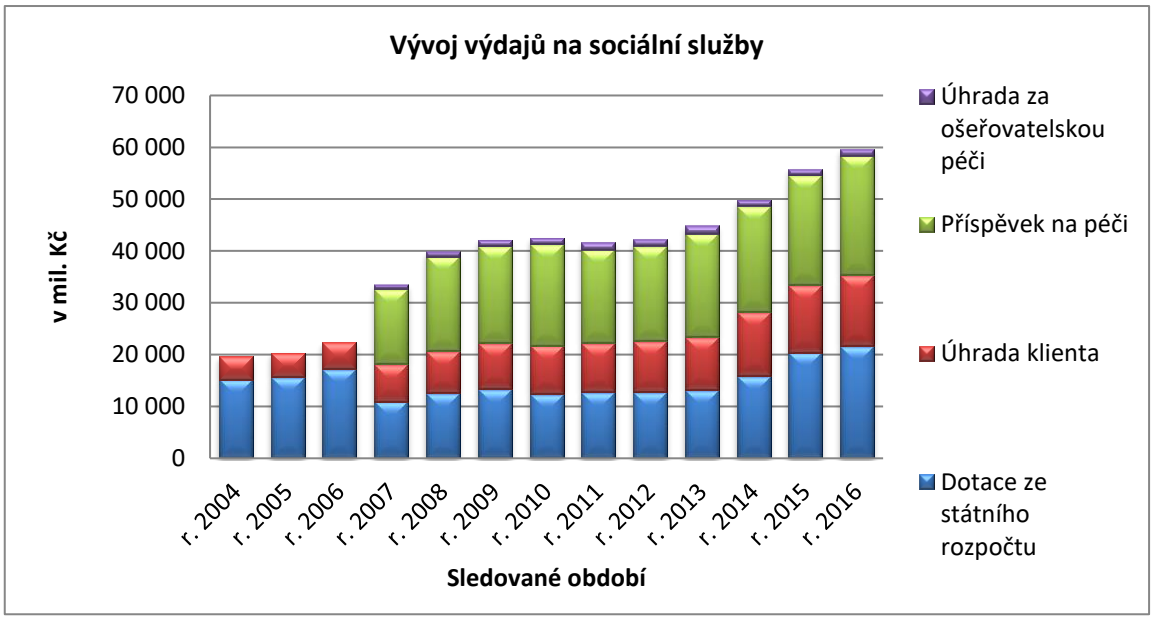
Vývoj výdajů na sociální služby dokumentuje následující tabulka a grafické znázornění.

Tabulka 6 Vývoj výdajů na sociální služby v České republice

Rok	Výdaje na sociální služby (bez ESF)	Z toho:			
	(v mil. Kč)	Dotace ze státního rozpočtu	Úhrada klienta	Příspěvek na péči	Úhrada za ošetřovatelskou péči
2004	19 665	15 253	4 412	0	0
2005	20 369	15 635	4 734	0	0
2006	22 332	17 284	5 048	0	0
2007	33 476	10 972	7 126	14 608	770
2008	39 925	12 584	8 092	18 252	996
2009	42 174	13 336	8 864	18 697	1 277
2010	42 900	12 787	9 256	19 599	1 258
2011	41 312	12 725	9 485	18 084	1 402
2012	42 225	12 812	9 788	18 391	1 234
2013	44 866	13 185	10 255	19 957	1 469
2014	49 847	15 866	12 369	20 402	1 210
2015	55 822	20 434	13 011	21 167	1 210
2016	59 715	21 669	13 700	23 046	1 300

Zdroj: Vostatek et al 2013, s.16; od r. 2010 Průša, 2017a

Graf 3 Vývoj výdajů na sociální služby



Zdroj: vlastní graf na základě tabulky 6

Je zřejmé, že výdaje státu na financování sociálních služeb (do roku 2006 ve formě dotací ze státního rozpočtu, od roku 2007 kromě dotace ze státního rozpočtu i ve formě nové nepojistné dávky - příspěvku na péči) ve sledovaném období permanentně rostly. Zvyšoval se také podíl vlastních zdrojů na financování sociálních služeb (úhrada klienta). Relativně nový zdroj – úhrada za ošetřovatelskou péči ze zdrojů zdravotních pojišťoven (tj. vykazované odborné výkony zdravotnických pracovníků) – byl pouze marginálním zdrojem a navíc jako jediný se v porovnání s ostatními zdroji od r. 2009 takřka nezvyšoval. Významným aspektem výdajů na sociální služby byl růst jeho podílu na celkovém HDP.[13]

V následujících kapitolách jsou podrobněji analyzovány jednotlivé zdroje financování sociálních služeb. Hlavní pozornost v této disertační práci je věnována období od 1. 1. 2007, kdy vešel v platnost *zákon o sociálních službách č. 108/2006 Sb.*, a aktuálně také změnám od roku 2012, 2015 a 2017.

4.3.1 Dotace ze státního rozpočtu

Historicky nejstarším výdajem státu na sociální služby jsou dotace ze státního rozpočtu. Jedná se o vyrovnávací platbu na sociální služby (Průša, 2017a). Jejich objem rok od roku roste a objemově jde o druhý nejvýznamnější zdroj financování, byť tomu tak podle zákonodárců nemělo být a měl být nahrazen relativně novým nástrojem, a to

[13] Nicméně ve srovnání s průměrem EU27 byla Česká republika podprůměrná, co se týká ukazatelů Podíl celkových výdajů na sociální ochranu k HDP (EU 27 činí cca 29 %, zatímco v ČR 19 %; OECD, 2018)

příspěvkem na péči. Dotace ze státního rozpočtu poskytuje Ministerstvo práce a sociálních věcí prostřednictvím rozpočtů jednotlivých krajů v jejich přenesené působnosti. Jak dále definuje *zákon o sociálních službách č. 108/2006 Sb*. v posledně platném znění k 1. 10. 2017, "*o poskytnutí finančních prostředků na jednotlivé sociální služby a jejich výši rozhoduje zastupitelstvo kraje*" (§ 101). Kraj předkládá MPSV žádost o dotaci na daný rozpočtový rok, která zahrnuje také předpokládaný požadavek dotace na další dva rozpočtové roky. Ten vyplývá ze střednědobého plánu rozvoje sociálních služeb, jež je součástí žádosti. Aby se předešlo regionálním disparitám, přílohou k zákonu je stanovena výše procentního podílu jednotlivých krajů na celkovém ročním objemu finančních prostředků vyčleněných ve státním rozpočtu na podporu sociálních služeb pro příslušný rozpočtový rok. Podle § 105 může ze svého rozpočtu poskytnout dotaci sloužící k financování sociálních služeb také obec nebo kraj.

Zákon o sociálních službách č. 108/2006 Sb. poskytovatelům ukládá podmínky čerpání dotace: poskytovatelé mají jednak povinnost být zaregistrováni, jednak jimi poskytovaná sociální služba musí být v souladu se střednědobým plánem rozvoje sociálních služeb daného regionu. Při poskytování dotací ze státního rozpočtu by měly podle zákona platit základní principy, kterými jsou:

- *„Rovné podmínky pro všechny poskytovatele veřejných služeb*
- *Rovné podmínky pro všechny příjemce veřejných služeb*
- *Efektivní (účelné) vynakládání veřejných prostředků*
- *Primární důraz na kvalitu poskytovaných služeb*
- *Transparentní systém financování*
- *Stabilní systém financování.“* (Matoušek 2011, s. 76).

Systém poskytování dotací je odbornou veřejností intenzivně diskutován. Praxe totiž ukazuje, že výše uvedené základní principy nejsou naplňovány. K nejzávažnějším problémům, definovaným na základě skutečného stavu v roce 2016, patří:

1. Dotace je diferencovaná podle zřizovatele
2. Na získání dotace není právní nárok.

Jednotlivé aspekty jsou v následujícím textu blíže rozvedeny.

Ad 1. Míra přiznané **dotace je stále diferencovaná podle typu organizace - a jejího zřizovatele,** i když od roku 2011 došlo k podstatné změně. V roce 2011 nejvyšší objem dotací v poměru k uplatněným požadavkům získaly příspěvkové organizace zřizované kraji, jejichž požadavky byly uspokojeny z 82,8 %. Nejnižší míru

uspokojení požadavků vykázaly soukromé, tedy ziskové společnosti – 2,7 % (Matoušek, 2011). Aktuálně je situace odlišná. Zatímco podíl krajů na dotacích zůstal v roce 2016 přibližně stejný, významně vzrostla participace ostatních (nestátních) zařízení na úkor zařízení obecních. K problematice porušování principu rovných podmínek pro poskytovatele veřejných služeb přibyl nový fenomén, kdy kraje coby organizátoři sítě a distributoři dotací jsou zároveň zřizovateli zařízení sociálních služeb. O tomto střetu zájmů blíže pojednává také *kapitola 7.2.*

Ad 2. Ze zákona o sociálních službách **nevyplývá právní nárok na získání dotace**, tzn. ani příslib přidělení dotace vůbec, či její výše. Dotace jsou přidělovány v ročním intervalu, což odporuje plánování minimálně ve střednědobém horizontu. Navíc o jejich přidělení a výši se zařízení poskytující sociální služby dozví až na začátku daného roku a finanční prostředky jsou vypláceny v průběhu roku. Připravovaná tzv. velká novela zákona o sociálních službách chystá řešení ve formě financování sociálních služeb formou mandatorních výdajů *(viz Příloha č. 2).* Nepredikovatelnost získání dotací a jejich výší postihuje všechny poskytovatele bez rozdílu. V případě veřejnoprávních poskytovatelů odpovědnost padá na jejich zřizovatele, obce nevyjímaje. Při sestavování obecních rozpočtů není známa výše dotace, a proto obce obvykle tvoří rezervu, aby mohly chybějící finanční prostředky dokrýt vlastním příspěvkem. U soukromoprávních zařízení se provozní financování stále nemůže spoléhat na tento finanční zdroj, a o chybějící provozní finanční zdroje je vynuceno zvýšit úhradu klientů z vlastních zdrojů (viz také *kapitola 7.2.3.2 praktické* části práce).

Výše uvedené aspekty mají další společný, velmi významný jmenovatel. Dosud uplatňovaný princip rozdělování dotace ze státního rozpočtu je totiž v rozporu s legislativou EU o poskytování veřejné podpory (Havlásek et al 2013, s. 71). Na sociální služby se nahlíží jako na subjekt **zakládající veřejnou podporu** (zjednodušeně řečeno oblast, kde existuje nebo vzniká tržní prostředí, které může být dotačními prostředky deformováno a jiný subjekt se může být cítit ohrožen tím, že konkurent získal dotaci z veřejných zdrojů). Situaci lze ošetřit tzv. smlouvou o závazku veřejné služby, tj. že obec či kraj na základě smlouvy o závazku veřejné služby doplácí prokazatelnou provozní ztrátu. V rámci smlouvy o závazku veřejné služby je dopředu definováno, jaké služby bude provozovatel poskytovat a zároveň bude definován způsob výpočtu kompenzační platby (např. definovány konkrétní příjmy a výdaje, které

budou do výpočtu vstupovat a další dle ujednání s provozovatelem). V takovém případě se tedy jedná o slučitelnou veřejnou podporu.

Z výše uvedeného vyplývá, že dotace ze státního rozpočtu coby zdroj financování sociálních služeb v sobě nese zásadní nedostatky, jakými jsou nespravedlnost a netransparentnost. Neméně významným negativem je to, že jejich rozdělování neprobíhá v souladu legislativou EU a *zákon o sociálních službách č. 108/2006 Sb.* není zharmonizován se zákony EU.

Poslední změny *zákona o sociálních službách, jakož připravovaná tzv. velká novela* se snaží o spravedlivější rozdělování dotací, nicméně podle mého soudu by dotace ze státního rozpočtu jako zdroj financování měla být výrazně eliminována ve prospěch poměrně nového nástroje financování sociálních služeb - příspěvku na péči. Ostatně takový byl i záměr zákonodárců již při zavádění zákona o sociálních službách platného od 1. ledna 2007 *(viz Příloha č. 2).*

4.3.2 Příspěvek na péči

Zavedení příspěvku na péči jako nové sociální dávky je klíčovou změnou ve financování sociálních služeb, kterou přinesl *zákon č. 108/2006 Sb*. Tento zákon byl podkladem pro všechny následující změny, které se týkaly příspěvku na péči. V současně platné zákonné úpravě jsou definovány podmínky nároku: *„Příspěvek na péči se poskytuje osobám závislým na pomoci jiné fyzické osoby. Tímto příspěvkem se stát podílí na zajištění sociálních služeb nebo jiných forem pomoci podle tohoto zákona při zvládání základních životních potřeb osob. (§7 (1)). "Nárok na příspěvek má osoba ..., která z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu potřebuje pomoc jiné fyzické osoby při zvládání základních životních potřeb v rozsahu stanoveném stupněm závislosti podle § 8, pokud jí tuto pomoc poskytuje*

- ***osoba blízká*** *nebo*
- ***asistent sociální péče*** *...nebo*
- ***poskytovatel sociálních služeb****, který je zapsán v registru poskytovatelů sociálních služeb..., anebo*
- ***speciální lůžkové zdravotnické zařízení hospicového typu."*** (Zákon 108/2006, §7 (2)).

Náklady na příspěvek se hradí ze státního rozpočtu (§7 (1)). O příspěvku rozhoduje krajská pobočka Úřadu práce (§7 (4)).

V §9 je definováno celkem 10 úkonů, na základě kterých se posuzuje péče o vlastní osobu pro účely stanovení stupně závislosti na pomoci jiné fyzické osoby (§8).

Podle míry závislosti je pak přiznáván určitý objem měsíčního příspěvku. Osoba, které byl příspěvek přiznán, případně jeho zákonný zástupce nebo zvláštní příjemce (§19 - např. opatrovník), pak sama rozhoduje o výběru poskytovatele sociálních služeb. Přiznaný příspěvek pak slouží jako odměna za poskytnuté sociální služby.

Relace stupně závislosti a výši příspěvku jsou uspořádány do následující tabulky. Pro účely této práce je brána v potaz pouze klasifikace příspěvků na péči určených pro osoby nad 18 let:

Tabulka 7 Stupně závislosti na cizí osobě a výše příspěvku podle *zákona č. 108/2006 Sb.*

Stupeň závislosti (§8)	Název stupně závislosti (§8)	Popis stupně závislosti (§8 a §9)	Výše měsíčního příspěvku osobám nad 18 let (§11)
I.	lehká závislost	potřeba každodenní pomoci nebo dohledu **při více než 12 úkonech**	880 Kč
II.	středně těžká závislost	potřeba každodenní pomoci nebo dohledu **při více než 18 úkonech**	4 400 Kč
III.	těžká závislost	potřeba každodenní pomoci nebo dohledu **při více než 24 úkonech**	8 800 Kč
IV.	úplná závislost	potřeba každodenní pomoci nebo dohledu **při více než 30 úkonech**	13 200 Kč

Zdroj: tabulka vlastní na základě *zákona č. 108/2006 Sb.*

Cílem zavedení příspěvku na péči bylo:

- *„zabezpečit svobodnou volbu způsobu zabezpečení služeb a přechod od „pasivního závislého pacientství“ k „aktivnímu klientství“,*
- *sjednotit podmínky pro získání veřejných prostředků všemi subjekty poskytujícími péči za podmínek jejich registrace,*
- *zvýšit prvek spoluúčasti občana při řešení jeho sociální situace,*
- *zrušit paušalizaci pohledu na zdravotně postižené občany a starobní důchodce,*
- *zahájit proces deinstitucionalizace a individualizace péče*“ (Matoušek 2011, s. 67).

Zavedením příspěvku na péči byla sledována kromě změny **příjemců služby** také **změna vymezení kompetence státu, krajů a obcí.**

Role státu byla vymezena tak, aby stát byl garantem zabezpečení klasifikace zdravotního postižení a posouzení celkové situace žadatele. Dále má stát poskytovat ochranu občanovi prostřednictvím kontroly (inspekce) sociálních služeb, stanovení jednotných podmínek registrace poskytovatelů sociálních služeb tak, aby došlo

k vytvoření komplexní a efektivní sociální sítě na území jednotlivých regionů. V neposlední řadě má posílit příjem občana, aby si mohl službu koupit.

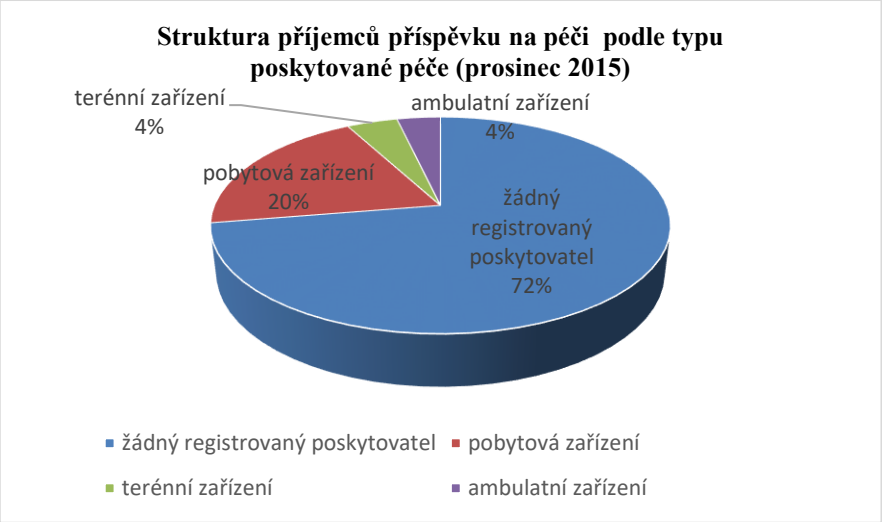
Odpovědnost a působnost **samosprávných krajů a obcí** při zabezpečování sociálních služeb se zvyšuje. Stejně tak se zvyšuje **role příjemce služby**, který má tak daleko větší možnost samostatného rozhodnutí o způsobu zabezpečení vlastních potřeb (Matoušek, 2011).

Jak konstatuje Oldřich Matoušek, ***„poskytnutí příspěvku osobě, která péči potřebuje, dovoluje přesnější alokaci veřejných prostředků tam, kde je potřeba péče, a nikoli tam, kde byly v minulosti vytvořeny kapacity služeb.“*** (Matoušek 2011, s. 8).

Podle mého názoru je myšlenka zavedení příspěvku na péči principiálně správná. Nicméně není legislativně dopracována tak, aby splňovala roli efektivního finančního nástroje a dostatečného zdroje financování. Spolu s dotacemi ze státního rozpočtu je tato problematika v současnosti předmětem intenzivních diskuzí a kritiky ze strany odborníků. Např. Ladislav Průša konstatuje (Průša, 2011b), že finanční prostředky vynakládané formou příspěvku na péči nejsou využívány v intencích cílů stanovených zákonodárci. Proti předpokladům totiž došlo k nečekanému vývoji v následujících bodech:

1. Zákonodárcům při zavedení příspěvku na péči šlo o to, aby byl do sféry sociálních služeb zaveden tržní mechanismus fungování nabídky a poptávky. Příjemce příspěvku si má z nabídky sám vybrat nejvíce vyhovujícího poskytovatele sociálních služeb. Zákon mu tak umožňuje, aby si vybral rodinného příslušníka nebo osobu blízkou a ne poskytovatele sociální služby, registrovaného podle *zákona č. 108/2006 Sb*. Tak se stalo, že pouze cca 30 % objemu příspěvků na péči v roce 2010 proudilo k registrovaným poskytovatelům. Zbylých zhruba 70 % příspěvku zůstalo mimo systém registrovaných poskytovatelů sociálních služeb, tedy u příjemce a/nebo v jeho rodině (Víšek, Průša, 2012). Struktura příjemců příspěvku na péči podle typu poskytované péče je znázorněna v následujícím grafu:

Graf 4 Struktura příjemců na péči podle typu poskytované péče



Zdroj: vlastní, na základě údajů Průša, 2017a

2. Zákonodárci očekávali cca 175 tis. příjemců příspěvku na péči (Víšek, Průša, 2012). Počet příjemců na péči, a tudíž i vyplacený objem příspěvků, byl od počátku daleko vyšší (304 tis. příjemců v roce 2010) a predikce do roku 2030 hovoří o permanentním růstu příjemců na takřka 352 - 369 tis. (Průša, 2017b).

Tabulka 8 Očekávaný vývoj počtu příjemců příspěvku na péči podle věku příjemce v letech 2016–2030 u osob starších 65 let

	skut. 2016	I. varianta propočtu: očekávaný počet příjemců příspěvku na péči podle podílu příjemců příspěvku na péči podle pohlaví, věku a stupně závislosti na celkovém počtu osob v dané věkové skupině v r. 2016			II. varianta propočtu: očekávaný počet příjemců příspěvku na péči podle vývoje podílu příjemců příspěvku na péči podle pohlaví, věku a stupně závislosti na celkovém počtu osob v dané věkové skupině v letech 2011 – 2016		
		r. 2020	**r. 2025**	**r. 2030**	**r. 2020**	**r. 2025**	**r. 2030**
65-69 let	**24 099**	23 833	21 513	20 882	25 438	24 784	25839
70-74 let	**29 903**	33 104	33 933	30 936	33 489	34 877	32368
75-79 let	**36 076**	42 576	54 612	56 823	40 656	49 150	48114
80-84 let	**52 704**	54 315	74 642	98 422	53 515	72 221	93532
85-89 let	**58 603**	60 854	64 010	92 380	59 449	60 644	84731
90+ let	**37 342**	47 356	59 271	69 181	46 981	58 187	67178
celkem	**238 727**	**262 038**	**307 981**	**368 624**	**259 528**	**299 863**	**351 762**

Zdroj: Průša, 2017b, vlastní zpracování

3. Důsledkem zavedení příspěvku na péči je mnohem větší zatížení výdajové části státního rozpočtu. Proti plánovaným 8 mld. Kč byl vyplacen již v prvním roce daleko vyšší objem, který permanentně rostl a v r. 2016 dosáhl 23 mld. Kč. (Průša, 2017b; viz tabulka 8).

4. Jelikož příspěvek z více než 70 % neproudí registrovaným poskytovatelům, mají tito

potažmo problémy s financováním chodu svých zařízení (Průša, 2011b). Stát tedy stále poskytuje dotace, i když tento nástroj měl být podle záměru zákonodárců již dávno eliminován. Zpočátku platnosti *zákona č. 108/2006 Sb.* - v letech 2007 až 2012 - byla snaha objem přidělených dotací registrovaným poskytovatelům snižovat. S ohledem na skutečnost, že na získání dotace ani na její výši není právní nárok, zřizovatel musí počítat s nutností doplnění chybějících zdrojů dotace z vlastních prostředků, protože státní výdaje (příspěvek na péči a dotace ze státního rozpočtu) nestačí pokrýt provozní náklady zařízení sociálních služeb. Pokud je zřizovatelem obec, pak se jedná o zátěž rozpočtu obce. Kruh se uzavírá tím, že dopad nesprávných legislativních opatření státu a jejich zavedení do praxe dopadá na obce. To je také příčinou rozporu neustále se zvyšujících státních výdajů na sociální služby a stížností poskytovatelů z regionů na nedostatečné finanční krytí sociálních služeb.

5. Více než 70 % veřejných zdrojů, tedy těch, které se dostaly mimo systém registrovaných poskytovatelů, nejsou pod důslednou kontrolou státu, a tudíž mohou být zneužívány. Obvykle jsou zneužívány příspěvky na péči I. a II. stupně, protože lidé s definovanou lehčí závislostí na pomoci druhých osob nevyužívají tolik registrovaných sociálních služeb. Neexistuje tudíž dostatečná kontrola, kdo a v jaké kvalitě sociální službu poskytuje. Často jde o samotného příjemce nebo jeho rodinné příslušníky, kterým příspěvek slouží jako přilepšení do rodinného rozpočtu. Na zneužívání příspěvků na péči zareagoval zákonodárce tím, že s účinností od 1. 1. 2012 snížil příspěvek na péči v I. stupni z původní částky 2.000 Kč na 800 Kč. Tím však byli poškozeni i registrovaní poskytovatelé.

6. Ne vždy je příspěvek na péči záměrně zneužíván či nadužíván příjemci a/nebo jejich rodinnými příslušníky. *Zákon o soc. službách č. 108/2006 Sb.* je koncipován tak, že pracovníci všech druhů zařízení sociálních služeb přímo doporučují svým zájemcům, aby se stali příjemci této sociální dávky a byli tak upřednostněni při přijetí např. do domovů pro seniory, u nichž je poptávka daleko vyšší než nabídka.

Proto byly vytvořeny podrobnější analýzy současného stavu (Průša, 2017b), z nichž jsou pro účely této práce vybrány další zjištění týkající se seniorského věku. Porovnáme-li ukazatele podílu příjemců příspěvku na péči na počtu osob v dané věkové skupině v letech 2007-2016, zjistíme, že ve všech věkových skupinách a u obou pohlaví

dochází k růstu poměru osob, které pobíraly příspěvek na péči III. a IV. stupně závislosti.

V roce 2010 došlo k výraznému nárůstu příjemců příspěvku na péči všech stupňů závislosti ve věkové skupině osob starších 90 let. Tento nárůst je zřejmě způsoben důsledky ekonomické krize, kdy růst životních nákladů nebyl v roce 2010 kompenzován zvýšením důchodů, naopak byla v sociální oblasti realizována řada úsporných opatření, a proto rodiny hledaly náhradu chybějících příjmů v relativně snadno dostupném systému (Průša, 2011b).

V období let 2007 – 2010 rostl počet příjemců příspěvků na péči ve všech typech služeb sociální péče, přičemž nejvýraznější růst byl zaznamenán u odlehčovacích služeb, sociálních služeb poskytovaných ve zdravotnických zařízeních, v domovech se zvláštním režimem, domovech pro seniory a pečovatelské službě (Průša, 2011b).

Od roku 2010 do roku 2015 došlo k dalšímu nárůstu počtu příjemců příspěvku na péči ve všech stupních vyjma I. stupně, kde bylo zaznamenáno její snížení.

Navrhovaná opatření ve změně vyplácení příspěvků na péči

Výzkumný ústav práce a sociálních věcí je nositelem projektu pod názvem *„Vývoj a výhled závislosti a potřeby dlouhodobé sociálně zdravotní péče a sociálních služeb v období 2012–2020 u populace nad 65 let věku z hlediska zdravotního stavu“* (Průša, 2011c). Jejich řešitelé navrhují několik kvalitativních změn v oblasti financování sociálních služeb. Jsou jimi zejména:

- *„změna **výplaty** příspěvku na péči, pro stupeň závislosti I i II, a to jednak formou nepeněžní výplaty, a dále eventuální kombinovanou formou (nepeněžní výplaty a v menší části peněžní výplata),*
- *změna **příjemce** příspěvku na péči na poskytovatele služby u pobytových služeb,*
- *zrušení „cenové regulace“ výše úhrad klienta,*
- *uplatňování vyživovací povinnosti dětí ke svým rodičům tak, aby uživatelé služeb platili za poskytnuté služby skutečnou výši nákladů, samozřejmě s využitím příspěvku na péči a dalších zdrojů (např. veřejné zdravotní pojištění),*
- *v důsledku konfliktu rolí státu a samosprávných orgánů na úrovni obcí s rozšířenou působností a krajů oddělit výkon státní správy a samosprávy na těchto úrovních,*
- *převedení kompetence státu z obcí s rozšířenou působností a krajů na nově koncipovaný úřad práce,*

- *zavést evidenci osob – rodinných příslušníků, kteří zabezpečují péči o své blízké ve vlastní domácnosti (mj. pro účely důchodového pojištění – doba péče je náhradní dobou pro tyto účely) a zvýšit kontrolu takto poskytované péče.“* (Průša 2011c, s. 16).

Dlužno podotknout, že předposlední bod - převedení kompetence státu na úřad práce - již byl proveden v roce 2012.

Z výše uvedených navrhovaných opatření kladu důraz na zavedení registru poskytovatelů z řad fyzických osob z řad rodinných příslušníků (v rámci již existujícího registru poskytovatelů služeb), kteří by byli řádně evidováni, proškolováni a jejich činnost průběžně kontrolována, i se souvisejícími negativními důsledky pro ty, kteří by příspěvek na péči zneužívali či nevyužívali plně ve prospěch příjemce. Takto by byla vytvořena databáze neformálních "pracovníků v přímé péči" s patřičnými získanými dovednostmi a zkušenostmi, kteří by mohli najít budoucí pracovní uplatnění u registrovaných zařízení ambulantních, terénních a pobytových sociálních služeb a poskytovat péči většímu počtu nesoběstačných seniorů.

Zrušení stanovené maximální výše úhrad na ubytování a stravu by byl dle mého názoru bezesporu další pozitivní počin k vytvoření konkurenčního prostředí jak v rámci veřejnoprávních poskytovatelů, tak také umožnění širšího podnikání pro soukromý sektor. Je to však jedna část celé struktury, která vyžaduje systémovou, kvalitativní změnu. K dalším opatřením, která akcentuji, je zavést vedle peněžitého vyplácení příspěvku na péči také jeho nepeněžité, věcné plnění. Příkladem jsou systémy sociálních služeb sousedních evropských států. Zkušenosti některých z nich jsou uvedeny v samostatné *kapitole 5.*

4.3.3 Ošetřovatelská péče

Jedním z nejožehavějších problémů v oblasti poskytování sociálních služeb je financování zdravotních úkonů, které jsou prováděny v zařízeních sociální péče.

Základem problému je to, že od roku 1993 do přijetí *zákona o sociálních službách* byly obě problematiky, tj. poskytování sociálních služeb a zdravotní péče, legislativně odděleny, a tudíž veškeré zdravotnické úkony poskytované v zařízeních sociálních služeb byly hrazeny ne z prostředků zdravotních pojišťoven, ale ze sociálního systému. Jak uvádí Oldřich Matoušek ve své publikaci, „*systém zdravotního pojištění proto v tomto směru dlouhodobě tuneloval systém sociálních služeb.“* (Matoušek, 2011, s. 78).

Legislativně byla tato problematika upravena *zákonem o sociálních službách*. Podle něho poskytovatel sociálních služeb je povinen zajistit zdravotní péči osobám, jimž poskytuje pobytové služby v týdenních stacionářích, domovech pro osoby se zdravotním postižením, v domovech pro seniory a v domovech se zvláštním režimem. Tato péče je poskytována formou zvláštní ambulantní péče podle *zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění*. Podle této právní úpravy je zdravotnická péče poskytována:

- *„Prostřednictvím zdravotnického zařízení*
- *Jde-li o* ***ošetřovatelskou a rehabilitační péči****, především prostřednictvím zaměstnanců těchto zařízení, kteří mají odbornou způsobilost k výkonu zdravotnického povolání v rozsahu* ***péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění.“*** (2011, s. 79)

Z tabulky 6 je patrné, že zavedením *zákona č. 108/2006 Sb.,* kdy v rámci zařízení sociálních služeb, zvláště pak v pobytových, již dochází k proplacení některých zdravotních úkonů (zejména podávání léků, injekcí a rehabilitační péče) zdravotními pojišťovnami. Nicméně se stále jedná o marginální částku, která se od roku 2009 takřka nezvyšuje, a zdravotnická péče v zařízeních sociálních služeb je stále hluboce podfinancována. Jak popisuje např. Oldřich Matoušek slovy Ladislava Průši, *„nebylo však vytvořeno žádoucí „zrcadlo“ mezi financováním sociální péče poskytované v lůžkových zdravotnických zařízeních a zdravotní péčí v pobytových zařízeních sociálních služeb.“* (2011, s. 78).

Výsledky fungování tohoto nedostatečně legislativně koordinovaného systému jsou vyčísleny následovně:

- V České republice bylo podle odhadů VZP zhruba 15.000 lůžek, na kterých byli umístěni pacienti, kteří již potřebují sociální péči, ale jsou vykazováni jako zdravotničtí pacienti. Neefektivně je tak vynakládáno na vrub zdravotních pojišťoven asi 5 mld. Kč (2011).
- Odhaduje se, že skutečné náklady na poskytování ošetřovatelské a rehabilitační péče v pobytových zařízeních sociálních služeb se v roce 2008 pohybovaly kolem 5,2 mld. Kč. Skutečně vynaložené náklady podle výroční zprávy VZP v roce 2008 činily 620 mil. Kč, o rok později 781 mil. Kč (2011).

Znamená to, že v zařízeních poskytujících sociální služby by měl být sektorem zdravotnictví financován zhruba **pětinásobek** stávajícího skutečně financovaného objemu (např. Průša, 2011a).

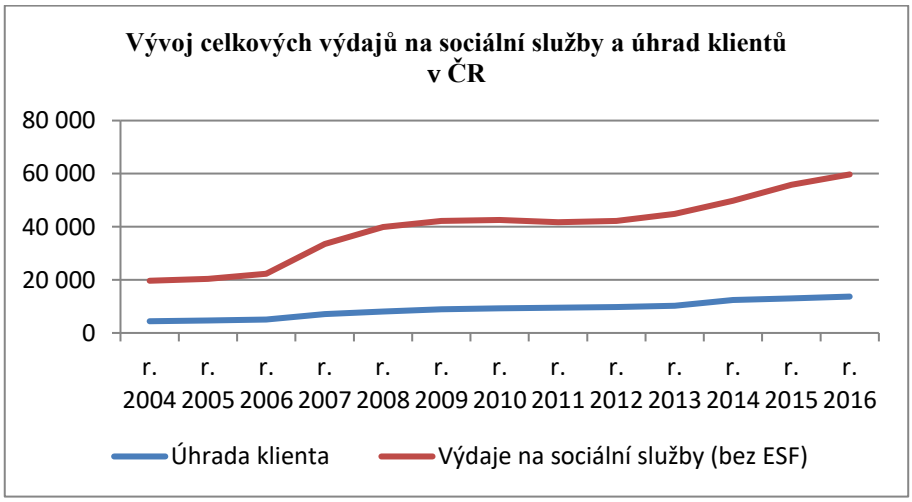
Novější studie prokázala, že v roce 2014 bylo v pobytových zařízeních profinancováno pouze **15 %** nákladů na ošetřovatelské služby (z celkových 7,69 mld. Kč; Průša et al, 2016). Proto autoři studie navrhují zrušení stávající výkonové sazby a zavedení jednotné denní sazby 340 Kč denně, hrazené z veřejného zdravotního pojištění. Tím by došlo k většímu zajištění transparentního a predikovatelného vícezdrojového financování sociálních služeb.

Je nasnadě, že neefektivní fungování sociálního a zdravotnického systému, způsobené jejich vzájemnou nekoordinovaností, je nutno radikálně kvalitativně řešit. Po vzoru sousedních států je u nás připravován nový systém tzv. dlouhodobé péče. Zavedení do praxe v České republice je zatím stále účinně blokováno výše popsaným „rezortismem“ sektoru zdravotnictví a sociálních věcí (Šperkerová, 2013). Této problematice je podrobněji věnována *kapitola 6.*

4.3.4 Úhrada klienta

Úhrady služeb sociální péče od klientů v roce 2016 činily 13,7 mld. Kč, což tvořilo necelých 23 % celkových výdajů na sociální služby. Jak je tento podíl dostačující a jak se bude vyvíjet participace klientů na financování sociálních služeb s ohledem na fenomén stárnutí obyvatelstva v rozvinutých zemích, to jsou jedny z nejdiskutovanějších otázek současnosti.

Graf 5 Vývoj celkových výdajů na sociální služby a úhrad klientů v ČR



Zdroj: graf vlastní podle tabulky 6

S růstem objemu celkových výdajů na sociální služby v České republice rostl i objem úhrad klienta na celkových výdajích. Tento vývoj je zachycen v tabulce 6 a ve výše uvedeném grafu. Je z něho zřejmé, že po celé sledované období celkové výdaje na sociální služby významně převyšovaly úhrady od klientů. Tento trend se zvýraznil od roku 2007, kdy byl uveden v platnost *zákon č. 108/2008 Sb.* a s ním nový nástroj financování – příspěvek na péči, a dále od roku 2012 v souvislosti s přijetím novely *zákona o sociálních službách*.

Participace klientů na úhradách sociálních služeb

Zákon č. 108 o sociálních službách v platném znění (Část třetí, Hlava I) upravuje, které druhy sociálních služeb jsou poskytovány bez úhrady nákladů, či za částečnou nebo úplnou náhradu. Pro získání přehledu jsem vytvořila následující tabulku:

Tabulka 9 Typy služeb a jejich úhrada

Bez úhrady nákladů	***Částečná úhrada (§ 75)*** *za základní činnosti*	***Úplná úhrada (§73)*** *ubytování, strava a péče*
sociální poradenství	osobní asistence	pobytové služby poskytované v
raná péče	pečovatelské služby	a) týdenních stacionářích
telefonická krizová pomoc	tísňová péče	b) domovech pro osoby se zdravotním postižením
tlumočnické služby	průvodcovské a předčitatelské služby	c) domovech pro seniory
krizová pomoc	podpora samostatného bydlení	d) domovech se zvláštním režimem
Služby následné péče	odlehčovací služby	e) zdravotnických zařízeních ústavní péče
sociálně aktivizační služby pro seniory a osoby se zdravotním postižením	služby v centrech denních služeb	
terénní programy	služby v denních stacionářích	
sociální rehabilitace	pobytové služby v centrech sociálně rehabilitačních služeb	
služby sociálně terapeutických dílen		

Zdroj: tabulka vlastní na základě údajů ze *zákona č. 108/2006 Sb.*

Ať už je spoluúčast klienta na úhradách sociálních služeb stanovena zákonem jakkoli, je namístě otázka, zda a kde je hranice únosnosti zatížení peněženek klientů z hlediska vývoje vnějších ekonomických vlivů, jako je ekonomická krize, rostoucí nezaměstnanost, strukturální rozdíly mezi regiony, a především stárnutí obyvatelstva. Pro názornost může sloužit následující srovnání:

Tabulka 10 Porovnání starobní penze a měsíční výše úhrady v domově pro seniory

Průměrné měsíční náklady na jedno lůžko v domovech pro seniory	26 971 Kč
Průměrná měsíční starobní penze sólo (dle § 29 odst. 1 a 3, § 74, §76 a §94 zákona č. 155/1995 Sb., penze z transformace invalidního důchodu v 65 letech podle § 61a) v r. 2016	11 475 Kč
Průměrná měsíční výše úhrady v domově pro seniory pro uživatele (ve veřejnoprávním zařízení cca	11 400 Kč

Zdroj: vlastní zpracování

Z tabulky je patrné, že úhrada klienta stanovená v domovech pro seniory je přibližně stejná jako průměrná starobní penze. Je také evidentní, že náklady na jedno pobytové sociální lůžko jsou více než dvojnásobně vyšší než činí průměrná starobní penze v České republice, tzn. průměrná starobní penze zdaleka nedostačuje pokrýt předmětné náklady a je nezbytné, aby je finančně dokryly státní, krajské a obecní rozpočty[14]. S ohledem na zvyšování individuální zodpovědnosti by měly být hledány rezervy v podobě důsledného uplatňování zákonem stanovené vyživovací povinnosti dětí vůči svým rodičům či zapojení majetku uživatele sociálních služeb jako vlastního zdroje.

Na základě výše uvedených poznatků o zdrojích financování sociálních služeb uvádím příklad financování nejnákladnější formy sociální služby, tj. služby poskytované v pobytovém zařízení. Vezmeme-li v potaz, že průměrný měsíční důchod v České republice v roce 2016 činil 11.475 Kč (viz tabulka 10) a průměrná požadovaná úhrada ve veřejnoprávním domově pro seniory (denní taxa činí 380 Kč za stravu a pobyt) aktuálně činí 11.400 Kč, pak

- legislativně stanovených 15 % z měsíčního důchodu musí zůstat seniorovi na osobní spotřebu, tedy 1.721 Kč,
- na úhradu pobytu v Domově pro seniory nezaplatí tedy plnou výši 11.400 Kč, ale 9.754 Kč,
- rozdíl mezi požadovanou úhradou za stravu a pobyt a skutečnou úhradou 1.646 Kč doplácí uživatel, popř. rodina, avšak daleko nejčastěji veřejnoprávní zřizovatel domova pro seniory, tj. obec.
- Pobírá-li senior příspěvek na péči přiznaný podle § 73 odstavce 4 písmene a) *zákona č. 108/2006 Sb*. Např. ve stupni závislosti III, mu náleží (potažmo domovu pro seniory) 8.800 Kč a slouží na úhradu uskutečňované sociální péče,

[14] A to i formou dávek ze systému pomoci v hmotné nouzi – příspěvku na živobytí a doplatku na bydlení, jež někteří uživatelé v pobytových zařízeních pobírají a odlehčují tak regionálním rozpočtům, stále však v intencích veřejných financí.

- poskytnutá zdravotní péče by měla být hrazena ze zdravotního pojištění, z publikovaných zdrojů je však zřejmé, že je hrazena pouze z cca 15-20 %.
- Celkové průměrné měsíční náklady na lůžko v domově pro seniory 26.971 Kč jsou tedy uhrazeny z několika zdrojů, a to:
  - klientem 9.754 Kč,
  - příspěvkem na péči od státu 8.800 Kč,
  - zbylých **8.417** Kč je dokrýváno jednak zřizovatelem z obecního rozpočtu, jednak dotací ze státního rozpočtu distribuovaných prostřednictvím krajů (která není nároková). Participace zdravotních pojišťoven, resp. klienta nebo rodinných příslušníků na této částce je marginální. Tato zbylá složka financování není v České republice dostatečně legislativně zajištěna[15].

4.3.5 Zdroje z Evropské unie

Fondy EU představují hlavní nástroj realizace evropské **politiky hospodářské a sociální soudržnosti**. Právě jejich prostřednictvím se rozdělují finanční prostředky určené ke snižování ekonomických a sociálních rozdílů mezi členskými státy a jejich regiony.

Jak je patrné z grafu 2, na financování sociálních služeb se v roce 2016 podílely finanční zdroje z ESF, a to ve výši 1,2 mld. Kč. Tato částka je do roku 2012 nejvyšší, oproti roku 2015 stoupla o 200 mil. Kč, přičemž v letech 2013 a 2014 byl zaznamenán výrazný propad objemu prostředků z ESF (bylo čerpáno pouze 796 mil. Kč a 400 mil. Kč, Průša, 2017b). Jednalo se o období, kdy v rámci evropských dotací nebyla podporována cílová skupina senioři. Pokud byly zaměřeny na sociální oblast, pak na sociálně vyloučené občany, u nichž je předpokládán návrat do aktivního života. Evropské dotace v pokrizovém období byly zaměřeny zejména na snižování nezaměstnanosti.

Vícezdrojový systém financování sociálních služeb v České republice trpí jak zásadními problémy, jako je (i) podfinancování ze strany sektoru zdravotnictví, (ii) netransparentnost v rozdělování dotací ze státního rozpočtu, (iii) nekontrolovatelné výdaje v podobě příspěvku na péči, tak i řadou dalších nedostatků, popsaných v této kapitole. Je nasnadě, že odborná veřejnost věnuje intenzivní pozornost zkvalitnění systému financování sociálních služeb.

[15] Je nutno vzít v potaz další skutečnost, že na průměrnou výši důchodu nedosáhne téměř polovina důchodců.

4.4 Návrhy změn systému financování sociálních služeb v České republice

Nelze nesouhlasit s názorem (např. Průša, 2013), že sociální služby je nutno chápat jako ekonomickou kategorii, a proto systém jejich financování má být nastaven tak, aby splňoval podmínky efektivity. Pojetí ekonomické efektivnosti srozumitelně formuluje Samuelson jako *„absenci plýtvání neboli co nejefektivnější užívání zdrojů ekonomiky k uspokojování potřeb a přání lidí“* (1991, s. 27).

O tom, že stávající systém sociálních služeb v České republice nesplňuje kritéria efektivnosti, dokládá i *Legislativní úkol vlády č. 2 z roku 2013* vytvořit nový návrh zákona o sociálních službách, protože stávající zákon „*nevyhovuje v oblasti způsobu financování, dále v poskytování zdravotní péče v sociálních službách a poskytování sociálních služeb ve zdravotních službách…“* (ČR, 2013), a ukládá mj. úkol vytvořit jednoduchý systém financování sociálních služeb, snížení zátěže dotačních řízení a transparentní zajištění ošetřovatelské péče v sociálních službách (ČR, 2013). Nyní je na MPSV uvedení navrhovaných změn do legislativně platného rámce.

Podle Průši (2013) je efektivní taková sociální služba, jejíž průměrné celostátní náklady jsou pokryty úhradou klienta, příspěvkem na péči a úhradou zdravotní péče od zdravotní pojišťovny. Znamená to tedy, že čím méně je registrovaný poskytovatel závislý na provozní dotaci od státu, tím je efektivnější. ***Odstranění závislosti poskytovatelů sociálních služeb na dotacích ze státního rozpočtu*** je tedy první požadovaná změna financování sociálních služeb (Průša, 2013). Kompenzaci dotací navrhuje Ladislav Průša prostřednictvím ***změny struktury*** dalšího mandatorního výdaje***, a to příspěvku na péči.*** Do tabulky 10 byly vybrány tři z několika variant sestavených různými autory.

Tabulka 11 Návrhy nově struktury příspěvku na péči

Příspěvek na péči		***Aktuální stav***	**1. varianta (Průša 2013, s. 30)**				**2. varianta (Havlásek et al, 2013, s. 118)**	**3. varianta (Havlásek et al, 2013, s. 181)**
			Pobytová zařízení	Ambulantní zařízení	Terénní zařízení	Žádný registrovaný poskytovatel	**Bez rozdílu zařízení**	**Pobytová zařízení**
I.		***880 Kč***	**800 Kč**	2 000 Kč	2 000 Kč	- Kč	**1 200 Kč**	**800 Kč**
II		***4 400 Kč***	**5 000 Kč**	5 000 Kč	8 000 Kč	4 000 Kč	**6 300 Kč**	**5 000 Kč**
III.		***8 800 Kč***	**10 000 Kč**	10 000 Kč	14 000 Kč	8 000 Kč	**12 700 Kč**	**12 000 Kč**
IV.		***13 200 Kč***	**15 000 Kč**	15 000 Kč	20 000 Kč	12 000 Kč	**19 100 Kč**	**16 000 Kč**

Zdroj: tabulka vlastní na základě údajů: Průša 2013, s. 30; Havlásek et al, 2013, s. 118 a s. 181

Varianta č. 1 byla sestavena na základě těchto axiomů: (i) jednak zcela odstraňuje dotace ze státního rozpočtu a o objem těchto finančních prostředků navyšuje příspěvek na péči, (ii) jednak příspěvek na péči diferencuje podle toho, zda je poskytovatel zákonně registrován či nikoli a dále o jaký typ zařízení se jedná. Tato varianta činí rozdělování finančních prostředků v rámci systému financování sociální péče daleko spravedlivějším, na druhé straně působí proti současně uplatňované tendenci přenášení kompetencí ze státu na kraje a na obce.

Varianta č. 2 (Havlásek et al, 2013, s. 118) kvantitativně dělí celkový objem participace státu na 70 % ve formě příspěvku na péči, zbylých 30 % formou dotací. Tato varianta je ve srovnání s ostatními variantami nejštědřejší.

Varianta č. 3 (Havlásek et al, 2013, s. 181) vychází ze současného objemu rozdělovaných dotací, a aby narovnala systém rozdělování na spravedlivou úroveň, stanovuje ke stávajícímu příspěvku na péči připočitatelnou položku dotace diferencované podle stupně závislosti (žádný a I. stupeň: 0 Kč, II. stupeň: 1.000 Kč, III. a IV. stupeň: 4.000 Kč). Pro srovnání uvádím: z tabulky *Přílohy č. 9* vyplývá, že výše průměrné měsíční skutečně vyplacené dotace na jednoho klienta v roce 2012 činila 7.000 Kč. Znamená to tedy, že navrhovaná výše dotace ze státního rozpočtu není dostatečná. Podle mého názoru je nutno trvat na dokrytí zbývající částky se systému zdravotnictví.

Dalším navrhovaným opatřením je usilovat o ***plnou úhradu zdravotní péče v zařízeních sociálních služeb***. Jak již bylo uvedeno v *kapitole 4.3.3.,* je propláceno jen 20 % skutečně provedených úkonů (Průša, 2011a), některé prameny uvádějí pouhých 15 % (Průša et al, 2016). K neméně důležitým návrhům také patří důsledné uplatňování vyživovací povinnosti dětí vůči rodičům, odstranění maximální, zákonem povolené hranice úhrad v zařízeních sociálních služeb nebo proplácení výplaty příspěvku na péči částečně ve věcném plnění, ne pouze peněžitě (Víšek, Průša, 2011). Ani tímto však stále nejsou vyčerpány všechny alternativy zabezpečení zdrojů financování systému sociálních služeb v České republice, jakým mohou být například zdroje soukromoprávních subjektů.

4.5 Porovnání financování sociálních služeb podle typu zřizovatele

Argumenty pro umožnění širšího podnikání soukromému sektoru lze nalézt v ukazatelích *Statistické ročenky MPSV za rok 2016* (MPSV, 2017b). Na celkovém

počtu 80.420 lůžek v zařízeních typu především domovy pro seniory, domovy se zvláštním režimem, domovy pro osoby se zdravotním postižením a denní a týdenní stacionáře se ostatní (nestátní) zařízení podílela 28 %[16], zbytek provozovala státní, krajská a obecní zařízení. Státní, krajská a obecní zařízení provozovala domovy pro seniory o téměř totožné průměrné kapacitě (80-85 lůžek). Naproti tomu nestátní zařízení vykazovala průměrnou kapacitu 40 lůžek, což více odpovídá současným trendům deinstitucionalizace a vytvoření domáčtějšího prostředí v pobytových zařízeních. Přestože střediska o menší kapacitě jsou provozně nákladnější, statistické ukazatele hovoří ve prospěch zřizovatelů ze soukromoprávního sektoru (viz *Příloha č. 6*).

Co se týká celkových ročních příjmů na jednoho uživatele v roce 2016, nejvyšší příjmy vykázala státní a krajská zařízení (373 tis. Kč), na druhém místě pak ostatní nestátní zařízení a na posledním místě obecní zařízení (328 tis. Kč).

V rámci těchto celkových ročních příjmů tvořily nevyšší podíl (47 %) příjmy za pobyt, stravu a péči. Dotace zahrnovaly necelých 40 %, přičemž suverénně nejvyšší částka byla vykázána u státních a krajských zařízení (169 tis. Kč na 1 uživatele), ostatní zařízení byla dotována 128 tis. Kč a překvapivě obecní zařízení byla dotována nejméně (119 tis. Kč). Již z těchto ukazatelů je zřejmý negativní jev, zmíněný již *v kapitole 4.3.1,* kdy se kraj ocitá ve střetu zájmů coby zřizovatel a organizátor sítě, který zároveň rozhoduje o přidělování dotací.

Porovnáme-li financování vybraných sociálních služeb v roce 2016 s rokem 2011 (viz *Přílohy č. 6 a č. 7*), dojdeme k závěru, že počet lůžek se více než zdvonásobil. Takřka shodný nárůst byl pozorován u státních a krajských zařízení, což svědčí o změně trendu ve srovnání s obdobím před rokem 2012, kdy se řada krajských a státních zařízení - v souladu se *zákonem o sociálních službách* - převáděla na obecní úroveň. Naopak daleko méně se zvýšil stav lůžek v obecních zařízení (1,4 krát).

Z *Příloh č. 6 a č. 7* lze vyčíst překvapivý vývoj - více než čtyřnásobný nárůst lůžek v ostatních (nestátních) zařízeních. Navíc se zcela změnil poměr přidělování dotací. Zatímco v roce 2011 z celkových vyplacených dotací státní a krajská zařízení přijala 51,3 % celkového objemu dotací, v roce 2016 došlo k mírnému navýšení na 52,3 %. Naopak obecním zařízením výrazně ubyl podíl dotací, a to 38,2 % na 22,3 %. Ostatní (nestátní) zařízení si polepšila, na úkor obecních, a to z 10,5 % na 25,4 %.

[16] zde spadají soukromoprávní, charitativní a církevní organizace

Výše uvedené ukazatele příznivě korespondují se záměrem zákonodárců postavit na stejnou úroveň veřejnoprávní a soukromoprávní poskytovatele sociálních služeb. Zarážející je naopak oslabování pozice obecních zařízení a upevňování a posilování dominantní pozice krajů. I tato čísla potvrzují výše zmíněný negativní jev, kdy je kraj ve střetu zájmů coby zřizovatel a organizátor sítě, který zároveň rozhoduje o přidělování dotací (Průša, 2017a).

Vezmeme-li v potaz Průšův axiom (*viz kapitola 4.4*), že efektivnější je takové zařízení sociálních služeb, které je nejméně závislé na dotacích, pak získáme toto pořadí efektivnosti:

1. Obecní zařízení (36,4 % dotací na celkových příjmech)
2. Ostatní (nestátní) zařízení (37,3 % dotací na celkových příjmech)
3. Státní a krajská zařízení (43,2 % dotací na celkových dotacích).

Nejefektivnější jsou tedy obecní zařízení. Nicméně ukazatele u všech tří typů zřizovatelů se výrazně neliší, od roku 2012 se hodnoty sobě dokonce přiblížily, což mimo jiné poukazuje na posílení pozice dotací (na rozdíl od původního záměru zákonodárců)
a potažmo krajů, které zároveň rozhodují o jejich přidělování.

4.6. Financování sociálních služeb pro seniory soukromým sektorem

Vývoj služeb v zemích Evropské unie naznačuje, že i v České republice bude akcelerovat přesun zájmu veřejné správy od služeb sociální péče se sociálně zdravotním charakterem směrem ke službám intervenčním, jež řeší problémy chudoby, nezaměstnanosti, sociálního vyloučení, xenofobie, drog a k masivnímu rozvoji sociálního poradenství.

Nejenom oblast investiční výstavby, ale také fáze provozní, tj. samotné poskytování sociálních služeb, se bude postupně přesouvat i **do nestátní a soukromé sféry** (Molek, 2011). Autor také uvádí, že organizace, které poskytují komerční služby, tzn. mimo rámec, vymezený *zákonem 108/2006 Sb*. mají, jinou strukturu financování. *"Rozhodujícím zdrojem jejich příjmů jsou platby od uživatelů ... Tyto organizace se mohou ucházet o granty, avšak dotace z veřejných zdrojů (státní rozpočet, rozpočty obcí, měst a regionů) jim poskytovány nejsou."*(Molek 2011, s. 18-19).

Při přijetí *zákona o sociálních službách č. 108/2006 Sb*. si zákonodárci stanovili jako cíl zvýšit konkurenceschopnost poskytovatelů sociálních služeb. Díky fungování

dotací ze státního rozpočtu do roku 2012, kdy soukromoprávní sektor byl takřka vyloučen ze systému dotací ze státního rozpočtu a tento zdroj musel nahradit zvýšenými úhradami uživatelů, byl trh sociálních služeb rigidní, diskriminoval sféru soukromého podnikání
a konkurenční prostředí zužoval na veřejnoprávní sektor.

Soudobá praxe stále nekoresponduje se záměry citovaného zákona. Např. poskytování **pobytových sociálních služeb pro seniory** (nejčastěji domovy pro seniory) soukromoprávní sférou, založené na zvýšené úhradě klientů, je stále nedořešeným problémem. Důvodem je skutečnost, že zatímco ve veřejnoprávním pobytovém zařízení, které je podpořeno dotací, činí úhrada klienta cca 11.400 Kč, v soukromoprávním zařízení stejného typu, nepodpořeného dotací, je úhrada klienta daleko vyšší a dosahuje 20.000 Kč a více.

Soukromí poskytovatelé sociálních služeb se nezřídka setkávají s nedůvěrou ze strany veřejné správy. Často je kupř. poukazováno na nižší kvalitu poskytovaných služeb v soukromých zařízeních. Reakcí je legislativní nastavení standardů kvality, platných pro všechny registrované poskytovatele, a důsledné provádění kontrol jejich dodržování. Pokud by péče v privátních zařízeních byla opravdu méně kvalitní, vyvstává další polemika, zda tento jev není způsoben právě existencí přidělování dotací ze státního rozpočtu distribuovaných prostřednictvím krajů, a tudíž nerovným postavením mezi příjemci dotací a těmi, kdo dotace nezískají.

4.7 Dotační prostředky na investiční výstavbu zařízení sociálních služeb a bytovou výstavbu pro seniory

Jak již bylo uvedeno *v kapitole 2.3,* v období krize a pokrizovém období se národní i evropská dotační politika zaměřila hlavně na snížení nezaměstnanosti a podporu zaměstnanosti. Až od roku 2016 je patrné rozšíření dalších titulů, mezi nimiž byla i podpora rozvoje sociálních služeb.

Soukromý sektor je podporován v oblasti výstavby sociálních bytů pro seniory, kde jsou poskytovány terénní sociální služby. V dubnu roku 2018 byly v rámci Integrovaného regionálního operačního programu (IROP) vyhlášeny kolové **Výzvy č. 79: Sociální bydlení** a **č. 80: Sociální bydlení v sociálně vyloučených lokalitách.** Těmito Výzvami je podporován *"nákup, rekonstrukce, či výstavba objektů, zařízení a vybavení a stavební úpravy, které vytvoří podmínky pro kvalitní poskytování sociálních*

služeb, obnovu a zkvalitnění materiálně technické základny stávajících služeb sociální práce s cílovými skupinami" (MMR, 2018b; MMR, 2018c). Těmito dotacemi je investorům hrazeno až 95 % uznatelných nákladů. Dlužno podotknout, že v rámci těchto Výzev nejsou podporovány sociální služby určené pro samotnou cílovou skupinu senioři – ti zde mohou bydlet pouze současně s osobou v produktivním věku.

Paralelně s podporou výstavby zařízení sociálních služeb se rozvíjí výstavba **nájemního bydlení pro seniory** (v historii nazývané penziony pro seniory nebo domy s pečovatelskou službou). Tato oblast je podporována národními dotačním titulem Ministerstva pro místní rozvoj s názvem **Podpora bydlení, podprogram Podporované byty.** V rámci tohoto programu existují dva podprogramy, a to Pečovatelské byty a Komunitní dům pro seniory. Oba programy podporují výstavbu jednoho bezbariérového bytu částkou 600.000 Kč (MMR, 2018a).

Podprogram **Pečovatelské byty** je určen na výstavbu bezbariérových bytů určených pro seniory nad 65 let nebo také osoby se zdravotním postižením. Tento program má podpořit vznik nových bytů za účelem efektivnějšího poskytování terénních sociálních služeb. Podprogram **Komunitní dům seniorů** dává možnost vzniku souboru až 25 bezbariérových bytů pro cílovou skupinu osob nad 60 let, s cílem umožnit rozvoj komunitního života na bázi sousedské výpomoci.

Uživateli takových zařízení bydlení pro seniory by měli být klienti s nižší závislostí na péči cizí osoby. Otázkou zůstává, co se stane se seniorem, jehož závislost postupně narůstá a měl by se časem stát uživatelem služeb domova pro seniory. Stěhování podle typu závislosti je pro seniora velkou psychickou zátěží. S tím potažmo souvisí problematika manželských párů, kdy každý jedinec v páru vykazuje specifickou míru závislosti co do intenzity nebo psychické či fyzické nemohoucnosti, a navíc se v čase u každého jedince rozvíjí rozdílně. Další fenomén, který v budoucnu můžeme očekávat, je mezigenerační soužití seniorů (např. 90letý rodič se 70letým potomkem). Částečnou odpovědí na tyto otázky je praktická zkušenost, že spousta seniorů dožívá v přirozeném domácím prostředí i při silné závislosti na druhé osobě za podpory terénních služeb. Terénní sociální služby mají i v budoucnu hrát klíčovou roli, za přispění péče ze strany osob blízkých, ale také dalších neformálních pečovatelů.

Pro všechny výše uvedené dotační výzvy je společné to, že příjemci mohu být nejenom veřejnoprávní instituce, ale také církevní, neziskové a soukromoprávní společnosti. Takto je naplňován prvotní záměr *zákona o sociálních službách* o rovnosti poskytovatelů sociálních služeb, alespoň co se týká podpory investiční výstavby.

5 Sociální služby a zahraniční zkušenosti

V rámci Evropské unie si členské země ponechávají autonomní domácí sociální politiky. Podle Aidukaite (2014) vliv tzv. Evropanizace není natolik zřejmý. V procesech přistoupení do EU byly zkoumány pouze finanční aspekty systémů sociální ochrany (Rys, 2001; Wehner et al, 2004). Tzv. otevřená metoda koordinace, zdůrazňující kooperaci mezi členskými státy EU v oblasti sociální ochrany, je zaměřená na pomoc rozvíjet své vlastní sociální politiky z již nabytých zkušeností prostřednictvím učících se procesů.

Je tomu tak i v České republice při hledání optimální změny koncepce financování sociálních služeb. Česko se opírá o dobrou praxi zemí, které mají podobné historické podhoubí. Odbornou veřejností je podrobněji zkoumáno Rakousko, Německo a Švédsko, Švýcarsko nebo Velká Británie (např. Havlásek et al, 2013; Matoušek, 2011). Pro účely této práce byly vybrány tři země: Rakousko, Švýcarsko a Německo.

5.1 Rakousko

Rakouský systém je stejně jako český nepojistný. Hlavním mandatorním výdajem je příspěvek na péči, obdobný našemu, avšak rozdělenému do 7 stupňů (Wurzer, 2010). Rakouský je štědřejší než český – zatímco 4,42 % Rakušanů pobíralo příspěvek na péči, obyvatel ČR pouhých 2,85 % (Havlásek et al, 2013). Rakouská vláda však spatřuje tyto výdaje za již nadměrně zatěžující státní rozpočet a hledá nová úsporná opatření v úpravě podmínek pobírání příspěvku, zejména pak v 1. a 2. stupni.

Pro Rakousko je typické, že financování sociálních služeb je výrazně regionálně diferencováno. Inspirativní na rakouském systému je to, že díky tomu, že jsou vydávány prostředky získané z daní poplatníků, je důsledněji prováděna kontrola výdajů. Ta konkrétně spočívá v tom, že kontroluje úspory a majetek jednotlivých uživatelů, aby nejprve byly použity vlastní zdroje. Vlastní zdroj uživatele sociální služby je totiž kladen prioritně před čerpáním prostředků z veřejných rozpočtů. V Rakousku není neobvyklá kontrola převáděného či dětem darovaného majetku prostřednictvím katastru nemovitostí či kontrola pohybů větších částek na účtu klienta. Poskytovatel sociální služby má dokonce takovou pravomoc, že může zneplatnit provedený úkon převodu nemovitosti.

Participace úhrad ze strany klienta nebo jeho manžela či dětí je vysoká - více než 50 % celkových nákladů. Např. domov pro seniory stojí měsíčně 1.500 – 3.500 EUR,

soukromý dokonce 7.000 EUR. Jestliže průměrný důchod činí 947 EUR a průměrný příspěvek na péči 273 EUR, zbylá částka jde na účet klienta, jeho manžela nebo dětí. Vyživovací povinnost manžela a dětí je v Rakousku důsledně vymáhána, její výše je výrazně regionálně diferencována (Havlásek et al, 2013).

5.2 Německo

Německý systém je na rozdíl od rakouského a českého pojistným systémem, čili odpadá logická nutnost kontroly upřednostnění vlastního majetku jako v Rakousku (nikoli však v České republice). Jak je popsáno v publikaci *Sociální služby na rozcestí* (Havlásek et al 2013, s. 105-108), sociální pojištění je nadstavbou nad zdravotním pojištěním a je povinné pro všechny obyvatele[17]. Příspěvek na péči placený z tohoto pojistného systému je rozdělen podle závislosti na péči cizí osoby do tří stupňů, je tedy jednodušší než rakouský systém. Dále je finančně rozlišen podle toho, zda je péče poskytována doma nebo v ústavu (ta je dotována ve větším objemu). Další diferenciace je zaznamenána také mezi věcným a peněžitým plněním. Příspěvky se také liší podle toho, kdo příspěvek požaduje: zda poskytovatel nebo uživatel.

Příspěvky nemají za úkol pokrýt všechny náklady péče, pouze jeho část, zbytek si hradí klient sám. Průměrný příspěvek na péči ve věcném plnění v r. 2011 činil 1.040 EUR, průměrný příspěvek na péči v peněžitém plnění byl 430 EUR – o tento příspěvek žádá uživatel, nikoli poskytovatel. Péče v pobytovém zařízení byla podporována měsíčně částkou 1.279 EUR. Pro zvláště těžké případy existují ještě vyšší příspěvky. Dobrou praxí je také to, že reforma z r. 2008 zvláště posuzuje případy se stařeckou demencí a poskytuje zvláštní příspěvek, i když podle kritérií fyzického stáří by tito klienti spadali např. pouze do 1. nebo 2. stupně, jak se tomu nezřídka děje v České republice. Ve velmi krátké době po zavedení tohoto systému se zvýšil počet pracovních míst v sociálních službách o 75 tisíc. Dnešní praxe je taková, že byla posílena do té doby ne příliš zavedená ambulantní a terénní služba, takřka neexistují pořadníky v domovech pro seniory a klienti dostávají nutnou péči spíše v domácím prostředí (Havlásek et al, 2013).

[17] Nad to existuje ještě dobrovolné sociální pojištění

5.3 Švýcarsko

Ve Švýcarsku, podobně jako v Německu, je zaveden pojistný systém. Financování sociálních služeb je vícezdrojové, ale zdroje jsou pojistné i nepojistné. Na rozdíl od českého systému udává přesné pořadí čerpání zdrojů (k dalšímu zdroji v pořadí se přechází až po důsledném vyčerpání předchozího). Pořadí čerpání je následující:

1. *„Důchod seniora*
2. *Dávky pro bezmocnost (nezávisle na majetku a příjmech),*
3. *Služby profesní prevence (BVG)*
4. *Výnosy z majetku*
5. *Doplňkové dávky (EL – podpora státu)*
6. *Dávky sociální pomoci – výjimečně*
7. *Úhrady z veřejných zdrojů, tj. kantonálních a municipálních rozpočtů.“* (Havlásek et al, 2013).

Další výhodou proti českému vícezdrojovému financování je to, že objemy jednotlivých zdrojů jsou pevně stanoveny, takže je umožněno jejich plánování (Havlásek et al, 2013). V ČR je predikovatelný pouze příspěvek na péči. Ostatní zdroje jsou nahodilé, a tím se český systém stává netransparentním, a tudíž neefektivním.

Ve Švýcarsku je kladen velký důraz na vlastní zdroje klienta (46,6 % celkových příjmů na sociální služby), tudíž je vysoce akcentována osobní odpovědnost. Úhrada pro bezmocnost (4,7 %) je definována ve třech stupních a je vyplácena z pojistného systému. Nezastupitelnou roli zde hrají doplňkové dávky (18,6 %), na které má klient právní nárok a bez kterých by pobytová zařízení pro seniory nemohla existovat. Je nezbytné uvést poznatek, že jako druhý největší skutečně vyplacený výdaj na sociální služby jsou příjmy ze zdravotního pojištění (20,3 %). Obce a kantony (regionální rozměr) se podílely na zkoumaném financování dohromady 7,4 %.

5.4 Komparace systémů sociálních služeb vybraných zemí a inspirace pro Českou republiku

Údaje z výše uvedené deskripce vybraných evropských zemí jsou sestaveny do následující tabulky:

Tabulka 12 Komparace systémů sociálních služeb vybraných evropských zemí s ČR

	ČR	**Rakousko**	**Německo**	**Švýcarsko**
pojistný systém na financování sociálních služeb	ne	ne	Ano	ano
majetkový test před sociálními dávkami	ne	ano	Ne	ne
příjmový test před sociálními dávkami	ne	ano	Ne	ne
dominance veřejných služeb nad soukromými	ano	ano	ne	ne
dominance neformální péče	rozvíjí se	ano	Ano	ano
Příspěvek na péči/bezmocnost:				
počet stupňů	**4**	**7**	**3**	**3**
rozlišení podle toho, zda je poskytován doma nebo v ústavu	ne	ano	ano	ano

Zdroj: tabulka vlastní na základě Havlásek et al, 2013

O mnohé zahraniční zkušenosti by bylo užitečné opřít se při zkvalitňování českého systému financování sociálních služeb. K nejdůležitějším náleží:

- Pevné stanovení všech zdrojů sociálního systému, čímž se stanou predikovatelné
- Stanovení pořadí zdrojů financování sociálních služeb s důrazem na vlastní zdroje
- Důsledné uplatňování použití majetku a dalších příjmů klienta jako zdroj financování sociálních služeb
- Důsledné uplatňování vyživovací povinnosti dětí vůči rodičům
- Zavedení pojistného systému v oblasti sociálních služeb

U příspěvku na péči:

- Odlišení stupňů závislosti podle toho, zda je uživatel v domácím prostředí nebo v domově pro seniory
- Nahrazení části peněžitého plnění příspěvku na péči věcným plněním.

Naopak rakouský, finančně velmi náročný systém, silně zatěžující státní rozpočet, spolu s neexistencí pojištění (Havlásek et al, 2013), je varovným příkladem pro Českou republiku.

6 Dlouhodobá péče

Poznatky a zkušenosti z předchozích kapitol ukazují, že oblast poskytování sociálních služeb se neustále vyvíjí, stejně jako jeho legislativní ukotvení. Nicméně zákon o sociálních službách nepokrývá celé spektrum potřeb seniorů – ve smyslu chybějící legislativní koncepce dlouhodobé péče, která v sobě zahrnuje sociálně-zdravotní péči.

6.1 Problematika dlouhodobé péče v České republice v kontextu EU

V rámci systémů sociální ochrany obyvatelstva existuje systém, kterému Evropská unie věnuje velkou pozornost, a to systém dlouhodobé péče. Není divu. Vždyť díky zlepšení životních a pracovních podmínek obyvatelstva, pokroku v medicíně a rozvoji v oblasti sociální péče a služeb, stále více lidí se dožívá, jak v naší republice, tak i v ostatních rozvinutých státech, vysokého věku nad 80 let. Do 20 let by se měl počet 80letých zvýšit v zemích EU o 50 % a ztrojnásobit do roku 2050. V daném roce bude v České republice činit podíl seniorů nad 80 let na celkové populaci více než 13 %. Ve zprávě z dubna 2008 Evropská komise uvádí, že *„stárnutí populace zvýší podíl starých a velmi starých lidí v populaci, což povede k novým modulům morbidity a mortality, jako je růst (často společných a vzájemně se podporujících) degenerativních a chronických onemocnění.*“ (Tomeš 2010a, s. 5-6).

Vysoký věk tedy s sebou přináší vyšší výskyt invalidity. Stále více se budou objevovat nemoci charakteristické pro tento věk, jako jsou neurodegenerativní onemocnění, zejména Alzheimerova demence. To vše vyúsťuje v závislost těchto seniorů na druhých osobách. Hranice mezi zdravotní a sociální péčí se s přibývajícím věkem klientů ztenčuje, často není zřejmé, kdy se již nejedná o zdravotní péči, ale o péči sociální.

Evropské země pohlížejí na potřeby seniorů komplexně a jsou připraveny zajistit k ní všeobecný přístup. Principiálně se jedná o zrušení demarkační linie v odlišování mezi zdravotnickými a sociálními službami, čili poskytování služeb na rozhraní sociální a zdravotnické péče. Dlouhodobá péče je poskytována všem osobám s fyzickým či mentálním poškozením zdraví, které potřebují pomoc při každodenních běžných aktivitách. Z pohledu financování to znamená umožnění tvorby různých typů smíšeného financování, a to ze zdrojů sektoru zdravotnictví a Ministerstva práce a sociálních věcí.

Na rozdíl od mnohých evropských zemí Česká republika nemá legislativně

ukotveno poskytování dlouhodobé péče, avšak služby tohoto charakteru jsou prakticky poskytovány a realizovány. *Zákon o poskytování dlouhodobé péče* v České republice je připraven a měl vejít v platnost již v roce 2013, avšak ministerstva zdravotnictví a práce a sociálních věcí se zatím nedokázala domluvit (Šperkerová, 2013). Jeho přijetí by přitom mělo přinést efektivnější vynakládání prostředků ze státního rozpočtu a z fondu zdravotního pojištění.

Česká republika se řídí strategickým dokumentem pod názvem *Národní akční plán podporující pozitivní stárnutí pro období let 2013 až 2017* (2013). Poslední kapitola nazvaná *Péče o nejkřehčí seniory*[18] *s omezenou soběstačností* konstatuje, že senioři ve vyšším věku stále více potřebují sociálně-zdravotní péči, která je však nedostatečně provázána. Vizí tohoto dokumentu v oblasti dlouhodobé péče je dospět k vytvoření *„široké nabídky provázaných sociálně-zdravotních služeb včetně zapojení pečovatelů, která bude reagovat na specifické potřeby nejkřehčích seniorů s omezenou soběstačností."* (2013). S ohledem na omezený objem veřejných financí tento dokument ukládá podporovat kvalitní dlouhodobou sociálně zdravotní péči v domácím přirozeném prostředí a pomáhat rodinným příslušníkům ke zvládnutí této péče. Problematice dlouhodobé péče je podrobněji věnována *Příloha č. 4.*

6.2 Dobrá praxe v České republice

I když přijetí zákona o dlouhodobé péči narazilo na bariéru „rezortismu" (Šperkerová, 2013), dosavadní zkušenosti iniciují českou odbornou veřejnost zasazovat se o zavedení dlouhodobé péče do praxe.

Existují první fungující zařízení dlouhodobé péče. Je jím třeba Gerontologické centrum v Praze 8 (Šperkerová, 2013). Jedná se o městské zařízení, založené v devadesátých letech. Rozvíjí se podle toho, jaké služby jsou potřebné, čili prvotní je potřeba klienta. Je zde provozováno lůžkové oddělení po rehabilitaci a doléčení po překladu z nemocnice. Dvanáct lůžek je učeno pro pacienty s demencí, jímž slouží také denní stacionář. Na hospitalizaci navazuje domácí ošetřovatelská péče (home care) a domácí asistence, která navštěvuje pacienty – klienty v domácím prostředí. V Gerontologickém centru je umístěna ordinace geriatra a praktického lékaře.

[18] I. Holmerová rozlišuje seniory na skupinu 1. Elitní senioři (aktivní a úspěšní vědci, manažeři, sportovci), 2. Autonomní senioři (senioři žijící podle svých představ, pracující nebo angažují se ve veřejném nebo rodinném životě), 3. Soběstační senioři (přestali pracovat a angažovat se ve společenském životě, ale žijí samostatným životem), 4. Křehcí senioři (ohrožení ztrátou soběstačnosti při jakékoli zátěži, třeba i banální nemoci), 5. Nesoběstační senioři (Holmerová, 2013).

Doplňkovou službou je denní centrum pro seniory. Na půdě centra vznikla Česká alzheimerovská společnost, která doplňuje služby pro pacienty s touto demencí včetně odlehčovací služby pro rodinné příslušníky, kteří se o seniora starají. Jak vysvětluje ředitelka Gerontologického centra Iva Holmerová, hospitalizace v tomto zařízení trvá zhruba jeden měsíc. Poté tým lékaře geriatra, zdravotní sestry, sociální pracovnice a fyzioterapeuta ve spolupráci s rodinou navrhne komplexní plán dlouhodobé péče. Vždy je hledáno takové řešení, aby byl pacient co nejdříve propuštěn domů. Důležité je financování služeb zařízení: jedním zdrojem jsou prostředky ze zdravotních pojišťoven, část je hrazena z příspěvku na péči a provoz centra je dotován příspěvkem městské části Praha 8. *„A vlastně šetříme systému peníze, když vracíme domů soběstačné lidi“,* uzavírá Iva Holmerová (2013).

Zkušenosti ze zahraničí, výše uvedené propočty, jakož i příklad dobré praxe potvrzují dříve jednoznačně dokázané hluboké podfinancování ošetřovatelské a rehabilitační péče v pobytových zařízeních sociálních služeb (Průša, 2009) a zcela jednoznačně ukazují na možnosti efektivního vytvoření systému dlouhodobé sociálně-zdravotní péče. Tento systém má již četné praktické výstupy v zahraničí, zejména v zemích EU. V České republice se zatím nepodařilo schválit jeho legislativní rámec, a přitom je možné opřít se o dobrou praxi sousedních zemí, které jsou nám historicky a kulturně nejblíže. Kromě toho, že koncepce dlouhodobé péče by přinesla úspory veřejných financí, zkvalitnila by péči o jednotlivého klienta a navíc by posílila terénní služby poskytované v domácím prostředí, což by znamenalo další úspory systému sociální a zdravotní péče.

Kritickým místem tohoto řešení je „rezortismus“, čili ztížená vzájemná propustnost rezortu zdravotnictví a sociálních věcí, což ve svém důsledku způsobuje vyšší agregátní výdaje ze státního rozpočtu a přitom znesnadňuje orientaci konečným uživatelům obou systémů. Vzhledem k předpokládaným demografickým trendům toto řešení hodnotím jako pozitivní krok k nastartování kvalitativních změn v systému financování sociálních služeb. Systematické propojování sociálních a zdravotních služeb je nezbytnou podmínkou jejich efektivity.

Vícezdrojové financování sociálních služeb v ČR prokazuje, že výdaje ze státního rozpočtu dosahovaly v roce 2016 téměř 80% z celkových výdajů na sociální služby. Je otázkou, zda v budoucnu nebude potřeba zvýšit výdaje ze soukromých zdrojů jako doplnění výdajů ze státního rozpočtu, viz zahraniční zkušenosti (Rakousko).

PŘÍPADOVÁ STUDIE MĚSTO HAVÍŘOV

Úkolem následujícího šetření bylo ověřit všechny získané poznatky uvedené v předchozích kapitolách v rámci zkoumaného města Havířova. Toto město bylo vybráno mimo jiné proto, že díky svému specifickému historickému vývoji zde v současné době žije nadprůměrně vysoký podíl seniorů a očekávanou tendencí je další objemový
i podílový nárůst této věkové kategorie. Navíc, dlouhodobě v oblasti sociálních služeb ve městě Havířově pracuji a mám proto osobní zkušenost s touto problematikou.

7 Stárnutí obyvatelstva a sociální služby ve strukturálně postiženém městě Havířově

Stárnutí obyvatel strukturálně postiženého města Havířova koresponduje s obecným fenoménem stárnutí obyvatelstva. Navíc je značně posíleno poměrně velkou emigrací zástupců mladé a střední generace do jiných regionů, protože zde nemohou nalézt pracovní a profesní uplatnění. Úkolem je v prvé řadě nalézt odpověď na otázku, jaký lze očekávat budoucí vývoj obyvatel Havířova, jaké bude jejich věkové složení a kolik z nich bude v seniorském věku.

7.1 Základní demografická charakteristika statutárního města Havířova z hlediska věkového složení v kontextu demografického vývoje ČR

Údaje pro následující kapitolu byly získávány především ze zdrojů Českého statistického úřadu a také ze strategických materiálů týkajících se statutárního města Havířova
a Moravskoslezského kraje (dále také „MSK“). Byly upořádány do časových řad a komparovány na úrovni sledovaného města Havířova, Moravskoslezského kraje a České republiky. Analýza je uvedena v *Příloze č. 5* a je z ní zřejmé, že soudobá demografická struktura jak v České republice, tak i v Moravskoslezském kraji je kvalitativně jiná než na počátku tisíciletí. Prokazatelně dochází k úbytku obyvatelstva a k jeho stárnutí. Co se týká Havířova, v něm probíhá tatáž změna, avšak výjimečně rychlým tempem. Na tuto kvalitativní změnu musí reagovat všechny úrovně managementu od města přes krajskou až po státní úroveň ve svých střednědobých a strategických plánech a dlouhodobých koncepcích.

Prognóza Českého statistického úřadu ohledně stárnutí populace a s tímto faktem související dopad na zdravotní a sociální péči hovoří o tom, že vzhledem k předpokládanému nárůstu podílu seniorů k osobám v produktivním věku porostou adekvátně nároky na úroveň a kvantitu poskytované zdravotnické péče a služeb sociální péče.

Tabulka 13 Struktura populace podle pohlaví a věkových skupin

Struktura populace podle pohlaví a věkových skupin							
		2003	**2010**	**2020**	**2030**	**2040**	**2050**
Počet obyvatel (tis. Osob)		10 217	10 283	10 284	10 102	9 795	9 438
Věková struktura (v %)							
Muži:		**100,00**	**100,00**	**100,00**	**100,00**	**100,00**	**100,00**
	0 – 19	22,8	20,2	19,2	18,2	17,4	17,5
	20 – 54	53,7	52,6	50,5	46,5	42,0	39,5
	55 – 64	12,4	14,4	12,8	15,3	16,4	14,5
	65 +	11,1	12,8	17,5	20,0	24,1	28,5
Ženy:		**100,00**	**100,00**	**100,00**	**100,00**	**100,00**	**100,00**
	0 – 19	20,6	18,3	17,4	16,5	15,8	15,9
	20 – 54	49,9	48,8	46,8	42,9	38,6	36,1
	55 – 64	12,9	14,8	12,8	15,1	16,1	14,0
	65+	16,6	18,1	23,0	25,6	29,5	34,0
Obě pohlaví:		**100,00**	**100,00**	**100,00**	**100,00**	**100,00**	**100,00**
	0 – 19	21,7	19,2	18,3	17,3	16,6	16,7
	20 – 54	51,7	50,7	48,6	44,6	40,3	37,8
	55 – 64	12,7	14,6	12,8	15,2	16,3	14,2
	65+	13,9	15,5	20,3	22,8	26,9	31,3

Zdroj: vlastní výpočty za základě ČSÚ. *Obyvatelstvo*, 2014

Z tabulky je zřejmé, že podíl mužů 65 let a výše oproti roku 2010, kdy dosáhl 12,8 %, stoupne již v roce 2020 na hodnotu 17,5 % a v roce 2050 dosáhne až 28,5 %. Stejně tak můžeme tyto hodnoty porovnat u žen nad 65 let věku (rok 2010 – 18,1 %, 2020 – 23 %, rok 2050 – 34 %). U obou pohlaví kategorie lidí 65 let věku a výše vykazuje tyto hodnoty: rok 2010 – 15,5 %, 2020 – 20,3 % a rok 2050 – 31,3 %.

7.1.1 Sociálně demografická analýza statutárního města Havířova

Hodnocení období vzniku a vývoje Havířova

Jak je zřejmé z předchozí analýzy, „*statutární město Havířov zaznamenalo některá specifika vývoje vedoucí ke strmějšímu stárnutí populace než v Moravskoslezském kraji*

a v České republice. Je tedy důležité zabývat se příčinami, které budou ovlivňovat i budoucí trendy.“ (Prudká, 2009)

Havířov je nejmladším sídlem v České republice (bylo založeno v roce 1955). Je jedenáctým nejpočetnějším městem v České republice.

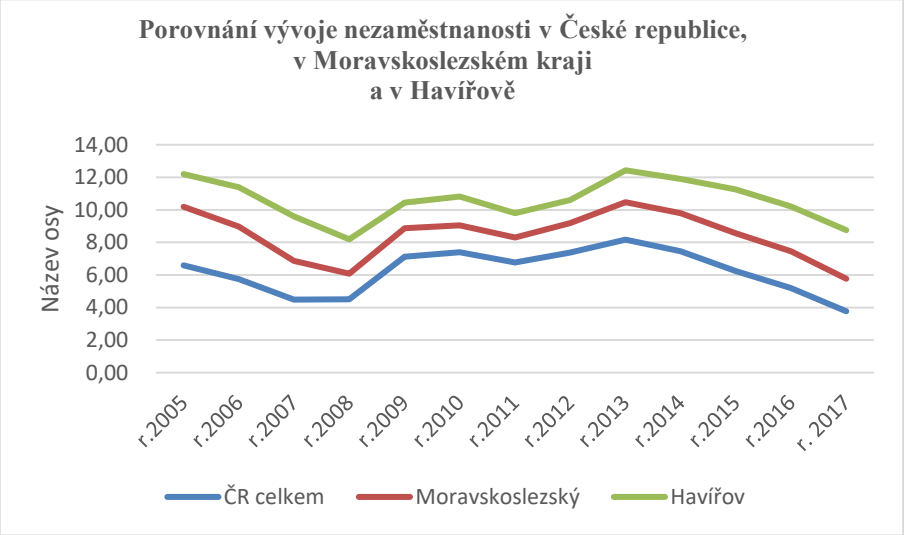
Město vzniklo z potřeby zajistit bydlení pracovním silám v průmyslové ostravsko-karvinské pánvi, kde výsadní postavení měla odvětví hornictví a na ně navazující hutnictví. Koncepce vzniku města již tehdy počítala s tím, že většina ekonomicky aktivních osob bude za prací dojíždět do okolních měst, především do Ostravy, Karviné a Orlové. Pracovní možnosti města byly tedy od počátku vzniku omezené. Situace se útlumem hornictví a potažmo hutnictví v regionu stále zhoršovala.

Významným faktorem osídlování Havířova byla skutečnost, že za prací sem přišla mohutná vlna nových přistěhovalých obyvatel v produktivním věku mezi 20 až 49 lety. Tím, že noví obyvatelé města zakládali v přibližně stejném období rodiny, byly v šedesátých letech evidovány enormní počty narozených dětí. Další populační skok nastal v sedmdesátých letech díky pronatalitní politice tehdejšího Československa.

V padesátých až sedmdesátých letech dvacátého století byl Havířov nejdynamičtěji rostoucím městem v zemi. Věkovým průměrem 23 let byl o celých jedenáct procent za republikovým průměrem, stal se dlouhodobě nejmladším městem v republice a byl po dlouhou dobu označován jako Město mladých. Přirozeným životním cyklem však došlo k tomu, že již na počátku osmdesátých let se věková struktura obyvatel Havířova přiblížila republikovému průměru. V poslední dekádě dvacátého století se ve městě progresivně zvýšil počet zemřelých (ve srovnání s obdobím do roku 1989 index růstu počtu zemřelých činil 1,52). Aktuální situace je taková, že věkový průměr havířovských obyvatel je vyšší než v České republice i v Moravskoslezském kraji. Z hlediska procesu stárnutí je trend populace Havířova nejdynamičtější a z pohledu indexu stáří tento ukazatel vykazuje zdaleka nejvyšší hodnoty v porovnání s Českou republikou a Moravskoslezským krajem. Přídomek Město mladých Havířov ztratil (Prudká, 2009).

Soudobým zásadním tíživým problémem obyvatel města Havířova je nedostatek pracovních příležitostí a následně vysoká míra nezaměstnanosti. Následující grafické znázornění ukazuje míru nezaměstnanosti, jakož i vývoj a porovnání jejích hodnot za Havířov, Moravskoslezský kraj a Českou republiku.

Graf 6 Porovnání vývoje nezaměstnanosti v České republice, v Moravskoslezském kraji a v Havířově



Zdroj: Graf vlastní na základě ČSÚ, *Krajská správa ČSÚ v Ostravě*, 2018
Pozn. V r. 2012 došlo ke změně metodiky výpočtu ukazatele, a to z míry nezaměstnanosti na podíl nezaměstnaných osob. Změnou metodiky došlo k mírnému poklesu hodnot.

Příčina vysoké nezaměstnanosti Havířova, která převyšuje jak Českou republiku, tak také Moravskoslezský kraj, tkví v tom, že Havířov byl historicky spíše nově vybudovaným nadstandardním sídlištěm poskytujícím ubytování pro pracovníky těžkého průmyslu, lokalizovaném v okolních městech. K budování strategického průmyslu na jeho území nedošlo. Dnešní management města vyvíjí aktivity k jeho zatraktivnění. V roce 2014 byla otevřena průmyslová zóna, která byla vybudována z bývalého areálu Dolu Dukla především z prostředků dotací z EU (Statutární město Havířov, 2014b). V loňském roce zde švédská firma Mölnlycke otevřela svůj nový závod, zaměřený na výrobu tzv. chirurgických Procedure setů. Jedná se o významnou investici v hodnotě 1,8 mld. Kč, která by měla pomoci oživit pracovní trh na Havířovsku. Do konce roku 2018 by zde mělo být pracovat přes 1 000 zaměstnanců (Statutární město Havířov, 2017b).

7.1.2 Projekce věkových skupin obyvatelstva Havířova do roku 2020

V roce 2003 byla provedena *Projekce obyvatelstva Havířova do roku 2010 s výhledem do roku 2020* (Hruška, 2003). V rámci tohoto dokumentu byla vytvořena projekce složení věkových skupin obyvatelstva Havířova do roku 2010 a tři varianty projekce do roku 2020 – nízká, střední a vysoká. K dnešnímu datu již můžeme vyhodnotit míru úspěšnosti predikce, a to její střední varianty, podle skutečného stavu.

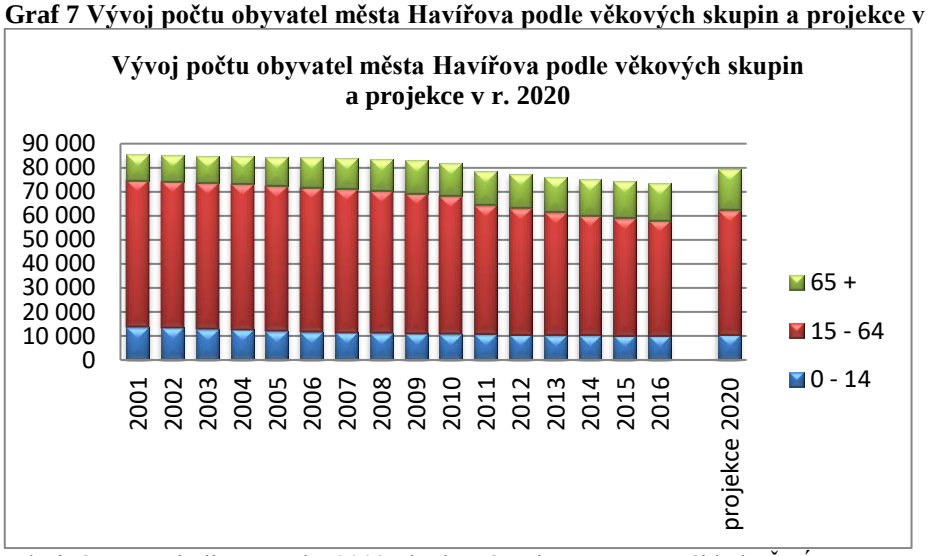
Tabulka 14 Porovnání skutečnosti a projekce věkových skupin obyvatel Havířova do roku 2020

Střední varianta	Věková skupina						Celkem	
Rok	0-14 let		15-64 let		65 a více			
	Projekce	skutečnost	projekce	skutečnost	Projekce	Skutečnost	projekce	Skutečnost
2001	13 852	skutečnost	60 802	skutečnost	10 848	Skutečnost	85 502	Skutečnost
2002	13 341	skutečnost	60 788	skutečnost	11 142	Skutečnost	85 271	Skutečnost
2003	13 053	12 862	60 533	60 679	11 362	11 373	84 947	84 917
2004	12 764	12 552	60 277	60 570	11 582	11 662	84 624	84 784
2005	12 476	12 082	60 022	60 297	11 802	12 048	84 300	84 427
2006	12 280	11 723	59 596	59 971	12 105	12 525	83 980	84 219
2007	12 084	11 448	59 169	59 699	12 407	12 886	83 660	84 033
2008	11 887	11 159	58 743	59 125	12 710	13 274	83 340	83 558
2009	11 691	10 967	58 316	58 273	13 012	13 656	83 020	82 896
2010	11 495	10 896	57 890	57 254	13 315	13 872	82 700	82 022
2011		**10 700**		**53 867**		**13 936**		**78 503**
2012		**10 662**		**52 477**		**14 232**		**77 371**
2013		**10464**		**51 095**		**14 550**		**76 109**
2014		**10 361**		**49 852**		**14 836**		**75 049**
2015		**10 208**		**48 822**		**15 071**		**74 101**
2016		**10 099**		**47 899**		**15 276**		**73 274**
2020	**10 574**		**51 755**		**17 172**		**79 501**	

Zdroj: úprava tabulky, Hruška 2003, doplněná o skutečnost na základě ČSÚ. *Demografická ročenka měst 2007 až 2016*, 2018; Havířov v číslech, 2018

Projekce počítala s poklesem obyvatelstva Havířova **v roce 2010** na 82.700 osob, ve skutečnosti v Havířově bylo evidováno o 678 osob méně. Ve věkové skupině senioři (65+) byl skutečný stav v roce 2010 vyšší než projektovaný o 557 osob (tj. o 4,2 %). Dětí bylo naopak méně než přepokládala střední varianta projekce, a to o 599 osob (tj. o 5,2 %). **V roce 2016** již vykázaný stav podkročil projekci roku 2020, a to ve všech kategoriích. Celkový počet obyvatel je nižší o 6.227 osob (o 7,8 %) než stav projektovaný pro rok 2020. Závažný je vývoj počtu obyvatel v produktivním věku. Od sledovaného roku 2001 je zaznamenáván permanentní pokles této kategorie s výrazným úbytkem v letech 2011 a 2012. Seniorů naopak neustále přibývá, i když jejich počet ještě nedosáhl hodnoty predikované pro rok 2020.

Graf 7 Vývoj počtu obyvatel města Havířova podle věkových skupin a projekce v r. 2020



Zdroj: úprava tabulky, Hruška 2003, doplněná o skutečnost na základě ČSÚ. *Demografická ročenka měst 2007 až 2016*, 2018; Havířov v číslech, 2018

Z výše uvedené analýzy vyplývá, že celkový počet obyvatel Havířova klesá a tento trend je očekáván také v budoucím horizontu. Významný je úbytek obyvatel v produktivním věku. Pokud se nezvýší atraktivita regionu pro mladou generaci z hlediska pracovního trhu, je možné očekávat, že tato skupina bude nadále opouštět region, což má a bude mít dopad na cílovou skupinu – seniory. **Část seniorů zde dnes totiž zůstává opuštěna a o to více je závislá na formálních poskytovatelích sociálních služeb. Tento jev zároveň ovlivní početnost skupiny seniorů i v budoucnu ve smyslu jejího poklesu. Pokud by produktivních lidí neubývalo, dalo by se přepokládat, že vzhledem k zachování kvality života a pokračujícímu trendu stárnutí obyvatelstva by skutečný počet seniorů převýšil projekcí předpokládaný stav. Vzhledem k těmto dvěma protichůdným vlivům bude dle mého názoru zhruba naplněna predikce pro rok 2020: ve městě bude žít cca 17 tisíc seniorů. Jejich podíl na celkovém počtu havířovských obyvatel však převýší predikovaných 21,6 % - již v roce 2016 tvořili senioři 20,8 % celkového havířovského obyvatelstva.**

7.2 Komunitní plánování

Je nasnadě, že věková skupina seniorů nezbytně vyžaduje služby sociální péče. Před kraji a obcemi stojí o to naléhavější úkol vytvořit přiměřené podmínky pro důstojné stáří. S klesající soběstačností seniorů rostou jejich potřeby zdravotní a sociální péče. Ta má s přibývajícím věkem trvalý charakter a tudíž je dlouhodobá. Konkrétní potřebou, kterou senioři a jejich rodinní příslušníci sami vyhledávají, jsou rozličné typy

sociálních služeb, které jsou schopny zabezpečit individuální životní potřeby seniorů. Proto je nutné, aby kraje ve spolupráci s obcemi vytvořily dostatečnou a zároveň efektivní síť nabízených sociálních služeb pro seniory.

Podkladem pro rozvoj sociálních služeb je komunitní plánování. Jak je uvedeno v *kapitole 3.3* teoretické části, *zákon o sociálních službách* stanoví povinnost krajům vytvářet komunitní plán. Obce mají při sestavování tohoto plánu účinně pomáhat, nejsou však legislativně vázány k tvorbě vlastního (obecního) komunitního plánu. Havířov se postavil k této dobrovolné aktivitě vstřícně a jako jedno z prvních měst v České republice začal plánovat své potřeby v sociální oblasti metodou komunitního plánování, tzn. za účasti triády poskytovatelů, uživatelů sociálních služeb a zadavatelů - zástupců města a dalších odborníků. Komunitní plán Havířova se tak stal podkladem pro sestavování *Střednědobého plánu rozvoje sociálních služeb v Moravskoslezském kraji.*

7.2.1 Střednědobý plán rozvoje sociálních služeb Moravskoslezského kraje pro období 2015 – 2020

V této kapitole je věnována pozornost analýze základního strategického dokumentu na krajské úrovni, které se zaměřují na sociální služby pro cílovou skupinu Senioři, jakož i na vzájemnou vazbu mezi krajským a obecním plánováním sociálních služeb.

Jedná se o *Střednědobý plán rozvoje sociálních služeb Moravskoslezského kraje pro období 2015-2020*[19] (dále také *Střednědobý plán;* MSK, 2014b*)*. Tímto dokumentem je naplňována povinnost kraje plánovat rozvoj sociálních služeb, stanovená *zákonem o sociálních službách* ve znění platném od 1. 10. 2017, § 95, písm. d). Jeho význam je podtržen také povinnou přílohou k souhrnné žádosti kraje o dotaci Ministerstva práce a sociálních věcí na podporu poskytování sociálních služeb. Tato povinnost je ukotvena v § 101, odst. 4), písm. b) *zákona (viz kapitola 3.3).*

Proces střednědobého plánování se řídí zásadami, ze kterých je mj. evidentní úzká **spolupráce s obcemi**. Od roku 2009 je do střednědobého plánování zapojeno všech 30 obcí s pověřeným obecním úřadem. Ze strany kraje je deklarována podpora obcím při sjednocování obecních střednědobých plánů s cílem dosažení optimální provázanosti na *Střednědobý plán* (MSK, 2014b). V praxi celý proces komunitního plánování

[19] *Střednědobý plán* vychází z nadřazeného strategického dokumentu, jímž je *Strategie rozvoje Moravskoslezského kraje na léta 2009 – 2020*, platná od roku 2010 a novelizovaná v roce 2012. Aktuálnímu *Střednědobému plánu* předcházely dva plány, první pro léta 2008 - 2009, druhý pro období 2010 - 2014.

probíhá tak, že potřeby obyvatel v sociální oblasti jsou nejprve mapovány jednotlivými obcemi. Tím se jednak identifikují problémy na území kraje, jednak se podle nich dotváří síť sociálních služeb tak, aby byly poskytovány co nejefektivněji.

Jedním z historicky prioritních témat Moravskoslezského kraje je **transformace** a **deinstitucionalizace** sociálních služeb. Jak uvádí *Střednědobý plán*, Moravskoslezský kraj je prvním krajem, který zahájil systémové procesy vedoucí ke zkvalitnění péče (tzv. transformace) a ke změně zařízení od ústavního typu k prostředí, které co možná nejvíce se přibližuje přirozenému domácímu prostředí (tzv. deinstitucionalizace).

Síť sociálních služeb

Střednědobý plán - v souladu *se zákonem o sociálních službách* zabezpečuje síť sociálních služeb *(kapitola 3.3 této práce).* Tuto síť tvoří registrované sociální služby na území v Moravskoslezského kraje, které splňují registrační podmínky a následující kritéria. Nejdůležitější z nich uvádím:

- sociální služby mají veřejného zadavatele, jsou součástí procesu plánování na úrovni obce, kraje či dalších uskupení (mikroregion, místní akční skupina atd.)
- na jejich financování se ve stanovené výši podílí veřejný zadavatel (obce, kraj)
- jsou financovány prostředky ze státního rozpočtu rozdělovanými krajem,
- naplňují definované parametry kvality a prokazatelně pracují na deinstitucionalizaci a transformaci sociálních služeb.

Financování sociálních služeb

Střednědobý plán stanovuje konkrétní zodpovědnost za fungování systému sociálních služeb následovně:

- *"Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR ve spolupráci s Moravskoslezským krajem definuje dostupnost sociálních služeb,*
- *Moravskoslezský kraj ve spolupráci s obcemi definuje na základě zjištěných potřeb základní síť sociálních služeb a základní podporované činnosti v jednotlivých druzích sociálních služeb,*
- *obce ve spolupráci s krajem zajišťují podmínky pro práci poskytovatelů sociálních služeb."* (MSK, 2014b)

Pro účely této práce je nezbytné neopomenout tři z celkem sedmi principů pro oblast financování sociálních služeb v letech 2015-2020. Patří zde **rovnost, transparentnost a dlouhodobost.** *Střednědobý plán* totiž deklaruje vyloučení střetu

zájmů při dotačním řízení vytvořením rovného přístupu ke všem poskytovatelům sociálních služeb. Rovného přístupu má být dosaženo *"stanovením exaktního způsobu výpočtu optimálního a reálného návrhu dotace".* Transparentnost má být zase docílena stanovením a zveřejním kritérií financování. Dlouhodobost plánování je permanentním problémem v České republice, což se objevilo i ve *Střednědobém plánu* jako úkol na období po roce 2020, kdy by se o přidělení dotace mělo rozhodovat vždy 6 měsíců před jejich použitím.

Provázanost obecní a krajské úrovně je patrná i ve finanční oblasti. Vícezdrojové financování v Moravskoslezském kraji se skládá především z **dotací MPSV**. Nemalou měrou se dále podílejí **rozpočty samospráv (krajů a obcí).** Kraj vyhlašuje každoročně grantové řízení na získání dotací, které však neslouží k běžnému provozu, nýbrž na podporu zvyšování kvality služeb. Od roku 2012 je krajem vyhlašován dotační program určený k dofinancování sociálních služeb.

Sociální služby jsou podle zákona poskytovány zadarmo, za částečnou úhradu nebo úplnou úhradu. Na zbytku participují také **uživatelé.** Ty, které jsou poskytovány za částečnou nebo úplnou úhradu, mohou být pokryty **příspěvkem na péči.** Jeho výše vyplývá z úhradové vyhlášky č. 505*/2006 Sb.(viz kapitola 2.1). Střednědobý plán* konstatuje, že výše legislativně stanovená *"maximální cena za jednotku vykonané práce se pohybuje na mnohem nižší úrovni, než je skutečná celková cena práce. Na pokrytí nákladů na zajištění služby je tedy nutné využívat i další finanční zdroje."* (MSK, 2014b). Dalšími zmíněnými zdroji jsou **zdroje fondů EU**, **nadací a sbírek**, a také prostředky z **veřejného zdravotního pojištění**.

7.2.2 Aktualizace č. 1 a č. 2 *Střednědobého plánu*

Byla vytvořena na základě legislativních změn, které vešly v platnost od 1. 1. 2015 (dále také *Aktualizace;* MSK, 2016a). Jejím hlavním cílem byla úprava procesu nastavování krajské sítě sociálních služeb. Tato aktualizace dělí zařazení služeb do krajské sítě sociálních služeb na základní, optimální a krizové, a to podle způsobu financování. Tzv. **základní síť** tvoří sociální služby financované prostřednictvím dotačních programů kraje. Patří zde stávající registrované sociální služby a jejich poskytovatelé. Do tzv. **optimální sítě** patří sociální služby financované prostřednictvím externích finančních prostředků (prostředky ESF, prostředky Dotačního řízení MPSV v oblasti poskytování sociálních služeb s nadregionální a celostátní působností).

Další důležitou informací v *Aktualizaci* je, že kraj vystupuje při zajišťování

dostupnosti sítě ve dvou úrovních:

*"1. **Kraj je garantem dostupnosti sítě sociálních služeb na jeho území**, kdy ve spolupráci s obcemi jako zadavateli sociálních služeb a poskytovateli sociálních služeb identifikuje skutečné potřeby, na které síť sociálních služeb následně reaguje.*

*2. Na základě zjištěných potřeb ze strany kraje **může být také kraj ve spolupráci s obcemi veřejným zadavatelem služeb a aktivit**, které efektivně podpoří řešení nepříznivé sociální situace osob se specifickými potřebami. Jedná se buďto o takové sociální služby, jejichž zřízení v rámci území obce není s ohledem na četnost výskytu potřeb efektivní, nebo se jedná o zadavatelskou roli v případech skutečně zjištěných potřeb v území, ve kterém není potřebná sociální služba dostupná."* (MSK, 2016a).

Na tomto místě odkazuji na problematiku střetu zájmů, na který upozorňuje Ladislav Průša (2017a) ve své publikaci a o které se hovoří v *kapitole 4.3.1* této disertační práce. Moravskoslezský kraj podle Zprávy (MSK Zpráva, 2018) v současné době zřizuje celkem 21 zařízení sociálních služeb. Z toho ve 12 případech jde o domovy pro seniory a domovy se zvláštním režimem, které by podle mého názoru měly spadat pod obce (minimálně 4 zařízení, která se nacházejí ve větších obcích). U ostatních 9 zařízení je pochopitelné jejich zařazení pod Krajský úřad, jelikož se jedná o domovy pro osoby se zdravotním postižením.

7.2.3 Komunitní plán rozvoje sociálních služeb ve městě Havířově

Základní strategický materiál pro oblast sociální péče, kterým je ***Komunitní plán sociálních služeb ve městě Havířově na období 2014 - 2017*** (dále také *"Komunitní plán";* Statutární město Havířov, 2014a), byl schválen Zastupitelstvem města Havířova v roce 2014.

Podle aktuálně platného *Komunitního plánu* je metoda komunitního plánování založena na principu partnerství a spolupráci v rámci komunity. Účastníky procesu komunitního plánování se mohou stát všichni Havířované, kteří se hlásí k principům *Komunitního plánu* a podílí se aktivně na jeho realizaci. Je zde tedy uplatňován princip triády - spolupráce uživatelů, poskytovatelů a zadavatelů sociálních služeb. Historie a vývoj Komunitního plánu v Havířově, jakož i jeho organizační struktura a cíle jsou obsahem *Přílohy č.8.*

7.2.3.1 Sociální služby a jejich poskytovatelé v rámci komunitního plánování

Ve fázi přípravy *Komunitního plánu* bylo na území města poskytováno celkem 42 sociálních služeb registrovaných podle *zákona o sociálních službách*. Tyto služby poskytovalo celkem 9 poskytovatelů.

Tabulka 15 Přehled poskytovatelů sociálních služeb v Havířově

Poskytovatel	Počet služeb	Počet zařízení, středisek	Typ zařízení	Příspěvek z rozpočtu města
Sociální služby města Havířova	**15**	**6**	Městské	Ano
SANTÉ – centrum ambulantních a pobytových sociálních služeb	**4**	**4**	Městské	Ano
Domov seniorů Havířov, příspěvková organizace	**3**	**2**	Městské	Ano
Slezská diakonie	**5**	**2**	Církevní	Ano
Armáda spásy v České republice, z.s.	**10**	**11**	Církevní	Ano
Občanské sdružení Heřmánek	**1**	**1**	Nestátní nezisková organizace	Ano
ZIP Zábava Informace Poradenství a pomoc, o.s.	**1**	**1**	Nestátní nezisková organizace	Ano
AS-SENIOR o. p. s.	**1**	**1**	Soukromé	**Ne**
Komplexní domácí péče Hestia s.r.o.	**2**	**1**	Soukromé	**Ne**
Celkem	**42**	**29**		

Zdroj: Statutární město Havířov 2014a, s. 29

Dva poskytovatelé nedostávali příspěvek z rozpočtu města. Jedná se o (i) soukromé zařízení **Komplexní domácí péče Hestia s.r.o.,** která na havířovském trhu sociálních služeb působí více než dvacet let v oboru poskytování terénních zdravotně-sociálních služeb, s velmi dobrými referencemi. V minulosti organizace neúspěšně žádala o příspěvek města, poslední léta již nežádá a provoz financuje jinými zdroji. Dalším soukromým zařízením uvedeným v tabulce je (ii) **AS-SENIOR o.p.s.**, poskytující služby osobní asistence v rámci provozování rezidenčního ubytování pro seniory. Tato organizace již neexistuje.

Kromě výše uvedených poskytovatelů sociálních služeb existuje v Havířově jedno soukromé zdravotnické zařízení – **Sanatorium Dům Kochova s.r.o.**, které poskytuje sociální služby na dvou lůžkách[20].

Z předchozího je patrné, že soukromoprávním zařízením sociálních služeb nebyla uznána potřebnost (i když na trhu mnoho let), a tudíž nejsou podporovány provozními

[20] Dlužno podotknout, že v roce 2013 jich bylo 12, v roce 2014 došlo ke snížení kapacity.

dotacemi přerozdělovanými krajem. Jejich působení na trhu je limitováno. Tyto organizace často omezují anebo ukončují svou činnost, protože neustojí v konkurenci se zařízeními, jejichž provoz je dotacemi podporován.

7.2.3.2 Pracovní skupina Senioři

Komunitní plán je rozdělen do pěti cílových skupin (viz *Příloha č. 8*): 1. Děti, mládež, rodina, 2. Občané se zdravotním postižením, **3. Senioři,** 4. Občané ohroženi drogou a 5. Občané v dočasné krizi a etnické menšiny.

Pro účely této práce byla věnována pozornost pracovní skupině Senioři. Pracovní skupina má celkem jedenáct členů. Za zadavatele je angažován jeden pracovník. Za poskytovatele z příspěvkových organizací města jsou zde tři členové, soukromí poskytovatelé jsou zastoupeni dvěma členy. Ostatní poskytovatelé z řad charitativních organizací zde mají zastoupení celkem čtyřmi členy. Práce v pracovní skupině se aktivně účastní jeden člen za dobrovolníky ADRA. Triádu v minulosti uzavírala zastoupení dvou uživatelů (jeden byl senior zároveň členem Svazu postižených civilizačními chorobami, druhý byl opatrovník svého příbuzného rodiče). Dnes již členy komise uživatelé nejsou. Relativně nízký/žádný podíl uživatelů koresponduje s výzkumem prováděným společností Sociotrendy, a to v tom smyslu, že zájem o zapojení do komunitního plánování je mezi širokou veřejností nízká. (Sociotrendy 2013, s. 68). Moje zkušenost však spíše směřuje k poznatku, že dosažení rovnocenného zapojení uživatelů v rámci systému výše uvedené triády není reálné. Je sice nezbytné získávat informace o potřebách uživatelů, nicméně jejich sofistikované zpracování je možné pouze ze strany odborně erudovaných osob, které s uživateli denně pracují. Stejně tak propojení na finanční plánování, zdroje a potažmo určení věcných a časových priorit není reálné provádět masově, ale ponechat v rukou ekonomů a erudovaných sociálních pracovníků s širším chápáním souvislostí.

Komunitní plán v oblasti seniorského věku klade za cíl podporovat co nejdelší **setrvání seniora v domácím prostředí**, což vyžaduje dobře fungující terénní služby typu pečovatelská služba a osobní asistence. Objevuje se i potřeba zajištění hospicové péče, která je dosud zajišťována mimohavířovskými organizacemi.

Roční provozní náklady všech cílů a opatření pro seniory byly vyčísleny nejméně na 200 mil. Kč (ne všechny byly kvantifikovány a chybí údaje za organizaci Hestia, případně nově vzniklé či vznikající soukromé organizace). Vícezdrojové financování je nasnadě, s tím, že nejvíce se počítalo s příspěvky města Havířova,

s dotacemi ze státního rozpočtu, s úhradami klientů, zdravotními pojišťovnami, dále s granty, nadacemi, dary, pronájmy prostor a jinými marginálními zdroji.

Při analýze *Komunitního plánu* není možné opomenout vyhodnocení argumentů pro podporu či rozšíření dané sociální služby pro seniory v Havířově. Prvním z nich je **potřebnost sociálních služeb**, plánovaných *Komunitním plánem.* U všech existujících sociálních služeb je na základě poptávky zřejmé, že jsou havířovskými seniory využívány. Jedinými službami, které se dožadují rozšíření, jsou pobytová lůžka, především pak pro chronicky duševně nemocné pacienty, což koresponduje s celorepublikovým a evropským trendem nárůstu stařeckých a jiných demencí. Proto *Komunitní plán* předpokládá rozšíření lůžkových kapacit jak v domově pro seniory, tak především v domově se zvláštním režimem.

Jako připomínku vůči *Komunitnímu plánu* uvádím skutečnost, že v době svého vzniku **nebral v potaz** nový podnikatelský záměr, a to výstavbu pobytového zařízení GrandPark, jehož investorem je **soukromoprávní subjekt**. Dlužno podotknout, že v době vytváření *Komunitního plánu* ještě nebyla natolik zřejmá jeho koncepce, jak je tomu nyní. Výstavba GrandParku byla zahájena v květnu 2014 a od roku 2015 začala poskytovat služby pro seniory, trpícími duševními chorobami typu stařeckých a jiných demencí. GrandPark ovlivňuje vývoj veřejnoprávních pobytových sociálních služeb ve městě, avšak v omezené míře. Toto pobytové zařízení není v krajské síti, čili není podporováno dotacemi MPSV, kraje či obcí. Ceny za pobyt pro uživatele jsou tudíž stanovovány vysoce nad cenami ve veřejnoprávních institucích (blíže *kapitola 7.3.1*). Tím pádem jeho služby nejsou dostupné všem, popř. nejsou dostupné dlouhodobě. Prvořadá poptávka je stále po lůžcích ve veřejnoprávních zařízeních.

Je nezbytné připomenout, že pobytové sociální služby jsou výrazně nejnákladnější službou a navíc struktura vícezdrojového financování není uspokojivě nedořešena (viz *kapitola 4*). Proto významným faktorem a zároveň dalším argumentem, který může jakoukoli sociální službu omezit či podnítit hledání jiného, alternativního řešení, je její finanční náročnost, měřená ukazatelem míra efektivity poskytovaných sociálních služeb. Jelikož jde o závažné téma, je rozpracováno v rámci analýzy jednotlivých poskytovatelů sociálních služeb (*kapitola 7.3.1*).

Aktuálně platný *Komunitní plán* byl v dubnu roku 2017 prodloužen Zastupitelstvem města do roku 2019. Zároveň je připravována *Aktualizace Komunitního plánu* (Statutární město Havířov, 2018b), a to v jediném cíli a opatření, týkajícím se právě cílové skupiny seniorů. Do *Komunitního plánu* bylo zahrnuto rozšíření stávající

kapacity sociálních služeb veřejnoprávního Domova se zvláštním režimem. Zvýšení kapacity bude lokalizováno do dvou míst:

- navýšení kapacity střediska HELIOS ze stávajících 50 lůžek o 36 na 86 lůžek,
- rekonstrukce bývalé zvláštní školy na ulici Mánesova a vznik tohoto zařízení o kapacitě minimálně 136 lůžek.

Zvýšení kapacity je zdůvodněno potřebností nejen osobami trpícími stařeckými demencemi a Alzheimerovou chorobou, ale navíc lehkými demencemi, psychiatrickými diagnózami a také smyslovým postižením (nedoslýchavost, nevidomost). Rozšíří se také o dolní věkovou hranici, a to o osoby nad 55 let[21]. Reakci na potřebu sociálních služeb pro tyto cílové skupiny považuji za správnou. Předpokládané finanční náklady na obě zařízení čítají 101 mil. Kč. Povinný podíl obce na oprávněné provozní ztrátě ve výši 30 % je odhadován na 6,5 mil. Kč ročně.

V závěru této kapitoly konstatuji, že plánovaní sociálních služeb na úrovni města Havířova a Moravskoslezského kraje je intenzivní a diskutované téma, které je mezi oběma úrovněmi provázáno jak věcně, tak i finančně. Management města Havířova i Moravskoslezského kraje se tomuto tématu prvořadě věnuje a dává prostor pro diskuzi a tvorbu s cílem vytvoření co nejkvalitnější sítě sociálních služeb. Jedním z dalších zjištění je, že v rámci aktérů triády sestavující komunitní plán se uživatelé příliš nezapojují. Jejich potřeby a názory jsou sbírány nepřímou formou - prostřednictvím poskytovatelů sociálních služeb. Za důležité považuji konstatovat, že potřebnost sociálních služeb je uznávána pouze veřejnoprávním institucím (v omezené míře charitativním a církevním organizacím). Typickým soukromoprávním organizacím, zvláště u pobytových služeb, není potřebnost uznávána, a tudíž těmto organizacím nejsou přiznávány dotace. O struktuře sítě sociálních služeb a její efektivitě je pojednáno v dalším textu.

7.3 Sociální služby pro seniory ve statutárním městě Havířov

Jak vyplývá ze *Zprávy o plnění cílů a opatření "Komunitního plánu sociálních služeb a souvisejících aktivit statutárního města Havířova na období 2014-2017" za rok 2016* (Statutární město Havířov, 2017a), pro cílovou skupinu Senioři bylo v Havířově poskytováno celkem 16 registrovaných sociálních služeb. Oproti *Komunitnímu plánu*

[21] V současnosti je obvyklé vnímat seniorský věk od 65 let, avšak některé nemoci, např. Alzheimerova choroba, tuto hranici bohužel potírají.

přibyly v Havířově čtyři nové služby, a to 1) Domov pro seniory, 2) Domov se zvláštním režimem a 3) Odlehčovací služby nově vzniklého pobytového zařízení GrandPark, dále pak 4) Sociálně aktivizační služby pro seniory Charity Český Těšín. V případě zařízení GrandPark se jedná o soukromoprávní subjekt, který nespadá do krajské sítě sociálních služeb, a není tudíž podporován veřejnými dotacemi. Podobně je to v případě pečovatelské a odlehčovací služby Hestia. Z tohoto důvodu informace o soukromoprávních subjektech se v rámci komunitního plánování města objevují pouze v omezené míře. Zde se projevují disparity mezi poskytovateli sociálních služeb podle toho, zda jim byla uznána potřebnost a zda jsou zahrnuti do krajské sítě či nikoliv.

Tabulka 16 Sociální služby pro seniory v Havířově k 31.12.2016

Senioři							
Sociální služby v roce 2016	**Počet služeb**	**Provozní náklady**	**Okamžitá kapacita**	**A-ambulantní, T-terénní, P-pobytové**	**Počet klientů**	**Poznámka**	**Průměrné měsíční prov.náklady na 1 klienta**
Pečovatelská služba	2	12 864 787 Kč	31	A,T	916	bez Hestia	1 170 Kč
			4	T			
Odlehčovací služby	3	7 736 238 Kč	26	P	191	bez Hestia	3 375 Kč
			1	T			
Denní stacionáře	1	3 845 549 Kč	30	A	66		4 855 Kč
Domovy pro seniory	3	72 382 628 Kč	258	P	252	bez Grand Park	23 936 Kč
Domovy se zvláštním režimem	2	25 510 979 Kč	157	P	59	bez Grand Park	36 032 Kč
Sociálně aktivizační služby pro seniory a osoby se zdravotním postižením	3	1 783 628 Kč	55	A	61		2 437 Kč
			3	T			
Sociální zařízení poskytované ve zdravotnických zařízeních lůžkové péče	1	648 000 Kč	2	P	4		13 500 Kč
Odborné sociální poradenství	1	475 808 Kč	2	A,T	353		112 Kč
Celkem	**16**	**125 247 617 Kč**	**569**		**1 902**		

Zdroj: Statutární město Havířov, 2017a, vlastní výpočty

Celkové provozní náklady, vyjma soukromoprávních subjektů, činily 125,2 mil. Kč a vzrostly ve srovnání s předchozím rokem o necelé 1,4 mil. Kč. Okamžitá kapacita (vč. soukromoprávních subjektů) meziročně vzrostla o 13 míst. Důležité je zjištění, že počet obsloužených klientů se zvýšil o 159, a to pouze ve veřejnoprávních zařízeních. Připočteme-li kapacitu zařízení GrandPark 149 lůžek s diskontem obsazenosti 0,7, pak získáváme počet uživatelů sociálních služeb v Havířově přesahujících 2.006. Znamená to, že z celkového počtu havířovských seniorů 15.276 (viz *kapitola 7.1.2*) v roce 2018 zhruba 13 % čerpalo sociální službu.

Z výše uvedených ukazatelů jsem provedla výpočet **měsíčních provozních nákladů na jednoho klienta**. Zde se víceméně potvrdil celorepublikový průměr, uvedený v *kapitole 5*. Suverénně nejnákladnějšími službami jsou pobytové služby v domovech se zvláštním režimem (v ČR 30.199 Kč) a v domovech pro seniory (v ČR 26.971Kč). Daleko příznivější je hodnota nákladů na terénní sociální služby typu pečovatelská služba (v ČR 2.058 Kč). Ta je i legislativně oprávněně považována za klíčovou, s akcentem na skutečnost, že umožňuje setrvání seniora co nejdéle v přirozeném domácím prostředí.

7.3.1 Analýza poskytovatelů sociálních služeb pro skupinu Senioři

Největším poskytovatelem sociálních služeb pro seniory co do počtu služeb, počtu zařízení, kapacity a nákladů byly historicky příspěvkové organizace města, až potom soukromoprávní organizace a neziskové organizace. V roce 2015 se k nim připojil svou kapacitou významný soukromoprávní poskytovatel GrandPark.

Nejnákladnější služby - **pobytové** - tak v roce 2016 poskytovaly příspěvkové organizace města (Domov seniorů a Domov se zvláštním režimem Havířov o celkové kapacitě 274 lůžek a Respitní oddělení Sociálních služeb města Havířova – 22 lůžka). Celkem 149 lůžek nově poskytoval Grand Park v rámci služeb domova pro seniory, domova se zvláštním režimem a odlehčovacích lůžek. Dvě lůžka provozovalo soukromé zdravotnické zařízení (Kochova s.r.o.). Největším poskytovatelem **terénních** služeb (ve formě pečovatelské služby), jakož i **ambulantních služeb** (denní stacionář) byla příspěvková organizace města Sociální služby města Havířova.

V následující analýze se zabývám náplní činností nejvýznamnějších poskytovatelů sociálních služeb pro seniory ve městě Havířově. Vzhledem ke genezi, kdy původně výhradní poskytovatelé z řad veřejnoprávní sféry jsou postupně doplňováni neziskovými a soukromoprávními organizacemi, se zaměřím také na jejich odlišení podle právní formy.

7.3.1.1 Sociální služby města Havířova p. o.

Jde o **veřejnoprávní,** příspěvkovou organizaci města (dále také "SSmH*")* poskytující především **terénní a ambulantní**, v menší míře pobytové služby v následující struktuře:

- Kontaktní centra
- Nízkoprahová denní centra
- Odborné sociální poradenství

- Odlehčovací služby
- Raná péče
- Odborné sociální poradenství s názvem zařízení – Poradna pro rodinu, manželství a mezilidské vztahy
- Telefonická krizová pomoc s názvem zařízení – Linka důvěry
- Sociálně aktivizační služby pro rodiny s dětmi
- Odborné sociální poradenství – Poradna pro osoby se zdravotním postižením
- Pečovatelská služba
- Odlehčovací služby s názvem zařízení – Denní a pobytové služby pro seniory – Respitní péče
- Denní stacionáře s názvem – Denní a pobytové služby pro seniory.

V oblasti **zdravotní péče** poskytuje organizace na základě registrace dle *zákona č. 160/1992 Sb.*, o zdravotní péči v nestátních zdravotnických zařízeních, ve znění pozdějších předpisů péči v oboru rehabilitační a fyzikální medicína, fyzioterapeut, všeobecná sestra (sestra domácí zdravotní péče a sestra v jeslích).

Stěžejními službami pro seniory jsou denní stacionář o kapacitě 30 míst a odlehčovací respitní péče s 22 lůžky. Obě služby jsou umístěny v rekonstruovaném objektu bývalé základní školy. **Denní stacionář** poskytuje denní ambulantní služby, jejichž potřeby přirozeným postupem času více směřují k seniorům s duševními chorobami. **Respitní oddělení** je pobytové zařízení, které je využíváno pro krátkodobé pobyty seniorů, jejichž opatrovníci čerpají dovolenou či jinak si potřebují odpočinout. Odlehčovací služby na tomto oddělení suplují i lůžka v domovech pro seniory. Typickým příkladem je situace seniora, jehož soběstačnost klesá či nemocí jednorázově klesne, a rodina někdy ze dne na den, např. po ukončené hospitalizaci, nemá jak se o seniora postarat. Místa v DSH jsou trvale nedostačující, a tak se tento akutní stav řeší právě pobytem na respitním oddělení. Uvažuje se o prodloužení povolené doby pobytu ze tří na šest měsíců.

SSmH jsou považovány za jednu z nejkvalitnějších organizací poskytující především terénní a ambulantní péči v rámci České republiky, což zaznělo z úst předsedy České asociace pečovatelské služby Ing. Kadlece v tomto roce. I proto se zřejmě staly jedním ze dvou pilotních organizací a v dubnu roku 2018 zahájily činnost pilotního projektu **Centra pro rodinné pečující.** Projekt vychází ze současné situace pečujících rodin, které se nesnadně orientují v soudobém modelu vzájemně nepropojených zdravotních a sociálních služeb. Potřebují pomoci, jak péči

o nesoběstačného člena rodiny organizovat i směřovat, a zároveň si uchovat dostatek psychických a fyzických sil. Pokud 70 % příjemců příspěvku na péči nevyužívá registrované služby, pak je nasnadě, že neformální péče nemusí být vždy prováděna kvalifikovaně. Cílem projektu je tudíž *"udržet pečované osoby co nejdéle v domácím prostředí, což v důsledku samém vytváří nižší finanční náklady než u klientů v zařízení pobytových služeb. Současně vytváří vysokou míru efektivity tím, že směřuje a využívá prostředky pro skutečné potřeby klienta, čímž zamezuje překrývání služeb z různých zdrojů na jeden řešený případ*." (SSmH, 2018). Tento projekt snoubí a zároveň reaguje na všechny klíčové problémy poskytování péče pro stárnoucí občany v současnosti (dosud legislativně nevyřešená dlouhodobá péče, odklon příspěvku na péči ze systému sociálních služeb) a přináší podle mého soudu jejich efektivní řešení[22].

Co se týká financování SSmH, následující tabulka poukazuje na strukturu zdrojů k pokrytí nákladů podle očekávané skutečnosti za rok 2016.

Tabulka 17 Sociální služby města Havířova, p. o. - Pokrytí nákladů, výnosy

	Očekávaná skutečnost r. 2016 v tis. Kč	Struktura výnosů v tis. Kč	Podíl na pokrytí celkových nákladů
Tržby z prodeje služeb (pečovatelská služba, domácí péče, rehabilitace, respitní péče aj.)	15 185	25 956	40%
Tržby za prodané zboží	6 956		
Úroky	4		
Zúčtování fondů a odpisy	3 713		
Ostatní výnosy	98		
Dotace ze státního rozpočtu (z KÚ MSK)	6 645	6 645	10%
Dotace z jiných rozpočtů	3 227	32 028	50%
Příspěvek na provoz (od města)	28 801		
Výnosy celkem	**64 629**	**64 629**	**100%**

Zdroj: Statutární město Havířov, 2018a

Je z ní patrné, že největším zdrojem financování byl příspěvek od zřizovatele města Havířova a činil 50 %. Dotace ze státního rozpočtu se podílely 10 %.

Vezmeme-li v potaz Průšův axiom (*kapitola 4.4*), že efektivní je taková sociální služba, jejíž průměrné náklady jsou pokryty úhradou klienta, příspěvkem na péči a úhradou zdravotní péče od zdravotní pojišťovny, pak míra takto měřené efektivity sociálních služeb, poskytovaných SSmH v roce 2016, činila 40 %, čili 60 % tvořily dotace (z obce, kraje a jiné). Byla tedy velmi nízká, což v sobě odráží specifikum města ve smyslu nadprůměrně starého a stárnoucího regionu. Pro srovnání uvádím celostátní

[22] Projekt je podpořen z ESF, a to částkou 9,6 mil. Kč.

podíl dotací na celkovém financování v obecních zařízeních 36,4 %, v krajských zařízeních 43,2 % a v ostatních (nestátních) 37,3 % (viz *kapitola 4.5* a *Příloha č. 7).*

7.3.1.2 Komplexní domácí péče Hestia s.r.o.

Příkladem dobré praxe je **soukromoprávní** organizace Komplexní domácí péče Hestia s.r.o., nestátní zdravotnické zařízení, které již přes 20 let poskytuje komplexní zdravotní a sociální **terénní služby** osobám se zdravotním postižením a lidem v nepříznivé sociální situaci v jejich vlastním sociálním prostředí a mezi havířovskými občany má velmi dobré reference. Cílovou skupinou jsou senioři, osoby s chronickým nebo jiným kombinovaným onemocněním, osoby s duševním onemocněním. Věková struktura cílové skupiny je bez omezení věku**.** Jedná se o služby poskytované na území města Havířov a jeho okolí (Agentura komplexní domácí péče Hestia, 2018). Tato organizace nebyla ani není finančně podpořena příspěvkem města ani dotacemi ze státního rozpočtu. Z toho vyplývá také omezená informovanost pro potřeby komunitního plánování. Podle Průšova axiomu, že nejefektivnější je taková sociální služba, která není financována dotacemi ze státního rozpočtu ani příspěvkem města, pak toto zařízení vykazuje 100 % efektivitu. Je tak potvrzena teze, že privátní provozovatel je efektivnější než veřejnoprávní, který využívá zvýhodnění ve formě státních dotací a příspěvků města.

7.3.1.3 Domov seniorů Havířov (dále také "DSH")

Jedná se o **veřejnoprávní** příspěvkovou organizaci, jehož zřizovatelem je město Havířov. Poskytuje **pobytové služby**. Aktuální kapacita je 270 lůžek, z nichž 50 je určeno pro zvláštní režim (duševní choroby typu stařecká demence, Alzheimerova nemoc; Domov seniorů Havířov, 2018). Díky vysoké poptávce je prioritně vyhověno seniorům s vyšším stupněm závislosti, zpravidla s III. nebo IV. stupněm příspěvku na péči. Výjimku tvoří umisťování manželských párů.

Sestává ze dvou pobytových zařízení: LUNA a HELIOS. Kapacita zařízení HELIOS je 86 lůžek, přičemž 60 pokojů je jednolůžkových a 13 pokojů dvoulůžkových. Z celkového počtu bylo vyčleněno 50 lůžek pro osoby se zvláštním režimem (stařecké demence, Alzheimerova choroba). Domov se zvláštním režimem (dále také DZR) v Havířově velmi chyběl a tato kapacita stále není dostačující.

Historicky nejstarším pobytovým zařízením pro seniory je druhé zařízení domov pro seniory **LUNA.** Má kapacitu 184 lůžek. Ve srovnání s domovem HELIOS se jedná o starší budovu, což je na budově i interiéru znát.

Co se týká **financování** DSH, při analýze provozního financování jsem vycházela z údajů dostupných z veřejných zdrojů, konkrétně z *Rozpočtu města Havířova* na rok 2017 (Statutární město Havířov, 2018b) a doplněných údajů od managementu DSH. Ty jsou uspořádány do tabulky uvedené níže.

Tabulka 18 Struktura financování Domova seniorů Havířov

Skutečná struktura financování	**Očekávaná skutečnost na rok 2012**	***Skutečnost na rok 2012 - podíl na celkových zdrojích***	**Čisté úhrady klientů & úhrady zdravotních pojišťoven & dotace ze SR & dotace města**	***Čisté úhrady klientů & úhrady zdravotních pojišťoven & dotace ze SR & dotace města - podíl na celkových zdrojích***	**Možnost financování soukromým sektorem**	***Možnost financování soukromým sektorem - podíl na celkových zdrojích***	
Tržby z prodeje služeb (vč. příspěvku na péči a úhrad zdravotních pojišťoven)	41 536	47 %			41 536	*86,80%*	
z toho úhrady od uživatelů	25 420	*29 %*	25 420	*29%*			
z toho úhrady zdravotních pojišťoven	*4 394*	*5 %*	4 394	*5%*			
z toho příspěvek na péči	*11 722*	*13 %*	**22 298**	*25%*			
Dotace ze SR (od MPSV)	10 576	12 %			0		
Příspěvek na provoz (od města)	**29 072**	25 %	*35 386*	*40%*			
Ostatní (zúčtování fondů, odpisy a úroky)	6 314	9 %			6 314	*13,20%*	
Celkem	**87 498**	***100%***	**87 498**	***100%***	**47 850**	***100,00%***	chybějící zdroje soukromému sektoru
							39 648

Zdroj: tabulka vlastní na základě Statutární město Havířov, 2012

Nejvýznamnějším zdrojem provozního financování DSH byl příspěvek města, který v roce 2012 tvořil 33 % veškerých zdrojů (spolu se zúčtováním fondů, což jsou převážně odpisy, příspěvek města činil 40 %). Celkem 29 % finančních zdrojů pocházelo z úhrad klientů. Měsíční úhrada činila 11 tis. Kč. Stát se podílel jednak formou příspěvku na péči (13 %), jednak nenárokovou dotací ze státního rozpočtu, jejíž objem byl rok od roku snižován a ve sledovaném roce se podílel 12 %[23]. Celkový příspěvek státu tedy činil 25 % na celkovém provozním financování. Financování z fondů zdravotních pojišťoven je marginální, v roce 2012 to bylo 5 %. Z tabulky 30 je

[23] Problematický je rozdíl v čase plánování státního rozpočtu a rozpočtů měst a obcí. Návrh Rozpočtu města Havířova je připravován vždy na sklonku předchozího roku, zatímco dotace jednotlivým titulům jsou přiznávány daleko později – až v průběhu roku, na který je plán sestaven. Příslušná organizace i město čekají, zda jim dotace bude přiznána a v jaké výši. Po přidělení dotací rozpočet dané organizace, zde DSH, dofinancovává město.

dále patrné:

a) Dotace veřejné správy (dotace ze státního rozpočtu, příspěvek města a příspěvek na péči) v roce 2012 tvořily 65 % celkových zdrojů.

b) Při současném nastavení DSH by nebylo možné provozovat jej bez dotací ze státního rozpočtu a příspěvku města. To mj. znamená, že takto nastavené pobytové zařízení by nemohlo být provozováno soukromou sférou. Vezmeme-li v úvahu, že příspěvek na péči je nárokový, dotace ze státního rozpočtu a příspěvek obce nenárokové, při současném legislativním nastavení by soukromý sektor musel zvýšit úhrady klientů celkem o 39,6 mil. Kč. Měsíční spoluúčast by se tak na jednoho klienta zvýšila o 13,5 tis. Kč, čímž by vysoce překročila průměrný důchod v České republice. Musela by se zvýšit finanční spoluúčast rodiny. Je zřejmé, že finanční participace města je nezbytná.

Použijeme-li Průšův axiom (*kapitola 4.4* praktické části), pak efektivita DSH v roce 2012 činila 54,7 %. Je nižší než je celostátní průměr míry efektivity v obecních zařízeních, který byl 69,5 % (*Příloha č. 6*). Pro úplnost uvádím, že v krajských zařízeních podobného typu činila efektivita 65,9 %, v ostatních (nestátních) 76,5 %.

Nízká efektivita DSH v relaci s celostátním průměrem vyvolává nezbytnost analyzovat její příčiny. Jedním z vysvětlujících argumentů je ukazatel *Průměrná měsíční výše úhrady od uživatelů*. Ten v roce 2012 činil 8.682 Kč. Je tedy zřejmé, že průměrný uživatel nezaplatil celou úhradu podle ceníku služeb, ale pouze část, protože nepobíral dostačující důchod, od kterého se skutečná výše úhrady počítá. V regionu s vysokou nezaměstnaností a podprůměrnými důchody žen (tabulka 22), kterých je převaha (v DSH je 76,6 % žen) a děti nemají na příspěvky seniorům, nadměrná zátěž obecního rozpočtu je a bude permanentní. Vypočítala jsem, že příspěvkem města bylo v roce 2012 pokryto cca 3 859 tis. Kč nedoplacených úhrad od uživatelů. Je to položka, jejíž povinnost hradit z rozpočtu obce vyplývá i ze *zákona č. 108/2006 Sb. o sociálních službách* a *ze zákona č. 128/2000 Sb. o obcích.*

Dalším hodnotícím aspektem je porovnání měsíčních nákladů na jedno lůžko/měsíc. Ten činil v roce 2012 v DSH 29.883 Kč. Celostátní průměr u domovů seniorů byl v roce 2010 vypočten na 21.381 Kč (Průša 2011a), 22.753 Kč (r. 2011; Havlásek et al, 2013), u domovů se zvláštním režimem na 25.447 Kč. Můžeme usoudit, že měsíční náklady na jedno lůžko v DSH tedy vysoce převyšovaly náklady, byť srovnání není zcela přesné díky rozdílným srovnávaným rokům, a taktéž díky tomu, že není brán v potaz poměr poskytovaných sociálních služeb domova pro seniory

i v menší míře domova se zvláštním režimem DSH.

Zvýšené náklady jsou také způsobeny náklady na opravy a údržbu a rekonstrukce. V zařízení LUNA probíhala v té době rekonstrukce z důvodů uvedených v předchozí kapitole. Část zařízení HELIOS byla přebudovávána na domov se zvláštním režimem. V rámci rekonstrukcí bylo také dosaženo vyšší kapacity DSH o 30 lůžek na současných 274, což – jak je zřejmé z *Aktualizace* - stále není konečný stav (*viz kapitola 7.2.3).*

7.3.1.4 GrandPark

V roce 2015 začal poskytovat služby **soukromoprávní pobytové** zařízení Grandpark, s nynějším oficiálním názvem SeneCura SeniorCentrum Havířov (SeneCura SeniorCentrum Havířov, 2018). Na konci roku 2016 vykazoval 3 registrované sociální služby, a to domov pro seniory s kapacitou 38 lůžek, domov se zvláštním režimem se 111 lůžky a 4 lůžka odlehčovací péče. Jak již bylo uvedeno *v kapitole 7.2.3.2,* od počátku svého vzniku toto pobytové zařízení není v krajské síti sociálních služeb, a tudíž není podporováno provozními dotacemi. Aktuální cena za měsíční pobyt se pohybuje vysoce nad 20 tis. Kč a zařízení má současně nárok na příspěvek na péči (ve veřejnoprávním DSH 11,4 tis. Kč + příspěvek na péči*).*

7.3.1.5 Dobrovolnické centrum ADRA

Na závěr této kapitoly uvádím další příklad dobré praxe, jímž je tato **nestátní nezisková organizace.** Její dobrovolnické aktivity mají v Havířově velmi dlouholetou tradici. Jak se uvádí v *Materiálu ke školení dobrovolníků*, *„ADRA je zaměřena na poskytování humanitární a sociální pomoci v zahraničí a v České republice."* (Nakladalová, 2010).

Co se týká Havířova, v roce 2016 se podařilo pobočce zapojit do činnosti celkem 177 dobrovolníků, odpracovat 8 552 hodin a učinit 3 324 návštěv. Dobrovolníci pravidelně docházejí do Domova pro seniory LUNA a HELIOS, do SSmH a také do havířovské nemocnice. Další aktivitou dobrovolnického centra je sociální šatník a charitativní burza. V Havířově byl sociální šatník slavnostně otevřen v dubnu roku 2014. Dobrovolnické centrum ADRA také zasahuje do oblasti domácí hospicové péče. Například v roce 2010 poskytlo služby 80 onkologickým pacientům a vyhovělo žádosti 18 rodino zapůjčení polohovací postele do domácího prostředí.

Pozitivní zkušenosti jsou umocněny tím, že v Havířově byl zaznamenán pozoruhodný jev: proti zkušenostem z ostatních měst je o dobrovolnictví ve městě permanentní a velký zájem, a nad to dokonce z řad mladých lidí.

7.3.2 Modelování navrhovaných variant změny financování systému sociální péče v České republice na pobytovém zařízení pro seniory v Havířově

V kapitole 4.4 praktické části jsou uvedeny návrhy změn systému financování sociální péče v České republice ve třech variantách, jak byly průběžně zveřejňovány v odborných publikacích. Modelujeme-li všechny tyto varianty do struktury financování Domova seniorů Havířov, skutečně vykázané v roce 2012 (tabulka 18; Statutární město Havířov, 2012), zjistíme, jak by jednotlivé varianty ovlivnily výši dotace ze státního rozpočtu, a objem příspěvku města. Zaměřila jsem se také na to, do jaké míry by se musela zvýšit měsíční úhrada klienta, kdyby DSH provozoval soukromý subjekt.

V modelových variantách byly jednak zvýšeny příjmy za ošetřovatelskou péči od zdravotních pojišťoven o 80 % *(kapitola 4.3.3*), jednak byly upraveny objemy příspěvku na péči podle jednotlivých variant uvedených v tabulce 18. Úhrady klientů zůstaly v nezměněné výši. Výpočty jsou zachyceny v *Příloze č. 9,* souhrnné výsledky v následující tabulce.

Tabulka 19 Souhrnná tabulka – porovnání variant financování u Domova seniorů Havířov

	Skutečnost 2012	Návrh		
		Varianta č. 1	Varianta č. 2	Varianta č. 3
Příspěvek na péči v tis. Kč	11 722	15 166	19 385	16 474
Dotace ze SR (od MPSV) v tis. Kč	10 576	0	3 173	0
Příspěvek na provoz (od města) v tis. Kč	29 072	18 627	11 235	17 319
Zdroje veřejné správy celkem v tis. Kč	**51 370**	**33 793**	**33 793**	**33 793**
Úhrady zdravotních pojišťoven v tis. Kč	4 394	21 971	21 971	21 971
Úhrady od uživatelů v tis. Kč	25 420	25 420	25 420	25 420
Zdroje chybějící soukromému sektoru v tis. Kč	39 648	18 627	14 408	17 319
Měsíční příplatek uživatele v případě absence dotace ze SR a příspěvku od města v Kč	13 541	6 362	4 921	5 915

Zdroj: vlastní propočty

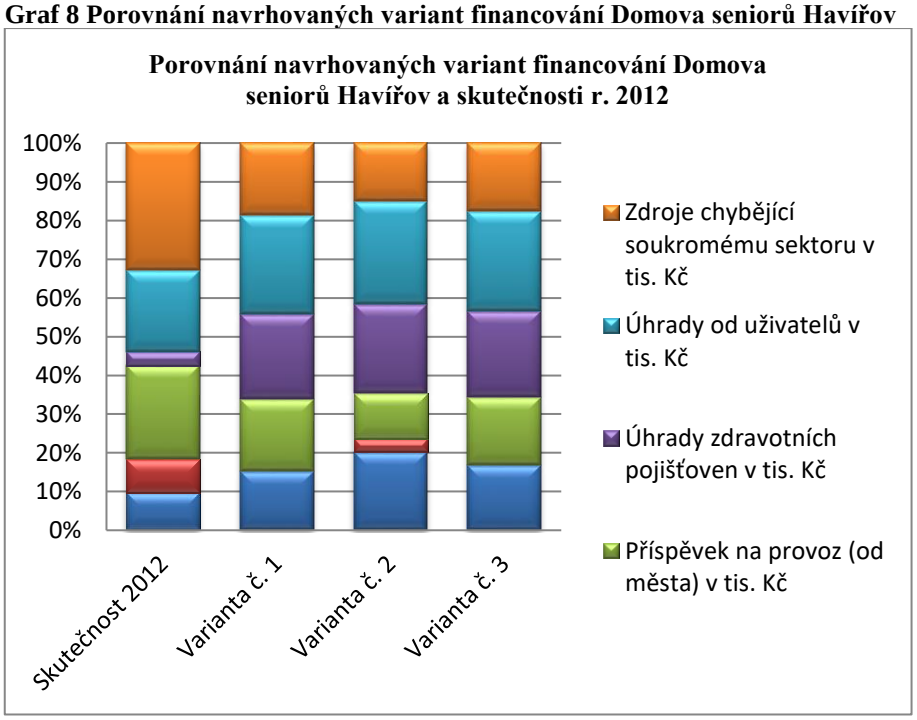
Varianta č. 1 by sice způsobila zvýšení vyplácených příspěvků na péči o cca 4,6 mil. Kč, avšak dotace ze státního rozpočtu by se snížily o 10,6 mil. Kč. Příspěvek města by se snížil o 10,5 mil. Kč, tj. o 36 %. Již u této varianty, podobně jako i u následujících variant, je evidentní významný vliv podfinancování sociální sféry sektorem zdravotnictví. V případě financování soukromoprávním sektorem by musely být zvýšeny úhrady od uživatelů o 6.362 Kč měsíčně.

Varianta č. 2 je nejštědřejší nejen co do výše příspěvku na péči, ale také ponechává dotace ze státního rozpočtu ve výši 30 % stávajícího objemu. Na regionální

úrovni tak zůstává nástroj k ovlivňování struktury sociální péče ve formě dotací ze státního rozpočtu. Vyplacením dotace ze státního rozpočtu a příspěvku na péči v kalkulované souhrnné výši 22,6 mil. Kč by se odlehčilo rozpočtu města dokonce o 17,8 mil. Kč. V případě provozování zařízení soukromoprávním subjektem by se úhrada od uživatele zvýšila pouze o 4.921 Kč.

Varianta č. 3, stejně jako varianta č. 1, nepočítá s dotacemi ze státního rozpočtu. Úprava struktury příspěvku na péči by přinesla úsporu pro rozpočet města 11,7 mil. Kč, zdroje státu by byly zatíženy o 5,8 mil. Kč méně proti skutečnosti vykázané v roce 2012. O 5.915 Kč měsíčně by musel soukromý sektor zvýšit úhradu klienta, pokud by nenašel jiné úspory. Porovnání variant financování a skutečnosti roku 2012 je zřejmé z grafu 8.

Graf 8 Porovnání navrhovaných variant financování Domova seniorů Havířov



Zdroj: vlastní na základě tabulky 19

Všechny varianty by při jejich aplikaci do praxe přinesly úspory veřejných financí. Příspěvky státu (dotace ze státního rozpočtu, příspěvek na péči) by se ve variantě č. 1 a 3 výrazně snížily, varianta č. 2 by ponechala jejich objem na přibližně stejné úrovni. Ve všech třech variantách by bylo posíleno jejich spravedlivější rozdělování (per capita).

Příspěvek města by byl podstatně snížen ve všech třech variantách. Kdyby vzniklé úspory byly využity na zvýšení počtu lůžek v pobytových zařízeních - v souladu s poptávkou, na kterou reaguje i *Zpráva* - pak v případě varianty č. 1 by rozpočet města

mohl financovat provoz dalších 88 lůžek a zvýšit tak kapacitu pobytových zařízení na 332 lůžek. Varianta č. 2 by podle stejného propočtu zvýšila kapacitu dokonce na 394 lůžek, varianta č. 3 na 343 lůžek. Ani jedna varianta přitom nedosahuje na doporučený normativ 419 lůžek.

Spravedlivější rozdělování veřejných financí by navíc vyšlo vstříc soukromému podnikání v oblasti poskytování pobytových sociálních služeb. Tím by bylo podpořeno rozšíření konkurenčního prostředí, což ostatně bylo záměrem zákonodárců při zavádění *zákona o sociálních službách* v roce 2007. Dá se také očekávat, že posílení tržního prostředí by mělo příznivý dopad na efektivitu hospodaření jednotlivých zařízení.

Z provedených kalkulací pak především vyplývá, že hlavní příčinou neefektivní struktury financování sociálních služeb je nedostatečné finanční krytí skutečně provedených úkonů ošetřovatelské péče v sociálních zařízeních ze strany zdravotních pojišťoven. Závažnost této problematiky je umocněna faktem, že příjmy zdravotních pojišťoven tvoří povinné platby obyvatel České republiky.

7.3.3 Financování rezidenčních zařízení pro seniory soukromým sektorem

Jak vyplynulo z předchozích subkapitol, ***soukromoprávním sektorem*** je na území města Havířova provozováno jedno pobytové zařízení **GrandPark**, jedna organizace terénních služeb **Hestia** a dvě sociální lůžka v **Sanatoriu Kochova**. Ani jednomu zařízení sociálních služeb nebyla uznána potřebnost sociálních služeb a nejsou podporovány provozními dotacemi MPSV, rozdělované krajem. To dopadá na uživatele poskytovaných služeb ve smyslu zvýšených úhrad. Pro srovnání uvádím měsíční úhradu v DSH 11 tis. Kč oproti GrandParku 19,5 tis. Kč. Rozdíl cen přitom neodráží rozdílnost kvality - ta je srovnatelná díky existenci standardů, kontrol a inspekcí. Princip rozdělování dotací deformuje konkurenční prostředí a potírá rovnost poskytovatelů sociálních služeb.

Pokud má soukromoprávní subjekt zájem získat provozní dotace, prvním nezbytným krokem, který musí učinit, je obdržet od obce tzv. uznání potřebnosti dané sociální služby, a stát se tak ve druhém kroku součástí střednědobého plánu rozvoje sociálních služeb daného regionu, tzn. její sítě sociálních služeb (v našem případě *Střednědobého plánu*; *MSK, 2014a*; viz *kapitola 7.2.1).* Kdyby obec přistoupila na deklaraci potřebnosti služby, zavázala by se k minimální míře spoluúčasti na provozním financování, která u pobytové sociální služby činí 30 % z oprávněné provozní ztráty. Tato legislativní povinnost obce vychází ze skutečnosti, že na sociální služby se nahlíží

jako na zakládající veřejnou podporu. Situaci lze ošetřit smlouvou mezi veřejnoprávním a soukromoprávním subjektem o závazku veřejné služby, aby se jednalo o tzv. slučitelnou veřejnou podporu (Právní analýza II, 2011; viz *kapitola 7.2.1*). Pro obce to tedy znamená přijmout závazek doplácet danému subjektu 30 % prokazatelné roční provozní ztráty. Obce mají vůči soukromoprávním subjektům nedůvěru a obvykle se brání dlouhodobému závazku krýt jejich provozní ztrátu. Celý proces uznání potřebnosti dané sociální služby a zakotvení do střednědobého plánu sociálních služeb se pro soukromý sektor stává administrativně i časově náročným. Navíc nezaručuje získání dotace ze státního rozpočtu díky tomu, že nejsou nárokové; je otázkou, zda žadatel nakonec dotaci vůbec získá, a pokud ano, zda v pravidelných ročních intervalech a dostatečných ročních objemech, vzhledem k dosažitelnému objemu dotací ze státního rozpočtu na daný rok.

Cíl, který si zákonodárci stanovili při přijetí *zákona o sociálních službách č. 108/2006 Sb*, a to zvýšit konkurenceschopnost poskytovatelů sociálních služeb, tak není naplněn, protože díky výše popsanému fungování dotací trh sociálních služeb diskriminuje sféru soukromého podnikání a konkurenční prostředí zužuje na veřejnoprávní sektor.

Popsaná praxe je dalším důvodem, proč by dotace ze státního rozpočtu měly být co nejvíce redukovány a nahrazeny jiným, spravedlivějším zdrojem financování, založeným na principu per capita.

Soukromoprávní sektor v Havířově a jeho okolí se tak ubírá cestou budování a provozování pečovatelských bytů nebo komunitních domů pro seniory, které jsou podporovány investičními dotacemi Ministerstva pro místní rozvoj (viz *kapitola 4.7*). Tato rezidenční zařízení zpravidla nejsou registrovanými poskytovateli sociálních služeb, ale v souladu s podmínkami pro získání dotací mají uzavřenu smlouvu s registrovaným poskytovatelem **terénních** služeb sociální péče (pobytové služby zde nesmějí být poskytovány). Umožňují tak co nejdelší setrvání seniorů v domácím, přirozeném prostředí, efektivní poskytování terénních sociálních služeb a zároveň komunitní způsob života na bázi sousedské výpomoci. V Havířově je provozováno zatím jedno zařízení:

Areál pro seniory Havířov, Šumbark (soukromprávní subjekt, terénní služby)

Od roku 2016 je zde provozováno 8 pečovatelských bytů pro seniory nad 65 let nebo také zdravotně postižené osoby. V plně obsazených bezbariérových garsoniérách

a dvoupokojových bytech žije celkem 14 trvale žijících osob z předepsané cílové skupiny. Areál vznikl po předchozím odsouhlasení ze strany Rady města Havířova a je akceptován (nikoli finančně) i *Komunitním plánem* (Statutární město Havířov, 2014a). Provozovatel má uzavřenou partnerskou dohodu se SSmH za účelem poskytování terénních služeb. Kromě toho sám zajišťuje pestrou škálu volnočasových aktivit, které v sobě nenásilným a neformálním způsobem zahrnují aktivizační činnosti a edukaci seniorů (trénování paměti, besedy, přednášky, návštěvy kulturních a sportovních akcí, společenské hry, zahradničení apod.). Pro velký zájem provozovatel hodlá rozšířit tento Areál o dalších 6 bytových jednotek.

Podobným dvěma projektům, podpořený Radou města (ne finančně, Statutární město Havířov, 2017a), byly v březnu 2018 přiznány dotace MMR a dá se tudíž očekávat, že jejich výstavba bude v nejbližších dnech zahájena (KDS Tajovského a IMPULS DEVELOPMENT s.r.o.).

Výstavbu podporovaných bezbariérových bytů v rámci dotačních programů MMR považuji za další příklad dobré a perspektivní praxe. Uvedené empirické poznatky a zkušenosti ukazují, že soukromý sektor dokáže v rámci fungování trhu pružně reagovat na poptávku seniorů.

Výše popsaným se znovu potvrzuje mj. rozdělování dotací ze státního rozpočtu v neprospěch soukromých zařízení (viz *kapitola 4*), v rozporu s původním záměrem zákonodárců. V případě zavedení jedné z navrhovaných variant financování popsaných *v kapitole 4.4*, které redukují nebo zcela eliminují jako zdroj financování dotace ze státního rozpočtu, by i klienti takového zařízení měli nárok na vyšší příspěvky na péči a na trhu by bylo dosaženo větší rovnosti mezi veřejnoprávními a soukromoprávními subjekty. Prověřování kvality poskytovaných sociálních služeb, jak už bylo dříve popsáno, by bylo nadále prováděno inspekcemi a kontrolami plošně platných standardů.

7.4 Sociálně-zdravotní služby poskytované v Havířově

V návaznosti na *kapitolu 6* je užitečné vyhodnotit, jak v Havířově probíhá kooperace na rozhraní zdravotních a sociálních služeb. Se zvyšujícím se věkem se rozhraní mezi zdravotní a sociální péčí stále více stírá. Už vůbec by nebylo rozlišováno očima pacienta-klienta, kdyby na něj v praxi nebylo často upozorňováno.

Všechna zařízení sociálních služeb na území Havířova spolupracují s pracovníky sektoru zdravotnictví. Nejblíže jim je **Domov seniorů Havířov** v rámci služeb domovy pro seniory *(§ 49 zákona č. 108/2006 Sb.)* a domovy se zvláštním režimem *(§ 50 zákona č. 108/2006 Sb.)*, kde jsou prováděny úkony ošetřovatelské a rehabilitační péče a jsou vyúčtovávány přes zdravotní pojišťovny. Lékař zde má pravidelné ordinační hodiny. Dále je to **respitní oddělení Sociálních služeb města Havířova** s obdobnou praxí. **Komplexní domácí péče Hestia** poskytuje zdravotní a sociální služby v terénu.

Naopak zdravotní zařízení poskytují, alespoň v menší míře, služby sociální péče. Léčebna dlouhodobě nemocných **Sanatorium Kochova s.r.o.** má zařízena dvě lůžka sociální péče. V **Nemocnici s poliklinikou Havířov** je zřízen Referát zdravotně-sociální péče, který má za úkol starat se o umisťování pacientů do následných zdravotních nebo sociálních zařízení, jakmile pomine nezbytnost u pacienta být umístěn na akutním lůžku. Tato činnost je velmi užitečná z hlediska racionálního využívání finančních prostředků rezortu zdravotnictví. Navíc pomáhá rodinám nesoběstačných seniorů zorientovat se v možnostech následné péče. Zde již jsou zřejmé prvky koncepce dlouhodobé péče.

Na praktickém příkladu se pokusím nastínit pohyb pacienta na popisovaném zdravotně-sociálním rozhraní. Jedná se o případ 82leté havířovské seniorky s mnohaletou diagnózou Alzheimerovy demence, nyní v těžkém stadiu nemoci. Seniorka byla sice pohyblivá, ale díky naprosté nesoběstačnosti v ostatních úkonech je již dlouho závislá na svém stejně starém manželovi a dceři v produktivním věku, která bydlí a pracuje v tomtéž městě. Seniorce je přiznán příspěvek na péči IV. stupně (aktuálně 13.200 Kč). Rodinné okolnosti jí umožňovaly setrvávat v rodinném prostředí a denně využívat služby denního stacionáře. Měsíční platba v denním stacionáři se pohybovala kolem 7.000 Kč, rodině zůstávala zbylá částka příspěvku na péči za služby sdílené s registrovaným poskytovatelem. Situace se změnila v okamžiku, kdy si seniorka zlomila krček stehenní kosti. Po operaci na chirurgickém oddělení Nemocnice s poliklinikou v Havířově pobyla celkem 14 dní na akutním lůžku, kde ji zdravotnické zařízení poskytovalo náležitou pooperační péči (z prostředků zdravotní pojišťovny), vyjma rehabilitace, protože s ohledem na duševní poruchu pacientka nebyla schopna aktivní spolupráce. Po týdnu hospitalizace Referát zdravotně-sociální péče navázal spolupráci s nejbližší rodinou a pomáhal zajišťovat přemístění na jiné než akutní lůžko. Běžnou praxí je přechod na lůžkové oddělení následné péče (LDN), poměrně nově zřízené přímo v Nemocnici s poliklinikou. Zde zajišťují především rehabilitaci a nácvik

chůze s pomůckami. Protože ale pacientka trpí duševní poruchou a aktivní rehabilitace nebyla možná, toto oddělení následné péče ji odmítlo. Rodině byla doporučena soukromá LDN Sanatorium Kochova s.r.o. nebo podobné zařízení v Českém Těšíně, případně respitní oddělení SSmH, ale s tím, že ani v jenom místě není zaručeno, že místo bude volné. Rodina nejprve oslovila respitní oddělení SSmH. To se podařilo a seniorka byla umístěna na dva měsíce na tomto oddělení, s tím, že mezi prvními vstupními otázkami byl zájem ergoterapeutky, jak s pacientkou cvičit, aby mohla být postupně posazována a později vertikalizována. Těsně před odchodem do domácí péče seniorka onemocněla a musela být hospitalizována s příznaky zápalu plic na interním oddělení místní nemocnice. Z nemocnice se vrátila do domácího prostředí. Jejími pečovateli se stala rodina, která svou péči sdílela s terénní pečovatelskou službou (koupání, nácvik hygieny apod., pronájem polohovacího lůžka) poskytovanou SSmH, případně Hestií. Seniorka má zažádáno o místo v domově se zvláštním režimem, kdyby již rodina nebyla s to poskytovat péči v domácím prostředí.

Z hlediska finančních toků celá procedura proběhla následovně:

Tabulka 20 Procedura umisťování pacienta-klienta zdravotně sociální péče

Krok č.	Zařízení	Sektor	Průměrné celostátní měsíční náklady*	Úhrada klienta	Zdroj financování
1.	Denní stacionář SSmH	sociální zařízení		7 000 Kč	příspěvek na péči sdílený soc. zařízením a rodinou
2.	Akutní lůžko v nemocnici	zdravotnické zařízení	41 673 Kč	- Kč	zdravotní pojišťovna**
3.	LDN Kochova	sociální lůžko ve zdravotnickém zařízení	35 583 Kč	10 800 Kč	Zbytek – bez úhrady klienta zdravotní pojišťovna**
	nebo				
	LDN Nemocnice s poliklinikou Havířov	zdravotnické zařízení	35 583 Kč	- Kč	zdravotní pojišťovna**
	nebo				
	Respitní oddělení SSmH	sociální zařízení	21 650 Kč	21 650 Kč	příspěvek na péči a důchod
4.	Akutní lůžko v nemocnici	zdravotnické zařízení	41 673 Kč	- Kč	zdravotní pojišťovna**
5.	Terénní služby SSmH v domácím prostředí	sociální zařízení		6 000 Kč	příspěvek na péči sdílený soc. zařízením a rodinou
6.	Domov pro seniory	sociální zařízení	21 381 Kč	11 000 Kč	příspěvek na péči a důchod
	nebo				
	Domov se zvláštním režimem	sociální zařízení	25 447 Kč	11 000 Kč	příspěvek na péči a důchod

(Zdroj: tabulka vlastní na základě sesbíraných informací)
*(Průša 2011a, s. 26)
**V době pobytu v nemocnici klient dostává příspěvek na péči v plné výši, pokud nepřekročí délku pobytu 30 dnů. Po té je mu příspěvek na péči na daný měsíc odebrán.
Dovoz pacienta sanitkou ze zdravotnického zařízení je hrazeno zdravotní pojišťovnou. Dovoz téhož klienta ze sociálního zařízení může také provést sanitka, avšak klient si dovoz hradí z vlastních zdrojů.

Na tomto empirickém, zcela obvyklém případu je zřejmé, jaký finanční rozdíl je mnohdy ve zcela náhodném umísťování pacienta-klienta podle okamžité dostupnosti kapacity pro všechny zúčastněné: pro státní rozpočet, pro zdravotní pojišťovny a také pro samotného seniora. Zásadním rozdílem pro pacienta je skutečnost, že ve zdravotním zařízení je jeho participace na financování nulová nebo daleko menší než v zařízení sociální péče, přitom lůžka ve zdravotnických zařízeních jsou daleko nákladnější než v sociálních zařízeních. Zavedení koncepce dlouhodobé péče v Havířově typu pražského Gerontologického centra (*kapitola 6.2*) by popsanou činnost Referátu zdravotně-sociální péče umocnila ve prospěch klienta, mohla by dosáhnout daleko větší komplexnosti poskytovaných služeb a optimalizace finančních prostředků. Navíc by v sobě mohla absorbovat i hospicovou péči, která nyní v Havířově chybí a její vytvoření je plánováno v rámci *Komunitního plánu*.

7.5 Analýza uživatelů sociálních služeb a jejich zdrojů

Výše popsaný vývoj sociálních služeb a vznik jednotlivých registrovaných služeb ve městě Havířově byl vyvolán přirozeným dozráváním potřeb havířovských občanů. Nyní je nezbytné analyzovat, jak se bude vyvíjet poptávka po sociálních službách do budoucna. Důležité je nejen kvantitativní hledisko, tzn. kolik seniorů bude cílová skupina čítat. Tato otázka je již zodpovězena v *kapitole 7.1.2*: seniorů v Havířově neustále přibývá.

Ruku v ruce s ekonomickým vývojem však vyvstává otázka, jak se sociální služby pro seniory budou moci vyvíjet s ohledem na zdroje financování, které jsou vždy limitované. Tato problematika je o to palčivější v regionu, který v minulosti přilákal z jiných koutů republiky statisíce zaměstnanců (převážně v dělnických profesích), a poměrně štědře tak zajišťoval slušnou životní úroveň jim a jejich rodinám. Útlum těžkého průmyslu v regionu tvrdě a vcelku náhle dopadl na všechny obyvatele tohoto kraje. Kraj je nyní postižen vysokou nezaměstnaností. To způsobuje, že mladí lidé, kteří jsou schopni najít si práci jinde, chtě nechtě odcházejí. A týká se to ve velké míře vysokoškoláků, což neblaze působí na vzdělanostní úroveň regionu.

Produktivní skupina z velké míry bývalých zaměstnanců těžkého průmyslu se transformuje do neproduktivního věku, a s tím je spojen růst poptávky po sociálních službách.

Moravskoslezský kraj a město Havířov stojí před klíčovou otázkou, zda současní a budoucí senioři budou mít prostředky na financování sociálních služeb.

Pro vyhodnocení kupní síly důchodců pro nákup sociálních služeb je provedena statistická analýza formou porovnání počtu důchodců v členění na muže a ženy, jejich průměrné výše starobního důchodu a průměrného věku, a to v České republice, Moravskoslezském kraji a okrese Karviná, do kterého spadá statutární město Havířov.[24]

[24] Vzhledem k tomu, že na pobočce ČSSZ nebylo možné získat data za Havířov, jsou použita data za celý okres Karviná, do kterého Havířov spadá a je jeho typickým reprezentantem - v Havířově žije 31 % obyvatel okresu Karviná.
Pro porovnání byla použita výše starobního důchodu dle § 29, písm. a zák. č. 155/1995 Sb, ne tedy starobní důchody nejvýše 2, resp. 3 roky před důchodovým věkem, poměrné starobní důchody ani invalidní, vdovské a sirotčí důchody.

Tabulka 21 Přehled o počtu důchodců k 31. 12. 2016

K 31.12.2016	Počet			Průměrná výše důchodu			Průměrný věk		
	Muži	Ženy	Celkem	Muži	Ženy	Celkem	Muži	Ženy	Celkem
Česká republika	837 046	950 524	1 787 570	12 662	10 402	11 460	71	69	70
Moravskoslezský kraj	99 521	108 344	207 865	13 186	9 983	11 516	70	68	69
okres Karviná	25 280	35 749	61 029	14 083	9 533	11 835	69	69	69
Index MSK/ČR	*11,89%*	*10,35%*	*10,83%*	*105,12%*	*97,24%*	*101,87%*	*98,59%*	*98,55%*	*98,57%*
Index Karviná/ČR	*3,02%*	*3,76%*	*3,41%*	*111,22%*	*91,64%*	*103,27%*	*87,18%*	*100%*	*98,57%*

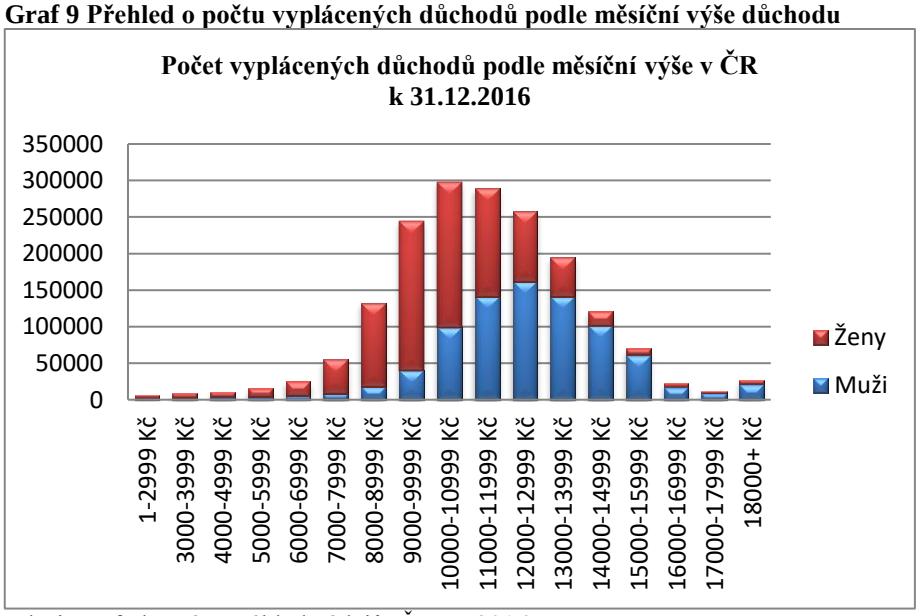
Zdroj: tabulka vlastní na základě údajů: ČSSZ, 2016

Z analýzy vyplývá, že v **České republice** bylo k 31. 12. 2016 celkem 1 787 570 důchodců. Jejich **průměrný starobní důchod** činil 11.460 Kč, průměrný věk byl 70 let.

V Moravskoslezském kraji žilo 10,83 % důchodců České republiky. Průměrný důchod byl o 1,87 % vyšší než republikový průměr, díky podílu mužů, jejichž důchod byl o výrazných 5,12 % vyšší. Tento jev je dán historicky průmyslovou orientací kraje na těžký průmysl, který se však, na druhé straně, podepsal i na nižším průměrném věku mužů. Stejný fenomén je ještě výraznější **v okrese Karviná.**

Segmentace důchodů je vyjádřena formou skupin podle výše důchodů (všech druhů důchodů, tzn. starobní, invalidní, vdovské, vyjma sirotčích).

Graf 9 Přehled o počtu vyplácených důchodů podle měsíční výše důchodu



Zdroj: graf vlastní na základě údajů: ČSSZ, 2016

Jak je z grafu patrné, nejčastěji se vyskytovala průměrná výše měsíčního důchodu (muži + ženy celkem) v rozpětí 10.000–10.999 Kč: 16,6 %. Následuje rozpětí 11.000–11.999 Kč, které bylo zastoupeno 16,2 %. Jako třetí v pořadí bylo rozpětí 12.000–

12.999 Kč, což tvoří 14,4 % důchodů. V rozmezí 10.000–12.999 Kč byla tedy vyplacena necelá polovina (47,2 %) starobních důchodů.

Ženy v důchodovém věku jsou výrazně hůře ohodnoceny: nejvíce důchodů bylo k hodnocenému období vyplaceno v rozmezí 9.000–9.999 Kč (21,5 %), dále v rozmezí 10.000–10.999 Kč (20,9 %), následuje skupina důchodů ve výši 11.000–11.999 Kč (15,6 %). Muži mají největší zastoupení v rozmezí 12.000-12.999 Kč (12,3 %), dále pak skoro stejný podíl v rozmezích 13.000-13.999 Kč a 11.000-11.999 Kč (18,85 %).

Aplikujeme-li tuto segmentaci na Moravskoslezský kraj, potažmo na okres Karviná, kde byl průměrný důchod mužů vyšší než průměr za Českou republiku, pak lze očekávat, že segmentace důchodů ve sledovaném regionu bude ještě výraznější ve prospěch vyšších důchodových kategorií.

Vezmeme-li v potaz, že měsíční úhrada klienta v pobytových zařízeních sociálních služeb pro seniory, jejichž zřizovatelem je veřejnoprávní sektor, se pohybuje kolem 11.400 Kč, pak 55,6 % je schopno tuto částku pokrýt důchodem. Zbylých 44,4 % není v tomto ohledu soběstačných a musí se spoléhat na rodinné příslušníky, častěji ale na dotace obce a kraje.[25] Tito lidé také využívají další typy dávek ze systémů státní sociální podpory a pomoci v hmotné nouzi (např. příspěvek na bydlení apod.).

Tabulka 22 Segmentace důchodů za 12/2016

nad 11 000 Kč	bylo	55,6 %
nad 12 000 Kč		39,4 %
nad 13 000 Kč		25,8 %
nad 14 000 Kč		14,1 %
nad 15 000 Kč		7,3 %
nad 16 000 Kč		3,4 %

Zdroj: tabulka vlastní na základě údajů: ČSSZ, 2016

Aplikujeme-li tyto propočty na strukturálně postižený region Karvinsko, do kterého Havířov spadá a je jeho typickým reprezentantem (žije zde 31 % obyvatel okresu Karviná, ČSÚ, okres Karviná 2018), pak důchodů nad 11.000 Kč zde je 55,6 %.

Tyto údaje tvoří základ pro určení poptávky po rezidenčním bydlení pro seniory. V potaz je brána i skutečnost, že zájemci o rezidenční bydlení mohou být manželé, partneři nebo dvojice stejného pohlaví (např. ovdovělé sestry, kamarádky), tzn. součet důchodů dvou osob. Dalším faktem je to, že cca 45 % stávajících klientů v Domovech

[25] Ženy jsou na tom ještě hůře: 64,4 % jich není soběstačná zaplatit základní měsíční úhradu za pobytové služby pro seniory. To podporuje obecnou zkušenost, že v seniorském věku je na tom finančně kategorie ovdovělých či jinak osamělých žen.

pro seniory v okrese Karviná pobírá příspěvek na péči III., resp. IV. stupně, což v současné době činí 8.800 Kč, resp. 13.200 Kč.[26]

Dalším zdrojem příjmů seniorů na nákup sociálních služeb nejenom v pobytových zařízeních je **příspěvek na péči**. Strukturu jejich příjemců v Havířově a využití u registrovaných poskytovatelů demonstruje tato tabulka:

Tabulka 23 Struktura příspěvků na péči a porovnání s uživateli pobytových sociálních služeb

Havířov - k 1.3.2014	I. stupeň	II. stupeň	III. stupeň	IV. stupeň	Celkem
Celkový počet vyplácených PNP v Havířově (bez dětí)	718	648	384	231	1 981
Počet uživatelů pobytových sociálních služeb v Havířově	57	61	47	35	200
v tom Domov seniorů Havířov	53	58	47	34	192
Sociální služby města Havířova - respitní odlehčovací služby	4	3	0	1	8
Podíl počtu uživatelů pobytových sociálních služeb na celkovém počtu příjemců PNP	*8%*	*9%*	*12%*	*15%*	*10%*

Zdroj: tabulka vlastní na základě vlastního průzkumu

Je evidentní, že pouze 10 % všech příjemců příspěvku na péči je umístěno v pobytových zařízeních sociální péče v Havířově. Jestliže další 9 % příjemců na péči užívá havířovských veřejnoprávních terénních služeb (v souladu se strategií státu posilovat péči o seniory v přirozeném domácím prostředí) a zhruba 10 % registrovaných poskytovatelů (Statutární město Havířov, 2014a) čerpá sociální služby u soukromoprávních institucí, pak takřka 71 % obyvatel s velkou až úplnou závislostí čerpá péči od neregistrovaných poskytovatelů.

To koresponduje s empirickým zjištěním z následující kapitoly, že část obyvatel regionů s vysokou mírou nezaměstnanosti řeší svou nepříznivou ekonomickou situaci tím, že po ztrátě zaměstnání zůstává doma a stará se o svého příbuzného seniora. Příspěvek na péči, často spolu s jinou sociální dávkou (např. krátkodobě s podporou v nezaměstnanosti), se stává důležitým příjmem rodinného rozpočtu. Příspěvek na péči tudíž neproudí k registrovaným poskytovatelům a stát nemá kontrolu ani nad kvalitou takto poskytovaných sociálních služeb, ani nad účelovostí vynaložených finančních prostředků.

Zhruba 71 % veřejných zdrojů, tedy těch, které se dostávají mimo systém, může být zneužíváno. Z rozhovorů s pracovníky odboru sociálních věcí magistrátu města

[26] Údaje za město Havířov nebylo možno zjistit.

Havířova vyplynulo, že:

- příspěvky III. a IV. stupně jsou většinou čerpány účelově, jelikož v těchto skupinách se nacházejí osoby se silnou závislostí na péči druhých osob, často lidé imobilní, kteří již využívají registrovaných pobytových zařízení sociálních služeb,
- příspěvky na péči I. a II. stupně závislosti jsou spíše zneužívány, protože lidé s definovanou lehčí závislostí nevyužívají registrovaných sociálních služeb. Neexistuje zde dostatečná kontrola, kdo a v jaké kvalitě sociální službu poskytuje. Často jde o samotného příjemce nebo jeho rodinné příslušníky, kterým příspěvek slouží jako přilepšení do rodinného rozpočtu[27].

Ne vždy je příspěvek na péči příjemci a/nebo jejich rodinnými příslušníky zneužíván či nadužíván záměrně. *Zákon č. 108/2006 Sb.* je koncipován a uveden do praxe tak, že pracovníci všech druhů zařízení sociálních služeb přímo doporučují svým zájemcům, aby se stali příjemci této sociální dávky a byli tak upřednostněni při přijetí např. do domovů pro seniory, kde je poptávka daleko vyšší než nabídka.

Sesbírané údaje v tabulce hovoří také o kapacitách sociálních služeb v Havířově. Terénní sociální služby lze v případě potřeby poměrně snadno rozšířit. Co se týká pobytových lůžek sociální péče, v roce 2017 počet neuspokojených žádostí do domova pro seniory byl 636, počet neuspokojených žádostí do domova se zvláštním režimem činil 120[28]. Uvedené hodnoty ukazatelů vybraného regionu podporují výsledky šetření na úrovni státu (*viz kapitola 4.1),* že ačkoli v České republice jsou preferovány ambulantní a terénní sociální služby, potřeba pobytových zařízení také poroste.

7.6 Komparace vybraných ukazatelů v oblasti sociálních služeb a jejich financování města Havířova s ČR

Následující kapitola je věnována komparaci vybraných ukazatelů, týkajících se sociálních služeb, s agregátními ukazateli za Českou republiku, jak byly zkolektovány v předcházejících kapitolách.

[27] Na tento obecný fenomén zareagoval zákonodárce tím, že s účinností od 1. 1. 2012 snížil příspěvek na péči v I. stupni z původní částky 2.000 Kč na 800 Kč (po té byl zvýšen a dnes činí 880 Kč). Tím však byli poškozeni registrovaní poskytovatelé.

[28] I na regionální úrovni platí, že senioři si mnohdy podají několik žádostí do více pobytových zařízení v několikaletém předstihu. Tato potřeba tedy nemusí být okamžitá.

Tabulka 24 Komparace kapacity sociálních služeb, jejich počtu a vícezdrojového financování Havířově a v ČR v roce 2016

Ukazatel (r. 2016)	ČR	Havířov	podíl Havířov/ČR
Kapacita služby (osoby)	**80 420**	**569**	**0,71%**
Počet sociálních služeb	**3 358**	**16**	**0,48%**
Příjmy celkem v tis. Kč	**28 408 599**	**171 363**	**0,60%**
z toho:			
za pobyt, stravu a péči	**13 407 999**	**70 678**	**0,53%**
dotace	**11 344 563**	**77 209**	**0,68%**
ostatní	**3 656 037**	**23 476**	**0,64%**

Zdroj: tabulka vlastní na základě MPSV, 2017b a Statutární město Havířov, 2017a

V roce 2016 sociální služby v České republice čerpalo celkem 80 420 osob. V Havířově to bylo 569 osob, čili Havířov se podílel z 0,71 % na celorepublikovém počtu. Co se týká počtu poskytovaných sociálních služeb, Havířov jich měl v hodnoceném roce 16 a podílel se na celostátním počtu pouhými 0,48 %. Praxe však ukazuje, že počet sociálních služeb ve městě Havířov odpovídá potřebám seniorů a je dostačující. Tento ukazatel tudíž při porovnání s ČR nevnímám jako poddimenzovaný. Jistá odlišnost od celostátního průměru je však patrná ve vícezdrojovém financování. Zatímco podíl Havířova na celkových příjmech ČR za sociální služby činil 0,60 %, podíl příjmů od uživatelů Havířova za pobyt, stravu a péči byl o 7 p. b. nižší než celostátní průměr, na úkor dotací (8 p. b.) a ostatních příjmů (4 p. b.). Je patrné, že Havířované nebyli v roce 2016 tolik schopni pokrýt náklady za sociální služby z vlastních zdrojů, čímž se zvýšila role státního a komunálního rozpočtu. Naplno se tak projevil charakter strukturálně postiženého regionu.

Tabulka 25 Komparace průměrných měsíčních nákladů na sociální služby v Havířově a v ČR v roce 2016

Ukazatel (r. 2016)	ČR	Havířov	podíl Havířov/ČR
Průměrné měsíční náklady/klient			
Pečovatelská služba	**2 058 Kč**	**1 170 Kč**	**56,85%**
Odlehčovací služby	**6 278 Kč**	**3 375 Kč**	**53,76%**
Domovy pro seniory	**26 971 Kč**	**23 936 Kč**	**88,75%**
DZR	**30 199 Kč**	**36 032 Kč**	**119,32%**

Zdroj: tabulka vlastní na základě MPSV, 2017b a Statutární město Havířov, 2017a

Z výše uvedené tabulky vyplývá zajímavé zjištění, že náklady u vybrané terénní služby (pečovatelská služba) a u pobytových služeb typu odlehčovací služby a domovy pro seniory byly poměrně nižší než republikový průměr, čili daly se pořídit za výrazně nižší náklady (u pečovatelských a odlehčovacích služeb takřka za polovinu). Naproti tomu pobytová služba poskytovaná v domově se zvláštním režimem v Havířově byla o 19 p.

b. nákladnější. Na vyšších nákladech se podepsala rekonstrukce pokojů objektu z domova pro seniory na domov se zvláštním režimem. Vezmeme-li v úvahu tuto skutečnost, i zde je podle mého soudu zřetelný regionální vliv - nízká kupní síla a nižší mzdové příjmy obyvatel, které tvoří kruciální podíl na celkových nákladech.

Tabulka 26 Komparace zdrojů financování sociálních služeb v Havířově a v ČR

Ukazatel (r. 2017)	ČR	Havířov	součet dotací	podíl Havířov/ČR
Zdroje financování sociálních služeb				
dotace ze SR	35,60%	23,85%	45,06%	1,27
dotace ze SMH	xx	21,21%		
příspěvek na péči	37,80%	22,14%	xx	0,59
úhrada uživatelů	22,50%	23,05%	xx	1,02
úhrada ESF	2,10%	0,00%	xx	0,00
úhrada ZP	2,10%	5,09%	xx	2,42

Zdroj: tabulka vlastní na základě MPSV, 2017b a Statutární město Havířov, 2017a

V roce 2017 byl podíl úhrad od uživatelů na pobyt, stravu a péči již v normě celostátního průměru. Dále lze z tabulky vyčíst sekundární skutečnost, že město Havířov nevyužívá prostředky z ESF. Zásadní zjištění však směřuje do čerpání nejvýznamnějších zdrojů financování, a to (i) příspěvku na péči, které bylo oproti ČR výrazně poddimenzované (na 59 % republikového průměru), a (ii) dotací ze státního rozpočtu (na 67 % republikového průměru), které byly vydatně nahrazeny dotacemi z rozpočtu města Havířova.

Tabulka 27 Komparace převisu poptávky nad nabídkou ve městě Havířově a v ČR v roce 2016

Druh sociální služby	Forma služby (T-terénní, P-pobytová, A-ambulantní)	Intenzita převisu poptávky nad nabídkou	
		ČR	Havířov
Pečovatelská služba	T, A	1,02	1,0
Osobní asistence	T	1,12	1,0
Odlehčovací služby	T, A, P	1,25	1,0
Domovy pro seniory (DS)	P	2,84	2,89
Domovy se zvláštním režimem (DZR)	P	2,27	2,40

Zdroj: tabulka vlastní na základě MPSV, 2017b a Statutární město Havířov, 2017a

Poslední srovnávací tabulka poukazuje na rozdíly v intenzitě převisu poptávky nad nabídkou. V České republice byla v roce 2016 zaznamenána poptávka vyšší než nabídka u všech vybraných druhů sociálních služeb. Nejmenší rozdíl byl u terénních služeb typu pečovatelská služba a osobní asistence. Naopak extrémně nenasycená

poptávka byla evidována u pobytových služeb poskytovaných v domovech pro seniory (2,84) a v domovech se zvláštním režimem (2,40). Principiálně stejná situace byla v Havířově, s tím, že pečovatelská služba, osobní asistence a odlehčovací služby pokrývaly evidovanou poptávku, zatímco pobytové služby zaznamenaly ještě vyšší poptávku než průměr ČR, což koresponduje s již zmíněným fenoménem nadprůměrně stárnoucího regionu.

8 Výzkumná šetření

Pro získání co nejvěrnějších a objektivních informací o dané problematice jsem zvolila kombinaci dvou výzkumných nástrojů, a to jednak **metodu řízených standardizovaných rozhovorů** s odborně, profesně či politicky aktivními pracovníky zabývajícími se sociální sférou, jednak **anketní šetření**, které mělo za úkol oslovit co nejširší vrstvu obyvatel Havířova a okolí a získat tak informace o jejich potřebách, ale také možnostech financování pobytového zařízení pro seniory.

Pro standardizovaný řízený rozhovor jsem sestavila soubor čtyř otázek, které jsem pokládala vybraným respondentům v přímé osobní interakci.

Dalším zvoleným nástrojem empirického šetření je anketa. U této metody jsem se snažila ovlivnit rozšíření do zkoumaného města Havířova a jeho okolí a jejího širšího rámce Moravskoslezského kraje, a dále získat kontrolní vzorek z regionu Praha a okolí. Díky internetu jsem získala anketní listy i z Plzeňska, z Brněnska, Vysočiny a ze Zlínska.

Zatímco otázky anketního šetření byly sestaveny za účelem získání co nejpřesnějších odpovědí ohledně potřeb a možností financování rezidenčního ubytování pro (budoucí) seniory, otázky pro řízené rozhovory byly koncipovány jako otevřené, aby bylo možno dát respondentům možnost zamyslet se nad tázanou problematikou a získat tak širší rozměr odpovědi.

8.1 Standardizované řízené rozhovory

Za účelem získat co nejvíce kvalitativně hodnotných odpovědí jsem si stanovila za úkol oslovit v předem připraveném rozhovoru profesně erudované osoby, dotýkající se svou náplní činnosti ať už přímo či nepřímo sociální oblasti, a to na poli odborném, ekonomickém, politickém, veřejnosprávním či soukromoprávním, dále v církevní, dobrovolnické, zdravotnické sféře (viz dále tematické skupiny respondentů). Vzhledem k regionálnímu zaměření jsem preferovala zástupce Havířova a okolí a výsledky těchto rozhovorů jsem porovnávala s respondenty z krajské a celostátní úrovně. Řízené rozhovory jsem se rozhodla provádět anonymně, abych získala co nejvěrohodnější odpovědi. Výstupy jsem analyzovala po výše uvedených skupinách. Autory citací jsou tedy anonymní respondenti.

8.1.1 Postup šetření a zpracování řízených rozhovorů

Jednotlivé fáze šetření probíhaly podle následujícího harmonogramu:

Tabulka 28 Harmonogram fází řízených rozhovorů

Pilotní studie a předvýzkum	10/2011-11/2011
Konstrukce řízeného rozhovoru	11/2011
Řízené rozhovory	11/2011-06/2012
Zpracovávání výstupů z řízených rozhovorů	11/2011-06/2012
Analýza a interpretace zjištěných dat	04/2012-06/2012

Zdroj: vlastní zpracování

Je důležité uvést, že rozhovory se konaly zejména v roce 2012, čili před přijetím novely *zákona o sociálních službách*, který s účinností od 1. 1. 2015 přenesl stěžejní část kompetencí na kraje. Od té doby mají kraje stanovenu povinnost spravovat síť sociálních služeb a redistribuovat dotace jednotlivým sociálním službám.

Na základě pilotní studie a předvýzkumu jsem vytvořila *Soustavu čtyř otázek pro řízený rozhovor*, která je obsažena v *Příloze č. 10.*

Postupně jsem oslovila celkem 26 respondentů z těchto tematických skupin:

a) Opatrovníci

Opatrovník je zákonný zástupce, který hájí zájmy jiného, pokud ten nemůže jednat sám. V oblasti sociální péče o seniory se jedná o ustanovení opatrovníka podle *§ 465-485 občanského zákoníku č. 89/2012 Sb.* v případě, že osoba je zbavena nebo omezena k právním úkonům v důsledku nepříznivého zdravotního stavu, když není schopna o sebe sama pečovat. Opatrovníkem se obvykle stává rodinný příslušník, případně sociální pracovník. Rozhovor byl veden se dvěma opatrovnicemi z řad rodinných příslušníků.

b) Dobrovolníci

Jak je již uvedeno *v kapitole 6.3, „dobrovolník je člověk, který bez nároku na odměnu poskytuje svůj čas, energii a dovednosti ve prospěch ostatních lidí. ... Dobrovolníci pomáhají dětem, seniorům a zdravotně postiženým.“* (Nakladalová 2010, s. 4). Provedla jsem dva řízené rozhovory s aktivními představiteli havířovské dobrovolnické organizace.

c) Církev

Ve srovnání s jinými evropskými zeměmi má církev v České republice odlišné postavení. Nejvíce lidí – 6 miliónů obyvatel – totiž deklaruje, že je bez vyznání. Navíc trend počtu věřících je dlouhodobě klesající. Největší církví v České republice je Římskokatolická církev (2,8 miliónů lidí), druhá největší je Českobratrská evangelická

(117 tis. věřících; Svoboda, 2007). Hovořila jsem se dvěma zástupci – vysokoškolsky vzdělanými církevními hodnostáři.

d) Zdravotní pojišťovny

Rozhodla jsem se zařadit do řízených rozhovorů také skupinu z úzce navazujícího odvětví, které díky nevyjasněnosti financování některých hraničních úkonů může vytvářet třecí plochy. Oslovila jsem celkem tři respondenty - vedoucí pracovníky různých zdravotních pojišťoven.

e) Poskytovatelé sociálních služeb v Havířově a okolí

Na území zkoumaného města Havířova působí několik organizací, zabývajících se poskytováním ambulantních a terénních služeb nejen pro seniory. O jejich názory jsem požádala dva respondenty z řad managementu.

f) Pobytová zařízení sociálních služeb pro seniory v Havířově

Pobytová zařízení pro seniory jsou nejnákladnější a rovněž nejnáročnější poskytovanou službou sociální péče pro seniory. V Havířově je vytvořen velký počet lůžek, ten je však stále nepostačující. Řízené rozhovory byly vedeny se čtyřmi manažery z pobytových zařízení jak veřejnosprávní, tak i soukromoprávní sféry v rámci širšího regionu.

g) Obecní samospráva

Na managementu samosprávy obce leží odpovědnost za řízení všech sfér včetně sociální. Tato problematika je v Havířově velice aktuální nejen vzhledem ke stárnutí obyvatelstva, ale také díky vysoké nezaměstnanosti, která dopadá i na ostatní věkové kategorie obyvatel. Byly uskutečněny tři rozhovory se zástupci vedení obce.

h) Krajský úřad

Na krajské úrovni jsou určovány základní principy a směr plánování rozvoje sociálních služeb daného regionu. V zodpovědnosti kraje je střednědobé plánování, mapování potřeb sociálních služeb, dohlížení nad jejich kvalitou a zajišťování financování sítě sociálních služeb. Sociální služby vznikají na základě identifikovaných potřeb obyvatel obce a ty jsou promítány na krajskou úroveň. Některé potřeby jsou uspokojovány prostřednictvím zdrojů nacházejících se v místní komunitě – obci, jiné je nezbytné zabezpečit z úrovně kraje. Byl proveden jeden řízený rozhovor.

i) Ministerstvo práce a sociálních věcí

Ministerstvo práce a sociálních věcí je centrálním výkonným orgánem uplatňování sociální politiky v České republice. Zde jsem uskutečnila jeden pohovor.

j) Poslanecká sněmovna a Senát

Zákonodárná moc je v České republice zastřešována těmito institucemi. O názory jsem se zajímala i zde a podařilo se mi provést dva řízené rozhovory.

k) Akademická půda

Byl osloven jeden respondent, dlouhodobě se zabývající vědeckou činností v oblasti sociální politiky na vysoké škole v České republice a mající na svém kontě řadu významných publikací a výzkumů, ze kterých jsou čerpány poznatky výzkumnými ústavy, ministerstvy a slouží také pro samotnou výuku vysokoškolských studentů.

8.1.2 Výsledky získané z řízených rozhovorů

V následující kapitole uvádím souhrnné výsledky a porovnání odpovědí na jednotlivé otázky. Podrobnější obsah rozhovorů je uveden *v Přílohách č. 11 a)* až *11 k).*

1. **Jaký je Váš názor na vývoj role státu v oblasti sociálních služeb pro seniory a jeho financování?**

V odpovědích na tuto otázku jsem nezaznamenala protichůdné názory. Respondenti se vyjádřili takto:

Role státu v uplatňování sociální politiky je zásadní a nezastupitelná. *„Roli státu vidím zejména jako zákonodárnou, vytvářející podmínky pro péči o seniory. Zde by jeho role měla končit. Co se týká financování, úloha státu by měla být omezena na sledování potřebných kapacit v sociálních službách a jejich budoucího vývoje v jednotlivých regionech, z čehož by eventuálně mohlo vyplynout přidělování dotací do regionů, které se potýkají s objektivně velkými existenčními problémy v oblasti podpor pro vznik a provozování pobytových, terénních a ambulantních sociálních služeb, respitní péče, sociálních bytů, nízkoprahových domů apod.“*

Stát již tedy není poskytovatelem sociálních služeb a neměl by být. Měl by si však udržet svou principiální úlohu strategického pracoviště, zákonodárce, který správně stanovuje legislativní pravidla, dohlíží na dodržování kvality poskytovaných sociálních služeb a je garantem jejich dostupnosti.

„Role státu se odvíjí od morálních vlastností svých občanů. Každý jednotlivec by si měl uvědomit, že když něco ve svém životě od okolí přijímá (dítě od rodičů), nastane

i čas, kdy svému okolí bude vracet (dítě rodičům). Např. společnost před 50 lety byla úplně jiná morálkou i životním stylem, v myšlení lidí bylo standardní, že postarat se o své stárnoucí rodiče je věc normální, ne přítěž.“

Souhrnně řečeno, názory respondentů principiálně korespondují s vědeckými tezemi odborníků na soudobý vývoj státu, citovanými *v kapitole 3.1* této disertační práce. Ta spatřuje jeho sociální roli v pozici konceptora (Krebs, 2007), jenž stanovuje pravidla hry, dále podporovatele individuálních, soukromých a dobročinných aktivit a garanta lidské důstojnosti, tzn. péče o občany, o které se nikdo jiný postarat nemůže (Tomeš 2010b, s. 120-128; Krebs 2007, s. 70-84).

2. Jaký je Váš názor na přenášení kompetencí ze státu na kraj, z kraje na obce?

Respondenti jednoznačně odpověděli, že přenášení kompetencí na **obce**, tzn. uplatňování principu subsidiarity, je správné, protože tato nižší úroveň řízení je schopna lépe monitorovat a konkrétněji uspokojovat sociální potřeby svých občanů. U cílové skupiny Senioři je to ta nejdůležitější úroveň, protože pro své stárnoucí občany je schopna uzpůsobit kromě sociální oblasti také bytovou politiku, dopravní dostupnost, kulturní zázemí apod.

Role **kraje** jako poskytovatele sociálních služeb byla označena jako za ne příliš významnou. Příčina je spatřována v období, kdy byly rušeny okresy: sociální sféra se tehdy vzdálila od svých uživatelů, nově vniklá krajská samospráva si tehdy nenašla své místo.

Kraj má však v rukou základní nástroj, a tím je *Střednědobý plán rozvoje sociálních služeb*, od kterého se také odvíjí poskytování dotací. Několikrát bylo poznamenáno, že kraj je při rozdělování dotací nespravedlivý a preferuje svá vlastní zařízení. Od oslovených soukromoprávních subjektů jsem se dozvěděla, že nejsou příjemci dotací. Také bylo řečeno, že kraj se mnohdy zbavuje zodpovědnosti a přenáší finanční zátěž na obce, když převáděl původně krajská zařízení do působnosti obce.

Kraji by měla být zachována role kontrolora kvality (inspekce). Praktická zkušenost mimo hodnocený kraj byla také ta, že výsledkem inspekce je subjektivní názor inspektora, čili návrhem řešení je zobjektivizovat kontrolní mechanizmy.

Negativně bylo vyhodnoceno, že **stát** (podobně jako kraje) spolu s kompetencemi nepředává na nižší úroveň odpovídající objem finančních prostředků, což může mít negativní vliv na pro rozvoj některých obcí.

Jeden z názorů zazněl takto příkře: *„Je to taková zvláštní hra, něco na způsob „účetní ekvilibristiky“. Fakticky se jedná o formální pokus o snížení deficitu státního rozpočtu prostřednictvím přenesení důsledků deficitního hospodaření v této oblasti na jiné subjekty, které se navíc tomuto postupu nemohou efektivně bránit.“*

Příkladem nesprávného kroku byl popsán přechod agendy vyplácení sociálních dávek z obecní úrovně na stát, konkrétně na úřady práce. Agenda se tímto krokem zploštila na vyplácení dávek místo práce s občany, kteří mnohdy místo dávky spíše potřebují vyřešit určitou životní situaci nebo např. pomoci s chodem domácnosti apod.

Sesbíranými odpověďmi bylo potvrzeno, že v duchu principu subsidiarity se zeštíhluje role státu jako přímého poskytovatele sociálních výhod (*kapitola 3.1* teoretické části této práce; Tomeš 2010b, s. 120-128; Krebs 2007, s. 70-84), což plně koresponduje s legislativní úpravou v rámci České republiky, a to se *zákonem č. 108/2006 Sb.* Na druhé straně je však potvrzeno i to, že nebylo dosaženo záměru zákonodárců v následujících oblastech:

- Není dodržena legislativou daná rovnost soukromoprávního a veřejnoprávního sektoru v oblasti práv a povinností (*kapitola 4.5*), v tom smyslu, že zaregistrované soukromoprávní subjekty v praxi nezískávají dotace, na rozdíl od veřejnoprávních subjektů.
- Rovnosti deklarované zákonem není dosaženo preferencí zařízení sociálních služeb, jejichž zřizovatelem je kraj, před zařízeními, jejichž zřizovatelem je obec.
- Respondenti si jednohlasně stěžují na krácený objem finančních prostředků poskytovaných státem, což neodpovídá deklaraci Ministerstva práce a sociálních věcí v rámci zavedení nové sociální reformy, účinné od 1. 1. 2012, že „ …. *nedojde ke snížení celkového objemu vyplácených prostředků na úkor příjemců dávek sociální ochrany, ale úspory bude dosaženo zjednodušením systému, jeho zlevněním a celkovým zefektivněním…“* (MPSV, 2012).

3. Jaká je podle Vašich zkušeností ochota a schopnost postarat se o své rodiče, prarodiče či ostatní blízké a příbuzné v seniorském věku? Jak se podle Vašeho názoru bude v budoucnu vyvíjet morální odpovědnost rodiny?

U této otázky jsem zaznamenala širokou škálu odpovědí, a to jak navzájem se doplňující, tak i protichůdné. Zajímavé je, že se nelišily podle oslovených skupin. Rozlišovacím kritériem byly spíše zkušenosti: sociální pracovníci, zejména v pobytových zařízeních, se denně setkávají s mnoha variantami přístupů a myšlení

lidí, a proto jejich výpovědi byly nejvýstižnější a reprezentovaly názory ostatních respondentů:

„Rodina jako instituce již dávno změnila svou strukturu i charakter. Generační model je minulostí a přetrvává stále méně. V současné době ještě lidé středního věku pociťují poměrně silně „povinnost“ postarat se o své příbuzné seniory. Komplikuje jim to často nepříznivá situace finanční (nutnost úhrady za služby, nezaměstnanost atp.), ale i sociální, vyplývající z nedostatku služeb pro seniory (terénní, ambulantní i pobytové).

Děti, které dnes vychováváme, jsou (obecně) vedeny způsobem, aby přenášely odpovědnost za sociální situaci na stát či jiné subjekty, způsobem, jenž postrádá empatii a lidskou vlídnost. Vyrůstají v tvrdém světě konkurenčního boje a nejistot a logicky si budují sebeobranné mechanismy potlačující emocionalitu a neochotu se nechat opotřebit cizím neštěstím-bolestí. Rodina postrádá soudržnost, a proto postrádá i vůli pomoci někomu, kdo tudy jenom někdy prošel.“

Další z respondentů popsal ochotu a schopnost postarat se v dnešní době o své rodiče takto: 70 % osob je **ochotno**, ale polovina z těchto 70 % není **schopna**, a to především díky náročnosti péče (příprava dietní stravy, ošetřovatelské práce kolem ležících příbuzných, zajištění potřebné desinfekce atd.). Zbytek lidí, kteří se starají o své příbuzné, tuto péči zajišťují svépomocně a tím pádem dosahují velmi rozdílné kvality.

Třiceti procentům osob chybí ochota nebo schopnosti poskytnout potřebnou péči. Tito lidé jsou zpravidla v pracovním procesu a málokdo se v dnešní době může vzdát svého příjmu, protože bez něho by se rodina ocitla na hranici existenčního minima. Navíc přetrvává v povědomí lidí názor, že obec, kraj či stát má povinnost postarat se o seniory, a proto málokdo je ochoten podstoupit jakákoli omezení v profesním či soukromém životě.

Plně se ztotožňuji s názorem jednoho respondenta, že morálku jednotlivců určuje *„… negativní nastavení společnosti. Ta donutí i ty občany, jejichž snaha je nést zodpovědnost za péči o své členy rodiny, tyto hodnoty popřít. V konečné fázi to znamená, že většina chtě nechtě využije nabízené sociální služby a jejich existence je a do budoucna bude stále více nenahraditelná.“*

Obecně byly potvrzeny odborné teze, uvedené v teoretické části disertační práce, že příliš štědrý sociální stát v minulosti oslabil mezigenerační vazby, atomizoval rodinu a demotivoval občany společnosti k úsilí a zodpovědnosti za svůj individuální život (*kapitola 3.1*).

4. **Jakou roli v oblasti poskytování sociálních služeb a jejich financování sehrává a bude sehrávat, a jakou by měly sehrávat (jaké je pořadí důležitosti těchto institucí?):**

   Rodina, církev, soukromý sektor, sponzoři, dobrovolníci, zdravotní pojišťovny, Evropská unie, ostatní instituce – stát

Většina respondentů komentovala roli jednotlivých institucí. Tato otázka také vyžadovala určení pořadí důležitosti vyjmenovaných institucí. Někteří dotázaní se k určitým institucím nevyjádřili nebo jim určili stejné umístění, popř. vyjádřili se slovně *„zásadně ne*“.

Na základě získaných odpovědí jsem sestavila tabulku odpovědí a na jejím základě vytvořila tabulku váhového ohodnocení. Např. odpověď *„zásadně ne*“ získala největší počet bodů: 9. Naopak umístění na 1. místě bylo ohodnoceno jedním bodem. Pokud některé instituce zůstaly neumístěny, získaly počet bodů: 8. Výsledkem bylo určení pořadí důležitosti vyjmenovaných institucí:

Tabulka 29 Pořadí důležitosti institucí v poskytování sociálních služeb

1.	**Rodina**
2.	**Stát a ostatní instituce**
3.	**Zdravotní pojišťovny**
4.	**Soukromý sektor**
5.	**Církev**
6.	**Dobrovolníci**
7.	**Sponzoři**
8.	**Evropská unie**

Zdroj: vlastní výzkumná zjištění

Pořadí institucí, ve kterém mají sehrát svou roli v poskytování sociálních služeb pro seniory, v sobě zároveň zahrnuje i závěry výzkumu provedeného na základě řízených rozhovorů.

8.1.3 Zjištění získaná řízenými rozhovory

Respondenti řízených rozhovorů na první místo umístili **rodinu.** Role rodiny a jejího postavení ve společnosti prochází změnami. Původní mezigenerační model rodiny byl vytěsněn zavedením sociálního státu v období po druhé světové válce. Z ní vzešlá generace byla od malička vychovávána k tomu, že se o ně postará stát komplexním systémem sociální politiky. To způsobilo uvolnění mezigeneračních vazeb a atomizaci rodiny, což přineslo i snížení zodpovědnosti dětí postarat se o své rodiče ve stáří (viz *kapitola 3.1).* Dlužno podotknout, že otázka morálky je oboustrannou záležitostí: jak si

rodiče své děti vychovali, takové je zpravidla mají, a podobnou úroveň péče děti zpravidla na oplátku věnují ve stáří svým rodičům. Navíc, opět oboustranně, stárnoucí rodiče mnohdy nechtějí své děti zatěžovat, neočekávají, že by se o ně děti měly ve stáří postarat.

Morální zodpovědnost byla hodnocena různorodě. Kvantitativně bylo zjištěno, že přibližně 70 % lidí je ochotno postarat se o své rodiče. Problematičtější je otázka schopnosti se o své rodiče postarat. Soudobá ekonomická situace způsobuje, že v rámci rodiny je pro oba partnery v produktivním věku nezbytné pracovat.

Specifické a zásadní pro obyvatele v hodnoceném regionu je vůbec práci získat. Tím se povinnost uživit svou rodinu ztěžuje a v takovém případě nezbývají prostředky na péči o jejich rodiče. Proto tak enormní počet obyvatel v produktivním věku region opouští – odcházejí za prací. Na tomto jevu je pozitivní skutečnost, že pak mají prostředky, aby alespoň finančně podpořili své rodiče.

Obecný fenomén stárnutí obyvatel také přináší nový projev, kdy rodina sestává ze čtyř až pěti generací, tzn. že před šedesátníkem stojí úkol postarat se o osmdesátiletého rodiče. V takovém případě čtyřicetiletý vnuk má pečovat či jinak zabezpečit zástupce dvou starších generací. Péčí o příbuzné seniory se rozumí nejen finanční zabezpečení, ale také konkrétní fyzické poskytnutí dané sociální služby. Tato péče, zejména v pokročilém stadiu nemohoucnosti seniora, vyžaduje odborné znalosti z oblasti sociální a zdravotní (např. zvedání imobilního pacienta, aplikace injekcí, desinfekce, hygiena apod.). Časem s tím potažmo přichází psychické vyhoření opatrovníka .

Z šetření vyplynul závěr, že rodina, i když stojí na prvním místě, nemůže sama zvládnout roli poskytovatele sociální péče pro seniory. Je k tomu donucena nastavením soudobé společnosti.

Podle respondentů největší oporou rodiny má být **stát.** Stát v roli subjektu, který stanovuje optimální systém sociální politiky a efektivně distribuuje finanční prostředky určené na provádění sociální politiky.

Současný stát stojí před úkolem vypořádat se s historickou zátěží štědrého sociálního donátora. Prostředkem je vytvořit koncepční a efektivní systém financování sociální politiky. Nepochybně správným krokem v oblasti financování sociálních služeb bylo zavedení příspěvku na péči. Zásadním problémem se stalo to, že vyplacené prostředky nakonec neskončily u registrovaných poskytovatelů sociálních služeb, nýbrž „odtekly“ mimo systém neregistrovaným poskytovatelům, většinou rodinným

příslušníkům. V ekonomicky slabých a postižených regionech je tím vysloveně řešena vysoká nezaměstnanost. Nadto nebylo naplněno další očekávání, že by pomocí tržního mechanizmu byli určeni nejlepší a nejpotřebnější poskytovatelé. V rozporu s očekáváním se potřeby dotací pro zařízení poskytujících sociální péči nezmenšují. Ministerstvo práce a sociálních věcí tak vynakládá dotace a stejně tak velký objem finančních prostředků právě na nově zavedené příspěvky na péči, takže objem výdajů do sociálních služeb permanentně roste.

Respondenti dále poukázali na potřebu větší propojenosti plánování sociálních služeb. V době uskutečnění výzkumných rozhovorů (rok 2012) získal registraci kdokoli, tím pádem i dosáhnout na provozní dotace mohl kdokoli. Opačným problémem je to, že na dotace není právní nárok, tzn. registrovaní poskytovatelé žádají každoročně o dotace, a zda ji vůbec dostanou, a poté v jaké výši, zcela odporuje tvorbě a realizaci jakéhokoli efektivního podnikatelského záměru. Navrhovaným řešením je při žádosti o registraci předložit podnikatelský plán včetně dlouhodobé ekonomické projekce, z níž vyplyne potřeba a výše provozních dotací. Pokud je registrace schválena, pak je schváleno i poskytnutí provozní dotace v závazné výši a na dobu minimálně střednědobého horizontu. Docílilo by se také toho, že při předložení několika žádostí o registraci by se podnikatelské plány dostaly do soutěže a zvítězil by ten nejefektivnější. Dlužno zmínit se, že tyto návrhy z roku 2012 jsou již do novely *zákona o sociálních službách* v aktuálním znění zakomponovány.

Je nepochybně správně, že stát se takřka zcela oprostil od role přímého poskytovatele sociálních služeb a tyto kompetence přenesl na kraj a na obce. Co se týká sociálních potřeb pro seniory, jejich nejlepšími znalci jsou obce, ať už se jedná o finanční objem nebo jejich konkrétní náplň. Kraj přerozděluje finanční prostředky od státu s tím, že podle respondentů jsou více protěžováni poskytovatelé zřízení krajem před obecními poskytovateli, a v rozporu se zákonem o sociálních službách poskytovatelé z řad veřejného sektoru před soukromým sektorem.

Poskytovatelé na úrovni krajů a obcí si stěžují, že stát přenesl působnost, ale ne finanční prostředky. Podle agregovaných číselných údajů tomu tak však není – viz tabulka č. 6 této disertační práce, podle níž meziroční skokový nárůst v roce 2007 poukazuje na výše uvedené – nově zavedené příspěvky na péči „odtekly“ mimo systém sociální péče. Podle respondentů by **role státu** měla směřovat do následujících konkrétních oblastí:

- Důsledně naplňovat národní politiku péče o seniory, která by navazovala na existující národní politiku stárnutí s reálným dopadem do každodenního života (není překvapením, že Evropa stárne).
- Zkvalitnit systém financování sociální péče. Zavedení příspěvku na péči byl výrazně pozitivní posun správným směrem, avšak není koncepčně dořešen v návaznosti na dotace ze státního rozpočtu. Ty by měly být dále vypláceny, ale s jasně stanovenými objektivními pravidly. Domovy pro seniory si stěžují na snižování dotací (rok 2012), ale přitom veřejné finance odtékají mimo systém formou příspěvku na péči.
- Dotace ze státního rozpočtu by měly být v určité minimální míře zachovány. Neměly by být vypláceny soukromému sektoru. Rovnost soukromého a veřejného sektoru by měla být zabezpečena vyššími příspěvky na péči.
- Více podporovat soukromé podnikání, které je spíše komplikováno administrativní zátěží. To se v důsledku obrací proti státu, protože nakonec musí ve větším objemu financovat sociální služby. Přitom stát si je vědom toho, že velký podíl poskytovatelů sociálních služeb pochází z nestátní sféry a vcelku na to i spoléhá.
- Udržet si výborné know-how v oblasti standardů kvality. Na druhé straně důsledně a objektivně provádět jejich kontrolu. Kontrolní mechanizmy selhávají a dovolují zneužívat příspěvky na péči.
- Vedle existujícího zdravotního pojištění zavést také sociální pojištění.
- Legislativně zabezpečit účast na financování zdravotních pojišťoven odpovídající skutečně prováděným úkonům. S tím úzce souvisí legislativní ukotvení koncepce dlouhodobé péče, což by ve výsledku přineslo úspory do státního rozpočtu.
- Podporovat rozvoj sociálních služeb poskytovaných v domácím prostředí namísto pobytových služeb. Toto se stalo klíčovou změnou, kterou přináší novela zákona o sociálních službách z roku 2017.
- Vychovávat občany k aktivní individuální odpovědnosti; stát se má starat pouze o nejslabší jedince.
- Usnadnit vymahatelnost vyživovací povinnosti dětí vůči rodičům.
- Vytvořit prostředí podporující zaměstnanost. Přílišná daňová zátěž obyvatel spíše způsobuje opak - lidé s nižšími příjmy nejsou tolik motivováni pracovat a tíhnou k pobírání dávek.
- Změnit současné vnímání sociální pomoci z pouhého využívání dávek na komplexní škálu sociální podpory (ve věcném plnění).

Třetí příčku obsadily **zdravotní pojišťovny**. Z šetření je zřejmé, že sektor zdravotnictví by měl v daleko vyšší míře participovat na financování sociálních služeb pro seniory, v závislosti na skutečně poskytnuté ošetřovatelské péči. Přehazování zodpovědnosti mezi sociálním sektorem a sektorem zdravotnictví koneckonců ochuzuje stát, jak je uvedeno i *v kapitole* 6.

Další místo náleží **soukromému sektoru**. Na jedné straně zazněla obava z divoké privatizace. Osobně se přikláním k názoru, že soukromý sektor je daleko lepším hospodářem než veřejný sektor a mohl by přinést mnohá efektivní řešení. Ideální by byla spolupráce soukromého a veřejného sektoru. Styčná plocha těchto dvou sektorů je dlouhodobě řešenou a sledovanou problematikou, jelikož vyžaduje vyspělé legislativní a v neposlední řadě morální prostředí společnosti.

Z šetření vyplynula pozitivní zkušenost, že stále více nabývá na významu **dobrovolnictví a sponzorství**. Zatímco dobrovolnictví je praktikováno výhradně jednotlivci, a velice často mladými lidmi, sponzorství se týká např. velkých korporací, které finanční podporou splácejí dluh svému regionu např. za znečišťování životního prostředí jejich průmyslovou výrobou. Sponzory jsou také často rodiny seniorů, kteří takto dosahují rychlejšího umístění v pobytovém zařízení nebo prostě chtějí vyjádřit uznání náročné práci sociálních pracovníků a touto formou jim poděkovat.

8.2 Anketní šetření: „Analýza poptávky po pobytových službách pro seniory“

Jako další metodu šetření jsem zvolila **anketu**. Jejím **cílem** bylo zjistit, jaké jsou potřeby a finanční možnosti občanů ohledně bydlení na stáří, a to ve zkoumané oblasti města Havířova a jeho okolí, jakož i v rámci širšího celku strukturálně postiženého Moravskoslezského kraje. Získané informace měly sloužit k vytvoření projektového záměru vybudování bydlení pro seniory v Havířově. Jeho vybudování je přepokládáno ve střednědobém časovém horizontu, s tím, že toto nové zařízení by sloužilo dlouhodobě. Anketní šetření doplňuje zjištění uvedená v empirické části této práce.

Důležitou součástí výzkumu je **pilotní studie** a **předvýzkum.** *„Pilotní studie zjistí, zda je náš výzkum v dané populaci vůbec možný a zda informace, kterou požadujeme v naší populaci vůbec existuje a zda je dosažitelná. Je prováděna na malé skupině vybrané z populace, kterou hodláme studovat a používáme nejčastěji kvalitativní postupy (např. nestandardizovaný rozhovor)“* (Kozlová, 2012). *„Předvýzkum testuje nástroje, které ve výzkumu hodláme použít (např. dotazník – srozumitelnost a jednoznačnost otázek). Je prováděn na malém vzorku vybraném z populace, tento vzorek je však obvykle větší, než vzorek pro pilotní studii*.“ (Disman 2002, s. 22).

8.2.1 Postup šetření a zpracování dat

Jednotlivé fáze anketního šetření probíhaly podle následujícího harmonogramu:

Tabulka 30 Harmonogram fází anketního šeření

Pilotní studie	11/2010–05/2011
Konstrukce ankety	06/2011
Předvýzkum	07-09/2011
Oprava ankety	09/2011
Rozesílání ankety	10/2011
Řízené rozhovory I.	10-12/2011
Návrat anketních lístků	10-12/2011
Analýza a interpretace zjištěných dat	12/2011–4/2012

Zdroj: vlastní zpracování

První fáze - pilotní studie - probíhala v průběhu let 2010 a 2011, kdy jsem se seznamovala s danou problematikou a vedla nestandardizované rozhovory jak s lidmi profesně činnými v oboru (většina z těchto lidí se později stala respondenty pro řízené rozhovory), tak s přímými uživateli sociálních služeb všech typů. V průběhu empirických zjištění jsem postupně navštívila Domov seniorů Havířov (obě zařízení HELIOS a LUNA), denní stacionář a oddělení respitní péče v Havířově, Dům

s pečovatelskou službou ve Stonavě, Hospic v Novém Jičíně i soukromoprávní dům se zvláštním režimem v Havířově. Pak jsem vytvořila soubor otázek a sestavila anketní formulář, který obsahoval dvanáct otázek.

V období července až září 2011 proběhl předvýzkum. Anketa byla rozeslána malé skupině testovacích respondentů čítající 20 osob. Požádala jsem je (i) o vyplnění ankety, dále pak (ii) o názory, připomínky a náměty k anketě a průběhu jejího vyplňování. Kromě méně podstatných připomínek, které jsem do finální verze po zvážení více či méně zapracovala, se vyskytl jeden zásadní podnět:

Anketa jednoznačně nenavedla respondenta k rozlišení, zda má anketu vyplnit za sebe, nebo blízkého příbuzného. Proto byla anketa přepracována tak, že hned v úvodu byla umístěna rozřazovací otázka, která ji rozdělila na dvě části:

<u>Část A</u> je určena pro zjištění Vašich přímých osobních potřeb nebo přání.

<u>Část B</u> je určena pro ty, kteří anketu vyplní za svého blízkého nebo příbuzného.

Konečná verze ankety je uvedena v *Příloze č. 13*. Anketa je zahájena rozřazovací otázkou, zda respondent vyplňuje anketu za sebe nebo osobou blízkou či příbuznou. Podle toho si vybere jeden ze dvou alternativních formulářů.

Každá část ankety - A i B - má 12 otázek, které jsou principiálně stejné; liší se podle toho, zda jsou položeny přímo zájemci o rezidenční ubytování pro seniory nebo pro blízkého příbuzného potenciálního zájemce. Část A je zaměřena na zjištění, jaká je poptávka po rezidenčních službách pro seniory, daná především ekonomickými možnostmi a ochotou postarat se o sebe v seniorském věku. Část B zkoumá, jaké jsou možnosti, ochota a obecná míra zodpovědnosti respondentů postarat se o své rodiče nebo prarodiče.[29]

Tento anketní formulář jsem rozšiřovala pomocí internetu. Především jsem však anketní formulář **rozšiřovala prostřednictvím kontaktních osob** v jednotlivých regionech, které zabezpečovaly distribuci a následný sběr anketních listů. Poté, co se zpráva o existenci anketního šetření rozšířila v regionu, se respondenti do anketního šetření přihlašovali také sami.

V rámci hlavní fáze výzkumu jsem předala dostatečné množství formulářů každé kontaktní osobě dle následujícího rozmístění:

[29] První otázka v každém ze dvou alternativních formulářů je rozřazovací a rozhoduje o tom, zda respondent bude ve vyplňování ankety pokračovat. Otázky 2 – 6 jsou uzavřené. Otázky č. 7 a 8 jsou polouzavřené. Poslední čtyři otázky jsou spíše kontrolního rázu a zároveň rozdělují respondenty podle pohlaví, věku, místa bydliště (regionální hledisko) a dosaženého vzdělání.

Tabulka 31 Rozmístění kontaktních osob pro anketní šetření

Havířov	8 kontaktních osob
Okolí Havířova do 20 km	2 kontaktní osoby
Ostrava a okolí	2 kontaktní osoby
Moravskoslezský kraj mimo výše jmenované regiony	2 kontaktní osoby
Praha	2 kontaktní osoby
Okolí Prahy do 40 km	2 kontaktní osoby

Zdroj: vlastní zpracování

Souhrnné výsledky obou částí vypovídají o požadavcích a představách, ale také o finančních možnostech občanů ohledně bydlení na stáří, a to ve zkoumaném městě Havířově, jakož i v rámci širšího celku strukturálně postiženého Moravskoslezského kraje. Dále umožňují orientační porovnání těchto potřeb s regionem ekonomicky rozvíjejícím se - perspektivním (Praha a okolí), případně s ostatními částmi České republiky, odkud jsem získala kontrolní vzorek vyplněných anket.

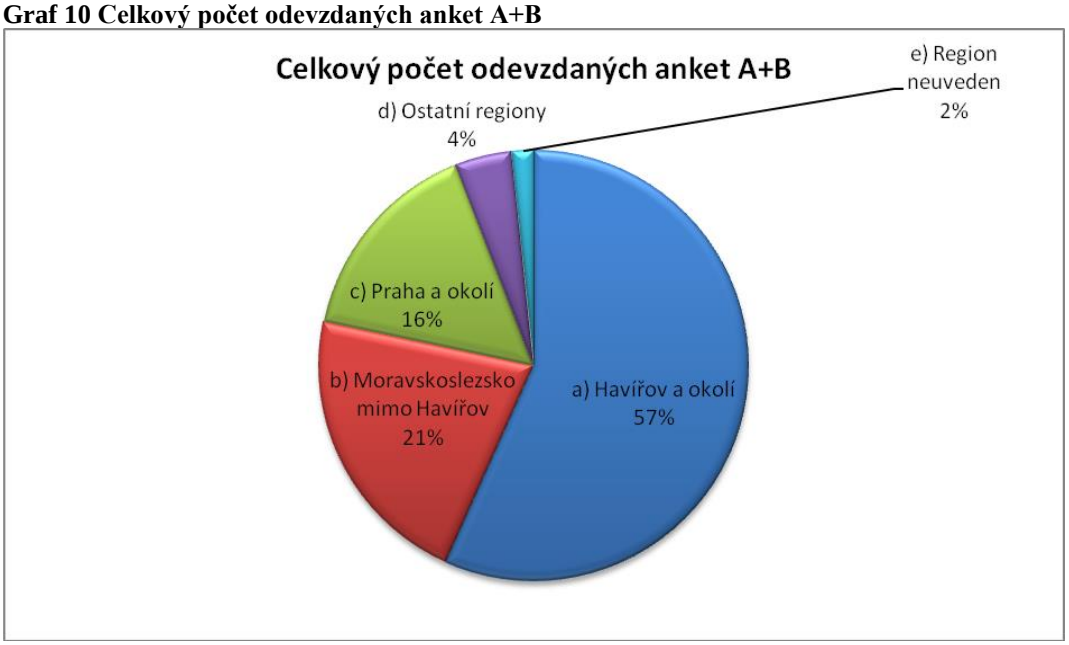
8.2.2 Výsledky šetření

Výsledky byly systematicky upořádány do tabulek (viz *Příloha č.14*) a grafů a doplněny výkladem a byly interpretovány v souladu se zjištěními jiných odborníků, kteří se touto problematikou zabývají.

Bylo nashromážděno celkem 843 vyplněných anonymních anketních listů. Vezmeme-li počet seniorů v Moravskoslezském kraji (*Příloha č. 5*), pak statistická významnost anketního šetření činila 0,07 %. Pokud zohledníme pouze hodnocené město Havířov, v tom případě statistická významnost byla vyšší a vykázala hodnotu ukazatele 1,05 %. Z tohoto počtu 502 (69,6 %) anketních listů bylo vyplněno v části A, tzn. že respondenti odpověděli v tomto anketním listu za sebe, zbývajících 341 anketních listů (40,4 %) bylo vyplněno v části B, tedy za blízkého příbuzného. Někteří respondenti vyplnili anketu v jejích obou částech, za sebe i za svého příbuzného, a spojili tak aktuální potřebu pro blízkého příbuzného seniora s vlastními budoucími potřebami.

Z regionálního hlediska bylo podle očekávání nejvíce vyplněných anketních listů získáno z Havířova a okolí (56,7 %) a z jeho širšího rámce Moravskoslezska (celkově s Havířovem 78,3 %). Ze zbylých regionů je nejvíce zastoupena Praha a okolí (15,8 %). Bylo sesbíráno také 14 anketních lístků (1,7 %), v nichž respondenti neuvedli kraj, odkud pocházejí. Anketní lístky z jiných regionů než Moravskoslezsko jsem použila ve srovnávací analýze jako kontrolní vzorek.

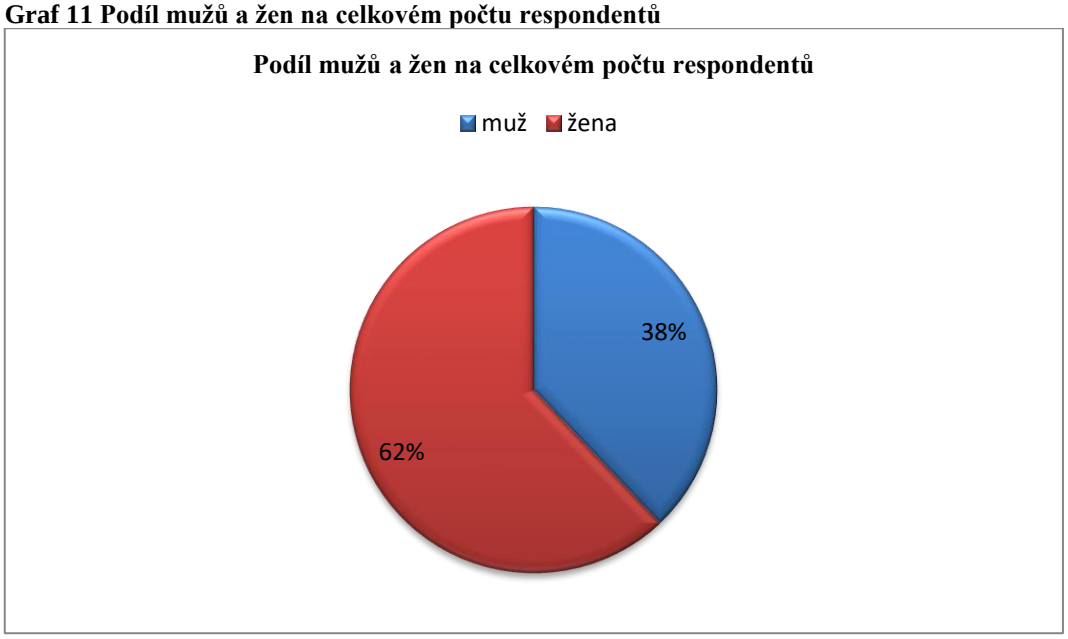
Graf 10 Celkový počet odevzdaných anket A+B



Zdroj: graf vlastní, na základě zjištění uvedených v *Příloze č. 14*

Z pohledu genderu byly při vyplňování anket aktivnější ženy, které se podílely 62 %. Zbývajících 38 % byli muži.

Graf 11 Podíl mužů a žen na celkovém počtu respondentů

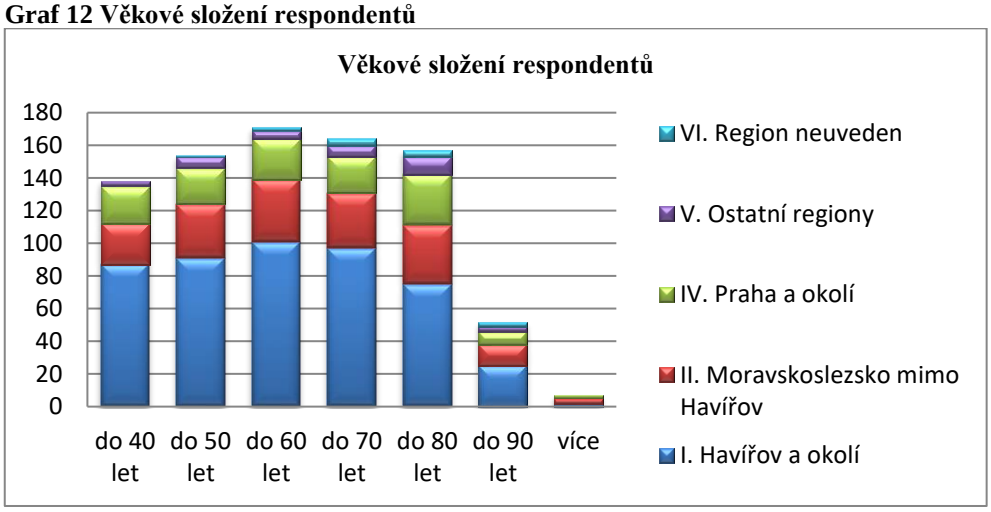


Zdroj: graf vlastní, na základě zjištění uvedených *v Příloze č. 14*

Z hlediska věkového složení respondentů je možno konstatovat, že jejich věkové složení odpovídá obecnému věkovému složení obyvatelstva. Každá skupina je zastoupena v dostatečném počtu. Hlavní hodnocený region, město Havířov a jeho okolí, má podobné věkové složení jako celkový vzorek. Anketu byli nejvíce ochotni vyplnit občané ve věku 50-70 let, následovala skupina ve věkovém rozmezí 70-80 let a 40-50

let. Nutno podotknout, že se jedná o souhrnné výsledky za část A. i B. Výsledky této otázky nedávají odpověď na časový horizont zjišťovaných potřeb. O tom hovoří výsledky otázky č. 2.

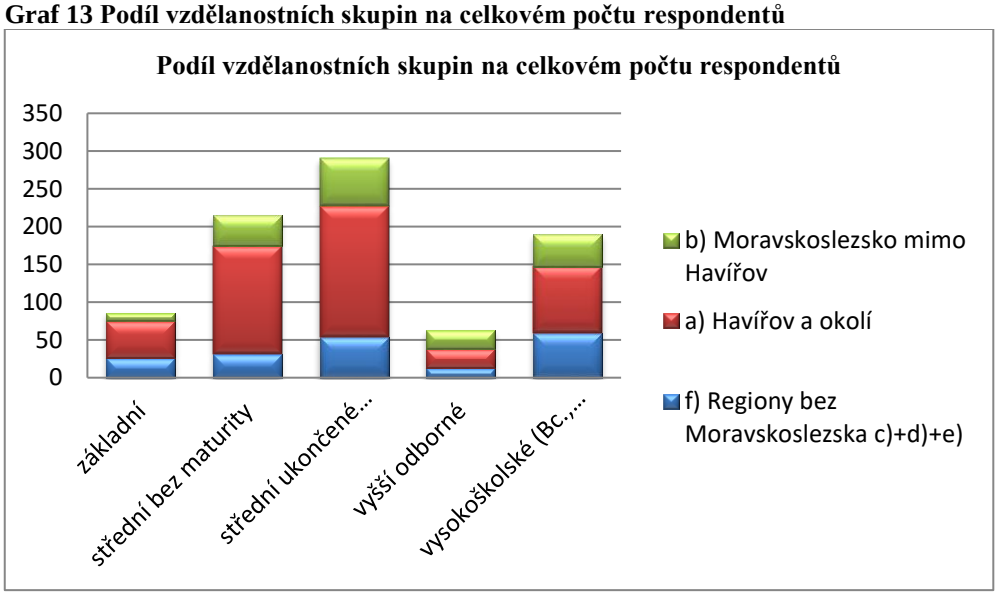
Graf 12 Věkové složení respondentů



Zdroj: graf vlastní, na základě zjištění uvedených *v Příloze č. 14*

Z pohledu vzdělanostních skupin se do ankety zapojili nejvíce středoškolsky vzdělaní lidé s maturitou (34,4 %), a to ve všech zastoupených regionech. Respondentů, kteří dosáhli středoškolského a vyššího vzdělání, bylo více než 64 %. Odpovídaly tedy skupiny obyvatel, které si obecně více uvědomují zodpovědnost za sebe a své rodiny a intenzivněji se zabývají budoucím zabezpečením na stáří.

Graf 13 Podíl vzdělanostních skupin na celkovém počtu respondentů



Zdroj: graf vlastní, na základě zjištění uvedených *v Příloze č. 14*

Dále následuje analýza výsledků podle jednotlivých částí ankety.

<u>Část A,</u> určená pro zjištění přímých osobních potřeb nebo přání respondenta.

1. **Máte nebo budete mít zájem či potřebu bydlení pro seniory?**

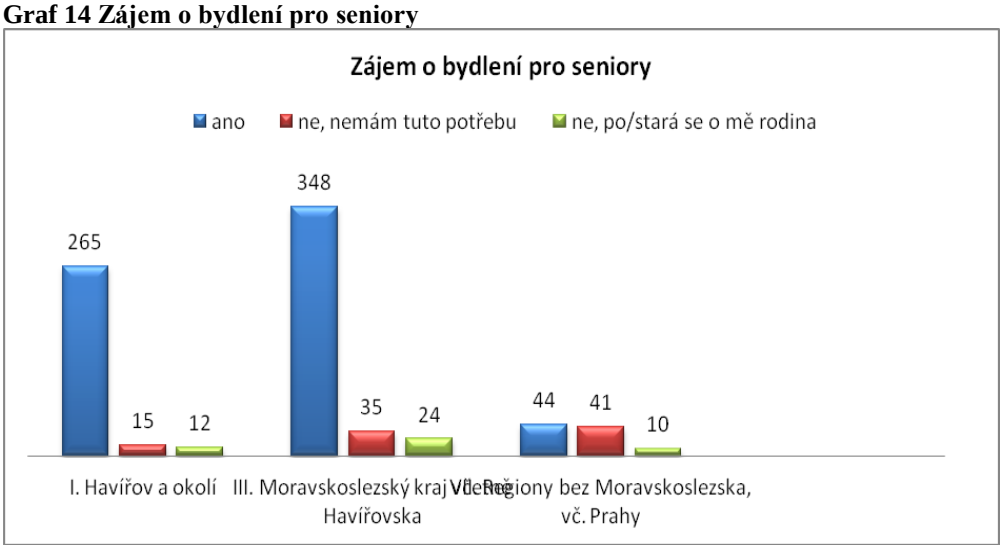
Odpověď „*ano*“ zvolilo 392 respondentů, tj. 78 %. Zbylí respondenti se s nevýraznou odchylkou podělili o ostatní možné odpovědi: „*ne*“ uvedlo 15,1% respondentů a celkem 6,8 % respondentů předpokládá, že nebudou zajišťovat na stáří k tomu uzpůsobené bydlení, protože „*se o ně postará rodina*“.

Výrazně odlišné výsledky byly zaznamenány v jednotlivých regionálních skupinách. Zatímco v Havířově si dokonce již dnes uvědomuje potřebu zajistit si seniorské bydlení 90,8 % respondentů, z kontrolního vzorku Praha a okolí má zájem řešit tuto problematiku pouze 42,5 %. Ostatní oslovení Pražané dílem neprojevili zájem o bydlení, dílem se spoléhají na rodinu. Podle mého názoru je aktivní zájem Havířovanů způsoben také tím, že znají možné umístění budoucího seniorského bydlení, a proto bylo jejich uvažování podpořeno konkrétní představou.

Moravskoslezský kraj vykázal v porovnání s celkově získanými údaji podobné výsledky.

Zajímavé je zjištění, kolik respondentů spoléhá na rodinu. Ve srovnání s celkovým průměrem, který činí 6,8 %, Havířované spoléhají na rodinu ve 4,1 %, obyvatelé Moravskoslezského kraje mimo Havířov v 10,4 % a v Praze a okolí to bylo dokonce 12,3 % respondentů. Odpovědi na tuto otázku korespondují se zjištěním *v kapitole 7,* že region Moravskoslezsko a město Havířov jsou díky nedostatku pracovních příležitostí opouštěny obyvateli v produktivním věku, a ti zde zanechávají své stárnoucí rodiče.

Graf 14 Zájem o bydlení pro seniory



Zdroj: graf vlastní, na základě zjištění uvedených *v Příloze č. 14*

Odpověď na hodnocenou otázku může být ovlivněna věkem respondenta. Ve třiceti letech má každý jedinec jinou představu o své vzdálené budoucnosti než jakou má např. šedesátník, který se na příštích dvacet let dívá zcela konkrétním pohledem a vychází z aktuální rodinné situace, majetkových poměrů, koníčků a především zdravotního stavu. Věková struktura respondentů je analyzována v následujícím bodu.

2. Kdy je aktuální zájem nebo potřeba o bydlení pro seniory

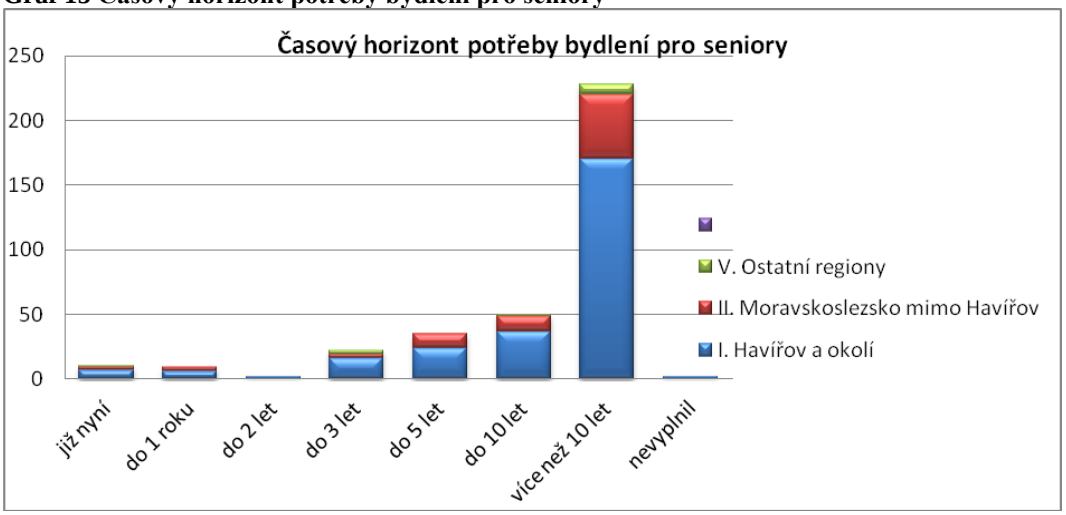
Respondenti, kteří odpověděli na první otázku záporně, již od této otázky ve vyplňování ankety nepokračovali. Tím se počet respondentů zúžil na 392, tzn. na ty, kteří v předchozí otázce odpověděli, že mají zájem o bydlení pro seniory.

Nejvíce respondentů se rekrutuje z občanů produktivního věku (65 %), bydlení pro seniory budou řešit za více než za 10 let. Řešení tohoto problému není pro ně zatím příliš aktuální. Může dojít k tomu, že pokud je dnes nedostatek pobytových míst pro nesoběstačné seniory, v dlouhodobém horizontu bude problematika pobytových služeb pro seniory v regionu daleko palčivější. Pro reformní kroky to znamená nezbytnost změn jednak (i) ve financování sociálních služeb ve smyslu nezbytného vyššího angažmá úhrad klienta nebo jeho rodiny (sociální pojištění, použití majetku, důsledné vyživovací povinnosti potomků), jednak (ii) v myšlení lidí ve smyslu zůstávat co nejdéle v přirozeném prostředí, vytvářet komunity se svými vrstevníky a využívat spíše terénní služby.

Podíl respondentů v této věkové skupině je přibližně stejný ve všech sledovaných regionech, s výjimkou Prahy a okolí, odkud pochází 80,7 %. Toto odchýlení od průměru přisuzuji tomu, že Prahu a okolí reprezentuje pouze kontrolní vzorek.

Na opačném konci spektra jsou respondenti, jejichž potřeba seniorského bydlení je aktuální již nyní, maximálně do dvou let. Z celkového počtu aktivních dotázaných je jich pouhých 5,4 % a tento podíl je přibližně stejný u všech regionálně setříděných skupin. Následující graf taktéž poukazuje na to, že respondenti obecně promítli do svých odpovědí spíše své představy ve střednědobém nebo dlouhodobém časovém horizontu, bez reálné představy např. o zdravotním stavu a budoucích finančních možnostech.

Graf 15 Časový horizont potřeby bydlení pro seniory



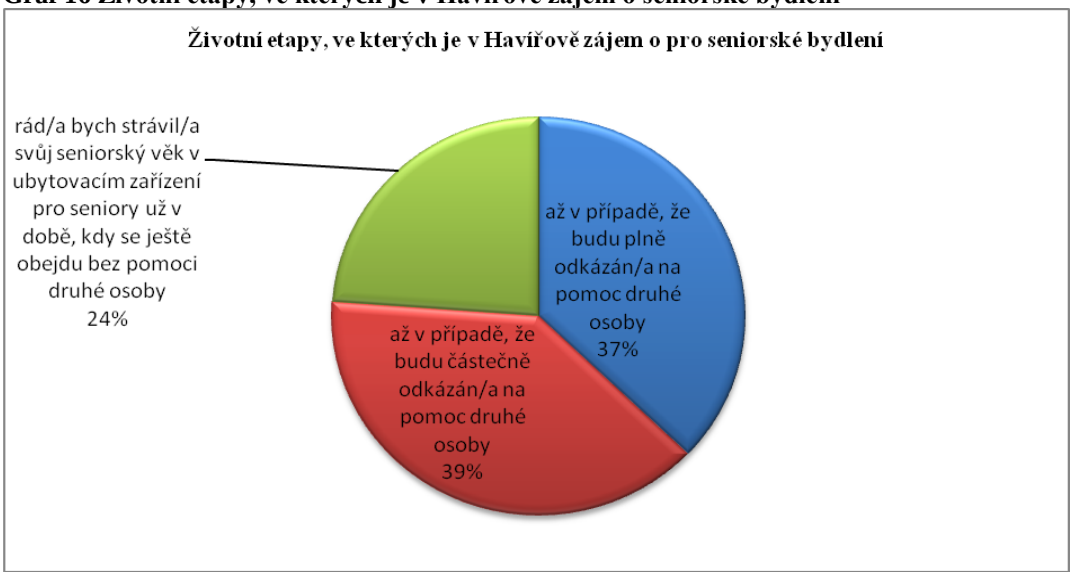
Zdroj: graf vlastní, na základě zjištění uvedených *v Příloze č. 14*

3. Do jaké životní etapy spadá zájem nebo potřeba ubytování pro seniory

Takto formulovaná otázka měla za úkol přinést odpověď na to, zda lidé seniorského věku chtějí zůstat co nejdéle v domácím prostředí, dokud se budou schopni o sebe aspoň částečně postarat, či preferují připravit se již dopředu na případné budoucí handicapy stáří. Respondenti odpověděli bez ohledu na region takřka stejně: přibližně 21 % z nich by rádo strávilo seniorský věk v rezidenčním zařízení, které nabízí pohodlný život včetně nabídky sociálních, zdravotních a ostatních služeb. Zbývající většina respondentů upřednostňuje domácí prostředí a až v nezbytně nebo v částečně nezbytně nutném případě jsou ochotni přijmout změnu a přestěhovat se do pobytového zařízení pro seniory. Stěhovat se ve vyšším věku představuje nesmírnou psychickou zátěž pro seniory, jak už bylo zmíněno dříve.

Toto zjištění koresponduje se zájmem státu, který díky limitním finančním možnostem bude rovněž prioritně rozvíjet méně nákladné terénní služby. Následující graf se zaměřil na rozložení zájmu o seniorské bydlení v Havířově.

Graf 16 Životní etapy, ve kterých je v Havířově zájem o seniorské bydlení



Zdroj: graf vlastní, na základě zjištění uvedených v *Příloze č. 14*

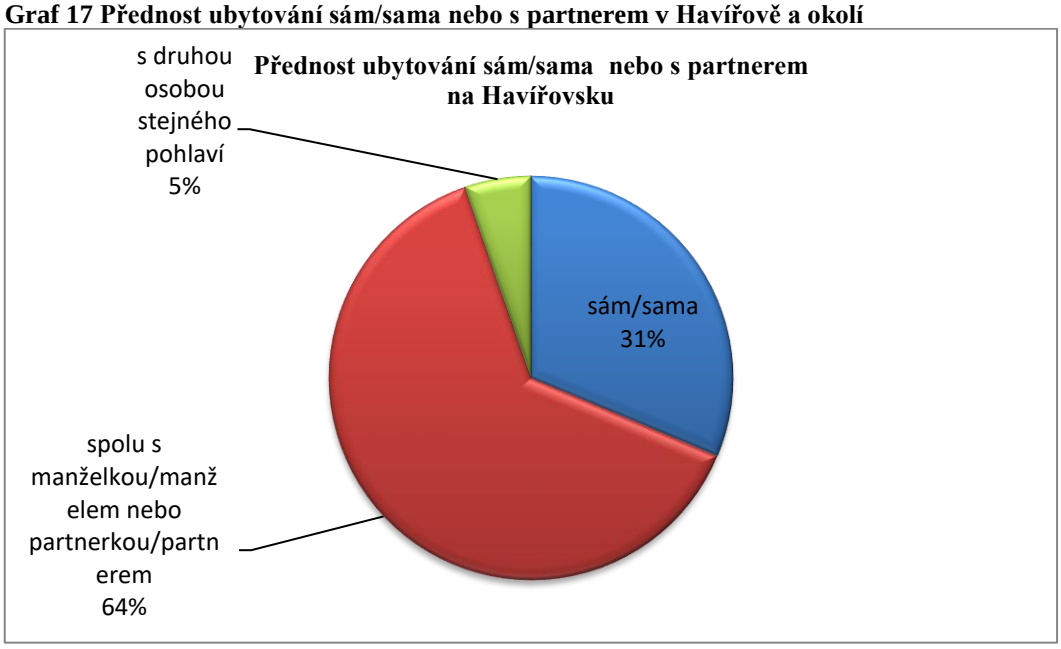
4. Přednost ubytování sám/sama nebo s partnerem

Na tuto otázku naprostá většina respondentů odpověděla, že nepreferuje bydlení s osobou stejného pohlaví (pouze 6,1 %). Toto zjištění je přibližně stejné jak u všech respondentů, tak i ve všech regionálních skupinách. Výjimku tvoří kontrolní vzorek Prahy a okolí, kde je sice také vykázán nejnižší počet zájemců o tento typ bydlení, ale ne o tolik méně než u ostatních regionů.

Naprostá většina oslovených by ráda bydlela spolu se svým manželským nebo partnerským protějškem (celkově 58,9 %, v Havířově a okolí dokonce 63,4 %). Nemálo respondentů zvolilo možnost bydlet samostatně (35 %, v Havířově a okolí 31,3 %).

Praxe v Domovech pro seniory je však taková, že zprvu mají nově přijatí klienti do domova zájem o jednolůžkové pokoje. Často se však stává, že tomuto přání nemůže být ihned vyhověno, a tak je senior umístěn dočasně ve dvojlůžkovém pokoji s příslibem, že až se uvolní místo v jednolůžkovém pokoji, bude přemístěn. Nezřídka se stává, že když nakonec dojde k uvolnění jednolůžkového pokoje, senior již nechce opustit pokoj sdílený společně s druhou osobou. Lidé jsou společenští i ve vyšším věku, vedle sociální péče potřebují porozumění, vyslechnutí od druhé osoby, pocit, že nejsou opouštěni.

Graf 17 Přednost ubytování sám/sama nebo s partnerem v Havířově a okolí



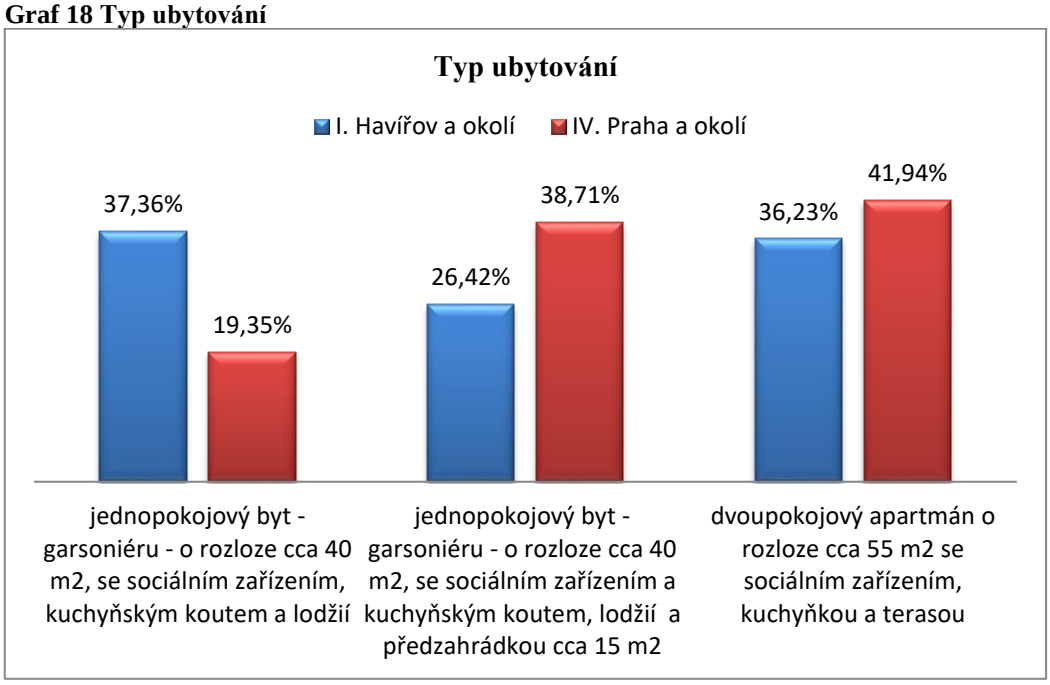
Zdroj: graf vlastní, na základě zjištění uvedených v *Příloze č. 14*

5. Typ ubytování

Otázka měla zjistit, zda (budoucí) senioři projevují zájem spíše o standardní ubytování v garsoniéře o cca 40 m^2 nebo v komfortnější garsoniéře i s malou předzahrádkou, či v dvoupokojovém apartmánu.

Největší zájem byl zaznamenán o standardní garsoniéru (38,3 % celkového počtu respondentů). Hned za standardní garsoniérou se umístil dvoupokojový apartmán (35,7 %). S odkazem na zjištění k otázce č. 4 usuzuji, že o tento typ bydlení projevily zájem manželské nebo partnerské páry. Nejmenší zájem byl o garsoniéru s lodžií a předzahrádkou. Je zřejmé, že respondenti počítají spíše s tím, že seniorské ubytování využijí až v době částečné nebo úplné závislosti na druhé osobě – viz zjištění otázky č. 3. Odlišná zjištění vyplynula z odpovědí, získaných v regionu Praha a okolí. Zde byl evidován zájem v pořadí od nejvíce komfortního bydlení (apartmán), přes garsoniéru s lodžií a předzahrádkou až po standardní garsoniéru. Tento výsledek přikládám větší kupní síle v tomto regionu.

Graf 18 Typ ubytování



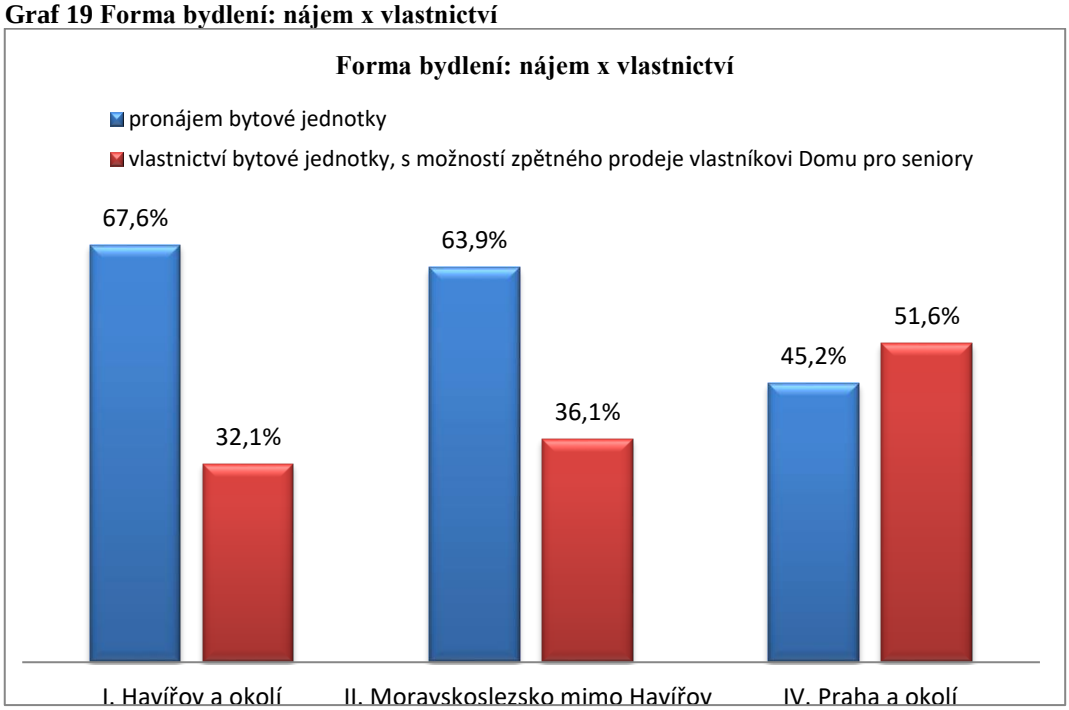
Zdroj: graf vlastní, na základě zjištění uvedených *v Příloze č. 14*

6. Forma bydlení: nájem x osobní vlastnictví

Cílem této otázky bylo zjistit, zda se již dostala dostatečně do povědomí lidí možnost koupě bytu v domě s pečovatelskou službou pro účely seniorského bydlení, který by byl užíván v rámci rodiny pro zabezpečení aktuální potřeby a zároveň by sloužil jako likvidní aktivum vlastníka nemovitosti. Tuto možnost by mohli využít jak přímo uživatelé - senioři, tak i jejich děti, které by tak zabezpečily své rodiče.

Respondenti zvolili takřka v 66 % nájemní bydlení, zbytek by zvolil koupi bytu s možností zpětného prodeje. Porovnáme-li jednotlivé regiony, zjistíme, že zájem o koupi bytu roste s kupní silou obyvatelstva a větším povědomím, jak používat širší škálu finančních nástrojů. Následující graf porovnává respondenty z Havířova a okolí, Moravskoslezského kraje bez Havířova (tj. vesměs Ostrava a Opava) s kontrolním vzorkem Praha a okolí.

Graf 19 Forma bydlení: nájem x vlastnictví



Zdroj: graf vlastní, na základě zjištění uvedených v *Příloze č. 14*

7. **Jste nebo budete ochoten/a anebo schopen/a připlatit za poskytované služby - kromě svého pravidelného příjmu?**

Velice důležité je zjištění, že více než 20 % respondentů není **ochotno** připlácet kromě svého pravidelného příjmu na bydlení a sociální služby. Markantnější neochota se projevila u respondentů z Moravskoslezského kraje mimo Havířova, kdy záporně odpovědělo dokonce 27,7 % účastníků této části ankety.

Neochotu respondentů je nutné odlišit od respondentů, kteří nejsou **schopni díky omezeným finančním možnostem** připlácet na pobyt v takovém zařízení. Těch je evidováno téměř 40 % z celkového počtu odpovědí na tuto část ankety. Nejvíce jich pochází z Moravskoslezského kraje včetně Havířova (40 %), dále z Prahy a okolí (45,2 %).

Více než třetina respondentů (38,3 %) je ochotna připlácet na provoz zařízení. Valné většině těchto respondentů vyhovuje měsíční příplatek, marginální část je ochotna zaplatit jednorázový vstupní poplatek (v současné době se uplatňují formou sponzorského daru rodinných příslušníků).

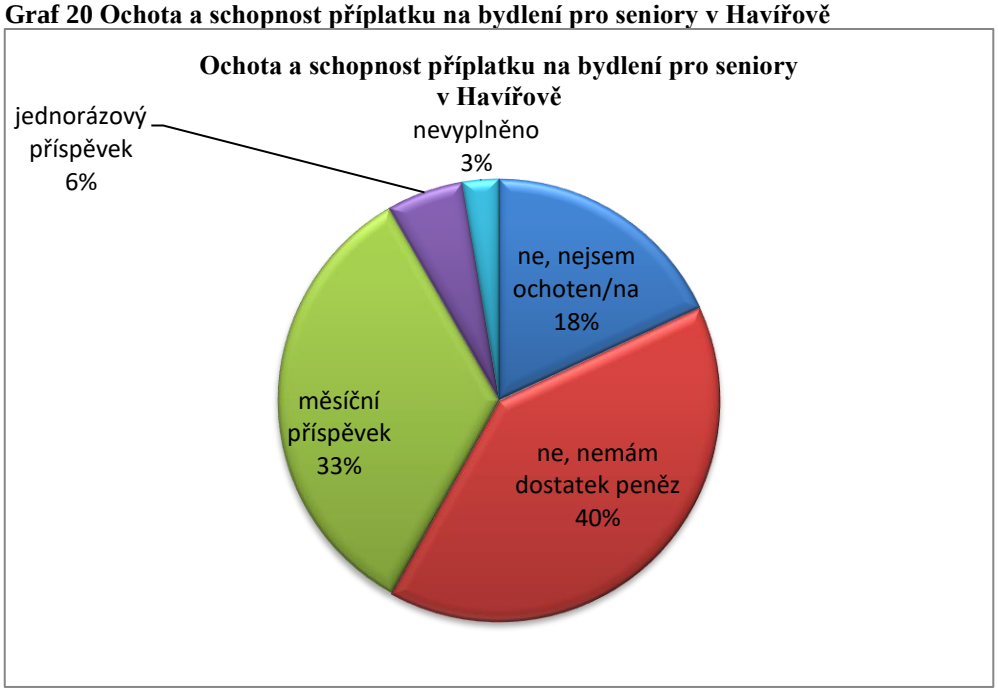
Deset respondentů z Havířova je ochotno zaplatit **jednorázový vstupní poplatek**, z toho 2 respondenti neuvedli částku, 8 respondentů je ochotno složit v průměru 38.250 Kč. Poslední respondent, spadající do Moravskoslezského regionu mimo Havířova, uvedl jednorázovou částku 50.000 Kč.

Přibližně 35 % respondentů bez ohledu na region počítá s měsíčními příspěvky. Jejich průměrná výše je ve sledovaných regionech odlišná:

Havířov a okolí	2.004 Kč,
Moravskoslezský kraj bez Havířova a okolí (vesměs Ostrava nebo Opava)	3.161 Kč,
Praha a okolí	1.900 Kč,
Ostatní regiony	1.269 Kč.

Zkolektované odpovědi na tuto otázku vypověděly také o tom, že v povědomí lidí často chybí myšlenka finančně se zabezpečit na stáří, popř. použít k financování svého seniorského věku kromě svého důchodu i svůj majetek. Přetrvává spoléhání se na stát. Další příčinou mohou být ekonomické nesnáze v produktivním věku, které se dají o to více očekávat v problémovém regionu s vysokou nezaměstnaností.

Graf 20 Ochota a schopnost příplatku na bydlení pro seniory v Havířově



Zdroj: graf vlastní, na základě zjištění uvedených *v Příloze č. 14*

8. Požadované standardní i doplňkové služby v ubytovacím zařízení pro seniory

Tato otázka měla za úkol zjistit nejčastější požadavky a přání potenciálních obyvatel ubytovacího zařízení pro seniory.

Bylo zjištěno, že mezi 15 nejžádanějších služeb, bez výrazných regionálních odchylek, patří podle pořadí:

Tabulka 32 Pořadí důležitosti v anketě A.

1.	Lékař
2.	Lékárna
3.	Zdravotní rehabilitace, masáže
4.	Obchod
5.	Zajištění stravování
6.	Bazén, vířivka
7.	Kadeřník/holič
8.	Organizované výlety
9.	Praní, žehlení a údržba prádla
10.	Úklid pokoje/bytu
11.	Samostatná kuchyňka
12.	Manikúra, pedikúra
13.	Doprava na úřady nebo na odborná lékařská vyšetření
14.	Tělocvična
15.	Doprovod na úřady nebo na odborná lékařská vyšetření

Zdroj: vlastní zpracování

Konkrétní údaje jsou obsaženy *v Příloze č. 14.* Je zcela evidentní, že běžní obyvatelé přirozeně nerozlišují zdravotní a sociální péči. Bariéry, které v naší společnosti existují, jsou administrativního charakteru a byly vytvořeny uměle systémově. Pocházejí z rezortismu, popsaného *v kapitole 6* této práce. Nad to je patrné, že jako prioritní služby v zařízeních sociální péče byly označeny zdravotnické služby. Proti tomu stojí skutečnosti, že zdravotnické úkony jsou hrazeny pouze přibližně z jedné pětiny (*kapitola č. 4.3.3).* Odpovědi na tuto otázku považuji za potvrzení užitečnosti zavedení koncepce dlouhodobé péče a nezbytnosti profinancovávání skutečně provedené zdravotní péče v sociálních zařízeních.

Součástí této otázky bylo také uvedení dalších možných námětů pro aktivity, které by potenciální klienti – senioři uvítali. U celoživotního vzdělávání se objevily náměty na kurzy práce na počítačích a také docházení na místní Univerzitu třetího věku, či zavedení podobně vzdělávacího programu přímo v seniorském bydlení. Z kulturních a sportovních aktivit se nejčastěji opakovaly knihovna, návštěva koncertů a divadelních představení, procházky do okolí a výlety, relaxační seance, lidový tanec, plavání a dokonce veřejný dům, což svědčí o vitalitě a pozitivním přístupu k životu respondentů a budoucích seniorských klientů.

Otázky **č. 9 Jste muž/žena**, **č. 10 Jaký je váš věk?** a **č. 12. Jakého nejvyššího vzdělání jste dosáhl/a?** jsou zhodnoceny v souhrnných výsledcích. Otázka č. 11 **Kde máte trvalé bydliště?** je irelevantní, jelikož celá anketa je hodnocena porovnáním jednotlivých regionů.

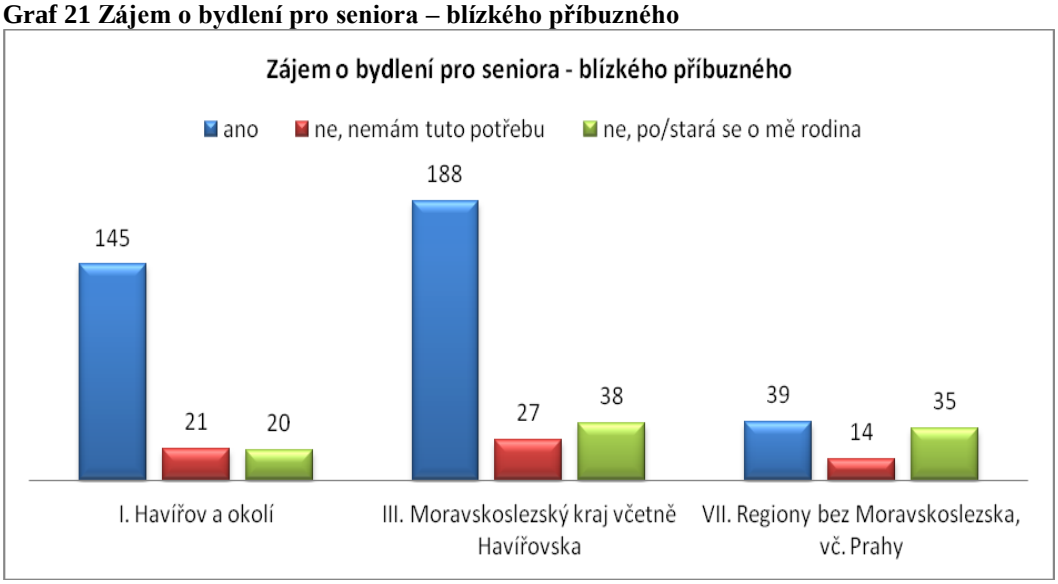
<u>Část B</u> je určena pro ty, kteří anketu vyplní za svého blízkého nebo příbuzného.

Tato část ankety měla za úkol v prvé řadě zjistit, jakou zodpovědnost za své rodiče pociťují občané v produktivním věku. Oproti části první je dále v této části ankety testována potřeba bydlení pro seniory v bližším budoucím časovém horizontu.

1. **Máte nebo budete mít zájem či potřebu bydlení pro seniory pro Vašeho blízkého nebo příbuzného?**

Z celkového počtu aktivně oslovených respondentů jich 66,6 % odpovědělo kladně na otázku, že potřebují zajistit bydlení pro seniory. V Havířově to bylo dokonce 78 %. Opačné výsledky vzešly z kontrolního vzorku regionu Praha a okolí, kde zájem o bydlení pro seniory byl pouze v 36,7 %. Pražští respondenti spíše odpovídali, že se o své blízké postarají v rámci rodiny (43,3 %). Havířov vykázal nejmenší podíl respondentů, kteří se o svého seniora postarají v rámci rodiny (10,8 %). Důvod opět spatřuji v tendenci mladých Havířovanů opustit region kvůli sporým pracovním příležitostem.

Graf 21 Zájem o bydlení pro seniora – blízkého příbuzného



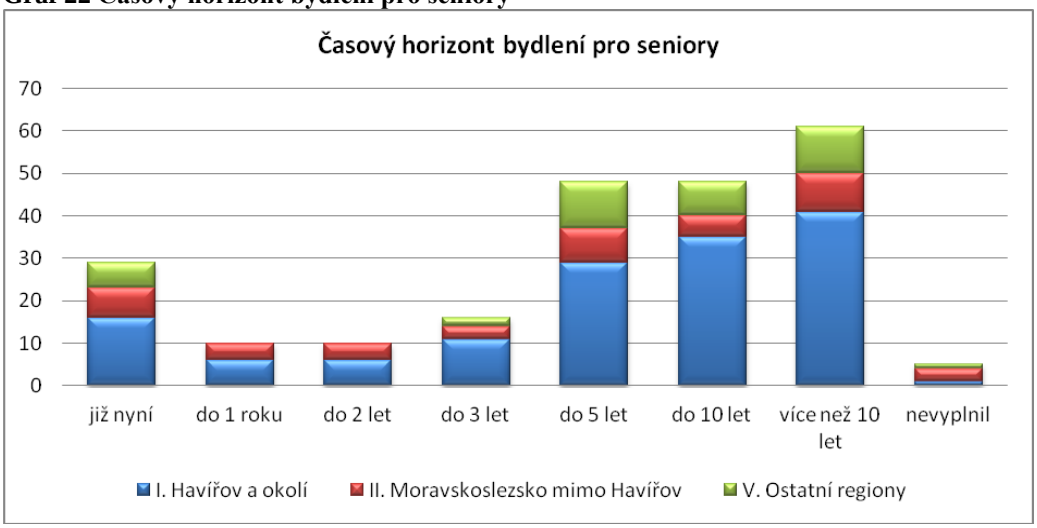
Zdroj: graf vlastní, na základě zjištění uvedených *v Příloze č. 14*

2. **Kdy je aktuální zájem nebo potřeba blízkého nebo příbuzného o bydlení pro seniory**

Vyplnilo se očekávání, že v části B, oproti části A, aktuální potřeba nebo zájem o bydlení pro seniory se více soustřeďuje do nejbližších pěti let (téměř polovina respondentů). Daleko vyšší je i okamžitá potřeba, která se pohybuje kolem 12 %, a to ve všech regionech kromě kontrolního vzorku Praha a okolí (dokonce 18,2 %). Vzhledem

k tomuto zjištění budou výsledky části B ankety konkrétnější co do současných potřeb zajištění seniorského bydlení svému blízkému příbuznému. Bude rovněž přesnější v testování finančních možností příbuzných.

Graf 22 Časový horizont bydlení pro seniory



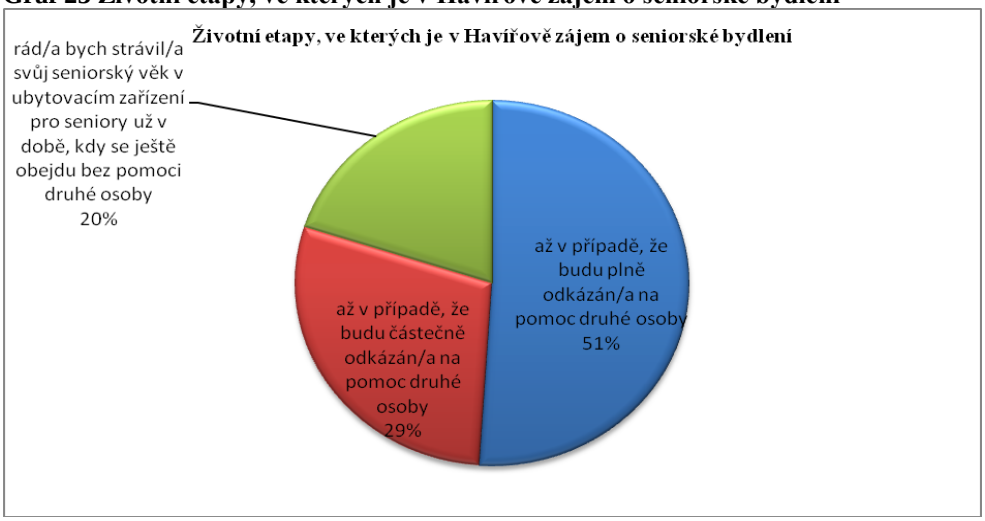
Zdroj: graf vlastní, na základě zjištění uvedených *v Příloze č. 14*

3. **Do jaké životní etapy spadá zájem nebo potřeba ubytování pro blízkého příbuzného**

Stejně jako u téže otázky v části ankety A se i zde prokázalo, že naprostá většina respondentů vyhledává seniorské bydlení až v době, kdy bude částečně nebo zcela závislá na pomoci druhé osoby. Pouze 15 % všech respondentů požaduje domov pro seniory ještě v době jejich plné soběstačnosti v samostatném bydlení a má zájem také o služby na stáří. Naopak celých 56,4 % připouští nutnost tohoto typu pobytového zařízení až v době úplné závislosti na cizí pomoci.

Havířov se mírně odchyluje od celkového průměru: o 5 % více respondentů by přivítalo domov seniorů již v době, kdy je senior ještě schopen se o sebe postarat.

Graf 23 Životní etapy, ve kterých je v Havířově zájem o seniorské bydlení

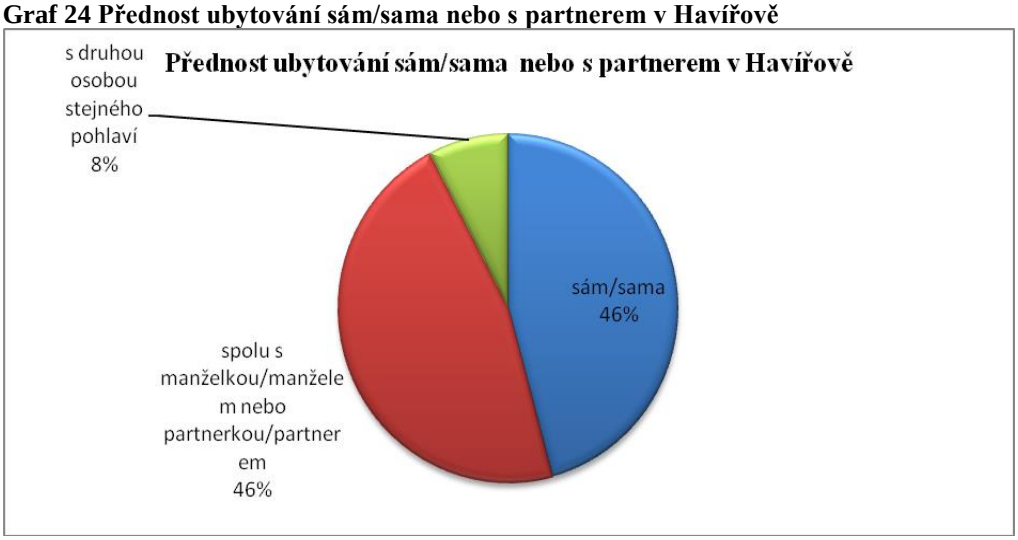


Zdroj: graf vlastní, na základě zjištění uvedených *v Příloze č. 14*

4. Přednost ubytování sám/sama nebo s partnerem pro blízkého příbuzného

Je zajímavé, že stejně jako u téže otázky v části A ani děti neprojevily valný zájem zajistit svému rodiči bydlení s osobou stejného pohlaví (10,2 % celkových respondentů, u Havířovanů dokonce jen 7,6 %). Přijatelnější a přirozenější je bydlení s životním partnerem (44,3 % celkově, 46,5 % Havířované) a pokud (již) partner není, pak samostatné bydlení (45,6 %; 45,8 %). Výsledky Moravskoslezského kraje potvrzují uvedená zjištění za Havířov a okolí i za respondenty celkem.

Graf 24 Přednost ubytování sám/sama nebo s partnerem v Havířově



Zdroj: graf vlastní, na základě zjištění uvedených v *Příloze č. 14*

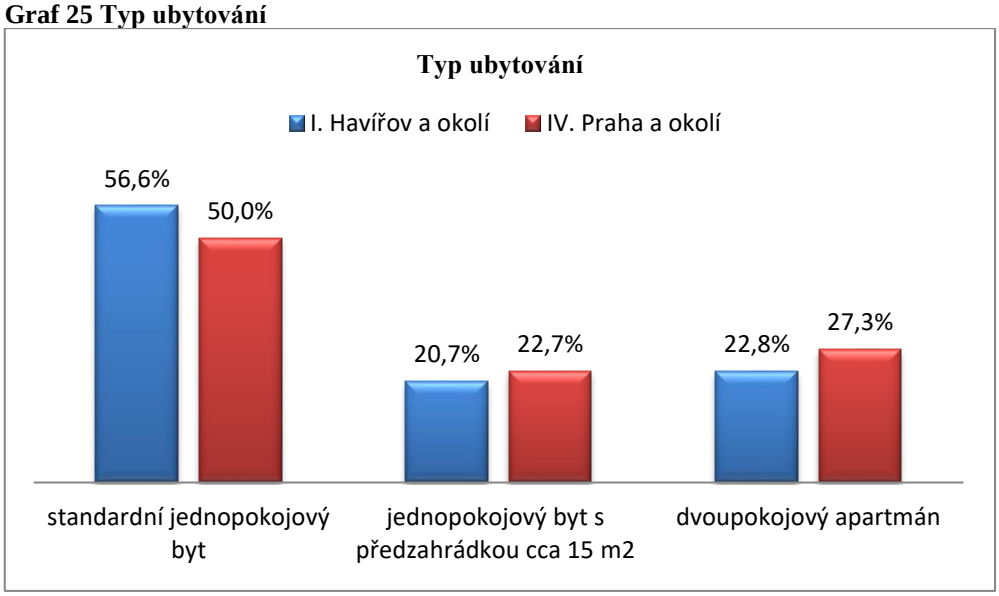
5. Typ ubytování pro blízkého příbuzného

Otázka směřovala ke zjištění, zda děti mají zájem obstarat pro své rodiče standardní ubytování v garsoniéře o cca 40 m^2 nebo v komfortnější garsoniéře i s malou předzahrádkou, či v dvoupokojovém apartmánu.

Největší zájem byl zaznamenán o standardní garsoniéru (52,4 % z celkového počtu respondentů). Hned za ní se umístil dvoupokojový apartmán (21,2 %). Na rozdíl od otázky v části A byl patrný daleko větší rozdíl mezi těmito dvěma typy ubytování ve prospěch standardní garsoniéry, z čehož usuzuji, že děti shánějí ubytování pro své rodiče spíše až v případě, kdy rodič zůstane sám. Nejmenší zájem byl projeven o garsoniéru s lodžií a předzahrádkou. Je zřejmé, že respondenti počítají spíše s tím, že seniorské ubytování budou pro své rodiče zajišťovat až v době jejich částečné nebo úplné závislosti na druhé osobě – viz zjištění otázky č. 3.

Podíváme-li se na regionální porovnání mezi Havířovem a Prahou a jejím okolím, zjistíme, že významný rozdíl, který byl pozorován v části A, již není tak markantní. Jakmile respondenti uvažují o blízké budoucnosti svých rodičů v reálném čase, výsledek je věcnější a méně nadnesený.

Graf 25 Typ ubytování



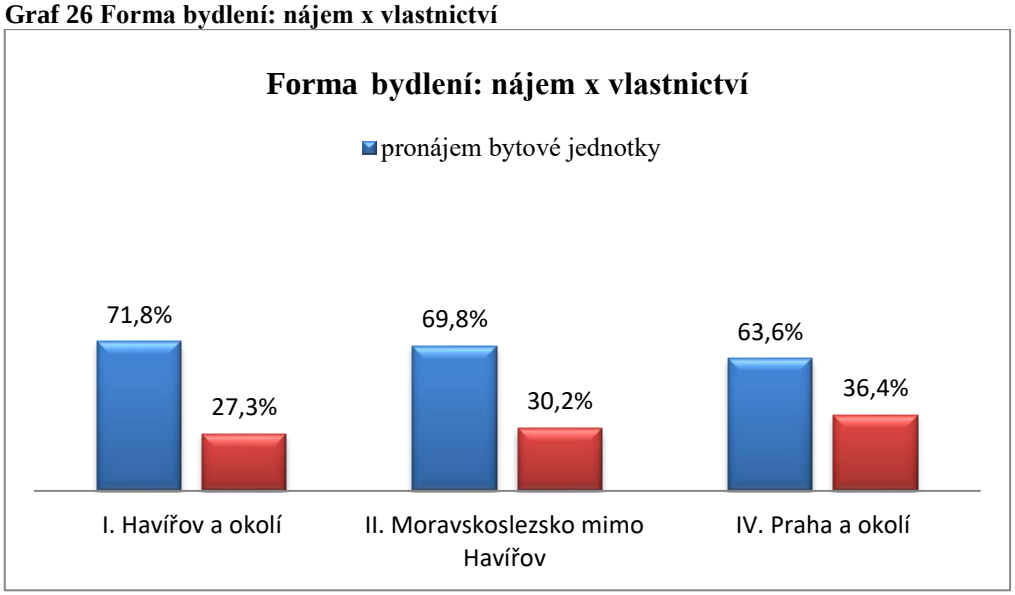
Zdroj: graf vlastní, na základě zjištění uvedených v *Příloze č. 14*

6. Forma bydlení: nájem x vlastnictví pro blízkého příbuzného

Naprostá většina, celkem 71,8 % všech respondentů, dává přednost pronájmu bytové jednotky. Tento výsledek je přibližně stejný u všech sledovaných regionů s výjimkou Prahy a okolí, kde byl zjištěn větší zájem o koupi bytové jednotky do osobního vlastnictví v domě s pečovatelskou službou s možností zpětného prodeje

(36,4 %) než např. v Havířově (26,9 %). Stejně jako v části A přičítám tento výsledek větší kupní síle v hlavním městě.

Graf 26 Forma bydlení: nájem x vlastnictví



Zdroj: graf vlastní, na základě zjištění uvedených *v Příloze č. 14*

7. Ochota a schopnost příplatku na bydlení pro blízkého příbuzného seniora v Havířově

Podíl těch, kteří **nejsou ochotni** připlácet na bydlení a sociální služby, je v části B nižší (17,6 %) než ochota připlácet sobě samým (20,4 %) – viz část A. Tím projevily děti vůči svým rodičům větší empatii. Navíc si myslím, že jde o mladší generaci, která si již více uvědomuje individuální zodpovědnost. Největší neochota se projevila u respondentů z Moravskoslezského kraje (31,5%), naopak respondenti z Prahy vyjádřili nejvíce vstřícnosti.

Nyní následuje analýza respondentů, kteří **pro své omezené finanční možnosti** nejsou **schopni** připlácet na pobyt v takovém zařízení. Těch je 40 % z celkového počtu odpovědí na tuto část ankety. Nejvíce jich pochází z Moravskoslezského kraje včetně Havířova (64,8 %), dále z Prahy a okolí (54,6 %).

Celkem 40,5 % respondentů je **ochotno připlácet** na provoz zařízení s tím, že převážná část dává přednost měsíčním, např. vstupním příplatkům.

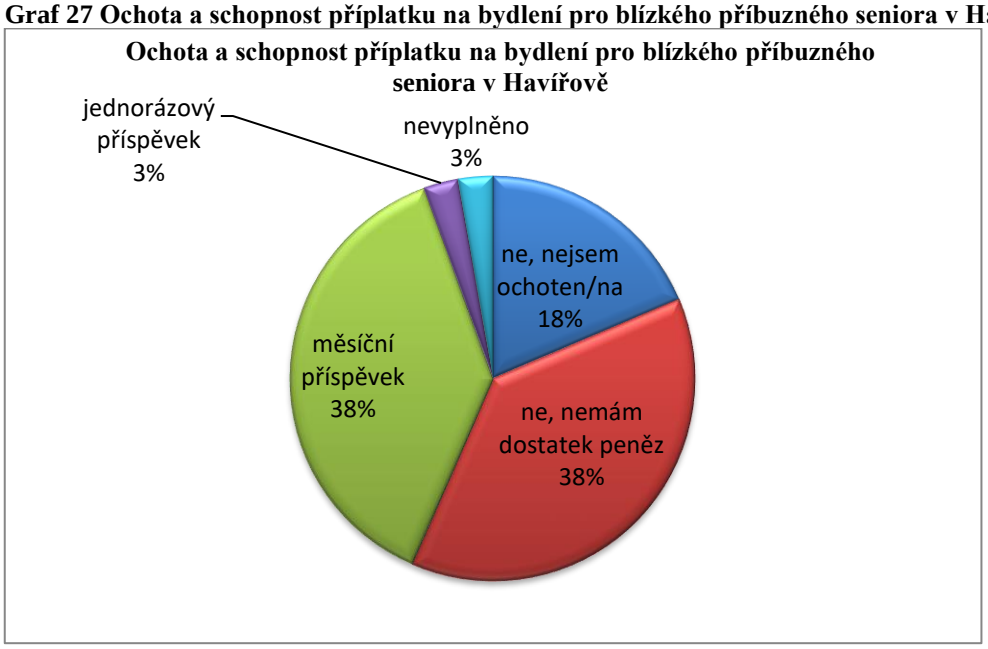
Máme-li na mysli **jednorázový příplatek** (myšleno formou vstupního sponzorského daru), 4 havířovští respondenti souhlasí, přičemž 2 z nich neuvedli částku a dva jsou ochotni přispět 12.000 Kč, resp. 20.000 Kč. Další čtyři respondenti, pocházející z Moravskoslezského regionu (mimo Havířov), uvedli částky dvakrát 10.000 Kč a dvakrát 50.000 Kč.

Cca 37 % respondentů, bez výrazných regionálních rozdílů, počítá s měsíčními příspěvky. Jejich průměrná výše je ve sledovaných regionech následující:

Havířov a okolí	1.505 Kč,
Moravskoslezský kraj bez Havířova a okolí (vesměs Ostrava a Opava)	2.859 Kč,
Praha a okolí	2.320 Kč,
Ostatní regiony	960 Kč.

Původ tohoto jevu přisuzuji stejným příčinám jako v hodnocení zjištění získaných v otázce č. 7 části A.

Graf 27 Ochota a schopnost příplatku na bydlení pro blízkého příbuzného seniora v Havířově



Zdroj: graf vlastní, na základě zjištění uvedených *v Příloze č. 14*

8. Standardní a doplňkové služby pro využití blízkým/ou nebo příbuzným/ou

Tato otázka měla za úkol zjistit nejčastější požadavky a přání potenciálních obyvatel ubytovacího zařízení pro seniory. Výsledky ankety jsou podrobně uvedeny v *Příloze č. 14*. Níže je uvedeno pořadí 15 nejžádanějších služeb:

Tabulka 33 Pořadí důležitosti služeb podle ankety B.

1.	Lékař
2.	Zajištění stravování
3.	Lékárna
4.	Obchod
5.	Zdravotní rehabilitace, masáže
6.	Úklid pokoje/bytu
7.	Praní, žehlení a údržba prádla
8.	Kadeřník/holič
9.	Samostatná kuchyňka
10.	Organizované výlety
11.	Manikúra, pedikúra
12.	Bazén, vířivka
13.	Doprovod na úřady nebo na odborná lékařská vyšetření
14.	Doprava na úřady nebo na odborná lékařská vyšetření
15.	Restaurace

Zdroj: vlastní zpracování

Konkrétní údaje jsou obsaženy v *Příloze č. 14* této disertační práce. Mladší respondenti, kteří zvažovali priority služeb pro své rodiče, nepreferovali tak intenzivně zdravotní péči jako starší respondenti v části A., byť se opět umístila na předních místech. Podle mého názoru mladší respondenti jsou vzdálenější potřebám seniorů, kteří se zvyšujícím se věkem čím dál více upřednostňují zdravotní aspekty. Je otázkou, zda tento aspekt nesehrává stejnou roli v tom, že se dosud nepodařilo legislativně zavést koncepci dlouhodobé péče v naší zemi.

Respondenti také slovně uvedli náměty dalších aktivit pro své blízké příbuzné. U celoživotního vzdělávání byly poznačeny náměty na kurzy práce na počítačích. Z kulturních a sportovních aktivit se nejčastěji objevily knihovna, tiskoviny, návštěva koncertů, společenská místnost a kultura, pochůzková služba a taneční kurzy.

Otázky **č. 9 Je Váš blízký/á nebo příbuzný/á muž/žena?**, **č. 10 Jaký je věk Vaší/eho blízké/ho nebo příbuzné/ho?** a **č. 12. Jakého nejvyššího vzdělání jste dosáhl/a?** jsou vyhodnoceny v souhrnných výsledcích. Otázka č. 11 **Kde máte trvalé bydliště?** je irelevantní, jelikož celá anketa je zaměřena na porovnání jednotlivých regionů.

8.2.3 Zjištění získaná anketou

Výsledky ankety naplnily má očekávání a přinesly požadované výstupy. Získala jsem dostatečný počet vyplněných anketních lístků. Největší část pochází z Havířova a jeho blízkého okolí. Informace o anketě se v okolí rozšířila velmi rychle a při její distribuci a vyplňování jsem se setkala se značným zájmem. Z tohoto důvodu také vyvozuji, že

anketa byla z velké části vyplněna zodpovědně. Respondenti totiž reagovali na konkrétní možnost rezidenčního ubytování v jim známé lokalitě.

S podobnou, ale již ne tak intenzivní motivací vstupovali do ankety respondenti ostatních částí Moravskoslezského kraje. Do šetření se zapojili především obyvatelé blízké Ostravy, Frýdku-Místku a Opavané, kteří ale bydlí dále od Havířova. Jedná se však o velká města a centra významných mikroregionů Moravskoslezského kraje. Celkový podíl respondentů tohoto kraje činil 78 %. Podařilo se shromáždit nemalé procento odpovědí od respondentů z Prahy a okolí (16 %). Ten jsem označila jako kontrolní vzorek.

Na základě analýzy výsledků ankety je možno vyvodit závěr, že **potřeby** stávajících i budoucích seniorů nejsou závislé na tom daném regionu. Co se týká možností financování, je naopak patrné, že dotazovaní z regionů s větší kupní silou jsou ochotnější pro svého seniora v rodině případně bytovou jednotku i koupit.

Obyvatelé Havířova a okolí intenzivně přemýšlejí o svém životě nejen současném, ale také o tom, jak a jaké bydlení si na stáří zajistit. V naprosté většině považují změnu ubytování směrem k zařízení pro seniory za přirozenou. Očekávají, že toto rezidenční ubytování bude nabízet stále širší škálu služeb ve zvyšující se kvalitě. Podle vyhodnocení pořadí požadovaných služeb se dá mj. usoudit, že lidé – uživatelé služeb pro seniory – nerozlišují hranici mezi zdravotní, sociální a ostatní péčí.

Rodina většinou není považována za přirozeného poskytovatele péče. Ukázalo se, že existence sociálních služeb a jejich využívání se staly samozřejmou součástí života, se kterou obyvatelé sledovaného regionu přirozeně počítají.

Dalším jejich očekáváním je skutečnost, že jako doposud bude největším zdrojem financování seniorů stát a obec (což si zřejmě ani neuvědomují), zatímco jejich participace, tj. participace občana, zůstane nezměněna. Přibližně 20 % stávajících nebo budoucích seniorů není **ochotno** připlácet za poskytované služby. Alarmující je však zjištění, že zhruba 40 % respondentů uvedlo, že není **schopno** připlácet si na péči ve stáří – nemají nebo nebudou mít dostatek finančních prostředků, aby přispěli sobě nebo svým rodičům. Zjištěná kvantifikace schopnosti připlácet na péči odpovídá výpočtům *v kapitole 7.5.*

Co se týká **financování**, anketou byly zjištěny regionální rozdíly: Havířov a okolí vykazuje druhé nejvyšší procento neschopných připlácet na péči v rámci sledovaných regionů. Absolutně nejvyšší podíl neschopných připlácet však překvapivě pochází z Prahy a okolí.

SHRNUTÍ PRAKTICKÉ ČÁSTI

Praktická část byla věnována nejprve českému systému sociálních služeb a jejich financování. V ČR byla v roce 2016 evidována výrazně vyšší poptávka takřka po všech formálních druzích služeb sociální péče. Extrémní pak byla u pobytových služeb typu domovů pro seniory (65,8 tis. neuspokojených žádostí) a domovů se zvláštním režimem (21,3 tis. neuspokojených žádostí). Co se týká nákladovosti, nejvyšší agregátní výdaje byly zaznamenány u domovů pro seniory (11,6 mil. Kč) a domovů se zvláštním režimem (6,1 mil. Kč). Terénní pečovatelská služba si vyžádala výdaje nepoměrně menší (2,6 mil. Kč). Nejvyšší průměrné náklady na jednoho klienta tradičně vykázaly pobytové služby poskytované v domovech se zvláštním režimem (30,2 tis. Kč) a v domovech pro seniory (27 tis. Kč). I zde terénní pečovatelská služba vykázala nesrovnatelně nižší průměrný měsíční náklad na jednoho klienta (2 tis. Kč). Všechna tato porovnání hovoří ve prospěch preferování terénních služeb poskytovaných v domácím prostředí, protože jsou v rámci formálních služeb nejefektivnější.

Základními zdroji financování v roce 2016 byly: příspěvek na péči (37,8 %), dotace ze státního rozpočtu (35,6 %), úhrada klienta, tj. soukromé zdroje (22,5 %), úhrada za ošetřovatelskou péči ze sektoru zdravotnictví (2,1 %) a ESF (2,0 %). Jinými slovy **výdaje na sociální služby byly ze 73,4 % kryty ze státního rozpočtu**. Prostředky ze státního rozpočtu však byly vynakládány netransparentně, neefektivně a nesystémově. Vícezdrojový systém financování sociálních služeb v České republice trpí zásadními problémy u všech pilířů financování z veřejných zdrojů: (i) podfinancováním ze strany sektoru zdravotnictví, (ii) netransparentností v rozdělování dotací ze státního rozpočtu, (iii) nekontrolovatelnými výdaji v podobě příspěvku na péči. Reakcí na nedostatky jsou návrhy odborníků typu **výrazné redukce dotací ze státního rozpočtu** a jejich nahrazení financováním per capita (pouze příspěvkem na péči), **modifikace výše příspěvku na péči** podle druhu sociální služby včetně kontroly čerpání u neformálních poskytovatelů a legislativní ukotvení **plné úhrady zdravotní péče** v ústavních zařízeních sociálních služeb.

Dále byla věnována pozornost poskytování sociálních služeb **soukromým sektorem**. I když *zákon č.108/2006 Sb.* staví na roveň veřejnoprávní a soukromoprávní poskytovatele, praxe ukazuje, že soukromý sektor je pouze marginálním poskytovatelem. Pro soukromého poskytovatele je nesnadné dostat se do sítě sociálních

služeb a být tak příjemcem dotací na provoz. Bez nich soukromý poskytovatel nemůže konkurovat na trhu s dotovanými poskytovateli sociálních služeb. Soukromoprávní subjekty jsou úspěšnější v oblasti budování bezbariérových **pečovatelských bytů** nebo **komunitních domů** pro seniory, kde mohou být efektivně poskytovány terénní služby nebo rozvíjeny neformální služby na bázi komunitního soužití a sousedské výpomoci. Jejich výstavba je podporována investičními dotacemi Ministerstva pro místní rozvoj.

Dalším významným nedostatkem péče o seniory v ČR je tzv. „rezortismus na sociálně-zdravotním pomezí“, čili ztížená vzájemná propustnost těchto rezortů. Efektivním řešením této problematiky se jeví legislativní zavedení **koncepce dlouhodobé péče**. Tento systém je podporován Evropskou unií a má již četné praktické výstupy v zahraničí. Kromě toho, že by přinesl úspory veřejných financí, zkvalitnil by péči o jednotlivého klienta a navíc by posílil terénní a neformální služby poskytované v domácím prostředí, což by znamenalo další úspory systému sociální a zdravotní péče. Vzhledem k demografickým trendům toto řešení hodnotím jako pozitivní krok ke zkvalitnění systému financování sociálních služeb. Systematické propojování sociálních a zdravotních služeb je nezbytnou podmínkou dosažení efektivity. V České republice se zatím nepodařilo schválit jeho legislativní rámec.

Sociální politiky států EU jsou sice autonomní, nicméně zkušenosti ze zahraničí mohou být vzájemně inspirativní. Pro účely této práce byly vybrány tři státy: Rakousko, Švýcarsko a Německo. O mnohé zahraniční zkušenosti by bylo užitečné opřít se při zkvalitňování českého systému financování sociálních služeb.

Případová studie praktického naplňování sociální politiky státu v oblasti služeb sociální péče o seniory na regionální úrovni byla zaměřena **na město Havířov.** Pro Havířov je charakteristické rapidní stárnutí obyvatelstva. Je předpoklad, že v roce 2020 zhruba jedna čtvrtinu Havířovanů bude v seniorském věku (17 tisíc seniorů). V Havířově akcelerují potřeby seniorů díky demografickému vývoji daleko rychleji než v ostatních oblastech České republiky.

Již více než dvanáct let město sestavuje ***Komunitní plán,*** který je podkladem pro střednědobé plánování na úrovni kraje. Vlastní zkušenosti vyplývající z členství v havířovské Komisi pro komunitní plánování potvrdily, že management města se tomuto tématu prvořadě věnuje s cílem vytvoření co nejkvalitnější sítě sociálních služeb. Aktuálně je platný *Komunitní plán* na léta 2014 - 2017 a jeho *Aktualizace* do roku 2019. Pro cílovou skupinu Senioři je v *Komunitním plánu* předložen rozvoj

sociálních služeb, jejichž provozní náklady v roce 2016 činily 125 mil. Kč (bez soukromoprávních subjektů). Pro srovnání: v roce 2012 město podporovalo sociální služby určené seniorům příspěvkem ve výši 62,4 mil. Kč (DSH a SSmH).

Pro seniory je v Havířově je vytvořena síť poskytovatelů všech forem sociálních služeb - ambulantní, terénní a pobytové. Z analýzy vyplývá, že tato síť dostatečně pokrývá potřeby seniorů v oblasti ambulantních a terénních služeb. Co se týká pobytových služeb, srovnání skutečné stávající kapacity (DSH a GrandPark) s doporučeným normativem pro město Havířov 419 lůžek (Marek et al, 2013) také poukazuje na dostatečné pokrytí potřeb. Avšak díky rozdílnosti cen za měsíční pobyt (ve veřejnoprávním DSH podporovaném provozními dotacemi činí 11,4 tis. Kč, zatímco v soukromoprávním GrandParku nepodporovaném provozními dotacemi minimálně 20 tis. Kč[30]), DSH eviduje trvale neuspokojenou poptávku, na rozdíl od Grand Parku, jehož kapacita nebývá zcela naplněna. Jeho služby využívají movitější klienti v rámci širší spádové oblasti Moravskoslezského regionu.

V souladu s obecným fenoménem je stále aktuálnější potřeba lůžek v domovech se zvláštním režimem, a to nově pro osoby trpící duševními chorobami a smyslovým postižením v nižším než důchodovém věku. Pro tuto cílovou skupinu je připravováno rozšíření stávajících kapacit.

Největšími poskytovateli jsou veřejnoprávní instituce, které jsou postupem času doplňovány neziskovými a privátními poskytovateli. Soukromoprávní sektor poskytuje především pobytovou a terénní péči. Nově se jeho iniciativy projevují mimo poskytování sociálních služeb, a to ve výstavbě sociálního bydlení - pečovatelských bytů.

V oblasti financování bylo potvrzeno, že soukromoprávní sektor je ve velmi malé míře podporován dotacemi ze státního rozpočtu a příspěvky města, na rozdíl od veřejnoprávních institucí. V rozporu *se zákonem o sociálních službách* není tedy nastoleno zdravé konkurenční prostředí vyúsťující ve vyšší míru efektivity služeb při zachování a zkvalitňování péče o seniory.

Na příkladu Domova seniorů Havířov byly modelovány tři návrhy variant změny systému financování v České republice, které zcela nebo částečně redukují dotaci ze státního rozpočtu ve prospěch navýšení příspěvku na péči v pobytových zařízeních. Výsledkem bylo zjištění, že zavedení všech variant by přineslo úspory obecnímu

[30] Úroveň ubytování a kvalita služeb je přitom zcela srovnatelná

rozpočtu v minimální částce 10,5 mil. Kč (varianta č. 1) při zachování agregátních výdajů státního rozpočtu. Navíc díky spravedlivějšímu rozdělování veřejných zdrojů na principu per capita by umožnilo zdravější konkurenční prostředí, větší angažmá privátního sektoru při poskytování pobytových služeb pro seniory a v neposlední řadě efektivnější vynakládání veřejných prostředků.

Dále bylo zkoumáno, zda uživatelé sociálních služeb v Havířově mají dostatečné finanční prostředky na nákup sociálních služeb, což je nutno vzít v potaz zejména v ekonomicky problémovém regionu. Základní zdroj – starobní a jiné důchody, jsou zde mírně pod průměrem České republiky, s tím, že problémovou a zároveň většinovou skupinou jsou osamělé ženy s velmi podprůměrnými důchody. Bylo zjištěno, že 44,4 % seniorů není schopno zaplatit z vlastních prostředků pobyt a stravu v domově pro seniory. Zde nastupuje úloha obce, daná legislativně, kterou soukromý sektor není schopen nahradit. Role obce je tak nezastupitelná pro ekonomicky slabší obyvatele. Kvantifikace ukázala, že v roce 2016 činila takto neuhrazená částka 3,9 mil. Kč. Pokud se vrátím k variantním návrhům úplné nebo částečné eliminace dotací ze státního rozpočtu, pak tato položka by měla být nadále kryta státní dotací jako příspěvek postiženému regionu. Výše uvedené ale neznamená, že by měla být redukována individuální zodpovědnost, jak to umožňoval štědrý sociální stát.

Dalším zdrojem pro nesoběstačné seniory je příspěvek na péči. Ten je, podobně jako v České republice, ve valné většině využíván mimo registrované poskytovatele sociálních služeb (cca 71 %). Navíc v regionu s ekonomickými problémy o to více slouží jako náhradní zdroj rodinných příjmů. Pokud by tento jev sloužil ve prospěch seniora, pro něhož je domácí prostředí nejlepší, pak je příspěvek použit správně. Chybí však dostatečné kontrolní mechanizmy, zda je péče o seniory v domácím prostředí dostatečně kvalitní a zda jsou veřejné finance využívány efektivně. Empiricky bylo potvrzeno, že ke zneužívání příspěvku na péči dochází především v I. a II. stupni.

S přibývajícím věkem je smazávána hranice mezi sociální a zdravotní péčí. I když v Havířově není zařízení poskytující služby ve smyslu koncepce dlouhodobé péče, zárodky se zde objevují a je zde přichystána půda pro vznik tohoto potřebného zařízení.

Významným krokem se podle mého názoru otevření **Centra pro rodinné pečující,** jež snoubí odpověď na všechny klíčové problémy poskytování péče pro stárnoucí občany v současnosti (dosud legislativně nevyřešená dlouhodobá péče, odklon příspěvku na péči ze systému sociálních služeb). Cílem projektu je udržet pečované osoby co nejdéle v domácím prostředí a pomoci pečujícím osobám, aby se lépe

orientovaly v systémech sociální a zdravotní péče Tím by nemuselo docházet ke zbytečnému překrývaní služeb a potažmo plýtvání jak soukromých, tak i veřejných financí.

Již zmíněná modelace variantních návrhů financování sociálních služeb na ekonomických ukazatelích Domova seniorů Havířov v roce 2012 poukázala, že nejožehavějším problémem financování sociálních služeb je hluboké podfinancování zdravotní péče poskytované v sociálních zařízeních. Konkrétně u Domova seniorů Havířov byla vyčíslena chybějící částka z tohoto rezortu ve výši cca 17,6 mil. Kč ročně.

Z analýzy sociálních služeb v Havířově vyplynul jednoznačný závěr, že síť, sestavená především z veřejnoprávních subjektů, poskytuje vysoce kvalitní služby a s výjimkou pobytových služeb (které jsou nejnákladnější službou) pokrývá potřeby svých obyvatel.

Byla také provedena komparace vybraných ukazatelů z oblasti sociálních služeb a jejich financování Havířova s Českou republikou. Z ní mj. vyplynula ve vícezdrojovém financování jistá odlišnost od celostátního průměru. Zatímco podíl Havířova na celkových příjmech ČR za sociální služby činil 0,60 %, podíl příjmů od uživatelů Havířova za pobyt, stravu a péči byl o 7 p. b. nižší než celostátní průměr, na úkor dotací (8 p. b.) a ostatních příjmů (4 p. b.). Je patrné, že Havířované nebyli v roce 2016 tolik schopni pokrýt náklady za sociální služby z vlastních zdrojů, čímž se zvýšila role státního a komunálního rozpočtu. Naplno se tak projevil charakter strukturálně postiženého regionu. Co se týká průměrných měsíčních nákladů na vybrané sociální služby, náklady na terénní pečovatelské služby a na pobytové služby typu odlehčovací služby a domovy pro seniory byly poměrně nižší než republikový průměr, čili daly se pořídit za výrazně nižší náklady (u pečovatelských a odlehčovacích služeb takřka za polovinu). Naproti tomu pobytová služba poskytovaná v domově se zvláštním režimem v Havířově byla o 19 p. b. nákladnější. Na vyšších nákladech se podepsala rekonstrukce pokojů objektu z domova pro seniory na domov se zvláštním režimem. Vezmeme-li v úvahu tuto skutečnost, i zde je podle mého soudu zřetelný regionální vliv - nízká kupní síla a nižší mzdové příjmy obyvatel, které tvoří zásadní podíl na celkových nákladech.

V oblasti zdrojů financování roce 2017 byl havířovský podíl úhrad od uživatelů na pobyt, stravu a péči v normě celostátního průměru. Zásadní zjištění směřuje do čerpání nejvýznamnějších zdrojů financování, a to (i) příspěvku na péči, které bylo oproti ČR výrazně poddimenzované (na 59 % republikového průměru), a (ii) dotací ze státního

rozpočtu (na 67 % republikového průměru), které byly vydatně nahrazeny dotacemi z rozpočtu města Havířova. Poslední provedené srovnání poukazuje na rozdíly v intenzitě převisu poptávky nad nabídkou. V České republice byla v roce 2016 zaznamenána poptávka vyšší než nabídka u všech vybraných druhů sociálních služeb. Nejmenší rozdíl byl u terénních služeb typu pečovatelská služba a osobní asistence. Naopak extrémně nenasycená poptávka byla evidována u pobytových služeb poskytovaných v domovech pro seniory (2,84) a v domovech se zvláštním režimem (2,40). Principiálně stejná situace byla v Havířově, s tím, že pečovatelská služba, osobní asistence a odlehčovací služby pokrývaly evidovanou poptávku, zatímco pobytové služby zaznamenaly ještě vyšší poptávku než průměr ČR, což koresponduje s již zmíněným fenoménem nadprůměrně stárnoucího regionu.

Další zkoumání jsem opřela o výstupy dvou empirických výzkumných nástrojů. Prvním byla **metoda standardizovaných řízených rozhovorů** s odborně či profesně vzdělanými odborníky z oboru. Úkolem bylo zjistit, jak se bude a jak by se měla podle respondentů vyvíjet role státu v oblasti sociálních služeb pro seniory, jak se bude vyvíjet role rodiny a jakou roli budou a měly by sehrávat další instituce – zdravotnictví, soukromý sektor, církev, sponzoři, dobrovolníci nebo Evropská unie.

Respondenti řízených rozhovorů na první místo umístili **rodinu.** Ta však nemůže sama zvládnout roli poskytovatele sociální péče pro seniory. Podle respondentů největší oporou rodiny má být **stát,** a to v roli subjektu, který stanovuje optimální systém sociální politiky a efektivně distribuuje finanční prostředky. Třetí příčku obsadily **zdravotní pojišťovny**. Z šetření je zřejmé, že sektor zdravotnictví by měl v daleko vyšší míře participovat na financování sociálních služeb. Další umístění patří **soukromému sektoru**. Z šetření vyplynula taktéž pozitivní role **dobrovolnictví a sponzorství**.

Druhým šetřením, o který jsem doplnila výzkum, byla **anketa**. Ta byla zaměřena na zjištění potřeb stávajících a budoucích uživatelů pobytových zařízení pro seniory. Obyvatelé Havířova v naprosté většině považují změnu ubytování směrem k zařízení pro seniory za přirozenou. Očekávají, že toto zařízení bude nabízet širokou škálu služeb, přičemž nerozlišují hranici mezi zdravotní, sociální a ostatní péčí. Co se týká **financování**, je patrné, že cca **40 %** Havířovanů **není schopno** financovat služby sociální péče ze svého důchodu. Senioři očekávají, že jako doposud bude největším zdrojem financování stát a obec, zatímco participace občana zůstane nezměněna.

ZÁVĚR

Disertační práci jsem zaměřila **na problematiku sociálních služeb pro seniory.** Vzhledem k tomu, že obyvatelstvo ve vyspělých zemích a stejně tak v České republice stárne, jedná se o velmi závažné téma. Demografický vývoj způsobuje nárůst počtu osob v postproduktivním věku. Prodlužování lidského věku má za následek zvýšení nároků na sociálně-zdravotní péči.

Fáze částečné až úplné nesoběstačnosti přichází v průměru v pozdějším věku, ale předchozí kvalita života determinuje období jak aktivního stáří, tak i posléze etapy závislosti na pomoci druhých. Potřeby seniorů se vyvíjejí směrem k větší variabilitě, a stejně tak sociální služby, které by měly tyto potřeby pomoci dostatečně uspokojovat. Před každou společností vyvstává otázka, zda a v jaké kvalitě vytváří odpovídající podmínky pro zabezpečení stávajících i budoucích seniorů. A potřeby seniorů v oblasti sociálních služeb musí mít, aby mohly být dlouhodobě uspokojovány, zajištěny dostatečné financování.

Domnívám se však, že důležitost sociálních služeb není pouze důsledkem stárnutí populace, ale také důsledkem strukturálních změn v rodině, což dokládá odpověď jednoho z respondentů řízených rozhovorů: „*Rodina jako instituce již dávno změnila svou strukturu i charakter. Generační model je minulostí a přetrvává stále méně. V současné době ještě lidé středního věku pociťují poměrně silně „povinnost“ postarat se o své příbuzné seniory. Komplikuje jim to často nepříznivá situace finanční (nutnost úhrady za služby, nezaměstnanost atp.), ale i sociální, vyplývající z nedostatku služeb pro seniory (terénní, ambulantní i pobytové).*

Děti, které dnes vychováváme, jsou (obecně) vedeny způsobem, aby přenášely odpovědnost za sociální situaci na stát či jiné subjekty, způsobem, jenž postrádá empatii a lidskou vlídnost. Vyrůstají v tvrdém světě konkurenčního boje a nejistot a logicky si budují sebeobranné mechanismy potlačující emocionalitu a neochotu se nechat opotřebit cizím neštěstím-bolestí. Rodina postrádá soudržnost, a proto postrádá i vůli pomoci někomu, kdo tudy jenom někdy prošel.“

V **teoretické části** jsem se zamýšlela nad měnící se rolí státu v rámci sociodemografických změn, kdy přibývá seniorů a zvyšují se jejich nároky na sociální služby. Stát si stále ponechává roli konceptora a zodpovídá za kvalitu, dostupnost

a dlouhodobě udržitelné financování systému sociálních služeb, avšak při financování sociálních služeb je nutná spoluúčast dalších soukromých subjektů

Ve sledovaném období 2007-2016 došlo k absolutnímu nárůstu výdajů na sociálně-zdravotní systém a v rámci něho i ke zvýšení výdajů na systém sociálního zabezpečení. Co se týká podílů jak výdajů na sociálně-zdravotní systém, tak na systém sociálního zabezpečení k DPH, rok 2016 zhruba odpovídal počátku sledového období 2007. Avšak výdaje na sociální služby vykázaly strmý nárůst v absolutním i v relativním vyjádření. Důvodem bylo zavedení nové sociální dávky – příspěvku na péči – v roce 2007. Ani tento výrazný nárůst výdajů na sociální služby nezměnilo postavení ČR v rámci států EU – ČR stále zaujímá spodní příčky. Objem vynaložených kapacit na sociální služby v ČR jako stále nedostatečný.

V rámci systému sociálních služeb v ČR jsou za klíčové považovány **terénní služby**, poskytované profesionálními poskytovateli v domácím přirozeném prostředí. Do popředí se stále více dostávají služby **neformální**, poskytované rodinnými pečujícími anebo známými. Podle Vostatka (2013) ekonomicky nejefektivnější je kombinace neformálních služeb se službami terénními. Pokud by měla být péče svěřena pouze do rukou veřejné správy, pak především ve vyšších stupních závislosti je domácí péče méně efektivní než péče ústavní.

Praktická část byla věnována nejprve českému systému sociálních služeb a jejich financování. Ve sledovaném období 2007-2016 byla v ČR evidována výrazně vyšší poptávka takřka po všech formálních druzích služeb sociální péče. Extrémní pak byla u pobytových služeb typu domovů pro seniory (65,8 tis. neuspokojených žádostí v r. 2016) a domovů se zvláštním režimem (21,3 tis. neuspokojených žádostí). Co se týká nákladovosti, nejvyšší agregátní výdaje byly zaznamenány u domovů pro seniory (11,6 mil. Kč v r. 2016) a domovů se zvláštním režimem (6,1 mil. Kč). Terénní pečovatelská služba si vyžádala výdaje nepoměrně menší (2,6 mil. Kč). Stejně tak i všechna další provedená ekonomická porovnání jednoznačně hovoří ve prospěch služeb terénních.

Základními zdroji financování v roce 2016 byly především veřejnoprávní zdroje (příspěvek na péči a dotace ze státního rozpočtu 73,4 %) %), soukromé zdroje (úhrada klienta) se podílely 22,5 %. Vícezdrojový systém financování sociálních služeb v České republice trpí zásadními problémy: (i) podfinancováním ze strany sektoru zdravotnictví, (ii) netransparentností v rozdělování dotací ze státního rozpočtu, (iii) nekontrolovatelnými výdaji v podobě příspěvku na péči. Reakcí na nedostatky jsou

návrhy odborníků typu **výrazné redukce dotací ze státního rozpočtu** a jejich nahrazení financováním per capita (pouze příspěvkem na péči), **modifikace výše příspěvku na péči** podle druhu sociální služby a legislativní ukotvení **plné úhrady zdravotní péče** v ústavních zařízeních sociálních služeb.

Pozornost byla také věnována poskytování sociálních služeb **soukromým sektorem**. I když *zákon č.108/2006 Sb*. staví na roveň veřejnoprávní a soukromoprávní poskytovatele, praxe ukazuje, že soukromý sektor je pouze marginálním poskytovatelem. Soukromoprávní subjekty se stále více realizují budováním bezbariérových **pečovatelských bytů** a **komunitních domů** pro seniory.

Případová studie praktického naplňování sociální politiky státu v oblasti služeb sociální péče o seniory na regionální úrovni byla zaměřena **na město Havířov.** Pro Havířov je charakteristické rapidní stárnutí obyvatelstva. Je předpoklad, že v roce 2020 zde bude žít 17 tisíc seniorů (cca jedna čtvrtinu Havířovanů).

Již více než dvanáct let město sestavuje ***Komunitní plán,*** který je podkladem pro střednědobé plánování na úrovni kraje. Vlastní zkušenosti vyplývající z členství v havířovské Komisi pro komunitní plánování potvrdily, že management města se tomuto tématu prvořadě věnuje s cílem vytvoření co nejkvalitnější sítě sociálních služeb.

Pro cílovou skupinu Senioři je v *Komunitním plánu* předložen rozvoj sociálních služeb, jejichž provozní náklady v roce 2016 činily 125 mil. Kč (bez soukromoprávních subjektů). Z analýzy sítě poskytovatelů sociálních služeb vyplynulo dostatečné pokrytí potřeb seniorů v oblasti ambulantních a terénních služeb. Co se týká pobytových služeb, byly by pokryty, nebýt rozdílnosti principů financování soukromoprávních a veřejnoprávních domovů pro seniory a potažmo nesrovnatelných nabízených cen pro uživatele. Veřejnoprávní DSH eviduje trvale neuspokojenou poptávku, na rozdíl od soukromoprávního Grand Parku, jehož kapacita nebývá zcela naplněna.

Největšími poskytovateli jsou veřejnoprávní instituce, které jsou postupem času doplňovány neziskovými a privátními poskytovateli. Soukromoprávní sektor poskytuje především pobytovou a terénní péči. Nově se jeho iniciativy projevují mimo poskytování sociálních služeb, a to ve výstavbě sociálního bydlení - pečovatelských bytů.

V oblasti financování bylo potvrzeno, že soukromoprávní sektor je ve velmi malé míře podporován dotacemi ze státního rozpočtu a příspěvky města, na rozdíl od veřejnoprávních institucí. V rozporu *se zákonem o sociálních službách* není tedy

nastoleno zdravé konkurenční prostředí vyúsťující ve vyšší míru efektivity služeb při zachování a zkvalitňování péče o seniory.

Na příkladu Domova seniorů Havířov byly modelovány tři návrhy variant změny systému financování v České republice, které zcela nebo částečně redukují dotaci ze státního rozpočtu ve prospěch navýšení příspěvku na péči v pobytových zařízeních. Výsledkem bylo zjištění, že zavedení všech variant by přineslo úspory obecnímu rozpočtu v minimální částce 10,5 mil. Kč (varianta č. 1) při zachování agregátních výdajů státního rozpočtu.

Dále bylo zjištěno, že 44,4 % havířovských seniorů není schopno zaplatit z vlastních prostředků pobyt a stravu v domově pro seniory. Zde nastupuje úloha obce, daná legislativně, kterou soukromý sektor není schopen nahradit. Role obce je tak nezastupitelná pro ekonomicky slabší obyvatele. Kvantifikace ukázala, že v roce 2016 činila takto neuhrazená částka 3,9 mil. Kč.

Dalším zdrojem pro nesoběstačné havířovské seniory je příspěvek na péči. Ten je, podobně jako v České republice, ve valné většině využíván mimo registrované poskytovatele sociálních služeb (cca 71 %). Navíc v regionu s ekonomickými problémy o to více slouží jako náhradní zdroj rodinných příjmů.

Významným krokem se podle mého názoru otevření **Centra pro rodinné pečující,** jež snoubí odpověď na všechny klíčové problémy poskytování péče pro stárnoucí občany v současnosti (dosud legislativně nevyřešená dlouhodobá péče, odklon příspěvku na péči ze systému sociálních služeb). Cílem projektu je udržet pečované osoby co nejdéle v domácím prostředí a pomoci pečujícím osobám, aby se lépe orientovaly v systémech sociální a zdravotní péče Tím by nemuselo docházet ke zbytečnému překrývaní služeb a potažmo plýtvání jak soukromých, tak i veřejných financí.

Z analýzy sociálních služeb v Havířově vyplynul jednoznačný závěr, že síť, sestavená především z veřejnoprávních subjektů, poskytuje vysoce kvalitní služby a s výjimkou pobytových služeb (které jsou nejnákladnější službou) pokrývá potřeby svých obyvatel.

Výsledky výzkumů provedených v rámci případové studie poukázala četné pozitivní aspekty, ale také slabá místa havířovského systému sociálních služeb. Za nejdůležitější považuji následující:

Silné stránky

1. Dostatečná síť veřejnoprávních sociálních služeb
2. Kvalita poskytovaných sociálních služeb (četná ocenění)
3. Vznik Centra pro rodinné pečující (podpora neformální péče a terénních sociálních služeb)

Slabé stránky

1. Existence paralelních pobytových zařízení sociálních služeb, které spolu nekooperují (soukromoprávní a veřejnoprávní domovy pro seniory)
2. Existence dotací a způsob jejich rozdělování diskriminuje soukromoprávní sféru
3. Neexistence hospicové péče.

Další zkoumání jsem opřela o výstupy dvou empirických výzkumných nástrojů. Prvním byla **metoda standardizovaných řízených rozhovorů** s odborně či profesně vzdělanými odborníky z oboru. Respondenti řízených rozhovorů se zamýšleli nad pozicí státu, rodiny a dalších institucí v péči o seniory. Na první místo jednoznačně umístili **rodinu.** Její největší oporou rodiny má být **stát,** který stanovuje optimální systém sociální politiky a jeho financování. Třetí příčku obsadily **zdravotní pojišťovny**. Z šetření je zřejmé, že sektor zdravotnictví by měl v daleko vyšší míře participovat na financování sociálních služeb. Další umístění patří **soukromému sektoru**. Z šetření vyplynula taktéž pozitivní role **dobrovolnictví a sponzorství**.

Druhým šetřením, o který jsem doplnila výzkum, byla **anketa**. Byla zaměřena na zjištění potřeb stávajících a budoucích uživatelů pobytových zařízení pro seniory. Obyvatelé Havířova v naprosté většině považují změnu ubytování směrem k zařízení pro seniory za přirozenou. Očekávají, že toto zařízení bude nabízet širokou škálu služeb, přičemž nerozlišují hranici mezi zdravotní, sociální a ostatní péčí. Co se týká **financování**, je patrné, že cca **40 %** Havířovanů **není schopno** financovat služby sociální péče ze svého důchodu. Senioři očekávají, že jako doposud bude největším zdrojem financování stát a obec, zatímco participace občana zůstane nezměněna.

Hlavní cíl disertační práce - zhodnocení kapacity a zdrojových možností financování sociálních služeb z hlediska uspokojování potřeb seniorů v České republice v letech 2007–2016, se zvláštním zřetelem na specifika jejich rozvoje ve strukturálně postiženém městě Havířov - byl naplněn. V rámci této práce byla také ověřena pravdivost **hypotéz,** stanovených v úvodu práce.

1. **Stárnutí obyvatelstva bude vyžadovat kvalitativní změny v koncepčním řešení státu, krajů i obcí, aby byla seniorům zajištěna odpovídající kvalita života. Tato skutečnost způsobí odklon od pobytových sociálních služeb v ústavních zařízeních ve prospěch efektivnějších forem sociálních služeb pro seniory, poskytovaných v přirozeném prostředí, což vyvolá nutnost racionálnější pomoci rodinám, na kterých bude ležet stále větší část zodpovědnosti.**

   Tuto hypotézu považuji za **potvrzenou**. V disertační práci bylo poukázáno na několik nastolených kvalitativních změn. Např. *Národní strategie rozvoje sociálních služeb na období 2016-2025 (MPSV, 2015)* reaguje na neutěšenou situaci v sociálních službách, konkrétně v jejich financování, a dále na vzájemné poskytování sociální a zdravotní péče v zařízeních obou rezortů. Aktuálně platný *zákon o sociálních službách* pokládá za klíčové podporovat méně nákladné **terénní sociální služby**, poskytované uživatelům v jejich přirozeném domácím prostředí. S tím souvisí mj. podpora výstavby bezbariérových pečovatelských bytů a komunitních domů prostřednictvím investičních dotací Ministerstva pro místní rozvoj, čímž je umožněno efektivnější využívání terénních služeb a rozvoj komunitního života na bázi sousedské výpomoci. Z výzkumu na regionální úrovni vyplynulo, že státu se podařilo vytvořit podmínky pro vybudování sítě dostupných a kvalitních sociálních služeb, i když jejich efektivita však trpí řadou zásadních nedostatků. Na některé z nich reaguje připravovaná tzv. Velká novela *zákona o sociálních službách*. Za zásadní změnu považuji **posílení role rodiny** v podobě stále více skloňované **neformální péče** poskytované rodinnými pečujícími či v rámci komunitního soužití a sousedské výpomoci.

2. **Stárnutí bude přinášet stále větší problémy s financováním sociálních služeb ze strany státu, čímž poroste úloha soukromého sektoru a zodpovědnost jednotlivých občanů České republiky za tvorbu zdrojů, které si vytvoří pro svůj seniorský věk v produktivní fázi svého života.**

   Hypotéza byla **potvrzena částečně**, a to anketním šetřením v oblasti zvyšující se zodpovědnosti občanů České republiky. Zatímco senioři, kteří v krátkodobém horizontu uvažují o bydlení určeném a specializovaném pro seniory, příliš nepočítají s podporou svých dětí a spoléhají se na stát, jejich děti již ve větší míře uvažují o vlastní participaci. Mám za to, že vývoj ekonomické situace rodin, zvláště ve strukturálně postiženém regionu, bude více podporovat sdílení společného bydlení,

k čemuž také přispívá institut příspěvku na péči a koncepce dlouhodobé péče zacílené na podporu terénních služeb poskytovaných v domácím prostředí.

Analýza havířovského *Komunitního plánu* poukázala na zvyšující se potřeby sociálních služeb pro seniory a z toho vyplývající zvýšené nároky na financování. Ty jsou ale řešeny zvyšujícím se objemem veřejných prostředků v podobě dotací ze státního rozpočtu. Výsledkem je paralelní a oddělená existence (i) zařízení sociálních služeb podporovaným provozními dotacemi (především veřejnoprávní) a (ii) zařízení bez veřejné finanční podpory. Tato zařízení nezaznamenávají růstovou expanzi, protože nemohou konkurovat cenami. V tomto ohledu ještě stále nejsou vytvořeny podmínky pro rovné postavení veřejného a soukromého sektoru na trhu sociálních služeb a hypotézu nepovažuji za potvrzenou. Pokud by přišla podpora ze strany státu v oblasti redukce vyplácených dotací ze státního rozpočtu ve prospěch posílení role příspěvku na péči, tržní prostředí by se stalo daleko zdravější, což by přineslo úsporu veřejných financí při zachování kvality poskytované péče.

3. **Potřeby sociálních služeb pro seniory jsou odlišné v jednotlivých regionech a jsou závislé na specifických charakteristikách daného regionu. I v budoucnu bude v oblasti poskytování sociálních služeb nadále posilován princip subsidiarity, a to zvyšováním kompetencí především obcí a krajů.**

   Praktická část disertační práce byla zaměřena na analýzu sociodemografického a ekonomického prostředí strukturálně postiženého města Havířova. Kromě globálního fenoménu stárnutí populace jsou zde zřejmé zcela specifické prvky současného a budoucího vývoje, na které musí reagovat sociální politika prováděna na obecní a krajské úrovni. Za správné považuji, že u cílové skupiny senioři je favorizována jako prioritní obecní úroveň, a to vzhledem k velké početnosti skupiny. Management obce zná nejlépe potřeby obyvatel seniorského věku a umí nejlépe skloubit provádění sociální politiky s politikou bydlení, architektonickým vývojem města, zdravotní a kulturní politikou. Tato hypotéza **byla potvrzena**.

Pro zkvalitnění systému financování sociálních služeb v České republice se zaměřením na seniory vyplývá z výše uvedených závěrů šetření řada **námětů a doporučení**. Ty se liší podle úrovně veřejné správy, a proto jsou i takto rozděleny:

Stát

1. **Zkvalitnit systém financování sociální péče**. Konkrétními opatřeními by mělo být následující:

   U příspěvku na péči:

   a. odlišit stupně závislosti podle toho, zda je uživatel v domácím prostředí nebo v domově pro seniory,
   b. nahradit části peněžitého plnění příspěvku na péči věcným plněním,
   c. zavést do registru poskytovatelů také fyzické osoby z řad rodinných příslušníků, kteří by byli řádně a důsledně evidováni, proškolováni a jejich činnost průběžně kontrolována, i se souvisejícími negativními důsledky pro ty, kteří by příspěvek na péči zneužívali či nevyužívali plně ve prospěch příjemce. Takto vytvořit databázi kvalitních sociálních pracovníků s patřičně získanými dovednostmi a zkušenostmi, kteří by mohli najít budoucí pracovní uplatnění u registrovaných zařízení ambulantních, terénních a pobytových sociálních služeb, a tak poskytovat péči většímu počtu nesoběstačných seniorů,
   d. zabezpečit rovnost soukromého a veřejného sektoru vyššími příspěvky na péči.

   U dotací ze státního rozpočtu:

   a. z větší části redukovat a nahradit efektivnějším nástrojem rozdělování podle skutečných potřeb, tzn. podle počtu a nesoběstačnosti seniorů formou příspěvku na péči,
   b. v určité minimální míře je zachovat k podpoře sociálních zařízení v ekonomicky problémových regionech nebo
   c. při zvýšených výdajích
   d. u nezbytných rekonstrukcí či oprav,
   e. změnit pravidla poskytování dotací, aby obce mohly dopředu kalkulovat s jejich výší ve střednědobém horizontu, a ne ad hoc z roku na rok.

   U úhrad zdravotních úkonů poskytovaných v pobytových sociálních zařízeních: úkony ošetřovatelské a rehabilitační péče v zařízeních poskytujících sociální služby musí být dostatečně financovány sektorem zdravotnictví.

   U úhrad od uživatelů: posílit účast uživatele na financování sociálních služeb. Je to však otázka času. Zejména u starších lidí přetrvává názor, že především stát je zodpovědný za finanční zajištění potřeb jejich seniorského věku. U těchto lidí se jeví toto uvažování za přirozené a pochopitelné, jelikož většinu svého produktivního života prožili v období štědrého sociálního státu, kdy ale také po celou dobu platili

sociální a zdravotní pojištění, s obecným a pevným přesvědčením, že je takto jejich stáří zajištěno.

a) legislativně umožnit uplatňování použití klientova majetku a dalších příjmů jako zdroj financování sociálních služeb,

b) umožnit důsledné vymáhání vyživovací povinnosti dětí vůči rodičům.

2. Pevně stanovit pořadí použití zdrojů financování sociálních služeb s důrazem na vlastní zdroje.
3. Zavést - vedle existujícího zdravotního pojištění - také pojistný systém v oblasti sociálních služeb.
4. Legislativně zavést koncepci dlouhodobé péče, která by tím pádem rozptýlila nesprávně nastavenou hranici financování péče o seniory, vedenou mezi rezortem zdravotnictví a rezortem práce a sociálních věcí.
5. Více podporovat soukromé podnikání, které je spíše komplikováno administrativní zátěží. To se v konečném důsledku obrací proti státu, protože ten nakonec musí ve větším objemu financovat sociální služby. Tímto by stát navíc umožnil vnést zdravou konkurenci do oblasti poskytování sociálních služeb.
6. Udržet si výborné know-how v oblasti standardů kvality. Na druhé straně důsledně a objektivně provádět jejich kontrolu.
7. Vychovávat občany k aktivní individuální odpovědnosti; stát se má starat pouze o nejslabší jedince.

Kraj

8. Kraje vykonávají své povinnosti v intencích pravidel legislativně stanovených státem. Jako redistributoři státních dotací a zároveň poskytovatelé sociálních služeb jsou postaveny do střetu zájmů, který je nezbytné - z úrovně nadřízeného orgánu - vyřešit. Zvlášť u cílové skupiny senioři by kraje neměly být poskytovateli sociálních služeb, tato oblast by měla spadat do kompetence obcí.
9. Mandatorní rozdělování dotací aspoň ve střednědobém horizontu, a ne schvalování rok od roku nebo ještě hůře v rámci daného roku.

Obec

10. Poskytování sociálních služeb pro seniory je podle mého názoru výsadní regionální záležitostí. Obce a města nejlépe znají potřeby svých obyvatel a dokážou predikovat sociodemografický vývoj nejenom z kvantitativního hlediska, ale také jsou schopny

nejlépe pochopit vlivy mentality a uvažování místních obyvatel. Výzkumná šetření prokázala, že přirozená role poskytovatele sociálních služeb pro seniory je nejlépe plněna na úrovni měst a obcí.

Statutární město Havířov

11. Napřít pozornost do zdravotně-sociální péče pro seniory ve smyslu koncepce dlouhodobé péče, která by podpořila delší setrvání seniorů v domácím přirozeném prostředí. Právě otevřené Centrum pro rodinné pečující považovat za klíčovou aktivitu a dlouhodobou prioritu rozvoje sociálních služeb města.
12. V rámci výše uvedené zdravotně-sociální péče zavést hospicovou péči především v terénní formě a několik lůžek pobytové formy.
13. Především v pobytových zařízeních působit na uživatele a ve smyslu plného využívání majetku uživatele na úhradu pobytu a stravy. U rodinných příslušníků důsledněji vymáhat vyživovací povinnost dětí.
14. Zintenzivnit spolupráci se soukromoprávními poskytovateli sociálních služeb ve smyslu udělení potřebnosti a zařazení do krajské sítě sociálních služeb a s následnou dotační podporou provozního financování.
15. Nadále podporovat vznik dalších bezbariérových pečovatelských bytů a komunitních domů pro seniory.

Přínos této disertační práce spatřuji v tom, že na názorném příkladu ze specifického regionu pomohla demonstrovat fungování legislativního rámce sociálních služeb v každodenní praxi, poukázat na jeho vnímání ze strany zadavatele, poskytovatele i uživatele sociálních služeb. Disertační práce poukázala také na to, jak vnímá běžný uživatel rozhraní sociálně-zdravotní péče. Potvrdila taktéž správnost návrhu změnit financování sociální péče v České republice, jakož i nutnost setřít bariéry mezi rezorty zdravotnictví a sociálních věcí, ať už ve vzájemném financování, ale i v zavedení koncepce dlouhodobé péče. V neposlední řadě akcentovala nenahraditelný význam rodiny nejenom pro seniory i v dobách její atomizace jako zázemí podložené citovým vztahem, avšak ruku v ruce s nepostradatelností odborně prováděných sociálních a zdravotních služeb, které není možno nahradit peněžitou výplatou. Optimálním a ekonomicky nejefektivnějším řešením je kombinace výše uvedených institutů, čili sdílená péče rodiny a terénních forem poskytování sociálně-zdravotních služeb.

SEZNAM ZPRACOVANÝCH NEVYDANÝCH A VYDANÝCH PRAMENŮ, ODBORNÉ LITERATURY A STUDIÍ

AIDUKAITE, J. *Transformation of the welfare state in Lithuania:Towards globalization and Europeanization*. *Communist and Post-Communist Studies*. 2014, č. 47, s. 11.DOI:0967-067X/$. Dostupné z: http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0967067X1400004X

ARTLOVÁ, M. a J. LANGHAMROVÁ. Migration and Ageing of the Population of the Czech Republic and the EU Countries. *Prague economic papers: quarterly journal of economic theory and policy*. Prague: University of economics, 2010, **2010** (1). ISSN 1210-0455.

BUCKNER, L., K. CROUCHER, G. FRY a M. JASINKA. The Impact of Demographic Change on the Infrastructure for Housing, Health and Social Care in the North of England. *Applied Spatial Analysis and Policy*. 2013, 6(2), 123-142.

CÁCERES. MONT PELERIN SOCIETY FOR CZECH ACADEMIA; BUSINESS. *Mezinárodní konference*. Praha, 2012, ekonom, bývalý ministr financí a guvernér CB Chile.

DISMAN, M. *Jak se vyrábí sociologická znalost*. Praha: Karolinum, 2002.

FIALA, T. a J. LANGHAMROVÁ. Vývoj ekonomického a sociálního zatížení a stárnutí populace. *Politická ekonomie*. Praha: VŠE, 2013, **2013**(3). ISSN 0032-3233.

GROSPIČ, J. *Úvod do regionálních věd a veřejné správy*. 5. rozš. vyd. (Vydavatelství a nakladatelství Aleš Čeněk 2. rozš. vyd.). Plzeň: Vydavatelství a nakladatelství Aleš Čeněk, 2008, 455 s. Vysokoškolské učebnice (Aleš Čeněk). ISBN 978-807-3800-864.

HAVLÁSEK, T. , J. HORECKÝ. *Sociální služby na rozcestí*. 1.vyd. Praha: Konfederace zaměstnavatelských a podnikatelských svazů, 2013. ISBN 978-80-905248-3-5.

HOLMEROVÁ, I. *Gerontologie a dlouhodobá péče nebudou stále věčně odsouvanou popelkou*. *Metropol*. 2013, roč. 2013, březen.

HRUŠKA, L. *Sociálně demografická analýza města Havířova*. 2003.

JERSÁKOVÁ, J. Literární rešerše. *Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Přírodovědecká fakulta* [online]. České Budějovice, 2018 [cit. 2018-08-28]. Dostupné z: http://kbe.prf.jcu.cz/sites/default/files/diplomky/Literarni_reserse.pdf

KOTÝNKOVÁ, M. a A. ČERVENKOVÁ. *Začlenění seniorů v sociální struktuře soudobé společnosti* [online]. Praha: Výzkumný ústav práce a sociálních věcí, 2001, 31, iii s. [cit. 2014-06-07]. ISBN 80-238-7234-6.

KOZLOVÁ, L. *Metody výzkumu v sociální práci* [online]. 2018 [cit. 2018-04-24]. Dostupné z: http://tvgpro.wz.cz/scripta/metody_vyzkumu_**v**_socialni_praci.doc

KRBCOVÁ MAŠÍNOVÁ, L. POLESNÝ, M. *Deset kroků procesem komunitního plánování: metodiky pro plánování sociálních služeb*. 2008. Ústí nad Labem: Centrum komunitní práce Ústí nad Labem.

KREBS, V. et al. *Sociální politika*. 4. přepracované a aktualizované vydání. Praha: ASPI, a.s., 2007. 4. ISBN 978-80-7357-276-1.

KUČERA, M. Sociální důsledky stárnutí obyvatelstva České republiky. *Demografie*. 2002, 44(1), 38-40.

KUČEROVÁ, E. *Sociální politika – elektronická skripta* [online]. [cit. 2014-06-07], 2009. Dostupné z: http://www.unium.cz/materialy/czu/pef/socialni-politika-elektronicka-skripta-m12805-p1.html

LANGHAMROVÁ, J., M. ŠIMKOVÁ a J. SIXTA. Makroekonomické dopady rozšiřování sociálních služeb pro stárnoucí populaci České republiky. *Politická ekonomie*. Praha, 2018, 66(2), 240-259. ISSN 0032-3233.

LORENC, M. Závěrečné práce - metodika. *Lorenc.info* [online]. Praha: VŠE v Praze, 2018, [cit. 2018-08-28]. Dostupné z: lorenc.info/zaverecne-prace/metodika.html

MAŠINDOVÁ, L. *Metodický list k přípravě, provádění a vyhodnocování katamnestických rozhovorů: Vypracováno v rámci pilotního projektu MPSV „Podpora zavádění standardů kvality v sociálních službách*. 2003.

MATOUŠEK, O. *Metody a řízení sociální práce*. Vyd. 2. Praha: Portál, 2008, 380 s. ISBN 978-807-3675-028.

MATOUŠEK, O. *Sociální služby: legislativa, ekonomika, plánování, hodnocení*. 2., aktualiz. vyd. Praha: Portál, 2011, 194 s. ISBN 978-802-6200-413.

MIHIĆ, M. M., M. L. TODOROVIĆ a V. L. OBRADOVIĆ. Economic analysis of social services for the erderly in Serbia: Two sides of the same coin. *Evaluation and Program Planning*. 45, 9-21.

MOLEK, J. *Řízení organizací sociálních služeb: vybrané problémy*. 1. vyd. Praha: VÚPSV, 2011, 254, 5 s. ISBN 978-807-4160-837.

MÜHLPACHR, P. MASARYKOVA UNIVERZITA. *Gerontopedagogika*. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2004, 203 s. ISBN 80-210-3345-2.

NAKLADALOVÁ, L. *Materiál ke školení dobrovolníků*. Praha: Agentura API, 2010.

OCHRANA, F. *Metodologie vědy, úvod do problému*. Praha: Karolinum, 2010. ISBN 80-246-0139-7.

PEKOVÁ, J. *Veřejná správa a finance veřejného sektoru*. 3., aktualiz. a rozš. vyd. Praha: ASPI, 2008, 712 s. ISBN 978-80-7357-351-5.

PRUDKÁ, Š. *Dobrá praxe, Havířov Služby sociální péče pro seniory a potenciál jejich rozvoje*. *Veřejná správa*. 2009, č. 22, s. 12-13.

PRUDKÁ, Š. *Sociální služby pro seniory v kontextu sociální politiky*. Praha: Wolters Kluwer, 2015. ISBN 78-80-7478-839-0.

PRUDKÁ, Š. Potřeby seniorů v oblasti sociálních služeb v kontextu stárnutí populace. In: VŠE v Praze. *RELIK*. Praha, 2017.

PRŮŠA, L. *Ekonomie sociálních služeb*. 2., aktualiz. a rozš. vyd. Praha: ASPI, 2007, 179 s. ISBN 978-807-3572-556.

PRŮŠA, L. *Poskytování ošetřovatelské a rehabilitační zdravotní péče uživatelům pobytových sociálních služeb v pobytových zařízeních sociálních služeb a v lůžkových zdravotnických zařízeních*. 1. vyd. Praha: Výzkumný ústav práce a sociálních věcí, 2009, 87, 8 s. ISBN 978-807-4160-301.

PRŮŠA, L. *Model efektivního financování a poskytování dlouhodobé péče*. 1. vyd. Praha: VÚPSV, 2011a, 59, 6 s. ISBN 978-807-4160-974.

PRŮŠA, L. VÚPSV. *Příspěvek na péči v datech 2007 - 2010*. Praha: VÚPSV, 2011b. ISBN 978-80-86175-75-1.

PRŮŠA, L. VÚPSV. *Vývoj a výhled závislosti a potřeby dlouhodobé sociálně zdravotní péče a sociálních služeb v období 2012 – 2020 u populace nad 65 let věku z hlediska zdravotního stavu*. Praha: VÚPSV, 2011c.

PRŮŠA, L. *Ekonomická efektivita zajišťování péče o příjemce příspěvku na péči*. 1. vyd. Praha: VÚPSV, 2013, 63, 4 s. ISBN 978-807-4161-209.

PRŮŠA, L, J. LANGRAMROVÁ, M.HOLUB a P. BAREŠ. *Návrh úprav systému financování ošetřovatelské a rehabilitační péče v pobytových zařízeních sociálních služeb - certifikovaná metodika*. Praha: VÚPSV, 2016.

PRŮŠA, L. *Co chybí sociálním službám aneb sociální služby v číslech* [online]. In: . Tábor: VÚPSV, 2017a, [cit. 2018-04-29].

PRŮŠA, L. Nový odhad vývoje počtu příjemců příspěvků na péči. In: *RELIK 2017*. Praha: VŠE v Praze, 2017b, s. 10. ISBN 978-80-245-2238-8.

ROŽENSKÝ, V. Vliv ekonomických, sociálních a institucionálních faktorů na úroveň sociálních výdajů. *Politická ekonomie*. Praha, 2014, (3), 383-399. ISSN 0032-3233.

RYS, V., 2001. *Introduction*. Int. Soc. Secur. Rev. 54 (2–3), 3–6.

SAMUELSON, P. A. *Ekonomie*. Vyd. 1. Praha: Svoboda, 1991, xl, 1011 s. ISBN 80-205-0192-4.

SMRČKA, L. a M. ARLTOVÁ. Ekonomické aspekty stárnutí populace ve vyspělých zemích. *Politická ekonomie*. Praha: VŠE, 2012, **2012**(1). ISSN 0032-3233.

SVOBODA, F. *Legislativní prostředí pro činnost církví a náboženských společností*. 2007. Dostupné také z: cvns.cz/soubory/Legislativni_prostredi_CNS.pdf

SZUDI, G., J. KOVÁČOVÁ a S. KONEČNÝ. Transformation of Social Care Services for the Erderly in Slovakia. *Journal of Social Services Research*. 2016, 42(2), 199-217.

ŠKARABELOVÁ, S. *Vymezení pojmu nestátní nezisková organizace*. [online]. 2012 [cit. 2018-05-06]. Dostupné z: http://cvns.econ.muni.cz/prenos_souboru/is/soubory/web/138-scan22-definice-neziskoveho-sektoru.pdf

ŠPERKEROVÁ, M. A. *Vysočinský pilot rozhodne*. *EURO*. 2013, č. 36.

TIMONEN, V. Policy Paradigms and Long-term Care: Convergence of Continuing Difference, in Taylor-Gooby, P. ed. *Ideas and Welfare State Reform in Western Europe*. Basingstoke, UK: Palgrave Macmillian, 2005, 30-53.

TOMEŠ, I. *Mezinárodní aspekty problematiky dlouhodobé péče o seniory a zkušenosti s jejím řešením ve vybraných evropských zemích: studie*. Praha: VÚPSV, 2010a.

TOMEŠ, I. *Úvod do teorie a metodologie sociální politiky*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2010b, 439 s. ISBN 978-807-3676-803.

VIDOVIĆOVÁ l. in GREGOROVÁ, V. Konference "Stárnutí 2016", Praha, 21.- 22. 10. 2016. *Sociologický časopis*. Praha, 2017, 53(2), 337-338.

VÍŠEK, P. a L. PRŮŠA. VÚPSV. *Optimalizace sociálních služeb*. 1. vyd. Praha: Výzkumný ústav práce a sociálních věcí, 2012, 110, 4 s., 17 obr. příl. ISBN 978-807-4160-998.

VOSTATEK, J., PRŮŠA L., KREBS V. et al, *Financování a nákladovost sociálních služeb: pobytové a terénní služby sociální péče*. 1. vyd. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR, 2013, 103 s. ISBN 978-80-904668-7-6.

WEHNER, C., ABRAHAMSON, P., MURPHY, F., CLARK, R., HAHIGHASEMI, A., HORT, E.O.S., 2004. *The role of the different actors in the development of social policy*. In: Paper Presented at the EU Special Conference, Ghent, 13th–16th May.

WURZER, M. *Das österreichische System der Pflegevorsorge im europäischen Vergleich*. München: Hammer, Patrick, Tanja Hammer, Matthias Knoop, Julius Mittenzwei, Georg Steinbach u. Michael Teltscher. GRIN Verlag GbR, 2011. ISBN 36-408-6651-7.

Webové stránky

Active ageing. EUROPEN COMMISSION. *Europe.eu* [online]. 2014 [cit. 2014-06-07]. Dostupné z: http://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=1062&langId=en

AGENTURA KOMPLEXNÍ DOMÁCÍ PÉČE HESTIA S.R.O. *Hestia: Komplexní domácí péče* [online]. 2018. vyd. 2018 [cit. 2018-03-22]. Dostupné z: http://www.domacipecehavirov.cz/

ČR. Legislativní úkol vlády č. 2. In: *108/2006 Sb* . Praha: MPSV, 2013, č. 2. Dostupné z: http://www.vlada.cz/assets/ppov/lrv/ria/databaze/2013-MPSV-por-c--2_1.pdf

ČSÚ. *Krajská správa ČSÚ v Ostravě* [online]. 2018 [cit. 2012-05-06]. Dostupné z: https://www.czso.cz/csu/xt/zamestnanost-xt

ČSÚ. *Očekávaná struktura přírůstku obyvatel do roku 2065.* [online]. 2012 [cit. 2012-04-14]. Dostupné z: http://www.czso.cz/csu/redakce.nsf/i/ocekavana_struktura_prirustku_obyvatel_do_roku_2065

ČSÚ. *Očekávaný vývoj průměrného věku obyvatel do roku 2066* [online]. 2012 [cit. 2012-04-14]. Dostupné z: http://www.czso.cz/csu/redakce.nsf/i/ocekavany_vyvoj_prumerneho_veku_obyvatel_do_roku_2066

ČSÚ. *Česká republika od roku 1989 v číslech: Tab. 01.01 Vybrané demografické údaje v České republice* [online]. 2014 [cit. 2014-05-03]. Dostupné z: http://www.czso.cz/csu/redakce.nsf/i/cr_od_roku_1989

ČSÚ. *Dlouhodobý vývoj Moravskoslezského kraje v letech 1993–2013 (1. část)* [online]. 2014 [cit. 2014-05-03]. Dostupné z: http://www.czso.cz/xt/redakce.nsf/i/casove_rady_regionalni

ČSÚ. *Obyvatelstvo* [online]. 2014 [cit. 2014-05-03]. Dostupné z: http://www.czso.cz/csu/redakce.nsf/i/obyvatelstvo_lide

ČSÚ. *Obyvatelstvo* [online]. 2018 [cit. 2018-05-07]. Dostupné z: http://www.czso.cz/csu/redakce.nsf/i/obyvatelstvo_lide

ČSÚ. *Demografická ročenka měst - 2007 až 2016.* [online]. 2018 [cit. 2018-04-30]. Dostupné z: https://www.czso.cz/csu/czso/demograficka-rocenka-mest-2007-az-2016

ČSÚ. Krajská správa [online]. 2018 [cit. 2018-05-07]. Dostupné z: https://www.czso.cz/csu/xt/kraj

ČSSZ. Statistická ročenka z oblasti důchodového pojištění 2016 [online]. Praha: ČSSZ, 2017, [cit. 2014-03-17]. Dostupné z: http://www.cssz.cz/NR/rdonlyres/077B80C4-B744-4C47-A3A8-0E44867E1B4B/0/WEB_SR201620170815.pdf

Domov seniorů Havířov [online]. Havířov, 2018 [cit. 2018-04-30]. Dostupné z: http://www.dshavirov.cz/

Havířov v číslech. MAGISTRÁT MĚSTA HAVÍŘOVA. *Statutární město Havířov* [online]. Havířov, 2018 [cit. 2018-04-11]. Dostupné z: http://www.havirov-city.cz/historie-a-soucasnost/havirov-v-cislech.html

Headline indicators. Statistics. Eurostat. EUROPEAN COMMISSION. *Europa.eu* [online]. 2014 [cit. 2014-06-07]. Dostupné z: http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/europe_2020_indicators/headline_indicator

Long-term care. EUROPEAN COMMISSION. *Employment, Social Affairs and Inclusion* [online]. 2012 [cit. 2012-03-10]. Dostupné z: http://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=792&langId=en

MMR. *Podprogram Podporované byty*. In: . Praha: MMR, 2018a. Dostupné také z: http://www.mmr.cz/cs/Narodni-dotace/Podpora-bydleni/Program-Podpora-bydleni-pro-rok-2018/Podprogram-Podporovane-byty-(1)

MMR. *Výzva IROP č. 79 Sociální bydlení II*. In: . Praha: MMR, 2018b, ročník 2018. Dostupné také z: http://www.irop.mmr.cz/cs/Vyzvy/Seznam/Vyzva-c-79-Socialni-bydleni-II

MMR. *Výzva IROP č. 80 Sociální bydlení pro sociálně vyloučené lokality II*. Praha: MMR, 2018c. Dostupné také z: http://www.irop.mmr.cz/cs/Vyzvy/Seznam/Vyzva-c-80-Socialni-bydleni-pro-socialne-vyloucene

MPSV. *Statistická ročenka v oblasti práce a sociálních věcí 2007*. MPSV [online]. Praha, 2008, [cit. 2018-04-29]. Dostupné z: https://www.mpsv.cz/files/clanky/5942/Statisticka_rocenka_2007_oprava.pdf

MPSV. *Průvodce změnami sociálního systému v roce 2012* [online]. 2012 [cit. 2012-03-03]. Dostupné z: http://socialniporadce.mpsv.cz/cs/269

MPSV. *Statistická ročenka z oblasti práce a sociálních věcí 2012* [online]. Praha, 2013 [cit. 2014-03-17]. Dostupné z: http://www.mpsv.cz/files/clanky/16366/rocenka_2012.pdf

MPSV. *Velká novela zákona o sociálních službách přinese řadu změn ve prospěch potřebných lidí:* Tisková zpráva. *MPSV* [online]. Praha, 2017a, [cit. 2018-04-29]. Dostupné z: https://www.mpsv.cz/files/clanky/30081/Vlada_schvalila_novelu_zakona_o_socialnich_sluzbach.pdf

MPSV. *Statistická ročenka z oblasti práce a sociálních věcí 2016* [online]. Praha, 2017b, [cit. 2018-04-29]. Dostupné z: https://www.mpsv.cz/files/clanky/31493/Statisticka_rocenka_z_oblasti_prace_a_socialnich_veci_2016.pdf

MPSV. *Národní strategie rozvoje sociálních služeb na léta 2016 - 2025* [online]. Praha: MPSV, 2016 [cit. 2018-08-28]. ISBN 978-80-7421-126-3. Dostupné z: https://www.mpsv.cz/files/clanky/29624/NSRSS.pdf

MPSV. *Globální města přátelská seniorům: průvodce: stárnutí a životní cyklus, zdraví rodiny a komunity*. Praha: MPSV, c2009, iv, 76 s. ISBN 978-807-4210-037.

MSK. *Strategické materiály* [online]. 2014a [cit. 2014-04-22]. Dostupné z: http://verejna-sprava.kr-moravskoslezsky.cz/cz/strategicke-materialy-13175/

MSK. *Střednědobý plán rozvoje sociálních služeb na léta 2015 - 2020*, 2014b. https://www.msk.cz/assets/socialni_oblast/plan_rozvoje_ss_2015-2020.pdf, ISBN číslo: 978-80-87503-69-0

MSK. *Aktualizace č. 2 Střednědobého plánu rozvoje sociálních služeb v Moravskoslezském kraji na léta 2015 – 2020*, 2016a. https://www.msk.cz/assets/socialni_oblast/aktualizace-c--2-strednedobeho-planu-rozvoje-socialnich-sluzeb-v-moravskoslezskem-kraji-na-leta-2015--2020.pdf

MSK. *Přehled sociálních služeb zařazených do krajské sítě sociálních služeb ke dni 1. 1. 2016 v aktuálním znění parametrů*, 2016b. https://www.msk.cz/cz/socialni_oblast/aktualni-krajske-strategicke-dokumenty-43137/

MSK. *Zpráva Příspěvkové organizace zřizované krajem*. In: *MSK* [online]. 2018 [cit. 2018-05-06]. Dostupné z: https://www.msk.cz/socialni_oblast/prispevkove-orgnizace-zrizovane-krajem-68926

Národní akční plán podporující pozitivní stárnutí pro období let 2013 až 2017. In: *Usnesení vlády č. 108 ze dne 13. února 2013*. 2013. Dostupné z: http://www.mpsv.cz/cs/14540

Návrh zákona. *Návrh věcného záměru zákona upravující řešení dlouhodobé zdravotně-sociální péče*. [cit. 2018-03-10]. Praha: MPSV, 2011. Dostupné z: https://view.officeapps.live.com/op/view.aspx?src=http%3A%2F%2Fwww.sluzbypostizenym.cz%2Fuploads%2Fdokumenty%2Fvecny_zamer_ltc.doc

OECD. *Social spending (indicator).* [cit. 2018-05-05]. OECD, 2018. Doi: 10.1787/7497563b-en. Dostupné z: https://data.oecd.org/socialexp/social-spending.htm

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*. Praha: Advokátní kancelář HOL EC, ZUSKA; Partneři, 2011. Dostupné z: http://podporaprocesu.cz/wp-content/uploads/2013/01/Pravni_analyza_II.pdf

Průměrný věk se zvyšuje, průměrnému obyvateli ČR e let. In: *České noviny* [online]. Praha: České noviny, 2018 [cit. 2018-05-07]. Dostupné z: http://www.ceskenoviny.cz/zpravy/csu-prumerny-vek-se-zvysuje-prumernemu-obyvateli-cr-je-42-let/1481977

Research Agenda of Ageing for 21st Century (Program výzkumu v oblasti stárnutí pro 21. Století). *International Association of Gerontology: MPSV* [online]. 2003 [cit. 2012-03-10]. Dostupné z: http://www.mpsv.cz/files/clanky/6007/research_agenda_CZ.pdf

Sdělení komise Evropskému parlamentu, Radě, Evropskému a hospodářskému a sociálnímu výboru a výboru regionů: Jak pokračuje Evropa 2020: strategie pro inteligentní a udržitelný růst podporující začlenění. In: *Evropská komise* [online]. Brusel, 2014 [cit. 2014-06-07]. Dostupné z: http://ec.europa.eu/europe2020/pdf/europe2020stocktaking_cs.pdf

SeneCura SeniorCentrum Havířov [online]. Havířov, 2018 [cit. 2018-04-30]. Dostupné z: http://havirov.senecura.cz/

Sociální politika v Evropské unii. *BusinessInfo.cz* [online]. 2009 [cit. 2011-12-06]. Dostupné z: http://www.businessinfo.cz/cz/clanek/politiky-eu/socialni-politika-v-evropske-unii/1000521/19269/

SOCIOTRENDY. *Analýza sociálních rizik v Havířově s ohledem na společenské změny, sociodemografické procesy a trendy vývoje: Závěrečná zpráva*. Havířov: Sociotrendy, 2013. ISBN 978-80-87742-04-4.

SSmH. *Úvodní slovo ředitele* [online]. 2012 [cit. 2012-05-08]. Dostupné z: http://www.ssmh.cz/index.php?kategorie=1&clanek=10

SSmH. *Představení projektových aktivit, 2018*. Havířov: SSmH, 2018.
STATUTÁRNÍ MĚSTO HAVÍŘOV. *Komunitní plán rozvoje sociálních služeb ve městě Havířově - Výstupy – Závěry z KP* [online]. 2008 [cit. 2014-06-09].

STATUTÁRNÍ MĚSTO HAVÍŘOV. *Rozpočet statutárního města Havířova na rok 2013*. 2012. Dostupné z: http://www.havirov-city.cz/dokumenty/rozpocet/rozpocet-mesta-rok-2013/06.prispevky-a-dotace-po-ostatni-dotace-a-dary/stahnout_cz.html

STATUTÁRNÍ MĚSTO HAVÍŘOV. *Komunitní plán sociálních služeb a souvisejících aktivit statutárního města Havířova*. Havířov, 2014a [cit. 2018-05-06]. Dostupné z: https://www.havirov-city.cz/dokumenty/rozvojove-dokumenty/komunitni-plan/komunitni-plan-socialnich-sluzeb-a-souvisejicich-aktivit-statutarniho-mesta-havirova-na-obdobi-2014-2017/stahnout_cz.html

STATUTÁRNÍ MĚSTO HAVÍŘOV. *Průmyslová zóna Dukla v Havířově je investorům k dispozici* [online]. Havířov: MMH 2014b [cit. 2014-05-08]. Dostupné z: http://www.havirov-city.cz/aktuality-a-radnicni-listy/prumyslova-zona-dukla-je-investorum-k-dispozici_cz.html

STATUTÁRNÍ MĚSTO HAVÍŘOV. *Zpráva o plnění Komunitního plánu*. In: . Havířov, 2017a. Dosud nevydáno.

STATUTÁRNÍ MĚSTO HAVÍŘOV. *V Havířově byla slavnostně otevřena nová výrobní hala švédské společnosti Mölnlycke*. In: Mölnlycke [online]. Havířov, 2017b, [cit. 2018-04-29]. Dostupné z: http://www.molnlycke.cz/zpravy-a-media-/tiskove-zpravy/v-haviov-byla-slavnostn-otevena-nova-vyrobni-hala-vedske-spolenosti-molnlycke/

STATUTÁRNÍ MĚSTO HAVÍŘOV. *Aktualizace Komunitního plánu*. In: . Havířov, 2018a. Dosud nevydáno.

STATUTÁRNÍ MĚSTO HAVÍŘOV. *Rozpočet města – rok 2018b*. Havířov, 2018b. Dostupné také z: https://www.havirov-city.cz/dokumenty/rozpocet.html

The 2009 Ageing Report, Economic and budgetary projections for the EU-27 Member States (2008-2060), Joint Report prepared by the European Commission(DG ECFIN) and the Economic Policy Committee (AWG). [online]. [cit. 2014-06-09].

VÚPSV. *Bulletin No 33: Vývoj hlavních ekonomických a sociálních ukazatelů České republiky 1990 – 2017*. Praha, 2018. ISBN 978-80-7416-325-8. Dostupné také z: www.vupsv.cz

Vysoká škola evropských a regionálních studií o.p.s. CENTRUM CELOŽIVOTNÍHO VZDĚLÁVÁNÍ 370 01 ČESKÉ BUDĚJOVICE. *Sociální politika: Projekt: K naplnění předpokladů pro výkon činnosti v sociálních službách: Registrační číslo projektu: CZ.1.04/3.1.03/22.00130*. 2003. Dostupné z: http://granty.vsers.cz/dokument/Socialni%20politika.pdf

Zákony

Vyhláška č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí ustanovení zákona o sociálních službách
Zákon č. 100/1988 Sb., o sociálním zabezpečení
Zákon č. 455/1991 Sb. o živnostenském podnikání
Zákon č. 160/1992 Sb. o zdravotní péči v nestátních zdravotnických zařízeních
Zákon č. 586/1992 Sb. o daních z příjmu
Zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění
Zákon č. 128/2000 Sb. o obcích
Zákon č. 243/2000 Sb. o rozpočtovém určení daní
Zákon č. 248/2000 o podpoře regionálního rozvoje
Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách
Zákon č. 89/2012 Sb. Občanský zákoník

SEZNAM TABULEK, GRAFŮ OBRÁZKŮA ZKRATEK

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1 Vývoj vybraných makroekonomických ukazatelů v 2007-2016 26
Tabulka 2 Vývoj počtu neuspokojených žádostí o vybrané sociální služby 41
Tabulka 3 Vývoj počtu uživatelů vybraných terénních a pobytových sociálních služeb a intenzita převisu poptávky nad nabídkou 42
Tabulka 4 Vývoj výdajů na vybrané terénní a pobytové sociální služby 43
Tabulka 5 Průměrné měsíční náklady na jednoho klienta 43
Tabulka 6 Vývoj výdajů na sociální služby v České republice 45
Tabulka 7 Stupně závislosti na cizí osobě a výše příspěvku podle *zákona č. 108/2006 Sb.* 50
Tabulka 8 Očekávaný vývoj počtu příjemců příspěvku na péči podle věku příjemce v letech 2016–2030 u osob starších 65 let 52
Tabulka 9 Typy služeb a jejich úhrada 58
Tabulka 10 Porovnání starobní penze a měsíční výše úhrady v domově pro seniory 59
Tabulka 11 Návrhy nově struktury příspěvku na péči 61
Tabulka 12 Komparace systémů sociálních služeb vybraných evropských zemí s ČR 70
Tabulka 13 Struktura populace podle pohlaví a věkových skupin 75
Tabulka 14 Porovnání skutečnosti a projekce věkových skupin obyvatel Havířova do roku 2020 78
Tabulka 15 Přehled poskytovatelů sociálních služeb v Havířově 84
Tabulka 16 Sociální služby pro seniory v Havířově k 31.12.2016 88
Tabulka 17 Sociální služby města Havířova, p. o. - Pokrytí nákladů, výnosy 91
Tabulka 18 Struktura financování Domova seniorů Havířov 93
Tabulka 19 Souhrnná tabulka – porovnání variant financování u Domova seniorů Havířov 96
Tabulka 20 Procedura umisťování pacienta-klienta zdravotně sociální péče 103
Tabulka 21 Přehled o počtu důchodců k 31. 12. 2016 105
Tabulka 22 Segmentace důchodů za 12/2016 106
Tabulka 23 Struktura příspěvků na péči a porovnání s uživateli pobytových sociálních služeb 107
Tabulka 24 Komparace kapacity sociálních služeb, jejich počtu a vícezdrojového financování v Havířově s ČR v roce 2016 109
Tabulka 25 Komparace průměrných měsíčních nákladů na sociální služby v Havířově a v ČR v roce 2016 109
Tabulka 26 Komparace zdrojů financování sociálních služeb v Havířově a v ČR 110
Tabulka 27 Komparace převisu poptávky nad nabídkou ve městě Havířově a v ČR v roce 2016 110
Tabulka 28 Harmonogram fází řízených rozhovorů 113
Tabulka 29 Pořadí důležitosti institucí v poskytování sociálních služeb 119

Tabulka 30 Harmonogram fází anketního šeření 124
Tabulka 31 Rozmístění kontaktních osob pro anketní šetření 126
Tabulka 32 Pořadí důležitosti v anketě A. 137
Tabulka 33 Pořadí důležitosti služeb podle ankety B. 144

Přílohy

Tabulka 34 Scénář vývoje počtu lidí potřebující dlouhodobou péči v některých zemích EU 11
Tabulka 35 Průměrné měsíční úhrady na lůžko v daném zařízení 15
Tabulka 36 Demografický vývoj v České republice 16
Tabulka 37 Vývoj stárnutí obyvatel Moravskoslezského kraje 19
Tabulka 38 Vývoj obyvatel Havířova podle věkových skupin 20
Tabulky 39a-d 22
Tabulky 40a-d 24
Tabulka 41 Průřezové cíle a opatření *Komunitního plánu* 28
Tabulky 42a-f 30
Tabulka 43 Vyhodnocení otázky č. 4 63
Tabulky 44 Výsledky ankety 69

SEZNAM GRAFŮ

Graf 1 Struktura systému sociálního zabezpečení v ČR v r. 2016 26
Graf 2 Podíl jednotlivých zdrojů financování sociálních služeb na celkových zdrojích v roce 2016 44
Graf 3 Vývoj výdajů na sociální služby 46
Graf 4 Struktura příjemců na péči podle typu poskytované péče 52
Graf 5 Vývoj celkových výdajů na sociální služby a úhrad klientů v ČR 57
Graf 6 Porovnání vývoje nezaměstnanosti v České republice, v Moravskoslezském kraji a v Havířově 77
Graf 7 Vývoj počtu obyvatel města Havířova podle věkových skupin a projekce v r. 2020 79
Graf 8 Porovnání navrhovaných variant financování Domova seniorů Havířov 97
Graf 9 Přehled o počtu vyplácených důchodů podle měsíční výše důchodu 105
Graf 10 Celkový počet odevzdaných anket A+B 127
Graf 11 Podíl mužů a žen na celkovém počtu respondentů 127
Graf 12 Věkové složení respondentů 128
Graf 13 Podíl vzdělanostních skupin na celkovém počtu respondentů 128
Graf 14 Zájem o bydlení pro seniory 129
Graf 15 Časový horizont potřeby bydlení pro seniory 131
Graf 16 Životní etapy, ve kterých je v Havířově zájem o seniorské bydlení 132
Graf 17 Přednost ubytování sám/sama nebo s partnerem v Havířově 133
Graf 18 Typ ubytování 134
Graf 19 Forma bydlení: nájem x vlastnictví 135
Graf 20 Ochota a schopnost příplatku na bydlení pro seniory v Havířově 136

Graf 21 Zájem o bydlení pro seniora – blízkého příbuzného 138
Graf 22 Časový horizont bydlení pro seniory 139
Graf 23 Životní etapy, ve kterých je v Havířově zájem o seniorské bydlení 140
Graf 24 Přednost ubytování sám/sama nebo s partnerem v Havířově 140
Graf 25 Typ ubytování 141
Graf 26 Forma bydlení: nájem x vlastnictví 142
Graf 27 Ochota a schopnost příplatku na bydlení pro blízkého příbuzného seniora v Havířově 143

Přílohy

Graf 28 Očekávaná struktura přírůstku obyvatel do roku 2065 (střední varianta projekce) 17
Graf 29 Očekávaný vývoj průměrného věku obyvatel do roku 2066 (střední varianta projekce) 18
Graf 30 Vývoj obyvatel Moravskoslezského kraje podle věkových skupin 19
Graf 31 Vývoj obyvatel Havířova podle věkových skupin 20
Graf 32 Porovnání vývoje průměrného věku 21

SEZNAM OBRÁZKŮ

Přílohy

Obrázek 1 Organizační struktura komunitního plánování sociálních služeb 26

SEZNAM ZKRATEK

ČR	Česká republika
ČSÚ	Český statistický úřad
DSH	Domov pro seniory Havířov
ESF	Evropský sociální fond
EU	Evropská unie
HDP	Hrubý domácí produkt
MPSV	Ministerstvo práce a sociálních věcí
NNO	Nestátní neziskové organizace
NsP	Nemocnice s poliklinikou
OECD	Organizace pro hospodářskou spolupráci a rozvoj
OKD	Ostravskokarvinské doly
OSN	Organizace spojených národů
SSmH	Sociální služby města Havířova
SWOT	Analýza silných, slabých stránek, příležitostí a hrozeb
VÚPSV	Výzkumný ústav práce a sociálních věcí
VZP	Všeobecná zdravotní pojišťovna

PŘÍLOHY

Příloha č. 1 Sociální stát, jeho geneze a definice
Příloha č. 2 Legislativní ukotvení sociálních služeb v České republice
Příloha č. 3 Sociální služby a jejich struktura
Příloha č. 4 Dlouhodobá péče a její ukotvení v evropských dokumentech
Příloha č. 5 Demografický vývoj v České republice, Moravskoslezském kraji a v Havířově
Příloha č. 6 Sociální služby podle druhu zařízení v roce 2011
Příloha č. 7 Sociální služby podle druhu zařízení v roce 2016
Příloha č. 8 Historie, organizační struktura a cíle *Komunitního plánu*
Příloha č. 9 Tři varianty struktury financování Domova seniorů Havířov
Příloha č. 10 Soustava otázek pro řízený rozhovor
Příloha č. 11 Řízené rozhovory
Příloha č. 12 Řízené rozhovory: Vyhodnocení otázky č. 4 – Jaké je pořadí důležitosti těchto institucí?
Příloha č. 13 Anketní formulář: Analýza poptávky po pobytových službách pro seniory
Příloha č. 14 Výsledky ankety: Analýza poptávky po pobytových službách pro seniory

Příloha č. 1

Sociální stát, jeho geneze a definice

Existuje několik definicí pojmu ***sociální stát***, odlišných od sebe v různých názorových myšlenkách. V každém případě definice nemá přesné hranice a pojem ***sociální stát*** je klíčovým pojmem teorie sociální politiky. Je definována z mnoha úhlů pohledu na úlohu státu a možnosti státu zajistit sociální služby.

Jedna z nejvíce používaných definic je od Vojtěcha Krebse: *„Sociální stát je často chápán jako stát se silným veřejným sektorem a výraznými intervencemi vlády do sociální oblasti.“*(2007, s. 74). Na sociální stát se také můžeme podívat jako na stát, který odmítá dva extrémní protipóly:

- laissez fair (heslo klasických liberálů, které požaduje, aby hospodářské dění probíhalo volně bez zásahu státu),
- revoluci,

a hledá „třetí cestu“, tzn. cestu mezi centrálně řízenou ekonomikou a ekonomikou volného trhu.

Je důležité si uvědomit tezi Igora Tomeše, že pojem ***sociální stát*** má dvě stránky: **kvalitativní a kvantitativní**. Je zřejmé, že **kvalitativní stránka**, tj. *„veřejně organizovaná solidarita jako důsledek mezinárodně uznaného práva občanů na důstojné životní minimum, zaručující právo na důstojnost, svobodu, solidaritu a účast na věcech veřejných*“ (2010b, s. 120) není hlavním centrem vzájemných sporů a odlišností. Tou je především stránka **kvantitativní**, tj. výše, neboli objem podpory sociální politiky, konkrétní principy přerozdělování, dále legitimita a kontrola fungování sociálního státu. Jak definuje Igor Tomeš ve své publikaci, *„**jde o míru těžko udržitelné štědrosti**, která je v postmoderní době centrem kritiky, četných úvah a diskuzí.*“ (2010b, s. 120).

Koncept sociálního státu - welfare state - zásadním způsobem ovlivnil komplexní vývoj v celém období po 2. světové válce. Jeho rozvoj byl způsoben příznivým ekonomickým vývojem Evropy v padesátých letech. V té době ovlivnil a dodneška stále ovlivňuje ekonomický, kulturní, sociální a politický vývoj ve spoustě zemí. Díky němu jejich obyvatelé dosáhli nebývale vysokého životního standardu (Krebs 2007, s. 77). Příznivý vývoj trval až do poloviny 70. let minulého století, kdy ve většině vyspělých států nastala ekonomická krize, která zasáhla také sociální oblast.

Jak dále autor uvádí, vize sociálního státu je velice populární díky principiální myšlence, že stát na sebe přebírá sociální jištění obyvatelstva. Pojem ***sociální stát*** vznikl jako jeden z překladů původního anglického názvu ***welfare state***, čili ***stát blahobytu***. Na druhé straně welfare state je velice nákladná záležitost. Pro stát vyplývá povinnost permanentně dlouhodobě zajišťovat zdroje na provádění sociální politiky. Principem zabezpečení zdrojů je tedy přerozdělování formou daní, kterými jsou zatíženi daňoví poplatníci. To, zda je fungování sociálního státu úspěšné, závisí na **míře přerozdělování.** Zvyšují-li se totiž investice do sociální oblasti, ekonomika dané země je pozitivně stimulována, ale jen do určité míry. Bodem zvratu je, když daňové zatížení začne být nemotivující pro daňové poplatníky, především pak z řad podnikatelských subjektů.

Dalším negativním projevem *welfare state* je skutečnost, že postupně oslabují přirozené vazby vzájemné závislosti lidí na sobě samých (např. v rámci rodiny: senioři x děti, v rámci širších vztahů rodinná nebo sousedská solidarita vůči nemocným, postiženým, dočasně nemohoucím jedincům). Naopak je posilována vazba občan x stát.

Je třeba zdůraznit, že podstatou sociálního státu je také uplatňování principu solidarity. Demotivujícím prvkem jeho fungování je však skutečnost, kdy je nadměrně porušena rovnováha mezi těmi, kdo platí, a těmi, kdo přijímají sociální výhody, čili když je optimální míra přerozdělování překročena. Za další závažné negativum považuji ne vždy efektivní a nedostatečně účinné vynakládání finančních prostředků státu do sociální oblasti**.**

Vývoj sociálních států byl úspěšný do druhé poloviny 70. let, kdy nastala ve většině vyspělých států - v důsledku několika ropných šoků - ekonomická krize. Úsporná opatření se dotkla také sociální oblasti, ve které navíc přibyl – kromě krizí vyvolaná rostoucí nezaměstnanost - další problém: stárnutí obyvatelstva. Bylo evidentní, že stávající model bylo nutno přehodnotit. Na scénu přichází nový směr – *neoliberalismus,* který stlačuje míru přerozdělení do sociální oblasti a naopak klade důraz na zvýšení odpovědnosti jednotlivců. Neoliberální nebo také neoklasické koncepce dále hlásají podporu ekonomické aktivity podnikatelských subjektů snížením daní, a tím zvýšení příjmů do státních rozpočtů. Diskuze se v tomto období nevedla o existenci sociálního státu jako takového, ale o změně jeho struktury a rozsahu.

Výsledkem byl přechod od koncepce velkého welfare state k post-welfare state. Podstatou **post welfare state** tedy je:

- posílení role státu jako konceptora, tzn. toho, kdo stanovuje pravidla hry,

- posílení role státu jako podporovatele individuálních, soukromých a dobročinných aktivit,
- ponechání role státu jako garanta lidské důstojnosti, tzn. péče o občany, o které se nikdo jiný postarat nemůže.

Naopak, v duchu principu subsidiarity se zeštíhluje role státu jako přímého poskytovatele sociálních výhod. (Tomeš 2010b, s. 120-128; Krebs 2007, s. 70-84). Dle mého mínění jde o přirozený důsledek předchozího období, kdy prostředky získané ze stále rostoucího daňového zatížení fyzických a právnických subjektů byly státem následně nehospodárně vynakládány, což vyvolalo zpomalení tempa růstu ekonomického vývoje v řadě zemích. Fungování sociálního státu také nepříznivě zapůsobilo na snížení motivace a zodpovědnosti jednotlivců. Jak se k této problematice přibližně vyjádřil Cáceres: *„…sociální stát nezaručuje lidem motivaci, aby se snažili…“* (2012).

Příloha č. 2

Legislativní ukotvení sociálních služeb v České republice

Sociální služby jsou ukotveny legislativně tak, aby byla jasně daná pravidla, standardy a naplnění kvality a rozsahu, jakož i regulace nároků na sociální služby, aby byly poskytovány v nejvyšší míře efektivity a hospodárného vynakládání finančních prostředků státu[31].

Zákon č. 108/2006 o sociálních službách

Zásadní změnou oproti předchozí právní úpravě je uzákonění registrační povinnosti pro poskytovatele sociálních služeb. Dne 14. března 2006 byl přijat *zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách*, který je v platnosti od 1. 1. 2007.

Aplikací zákona do praxe byl získán přehled o rozsahu a charakteru sítě sociálních služeb. Zařazení do registru se stalo jedním z předpokladů pro čerpání finančních prostředků z veřejných rozpočtů. Nejdůležitější na této změně je fakt, že zaregistrovaní poskytovatelé mají bez ohledu na jejich právní formu (soukromoprávní, veřejnoprávní) uzákoněna stejná práva a stejné povinnosti. Přijetí tohoto zákona tak zareagovalo na dlouhodobě neřešené nerovné postavení poskytovatelů sociálních služeb zřizovaných soukromoprávní sférou.

K nejdůležitějším změnám patřilo zavedení tzv. příspěvků na péči. Další zásadní legislativní úpravy probíhaly v roce 2011, kdy zachycovaly změny sociálního systému, plánované s platností od 1. 1. 2012 pod názvem *nová sociální reforma*. Poslední významné změny vešly v platnost v letech 2015 a 2017. Aktuálně platné znění zákona je účinné od 1. 10. 2017. Významným zlomem má být tzv. velká novela zákona o sociálních službách, která byla schválena vládou na jaře roku 2017 a měla vejít v platnost od 1. 1. 2018, dosud však není platná.

---

[31] Oblast plánování a rozvoje sociálních služeb se v mezinárodním kontextu lze opírají především o **Evropskou sociální chartu**, která mj. vymezuje obsah jednotlivých práv a zdůrazňuje práva určitých osob, kterým má být poskytnuta zvláštní ochrana. V článku 13 je deklarováno právo na sociální a lékařskou pomoc a článek 14 stanoví právo využívat služby sociální péče. Na národní úrovni tuto problematiku zastřešuje mj. **Národní akční plán podporující pozitivní stárnutí pro období let 2013 až 2017** (2013**)**, který má vést ke zvýšení kvality života všech generací a jehož výchozím rámcem jsou lidská práva seniorů a hodnoty ve společnosti.

Změny zákona č. 108/2006 Sb. platné od roku 2012

Cílem této reformy bylo *„vytvořit efektivní systém správy veřejných prostředků určených pro sociální oblast a pomoc v samotném procesu administrace a vyplácení dávek.“* Konkrétně šlo o převedení výplaty dávek z obecních úřadů na nově koncipovaný Úřad práce (MPSV, 2012).

Změny zákona č. 108/2006 Sb. platné od roku 2015

Tato změna zákona vešla v platnost od 1. 1. 2015. V prvé řadě posiluje roli kraje na úkor státu. Akcentuje význam střednědobého plánu rozvoje sociálních služeb coby strategický dokument kraje. Nově také umožňuje, aby byl doplňován akčními plány na dobu 1 roku, vycházejícími právě ze střednědobého plánu.

Ukotvuje pojem síť sociálních služeb coby součást střednědobého plánu rozvoje sociálních služeb kraje a definuje ji jako *"souhrn sociálních služeb, které v dostatečné kapacitě, náležité kvalitě a s odpovídající místní dostupností napomáhají řešit nepříznivou sociální situaci osob na území kraje a které jsou v souladu se zjištěnými potřebami osob na území kraje a dostupnými finančními a jinými zdroji*.“ (Zákon 108/2006).

Za velmi důležité považuji uzákonění významu podpory života jedince v jeho přirozeném sociálním prostředí. Ve svém důsledku to znamená **posílení především terénních** (do jisté míry také ambulantních) služeb na úkor služeb pobytových. Setrvání co nejdéle v domácím prostředí má pro jedince bezesporu pozitivní psychosomatický vliv, a přitom z hlediska makroekonomického jde o záměr efektivněji vynakládat finanční prostředky.

Aby bylo zamezeno regionálním disparitám ve financování sociálních služeb, příloha tohoto zákona stanoví procentní podíl jednotlivých krajů na celkovém ročním objemu prostředků ze státního rozpočtu vyčleněných na podporu sociálních služeb.

Změny zákona č. 108/2006 Sb. platné od 1. 10.2017

Nejvýznamnější úpravou bylo zvýšení výše příspěvku na péči o 10 % ve všech stupních.

Připravovaná tzv. velká novela zákona o sociálních službách

Přelomovou se má stát systémová tzv. velká novela zákona o sociálních službách, kterou schválila vláda v březnu roku 2017 a jež měla nabýt účinnost od 1. ledna 2018

(MPSV, 2017a). Tato novela má za cíl upravit systém sociálních služeb, aby byl jednodušší a přehlednější a více odpovídal skutečným potřebám lidí.

Co se týká změn, které zasáhnou cílovou skupinu seniorů, klíčovým bodem se jeví zvýšení příspěvku na péči ve IV. stupni ze současných 13.200 Kč na 19.200 Kč. Navrhované zvýšení příspěvku si klade za úkol podpořit neformální péči ze strany rodinných příslušníků a osob blízkých při současné pomoci terénních služeb, a tím dosažení co nejdelší setrvání klienta v domácím prostředí.

Péče o nevyléčitelně nemocné v hospicích se má stát oficiální službou a bude hrazena z veřejného zdravotního pojištění.

Další klíčovou změnou má být financování sociálních služeb formou mandatorních výdajů. Poskytovatelům by tato změna přinést větší jistotu při plánování provozu
a poskytování sociálních služeb.

Velká novela má také ukládat povinnost sociální práce i v menších obcích, aby se sociální péče stala více dostupnou i tam.

Vyhláška č. 505/2006 Sb.

Touto vyhláškou se provádějí některá ustanovení *zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách*. V odborných sociálních sférách je známá pod pojmem *úhradová vyhláška*.

Význam *vyhlášky č. 505/2006 Sb*. je zřejmý z její obsahové části:

1. Způsob hodnocení schopnosti zvládat základní životní potřeby.
2. Rozsah úkonů poskytovaných v rámci základních činností u jednotlivých druhů sociálních služeb a maximální výše úhrad za poskytování některých sociálních služeb.
3. Zdravotní stavy vylučující poskytování pobytových sociálních služeb.
4. Kvalifikační kurz pro pracovníky v sociálních službách.
5. Hodnocení plnění standardů kvality sociálních služeb a informace o výsledku provedené inspekce.
6. Náležitosti průkazu zaměstnance obce a zaměstnance kraje oprávněného k výkonu činností sociální práce.

Poslední znění vyhlášky, účinné od 1. 1. 2018, zřetelněji objasňuje podmínky a strukturu střednědobého plánu kraje - viz následující bod:

7. Podmínky pro zpracování a struktura střednědobého plánu rozvoje sociálních služeb kraje.

Příloha č. 3

Sociální služby a jejich struktura

V této souvislosti je třeba brát v úvahu strukturu a obsah sociálních služeb v současnosti po zavedení sociální reformy a všech legislativních úprav, naposledy k 1. 10. 2017.

Zákon č. 108/2006 Sb. definuje **poskytovatele** sociálních služeb. Toto členění je velice důležité, protože staví na stejnou úroveň veřejnoprávní a soukromoprávní sféru. Jsou jimi:

- Územní samosprávné celky a jimi zřizované právnické osoby
- Další právnické osoby
- Fyzické osoby
- Ministerstvo a jím zřízené organizační složky státu.

Rovněž podle tohoto zákona dělíme poskytované **sociální služby** na tyto základní **druhy:**

- sociální poradenství,
- služby sociální péče,
- služby sociální prevence.

Dané členění reflektuje hlavní funkce, které mají sociální služby v naší společnosti plnit. Senioři využívají všechny základní druhy sociálních služeb, především jsou pro ně užitečné služby sociální péče.

Tento zákon taktéž rozlišuje **formy poskytování sociálních služeb:**

Pobytové – klienti jsou ubytováni v domovech pro seniory, pro osoby se zdravotním postižením a se zvláštním režimem. Zároveň do této kategorie řadíme chráněná bydlení, týdenní stacionáře a některé typy odlehčovacích pobytových center.

Ambulantní – klienti pravidelně do zařízení daného typu docházejí buď samostatně, nebo v doprovodu zodpovědné osoby. Nejsou zde ubytováni.

Terénní – zdravotník nebo sociální pracovník navštěvuje klienta a poskytuje mu služby typu aplikací injekcí, převazy, pomoc s úklidem, nákupem, zabezpečuje dovážku jídel apod. Nespornou výhodou je, že klienti i nadále bydlí v přirozeném domácím prostředí.

Zařízení sociálních služeb se dělí na centra denních služeb, **denní stacionáře, týdenní stacionáře**, domovy pro osoby se zdravotním postižením, **domovy pro**

seniory, domovy se zvláštním režimem, chráněné bydlení, azylové domy, domy na půl cesty, zařízení pro krizovou pomoc, nízkoprahová denní centra, nízkoprahová zařízení pro děti a mládež, noclehárny, terapeutické komunity, sociální poradny, **sociálně terapeutické dílny, centra sociálně rehabilitačních služeb,** pracoviště rané péče, intervenční centra a **zařízení následné péče** (Zákon č. 108/2006 Sb.).[32]

Standardy kvality

Zákon č. 108/2006 Sb. od prvopočátku deklaruje v § 2, že *„sociální služby musí být poskytovány v zájmu osob a v náležité kvalitě takovými způsoby, aby bylo vždy důsledně zajištěno dodržování lidských práv a základních svobod osob.“* (Zákon č. 108/2006 Sb.) K tomu, aby bylo možné nastolit úroveň kvality poskytovaných sociálních služeb, měřit ji a srovnávat v čase i mezi jednotlivými poskytovateli, a případně vyvozovat sankce vůči poskytovatelům, kteří nedosahují potřebné kvality, byly *zákonem o sociálních službách* zavedeny tzv. **standardy kvality sociálních služeb.** Jejich důležitost tkví v tom, že jsou **garantem kvality** poskytovaných služeb, bez ohledu na to, zda se jedná o státní či soukromou organizaci.

Standardy kvality jsou předem definované, co možná nejvíce měřitelné, parametry. Tyto parametry jsou definovány decentralizovaně pro skupiny podobných služeb nebo – jak je tomu v případě domovů pro seniory – pro jednotlivé skupiny služeb. Standardy jsou „*pokusem o formulaci ideálu dobré praxe*“ v poskytování dané služby. Proto se na nich podílejí všechny zainteresované skupiny – poskytovatelé, zřizovatelé i klienti (Matoušek 2011, s. 135).

Standardy kvality sociálních služeb jsou zapracovány a právně zakotveny ve *vyhlášce č. 505/2006 Sb.*, části páté: *Hodnocení plnění standardů kvality sociálních služeb*. Samotný *Obsah standardů kvality sociálních služeb* je pak zakotven v *příloze č. 2 k vyhlášce č. 505/2006 Sb.* Podle těchto legislativních dokumentů je definováno celkem patnáct standardů. Ke každému standardu je přiřazeno 1 až 5 slovních kritérií.

Pokud poskytovatel nesplňuje standardy kvality a k nápravě nedošlo ani na základě uložených opatření, registrující orgán (místně příslušný krajský úřad) má právo udělit správní trest, případně rozhodnout o zrušení registrace, bez níž nemohou být sociální služby poskytovány (§ 82 (3) c) *zákona č. 108/2006 Sb*.).

[32] Zvýrazněna jsou ta zařízení, která slouží též k zajištění potřeb seniorů.

Příloha č. 4

Dlouhodobá péče a její ukotvení v evropských dokumentech

Definice dlouhodobé péče

Vzhledem ke stárnutí evropské populace stoupá poptávka po dlouhodobé péči. Tato nová sociální událost je v různých zemích nazývána posvém, například Angličané hovoří právě o potřebě „dlouhodobé péče“, Francouzi o „stavu závislosti“. Skupina osob, která je odkázána na péči jiných osob, je nejčastěji označována termínem *„osoby potřebující dlouhodobou péči“* (z angl. need of long-term care, Tomeš 2010a, s. 7). OECD definuje dlouhodobou péči jako *„průřezový politický problém, který svede dohromady více služeb pro osoby, které jsou závislé na pomoci při plnění základních každodenních činností po delší dobu.“* (Tomeš 2010a, s. 7).

Další definicí OECD, kterou používá *Návrh věcného záměru zákona upravujícího řešení dlouhodobé zdravotně-sociální péče,* je: ***„Dlouhodobá péče je spektrem kombinovaných zdravotních a sociálních služeb, které potřebují osoby se sníženou soběstačností závislé na cizí pomoci: potřebují pomoc a péči při každodenních sebeobslužných aktivitách pro zajištění důstojného života.“*** (Návrh zákona, 2011).

Jak dále uvádí Igor Tomeš ve své publikaci, tato péče je vymezena určitým komplexem služeb pro osoby s omezenou soběstačností, které jsou dlouhodobě závislé na pomoci při určitých **základních/bazálních** každodenních samoobslužných činnostech: oblékání, koupání a základní hygiena, používání toalety, stravování, uléhání do lůžka a vstávání, mobilita po bytě aj. Dále se jedná o činnosti **instrumentální**, díky nimž může člověk i nadále žít ve svém prostředí a komunitě soběstačně: lehčí i náročnější domácí práce, příprava pokrmů, hospodaření s penězi, obstarávání nákupů, obsluha telefonu apod. (Tomeš 2010a, s. 7).

Spektrum **služeb dlouhodobé péče** zahrnuje část **zdravotnických služeb** (diagnostika, léčba, předepisování léků a pomůcek, rehabilitace), jejichž cílem je zlepšení zdravotního stavu, a taktéž **pomocné služby** (pomoc v domácnosti, doprava a doprovod k lékaři, na úřady, příprava a podávání jídla, různé **sociální aktivity** apod.), které slouží ke kompenzaci déletrvající nesoběstačnosti (Tomeš 2010a, s. 7).

Jestliže již lidé nemohou přebývat ve svém přirozeném domácím prostředí, je nezbytné pro ně zajistit umístění v zařízení, které jim poskytne trvalý nebo dlouhodobý pobyt a pomůže řešit jejich sníženou soběstačnost v návaznosti na věk a zhoršený

zdravotní stav. Přitom se skloubí dopomoc při provádění bazálních i instrumentálních úkonů, poskytne kvalifikovaný lékařský dohled, různé individualizované služby a přihlédne k bio-psycho-sociálním i spirituálním požadavkům (Válková, Korejsová, Holmerová 2010).

Z níže uvedené tabulky je patrné, jaký nárůst počtu nesoběstačných seniorů můžeme v zemích EU v následujících desetiletích očekávat.

Tabulka 34 Scénář vývoje počtu lidí potřebující dlouhodobou péči v některých zemích EU

Scénář vývoje počtu lidí potřebující dlouhodobou péči ve vybraných zemích EU (2007 - 2060)								
Počet lidí potřebujících péči								
Počet nesoběstačných seniorů (v tis.):			**z toho klienti profesionálních služeb**				**Neformální či 0 péče**	
			v instituci		**péče doma**			
Rok	*2007*	*2060*	*2007*	*2060*	*2007*	*2060*	*2007*	*2060*
ČR	**258**	**687**	**51**	**155**	**73**	**199**	**133**	**333**
Německo	3201	6036	541	1433	1028	2244	1612	2359
Irsko	93	383	22	113	40	187	30	83
Španělsko	1728	4721	160	1148	181	1357	1366	2215
Francie	2283	4833	552	1302	953	2204	758	1327
Itálie	2515	5092	185	374	359	720	1992	3998

(Zdroj: The 2009 Ageing Report, 2009)

V České republice za zhruba 50 let stoupne jejich celkový počet o 429 tisíc, což činí více než 2,5 krát větší nárůst.

Legislativní ukotvení dlouhodobé péče v evropských zemích

Evropská unie prosazuje součinnost národních politik prostřednictvím tzv. **otevřené metody koordinace** (Long-term care, 2012), dlouhodobé péče se zvláštním důrazem na přístup, kvalitu a udržitelnost.

Očekávaný vývoj dlouhodobé péče v evropských zemích

Mnoho členských států EU již zavedlo reformy dlouhodobé péče. Zde je kladen důraz na zdokonalování služeb, účinnosti léčebných a rehabilitačních metod včetně preventivních opatření, vedoucích k sociálnímu včleňování. Do systému služeb sociální péče jsou zahrnuty **služby hospicových zařízení** (Research Agenda of Ageing, 2003).

Vedle bipolarity sociální versus zdravotní péče lze nalézt další, a tou je **veřejný sektor versus soukromý sektor a rodinná péče.** Dá se již nyní předvídat, že koncepčním řešením bude opět sjednocení. V Evropě se vyvíjí tzv. *private – public mix* a obecně se oceňuje spolupráce soukromého a veřejného sektoru. Veřejný sektor se

omezuje na péči o seniory s největší závislostí na jiné osobě, zatímco soukromý sektor pomáhá domácí péčí o skupinu osob s lehčí závislostí.

Jak popisuje Igor Tomeš, *„některé státy, jako např. severské, zcela jednoznačně podporují úsilí veřejné správy v péči o tyto osoby, v jiných, zejména v jižních, převládá názor, že z historických a tradičních důvodů ponechávají péči o tuto skupinu seniorů rodinám, které různou měrou podporují z veřejných prostředků.“* (2010a, s. 14). Tak či tak se v Evropě jednoznačně vyvíjí budoucí trend: snaha udržet nesoběstačného seniora co nejdéle v přirozeném sociálním prostředí. Tento trend koresponduje s českým aktuálně platným *zákonem o sociálních službách č. 108/2006 Sb.* v podobě zavedení příspěvku na péči a také s jeho tzv. velkou novelou, která podporuje neformalizovanou péči v přirozeném domácím prostředí zvýšení příspěvku na péči ve IV. stupni.

Aktuální otázky k řešení problematiky seniorů v České republice

V České republice, podobně jako v ostatních evropských zemích, je patrná silná bipolarita názorů na demarkační čáru mezi **poskytováním zdravotnických a sociálních úkonů**, i přes to, že stárnutí každého člověka a tím přicházející kombinace potřeb jak zdravotního, tak sociálního charakteru je přirozená a snadno předvídatelná. Podle mého názoru právě z tohoto důvodu dochází k postupné konvergenci, která je již zřejmá v evropských zemích. Jako příklad Igor Tomeš uvádí, že ve Velké Británii a v některých jejích bývalých dominiích jako Austrálie a Nový Zéland vyvinuli pro zdravotně postižené seniory kombinaci domovů důchodců a zdravotnických zařízení pro dlouhodobě nemocné, tj. „ošetřovatelské ústavy“ *(nursing homes),* kde klientům poskytují jak sociální, tak i zdravotnické služby; je to lacinější než samostatný provoz dvou samostatných zařízení (jen jedna administrativa) a lacinější než provoz dlouhodobé péče ve zdravotnických zařízeních, protože do ošetřovatelských ústavů lékař dochází jen jednou týdně a zdravotnický provoz obstarává jen střední zdravotnický personál (2010a).

Návrh věcného záměru zákona upravující dlouhodobou péči v České republice

Evropský trend koordinace zdravotní a sociální péče za účelem zefektivnění celého systému ovlivňuje i budoucí vývoj v České republice. Několikaleté přípravné práce vyústily v tzv. ***Návrh věcného záměru zákona upravující řešení dlouhodobé zdravotně-sociální péče,*** který byl v září roku 2011 zveřejněn Ministerstvem práce

a sociálních věcí. *Návrh věcného záměru zákona „… vychází z doporučení Evropské unie a přijetím tohoto zákona se Česká republika zemím Evropské unie přiblíží“* (2011).

Cílem zpracování tohoto návrhu zákona je „*zlepšit dostupnost a kvalitu této péče, stejně jako přispět k lepšímu využití existujících prostředků a sjednotit podmínky pro poskytování této péče bez ohledu na místo a způsob jejího čerpání. Důraz je kladen na maximální možné poskytování služeb v rámci dlouhodobé péče v přirozeném prostředí klienta.*

Jak se dále uvádí v předkládací zprávě této připravované právní úpravy, nově připravovaný systém dlouhodobé péče preferuje setrvání klientů, a tudíž seniorů, v jejich přirozeném domácím prostředí. Zároveň také předpokládá další rozvoj systému neformálních a profesionálních pečovatelů, s tím, že **za nejvhodnější způsob je považováno poskytování dlouhodobé péče v přirozeném prostředí klienta formálními poskytovateli, nebo ve formě sdílené péče** (Průša 2011a, s. 22-23).

Návrh zákona o dlouhodobé zdravotně sociální péči vychází ze dvou základních zdrojů, a to z *návrhu zákona o zdravotní péči a ze zákona o sociálních službách.*

Poskytovatel pobytové dlouhodobé péče bude mít tedy povinnost získat registraci jak na poskytování sociální pobytové služby, tak také oprávnění poskytovat lůžkovou zdravotní péči.

Osobě, které byl přiznán status klienta dlouhodobé péče, budou zdravotní služby poskytovány z prostředků příslušné zdravotní pojišťovny na základě uzavřeného smluvního vztahu, sociální služby podle zákona o sociálních službách (zdrojem bude příspěvek na péči) a na něho navazující prováděcí, tzv. „úhradové“ vyhlášky.

Klient dlouhodobé pobytové péče se bude podílet na úhradě nákladů na stravu a pobyt, a to podle *zákona o sociálních službách*.

Návrh zákona zavádí pojem **komunitní sestra**. Jde o styčnou osobu, která pracuje v týmu se sociálním pracovníkem na obecním úřadu obce s rozšířenou působností a zajišťuje podporu, poradenství a hodnocení zdravotních a sociálních potřeb potenciálních klientů dlouhodobé péče.

Oproti současnosti by mělo dojít ke změně v tom, že v proceduře poskytování zdravotnické a sociální péče je výrazně posílena **priorita: pacient-klient a jeho potřeby**. Tým zdravotních a sociálních pracovníků by vyhodnocoval potřebu pacienta - klienta a koordinovaně zpracovával plán sociální zdravotní péče podle potřeb. Tím by odpadla bariéra mezi poskytováním zdravotnické a sociální péče. Z pohledu *klienta* by to znamenalo, že by byl zajištěn plán dlouhodobé péče s důrazem na - pokud možno -

domácí prostředí. V oblasti financování by se pacient-klient nesetkal s tím, že podle typu zařízení by se lišil typ a výše úhrady (zdroje zdravotní pojišťovny, příspěvek na péči, vlastní úhrada). Z pohledu *jednotlivých zařízení* by odpadlo buď „zbavování se“ klienta-pacienta (typu “již nepatří na akutní lůžko“) nebo naopak boj o klienta (soukromé léčebny dlouhodobě nemocných versus odlehčovací sociální služby), opět ve prospěch klienta. Z hlediska *státu* by došlo k celkovému zefektivnění poskytování služeb. Iva Holmerová to vystihla následujícími slovy: *„Každý si myslí, že je třeba stavět domovy a ústavy. Ale těch už je dost, zvlášť pokud k nim připočteme nevyužité kapacity ve zdravotnictví. Naopak chybějí terénní služby, aby i ne zcela soběstačný člověk mohl žít doma.“* (Šperkerová, 2013).

Odhad budoucích potřeb dlouhodobé péče a jejího financování

Nově navrhovaný systém má za úkol dosažení **dlouhodobé udržitelnosti financování předmětných služeb**. Jedná se o velice závažný a podle mého názoru stěžejní úkol, protože v důsledku stárnutí obyvatelstva budou dnešní průběžné systémy financování (veřejné zdravotní pojištění, příspěvek na péči, důchodový systém a systém dotací) v České republice v horizontu několika let deficitní a tím pádem dále neudržitelné.

Jak se dále uvádí v *Návrhu věcného záměru zákona upravujícího řešení dlouhodobé zdravotně sociální péče*, z pohledu zdravotnictví je dlouhodobá péče po fázi akutní a následné péče třetí fází poskytování zdravotních služeb (2011).

Podle odhadu Ministerstva práce a sociálních věcí dlouhodobou péči potřebovalo v roce 2009 cca 170 tis. osob. Odhad celkových veřejných nákladů na dlouhodobou péči činil v tomtéž roce zhruba 30 mld. Kč.

Z dosavadní praxe je obecně známo:

- existuje velký počet zdravotnických úkonů, které jsou poskytovány v pobytových zařízeních sociálních služeb, a přitom nejsou vykazovány; nejsou totiž uznávány zdravotními pojišťovnami a tím pádem ani uhrazovány,
- existují sociální služby, které jsou hojně poskytovány ve zdravotnických zařízeních, nejsou však vykazovány, ba co více, jsou označovány jako výkony zdravotní a tím pádem hrazené zdravotními pojišťovnami.

Tato zjevná **nekoordinovanost poskytování zdravotně sociálních služeb** logicky vyúsťuje jednak v nehospodárnost vynakládaných finančních prostředků, jednak v nízkou kvalitu poskytovaných služeb v závislosti na jejich potřebách (např. senior dožívající ve zdravotnickém zařízení nedostává příspěvek na péči podle *zákona*

o sociálních službách, ale odčerpává zdroje zdravotních pojišťoven za úkony na daleko dražších lůžkách akutní nebo následné péče. Přitom nedostává potřebné sociální služby, čímž je jeho dožívání nedůstojné. Naopak zdravotní pojišťovny velice striktně hlídají finanční prostředky za zdravotní péči vynakládanou v pobytových zařízeních sociálních služeb).

Následující tabulka ukazuje, jaký byl v roce 2009 rozdíl ve vynakládaných finančních prostředcích podle typu zařízení, ve kterém se klient ocitne individuální souhrou okolností či často zcela náhodně:

Tabulka 35 Průměrné měsíční úhrady na lůžko v daném zařízení

Rok 2009	Zdravotní pojišťovna	Pacient/klient	Dotace z veřejných prostředků na lůžko	Celkem
Léčebny dlouhodobě nemocných	35 310 Kč	1 280 Kč	400 Kč	36 990 Kč
Následná péče, ošetřovatelská lůžka	31 972 Kč	1 280 Kč	1 200 Kč	33 172 Kč
Odborný léčebný ústav	38 400 Kč	1 280 Kč	1 000 Kč	39 400 Kč
Pobytová zařízení sociálních služeb (domovy pro seniory), osoba ve stupni závislosti 3	2 079 Kč	8 500 Kč + 8000 Kč	6 000 Kč	24 579 Kč

Zdroj: Návrh zákona 2011, s. 10

Prvořadým úkolem je tedy vyřešit problémy spojené s nerovným a roztříštěným poskytováním a financováním dlouhodobé péče. Neméně důležitým úkolem je řešit otázku **dlouhodobé udržitelnosti financování sociálních a zdravotních systémů**. Stejně jako je v oblasti důchodového zabezpečení plánováno doplnění průběžného systému zdroji založenými na úsporách, je k podobnému kroku nutno přistoupit i v oblasti dlouhodobé péče (Návrh zákona, 2011).

Budoucími dopady změn dlouhodobé péče do efektivity systému zdravotních a sociálních služeb se ve své publikaci detailně zabývá Ladislav Průša. Podle jeho propočtů by v prvním roce po zavedení nově navrhovaného systému dlouhodobé péče měly zdravotní pojišťovny jednorázově ušetřit 4,1 mld. Kč, státní rozpočet pak dalších 2,9 mld. Kč. Na druhé straně se zvětší dopad do soukromých peněženek klientů v souhrnné částce 257 mil. Kč, což je jednorázové průměrné zvýšení výdajů o 1 512 Kč na 1 klienta dlouhodobé péče v prvním roce fungování nového systému v České republice. Celková úspora nákladů v prvním roce fungování systému je spočítána na 6,7 mld. Kč. A pokud by byla všechna zdravotní lůžka, na kterých je poskytována sociální péče, převedena na lůžka dlouhodobé sociálně-zdravotní péče, celková úspora by odhadem činila zhruba 9,9 mld. Kč (Průša, 2011a).

Příloha č. 5

Demografický vývoj v České republice, Moravskoslezském kraji a v Havířově

Demografický vývoj v České republice

Jak vyplývá z průběžně zveřejňovaných údajů Českého statistického úřadu, na konci roku 2017 měla Česká republika 10 610 055 obyvatel (ČSÚ, Obyvatelstvo, 2018). Průměrný věk přesáhl hranici 42 let (Průměrný věk se zvyšuje, 2018).

Na celkovém počtu obyvatel k 31. 12. 2016 se děti ve věku do 14 let podílely 14,8 %, lidé v produktivním věku 15 – 64 let 68,4 %, senioři od věku 65 let včetně 16,8 %. Index stáří činil 113,3 % (tzn. počet seniorů nad 65 let byl o 13,3 % vyšší než počet dětí do 14 let).

Z údajů Českého statistického úřadu byla získána základní časová řada.

Tabulka 36 Demografický vývoj v České republice

Česká republika	r. 2004	r. 2005	r. 2006	r. 2007	r. 2008	r. 2009	r. 2010	r. 2011	r. 2012	r. 2013	r. 2014	r. 2015	r. 2016
Počet obyvatel k 31. 12. (v tis. osob)	10 221	10 251	10 287	10 381	10 468	10 507	10 533	10 505	10 516	10 512	10 538	10 554	10 579
v tom ve věku:													
0 – 14	1 527	1 501	1 480	1 477	1 480	1 494	1 518	1 541	1 560	1 577	1 601	1 624	1 647
15 – 64	7 259	7 293	7 325	7 391	7 431	7 414	7 379	7 263	7 188	7 109	7 057	6 998	6 943
65 a více	1 435	1 456	1 482	1 513	1 556	1 599	1 636	1 701	1 768	1 826	1 880	1 932	1 989
Průměrný věk	39,8	40	40,2	40,3	40,5	40,6	40,8	41,1	41,3	41,5	41,7	41,9	42,0
Index stáří (65+/0-4 v %)	94	97	100,2	102,4	105,1	107	107,8	110,4	113,3	115,7	117,4	119,0	120,7

Zdroj: ČSÚ, Česká republika od roku 1989 v číslech, 2018

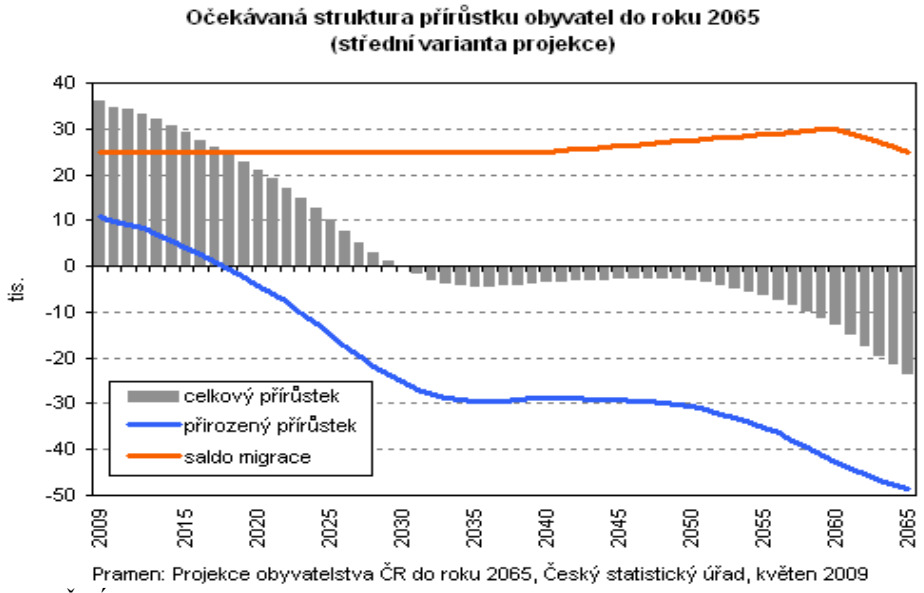
Z údajů vyplývá, že počet obyvatel za sledované období vykázal mírný nárůst. Tento rostoucí vývoj byl způsoben zvyšováním průměrného věku dožití, což je zřejmé ze skutečnosti, že během sledovaných 13 let se radikálně změnil poměr počtu obyvatel nad 65 k počtu dětí do 14 let.

Je důležité uvědomit si, že klesl počet dětí, které tvoří potenciál budoucí pracovní síly. Naopak roste počet seniorů (nad 65 let) i jeho budoucí základna, která se v současné době nachází v množině obyvatel produktivního věku. Již na základě těchto informací a znalostí základního fenoménu dnešní doby, kterým je prodlužující se věk dožití v návaznosti na rostoucí kvalitu života v rozvinutých zemích, můžeme očekávat, že se v příštích desetiletích rapidně zvýší počet seniorů. Na fenomén stárnutí

obyvatelstva poukazují již mnoho let sociologové a demografové (Arltová, Langhamrová, 2010; Fiala, Langhamrová, 2013). Autoři uvádějí, že zatímco od r. 1989 byla skupina obyvatel do 15 let početnější než osob 65+, poměr se postupem času obrátil takřka nejen v České republice, ale ve všech státech EU. Podle Fialy a Langhamrové (2013) stárnutí obyvatel bude pokračovat minimálně několik desetiletí.

Jaká je tedy očekávaná projekce do budoucnosti pro Českou republiku podle Českého statistického úřadu: predikce do roku 2065 očekává pokles celkového počtu obyvatel o více než 20 %. Nebýt plánovaného zvýšení migrace cizinců, byl by úbytek obyvatelstva daleko vyšší.

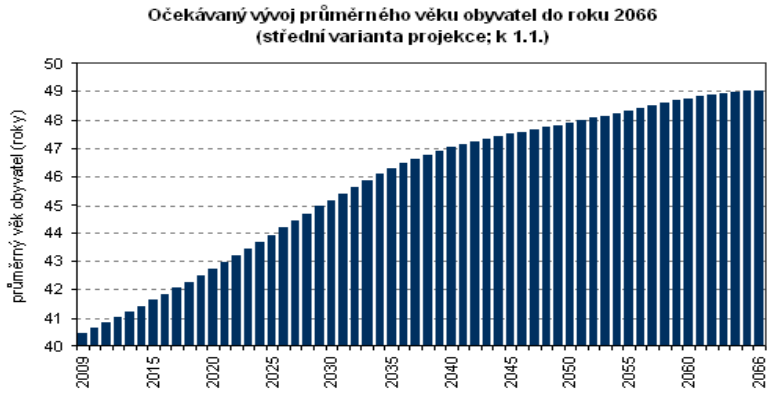
Graf 27 Očekávaná struktura přírůstku obyvatel do roku 2065 (střední varianta projekce)



Zdroj: ČSÚ, Očekávaná struktura přírůstku obyvatel do roku 2065, 2012

Z následujícího grafu je evidentní, že trend stárnutí obyvatelstva bude i nadále pokračovat, a to značně progresivně:

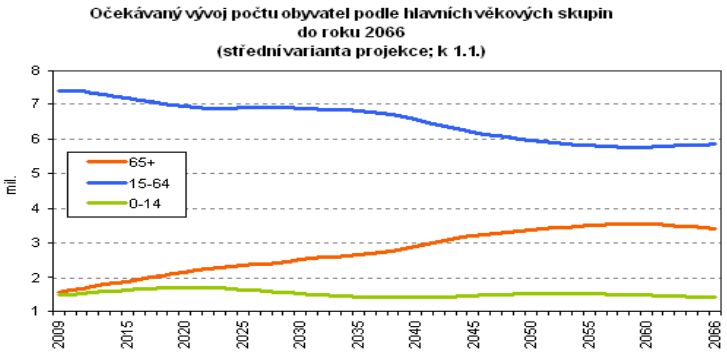
Graf 28 Očekávaný vývoj průměrného věku obyvatel do roku 2066 (střední varianta projekce)



Zdroj: ČSÚ, Očekávaný vývoj průměrného věku obyvatel do roku 2066, 2012

Dále je do roku 2066 očekávána výrazná změna věkové struktury. Kromě již citovaného progresivního nárůstu seniorů je předpoklad, že počet dětí (do 14 let) bude mít klesající tendenci a oproti dosavadní skutečnosti je očekáván pokles počtu obyvatel v produktivním věku.

Graf 29 Očekávaný vývoj počtu obyvatel podle hlavních věkových skupin do roku 2066 (střední varianta, projekce)



Zdroj: ČSÚ, Očekávaný vývoj průměrného věku obyvatel do roku 2066, 2012

Demografický vývoj v Moravskoslezském kraji

Demografický vývoj podle věku v Moravskoslezském kraji není ve všech aspektech shodný s vývojem v České republice. V prvé řadě počet obyvatel Moravskoslezského kraje ve sledovaném období trvale klesal, v rozporu se zaznamenaným celorepublikovým trendem. Hlavní příčinou je migrace obyvatel. Průměrný věk i index stáří stejně jako v České republice narostl, avšak v poněkud jiné kvantitě.

K 31. 12. 2016 v Moravskoslezském kraji žilo 1 209 879 obyvatel, přičemž dětí do 14 let bylo evidováno 15,0 %, obyvatel v produktivním věku 66,4 %, seniorů 18,7 %. Z hodnocené statistiky lze vyčíst, že se obyvatelé v Moravskoslezském kraji dožili vyššího průměrného věku, než činí celorepublikový průměr. Index stáří byl ke konci roku 2012 příznivější než v jiných oblastech České republiky, což je však dáno tím, že i historicky, díky přistěhovalectví mladých lidí za prací, byl index stáří v Moravskoslezském kraji daleko nižší. Za to od roku 2013 index stáří Moravskoslezského kraje byl poprvé vyšší než v České republice a od tohoto roku se stále zvětšuje. Vývoj v posledních deseti letech zachycuje velmi významný pokles počtu osob v produktivním věku, ale nárůst seniorů. Porovnáme-li hodnotu indexu stáří Moravskoslezského kraje v roce 2004, která činila 84,6 (ČSÚ, Dlouhodobý vývoj Moravskoslezského kraje v letech 1993-2013, 2014), s rokem 2016, kdy již několik let

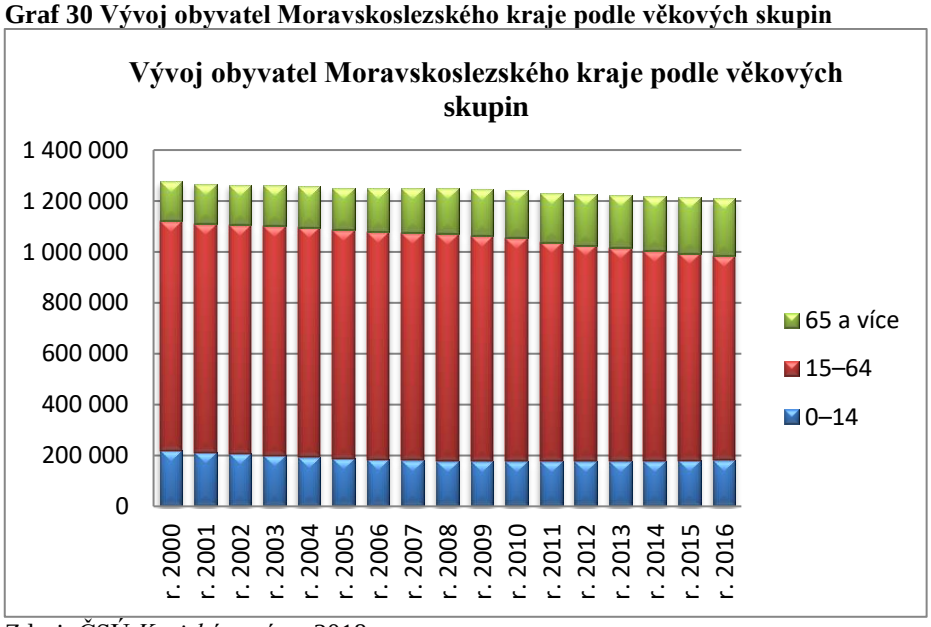
opačná v neprospěch dětí (124,5), pak zaznamenaný trend jednoznačně poukazuje na stárnutí obyvatel tohoto kraje. Stárnutí obyvatel je považováno za jeden z hlavních fenoménů a zvláštností zdejšího trhu práce. Vývoj je zaznamenán v následující tabulce.

Tabulka 37 Vývoj stárnutí obyvatel Moravskoslezského kraje

MSK	r. 2004	r. 2005	r. 2006	r. 2007	r. 2008	r. 2009	r. 2010	r. 2011	r. 2012	r. 2013	r. 2014	r. 2015	r. 2016
Počet obyvatel	1 257 554	1 250 769	1 249 290	1 249 897	1 250 255	1 247 373	1 243 220	1 230 613	1 226 602	1 221 832	1 217 676	1 213 311	1 209 879
Obyvatelé ve věku													
0–14	194 552	188 240	183 386	180 903	178 735	177 937	178 467	178 888	178 845	178 789	179 545	180 263	181 261
15–64	900 539	895 746	894 360	893 112	890 578	883 792	875 959	857 430	846 615	835 577	824 734	813 948	802 969
65 a více	162 463	166 783	171 544	175 882	180 942	185 644	188 794	194 295	201 142	207 466	213 397	219 100	225 649
Průměrný věk	39,1	39,4	39,7	39,9	40,2	40,4	40,6	40,9	41,2	41,5	41,8	42,0	42,2
Index stáří	83,6	88,6	93,5	97,2	101,2	104,3	105,8	108,6	112,5	116,0	118,9	121,5	124,5

Zdroj: ČSÚ *Krajská správa*, 2018

Graf 30 Vývoj obyvatel Moravskoslezského kraje podle věkových skupin



Zdroj: ČSÚ *Krajská správa*, 2018

Demografický vývoj ve statutárním městě Havířově

Stejně jako v Moravskoslezském kraji i v hodnoceném městě došlo v uplynulém období k úbytku obyvatel. K 1. 1. 2017 bydlelo v Havířově 73 274 obyvatel (Havířov v číslech, 2018). Poklesl počet obyvatel ve skupinách dětí do 14 let a obyvatel produktivního věku. Naopak vzrostl počet seniorů. Index stáří poukazuje na významně vyšší počet seniorů než dětí do 14 let. Z vývoje tohoto ukazatele je zřejmé strmé stárnutí obyvatel města Havířova.

Poměr věkových skupin ke konci roku činil:

Děti (do14 let) 13,8 %

Obyvatelé (15 – 64 let) 65,4 %

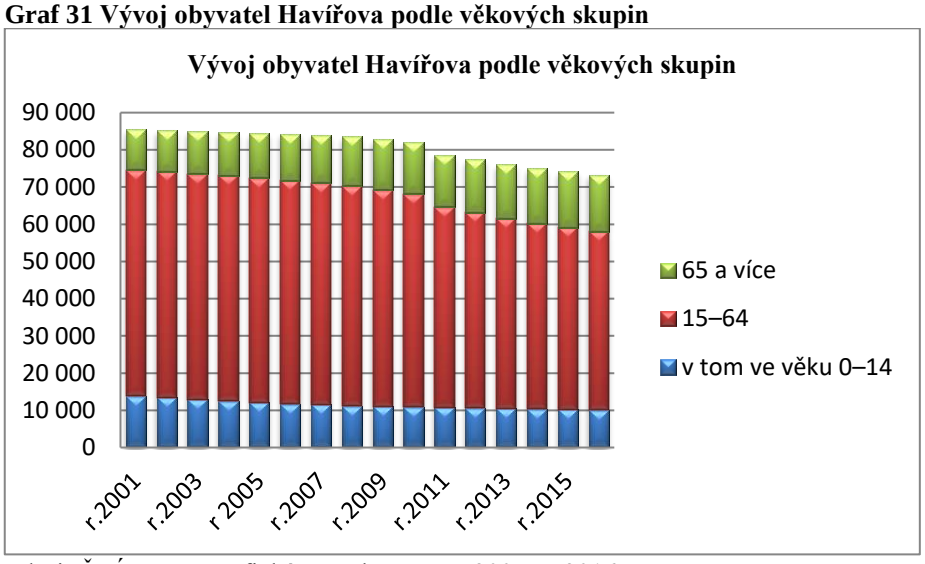
Senioři (+65 let) 20,8 %.

Tabulka 38 Vývoj obyvatel Havířova podle věkových skupin

Havířov	r.2004	r 2005	r.2006	r.2007	r.2008	r.2009	r.2010	r.2011	r.2012	r.2013	r.2014	r.2015	r.2016
Stav obyvatel k 31.12.	**84 784**	**84 427**	**84 219**	**84 033**	**83 558**	**82 896**	**82 022**	**78 503**	**77 371**	**76 109**	**75 049**	**74 101**	**73 274**
v tom ve věku 0–14	12 552	12 082	11 723	11 448	11 159	10 967	10 896	10 700	10 662	10 464	10 361	10 208	10 099
15–64	60 570	60 297	59 971	59 699	59 125	58 273	57 254	53 867	52 477	51 095	49 852	48 822	47 899
65 a více	11 662	12 048	12 525	12 886	13 274	13 656	13 872	13 936	14 232	14 550	14 836	15 071	15 276
Průměrný věk	39,6	39,9	40,3	40,6	40,9	41,2	41,5	41,8	42,1	42,5	42,9	43,2	43,5
Index stáří (65+ / 0 -14	92,9	99,7	106,8	112,6	119	124,5	127,3	130,2	133,5	139,0	143,2	147,6	151,3

Zdroj: ČSÚ, Demografická ročenka měst - 2007 až 2016, 2018

Graf 31 Vývoj obyvatel Havířova podle věkových skupin



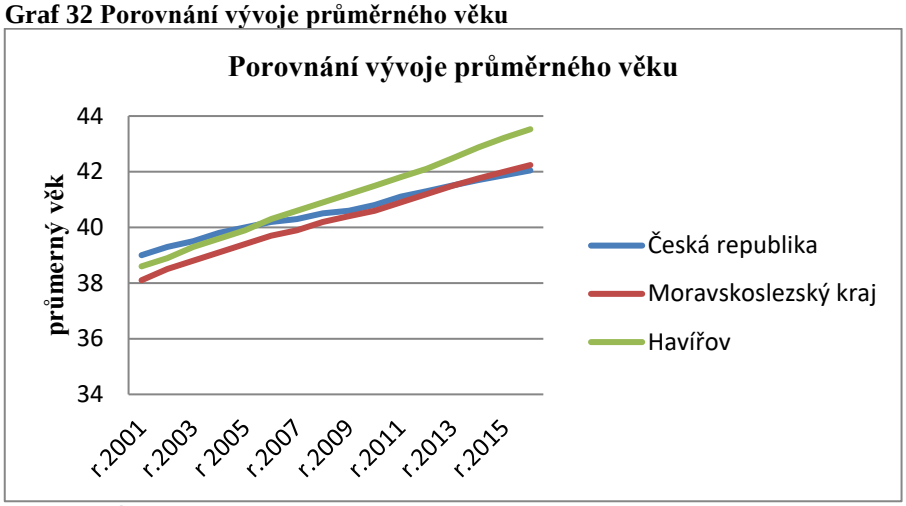
Zdroj: ČSÚ, Demografická ročenka měst - 2007 až 2016, 2018

Pokles obyvatel Havířova je natolik výrazný, že stojí za podrobnější analýzu. Úbytek celkového počtu obyvatel byl od roku 2004 evidován každoročně. Největší úbytky se projevily po roce 2008, tedy s nástupem globální hospodářské krize. Ekonomickou souvislost dokazuje i skutečnost, že pokles obyvatel byl markantní právě ve skupině produktivního věku. Naopak kategorie dětí do 14 let zaznamenala největší pokles do roku 2006. Úbytek celkového počtu obyvatel zmírňovala kategorie seniorů, která po celé sledované období vykazovala nárůst. Příčiny tohoto demografického vývoji tkví v historickém nastavení města.

Porovnání České republiky, Moravskoslezského kraje a Havířova

Na závěr hodnocení základních rysů demografického vývoje uvádím graf porovnání vývoje průměrného věku a indexu stáří na všech sledovaných geografických úrovních:

Graf 32 Porovnání vývoje průměrného věku



Zdroj: ČSÚ, Demografická ročenka měst - 2007 až 2016, 2018

Z grafu je zřejmé, že v České republice se ve sledovaném období 2001-2016 zvýšil **průměrný věk** obyvatel o 3 roky. V Moravskoslezském kraji byl rovněž zaznamenán rostoucí trend. Obyvatelstvo Moravskoslezského kraje však v roce 2001 bylo o 0,9 roku mladší v České republice, zatímco v roce 2013 došlo k vyrovnání hodnoty průměrného věku a v roce 2016 byl průměrný věk v Moravskoslezském kraji již o 0,2 roku větší než v České republice. Zvýšení průměrného věku ve sledovaném období bylo nejmarkantnější ve statutárním městě Havířově: občané zde zestárli dokonce o 4,9 let, což je suverénně nejvyšší zvýšení ve srovnání s Moravskoslezským krajem i s celou Českou republikou.

Příloha č. 6 Sociální služby podle druhu zařízení v roce 2011

Tabulka 39a

Základní tabulka v roce 2011

Druh zařízení	Kapacita služby	Počet služeb	PŘÍJMY (v tis. Kč)				VÝDAJE (v tis. Kč)			PŘÍJMY - VÝDAJE (v tis. Kč)
			CELKEM	z toho			CELKEM	z toho		CELKEM
				za pobyt	dotace*	ostatní		neinvestiční	investiční	
Státní a krajská zařízení	17 144	191	4 740 712	2 399 871	1 615 829	725 012	4 858 636	4 561 012	**297 720**	-117 924
Obecní zařízení	15 086	169	3 949 673	2 028 917	1 204 146	716 610	3 932 173	3 818 853	**113 405**	17 500
Ostatní (nestátní) zařízení	5 247	120	1 411 376	799 837	332 107	279 432	1 407 845	1 387 410	**29 495**	3 531
CELKEM	**37 477**	**480**	**10 101 761**	**5 228 625**	**3 152 082**	**1 721 054**	**10 198 654**	**9 767 275**	**440 620**	**-96 893**

Zdroj: MPSV, 2013

Tabulka 39b

Podíl na ukazatelích podle zřizovatele 2011

Druh zařízení	Kapacita služby	Počet služeb	Průměrná kapacita jednoho zařízení	PŘÍJMY (v tis. Kč)				VÝDAJE (v tis. Kč)			PŘÍJMY - VÝDAJE (v tis. Kč)
				CELKEM	z toho			CELKEM	z toho		CELKEM
					za pobyt	dotace*	ostatní		neinvestiční	investiční	
Státní a krajská zařízení	17 144	191	90	4 740 712	**50,6%**	**34,1%**	**15,3%**	4 858 636	**93,9%**	6,1%	-117 924
Obecní zařízení	15 086	169	89	3 949 673	**51,4%**	**30,5%**	**18,1%**	3 932 173	**97,1%**	2,9%	17 500
Ostatní (nestátní) zařízení	5 247	120	44	1 411 376	**56,7%**	**23,5%**	**19,8%**	1 407 845	**98,5%**	2,1%	3 531
CELKEM	**37 477**	**480**	**78**	**10 101 761**	**51,8%**	**31,2%**	**17,0%**	**10 198 654**	**95,8%**	**4,3%**	**-96 893**

Příloha č. 6

Tabulka 39c

Podíl na ukazatelích celkem ČR v roce 2011

Druh zařízení	Kapacita služby	Počet služeb	PŘÍJMY (v tis. Kč)				VÝDAJE (v tis. Kč)		
			CELKEM	z toho			CELKEM	z toho	
				za pobyt	dotace*	ostatní		neinvestiční	investiční
Státní a krajská zařízení	45,7%	39,8%	46,9%	45,9%	51,3%	42,1%	47,6%	46,7%	67,6%
Obecní zařízení	40,3%	35,2%	39,1%	38,8%	38,2%	41,6%	38,6%	39,1%	25,7%
Ostatní (nestátní) zařízení	14,0%	25,0%	14,0%	15,3%	10,5%	16,2%	13,8%	14,2%	6,7%
CELKEM ČR	**100,0%**	**100,0%**	**100,0%**	**100,0%**	**100,0%**	**100,0%**	**100,0%**	**100,0%**	**100,0%**

Tabulka 39d

Podíl na jednoho uživatele v roce 2011

Druh zařízení	PŘÍJMY (v tis. Kč)				VÝDAJE (v tis. Kč)		
	CELKEM	z toho			CELKEM	z toho	
		za pobyt	dotace*	ostatní		Neinvestiční	investiční
Státní a krajská zařízení	277	140	94	42	283	266	17
Obecní zařízení	262	134	80	48	261	253	8
Ostatní (nestátní) zařízení	269	152	63	53	268	264	6
CELKEM	**270**	**140**	**84**	**46**	**272**	**261**	**12**

*jedná se o dotace státu a dotace od zřizovatele

Zdroj: Tabulky 39b až 39d vlastní, na základě MPSV, 2013

Příloha č. 7 Sociální služby podle druhu zařízení v roce 2016

Tabulka 40a

Základní tabulka v roce 2016

Druh zařízení	Kapacita služby	Počet služeb	PŘÍJMY (v tis. Kč)				VÝDAJE (v tis. Kč)			PŘÍJMY - VÝDAJE (v tis. Kč)
			CELKEM	z toho			CELKEM	z toho		CELKEM
				za pobyt, strav. a péči	dotace*	ostatní		neinvestiční	investiční	
Státní a krajská zařízení	36 786	708	13 724 780	6 568 768	5 932 377	1 233 635	13 412 967	12 883 546	529 420	311 813
Obecní zařízení	21 159	514	6 939 288	3 718 155	2 526 666	694 467	6 926 802	6 779 096	147 707	12 486
Ostatní (nestátní) zařízení	22 475	2 136	7 744 531	3 121 076	2 885 520	1 737 935	7 750 110	7 530 297	219 902	- 5 579
CELKEM	**80 420**	**3 358**	**28 408 599**	**13 407 999**	**11 344 563**	**3 656 037**	**28 089 879**	**27 192 939**	**897 029**	**318 720**

Zdroj: MPSV, 2017b

Tabulka 40b

Podíl na ukazatelích podle zřizovatele 2016

Druh zařízení	Kapacita služby	Počet služeb	Průměrná kapacita jednoho zařízení	PŘÍJMY (v tis. Kč)				VÝDAJE (v tis. Kč)			PŘÍJMY - VÝDAJE (v tis. Kč)
				CELKEM	z toho			CELKEM	z toho		CELKEM
					za pobyt	dotace*	ostatní		neinvestiční	investiční	
Státní a krajská zařízení	36 786	708	52	13 724 780	**47,9%**	**43,2%**	**8,9%**	13 412 967	**96,1%**	**4,0%**	311 813
Obecní zařízení	21 159	514	41	6 939 288	**53,6%**	**36,4%**	**10,0%**	6 926 802	**97,9%**	**2,1%**	12 486
Ostatní (nestátní) zařízení	22 475	2 136	11	7 744 531	**40,3%**	**37,3%**	**22,4%**	7 750 110	**97,2%**	**2,8%**	- 5 579
CELKEM	**80 420**	**3 358**	**24**	**28 408 599**	**47,2%**	**39,9%**	**12,9%**	**28 089 879**	**96,8%**	**3,2%**	**318 720**

Příloha č. 7

Tabulka 40c

Podíl na ukazatelích celkem ČR v roce 2016

Druh zařízení	Kapacita služby	Počet služeb	PŘÍJMY (v tis. Kč)				VÝDAJE (v tis. Kč)		
			CELKEM	z toho			CELKEM	z toho	
				za pobyt	dotace*	ostatní		neinvestiční	investiční
Státní a krajská zařízení	45,7%	21,1%	48,3%	49,0%	52,3%	33,5%	47,8%	47,4%	59,0%
Obecní zařízení	26,3%	15,3%	24,4%	27,7%	22,3%	19,0%	24,7%	24,9%	16,5%
Ostatní (nestátní) zařízení	28,0%	63,6%	27,3%	23,3%	25,4%	47,5%	27,6%	27,7%	24,5%
CELKEM ČR	**100,0%**	**100,0%**	**100,0%**	**100,0%**	**100,0%**	**100,0%**	**100,0%**	**100,0%**	**100,0%**

Tabulka 40d

Podíl na jednoho uživatele v roce 2016

Druh zařízení	PŘÍJMY (v tis. Kč)				VÝDAJE (v tis. Kč)		
	CELKEM	z toho			CELKEM	z toho	
		za pobyt	dotace*	ostatní		neinvestiční	investiční
Státní a krajská zařízení	373	179	161	33	365	350	14
Obecní zařízení	328	176	119	33	327	320	7
Ostatní (nestátní) zařízení	345	139	128	77	345	335	10
CELKEM	**353**	**167**	**141**	**45**	**349**	**338**	**11**

*jedná se o dotace státu a dotace od zřizovatele

Zdroj: Tabulky 40b až 40d vlastní, na základě MPSV, 2017b

Příloha č. 8
Historie, organizační struktura a cíle Komunitního plánu

Aktuálně platnému *Komunitnímu plánu* přecházel *Komunitní plán rozvoje sociálních služeb ve městě Havířově, schválený od roku 2005.* V reakci na přijetí nového *zákona o sociálních službách č. 108/2006 Sb.*, se v listopadu 2008 dočkal své první aktualizace (Statutární město Havířov, 2008). Tento dokument deklaroval: *„Komunitní plán … obsahuje konkrétní cíle a opatření k řešení nepříznivých sociálních situací, ve kterých se občané ocitnou, anebo se v průběhu života mohou ocitnout. Smyslem a cílem plánování bylo zohlednit konkrétní místní situace a potřeby jednotlivých cílových skupin uživatelů sociálních služeb.“* (Statutární město Havířov 2008, s. 5)

Tento *Komunitní plán* reagoval na sociodemografickou analýzu a projekci do budoucna o stárnutí obyvatel Havířova a z ní vyúsťující potřebu vybudování širší a komplexnější sociální infrastruktury, která v té době byla nedostatečná. V té době chyběla zejména zařízení pro seniory typu penziony pro seniory, domy s pečovatelskou službou a léčebny pro dlouhodobě nemocné. Nepostačující byla také lůžka následné péče a bydlení pro sociálně potřebné (vstupní byty, holobyty, domy na půl cesty). Tento komunitní plán již tenkrát zachycoval i velmi zajímavou sféru, a to rozvoj účasti dobrovolníků, jenž byl velmi progresivně podporován ve světě i v Evropě.

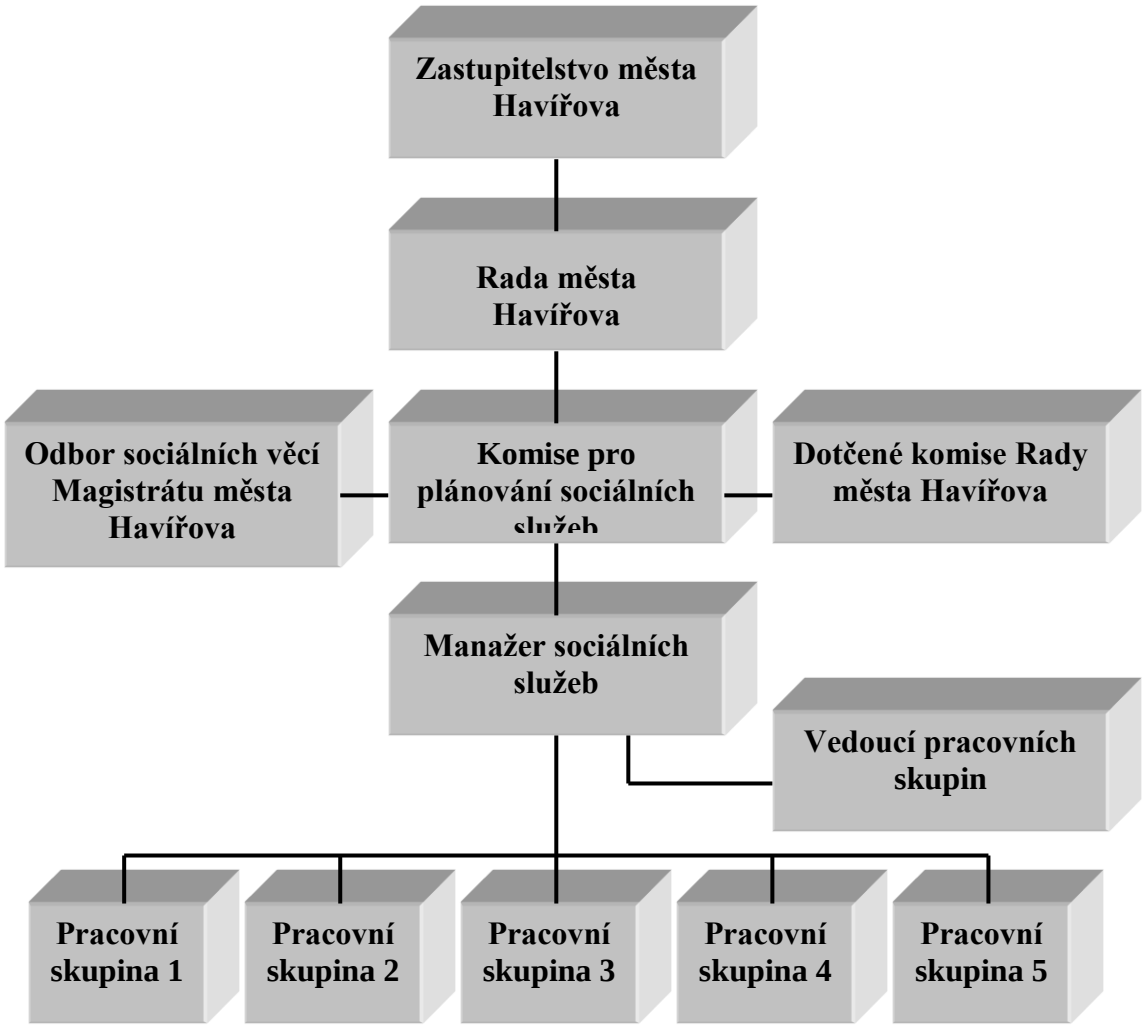
V souvislosti s uvedenými potřebami města v sociální oblasti byl jako ohrožující faktor spatřován v nejistotě zajištění finančních prostředků na investice a provoz.

V roce 2014 vyvrcholily práce na sestavení současně platného *Komunitního plánu* (Statutární město Havířov, 2014a). V květnu roku 2014 byl dán k připomínkování veřejnosti, a po zapracování připomínek byl schválen Radou a Zastupitelstvem města Havířova. V následujících řádcích je podroben detailnější analýze.

Organizační struktura komunitního plánu

Komunitní plán stanovuje organizační strukturu, jež je funkční od roku 2012:

Obrázek 1 Organizační struktura komunitního plánování sociálních služeb



Pracovní skupina 1 – Děti, mládež a rodina

Pracovní skupina 2 – Občané se zdravotním postižením

Pracovní skupina 3 – Senioři

Pracovní skupina 4 – Občané ohroženi drogou

Pracovní skupina 5 – Občané v přechodné krizi a etnické menšiny

Manažer sociálních služeb

(Zdroj: Statutární město Havířov, 2014a)

Každá pracovní skupina je složena ze zástupců triády. Vede ji vedoucí pracovní skupiny, který je v přímém styku s manažerem sociálních služeb. Konkrétně *Komunitní plán* vznikal tak, že každá pracovní skupina sestavila na základě detailní znalosti potřeb své cílové skupiny na trhu příslušnou část *Komunitního plánu,* který byl poté koordinován s ostatními pracovními skupinami. Celistvý *Komunitní plán* byl následně předložen nejprve

k připomínkování široké veřejnosti a potom podléhá schválení Radě a Zastupitelstvu. Znamená to tedy, že se jedná o plánování zezdola, kdy postupným procesem posunu do „vyšších pater“ se k potřebám přidávají i možnosti zdrojů, stanovují se priority v rámci města, až neustálým dialogem dojde ke konsenzu a finalizaci komunitního plánu.

Cíle komunitního plánování

Komunitní plán definuje následující obecné cíle:

1. *„Zajištění dostupnosti sociálních služeb občanům města Havířova.*
2. *Vytvoření kvalitní sítě sociálních služeb, která bude odpovídat aktuálním potřebám komunity a bude pružně reagovat na změny potřeb.*
3. *Zajištění efektivního plánování sociálních služeb, s cílem co nejlépe využívat dostupné zdroje.*
4. *Trvale a efektivně podporovat sociální služby a eliminovat nežádoucí sociální jevy.“*

(Statutární město Havířov, 2014a).

Obecné cíle jsou dále rozpracovány na konkrétní cíle a opatření. Ty se dělí na průřezové a dílčí. Průřezové cíle a opatření jsou společné pro cílové skupiny. Jsou jimi:

Tabulka 41 Průřezové cíle a opatření *Komunitního plánu*

Cíl 1	**Plánování sociálních služeb**
Opatření 1.1	Zachování procesu komunitního plánování
Cíl 2	**Financování sociálních služeb**
Opatření 2.1	Pravidelné vykazování dat o poskytovaných sociálních službách včetně jejich financování
Opatření 2.2	Podpora efektivního financování sociálních služeb z rozpočtu města
Cíl 3	**Informovanost o sociálních službách**
Opatření 3.1	Zajištění propagace a nabídky služeb mezi veřejností
Cíl 4	**Podpora dobrovolnictví ve městě**
Opatření 4.1	Podpora dobrovolnických programů
Cíl 5	**Podpora pronájmu nebytových prostorů** [33]
Opatření 5.1	Podpora organizacím prostřednictvím pronájmu nebytových prostor
Cíl 6	**Podpora sociálního a prostupného bydlení**
Opatření 6.1	Podpora sociálního bydlení
Opatření 6.2	Podpora prostupného bydlení[34]

Zdroj: Statutární město Havířov 2014a, s. 52

[33] „*Podpora organizacím, které poskytují sociální služby … občanům města Havířova, a to prostřednictvím pronájmu uvolněných nebytových prostor či objektů ve vlastnictví města, za přijatelné nájemné*. “ (Statutární město Havířov, 2014a)

[34] „*Podpora komplexního systému prostupného bydlení spočívá v zajištění a udržení podporovaného (prostupného) bydlení navazující na azylové domy, v zajištění a udržení podporovaného (prostupného) bydlení pro osoby ubytované na ubytovnách, ohrožené sociálním vyloučením*.“ (Statutární město Havířov, 2014a)

Dílčí cíle a opatření jsou již definovány v jednotlivých cílových skupinách v následující struktuře:

„Cíl 1: Podpora stávajících sociálních služeb

Cíl 2: Rozšíření stávající kapacity sociálních služeb

Cíl 3: Vznik nových sociálních služeb

Cíl 4: Podpora a rozvoj stávajících souvisejících aktivit“. (Statutární město Havířov, 2014a).

Příloha č. 9 Tři varianty struktury financování Domova seniorů Havířov

Tabulka 42a Varianta č. 1

Struktura financování podle navrhované varianty č. 1	Ukazatele modifikované ze skutečnosti r. 2012	*Ukazatele modifikované ze skutečnosti r. 2012 - podíl na celkových zdrojích*	Čisté úhrady klientů & úhrady zdravotních pojišťoven & dotace ze SR & dotace města	*Čisté úhrady klientů & úhrady zdravotních pojišťoven & dotace ze SR & dotace města - podíl na celkových zdrojích*	Možnost financování soukromým sektorem	*Možnost financování soukromým sektorem - podíl na celkových zdrojích*	
Tržby z prodeje služeb (vč. příspěvku na péči a úhrad zdravotních pojišťoven)	62 557	*71%*			62 557	*%*	
z toho úhrady od uživatelů	25 420	*29%*	25 420	*29,05%*			
z toho úhrady zdravotních pojišťoven*	*21 971*	*25%*	21 971	*25,11%*			
z toho příspěvek na péči**	*15 166*	*17%*	**15 166**	*17,33%*			
Dotace ze SR (od MPSV)	0	*0%*			0		
Příspěvek na provoz (od města)	**18 627**	*21%*	24 941	*28,51%*			
Ostatní (zúčtování fondů - odpisy a úroky)	**6 314**	*7%*			6 314		Zdroje chybějící soukromému sektoru
Celkem	**87 498**	***100%***	**87 498**	***100,00%***	**68 871**	***100,00%***	18 627

* údaj za rok 2012 byl vynásoben pěti, na základě skutečnosti, že náklady na ošetřovatelskou péči jsou statisticky hrazeny pouze z 20 % skutečně provedených úkonů

** příspěvek na péči byl vypočítán na základě návrhu změny vyplácení příspěvků na péči a aktuální struktury příjemců příspěvku na péči v DSH k 1.3.2014

Tabulka 42b)

Příspěvek na péči	Návrh příspěvku na péči v pob.zař.var. č. 1	Počet příjemců příspěvku na péči v DSH	Celková výše roční výše vyplácených příspěvků
I. stupeň	800 Kč	61	585 600 Kč
II. stupeň	5 000 Kč	56	3 360 000 Kč
III. stupeň	10 000 Kč	35	4 200 000 Kč
IV. stupeň	15 000 Kč	39	7 020 000 Kč
celkem		**191**	**15 165 600,00 Kč**

Příloha č. 9

Tabulka 42c Varianta č. 2

Struktura financování podle navrhované varianty č. 2	Ukazatele modifikované ze skutečnosti r. 2012	*Ukazatele modifikované ze skutečnosti r. 2012 - podíl na celkových zdrojích*	Čisté úhrady klientů & úhrady zdravotních pojišťoven & dotace ze SR & dotace města	*Čisté úhrady klientů & úhrady zdravotních pojišťoven & dotace ze SR & dotace města - podíl na celkových zdrojích*	Možnost financování soukromým sektorem	*Možnost financování soukromým sektorem - podíl na celkových zdrojích*	
Tržby z prodeje služeb (vč. příspěvku na péči a úhrad zdravotních pojišťoven)	66 776	*76%*			66 776	*%*	
z toho úhrady od uživatelů	25 420	*29%*	25 420	*29,05%*			
z toho úhrady zdravotních pojišťoven*	*21 971*	*25%*	21 971	*25,11%*			
z toho příspěvek na péči**	*19 385*	*22%*	**22 558**	*25,78%*			
Dotace ze SR (od MPSV)	3 173	*4%*			0		
Příspěvek na provoz (od města)	**11 235**	*13%*	17 549	*20,06%*			
Ostatní (zúčtování fondů - odpisy a úroky)	**6 314**	*7%*			6 314		Zdroje chybějící soukromému sektoru
Celkem	**87 498**	***100%***	**87 498**	***100,00%***	**73 090**	***100,00%***	14 408

* údaj za rok 2012 byl vynásoben pěti, na základě skutečnosti, že náklady na ošetřovatelskou péči jsou statisticky hrazeny pouze z 20 % skutečně provedených úkonů

** příspěvek na péči byl vypočítán na základě návrhu změny vyplácení příspěvků na péči a aktuální struktury příjemců příspěvku na péči v DSH k 1.3.2014

Tabulka 42d

Příspěvek na péči	Návrh příspěvku v pob. zař. Varianta č. 2	Počet příjemců příspěvku na péči v DSH	Celková výše roční výše vyplácených příspěvků
I. stupeň	**1 200 Kč**	61	878 400 Kč
II. stupeň	**6 300 Kč**	56	4 233 600 Kč
III. stupeň	**12 700 Kč**	35	5 334 000 Kč
IV. stupeň	**19 100 Kč**	39	8 938 800 Kč
celkem		**191**	**19 384 800 Kč**

Příloha č. 9

Tabulka 42e Varianta 3

Struktura financování podle navrhované varianty č. 3	Ukazatele modifikované ze skutečnosti r. 2012	*Ukazatele modifikované ze skutečnosti r. 2012 - podíl na celkových zdrojích*	Čisté úhrady klientů & úhrady zdravotních pojišťoven & dotace ze SR & dotace města	*Čisté úhrady klientů & úhrady zdravotních pojišťoven & dotace ze SR & dotace města - podíl na celkových zdrojích*	Možnost financování soukromým sektorem	*Možnost financování soukromým sektorem - podíl na celkových zdrojích*	
Tržby z prodeje služeb (vč. příspěvku na péči a úhrad zdravotních pojišťoven)	63 865	*73%*			63 865	*%*	
z toho úhrady od uživatelů	25 420	*29%*	25 420	*29,05%*			
z toho úhrady zdravotních pojišťoven*	*21 971*	*25%*	21 971	*25,11%*			
z toho příspěvek na péči**	*16 474*	*19%*	**16 474**	*18,83%*			
Dotace ze SR (od MPSV)	0	*0%*			0		
Příspěvek na provoz (od města)	**17 319**	*20%*	23 633	*27,01%*			
Ostatní (zúčtování fondů - odpisy a úroky)	**6 314**	*7%*			6 314		Zdroje chybějící soukromému sektoru
Celkem	**87 498**	***100%***	**87 498**	***100,00%***	**70 179**	***100,00%***	17 319

* údaj za rok 2012 byl vynásoben pěti, na základě skutečnosti, že náklady na ošetřovatelskou péči jsou statisticky hrazeny pouze z 20 % skutečně provedených úkonů,

** příspěvek na péči byl vypočítán na základě návrhu změny vyplácení příspěvků na péči a aktuální struktury příjemců příspěvku na péči v DSH k 1.3.2014

Tabulka 42f

Příspěvek na péči	Návrh měsíční výše příspěvku v pob. zař. varianta č. 3	Počet příjemců příspěvku na péči v DSH	Celková výše roční výše vyplácených příspěvků
I. stupeň	**800 Kč**	61	585 600 Kč
II. stupeň	**5 000 Kč**	56	3 360 000 Kč
III. stupeň	**12 000 Kč**	35	5 040 000 Kč
IV. stupeň	**16 000 Kč**	39	7 488 000 Kč
celkem		**191**	**16 473 600 Kč**

Zdroj tabulek Přílohy č. 9: vlastní

Příloha č. 10

Soustava otázek pro řízený rozhovor

1. **Jaký je Váš názor na vývoj role státu v oblasti sociálních služeb pro seniory a jeho financování?**

2. **Jaký je Váš názor na přenášení kompetencí ze státu na kraj, z kraje na obce?**

3. **Jaká je podle Vašich zkušeností ochota a schopnost postarat se o své rodiče, prarodiče či ostatní blízké a příbuzné v seniorském věku? Jak se podle Vašeho názoru bude v budoucnu vyvíjet morální odpovědnost rodiny?**

4. **Jakou roli v oblasti poskytování sociálních služeb a jejich financování sehrává a bude sehrávat, a jakou by měly sehrávat (jaké je pořadí důležitosti těchto institucí?):**

- **Rodina**
- **Církev**
- **Soukromý sektor**
- **Dobrovolníci**
- **Sponzoři**
- **Zdravotní pojišťovny**
- **Evropská unie**
- **Ostatní instituce - stát**

Příloha č. 11
Řízené rozhovory

Příloha č. 11 a) Opatrovníci

1. **Jaký je Váš názor na vývoj role státu v oblasti sociálních služeb pro seniory a jeho financování?**

   Z odpovědi prvního dotazovaného vyplývá, že dříve, cca před 10 lety, se role státu ubírala správným směrem. Nyní se situace zhoršuje. Např. dochází ke snižování provozních dotací do domovů pro seniory a ty se díky nedostatku finančních zdrojů dostávají do potíží. Kapacitně domovy pro seniory nepokrývají skutečnou potřebu (přednostně jsou umísťováni senioři, kterým je přiznán příspěvek na péči 3. a 4. stupně). Stejně tak se zhoršuje finanční situace jednotlivých rodin. Tzn., že ani stát ani senior sám nebo jeho rodina nepokryjí náklady na péči o seniora a tento stav má pokračující nepříznivý vývoj.

   Příspěvky na péči jsou nespravedlivě rozdělovány. Chybí finanční dohled a lepší přístup úředníků k žadatelům při posuzování nároku na příspěvek.

   Dle mínění druhého respondenta se stát má umět postarat o své nejslabší občany, kteří jsou závislí na cizí pomoci. Stejně tak má výchovně působit na své občany, aby zodpovědně přistupovali nejen ke svému stáří, ale k životu jako takovému.

   Současná generace byla vedena k tomu, že stát ji na stáří zcela zabezpečí. Lidé si jsou vědomi, že celý svůj produktivní život přispívali na sociální a důchodové zabezpečení. Současná schopnost státu je však diametrálně odlišná – stát nemá dostatek financí na pokrytí potřeb v jakékoli sféře a provádí plošná úsporná opatření a přenáší tíhu na jednotlivce.

2. **Jaký je Váš názor na přenášení kompetencí ze státu na kraj, z kraje na obce?**

   Kladný, a to z toho důvodu, že přímo v obci jsou více zainteresovaní na zlepšení služeb pro vlastní obyvatelstvo.

   Jako negativní hodnotím, že přerozdělování prostředků se děje podle počtu obyvatel, a ne podle struktury potřeb (např. v Havířově je větší počet seniorů než v jiných regionech). Tento názor zastávají oba dotazovaní.

3. **Jaká je podle Vašich zkušeností ochota a schopnost postarat se o své rodiče, prarodiče či ostatní blízké a příbuzné v seniorském věku? Jak se podle Vašeho názoru bude v budoucnu vyvíjet morální odpovědnost rodiny?**
   Záleží na jednotlivé rodině: jaké jsou zvyklosti, výchova, finanční situace, zaměstnanost jejich členů. Člověk, který má dobrou práci, ji nerad opustí, protože by ji nemusel znovu najít. Ale obecně ochota postarat se o své rodiče převládá.

4. **Jakou roli v oblasti poskytování sociálních služeb a jejich financování sehrává a bude sehrávat, a jakou by měly sehrávat (jaké je pořadí důležitosti těchto institucí?):**
   Bez slovního komentáře.

Příloha č. 11 b) Dobrovolníci

Jako v předchozí kategorii dotazovaných, na otázky odpovídali opět dva zástupci, tentokrát z řad dobrovolníků.

1. **Jaký je Váš názor na vývoj role státu v oblasti sociálních služeb pro seniory a jeho financování?**
   Role státu by měla být větší. Z naší pozice nemáme představu, jak se podílí stát, ale neustále kolem sebe slyšíme, že obce požadují finance od státu, protože se jejich výše neustále snižuje. Uvedeme jeden příklad změny kompetence, a to z obcí na stát. Na přelomu roku 2011 a 2012 přešla agenda spojená s přiznáním a vyplácením dávek ze sociálních odborů na pobočky Úřadu práce, což je státní orgán. Do té doby dávky spojené s životním minimem vyplácely obecní úřady. Pracovníci sociálního odboru navštěvovali domácnosti „problémových“ rodin především v době výplaty a pomáhali ji rozdělit do obálek, zkontrolovali, co je v ledničce a jak rodina celkově hospodaří. Teď už obecní úřady nevyplácejí dávky, stát přenesl působnost na sebe. Bohužel pracovníci Úřadu práce vykonávají pouze administrativní činnost, nemohou pracovat v terénu a tudíž přicházet do bezprostředního kontaktu s příjemci a chápat tak jejich konkrétní potřeby.

   Uplatňování principu subsidiarity má jednoznačně efektivní dopady na dlouhodobé provádění sociální politiky. V rámci empirických šetření jsem se setkala s názorným příkladem, kdy mladá maminka dvou malých dětí požadovala vyšší objem sociálních dávek. Průzkumem v terénu sociální pracovnice zjistila, že problém netkví ve

výši sociální dávky, ale v problémovém otci – živiteli rodiny, který sociální dávky zneužíval na úkor své rodiny – byl gambler, a navíc se dopouštěl na své ženě domácího násilí. Žadatelka o sociální dávky ve skutečnosti potřebovala vyřešit jádro problému - vymáhání vyživovací povinnosti, a ne řešit zástupný problém, projevující se z vnějšího pohledu jako nedostatek finančních prostředků.

2. **Jaký je Váš názor na přenášení kompetencí ze státu na kraj, z kraje na obce?**
   Viz odpověď v otázce č. 1, která se týkala změny rozdělení kompetencí v České republice.

3. **Jaká je podle Vašich zkušeností ochota a schopnost postarat se o své rodiče, prarodiče či ostatní blízké a příbuzné v seniorském věku? Jak se podle Vašeho názoru bude v budoucnu vyvíjet morální odpovědnost rodiny?**
   Ochota postarat se o své blízké příbuzné – seniory je minimální. Lidé dnešní společnosti necítí tuto povinnost; není ostuda nepostarat se o své příbuzné. Na rozdíl od Poláků se Češi tolik nestarají o své příbuzné a sousedy, nevypravují pohřby a nechávají urny na veřejných místech – v naší společnosti je to morálně přijatelné.

   V rozhovoru byl vzpomenut polský spisovatel Mariusz Ščigiel a jeho kniha Gotland, která popisuje pobožnou polskou společnost a tu porovnává s Čechy, kteří stojí na protipólu. Mentalita Čechů je takováto: já se nebudu starat o své příbuzné, mě to obtěžuje, ať se postará někdo jiný nebo stát, je to jeho morální povinnost. V povědomí Čechů je ukotveno, že mají vychovat děti, ale ne postarat se o své rodiče. Děti jsou mnohdy dobře situované, dokonce ani lékaři a právníci se nestarají, i když mají dostatek financí. Není výjimkou, že se sourozenci mezi sebou problematicky domlouvají.

   Staří lidé žijí s obavami, že se o ně děti nepřestanou starat. Nechtějí být na obtíž, je to pro ně psychická zátěž, a proto odcházejí do domovů pro seniory. Mladí lidé na druhé straně mají myšlenky „strčit“ seniory do ústavního zařízení, protože je pro ně obtížné jak časově, tak i finančně se o příbuzné postarat.

   Město má jedno specifikum oproti vesnici: přestože lidé ve městě žijí koncentrovaně, jsou izolovaní, cítí se opuštěně, což je pro ně velice deprimující. Deprese pak negativně ovlivňují zdravotní stav. Dále tito senioři trpí společenskou plachostí, neumí si najít cestičku k lidem. Velice často se stávalo, že se ženy při každé návštěvě sociální pracovnice rozpovídaly a rozplakaly. Návštěva sociální pracovnice pomohla seniorům se vypovídat a pookřát. Svěřovali se, že se cítí v panelácích

uprostřed lidí osamoceni. Proto bývají také terčem kriminality, otevřou totiž všem, kdo zazvoní u dveří.

Na vesnici se sousedé navzájem monitorují: jsou ve větším kontaktu, více si jeden druhého všímají.

4. **Jakou roli v oblasti poskytování sociálních služeb a jejich financování sehrává a bude sehrávat, a jakou by měly sehrávat (jaké je pořadí důležitosti těchto institucí?):**

Rodina - na první místo klademe rodinu, pokud je funkční a má pro to podmínky. Kdysi rodiče na sklonku života uvolnili dům mladší generaci, přemístili se do výměnku a zůstávali součástí nejužší rodiny. Dnes lidé většinou lpí na soukromí, bydlí v bytech, které neumožňují vícegenerační bydlení. Lidé tak odvykli od společného bydlení se seniory a již by neuměli řešit případné mezigenerační problémy. Je důležité, když má rodina na zřeteli, že má seniora a že je třeba se postarat o jeho duševní a fyzické potřeby, např. formou denních stacionářů, a tím neomezit svůj vzájemný kontakt alespoň ve večerních hodinách a v rámci pobytu ve stacionáři umožnit seniorům udržovat sociální vazby s okolím.

Církev

Jako příklad můžeme uvést jeptišky z Jablunkova, které se starají opravdu dobře, zříkají se mzdy, jsou duchovně založené. Podobná situace je ve Valašském Meziříčí. Dále můžeme uvést zařízení katolické církve Don Bosco v Havířově - Šumbarku, katolická církev z Frýdku – Místku se zase stará o mentálně postižené.

Dobrovolníci

Je to fenomén doby. V Havířově vznik dobrovolnické organizace iniciovalo město. Do činnosti dobrovolnické organizace se zapojují neprofesionálové. Důvodem dobrovolnictví je to, že finančně soběstační lidé chtějí věnovat někomu druhému kousek svého času. Jde o formu seberealizace, uspokojení, být někomu potřebný a prospěšný, poskytnout sousedskou výpomoc.

Příkladem velkého zájmu o dobrovolnictví v současné době je nábor dobrovolníků pro havířovskou nemocnici, který se konal v závěru roku 2011. Celou v neděli strávilo 40 nových dobrovolníků na vstupním školení. Často se dobrovolníky stávají vysokoškoláci, kteří pociťují určitou prázdnotu, kterou zaplňují nezištnou pomocí druhým. Letošní rok je mezinárodním rokem dobrovolnictví.

Dobrovolnictví se dostává do povědomí lidí, není pouze přínosem těm, kdo pomoc přijímají, ale také těm, kteří ji poskytují. Lidé, kteří se ocitli v životní krizi a dali se poté na dráhu dobrovolnictví, se záhy psychicky i fyzicky povznesli a začalo se jim výrazně lépe dařit. Ne každý člověk může být dobrovolníkem, a každému svědčí jiná forma podpory nebo jiná kategorie lidí. Někdo umí utěšit umírající v hospici, někdo je předurčen k práci s mentálně postiženými – každý člověk je nějak obdarován. Jedná se o schopnost empatického cítění a schopnost umět naslouchat druhým. Důležitý je kontakt s lidmi, někdy stačí vyslechnout a vcítit se.

Příloha č. 11 c) Církev

Dotazy směřovaly na dva zástupce církví z Havířova a okolí.

1. **Jaký je Váš názor na vývoj role státu v oblasti sociálních služeb pro seniory a jeho financování?**

   Oba respondenti se shodli na tom, že stát má především zajišťovat podmínky pro provádění sociálních služeb, ne však být přímým poskytovatelem služeb. Úředníci státní správy a samosprávy by měli pochopit, že jakákoli firma či soukromý subjekt hospodaří obecně levněji než stát. Veřejná správa by tedy měla vytvářet následující podmínky: zjednodušit administrativu, daňově zvýhodnit rodiny atp. Stát by měl provádět sociální politiku až na hraně: tam, kde to jiné instituce (rodina, soukromníci) nezvládají. Stát je ten, kdo shromažďuje finanční prostředky od lidí. Největší problém je ve spravedlivé dělbě a v jejím nastavení přerozdělování. Kritériem by mělo být to, která skupina lidí je nejpotřebnější. Ve státě selhávají kontrolní mechanizmy, nezřídka se jedná o zneužívání pravomocí státu.

   Na druhé straně senioři mnohdy nevědí, jak si říci o pomoc, jaká mají práva a přetrvává neznalost rozsahu služeb a dávek, na které mají nárok.

2. **Jaký je Váš názor na přenášení kompetencí ze státu na kraj, z kraje na obce?**

   Jde o krok správným směrem, lokální politici jsou lidem blíže než úředníci v centrálních orgánech, pro které jsou potřeby konkrétních lidí více anonymní.

3. **Jaká je podle Vašich zkušeností ochota a schopnost postarat se o své rodiče, prarodiče či ostatní blízké a příbuzné v seniorském věku? Jak se podle Vašeho názoru bude v budoucnu vyvíjet morální odpovědnost rodiny?**

   Opět oba dotazovaní vyjádřili totožný názor, a to, že se jedná se o velice ožehavé téma. Rodina je dnes rozštěpena, jednotlivec v ní plní více rolí: syna, manžela, exmanžela, otce, otčíma, vnuka nebo dědečka. Mnohdy není v silách tohoto jednotlivce, aby se postaral

   o svého rodiče v seniorském věku. Nemalou zátěží bývá i nedostatek financí. Roztříštěnost rodinných vazeb oslabuje malé povědomí o morální zodpovědnosti. Obecně jsou lidé otupělí vůči potřebám seniorů, ať už se jedná o návštěvu či finanční podporu.

4. **Jakou roli v oblasti poskytování sociálních služeb a jejich financování sehrává a bude sehrávat, a jakou by měly sehrávat (jaké je pořadí důležitosti těchto institucí?):**

   Nedá se určit pořadí. Jedná se o komplex institucí, které se mají navzájem doplňovat a hrají určitou roli.

   Rodinu kladu na první místo - má hlavní zodpovědnost. **Církev** nemůže rodinu nahradit. Může vytvářet domovy a služby pro seniory. Soukromý sektor by měl podnikat v rámci neziskovek. Velice oceňuji činnost dobrovolníků. U nás je dobrovolnictví stále na nízké úrovni. Kdysi bylo přirozenější a povinné. Sociální stát naučil lidi větší pasivitě a dnes se za dobrovolnictví málem stydí. Je to morální problém, neznámý např. ve Skotsku, kde věřící lidé nebo lidé z církve nemají problém navštívit nemocné osoby v nemocnici.

   Stát dodnes legislativně nevyřešil dobrovolnictví. Dobrovolníci se mohou také rekrutovat z úřadu práce, ale ne každý vyhoví nebo může tuto činnost provádět – čas ukáže. Dokonce veřejně prospěšné práce byly nazvány dobrovolnictvím. Například činnost dobrovolnické instituce ADRA, působící v Havířově, je výborná.

Příloha č. 11 d) Zdravotní pojišťovny

V této skupině jsem provedla celkem tři řízené rozhovory, a to s vedoucími pracovníky rozličných zdravotních pojišťoven.

1. **Jaký je Váš názor na vývoj role státu v oblasti sociálních služeb pro seniory a jeho financování?**

   Zástupci této skupiny vyjádřili negativní názor na vývoj ve státě. Podle nich se stát zbavuje odpovědnosti. Alibisticky přistupuje k problematice stárnutí obyvatelstva. Tento vývoj se dal již dávno předpokládat a tvářit se, že je to překvapení, které se dá vyřešit tím, že je přehozen na nižší stupeň řízení, není zodpovědným řešením ze strany státu. Právě naopak, podle respondentů stát má hrát v oblasti sociální politiky hlavní roli!

   Stát má za úkol vytvořit prostředí podporující zaměstnanost a ne naopak. Měl by změnit současné vnímání sociální pomoci z pouhého využívání sociálních dávek na komplexní škálu sociální podpory. Spoléhat se na sponzory a dobrovolníky je pouze berlička, ne plnohodnotná koncepce.

2. **Jaký je Váš názor na přenášení kompetencí ze státu na kraj, z kraje na obce?**

   Klidně přenášejme potřeby, ale i s financemi.

3. **Jaká je podle Vašich zkušeností ochota a schopnost postarat se o své rodiče, prarodiče či ostatní blízké a příbuzné v seniorském věku? Jak se podle Vašeho názoru bude v budoucnu vyvíjet morální odpovědnost rodiny?**

   Je spousta sociálně slabých, kde rodina není nebo nemá prostředky k plnění svých rolí. V nedávně minulosti byla rodina odkloněna od vícegeneračního uspořádání. Postoj k seniorům určuje stát a nastavená státní morálka. Paradoxní je, že morální postoj může být u jednodušších lidí vyšší než u lidí vzdělaných. Např. Romové, kteří žijí v rodech či kmenech, nikdy nenechají své děti nebo staré lidi v nemocnici opuštěné.

4. **Jakou roli v oblasti poskytování sociálních služeb a jejich financování sehrává a bude sehrávat, a jakou by měly sehrávat (jaké je pořadí důležitosti těchto institucí?):**

   Na prvním místě je **rodina**. Dotazovaní znovu zopakovali, že politické dění, současná politická situace (**stát**) morálně formuje své občany a dává jim – chtě nechtě – příklad. **V soukromém sektoru** byl také spatřen velký potenciál v poskytování sociálních služeb. **Sponzorství** typu Nadací (Terezy Maxové, Olgy Havlové, Kapka naděje) přináší také jeden z druhů financování. Pozitivní je to, že některé ze jmenovaných

osobností, které nadace založily, dlouhou dobu působily v zahraničí a přinesly si odtud četné zkušenosti.

Velmi zajímavý byl postoj zástupců **zdravotních pojišťoven** k financování sociální péče. Stěžovali si mimo jiné i na to, že zdravotní pojišťovny jsou zatěžovány úhradami zdravotní péče v pobytových zařízeních sociálních služeb. Byla cítit ona třecí plocha mezi zdravotnictvím a sociální oblastí, kterou jsem již zaznamenala u pracovníků sociálních služeb. Zástupci zdravotních pojišťoven obhajovali svůj postoj tím, že i zdravotnictví se potýká s nedostatkem financí, a proto přísně sleduje své výdaje. Zdůraznili, že i v této oblasti selhává **stát**, který umožňuje, aby zisky z farmaceutického průmyslu byly vyváděny mimo zdravotnictví. Při rozhovorech jsme se dostali i na úhel pohledu uživatelů sociálních služeb. Zde se respondenti shodli na tom, že lidé si celý život platí v rámci pojistných systémů zdravotní a sociální pojištění, aniž by jako laici rozlišili rozhraní mezi zdravotnickou a sociální péčí, kterou budou ve stáří pravděpodobně potřebovat. Tím, že sociální péče není součástí pojistného systému, dochází u těchto lidí k neuspokojivému pocitu, že „*celý život platili, a stejně se potřebné podpory od státu nedočkali.*“ Jedna ze zkušeností ze zahraničí je přitom taková, že existuje sdružené sociální a zdravotní pojištění. Sociální oblast by neměla být podceňována.

Příloha č. 11 e) Sociální služby poskytované v Havířově a okolí

V této kategorii jsem oslovila 2 zástupce z řad managementu organizací, poskytujících ambulantní a terénní sociální služby na Havířovsku.

1. **Jaký je Váš názor na vývoj role státu v oblasti sociálních služeb pro seniory a jeho financování?**

   Jeden z respondentů uvedl, že za svou dlouholetou praxi v sociálních službách evidentně sleduje, že účast státu na financování sociálních služeb je v útlumu. Kdysi byl stát štědřejší.

   Zamýšlel se nad tím, že ze svých daní stále štědře financujeme politický systém, ale pravděpodobnost, že vložené peníze jednou získáme aspoň částečně zpět, když je budeme potřebovat ve stáří s přibývajícími nemocemi, je malá. Již nyní si musíme odkládat nemalé finanční částky a mnoho lidí, i pracujících se ocitá na pokraji chudoby: jak vůbec budou dnešní třicátníci jednou přežívat? Existuje spousta lidí, kteří si tento

problém vůbec neuvědomují, pořizují si mnoho dětí, nad rámec svého rodinného rozpočtu, a spoléhají se, že stát se o své občany postará. Domnívají se také, že to tak bude pořád.

Role státu určitě nezanikne. Spíše by stát neměl zatěžovat své občany takovými daňovými povinnostmi.

Jedinec by měl být zodpovědný sám za sebe, což znamená, že společnost musí zásadně změnit své myšlení. Lidé vyjadřují svou nespokojenost se svými životními podmínkami, zastávají však pasivní postoj. Podle průzkumu jsou obyvatelé severní Moravy méně spokojení než jiných oblastech České republiky. Senioři obecně špatně přijímají apel, že každý má být zodpovědný sám za sebe, což je ale dáno historickou zátěží.

Stát koncepčně činí kroky, aby jedinec byl na stáří vybaven jednak zákonným důchodem, jednak příspěvkem na péči (v případě prokazatelné potřeby), a s tímto měsíčním „příjmem“ by si mohl vybrat patřičnou službu (ambulantní, terénní nebo pobytovou). V některých zemích je navíc zavedeno vedle zdravotního pojištění také pojištění na sociální péči.

Poskytovatelé ambulantních a terénních služeb v Havířově však mají obavy, že dotační politika státu bude příliš utlumována.

Dalším problémem, který byl otevřen, je vymahatelnost vyživovací povinnosti dětí vůči svým rodičům. Legislativně je toto upraveno, ale je velice nákladné a zdlouhavé soudně tuto povinnost vymáhat. Praxe je taková, že potomek prohlásí, že se se svým rodičem nestýká a sociální služby nejsou ekonomicky postaveny tak, aby se mohly pustit do letitého sporu.

Respondenti se nezávisle na sobě shodli v názoru na financování sociální péče a spoluúčasti **zdravotních pojišťoven**. Zhodnotili současný stav jako přetahování, co je zdravotnický úkon a co spadá do sociální péče. Oba vidí nadějně koncepci **dlouhodobé péče**, která je připravována na uvedení v roce 2013. Dlouhodobá péče je kombinace a prolínání zdravotnické a sociální péče, kterou vyžadují osoby závislé na péči druhých, čímž se přirozeně týká především seniorů. Jde o to, že by se měla sjednotit pravidla péče o nemocné a to tak, aby např. péče ve stejné kvalitě a rozsahu na zdravotnickém lůžku nebyla dražší než ta, která by byla prováděna na sociálním lůžku. Druhým příkladem je podávání léků - permanentní spor o to, zda se jedná o sociální nebo zdravotnický úkon. Z hlediska financování je úkolem sejít se na půli cesty: propracovat

kalkulaci, kam až zajde zdravotnická péče (a tím pádem úhrady přes zdravotní pojišťovny) a kam sahá sociální péče. Ve výsledku by měl ušetřit stát.

Jedná se o propracovaný systém, jejímž cílem je domácí péče (home care). Každému z nás je nejlépe doma, což je koncepcí dlouhodobé péče plně respektováno, nadto je to levnější varianta

2. **Jaký je Váš názor na přenášení kompetencí ze státu na kraj, z kraje na obce?**

Zaznamenala jsem názor, že stát se chová macešsky vůči svým obyvatelům. Vytváří sice strategii fungování sociální politiky, ale v jejím rámci přehazuje svou konkrétní zodpovědnost na kraje a obce.

Úloha kraje je z pohledu poskytovatelů hodnocena jako marginální. Kraje sice volají po větších rozhodovacích pravomocech ohledně rozdělování financí, ale faktickou moc má MPSV, které rozhoduje o výši přidělených dotací.

Kraj je příliš vzdálen poskytovatelům sociálních služeb, zvláštní podpora z jeho strany není pociťována. Poskytovatelům se vzdaluje i obec, která s ohledem na omezený rozpočet redukuje financování.

Havířov není zajímavé a atraktivní město pro mladé. (Např. Frýdek – Místek nebo Ostrava je pro aktivní obyvatelstvo daleko zajímavější). Obyvatelé Frýdku – Místku mají více sebeuvědomění, zatímco Havířované nemají tak silné historické kořeny a díky vysoké nezaměstnanosti a nízké možnosti společenského a pracovního rozvoje je ani nerozvíjejí.

Nejlépe státem dotovanou sociální službou je respitní péče a terénní služby. Pobytová péče je nejdražší, a proto by měla sloužit (a v Havířově slouží) pouze těm, kteří ji nejvíce potřebují (což je 3. a 4. stupeň příspěvku na péči).

3. **Jaká je podle Vašich zkušeností ochota a schopnost postarat se o své rodiče, prarodiče či ostatní blízké a příbuzné v seniorském věku? Jak se podle Vašeho názoru bude v budoucnu vyvíjet morální odpovědnost rodiny?**

Je podmíněna ekonomickou vyváženostní rodiny. Ale navíc respondenti uvedli, že lidé jsou stále více egoističtí a řeší především sami sebe. Mnozí jsou přinuceni migrovat za prací a nemají ani časové možnosti postarat se o starší rodinné příslušníky. Navíc stres z možné ztráty zaměstnání a udržení se na své pozici přináší předčasnou únavu v produktivním věku. Proto lidé tak často hledají možnost přesunout svou povinnost v oblasti péče o seniory na někoho jiného.

4. **Jakou roli v oblasti poskytování sociálních služeb a jejich financování sehrává a bude sehrávat, a jakou by měly sehrávat (jaké je pořadí důležitosti těchto institucí?):**

   Na prvním místě by měla být **rodina**, ale bohužel v mnohých případech není a trend směřuje k tomu, že nebude. Dnešní mladá generace je extrémně suverénní, je příliš ochraňována svými rodiči, přepečovávána a vychovávána k egoismu. Děti nabývají dojmu, že jsou hrdiny naší doby, v čemž je důkladně podporuje virtuální počítačový svět her, televize a internetu.

   Respondenti nepohlížejí na **církev** jako na hlavní protagonisty v oblasti sociálních služeb. Spíše ji vnímají jako podporu pro ty, kteří mají vazbu na církev, uznávají ji a chtějí tento vztah budovat a rozvíjet.

   Naopak, **v soukromém sektoru** respondenti spatřují perspektivní potenciál v podobě zdravé konkurence. Jde o to, jak atraktivní bude pro soukromý sektor podnikání v sociální oblasti.

   Dobrovolníci hrají nezastupitelnou roli v sociálních službách. Sponzoři jsou významným zdrojem a vyjádřili obavu, že v budoucnu se bez sponzorství neobejdou.

   Jak již bylo zmíněno výše, **zdravotní pojišťovny** jsou v současnosti problematickým partnerem sociálních služeb. Zdravotní pojišťovny samy nevědí, jak budou financovány, rozvazují smlouvy s nemocnicemi. Otázkou zůstává, co přinese koncepce dlouhodobé péče, která má být zavedena od roku 2013.

   Od **Evropské unie** dotazovaní zástupci sociálních služeb finanční podporu neočekávají, s tím, že EU má dosti jiných zásadních problémů existenčního rázu.

   Role **státu** je spatřována především v roli konceptora a kontrolora kvality. V tom má stát své nezastupitelné místo, má také výborné know-how v oblasti standardů. Nicméně vpuštění konkurence do prostředí je zdravé a užitečné pro všechny zúčastněné.

Příloha č. 11 f) Pobytová zařízení sociálních služeb pro seniory v Havířově

V rámci této skupiny jsem uskutečnila čtyři řízené rozhovory s managementem Domovů pro seniory na území města Havířova.

1. **Jaký je Váš názor na vývoj role státu v oblasti sociálních služeb pro seniory a jeho financování?**

Jeden z respondentů se zamýšlel nad **morálkou společnosti a jejích občanů**: *„Role státu se odvíjí od morálních vlastností svých občanů. Každý jednotlivec by si měl uvědomit, že když něco ve svém životě od okolí přijímá (dítě od rodičů), nastane i čas, kdy svému okolí bude vracet (dítě rodičům). Např. společnost před 50 lety byla úplně jiná morálkou i životním stylem, v myšlení lidí bylo standardní, že postarat se o své stárnoucí rodiče je věc normální, ne přítěž.“*

Opět zazněla kritika státu a jeho nedostatečné sociální politiky: *„Ačkoli zákon o sociálních službách č. 108/2006 Sb. podporuje sociální stát, ten stále více „dává ruce pryč“ od tohoto principu. Legislativními změnami přesouvá kompetence na kraje, na obce a na samotné uživatele. Jelikož na těchto úrovních se nenachází dostatek finančních prostředků, respondenti z veřejnoprávních domovů pro seniory sdílejí obavy, že se navrátíme k zařízením s nižší úrovní, jak tomu bylo kdysi ve starobincích, nebo příklad z novodobé Itálie – není výjimkou podstandardní bydlení pro seniory se 4–5 lidmi na jednom pokoji.“*

Konstruktivně se na problematiku role státu podíval jeden z dotázaných manažerů: *„Roli státu vidím zejména jako zákonodárnou, vytvářející podmínky pro péči o seniory. Zde by jeho role měla končit. Co se týká financování, úloha státu by měla být omezena na sledování potřebných kapacit v sociálních službách a jejich budoucího vývoje v jednotlivých regionech, z čehož by eventuálně mohlo vyplynout přidělování dotací do regionů, které se potýkají s objektivně velkými existenčními problémy v oblasti podpor pro vznik a provozování pobytových, terénních a ambulantních sociálních služeb, respitní péče, sociálních bytů, nízkoprahových domů apod.“*

V otázce **soukromého podnikání** v oblasti poskytování sociálních služeb jsem zaznamenala dva protichůdné názory, v závislosti na tom, zda manažer pracuje v soukromoprávní či veřejnoprávní sféře. Respondent z veřejnoprávní sféry vyjádřil názor: *„Stát by měl obecně více podporovat soukromé podnikání, což nedělá. Soukromé podnikání spíše komplikuje administrativní zátěží. Ve svém důsledku se toto obrací proti státu, protože nakonec musí, a o to ve větším objemu, financovat sociální služby.“*

Manažer soukromého pobytového zařízení sociálních služeb rozvinul výše uvedené slovy: „*v současné době si je stát vědom toho, že velký podíl poskytovatelů sociálních služeb pochází z nestátní sféry a vcelku na to i spoléhá.“*

Jednotný názor od všech respondentů byl takový, že stát by měl změnit nabídku služeb: nemusí v takovém rozsahu vznikat domovy pro seniory, (ústavní péče je

nejdražší a ne vždy potřebná), spíše by měl podporovat rozvoj jiných služeb v domácí péči.

2. **Jaký je Váš názor na přenášení kompetencí ze státu na kraj, z kraje na obce?**

Přenášení kompetencí na kraj a potažmo na obce je správné, jinými slovy uplatňování principu subsidiarity je na místě, protože nižší úroveň řízení je schopna lépe monitorovat a konkrétněji uspokojovat sociální potřeby svých občanů. Stát však s přenesenými kompetencemi nepředává odpovídající objem finančních prostředků, a to může být pro některé obce likvidační a pro některé konečné uživatele nedostupné.

Podle zákona o obcích je obec povinna postarat se o své občany. Jestliže se má postarat, musí mít na to finance. Stát ani kraj na to prostředky nemá.

Kompetence kraje je nezastupitelná v plánování sociálních služeb, a to prostřednictvím Střednědobého plánu rozvoje sociálních služeb v Moravskoslezském kraji na léta 2010 – 2014. Jiný manažer doplňuje tento názor: „*S ohledem na potřeby jednotlivých regionů až mikroregionů nelze zpracovat jednotnou (stejnou) strategii. Je nutno vycházet ze sociodemografických analýz, ze skutečných potřeb dané lokality. Pak je na místě „vyslyšet“ požadavky jednotlivých obcí a umožnit jim jednat. Kompetence by však měly být prostupné,“* a doplňuje o konkrétní příklad: „*„ v Havířově chybí pobytové zařízení se zvláštním režimem. Naše zařízení tento režim provozuje, ale protože není umístěno na území města Havířova, nemůže být zapojeno do komunitního plánu města, jelikož spádově to je vyloučeno. Přičemž uživatelé našeho zařízení s trvalým pobytem v Havířově tvoří 80 % celkového počtu.“*

U převodů kompetencí jde víceméně o jedno – o financování. MPSV je v dané době poskytovatelem dotací na sociální služby, a to prostřednictvím kraje, který tyto finanční prostředky přerozděluje. A zde dochází k nespravedlivému rozdělování. Zařízením, jejichž zřizovatelem je kraj, je poskytováno více finančních prostředků než do zařízení jiných než krajských. Tento názor podpořilo nezávisle na sobě více respondentů v této skupině.

Manažer ze soukromého zařízení dokonce podotkl, že jejich zařízení nemá na dotace nárok, jelikož toto zařízení není součástí Střednědobého plánu rozvoje sociálních služeb v Moravskoslezském kraji na léta 2010 – 2014. Vzhledem k typu zařízení (Domov se zvláštním režimem), o který je veliký zájem a poptávka vysoce převyšuje nabídku, nemá domov ekonomické problémy.

Kraj provádí pravidelné kontroly standardů kvality (inspekce). Praktická zkušenost je taková, že standardy kvality, jak jsou definovány legislativně, „*jsou jedna věc, ale realita mnohdy musí fungovat jinak - subjektivní názor inspektora hraje velkou roli.*“

V problematice inspekcí je totiž pracovníky sociálních služeb sledován zajímavý úkaz: „*Nejprve jsou dotace přiděleny, potom, po dvou třech letech jsou odnímány i s velkými pokutami. Není to záměr?“*

Závěrem stojí za zmínku návrh jednoho z dotazovaných manažerů: finanční prostředky z MPSV by měly být přidělovány ne prostřednictvím kraje, ale přímo do rozpočtu poskytovatelů (obec, církev, soukromý sektor, kraj).

3. **Jaká je podle Vašich zkušeností ochota a schopnost postarat se o své rodiče, prarodiče či ostatní blízké a příbuzné v seniorském věku? Jak se podle Vašeho názoru bude v budoucnu vyvíjet morální odpovědnost rodiny?**

Svůj názor jeden z oslovených respondentů vyjádřil takto: „*Rodina jako instituce již dávno změnila svou strukturu i charakter. Generační model je minulostí a přetrvává stále méně. V současné době ještě lidé středního věku pociťují poměrně silně „povinnost“ postarat se o své příbuzné seniory. Komplikuje jim to často nepříznivá situace finanční (nutnost úhrady za služby, nezaměstnanost atp.), ale i sociální, vyplývající z nedostatku služeb pro seniory (terénní, ambulantní i pobytové).*

Děti, které dnes vychováváme, jsou (obecně) vedeny způsobem, aby přenášely odpovědnost za sociální situaci na stát, či jiné subjekty, způsobem, jenž postrádá empatii a lidskou vlídnost. Vyrůstají v tvrdém světě konkurenčního boje a nejistot, a logicky si budují sebeobranné mechanismy potlačující emocionalitu a neochotu se nechat opotřebit cizím neštěstím-bolestí. Rodina postrádá soudržnost, a proto postrádá i vůli pomoci někomu, kdo tudy jenom někdy prošel.“

Další z respondentů popsal ochotu a schopnost postarat se v dnešní době o své rodiče takto: 70 % osob je **ochotno**, ale polovina z těchto 70 % není **schopna**, a to především díky náročnosti péče (příprava dietní stravy, ošetřovatelské práce kolem ležících příbuzných, zajištění potřebné desinfekce atd.). Zbytek lidí, kteří se starají o své příbuzné, tuto péči zajišťují svépomocně a tím pádem dosahují velmi rozdílné kvality.

Třiceti procentům osob chybí ochota nebo schopnosti poskytnout potřebnou péči. Tito lidé jsou zpravidla v pracovním procesu a málokdo se v dnešní době může vzdát svého příjmu, protože bez něho by se rodina ocitla na hranici existenčního minima. Navíc

přetrvává v povědomí lidí názor, že obec, kraj či stát má povinnost postarat se o seniory, a proto málokdo je ochoten podstoupit jakákoli omezení v profesním či soukromém životě.

Je potřebné novelizovat zákon o rodině, aby bylo dosaženo vymahatelnosti vyživovací povinnosti dětí vůči svým rodičům. To by bylo možné za předpokladu, kdyby byla uzákoněna možnost doplatit skutečný příjem v případě poskytování sociální péče,
a to na základě soudního přezkumu majetkových poměrů přímých příbuzných.

Respondenti uvedli i běžné případy z praxe. Když např. příbuzní žádají o umístění v pobytovém zařízení pro svého seniora, slibují, že budou doplácet náklady na péči, jež nelze pokrýt z důchodu a případně z příspěvku na péči. Jakmile dosáhnou svého, po dvou měsících prohlásí, že jejich ekonomická situace se změnila, že již nemohou doplácet slíbené, a tato povinnost se tedy přenese na Domov pro seniory a tudíž na obec.

„Mnozí lidé se umístěním v domově pro seniory zbavují svých blízkých příbuzných. Není výjimkou, že na návštěvu zajdou poskrovnu, pro důchod však přijdou vždy.“ Záleží vždy na konkrétních lidech a na dlouhodobě vytvořených vztazích v dané rodině. Ve své podstatě platí, že jak si rodiče vychovají své děti, to na sklonku života od nich sklidí. Výchovou a celým svým životem si tvoří svou budoucnost. Vychovávat děti můžeme slovem, ale nejdůležitější je to, co děti doma vidí a v čem vyrůstají. Rodina jde vždy příkladem.“

Na druhé straně bylo objektivně konstatováno, že i senioři mají také své specifické projevy chování a je někdy obtížné se s nimi domluvit.

Byl uveden příklad z historie. Jakmile rodiče pocítili, že již nezvládají hospodářství, předali je svým potomkům. Sami tuto životní situaci rozpoznali, ukončili tuto produktivní etapu a přenechali místo mladým. Odešli bydlet na tzv. výměnek do vedlejší budovy, kde dožili: ve skromnějších podmínkách, které byly dostačující k živobytí, zvládali svou domácnost udržovat, a že zůstávali v domácím prostředí, necítili se odloučení od rodiny.
Z toho opět vyplývá, že Domovy pro seniory nejsou tolik potřebné, spíše by měly být rozvíjeny služby domácí péče, penziony, noční hlídání apod.

Se stárnutím populace se budou stále častěji vyskytovat duševní choroby seniorů – stařecká demence či Alzheimerova nemoc. Příspěvky na péči chronicky duševně nemocné příliš nezohledňují.

4. **Jakou roli v oblasti poskytování sociálních služeb a jejich financování sehrává a bude sehrávat, a jakou by měly sehrávat (jaké je pořadí důležitosti těchto institucí?):**

Respondenti se shodli na tom, že rodina má nést hlavní odpovědnost. Navíc, v současné globální ekonomické recesi bude muset rodina na sebe brát čím dál více zodpovědnosti a je otázkou, zda to unese.

Církev nemůže rodinu nahradit. Může vytvářet např. domovy a služby pro seniory. Je to však specifická instituce, závislá na dotacích státu, sloužící především pro zájmovou skupinu věřících.

Soukromý sektor má podnikat v rámci neziskových organizací. Jeden z názorů byl k soukromému sektoru skeptický; soukromý sektor není schopen poskytování sociálních služeb, zejména pobytových, ufinancovat. Naproti tomu jiný názor byl více optimistický a konstruktivní: *„Hlavní přínos soukromého sektoru spatřuji v poskytování terénních sociálních služeb a respitní péče."*

Konkrétně byla také zmíněna výborná praktická zkušenost se službami, které poskytuje nestátní zdravotnické zařízení HESTIA se sídlem v Havířově. Domov pro seniory běžně užívá těchto služeb, např. při odsávání hlenů pacientům."

Dobrovolníci jsou výborní. U nás je dobrovolnictví na stále nízké úrovni. Kdysi bylo přirozenější a povinné, sociální stát naučil lidi k větší pasivitě a dnes se za dobrovolnictví málem stydí. Jde o morální problém, neznámý např. ve Skotsku. Mimo jiné byla pozitivně hodnocena činnost dobrovolníků z havířovské ADRY.

Jeden z respondentů se vyjádřil takto: *„Český stát dodnes legislativně nevyřešil dobrovolnictví. Dobrovolníci přes úřad práce – spoustu rádoby dobrovolníků přes úřad práce, ale ne každý vyhoví nebo může tuto činnost provádět – čas ukáže. Dokonce veřejně prospěšné práce byly nazvány dobrovolnictvím."*

Sponzory v sociální sféře by měly být především velké továrny a korporace, nebo znečišťovatelé životního prostředí, což je na Ostravsku a v Havířově velmi aktuální problém. Jako příklad byl uveden ČEZ, Arcelor Mittal, OKD.

Zdravotní pojišťovny – zde dotazovaní manažeři pobytových zařízení sociální péče opět upozornili na napjatý a nekompromisní vztah mezi rezortem/rezorty zdravotnictví a sociální péče a na jejich konkrétní projevy v praxi: *„Vztah mezi domovy pro seniory a zdravotními pojišťovnami by se měl změnit. Mělo by být zavedeno bodové hodnocení v sociálních zařízeních. Domov pro seniory si má vydělat na zdravotní sestru, ale např. nemůže vykazovat aplikaci inzulinu a musí vracet peníze. Domovy jsou*

zatíženy nesmírnou administrativní prací. Posudková práce ve zdravotních pojišťovnách je příšerná. Neuznává polovinu věcí, vyškrtává je a nehradí. Problém je např. u pacientů těžce imobilních, a zároveň desorientovaných. Z nemocnice se senioři často vraceli do domova pro seniory ještě v horším stavu, než tam odjížděli – s dekubity, dehydrovaní. Přivolaná záchranná služba se mnohdy při zavolání zeptá na věk pacienta a v případě seniora klesá jejich péče.“

Podobný názor jsem zaznamenala u jiného respondenta: *„Zdravotní pojišťovny dávají ruce pryč od financování sociálních zařízení. Přitom kdyby jich existovalo více, nemusela by být zatěžována zdravotnická zařízení a péče by mohla být levnější.“*

Příloha č. 11 g) Obecní samospráva

1. **Jaký je Váš názor na vývoj role státu v oblasti sociálních služeb pro seniory a jeho financování?**

Zástupci vedení města si uvědomují, že stárnutí obyvatel je obecně platný fenomén – lidský věk se prodlužuje ruku v ruce s rostoucí životní úrovní a kvalitou života.

Co se týká seniorů, role státu by podle jejich shodného názoru měla být velmi významná, žel tak tomu není. Stávajícími reformami se stát zříká koncepce sociálního státu a snižuje svou zodpovědnost v této oblasti.

Stát odbourává příspěvky do sociální oblasti. Mottem je: *„Seniore, starej se o sebe, dokud to jde.“* Ve společnosti roste negativní postoj k seniorům a odsouvá je na její okraj, staví je do pozice těch, kteří odčerpávají prostředky a jsou společnosti přítěží.

Politici města seniory obhajovali: *„Senioři celý život platili daně a pojištění, takže si na stáří zaslouží daleko větší pozornost od státu, ať v oblasti sociální tak při zajišťování bezpečnosti prostředí, ve kterém žijí.“*

Dnešní vývoj situace zhoršuje postavení sociálních služeb. Stát se chce zbavit zodpovědnosti, nemá finanční prostředky a omezuje dotace do této oblasti. Nejen přímo pro municipality, ale také pro neziskové organizace a soukromý sektor.

Na druhé straně se zvyšují platby konečných uživatelů. Roste počet těch seniorů, kteří sami o sobě na sociální služby nedosáhnou, a pokud navíc např. nemají děti, sociální služby si nemohou dovolit. Stát vybírá nepřímé a přímé daně, ale na druhé straně neposkytuje adekvátní sociální péči. Roste i počet těch, kteří nejsou schopni zaplatit pohřeb a nechávají své blízké pohřbít na útraty obce. Tento vývoj směřuje k návratu k chudobincům.

Není dostatečně řešena bytová otázka ani bydlení pro seniory. Pro rodinu je zajištění pobytu v domově pro seniory finančně a časově nejvýhodnější. Dnes jsou ale lidé více individualističtí, značná část bude chtít být doma a využívat terénní služby.

V Havířově chybí zařízení se zvláštním režimem.

Havířov zrekonstruoval městské byty a vytvořil tak 30 malometrážních. Ze začátku o tyto byty nebyl zájem, hlavně z psychologických důvodů (stěhování je pro seniora velice zátěžovou událostí).

U lidí ve věkové kategorii nad 85 jsou nejvíce četná psychická opotřebení, projevující se v podobě stařecké demence, Alzheimerovy choroby atd. Takovýto pacient potřebuje uspokojit základní lidské potřeby. Rodina se začne starat o další řešení a dostává se do pasti: klasický domov pro seniory ho nepřijme, domácí péče je nemožná díky pracovnímu vytížení potomků. Takto postižených lidí přitom přibývá a bude jich stále více.

Na tomto místě byla také zmíněna účelovost evropských dotací: pokud byly dotace z regionálního operačního programu účelově určeny pro sociální oblast, pak pouze do měkkých investic nebo na pobytová zařízení se zvláštním režimem.

2. Jaký je Váš názor na přenášení kompetencí ze státu na kraj, z kraje na obce?

Trend v sociální oblasti je přesunout kompetence na obce, ale objem finančních prostředků tomu neodpovídá.

Stát by se neměl zříkat péče o seniory. Ideálem je podle jednoho z respondentů Švédsko. U nás je realita jiná: odpovědnost je přenášena na kraje a potažmo na obce. Kraj ve věcech financování příliš možností nemá, snaží se tedy co nejvíce kompetencí přesunout na obce. Ve výsledku se o seniory bude starat v plné míře obec. Konkrétně v Havířově jsou oba domovy pro seniory financovány převážně z rozpočtu města (90 %). Stát poskytuje dotace zhruba ve výši 10 % s tím, že rok od roku jsou dotace nižší a nižší.

Co se týká úhrad od klienta, klient hradí pobytové služby do výše svého důchodu. Do nynějška však 15 % z této částky zůstávalo seniorovi na osobní potřeby (např. léky). Nyní, po novele zákona o sociálních službách, už tato povinnost nemusí být zachována. Jestliže v domově pro seniory činí náklady na lůžko cca 25 tis. Kč, v novém havířovském domově HELIOS dokonce 27 - 29 tis. Kč, je na úhradu výloh za přebývání v pobytovém zařízení nezbytný příspěvek na péči.

Sečteme-li všechny tyto položky, pak je zřejmé, jak participuje stát a že významná tíha spadá na obec. V Havířově činí roční příspěvek na domov pro seniory zhruba 35 mil. Kč.

Přeneseným kompetencím ze státu na obce by měly ruku v ruce odpovídat i státem poskytované finanční zdroje: situace je však taková, že městu Havířov zkrátil rozpočet
o 17, 6 %, ale objednal si navíc poskytování sociálních služeb. Jinými slovy, stát přenáší kompetence ve smyslu poskytování služeb, ale neposkytuje finanční prostředky na jejich úhradu.

Ve dvou sousedních regionech byla prosazována idea, že by se spojily v řešení konkrétního problému ze sociální oblasti (společná výstavba Domova pro seniory), ale centrální orgány v Praze myšlenku nepodpořily. Ty se spíše snaží o centralizaci, aby si zachovaly náplň práce a tím pádem pracovní místa, samozřejmě na úkor regionů. Role kraje nějak schází, a přitom ten by měl být pro obec nejdůležitějším partnerem.

Obec je základní článek, který nejlépe zná konkrétní potřeby svých obyvatel. Ale na druhé straně obec nemá dostatek finančních prostředků. Občan platí daně státu, ale stát tyto příjmy redistribuuje a podle lokálních politiků na úkor regionů a obcí. Peníze by se neměly ztrácet někde jinde (např. peníze z privatizace), a přitom roste státní dluh. V minulosti se stát dokázal postarat o všechny a byly větší sociální jistoty. Dnes neviditelná ruka trhu neřeší a nevyřeší nic. Lidé mají větší možnosti a svobodu, ale ta je relativní, jelikož užívat si ji může pouze úzká skupina lidí.

Stát přispívá na sociální služby poskytované v příspěvkových organizacích Domov seniorů Havířov, Sociální služby města Havířova a SANTÉ. Státní dotace jsou rok od roku menší. Stát přispívá jinou formou, a to příspěvkem na péči. Celkově se stát podílí na úhradě nákladů rok od roku méně, a tím se zvyšuje finanční zátěž města.
Kraj má svá zařízení sociálních služeb – příspěvkové organizace, které financuje, městu Havířov nepřispívá. Domov pro seniory LUNA byl převeden z působnosti kraje na obec za symbolickou korunu a dle projektové dokumentace město počítá s vyčleněním na nutné investice do zařízení částky převyšující 100 mil. Kč.

Počínaje 1. 1. 2012 došlo v rámci Sociální reformy ke změnám vyplácení dávek v nepojistných dávkových systémech. Z odborů sociálních věcí (tj. z obcí s rozšířenou působností) přešlo toto vyplácení na Úřad práce (tj. působnost státu). Municipální politici vidí tuto změnu negativně v tom, že spolu s vyplácením dávek již nebude uplatňován individuální přístup a konkrétní práce s uživatelem dávky. Sociální práce

totiž není pouze výplata dávky. Stává se, že při individuálním kontaktu nakonec sociální pracovník odhalí příčinu sociálních problémů a zjistí, že je potřebná jiná pomoc než finanční.

Je pochopitelné, že stát přenáší velkou agendu na regiony. Vždyť regiony se neustále mění a navíc každý z nich má svá specifika, se kterými po generace pracuje. Zdá se ale, že kraj nijak neřídí sociální sféru a okamžitě vše přenáší na obce. Hraje tak marginální roli. U státu je logické, že si uchovává svou funkci koordinátora, stratéga a kontrolora. U kraje to ale vypadá, že v době rušení okresní úrovně si krajská samospráva nenašla své místo. Obce mají svůj majetek, znají své potřeby, zatímco role kraje je takřka neviditelná, bohužel i ve finanční podpoře svých obcí.

3. **Jaká je podle Vašich zkušeností ochota a schopnost postarat se o své rodiče, prarodiče či ostatní blízké a příbuzné v seniorském věku? Jak se podle Vašeho názoru bude v budoucnu vyvíjet morální odpovědnost rodiny?**

Úloha státu není absolutní. V prvé řadě by svým nejbližším měli pomáhat rodinní příslušníci. V nedávně minulosti byla role rodiny potlačována, za rodinu se považoval „národ“, tzn. že bylo posilováno rovnostářství, ne individualismus. Až nyní se pomalu vracíme k idejím, že rodina je „základ státu“. Změna myšlení vždy trvá několik generací. Nicméně vývoj sociálního systému, nedostatek financí a fenomén stárnutí obyvatelstva ekonomicky urychlí proces zpětného scelování rodin. Město Havířov řeší problém uvolňování bytů: v minulosti bývalo cca 250 bytů volných, dnes fluktuace stěhování čítá 700 bytů. Mladí lidé z Havířova odcházejí, staří lidé umírají. Střední generace staví nová bydlení a k tomu nezřídka potřebuje finanční i materiální pomoc svých rodičů. Dokonce dochází k sestěhovávání několika generací dohromady. Vezměme si příklad z minulosti, kdy šlechtické rody žily pospolu a společnými silami zhodnocovaly majetek. Dalším příkladem jsou výměnky: staří lidé odcházeli z hlavního stavení do výměnku, uvolnili tak místo mladší generaci, která převzala „žezlo“ a starala se o všechny rodinné příslušníky. K tomuto procesu pozvolna dochází, a to díky ekonomickému tlaku. Změna vědomí lidí v nahlížení na seniory jako na nepotřebné a zabírající místo, bude pomalejší než ekonomický tlak, ale v každém případě vede tímto směrem.

Další z respondentů uvedl, že zkušenosti s ochotou a schopností dětí postarat se o své rodiče jsou rozličné. Podle jeho mínění v prvé řadě záleží na výchově, např. nízkopříjmové rodiny se starají bez ohledu na své finanční možnosti. Což může mít ale

praktický důvod – mohou pobírat příspěvek na péči a brát péči o seniora jako formu zaměstnání a navíc se se seniorem dělit o náklady. Se zhoršujícím se zdravotním stavem seniora situace již není tak jednoznačná - péče o seniora nemusí být v domácím prostředí fyzicky zvládnutelná. Také záleží na dalším vývoji společnosti, v našem sledovaném případě na vývoji v regionu. Lidé v produktivním věku navíc budou zřejmě nuceni dojíždět za prací na větší vzdálenost, a tak budou senioři stále více „odkládáni", což už začíná být v našem kraji běžné.

Rodina je opravdu základ. Problém vyvstává u bezdětných seniorů, o které se nemá kdo z rodiny postarat. Dalším problémem je, pokud děti, na nichž leží povinnost postarat se o rodiče, jsou nezaměstnané a odkázané na sociální dávky. Pokud je senior umístěn
v domově pro seniory, péči částečně přejímá obec a stát. V regionu je bohužel časté i to, že starší rodiče musí finančně a materiálně podporovat své děti.

Společenské klima se zhoršuje a úcta ke stáří, vzájemná podpora a ohleduplnost se vytrácejí a pod tlakem ekonomického nedostatku dokonce ještě rychleji. Ve společnosti převládá názor, že každý se má starat sám o sebe. Respondenti ale rovněž uvedli, že to, co do svých dětí vložíme, to také sklidíme.

Zákon o sociálních službách hovoří o tom, že seniory je třeba udržet co nejdéle v přirozeném prostředí, což je také v zájmu jejich psychických potřeb. Na druhé straně někteří senioři mnohdy sami nechtějí se svými dětmi bydlet (nechtějí jim zůstat na obtíž, když samy děti jsou postihovány nejistotou ze ztráty zaměstnání či přímo nezaměstnaností, nebo z důvodu mezigeneračního nedorozumění). Z toho všeho vyplývá, že by se pozornost neměla zaměřovat na bezhlavé budování domovů pro seniory, ale spíše vytvářet sociální bydlení (bezbariérovost, výtahy) a zavádět či rozšiřovat terénní sociální služby.

Další problém byl definován tak, že na rozdíl od kraje, který může podávat legislativní návrh, obec tuto legislativní kompetenci nemá. Města sice mohou předložit svůj návrh v parlamentu, ale pokud to není vládní návrh nebo návrh ministerstva, prakticky nemají šanci na úspěch. Takže na tuto možnost rezignují a centrální orgány se nedovědí, jak to vypadá v postižených regionech.

4. Jakou roli v oblasti poskytování sociálních služeb a jejich financování sehrává a bude sehrávat, a jakou by měly sehrávat (jaké je pořadí důležitosti těchto institucí?):

Většina respondentů uvedla na první příčce **rodinu**, a to fungující, pro kterou je samozřejmostí postarat se o své nejbližší, ať jsou jakéhokoli věku.

S tím souvisí velmi bezprostředně úroveň **školství**, které má účinnou páku na vzdělávání a výchovu dětí nejen v odborných předmětech, ale také ve vštěpování morálních a etických zásad.

Pokud jde o rodinu nefunkční, bezdětnou nebo děti jsou nezaměstnané, či musejí migrovat za prací, oporou by měl být stát. Ten by se měl více věnovat sociálním službám a zdravotnictví než kauzám typu Gripeny apod.

Na této úrovni byla vložena velká naděje do **dobrovolnictví**, které mění povědomí lidí k vyšším morálním hodnotám, takovým jako je nezištná pomoc, altruismus, empatie, nesobeckost.

Pokud se jedná o finanční dobrovolnou podporu ze strany lidí, kteří se setkali u svých příbuzných nebo známých s nutností užívat sociální péči a pochopili její význam, pak může tato forma dobrovolnictví přejít do **sponzorství**. V každém případě se jedná o další příklad projevu vyšší morální úrovně.

Na opačném protipólu se ocitl vyhraněný názor na finanční podporu ze strany **zdravotních pojišťoven a Evropské unie**. Tento názor byl podle mého mínění ovlivněn současným stavem, kdy tyto zdroje sehrávají nevýznamnou roli.

Jak však zaznělo od jednoho respondenta při řízeném rozhovoru, je zřejmé, že Evropská unie si již fenomén stárnutí obyvatel uvědomuje.

Příloha č. 11 h) Krajský úřad

V rámci této skupiny byl proveden jeden řízený rozhovor.

1. **Jaký je Váš názor na vývoj role státu v oblasti sociálních služeb pro seniory a jeho financování?**

   Ohromný posun a krok správným směrem je podle respondenta v zavedení příspěvku na péči. Bohužel však chybí národní politika péče o seniory, která by navazovala na existující národní politiku stárnutí s reálným dopadem do každodenního života.

2. **Jaký je Váš názor na přenášení kompetencí ze státu na kraj, z kraje na obce?**

   Centrální řízení sociálních služeb, jak bylo provozována do roku 1989, nebylo správné. Jednoznačně pozitivním trendem je přenesení kompetencí ze státu na kraje a potažmo na obce. Stát přenesl pravomoci nejprve na okresní úřady, ty po provedení reformy veřejné správy v roce 2001 přešly na kraj. Takto se kraj stal zřizovatelem sociálních

služeb po státu, přebral tak zodpovědnost za jejich chod, ale nezískal odpovídající finanční prostředky. Dalším nedostatkem je to, že stát stále provádí centrální zásahy, které jsou spíše plošného charakteru, čímž jsou nekoncepční. Nezohledňují regionální problémy a individuální potřeby jednotlivců, a tudíž nejsou systémové. Dalším problémem je to, že se nedostatečně zaměřuje na sociální prevenci.

Blíže k financování – státní dotace musí být zachovány, ale musí být dána jasná pravidla. Dnes je registrace sociálních služeb dostupná takřka pro každého, nejsou propojeny mechanizmy plánování. Správné by bylo to, že pouze veřejný zadavatel dostane dotace. Pokud by příspěvky byly ve dvojnásobné výši, např. 18 tis. Kč a důchod, pak by byly ufinancovatelné i soukromým sektorem.

3. **Jaká je podle Vašich zkušeností ochota a schopnost postarat se o své rodiče, prarodiče či ostatní blízké a příbuzné v seniorském věku? Jak se podle Vašeho názoru bude v budoucnu vyvíjet morální odpovědnost rodiny?**

   Společnost je v morálním rozkladu, čímž ochota pečovat o své seniorské příbuzné výrazně klesá. Dle respondenta to není dáno ztíženými ekonomickými podmínkami rodiny, ale celkovým negativním nastavením společnosti. Ta donutí i ty občany, jejichž snaha je nést zodpovědnost za péči o své členy rodiny, tyto hodnoty popřít. V konečné fázi to znamená, že většina chtě nechtě využije nabízené sociální služby a jejich existence je a do budoucna bude stále více nezbytná.

4. **Jakou roli v oblasti poskytování sociálních služeb a jejich financování sehrává a bude sehrávat, a jakou by měly sehrávat (jaké je pořadí důležitosti těchto institucí?):**

   Bez hodnocení.

   Rodina

   Církev

   Soukromý sektor, spolu se sponzory

   Dobrovolníci

   Zdravotní pojišťovny

   Evropská unie

   Ostatní instituce – stát

Příloha č. 11 i) MPSV

V rámci této skupiny se mi podařilo oslovit jednoho respondenta.

1. **Jaký je Váš názor na vývoj role státu v oblasti sociálních služeb pro seniory a jeho financování?**

   Stát by měl hrát roli strategického pracoviště, garanta dostupnosti sociální péče ve všech potřebných oblastech. Měl by dohlížet na dodržování kvality poskytovaných služeb. Dále sdílím tyto názory:

- Základními principy reformy sociálních služeb je deinstitucionalizace
- Sociální služba jde za klientem – kde je člověk, tam jde v zásadě služba. Řešení nepříznivé sociální situace pomocí pobytové služby, jejíž poskytování je podmíněno přestěhováním uživatele z přirozeného prostředí do zařízení, je pokud možno poslední možností
- Pobytové služby sociální péče se postupně transformují z ústavního typu do jiných typů služeb, které pracují s vyšším využitím potenciálu soběstačnosti uživatelů, než tomu může být v zařízení ústavního typu
- Pobytové služby ústavního typu musí zůstat v nabídce možných řešení pro uživatele, pro které není žádné jiné řešení vhodné
- Subjekty systému sociálních služeb jsou rovnoprávné – nerozhoduje se o někom, nýbrž člověk sám řeší svou nepříznivou sociální situaci na smluvním principu
- Poskytovatelem sociálních služeb není stát, s výjimkou 5 velkých pobytových zařízení sociální péče, jejichž zřizovatelem je MPSV
- Systém klade důraz na ochranu zranitelných/zranitelnějších lidí nastavením kvalitativních mechanismů (standardy kvality, registrace, inspekce, sankce za správní delikty), informačními povinnostmi orgánů veřejné správy a individuálním přístupem k řešení životních situací
- Systém sociální péče zásadně nepřepečovává – co může uživatel zvládnout sám, nechť zvládá (příklad: personál zařízení nemusí uživatele holit, když to zvládá sám)
- Pobytové zařízení není vězení; ani s odvoláním na bezpečnost nelze uživatelům bránit ve svobodném pohybu (příklad: chce-li uživatelka do kavárny, personál ji nesmí od úmyslu zrazovat s tím, že kávu si může dát i v zařízení)

- Na rozvoji sociálních služeb a zejména na zajištění jejich dostupnosti legitimně participuje veřejnost

  V současnosti stát přispívá na sociální služby dvakrát, a to formou dotací a formou příspěvku na péči.

2. **Jaký je Váš názor na přenášení kompetencí ze státu na kraj, z kraje na obce?**

   Pokud obec je zřizovatelem jakéhokoli zařízení sociálních služeb a není schopna je finančně zabezpečit (zařízení „zkrachuje“), podle zákona č. 108/2006 Sb. přechází toto zařízení do kompetencí kraje. Stát nemá být poskytovatelem. Kraj má v rukou zásadní nástroj, a to Střednědobý plán rozvoje sociálních služeb. Pokud je zařízení zahrnuto do tohoto plánu, znamená to, že kraj uznal jeho potřebnost. Ta pak hraje zásadní roli také v řízení o dotace.

3. **Jaká je podle Vašich zkušeností ochota a schopnost postarat se o své rodiče, prarodiče či ostatní blízké a příbuzné v seniorském věku? Jak se podle Vašeho názoru bude v budoucnu vyvíjet morální odpovědnost rodiny?**

   Těsně po roce 1989 probíhal výzkum, podle kterého drtivá většina respondentů spoléhala v prvé řadě na stát. Dodnes se situace nezměnila, ač by podle mého názoru měla být v prvé řadě zodpovědná rodina. Je těžké změnit myšlení lidí a celých generací. Nový občanský zákoník (ještě není v účinnosti) však již přinesl institut vyživovací povinnosti dětí vůči rodičům. Zákon o sociálních službách připouští finanční spoluúčast osoby blízké na úhradě nákladů za službu.

4. **Jakou roli v oblasti poskytování sociálních služeb a jejich financování sehrává a bude sehrávat, a jakou by měly sehrávat (jaké je pořadí důležitosti těchto institucí?):**

   Bez slovního komentáře.

Příloha č. 11 j) Poslanecká sněmovna a Senát

Proběhly dva řízené rozhovory.

1. **Jaký je Váš názor na vývoj role státu v oblasti sociálních služeb pro seniory a jeho financování?**

Nové zákony, které jsou v platnosti od ledna 2012, zhoršují situaci žadatelů: finanční příspěvky, včetně příspěvků na kompenzační pomůcky, jsou v mnohém omezené. Taktéž v sociální oblasti pokračuje trend přenášet odpovědnost ze státu na obce a na další organizace, např. dobrovolníky, soukromý sektor apod.

Druhý respondent považuje roli státu v této oblasti za zcela zásadní. Dodává, že se v současnosti bohužel začínají v nemalé míře objevovat skupiny, které hodlají oblast sociálních služeb „divoce“ privatizovat. Zde se naplno projevuje absolutní nekompetentnost a neochota současného ministra práce a sociálních věcí tuto oblast jakkoli systémově řešit.

2. **Jaký je Váš názor na přenášení kompetencí ze státu na kraj, z kraje na obce?**

Jak jsem již uvedla v bodě 1, stát se ve značné míře zbavuje odpovědnosti. Ne všechny kompetence, které postupně předal, adekvátně jsou dofinancovány. *„Je to taková zvláštní hra, něco na způsob „účetní ekvilibristiky“. Fakticky se jedná o formální pokus o snížení deficitu státního rozpočtu prostřednictvím přenesení důsledků deficitního hospodaření v této oblasti na jiné subjekty, které se navíc tomuto postupu nemohou efektivně bránit,“* dodává druhy dotazovaný.

3. **Jaká je podle Vašich zkušeností ochota a schopnost postarat se o své rodiče, prarodiče či ostatní blízké a příbuzné v seniorském věku? Jak se podle Vašeho názoru bude v budoucnu vyvíjet morální odpovědnost rodiny?**

Situace rodin s průměrnými a nízkými příjmy jim nedává po stránce ekonomické možnost se přímo o svého blízkého postarat nebo i z důvodu omezených finančních možností připlácet na potřebné služby. V ojedinělých případech může jít o neochotu převzít zodpovědnost za péči o svého rodiče či jiného blízkého seniora.

Představitel druhé komory Parlamentu ČR si netroufá spekulovat o morální odpovědnosti a jejím dalším vývoji. Dle jeho názoru je to zcela individuální záležitostí.

4. **Jakou roli v oblasti poskytování sociálních služeb a jejich financování sehrává a bude sehrávat, a jakou by měly sehrávat (jaké je pořadí důležitosti těchto institucí?):**

Rodina

Za předpokladu, že k tomu má materiální a finanční dostatek, řadím rodinu na první místo. Mezigenerační solidarita je velice důležitá, je nutné ji u mladší generace i nadále

rozvíjet. V dnešní společnosti ovšem dochází k rozporu, a to mezi výchovou k individualizmu oproti soužití generací.

Církev

Dle mého názoru by církev pro širokou veřejnost vůbec neměla tuto roli sehrávat nebo pouze v případech akutní potřeby. Ano pouze u těch žadatelů, kteří byli věřícími po celý svůj život. Ostatní by neměli pomoc ze strany církve ani zneužívat, ani by jim neměla být vnucována.

Soukromý sektor, spolu se sponzory

Soukromý sektor, spolu se sponzory, by měl přispívat v rámci možností. Dosud naše společnost nedocenila a ani v plné míře nevyužívá PPP projektů v rámci sociálních služeb.

Dobrovolníci

Dobrovolníci tvoří významný a v naší společnosti do jisté míry nový prvek. Dříve se využívalo spíše v rámci přátelské sousedské výpomoci. Myslím si, že ani dnes není třeba tuto činnost příliš institucionalizovat z důvodu administrativní náročnosti. Má však být za svůj přínos vysoce ceněna.

Zdravotní pojišťovny

Člověk, který si zdravotní pojištění celý život platil, by měl mít možnost, v případě potřeby, ze zdravotního pojištění čerpat i v pokročilém věku i pro účely financování sociální péče.

Evropská unie

Nevím, zda dosud bylo a je spolufinancování sociální sféry ze strany Evropské unie dostatečně finančně podporováno. Vzhledem k celoevropskému trendu stárnutí obyvatelstva by nedostatečná finanční podpora byla krok špatným směrem.

Ostatní instituce – stát

Zvláště na municipální úrovni je nutný větší podíl na řešení bezbariérovosti, výraznějšího značení pro osoby s handicapem a únosné financování sociálních zařízení všech typů. Druhý respondent určil pořadí bez slovních komentářů.

Příloha č. 11 k) Akademická půda

V rámci této skupiny byl osloven jeden respondent.

1. **Jaký je Váš názor na vývoj role státu v oblasti sociálních služeb pro seniory a jeho financování?**

   Role státu je navrhovat a schvalovat zákony. Je principiální záležitostí, zda je zákon navržen dobře nebo ne. Názorným příkladem je Zákon o sociálních službách č. 108/2006 Sb., který zavedl příspěvek na péči. Záměrem bylo zajistit efektivní poskytování sociálních služeb. Byl však nesprávně odhadnut počet příjemců příspěvků na péči, čímž skutečné náklady vynaložené na tento příspěvek jsou výrazně vyšší než činil předpoklad. Navíc, nyní příspěvky na péči „odtékají" ve valné většině mimo registrované poskytovatele sociálních služeb.

   Státu se v případě zákona č. 108/2006 Sb. nepodařilo správně stanovit pravidla a nyní je donucen přijímat opatření k nápravě a dosažení úspor. V prvé řadě byl snížen příspěvek na péči v I. stupni závislosti z 2 000 Kč na 800 Kč. Je zpřísňováno posuzování přiznávání příspěvku na péči a jejich následné kontroly. Uvažuje také o zavedení poukázkového čerpání příspěvku, čímž by byla zabezpečena účelovost čerpání příspěvku na péči, a také poskytovatelů sociálních služeb.

   Dalším problémem v poskytování sociálních služeb je nedostatečná participace sektoru zdravotnictví. Konkrétně v pobytových zařízeních pro seniory jsou umísťováni obvykle dlouhodobě nemocní a často nemohoucí lidé. Nicméně zdravotní pojišťovny se brání dostatečným úhradám za péči a sociální sféra supluje činnost spadající pod resort zdravotnictví.

2. **Jaký je Váš názor na přenášení kompetencí ze státu na kraj, z kraje na obce?**

   V přenášení kompetencí svou roli sehrálo zrušení okresního článku. Kompetence týkající se sociální sféry byly tehdy přeneseny na kraj, tzn. vzdálily se konečným uživatelům. Nyní se projevuje tendence krajů převádět zařízení na obce, které mají nejkonkrétněji zmapovány potřeby svých obyvatel. Dlužno podotknout, že důvodem, proč kraje tyto kroky činí, je přenesení finančního zatížení na obce.

3. **Jaká je podle Vašich zkušeností ochota a schopnost postarat se o své rodiče, prarodiče či ostatní blízké a příbuzné v seniorském věku? Jak se podle Vašeho názoru bude v budoucnu vyvíjet morální odpovědnost rodiny?**

   Je samozřejmostí, že rodina a rodinní příslušníci mají nést morální zodpovědnost za své rodiče nebo prarodiče. V tomto ohledu je existence externích sociálních služeb nezbytností. Je totiž takřka nemožné zvládnout postarat se o člověka zcela závislého na

cizí pomoci sám. Lidé v produktivním věku narážejí na časový problém – jsou vytíženi v práci, která je nezbytná pro zabezpečení rodiny. Ne vždy je finančně únosné, aby jeden partner opustil zaměstnání kvůli nemohoucnosti svých rodičů. Lidem obecně chybí také fyzické síly (např. při koupání nebo jiné manipulaci bezvládného seniora) nebo odbornost při poskytování úkonů sociální péče. Terénní služby, služby poskytované v denních stacionářích nebo respitní péče či přímo pobytové služby budou i do budoucna nezbytné pro odlehčení domácí péče. Respondent považuje problematiku poskytování dostatečných a finančně přístupných sociálních služeb za závažnější než vyřešení otázek, kterými se zabývá důchodová reforma.

4. **Jakou roli v oblasti poskytování sociálních služeb a jejich financování sehrává a bude sehrávat, a jakou by měly sehrávat (jaké je pořadí důležitosti těchto institucí?):**

   Bez slovního komentáře

Příloha č. 12

Řízené rozhovory
Vyhodnocení otázky č. 4 – Jaké je pořadí důležitosti těchto institucí?

Tabulky 43

Umístění respondentů	a) Opatrovníci		b) Dobrovolníci		c) Církev		d) Zdravotní pojištovny			e) Sociální služby na Havířovsku		f) Pobytová zařízení na Havířovsku				g) Obecní samospráva			i) MPSV		j Poslanecká sněmovna a Senát		k) Akademick á půda	
Rozhovor číslo	*1*	*2*	*3*	*4*	*5*	*6*	*7*	*8*	*9*	*10*	*11*	*12*	*13*	*14*	*15*	*16*	*17*	*18*	*19*	*20*	*21*	*22*	*23*	
Rodina	6	1	1	1	1	1	1	1	1		1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	2	1	**Rodina**
Církev	4	4	3	3	4			8		5	6	4		6			4		2		8	4	4	**Církev**
Soukromý sektor	7	5			3		4	5		4	2	3		2			3		2	6	5	3	2	**Soukromý sektor**
Dobrovolníci	8	4	4	4	3			4			5			9			4		3	5	4	4	5	**Dobrovolníci**
Sponzoři	5	5			4		4	7			5			3			5			6		4	6	**Sponzoři**
Zdravotní pojišťovny	3	2			2		3	2	3	3	4			5		3	9	3		2	2	1	3	**Zdravotní pojišťovny**
Evropská unie	2	3			5			6			9			7			9		9	4		1	7	**Evropská unie**
Stát a ostatní instituce	1	2	2	2	2		2	3	2	2	2	2	2	4		1	2	2	2	3	3	1	8	**Stát a ostatní instituce**

Váhové ohodnocení	a) Opatrovníci		b) Dobrovolníci		c) Církev		d) Zdravotní pojištovny			e) Sociální služby na Havířovsku		f) Pobytová zařízení na Havířovsku				g) Obecní samospráva			i) MPSV		j) Poslanecká sněmovna a Senát		k) Akademick á půda	Průměrné váhy	Pořadí	
Rozhovor číslo	*1*	*2*	*3*	*4*	*5*	*6*	*7*	*8*	*9*	*10*	*11*	*12*	*13*	*14*	*15*	*16*	*17*	*18*	*19*	*20*	*21*	*22*	*23*			
Rodina	6	1	1	1	1	1	1	1	1	8	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	2	1	1,61	**1.**	**Rodina**
Církev	4	4	3	3	4	8	8	8	8	5	6	4	8	6	8	8	4	8	2	8	8	4	4	5,78	**5.**	**Církev**
Soukromý sektor	7	5	8	8	3	8	4	5	8	4	2	3	8	2	8	8	3	8	2	6	5	3	2	5,22	**4.**	**Soukromý sektor**
Dobrovolníci	8	4	4	4	3	8	8	4	8	8	5	8	8	9	8	8	4	8	3	5	4	4	5	6,00	**6.**	**Dobrovolníci**
Sponzoři	5	5	8	8	4	8	4	7	8	8	5	8	8	3	8	8	5	8	8	6	8	4	6	6,52	**7.**	**Sponzoři**
Zdravotní pojišťovny	3	2	8	8	2	8	3	2	3	3	4	8	8	5	8	3	9	3	8	2	2	1	3	4,61	**3.**	**Zdravotní pojišťovny**
Evropská unie	2	3	8	8	5	8	8	6	8	8	9	8	8	7	8	8	9	8	9	4	8	1	7i	6,87	**8.**	**Evropská unie**
Stát a ostatní instituce	1	2	2	2	2	8	2	3	2	2	2	2	2	4	8	1	2	2	2	3	3	1	8	2,87	**2.**	**Stát a ostatní instituce**

Zdroj: vlastní zpracování

Příloha č. 13
Anketní formulář: Analýza poptávky po pobytových službách pro seniory

JAKÉ JSOU POŽADAVKY NA SOCIÁLNÍ SLUŽBY PRO SENIORY?

Vážené dámy, vážení pánové,
dovoluji si Vás touto formou požádat o spolupráci.

Zabývám se problematikou sociálních služeb pro seniory a ráda bych v budoucnu vybudovala Dům pro seniory v lokalitě ČAPÍ HNÍZDO ve statutárním městě Havířově. Tématu sociálních služeb pro seniory se věnuji také ve své disertační práci, a to v rámci doktorského studia na Národohospodářské fakultě Vysoké školy ekonomické v Praze, katedře regionálních studií.

K tomuto tématu je nezbytné zpracovat následující otázky a vytvořit statistiky. Podkladem sběru informací je níže uvedená anketa. Ve zpracovaném výzkumu budu publikovat pouze výsledné statistické údaje. Tato anketa je anonymní: nebudu zjišťovat Vaše jména ani ostatní osobní údaje. Budu používat získané informace tak, aby nikoho nepoškodily.

Vyplněním této ankety pomůžete hlouběji prozkoumat potřeby a přání lidí seniorského věku, ale také možnosti a dostupnost jejich naplnění. V neposlední řadě se budete moci aktivně podílet na vybudování nového Domu pro seniory ve statutárním městě Havířově.

Nesmírně si vážím Vašeho času, stráveného nad vyplněním následujících otázek.

Děkuji Vám a přeji Vám hodně úspěchů v naplňování Vašich životních cílů a přání.

Ing. Šárka Prudká
prudka.sarka@centrum.cz

Zvažte prosím, zda anketu budete vyplňovat ZA SEBE, nebo za SVÉHO BLÍZKÉHO NEBO PŘÍBUZNÉHO, např. za rodiče.

Část A. je určena pro zjištění Vašich přímých osobních potřeb nebo přání.

Část B. je určena pro ty, kteří anketu vyplní za svého blízkého nebo příbuzného.

A. ANKETU VYPLŇUJI ZA SEBE

1. Máte nebo budete mít zájem či potřebu bydlení pro seniory?

a)	Ano	☐
b)	ne, nemám tuto potřebu	☐
c)	ne, po/stará se o mě rodina	☐

Pokud je Vaše odpověď b) nebo c), děkuji za Váš čas a pozornost. I tato odpověď je pro vyhodnocení ankety velice cenná. Budu ráda za zaslání i takto vyplněné ankety zpět.

2. Váš zájem nebo potřeba o bydlení pro seniory je aktuální

a)	již nyní	☐
b)	do 1 roku	☐
c)	do 2 let	☐

d)	do 3 let	
e)	do 5 let	
f)	do 10 let	
g)	více než 10 let	

3. Do jaké životní etapy spadá Váš zájem nebo potřeba ubytování pro seniory?

a)	až v případě, že budu plně odkázán/a na pomoc druhé osoby	
b)	až v případě, že budu částečně odkázán/a na pomoc druhé osoby	
c)	rád/a bych strávil/a svůj seniorský věk v ubytovacím zařízení pro seniory už v době, kdy se ještě obejdu bez pomoci druhé osoby	

4. Dáváte přednost ubytování

a)	sám/sama	
b)	spolu s manželkou/manželem nebo partnerkou/partnerem	
c)	s druhou osobou stejného pohlaví	

5. Máte zájem o

a)	jednopokojový byt - garsoniéru - o rozloze cca 40 m^2, se sociálním zařízením, kuchyňským koutem a lodžií	
b)	jednopokojový byt - garsoniéru - o rozloze cca 40 m^2, se sociálním zařízením a kuchyňským koutem, lodžií a předzahrádkou cca 15 m^2	
c)	dvoupokojový apartmán o rozloze cca 55 m^2 se sociálním zařízením, kuchyňkou a terasou	

6. Dáváte přednost následující formě bydlení

a)	pronájem bytové jednotky	
b)	vlastnictví bytové jednotky, s možností zpětného prodeje vlastníkovi Domu pro seniory	

7. Jste nebo budete ochoten/a anebo schopen/a připlatit za poskytované služby - kromě svého pravidelného příjmu?

a)	ne, nejsem ochoten/na	
b)	ne, nemám dostatek peněz	
c)	ano, měsíčně maximálně ……Kč (uveďte prosím částku)	
d)	ano, jednorázově maximálně ……Kč (uveďte prosím částku)	

8. Rád/a využiji následující standardní i doplňkové služby

a)	Lékař	
b)	Lékárna	
c)	zdravotní rehabilitace, masáže	
d)	Obchod	
e)	samostatná kuchyňka	
f)	úklid pokoje/bytu	
g)	zajištění stravování	
h)	Restaurace	
i)	kadeřník/holič	
j)	Kosmetika	
k)	manikúra, pedikúra	
l)	praní, žehlení a údržba prádla	
m)	doprovod na úřady nebo na odborná lékařská vyšetření	
n)	doprava na úřady nebo na odborná lékařská vyšetření	

o)	návštěvy faráře	☐
p)	jazykové vzdělávání	☐
q)	jiné formy celoživotního vzdělávání, jaké ……..	☐
r)	kurzy rukodělných činností, jaké……..	☐
s)	organizované výlety	☐
t)	Tělocvična	☐
u)	bazén, vířivka	☐
v)	pronájem venkovního parkovacího místa	☐
w)	pronájem krytého garážového stání	☐
x)	další náměty…….….	☐

9. Jste muž/žena?

a)	Muž	☐
b)	Žena	☐

10. Jaký je váš věk?

a)	do 40 let	☐
b)	do 50 let	☐
c)	do 60 let	☐
d)	do 70 let	☐
e)	do 80 let	☐
f)	do 90 let	☐
g)	Více	☐

11. Kde máte trvalé bydliště?

a)	Havířov a okolí do 20 km	☐
b)	Moravskoslezský kraj mimo Havířova a okolí do 20 km	☐
c)	Praha a okolí do 40 km	☐
d)	jinde - uveďte kde (obec, kraj)…….	☐

12. Jakého nejvyššího vzdělání jste dosáhl/a?

a)	Základního	☐
b)	středního bez maturity	☐
c)	středního ukončeného maturitou	☐
d)	vyššího odborného	☐
e)	vysokoškolského (Bc., Mgr., Ing.) a vyššího	☐

Děkuji za Vaši ochotu a vstřícnost.

B. ANKETU VYPLŇUJI ZA SVÉHO BLÍZKÉHO NEBO PŘÍBUZNÉHO

1. Máte nebo budete mít zájem či potřebu bydlení pro seniory pro Vašeho blízkého nebo příbuzného?

a)	Ano	☐
b)	ne, nemám tuto potřebu	☐
c)	ne, o seniora se po/staráme v rámci rodiny	☐

Pokud je Vaše odpověď b) nebo c), děkuji za Váš čas a pozornost. I tato odpověď je pro vyhodnocení anktety velice cenná. Budu ráda za zaslání i takto vyplněné ankety zpět.

2. Zájem nebo potřeba Vašeho blízkého nebo příbuzného o bydlení pro seniory je aktuální

a)	již nyní	☐
b)	do 1 roku	☐
c)	do 2 let	☐
d)	do 3 let	☐
e)	do 5 let	☐

f)	do 10 let	
g)	více než 10 let	

3. Do jaké životní etapy spadá zájem nebo potřeba ubytování pro seniory pro Vašeho blízkého nebo příbuzného?

a)	až v případě, že bude plně odkázán/a na pomoc druhé osoby	
b)	až v případě, že bude částečně odkázán/a na pomoc druhé osoby	
c)	rád/a by strávil/a svůj seniorský věk v ubytovacím zařízení pro seniory už v době, kdy se ještě obejde bez pomoci druhé osoby	

4. Dáváte přednost ubytování pro Vašeho blízkého nebo příbuzného

a)	Samostatně	
b)	spolu s manželkou/manželem nebo partnerkou/partnerem	
c)	s druhou osobou stejného pohlaví	

5. Máte zájem o ubytování pro Vašeho blízkého nebo příbuzného

a)	v jednopokojovém bytě - garsoniéře - o rozloze cca 40 m^2, se sociálním zařízením, kuchyňským koutem a lodžií	
b)	v jednopokojovém bytě - garsoniéře - o rozloze cca 40 m^2, se sociálním zařízením a kuchyňským koutem, lodžií a předzahrádkou cca 15 m^2 1	
c)	ve dvoupokojovém apartmánu o rozloze cca 55 m^2 se sociálním zařízením, kuchyňkou a terasou	

6. Dáváte přednost následující formě bydlení pro Vašeho blízkého nebo příbuzného

a)	pronájem bytové jednotky	
b)	vlastnictví bytové jednotky, s možností zpětného prodeje vlastníkovi Domu pro seniory	

7. Jste nebo budete ochoten/a a/nebo schopen/a připlatit za služby pro svého blízkého nebo příbuzného?

a)	ne, nejsem ochoten/na	
b)	ne, nemám dostatek peněz	
b)	ano, měsíčně maximálně ……Kč (uveďte prosím částku)	
c)	ano, jednorázově maximálně ……Kč (uveďte prosím částku)	

8. Které následující standardní a doplňkové služby využije Váš/e blízký/á nebo příbuzný/á ?

a)	Lékař	
b)	Lékárna	
c)	zdravotní rehabilitace, masáže	
d)	Obchod	
e)	samostatná kuchyňka	
f)	úklid pokoje/bytu	
g)	zajištění stravování	
h)	Restaurace	
i)	kadeřník/holič	
j)	Kosmetika	
k)	manikúra, pedikúra	
l)	praní, žehlení a údržba prádla	
m)	doprovod na úřady nebo na odborná lékařská vyšetření	
n)	doprava na úřady nebo na odborná lékařská vyšetření	
o)	návštěvy faráře	
p)	jazykové vzdělávání	
q)	jiné formy celoživotního vzdělávání, jaké ……..	
r)	kurzy rukodělných činností, jaké……..	

s)	organizované výlety	
t)	Tělocvična	
u)	bazén, vířivka	
v)	pronájem venkovního parkovacího místa	
w)	pronájem krytého garážového stání	
x)	další náměty…….….	

9. Je Váš blízký/á nebo příbuzný/á muž/žena?

a)	Muž	
b)	Žena	

10. Jaký je věk Vaší/eho blízké/ho nebo příbuzné/ho?

a)	do 40 let	
b)	do 50 let	
c)	do 60 let	
d)	do 70 let	
e)	do 80 let	
f)	do 90 let	
g)	Více	

11. Kde máte trvalé bydliště?

a)	Havířov a okolí do 20 km	
b)	Moravskoslezský kraj mimo Havířova a okolí do 20 km	
c)	Praha a okolí do 40 km	
d)	jinde - uveďte kde (obec, kraj)…….	

12. Jakého nejvyššího vzdělání jste dosáhl/a?

a)	Základního	
b)	středního bez maturity	
c)	středního ukončeného maturitou	
d)	vyššího odborného	
e)	vysokoškolského (Bc., Mgr., Ing.) a vyššího	

Děkuji za Vaši ochotu a vstřícnost.

Příloha č. 14
Výsledky ankety: Analýza poptávky po pobytových službách pro seniory

A. ANKETU VYPLŇUJI ZA SEBE

Tabulky 44

1.	Máte nebo budete mít zájem či potřebu bydlení pro seniory?		Celkem	I. Havířov a okolí	II. Moravskoslezsko mimo Havířov	III. Moravskoslezský kraj I.+II.	IV. Praha a okolí	V. Ostatní regiony	VI. Region neuveden	VII. Regiony bez Moravskoslezska IV. + V. + VI.
	a)	Ano	392	265	83	348	31	13	0	44
		podíl na celkovém počtu	*78,09%*	*90,75%*	*72,17%*	*85,50%*	*42,47%*	*81,25%*	*0,00%*	*46,32%*
	b)	ne, nemám tuto potřebu	76	15	20	35	33	3	5	41
		podíl na celkovém počtu	*15,14%*	*5,14%*	*17,39%*	*8,60%*	*45,21%*	*18,75%*	*83,33%*	*43,16%*
	c)	ne, po/stará se o mě rodina	34	12	12	24	9	0	1	10
		podíl na celkovém počtu	*6,77%*	*4,11%*	*10,43%*	*5,90%*	*12,33%*	*0,00%*	*16,67%*	*10,53%*
		Celkem	502	292	115	407	73	16	6	95

2.	Váš zájem nebo potřeba o bydlení pro seniory je aktuální		Celkem	I. Havířov a okolí	II. Moravskoslezsko mimo Havířov	III. Moravskoslezský kraj I.+II.	IV. Praha a okolí	V. Ostatní regiony	VI. Region neuveden	VII. Regiony bez Moravskoslezska IV. + V. + VI.
	a)	již nyní	10	7	2	9	0	1	0	1
		podíl na celkovém počtu	*2,55%*	*2,64%*	*2,41%*	*2,59%*	*0,00%*	*7,69%*		
	b)	do 1 roku	9	6	3	9	0	0	0	0
		podíl na celkovém počtu	*2,30%*	*2,26%*	*3,61%*	*2,59%*	*0,00%*	*0,00%*		*0,00%*
	c)	do 2 let	2	2	0	2	0	0	0	0
		podíl na celkovém počtu	*0,51%*	*0,75%*	*0,00%*	*0,57%*	*0,00%*	*0,00%*		*0,00%*
	d)	do 3 let	23	16	3	19	1	3	0	4
		podíl na celkovém počtu	*5,87%*	*6,04%*	*3,61%*	*5,46%*	*3,23%*	*23,08%*		*9,09%*
	e)	do 5 let	37	25	11	36	1	0	0	1
		podíl na celkovém počtu	*9,44%*	*9,43%*	*13,25%*	*10,34%*	*3,23%*	*0,00%*		*2,27%*
	f)	do 10 let	55	38	12	50	4	1	0	5
		podíl na celkovém počtu	*14,03%*	*14,34%*	*14,46%*	*14,37%*	*12,90%*	*7,69%*		*11,36%*
	g)	více než 10 let	254	169	52	221	25	8	0	33
		podíl na celkovém počtu	*64,80%*	*63,77%*	*62,65%*	*63,51%*	*80,65%*	*61,54%*		*75,00%*
		Nevyplnil	2	2	0	2	0	0	0	0
		podíl na celkovém počtu	*0,51%*	*0,75%*	*0,00%*	*0,57%*	*0,00%*	*0,00%*		*0,00%*
		Celkem	392	265	83	348	31	13	0	44

Příloha č. 14
Výsledky ankety: „Analýza poptávky po pobytových službách pro seniory“

A. ANKETU VYPLŇUJI ZA SEBE

3.		Do jaké životní etapy spadá Váš zájem nebo potřeba ubytování pro seniory?	Celkem	I. Havířov a okolí	II. Moravskoslezsko mimo Havířov	III. Moravskoslezský kraj I.+II.	IV. Praha a okolí	V. Ostatní regiony	VI. Region neuveden	VII. Regiony bez Moravskoslezska IV. + V. + VI.
	a)	**až v případě, že budu plně odkázán/a na pomoc druhé osoby**	**151**	**98**	**38**	**136**	**11**	**4**	**0**	**15**
		podíl na celkovém počtu	*38,52%*	*36,98%*	*45,78%*	*39,08%*	*35,48%*	*30,77%*		*34,09%*
	b)	**až v případě, že budu částečně odkázán/a na pomoc druhé osoby**	**159**	**104**	**38**	**142**	**11**	**6**	**0**	**17**
		podíl na celkovém počtu	*40,56%*	*39,25%*	*45,78%*	*40,80%*	*35,48%*	*46,15%*		*38,64%*
	c)	**rád/a bych strávil/a svůj seniorský věk v ubytovacím zařízení pro seniory už v době, kdy se ještě obejdu bez pomoci druhé osoby**	**82**	**63**	**7**	**70**	**9**	**3**	**0**	**12**
		podíl na celkovém počtu	*20,92%*	*23,77%*	*8,43%*	*20,11%*	*29,03%*	*23,08%*		*27,27%*
		Celkem	**392**	**265**	**83**	**348**	**31**	**13**	**0**	**44**

4.		Přednost ubytování sám/sama nebo s partnerem	Celkem	I. Havířov a okolí	II. Moravskoslezsko mimo Havířov	III. Moravskoslezský kraj I.+II.	IV. Praha a okolí	V. Ostatní regiony	VI. Region neuveden	VII. Regiony bez Moravskoslezska IV. + V. + VI.
	a)	**sám/sama**	**137**	**83**	**41**	**124**	**9**	**4**	**0**	**13**
		podíl na celkovém počtu	*34,95%*	*31,32%*	*49,40%*	*35,63%*	*29,03%*	*30,77%*		*29,55%*
	b)	**spolu s manželkou/manželem nebo partnerkou/partnerem**	**231**	**168**	**37**	**205**	**17**	**9**	**0**	**26**
		podíl na celkovém počtu	*58,93%*	*63,40%*	*44,58%*	*58,91%*	*54,84%*	*69,23%*		*59,09%*
	c)	**s druhou osobou stejného pohlaví**	**24**	**14**	**5**	**19**	**5**	**0**	**0**	**5**
		podíl na celkovém počtu	*6,12%*	*5,28%*	*6,02%*	*5,46%*	*16,13%*	*0,00%*		*11,36%*
		Celkem	**392**	**265**	**83**	**348**	**31**	**13**	**0**	**44**

Příloha č. 14
Výsledky ankety: „Analýza poptávky po pobytových službách pro seniory“

A. ANKETU VYPLŇUJI ZA SEBE

5.		Máte zájem o	Celkem	I. Havířov a okolí	II. Moravskoslezsko mimo Havířov	III. Moravskoslezský kraj I.+II.	IV. Praha a okolí	V. Ostatní regiony	VI. Region neuveden	VII. Regiony bez Moravskoslezska IV. + V. + VI.
	a)	**jednopokojový byt - garsoniéru - o rozloze cca 40 m², se sociálním zařízením, kuchyňským koutem a lodžií**	**150**	**99**	**42**	**141**	**6**	**3**	**0**	**9**
		podíl na celkovém počtu	*38,27%*	*37,36%*	*50,60%*	*40,52%*	*19,35%*	*23,08%*		*20,45%*
	b)	**jednopokojový byt - garsoniéru - o rozloze cca 40 m², se sociálním zařízením a kuchyňským koutem, lodžií a předzahrádkou cca 15 m²**	**102**	**70**	**15**	**85**	**12**	**5**	**0**	**17**
		podíl na celkovém počtu	*26,02%*	*26,42%*	*18,07%*	*24,43%*	*38,71%*	*38,46%*		*38,64%*
	c)	**dvoupokojový apartmán o rozloze cca 55 m² se sociálním zařízením, kuchyňkou a terasou**	**140**	**96**	**26**	**122**	**13**	**5**	**0**	**18**
		podíl na celkovém počtu	*35,71%*	*36,23%*	*31,33%*	*35,06%*	*41,94%*	*38,46%*		*40,91%*
		Celkem	**392**	**265**	**83**	**348**	**31**	**13**	**0**	**44**

6.		Dáváte přednost následující formě bydlení	Celkem	I. Havířov a okolí	II. Moravskoslezsko mimo Havířov	III. Moravskoslezský kraj I.+II.	IV. Praha a okolí	V. Ostatní regiony	VI. Region neuveden	VII. Regiony bez Moravskoslezska IV. + V. + VI.
	a)	**pronájem bytové jednotky**	**257**	**179**	**53**	**232**	**14**	**11**	**0**	**25**
		podíl na celkovém počtu	*65,56%*	*67,55%*	*63,86%*	*66,67%*	*45,16%*	*84,62%*		*56,82%*
	b)	**vlastnictví bytové jednotky, s možností zpětného prodeje vlastníkovi Domu pro seniory**	**133**	**85**	**30**	**115**	**16**	**2**	**0**	**18**
		podíl na celkovém počtu	*33,93%*	*32,08%*	*36,14%*	*33,05%*	*51,61%*	*15,38%*		*40,91%*
		Nevyplněno	**2**	**1**	**0**	**1**	**1**	**0**	**0**	**1**
		podíl na celkovém počtu	*0,51%*	*0,38%*	*0,00%*	*0,29%*	*3,23%*	*0,00%*		*2,27%*
		Celkem	**392**	**265**	**83**	**348**	**31**	**13**	**0**	**44**

Příloha č. 14
Výsledky ankety: „Analýza poptávky po pobytových službách pro seniory“

A. ANKETU VYPLŇUJI ZA SEBE

7.		Jste nebo budete ochoten/a anebo schopen/a připlatit za poskytované služby - kromě svého pravidelného příjmu?	Celkem	I. Havířov a okolí	II. Moravskoslezsko mimo Havířov	III. Moravskoslezský kraj I.+II.	IV. Praha a okolí	V. Ostatní regiony	VI. Region neuveden	VII. Regiony bez Moravskoslezska IV. + V. + VI.
	a)	**ne, nejsem ochoten/na**	**80**	**48**	**23**	**71**	**7**	**2**	**0**	**9**
		podíl na celkovém počtu	*20,41%*	*18,11%*	*27,71%*	*20,40%*	*22,58%*	*15,38%*		*20,45%*
	b)	**ne, nemám dostatek peněz**	**154**	**106**	**30**	**136**	**14**	**4**	**0**	**18**
		podíl na celkovém počtu	*39,29%*	*40,00%*	*36,14%*	*39,08%*	*45,16%*	*30,77%*		*40,91%*
	c)	**ano, měsíčně maximálně ……Kč (uveďte prosím částku)**	**134**	**89**	**28**	**117**	**10**	**7**	**0**	**17**
		podíl na celkovém počtu	*34,18%*	*33,58%*	*33,73%*	*33,62%*	*32,26%*	*53,85%*		*38,64%*
	d)	**ano, jednorázově maximálně ……Kč (uveďte prosím částku)**	**16**	**15**	**1**	**16**	**0**	**0**	**0**	**0**
		podíl na celkovém počtu	*4,08%*	*5,66%*	*1,20%*	*4,60%*	*0,00%*	*0,00%*		*0,00%*
		Nevyplněno	**8**	**7**	**1**	**8**	**0**	**0**	**0**	**0**
		podíl na celkovém počtu	*2,04%*	*2,64%*	*1,20%*	*2,30%*	*0,00%*	*0,00%*		*0,00%*
		Celkem	**392**	**265**	**83**	**348**	**31**	**13**	**0**	**44**

Příloha č. 14
Výsledky ankety: „Analýza poptávky po pobytových službách pro seniory“

A. ANKETU VYPLŇUJI ZA SEBE

8.	Rád/a využiji následující standardní i doplňkové služby		Celkem za všechny skupiny podle pořadí	I. Havířov a okolí	II. Moravskoslezsko mimo Havířov	III. Moravskoslezský kraj I.+II.	IV. Praha a okolí	V. Ostatní regiony	VI. Region neuveden	VII. Regiony bez Moravskoslezska IV. + V. + VI.
	a)	Lékař	344	231	73	304	30	10	0	40
	b)	Lékárna	282	190	54	244	28	10	0	38
	c)	zdravotní rehabilitace, masáže	261	181	50	231	23	7	0	30
	d)	Obchod	260	172	56	228	25	7	0	32
	e)	zajištění stravování	244	168	49	217	20	7	0	27
	f)	bazén, vířivka	190	129	40	169	15	6	0	21
	g)	kadeřník/holič	179	125	38	163	12	4	0	16
	h)	organizované výlety	168	118	32	150	13	5	0	18
	i)	praní, žehlení a údržba prádla	163	118	33	151	9	3	0	12
	j)	úklid pokoje/bytu	154	104	32	136	14	4	0	18
	k)	samostatná kuchyňka	151	93	33	126	20	5	0	25
	l)	manikúra, pedikúra	117	82	26	108	7	2	0	9
	m)	doprava na úřady nebo na odborná lékařská vyšetření	117	79	28	107	7	3	0	10
	n)	Tělocvična	117	79	28	107	7	3	0	10
	o)	doprovod na úřady nebo na odborná lékařská vyšetření	105	72	21	93	8	4	0	12
	p)	Restaurace	95	58	22	80	13	2	0	15
	q)	Kosmetika	58	38	12	50	7	1	0	8
	r)	pronájem venkovního parkovacího místa	56	37	14	51	2	3	0	5
	s)	návštěvy faráře	42	22	14	36	3	3	0	6
	t)	pronájem krytého garážového stání	35	18	14	32	2	1	0	3
	u)	jazykové vzdělávání	33	21	8	29	4	0	0	4

Příloha č. 14
Výsledky ankety: „Analýza poptávky po pobytových službách pro seniory“

A. ANKETU VYPLŇUJI ZA SEBE

9.	Jste muž/žena?	Celkem	I. Havířov a okolí	II. Moravskoslezsko mimo Havířov	III. Moravskoslezský kraj I.+II.	IV. Praha a okolí	V. Ostatní regiony	VI. Region neuveden	VII. Regiony bez Moravskoslezska IV. + V. + VI.
a)	Muž	179	93	39	132	38	7	2	47
b)	Žena	323	199	76	275	35	9	4	48
	Nevyplněno	0	0	0	0	0	0	0	0
	Celkem	502	292	115	407	73	16	6	95

10.	Jaký je váš věk?	Celkem	I. Havířov a okolí	II. Moravskoslezsko mimo Havířov	III. Moravskoslezský kraj I.+II.	IV. Praha a okolí	V. Ostatní regiony	VI. Region neuveden	VII. Regiony bez Moravskoslezska IV. + V. + VI.
a)	do 40 let	121	75	22	97	21	3	0	24
b)	do 50 let	126	77	25	102	18	5	1	24
c)	do 60 let	118	68	29	97	17	3	1	21
d)	do 70 let	86	46	26	72	8	4	2	14
e)	do 80 let	39	18	11	29	9	0	1	10
f)	do 90 let	12	8	2	10	0	1	1	2
g)	Více	0	0	0	0	0	0	0	0
	Celkem	502	292	115	407	73	16	6	95

12.	Jakého nejvyššího vzdělání jste dosáhl/a?	Celkem	I. Havířov a okolí	II. Moravskoslezsko mimo Havířov	III. Moravskoslezský kraj I.+II.	IV. Praha a okolí	V. Ostatní regiony	VI. Region neuveden	VII. Regiony bez Moravskoslezska IV. + V. + VI.
a)	Základního	34	22	6	28	3	2	1	6
b)	středního bez maturity	110	76	23	99	9	1	1	11
c)	středního ukončeného maturitou	181	118	36	154	22	3	2	27
d)	vyššího odborného	40	18	15	33	6	1		7
e)	vysokoškolského (Bc., Mgr., Ing.) a vyššího	137	58	35	93	33	9	2	44
	Celkem	502	292	115	407	73	16	6	95

Příloha č. 14
Výsledky ankety: „Analýza poptávky po pobytových službách pro seniory“

B. ANKETU VYPLŇUJI ZA SVÉHO BLÍZKÉHO NEBO PŘÍBUZNÉHO

1.	Máte nebo budete mít zájem či potřebu bydlení pro seniory pro Vašeho blízkého nebo příbuzného?		Celkem	I. Havířov a okolí	II. Moravskoslezsko mimo Havířov	III. Moravskoslezský kraj I.+II.	IV. Praha a okolí	V. Ostatní regiony	VI. Region neuveden	VII. Regiony bez Moravskoslezska IV. + V. + VI.
	a)	Ano	227	145	43	188	22	17	0	39
		podíl na celkovém počtu	*66,57%*	*77,96%*	*64,18%*	*74,31%*	*36,67%*	*85,00%*	*0,00%*	*44,32%*
	b)	ne, nemám tuto potřebu	41	21	6	27	12	1	1	14
		podíl na celkovém počtu	*12,02%*	*11,29%*	*8,96%*	*10,67%*	*20,00%*	*5,00%*	*12,50%*	*15,91%*
	c)	ne, po/stará se o mě rodina	73	20	18	38	26	2	7	35
		podíl na celkovém počtu	*21,41%*	*10,75%*	*26,87%*	*15,02%*	*43,33%*	*10,00%*	*87,50%*	*39,77%*
		Celkem	341	186	67	253	60	20	8	88

2.	Zájem nebo potřeba Vašeho blízkého nebo příbuzného o bydlení pro seniory je aktuální		Celkem	I. Havířov a okolí	II. Moravskoslezsko mimo Havířov	III. Moravskoslezský kraj I.+II.	IV. Praha a okolí	V. Ostatní regiony	VI. Region neuveden	VII. Regiony bez Moravskoslezska IV. + V. + VI.
	a)	již nyní	29	16	7	23	4	2	0	6
		podíl na celkovém počtu	*12,78%*	*11,03%*	*16,28%*	*12,23%*	*18,18%*	*11,76%*		*15,38%*
	b)	do 1 roku	10	6	4	10	0	0	0	0
		podíl na celkovém počtu	*4,41%*	*4,14%*	*9,30%*	*5,32%*	*0,00%*	*0,00%*		*0,00%*
	c)	do 2 let	10	6	4	10	0	0	0	0
		podíl na celkovém počtu	*4,41%*	*4,14%*	*9,30%*	*5,32%*	*0,00%*	*0,00%*		*0,00%*
	d)	do 3 let	16	11	3	14	2	0	0	2
		podíl na celkovém počtu	*7,05%*	*7,59%*	*6,98%*	*7,45%*	*9,09%*	*0,00%*		*5,13%*
	e)	do 5 let	48	29	8	37	6	5	0	11
		podíl na celkovém počtu	*21,15%*	*20,00%*	*18,60%*	*19,68%*	*27,27%*	*29,41%*		*28,21%*
	f)	do 10 let	48	35	5	40	4	4	0	8
		podíl na celkovém počtu	*21,15%*	*24,14%*	*11,63%*	*21,28%*	*18,18%*	*23,53%*		*20,51%*
	g)	více než 10 let	61	41	9	50	6	5	0	11
		podíl na celkovém počtu	*26,87%*	*28,28%*	*20,93%*	*26,60%*	*27,27%*	*29,41%*		*28,21%*
		Nevyplnil	5	1	3	4	0	1	0	1
		podíl na celkovém počtu	*2,20%*	*0,69%*	*6,98%*	*2,13%*	*0,00%*	*5,88%*		*2,56%*
		Celkem	227	145	43	188	22	17	0	39

Příloha č. 14
Výsledky ankety: „Analýza poptávky po pobytových službách pro seniory“

B. ANKETU VYPLŇUJI ZA SVÉHO BLÍZKÉHO NEBO PŘÍBUZNÉHO

3.	Do jaké životní etapy spadá Váš zájem nebo potřeba ubytování pro seniory?		Celkem	I. Havířov a okolí	II. Moravskoslezsko mimo Havířov	III. Moravskoslezský kraj I.+II.	IV. Praha a okolí	V. Ostatní regiony	VI. Region neuveden	VII. Regiony bez Moravskoslezska IV. + V. + VI.
	a)	až v případě, že budu plně odkázán/a na pomoc druhé osoby	128	74	32	106	11	11	0	22
		podíl na celkovém počtu	*56,39%*	*51,03%*	*74,42%*	*56,38%*	*50,00%*	*64,71%*		*56,41%*
	b)	až v případě, že budu částečně odkázán/a na pomoc druhé osoby	65	42	8	50	9	6	0	15
		podíl na celkovém počtu	*28,63%*	*28,97%*	*18,60%*	*26,60%*	*40,91%*	*35,29%*		*38,46%*
	c)	rád/a bych strávil/a svůj seniorský věk v ubytovacím zařízení pro seniory už v době, kdy se ještě obejdu bez pomoci druhé osoby	34	29	3	32	2	0	0	2
		podíl na celkovém počtu	*14,98%*	*20,00%*	*6,98%*	*17,02%*	*9,09%*	*0,00%*		*5,13%*
		Celkem	227	145	43	188	22	17	0	39

4.	Přednost ubytování sám/sama nebo s partnerem		Celkem	I. Havířov a okolí	II. Moravskoslezsko mimo Havířov	III. Moravskoslezský kraj I.+II.	IV. Praha a okolí	V. Ostatní regiony	VI. Region neuveden	VII. Regiony bez Moravskoslezska IV. + V. + VI.
	a)	sám/sama	103	66	17	83	12	8	0	20
		podíl na celkovém počtu	*45,58%*	*45,83%*	*39,53%*	*44,39%*	*54,55%*	*47,06%*		*51,28%*
	b)	spolu s manželkou/manželem nebo partnerkou/partnerem	100	67	20	87	7	6	0	13
		podíl na celkovém počtu	*44,25%*	*46,53%*	*46,51%*	*46,52%*	*31,82%*	*35,29%*		*33,33%*
	c)	s druhou osobou stejného pohlaví	23	11	6	17	3	3	0	6
		podíl na celkovém počtu	*10,18%*	*7,64%*	*13,95%*	*9,09%*	*13,64%*	*17,65%*		*15,38%*
		Neuvedeno		1	0	1	0	0	0	0
		Celkem	227	145	43	188	22	17	0	39

Příloha č. 14
Výsledky ankety: „Analýza poptávky po pobytových službách pro seniory“

B. ANKETU VYPLŇUJI ZA SVÉHO BLÍZKÉHO NEBO PŘÍBUZNÉHO

5.		Máte zájem o	Celkem	I. Havířov a okolí	II. Moravskoslezsko mimo Havířov	III. Moravskoslezský kraj I.+II.	IV. Praha a okolí	V. Ostatní regiony	VI. Region neuveden	VII. Regiony bez Moravskoslezska IV. + V. + VI.
	a)	**jednopokojový byt - garsoniéru - o rozloze cca 40 m², se sociálním zařízením, kuchyňským koutem a lodžií**	**119**	**82**	**20**	**102**	**11**	**6**	**0**	**17**
		podíl na celkovém počtu	*52,42%*	*56,55%*	*46,51%*	*54,26%*	*50,00%*	*35,29%*		*43,59%*
	b)	**jednopokojový byt - garsoniéru - o rozloze cca 40 m², se sociálním zařízením a kuchyňským koutem, lodžií a předzahrádkou cca 15 m²**	**48**	**30**	**9**	**39**	**5**	**4**	**0**	**9**
		podíl na celkovém počtu	*21,15%*	*20,69%*	*20,93%*	*20,74%*	*22,73%*	*23,53%*		*23,08%*
	c)	**dvoupokojový apartmán o rozloze cca 55 m² se sociálním zařízením, kuchyňkou a terasou**	**60**	**33**	**14**	**47**	**6**	**7**	**0**	**13**
		podíl na celkovém počtu	*26,43%*	*22,76%*	*32,56%*	*25,00%*	*27,27%*	*41,18%*		*33,33%*
		Celkem	**227**	**145**	**43**	**188**	**22**	**17**	**0**	**39**

6.		Dáváte přednost následující formě bydlení pro Vašeho blízkého nebo příbuzného	Celkem	I. Havířov a okolí	II. Moravskoslezsko mimo Havířov	III. Moravskoslezský kraj I.+II.	IV. Praha a okolí	V. Ostatní regiony	VI. Region neuveden	VII. Regiony bez Moravskoslezska IV. + V. + VI.
	a)	**pronájem bytové jednotky**	**163**	**104**	**30**	**134**	**14**	**15**	**0**	**29**
		podíl na celkovém počtu	*71,81%*	*71,72%*	*69,77%*	*71,28%*	*63,64%*	*88,24%*		*74,36%*
	b)	**vlastnictví bytové jednotky, s možností zpětného prodeje vlastníkovi Domu pro seniory**	**62**	**39**	**13**	**52**	**8**	**2**	**0**	**10**
		podíl na celkovém počtu	*27,31%*	*26,90%*	*30,23%*	*27,66%*	*36,36%*	*11,76%*		*25,64%*
		Nevyplněno	**2**	**2**	**0**	**2**	**0**	**0**	**0**	**0**
		podíl na celkovém počtu	*0,88%*	*1,38%*	*0,00%*	*1,06%*	*0,00%*	*0,00%*		*0,00%*
		Celkem	**227**	**145**	**43**	**188**	**22**	**17**	**0**	**39**

Příloha č. 14
Výsledky ankety: „Analýza poptávky po pobytových službách pro seniory“

B. ANKETU VYPLŇUJI ZA SVÉHO BLÍZKÉHO NEBO PŘÍBUZNÉHO

7.		Jste nebo budete ochoten/a a/nebo schopen/a připlatit za služby pro svého blízkého nebo příbuzného?	Celkem	I. Havířov a okolí	II. Moravskoslezsko mimo Havířov	III. Moravskoslezský kraj I.+II.	IV. Praha a okolí	V. Ostatní regiony	VI. Region neuveden	VII. Regiony bez Moravskoslezska IV. + V. + VI.
	a)	**ne, nejsem ochoten/na**	**40**	**27**	**7**	**34**	**3**	**3**	**0**	**6**
		podíl na celkovém počtu	*17,62%*	*18,62%*	*16,28%*	*18,09%*	*13,64%*	*17,65%*		*15,38%*
	b)	**ne, nemám dostatek peněz**	**91**	**55**	**15**	**70**	**12**	**9**	**0**	**21**
		podíl na celkovém počtu	*40,09%*	*37,93%*	*34,88%*	*37,23%*	*54,55%*	*52,94%*		*53,85%*
	c)	**ano, měsíčně maximálně ……..……..……Kč (uveďte prosím částku)**	**84**	**55**	**17**	**72**	**7**	**5**	**0**	**12**
		podíl na celkovém počtu	*37,00%*	*37,93%*	*39,53%*	*38,30%*	*31,82%*	*29,41%*		*30,77%*
	d)	**ano, jednorázově maximálně ……..……..…Kč (uveďte prosím částku)**	**8**	**4**	**4**	**8**	**0**	**0**	**0**	**0**
		podíl na celkovém počtu	*3,52%*	*2,76%*	*9,30%*	*4,26%*	*0,00%*	*0,00%*		*0,00%*
		Nevyplněno	**4**	**4**	**0**	**4**	**0**	**0**	**0**	**0**
		podíl na celkovém počtu	*1,76%*	*2,76%*	*0,00%*	*2,13%*	*0,00%*	*0,00%*		*0,00%*
		Celkem	**227**	**145**	**43**	**188**	**22**	**17**	**0**	**39**

Příloha č. 14
Výsledky ankety: „Analýza poptávky po pobytových službách pro seniory“

B. ANKETU VYPLŇUJI ZA SVÉHO BLÍZKÉHO NEBO PŘÍBUZNÉHO

8.	Které následující standardní a doplňkové služby využije Váš/e blízký/á nebo příbuzný/á ?		Celkem za všechny skupiny podle pořadí	I. Havířov a okolí	II. Moravskoslezsko mimo Havířov	III. Moravskoslezský kraj I.+II.	IV. Praha a okolí	V. Ostatní regiony	VI. Region neuveden	VII. Regiony bez Moravskoslezska IV. + V. + VI.
	a)	Lékař	229	149	42	191	22	16	0	38
	g)	zajištění stravování	168	106	33	139	17	12	0	29
	b)	Lékárna	162	104	26	130	19	13	0	32
	d)	Obchod	160	100	31	131	18	11	0	29
	c)	zdravotní rehabilitace, masáže	156	101	31	132	15	9	0	24
	f)	úklid pokoje/bytu	116	67	25	92	17	7	0	24
	l)	praní, žehlení a údržba prádla	106	64	24	88	11	7	0	18
	i)	kadeřník/holič	102	64	22	86	11	5	0	16
	e)	samostatná kuchyňka	96	57	22	79	10	7	0	17
	s)	organizované výlety	95	63	23	86	3	6	0	9
	k)	manikúra, pedikúra	87	59	18	77	7	3	0	10
	u)	bazén, vířivka	86	60	19	79	2	5	0	7
	m)	doprovod na úřady nebo na odborná lékařská vyšetření	85	48	20	68	9	8	0	17
	n)	doprava na úřady nebo na odborná lékařská vyšetření	83	45	17	62	10	11	0	21
	h)	Restaurace	58	37	16	53	4	1	0	5
	t)	Tělocvična	44	33	8	41	2	1	0	3
	j)	Kosmetika	36	22	10	32	4	0	0	4
	o)	návštěvy faráře	32	18	11	29	1	2	0	3
	v)	pronájem venkovního parkovacího místa	31	21	8	29	0	2	0	2
	r)	kurzy rukodělných činností, jaké	20	14	5	19	0	1	0	1
	w)	pronájem krytého garážového stání	19	9	8	17	1	1	0	2
	p)	jazykové vzdělávání	15	8	5	13	2	0	0	2
	q)	jiné formy celoživotního vzdělávání, jaké	15	11	5	0	0	0	0	0

Příloha č. 14
Výsledky ankety: „Analýza poptávky po pobytových službách pro seniory“

B. ANKETU VYPLŇUJI ZA SVÉHO BLÍZKÉHO NEBO PŘÍBUZNÉHO

9.	Je Váš blízký/á nebo příbuzný/á muž/žena?	Celkem	I. Havířov a okolí	II. Moravskoslezsko mimo Havířov	III. Moravskoslezský kraj I.+II.	IV. Praha a okolí	V. Ostatní regiony	VI. Region neuveden	VII. Regiony bez Moravskoslezska IV. + V. + VI.
a)	Muž	141	69	26	95	35	8	3	46
b)	Žena	200	117	41	158	25	12	5	42
	Celkem	341	186	67	253	60	20	8	88

10.	Jaký je věk Vaší/eho blízké/ho nebo příbuzné/ho?	Celkem	I. Havířov a okolí	II. Moravskoslezsko mimo Havířov	III. Moravskoslezský kraj I.+II.	IV. Praha a okolí	V. Ostatní regiony	VI. Region neuveden	VII. Regiony bez Moravskoslezska IV. + V. + VI.
a)	do 40 let	17	12	3	15	2	0	0	2
b)	do 50 let	28	14	8	22	4	2	0	6
c)	do 60 let	53	33	9	42	8	2	1	11
d)	do 70 let	78	51	8	59	14	3	2	19
e)	do 80 let	118	57	25	82	22	11	3	36
f)	do 90 let	40	17	11	28	8	2	2	12
g)	Více	7	2	3	5	2	0	0	2
	Celkem	341	186	67	253	60	20	8	88

12.	Jakého nejvyššího vzdělání jste dosáhl/a?	Celkem	I. Havířov a okolí	II. Moravskoslezsko mimo Havířov	III. Moravskoslezský kraj I.+II.	IV. Praha a okolí	V. Ostatní regiony	VI. Region neuveden	VII. Regiony bez Moravskoslezska IV. + V. + VI.
a)	Základního	52	27	5	32	15	4	1	20
b)	středního bez maturity	105	67	18	85	12	6	2	20
c)	středního ukončeného maturitou	109	55	27	82	19	4	4	27
d)	vyššího odborného	22	7	9	16	5	1	0	6
e)	vysokoškolského (Bc., Mgr., Ing.) a vyššího	53	30	8	38	9	5	1	15
	Celkem	341	186	67	253	60	20	8	88

Příloha č. 14
Výsledky ankety: „Analýza poptávky po pobytových službách pro seniory“

C. SOUHRNNÉ VÝSLEDKY

Počet odevzdaných anket	Celkem	I. Havířov a okolí	II. Moravskoslezsko mimo Havířov	III. Moravskoslezský kraj I.+II.	IV. Praha a okolí	V. Ostatní regiony	VI. Region neuveden	VII. Regiony bez Moravskoslezska IV. + V. + VI.
Počet odevzdaných anket - část A	**502**	**292**	**115**	**407**	**73**	**16**	**6**	**95**
podíl na celkovém počtu	*59,55%*	*58,17%*	*22,91%*	*81,08%*	*14,54%*	*3,19%*	*1,20%*	*18,92%*
Počet odevzdaných anket - část B	**341**	**186**	**67**	**253**	**60**	**20**	**8**	**88**
podíl na celkovém počtu	*40,45%*	*54,55%*	*19,65%*	*74,19%*	*17,60%*	*5,87%*	*2,35%*	*25,81%*
Celkový počet odevzdaných anket A+B	**843**	**478**	**182**	**660**	**133**	**36**	**14**	**183**
podíl na celkovém počtu		*56,70%*	*21,59%*	*78,29%*	*15,78%*	*4,27%*	*1,66%*	*21,71%*

Pohlaví	Celkem	I. Havířov a okolí	II. Moravskoslezsko mimo Havířov	III. Moravskoslezský kraj I.+II.	IV. Praha a okolí	V. Ostatní regiony	VI. Region neuveden	VII. Regiony bez Moravskoslezska IV. + V. + VI.
Muž	**320**	**162**	**65**	**227**	**73**	**15**	**5**	**93**
Podíl	*37,96%*	*33,89%*	*35,71%*	*34,39%*	*54,89%*	*41,67%*	*0,00%*	*50,82%*
Žena	**523**	**316**	**117**	**433**	**60**	**21**	**9**	**90**
Podíl	*62,04%*	*66,11%*	*64,29%*	*65,61%*	*45,11%*	*58,33%*	*0,00%*	*49,18%*
Celkem	**843**	**478**	**182**	**660**	**133**	**36**	**14**	**183**

Příloha č. 14
Výsledky ankety: „Analýza poptávky po pobytových službách pro seniory“

C. SOUHRNNÉ VÝSLEDKY

Věk respondentů	Celkem	I. Havířov a okolí	II. Moravskoslezsko mimo Havířov	III. Moravskoslezský kraj I.+II.	IV. Praha a okolí	V. Ostatní regiony	VI. Region neuveden	VII. Regiony bez Moravskoslezska IV. + V. + VI.
do 40 let	**138**	**87**	**25**	**112**	**23**	**3**	**0**	**26**
do 50 let	**154**	**91**	**33**	**124**	**22**	**7**	**1**	**30**
do 60 let	**171**	**101**	**38**	**139**	**25**	**5**	**2**	**32**
do 70 let	**164**	**97**	**34**	**131**	**22**	**7**	**4**	**33**
do 80 let	**157**	**75**	**36**	**111**	**31**	**11**	**4**	**46**
do 90 let	**52**	**25**	**13**	**38**	**8**	**3**	**3**	**14**
Více	**7**	**2**	**3**	**5**	**2**	**0**	**0**	**2**
Celkem	**843**	**478**	**182**	**660**	**133**	**36**	**14**	**183**

Vzdělání	Celkem	I. Havířov a okolí	II. Moravskoslezsko mimo Havířov	III. Moravskoslezský kraj I.+II.	IV. Praha a okolí	V. Ostatní regiony	VI. Region neuveden	VII. Regiony bez Moravskoslezska IV. + V. + VI.
Základní	**86**	**49**	**11**	**60**	**18**	**6**	**2**	**26**
Podíl	*10,20%*	*10,25%*	*6,04%*	*9,09%*	*13,53%*	*16,67%*		*14,21%*
střední bez maturity	**215**	**143**	**41**	**184**	**21**	**7**	**3**	**31**
Podíl	*25,50%*	*29,92%*	*22,53%*	*27,88%*	*15,79%*	*19,44%*		*16,94%*
střední ukončené maturitou	**290**	**173**	**63**	**236**	**41**	**7**	**6**	**54**
Podíl	*34,40%*	*36,19%*	*34,62%*	*35,76%*	*30,83%*	*19,44%*		*29,51%*
vyšší odborné	**62**	**25**	**24**	**49**	**11**	**2**	**0**	**13**
Podíl	*7,35%*	*5,23%*	*13,19%*	*7,42%*	*8,27%*	*5,56%*		*7,10%*
vysokoškolské (Bc., Mgr., Ing.) a vyšší	**190**	**88**	**43**	**131**	**42**	**14**	**3**	**59**
Podíl	*22,54%*	*18,41%*	*23,63%*	*19,85%*	*31,58%*	*38,89%*		*32,24%*
Celkem	**843**	**478**	**182**	**660**	**133**	**36**	**14**	**183**

Zdroj tabulek Přílohy č. 14 - vlastní zpracování